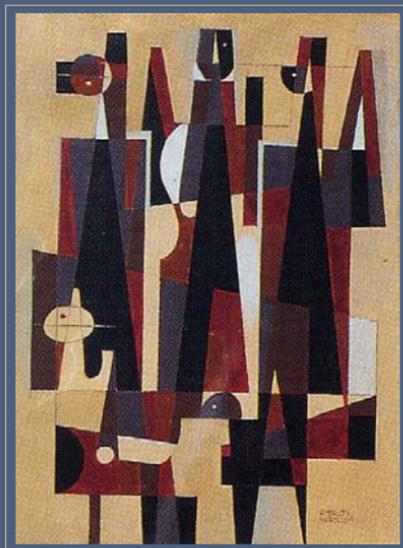


CONJUNTOS DE PRESTACIONES DE SALUD



OBJETIVOS, DISEÑO Y APLICACIÓN



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, OFICINA REGIONAL DE LA
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

CONJUNTOS DE PRESTACIONES DE SALUD: *OBJETIVOS, DISEÑO Y APLICACIÓN*

El presente libro ha sido elaborado por Joan Rovira, Rosa Rodríguez-Monguió y Fernando Antoñanzas, vinculados al Centro de Estudios en Economía de la Salud y de la Política Social, Soikos, S.L., Barcelona, España, por encargo de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de Salud, OPS/OMS.

Agradecimientos:

El documento se ha beneficiado de los comentarios y sugerencias de Alberto Infante, Bernt Andersson, Pedro Crocco, Daniel López-Acuña, Matilde Pinto, Hernán Rosenberg y José Luis Zeballos, del Programa de Organización y Gestión de Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS. Así mismo, han contribuido con comentarios Carlos Campillo y Cecilia Ma. La labor de documentación fue realizada por Mercedes Cabañas Sáenz.

2003



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, OFICINA REGIONAL DE LA
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente
Rovira, Joan
Conjuntos de prestaciones de salud: objetivos, diseño y aplicación
Washington, D.C.: OPS, © 2003.

ISBN 92 75 32443 3

I. Título II. Rodríguez-Monguió, Rosa III. Antoñanzas, Fernando

1. PRESTACIÓN DE ATENCIÓN DE SALUD
2. SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD
3. PAQUETE BÁSICO DE PRESTACIONES
4. SISTEMA DE SALUD —organización y administración
5. PRIORIDADES EN SALUD
6. SEGURIDAD SOCIAL

NLM W322

Pintura en portada: Carlos Mérida, Ciudad de Guatemala, 1891; Ciudad de México, 1984. Sin título, sin fecha, aguada sobre papel, 43,2 x 34,3 cm. De la colección familiar y del Fondo Fiduciario de Samuel M. Grennbaum.

© Organización Panamericana de la Salud, 2003

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse a la Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, Área de Desarrollo Estratégico de la Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos del Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan, en las publicaciones de la OPS, letra inicial mayúscula.

Diseño y diagramación: Matilde Cresswell
Edición técnica: Carlos Campillo Artero

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	v
I. INTRODUCCIÓN	1
I.1. La delimitación de las prestaciones en salud	1
I.2. La definición de un conjunto de prestaciones	4
I.3. Contenido del libro	8
I.4. Destinatarios del libro	9
II. CONJUNTOS DE PRESTACIONES DE SALUD: OBJETIVOS, DISEÑO Y APLICACIÓN	11
II.1. Argumentos teóricos y prácticos que motivan la definición de un conjunto de prestaciones	11
<i>II.1.1. Introducción</i>	<i>11</i>
<i>II.1.2. Bienes públicos y bienes meritorios</i>	<i>13</i>
<i>II.1.3. Garantía jurídica derechos y prestaciones</i>	<i>15</i>
<i>II.1.4. Efectividad y eficiencia en la asignación de recursos</i>	<i>16</i>
<i>II.1.5. Control del gasto de salud</i>	<i>17</i>
<i>II.1.6. Equidad y asignación de recursos de salud</i>	<i>18</i>
II.2. La delimitación de las prestaciones en los diferentes sistemas de salud: papel y limitaciones del conjunto de prestaciones	20
III. LA UBICACIÓN DEL CONJUNTO DE PRESTACIONES EN EL MARCO DE UN SISTEMA DE SALUD	25
III.1. Liderazgo e implicaciones para los distintos agentes del sistema de salud	26
III.2. Flexibilidad e inercias frente al cambio: conjunto de prestaciones base cero frente a enfoque incrementalista	27
III.3. El conjunto de prestaciones en un sistema segmentado	28
III.4. La financiación del conjunto de prestaciones	29
III.5. Conjunto de prestaciones y aseguramiento	31
IV. MÉTODO DE ORDENACIÓN Y DELIMITACIÓN DE LAS PRESTACIONES	33
IV.1. Procedimientos de ordenación del conjunto de prestaciones	33
<i>IV.1.1. Definición de los objetivos del conjunto de prestaciones</i>	<i>34</i>
<i>IV.1.2. Delimitación de la población beneficiaria del conjunto de prestaciones</i>	<i>36</i>
<i>IV.1.3. Definición de las prestaciones y contenido de la ordenación: procedimientos y dificultades metodológicas</i>	<i>37</i>
<i>IV.1.4. Criterios de ordenación de las prestaciones de salud</i>	<i>41</i>
<i>IV.1.5. Consideración de otros criterios de ordenación: el caso de la equidad</i>	<i>46</i>
<i>IV.1.6. Conjunto de prestaciones único y necesidades diferenciales</i>	<i>47</i>
<i>IV.1.7. El costo del conjunto de prestaciones</i>	<i>48</i>
<i>IV.1.8. Actualización y revisión del contenido del conjunto de prestaciones</i>	<i>49</i>
IV.2. La aplicación de la evaluación económica en la definición del conjunto de prestaciones	53

IV.3. Método aplicado en contextos individuales	54
IV.4. Transferibilidad de los resultados	57
V. A MODO DE CONCLUSIÓN: TRES ENFOQUES SUGERIDOS	61
VI. GLOSARIO	65
VII. REFERENCIAS	69
ANEXO I. EXPERIENCIAS INTERNACIONALES EN EL ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES Y CONJUNTOS DE PRESTACIONES	75
ANEXO II. INICIATIVAS DE DEFINICIÓN DE PRIORIDADES Y CONJUNTOS DE PRESTACIONES	95
ANEXO III. ASPECTOS TÉCNICOS EN LA SELECCIÓN DE OPCIONES	133

RESUMEN EJECUTIVO

El proceso de desarrollo de muchos sistemas de salud supone un claro progreso en el logro de objetivos tales como la ampliación de la cobertura de servicios de salud y, en último término, en la mejora del estado de salud de la población. Sin embargo, este mismo desarrollo genera retos y problemas —crecimiento del gasto, aparición de ineficiencias e inequidades— cuya solución requiere tanto una voluntad política para abordarlos, como un conjunto de instrumentos técnicos que permitan diseñar las estrategias apropiadas para tal fin.

Con esta motivación, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) solicitó los servicios de Soikos SL, Centro de Estudios en Economía de la Salud y de la Política Social, para desarrollar un método que sirviese de marco de referencia para la toma de decisiones con respecto al diseño y la aplicación de conjuntos de prestaciones (*paquete de beneficios*) en salud que puedan ser objeto de cobertura pública en el marco de las reformas en salud iniciadas en los países de América Latina y el Caribe. El procedimiento de ordenación requerido contempla la definición del contenido y los criterios de priorización de las prestaciones elegibles, teniendo en cuenta los diversos objetivos de la política de salud y las características del sistema de salud en que se aplique. La estandarización de un método para priorizar las prestaciones permitirá la concreción de un procedimiento de ordenación homogéneo, objetivo, evaluable y revisable.

El conjunto de prestaciones (CP) de salud —también denominado paquete o catálogo de prestaciones o de beneficios— es un instrumento de gran utilidad potencial en el diseño de una política de salud racional, sobre el cual ya existen diversas experiencias. Teniendo en cuenta la previsible evolución de la innovación tecnológica en salud, la ilimitada necesidad de asistencia sanitaria y la inevitable limitación de recursos, puede preverse que su pertinencia aumentará en un futuro inmediato.

El conjunto de prestaciones puede contribuir a alcanzar diversos objetivos de la política de salud: suficiencia financiera, control del gasto, eficiencia, equidad, seguridad jurídica, participación social, etc. Es importante identificar claramente dichos objetivos antes de iniciar el proceso de diseño y establecimiento del conjunto de prestaciones en un marco, región o país determinados.

La elaboración del conjunto de prestaciones debe tener en cuenta tanto los objetivos de la política de salud, como el contexto y las características del sistema de salud en que se aplica. El concepto de conjunto de prestaciones es aplicable tanto en un sistema con una

amplia cobertura de servicios, que pretende controlar la incorporación de nuevas tecnologías poco eficientes, como en un país con un sistema público incipiente, donde se pretende garantizar un mínimo de servicios esenciales a toda la población o a colectivos especialmente desfavorecidos.

Los países de América Latina y el Caribe reúnen un conjunto de características y necesidades particulares —modelos sanitarios segmentados, conveniencia de focalizar la acción pública a grupos excluidos socialmente, tendencia hacia el modelo público de contrato y el aseguramiento— que hacen potencialmente útil la aplicación de los conjuntos de prestaciones.

La conformación de un conjunto de prestaciones es un instrumento adecuado para acometer algunas de las tareas asignadas a las autoridades de salud en las recientes propuestas de la OPS/OMS, que se enmarcan en las funciones de rectoría del sector salud y que se espera se desarrollen y fortalezcan en el futuro.

Este libro pretende ser una guía para gestores y planificadores que deban abordar el proceso de aplicación de un conjunto de prestaciones. En primer lugar, define un marco teórico y conceptual que fundamenta y justifica la utilidad y el papel que desempeña el conjunto de prestaciones, así como sus limitaciones. Por otra parte, describe y analiza algunas experiencias internacionales en la definición y la aplicación de conjuntos de prestaciones. Finalmente, propone y desarrolla un conjunto de lineamientos que permitan al gestor o planificador abordar la aplicación de un conjunto de prestaciones a partir de un esquema lógico, que en cualquier caso requerirá una juiciosa adaptación a los objetivos y condicionantes locales.

Entre los aspectos técnicos y teóricos más importantes en el diseño de un conjunto de prestaciones cabe destacar dos: la forma de definir el contenido y los criterios de priorización de las prestaciones y servicios de salud elegibles en el conjunto de prestaciones. Respecto al primero de ellos, la forma teórica ideal de expresar las prestaciones es mediante los pares necesidad-tecnología de salud. Con relación a los criterios de priorización, desde ciertas posiciones doctrinales predomina el criterio de eficiencia (costo-efectividad), sin perjuicio de que dicho criterio incorpore o se combine con criterios de equidad, preferencias sociales u otros juicios de valor.

La elaboración de un conjunto de prestaciones requiere una disponibilidad de información considerable y una capacidad técnica elevada por parte de la autoridad de salud competente. Sin embargo, aun cuando estas condiciones no se den plenamente, puede ser útil iniciar el proceso en las condiciones que lo hagan factible e irlo mejorando progresivamente. En este ámbito, las organizaciones internacionales tienen que desempeñar un importante papel de soporte técnico.

Es importante tener en cuenta los aspectos a largo plazo derivados de la aplicación de un conjunto de prestaciones. En primer lugar, hay que considerar la necesidad de revisar y actualizar periódicamente el conjunto de prestaciones. Respecto a este punto, se deberá lograr un compromiso entre la inmovilidad del conjunto de prestaciones y su revisión periódica, a fin de garantizar el logro de los objetivos ante los previsibles cambios en los factores

que los determinan. En segundo lugar, debe preverse la viabilidad económica y financiera futura del conjunto de prestaciones.

El establecimiento de un conjunto de prestaciones entrará probablemente en conflicto con intereses de colectivos e instituciones. Por ello, es importante que una institución del más alto nivel asuma un liderazgo claro en dicho proceso, liderazgo que debe basarse tanto en la voluntad política cuanto en la capacidad técnica. Ninguno de estos dos aspectos es suficiente por sí solo: un liderazgo sin capacidad técnica generará errores que serán aprovechados por los opositores al cambio para detener el proceso y mantener el *statu quo*. La capacidad técnica sin liderazgo difícilmente podrá superar las contradicciones y conflictos de intereses que genera todo proceso de reforma o cambio social.

El liderazgo en el proceso de establecimiento del conjunto de prestaciones debe complementarse con los mecanismos apropiados de participación social. Dicha participación hace referencia a dos grandes colectivos: los proveedores de servicios de salud y los beneficiarios. La participación de los proveedores de servicios, de los profesionales y de las instituciones es necesaria para asegurar la viabilidad y aplicación efectiva del conjunto de prestaciones. La participación de los beneficiarios es un objetivo democrático en sí mismo, pero también es un medio para asegurar la sensibilidad del sistema a las preferencias de los beneficiarios y, en última instancia, la utilización de los servicios incluidos en el conjunto de prestaciones.

I. INTRODUCCIÓN

I.1. La delimitación de las prestaciones en salud

Desde hace años, la mayor parte de los países se enfrentan a una permanente tensión entre las crecientes necesidades de salud y la limitación de los recursos disponibles para satisfacerlas. A menudo, los responsables de la política de salud han intentado ignorar las razones de fondo que subyacen a este problema, proclamando su esperanza de que se podría resolver en el futuro con un aumento de los recursos, mediante mejoras en la gestión, el establecimiento de copagos para evitar el abuso y el despilfarro y otras medidas.

Más recientemente, se ha empezado a reconocer la verdadera naturaleza del problema, es decir, la ausencia de un límite objetivo a las necesidades de salud y, consiguientemente, su ilimitada capacidad de crecimiento, sobre todo cuando los servicios¹ son financiados por un tercer pagador. El desarrollo de tecnologías médicas no sólo satisface necesidades preexistentes, sino que crea nuevas necesidades, pues, de hecho, se acepta que, si existe una tecnología que puede mejorar en alguna medida el estado de salud de los individuos, también existe una necesidad de esta tecnología. Por esta razón, la necesidad de racionar los servicios de salud afecta tanto a los países de menor nivel de renta como a los más desarrollados, con independencia del volumen de recursos que un país asigne a la salud, aunque el nivel de gravedad de lo que en uno u otro lugar se reconozca socialmente como necesidad puede variar sustancialmente en función del nivel de riqueza y bienestar. En este sentido, todos los sistemas de salud deberían plantearse la conveniencia de establecer prioridades.

¹Servicio sanitario o de salud: acto o conjunto de actos, prestados por los proveedores sanitarios, conducentes a mejorar el estado de salud de un individuo o colectividad. En el sentido amplio del término es equiparable a tecnologías sanitarias, que según la Office of Technology Assessment (OTA) de E.U.A. son los medicamentos, instrumentos y procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención sanitaria así como los sistemas organizativos y de soporte en los que se provee dicha atención. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tecnología sanitaria, junto a las técnicas, métodos y sistemas organizativos incluye, en general, cualquier medida orientada a promover la salud, prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar la enfermedad así como rehabilitar a los enfermos y a los discapacitados.

La necesidad de salud desde una perspectiva económica

El concepto de necesidad se puede referir a un estado de salud o a los recursos necesarios para mejorar dicho estado de salud. No obstante, en la aplicación habitual de dicho concepto no suele definirse de forma clara su relación con los recursos. A diferencia de la demanda de un servicio —que se supone definida por las preferencias y la capacidad de pago del propio individuo y que es observable a través de su efecto en el mercado—, la necesidad suele llevar asociado un juicio de valor de un tercero sobre lo que otro individuo debería consumir, y no es una variable observable. Una definición económica del concepto de necesidad implica: 1) determinar el estado de salud inicial del individuo o la colectividad del que se postula la necesidad; 2) identificar las tecnologías que permiten mejorar el estado de salud inicial; 3) definir las funciones de producción y costo que exige la adopción de la tecnología menos costosa para alcanzar cada posible estado de salud a partir del estado inicial, y 4) definir normativamente el estado de salud objetivo que se ha de alcanzar. La función de costos permitirá determinar los recursos mínimos que son necesarios para alcanzar un estado de salud determinado, lo que puede definirse como la necesidad en términos de recursos bajo un principio de eficiencia.

Establecer prioridades implica, por tanto, definir quién va a recibir qué servicios. Reconocer la ilimitada capacidad de crecimiento de las necesidades y que ningún sistema de salud puede permitirse dar a todo el mundo todos los servicios que aporten algo a la mejora de la salud de la población, es un primer paso. La conclusión lógica que se extrae a partir de este reconocimiento sería que es preferible racionar los servicios explícitamente, fijando prioridades que reflejen los criterios de efectividad, eficiencia, equidad y, en general, los objetivos de la política de salud del país, que dejar que el ajuste se realice de forma autónoma y sin control.

Si no se reconoce el problema de la limitación de recursos y, por tanto, de la capacidad para satisfacer las necesidades inagotables, y no se aplican soluciones apropiadas, el sistema genera formas *espontáneas* de racionamiento —listas de espera, insuficiente accesibilidad geográfica por falta de infraestructuras, reducción del tiempo medio por consulta y otras formas de deterioro de la calidad de los servicios— que suelen tener efectos negativos sobre la equidad y la eficiencia y otras implicaciones políticas indeseables.

Se suele afirmar que todo sistema económico debe dar respuesta a tres cuestiones básicas de la asignación de recursos:

- ¿Qué se produce? Es decir, ¿qué bienes y servicios y en qué cantidades?
- ¿Cómo se producen? O sea, ¿qué tecnologías y qué combinación de factores productivos se utilizan? y
- ¿Para quién se producen? Es decir, ¿cómo se distribuyen o quién recibe los bienes y servicios producidos?

El sistema de salud, que constituye un subsistema dentro del sistema económico, también debe responder a estas preguntas.² Con independencia del modelo de sistema económico, todos los sistemas de salud han estado sujetos a un grado más o menos importante de intervencionismo y regulación por parte de los poderes públicos respecto al qué, cómo y para quién se produce. En el extremo más intervencionista del continuo se encuentran los sistemas de salud totalmente estatalizados. En el extremo más liberal, los sistemas privados —en los cuales el Estado desempeña un mínimo papel regulador de la iniciativa privada— se ocupan de la provisión de los servicios de salud pública y de la prestación de servicios de beneficencia para los pobres. Entre estos dos extremos se encuentran la mayoría de sistemas de salud, en los cuales el sector público asume un mayor o menor protagonismo en la regulación, financiación y prestación de servicios de salud. El establecimiento de un conjunto de prestaciones es, fundamentalmente, un instrumento de regulación y financiación de los servicios de salud.

La aplicación de un conjunto, paquete o catálogo³ de prestaciones supone establecer una relación de los servicios o prestaciones de salud⁴ que son objeto derechos y obligaciones en un sistema de salud. Dicha relación responde básicamente al qué se produce, pero también puede determinar cómo y para quién. El establecimiento de un conjunto de prestaciones constituye, en este sentido, un instrumento fundamental de regulación para la fijación de prioridades y para otros objetivos de política de salud. Los objetivos últimos a los que puede contribuir la delimitación de los servicios pueden ser la mejora de la efectividad, la eficiencia y la equidad del sistema y el aumento de la garantía jurídica de los derechos de los asegurados. Dichos objetivos se persiguen, a menudo, de forma simultánea y es difícil fijar la prioridad que cada uno de ellos deba tener o pueda haber tenido en la configuración final del contenido de un conjunto de prestaciones.

² Los dos tipos de mecanismos genéricos con los que se abordan estas cuestiones son el mercado y la planificación. En el modelo de sistema económico de mercado es el libre juego de la oferta y la demanda el que da respuesta a estas cuestiones. En el modelo de planificación central, la asignación de recursos depende de decisiones colectivas que toman los organismos administrativos responsables. En la realidad no se han dado nunca sistemas puros que siguieran estrictamente los modelos anteriores. Los países calificados como economías de mercado son, en realidad, sistemas mixtos, que combinan en proporciones variables elementos de mercado y de planificación. De forma similar, en los sistemas económicos que se acercaban al modelo de planificación central —que, por otra parte, han desaparecido prácticamente en la actualidad— se daban algunos mecanismos de mercado al nivel de bienes finales.

³ En este documento el término conjunto de prestaciones se refiere al conjunto de derechos, concretados o definidos explícitamente en términos de servicios, tecnologías o pares de estados de necesidad-tratamiento, etc. que el sistema sanitario se compromete a proveer a una colectividad. Suponemos que los términos conjunto, catálogo y paquete de servicios son sinónimos. Un catálogo, según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (ED. XXI), es una relación ordenada en la que se incluyen o describen de forma individual libros, documentos, personas, objetos, etc. que están relacionados entre sí. En este documento se utilizará generalmente el término conjunto, que es más neutro, porque paquete, el término más habitual en América Latina, tiene en algunos contextos una connotación peyorativa.

⁴ El término prestación se refiere a un beneficio o servicio que una organización suministra a un individuo. (Corresponde al término inglés "benefit"). Se ha utilizado especialmente en el contexto de los sistemas de protección social. En este sentido, un servicio sanitario incluido en un paquete sería una prestación. Algunos documentos utilizan la expresión paquete de beneficios, aunque esto parece una traducción literal del inglés.

Por otro lado, es importante no olvidar el carácter parcial de este instrumento, que debe entenderse como un elemento más de una política de salud más amplia. Explicitar los servicios cubiertos por un sistema de salud mediante la definición de un conjunto de prestaciones es condición necesaria para solucionar diversos problemas de asignación de recursos, pero no es condición suficiente. Para ello es preciso, además, que se alleguen realmente los recursos necesarios y se asignen según los criterios previstos en la elaboración del conjunto de prestaciones. Esto requiere infraestructuras físicas y recursos humanos y materiales que aseguren la accesibilidad y la información a los beneficiarios sobre la disponibilidad de servicios y sobre sus derechos, etc. En caso contrario, la elaboración de un conjunto de prestaciones puede quedar limitado a una declaración retórica de buenos deseos.

1.2. La definición de un conjunto de prestaciones

¿Qué es un conjunto o paquete de prestaciones? ¿Es simplemente una lista de servicios o debe cumplir otros requisitos para poder denominarse propiamente así? ¿Qué diferencias existen entre un conjunto de prestaciones básico, un conjunto de prestaciones esencial o uno universal?

La delimitación u ordenación⁵ de las prestaciones de salud ha sido una preocupación constante, desde hace varias décadas, de los sistemas de salud públicos y privados. El procedimiento de delimitación de servicios de salud puede concretarse de varias formas, entre las cuales se encuentra la definición de un conjunto de prestaciones.

El término conjunto de prestaciones de salud hace referencia, en este documento, al conjunto, lista o relación de servicios o prestaciones financiados total o parcialmente por un sistema público, que son objeto potencial de derechos y obligaciones para los actores de dicho sistema. El conjunto de prestaciones de salud garantizadas con recursos públicos a los individuos de menor renta se ha calificado como paquete mínimo de prestaciones (WDR, 1993). Cuando la totalidad de la población tiene garantizada la cobertura de estas prestaciones de salud se ha denominado, también, paquete universal o prestaciones universales.

¿Conjunto de prestaciones básico, mínimo o esencial?

La ambigüedad o, incluso, la ambivalencia con que en ocasiones se han utilizado los conceptos *mínimo*, *universal*, *esencial* o *básico* referidos a un conjunto de prestaciones o a un catálogo de servicios se debe a la ausencia sistemática de definición de tales conceptos en los documentos, no sólo divulgativos o de investigación, sino en los propios textos legales donde se hace explícito el conjunto de prestaciones incluidas en la cobertura de un sistema de salud.

...

⁵ El término ordenación tiene varias interpretaciones: se utiliza a veces con el sentido de clasificación o sistematización. Alternativamente se utiliza como sinónimo de delimitación de servicios y también en el sentido de establecimiento de un orden de prioridad previamente a la delimitación de los servicios. En el texto se utilizará con las dos últimas acepciones.

Esta indeterminación se encuentra en documentos tales como el *Essential Package of Health Services in Developing Countries* de Bobadilla y Saxenian (1993), el *Plan Obligatorio de Salud de Colombia* (1993), el *Paquete Básico de Servicios de Salud* del Programa de Ampliación de Cobertura de la Secretaría de Salud de México (1996), o el *Seguro Básico de Salud de Bolivia* (1999) revisados al efecto. En otros casos, la confusión proviene del uso de términos como sinónimos sin aclaración previa. Así, por ejemplo, en la citada obra de Bobadilla se dice: «El documento describe los métodos, la información y los supuestos usados para determinar el costo y la efectividad del conjunto mínimo de servicios de salud esenciales», aunque previamente se había señalado: «El documento describe en detalle el contenido y el costo de un conjunto mínimo de servicios de salud esenciales para reducir la carga de la enfermedad en países en desarrollo de la forma más costo-efectiva...» Aquí se está asumiendo, aparentemente, una sinonimia del significado de las dos expresiones. Esta asociación se vuelve a hacer en el texto «*Design, Content and Financing of an Essential National Package of Health Services*», [1994 (b)].

Dada la trascendencia que han tenido ambos documentos en América Latina y, en general, en los países en desarrollo, intentaremos aclarar el significado de los términos empleados por los autores.

Estamos de acuerdo con Bobadilla et al. en que la conversión de un nomenclador de prestaciones en un conjunto de prestaciones es el medio utilizado para lograr unos objetivos concretos en política de salud [1994 (b)]. Dicho de otro modo, para tal fin, la elaboración de un listado de prestaciones es condición necesaria pero no suficiente. Este nomenclador sólo cobra cuerpo en forma de catálogo o conjunto de prestaciones cuando seleccionamos las prestaciones mediante la aplicación de criterios, lo cual revela así los objetivos definidos por las autoridades gubernamentales.

Según los citados autores, la diferencia, en cuanto al contenido, entre un paquete esencial de servicios de salud y un paquete mínimo, dependerá de las decisiones de financiación adoptadas por los gobiernos. La responsabilidad en la financiación que asuman los distintos gobiernos determinará la magnitud y el contenido del paquete esencial. Así se afirma que: «Un conjunto nacional de prestaciones esenciales podría comenzar con un paquete mínimo pero probablemente sería mucho más extenso» [Op cit., 1994 (b)]. De manera que, en su opinión, todo paquete de prestaciones esenciales de salud incluye el conjunto mínimo de prestaciones costo-efectivas cuya cobertura está garantizada para los individuos de menor renta. La diferencia entre las prestaciones mínimas y esenciales de salud estriba en que estas últimas incluyen las *mínimas*.

A la disquisición entre mínimo y esencial se añade la que atañe a qué prestaciones de salud se consideran esenciales, no tanto con relación a los criterios de selección — según el Banco Mundial, carga de la enfermedad y la razón de costo-efectividad (RCE)— como a con qué grado de financiación pública se van a prestar. Entendemos, en este sentido, que el *essential national package* es aquél cuya cobertura universal garantiza, con recursos públicos, un mínimo de prestaciones costo-efectivas a los pobres. Satisfechas, las prestaciones mínimas para los pobres, lo esencial o no, como lo necesario o lo superfluo, será una cuestión de grado. La disposición de recursos en función de la capacidad y de las decisiones de financiación adoptadas condicionará las prestaciones

...

esenciales tributarias de financiación y el grado de participación pública en dicha financiación para el resto de la población, la no clasificada como pobre.

El informe del Banco Mundial (WDR, 1993) sienta un precedente fundamental en el diseño y la posterior puesta en práctica de las reformas en los sistemas de salud emprendidas en América Latina. A pesar de las diferencias semánticas en los términos empleados, los conceptos originales *mínimo* y *esencial* se sustituyen —a menudo con poca claridad— por el de *básico*, y la razón de ser es la misma: garantizar un conjunto de prestaciones, que en el caso colombiano conforman el plan de prestaciones de salud de obligatorio cumplimiento por parte de las Entidades Promotoras de Salud (Ley 100/1993), el mínimo de intervenciones de salud que debe otorgarse a toda la población, en el caso del Paquete Básico de Servicios de Salud de México (1996), o las prestaciones esenciales de salud de acceso universal que definen el Seguro Básico de Salud de Bolivia (1999).

En otros casos los calificativos *esencial* o *básico* se han utilizado resaltando su diferencia con respecto a la definición de un paquete mínimo. Por ejemplo, el paquete esencial propuesto por la Fundación Mexicana para la Salud no se basa en el principio de lo indispensable para los pobres, sino más bien en el de «lo mejor para todos» y está integrado por aquellas intervenciones que «constituyen el núcleo de la universalidad», es decir, «el conjunto de intervenciones a las que toda persona debe tener acceso, independientemente de su capacidad financiera o situación laboral» (Funsalud, 1994).

En resumen, desde el punto de vista analítico-conceptual, la calificación de un paquete o conjunto de prestaciones como mínimo, básico, o esencial no parece muy útil, pues dichos términos no corresponden a unos subconjuntos unívocos de servicios, objetivables mediante algún criterio intrínseco. Lo que una sociedad puede considerar básico, esencial o mínimo variará entre países y en el tiempo, en función de sus recursos y prioridades políticas. El incremento de los recursos puede permitir un aumento progresivo del número y la calidad de los servicios incluidos en el conjunto de prestaciones, y no hay ningún criterio para determinar de forma rigurosa cuándo el conjunto de prestaciones pasa de mínimo a básico o a esencial. Tal vez sería preferible denominarlos *conjuntos de prestaciones del Sistema de Salud X* y reservar los adjetivos para definir situaciones más acordes con su significado etimológico. De este modo podría hablarse de paquete mínimo para hacer referencia al conjunto de servicios que todas las aseguradoras de un país tuviesen que incluir obligatoriamente en su cobertura, tanto si incluyesen unos pocos, cuanto si fuesen prácticamente todos los servicios técnicamente disponibles. Por otra parte, términos como mínimo, básico o esencial, pueden tener —o adquirir— una connotación de *servicios para pobres* o *insuficientes*, lo que no parece deseable desde una perspectiva política.

La elaboración de un conjunto de prestaciones consiste en una secuencia de pasos que pueden darse de varias maneras distintas. Un primer punto que se ha de aclarar es cuáles son y cómo se definen los objetos que es preciso incluir. Tal como se ha indicado, la elaboración

del conjunto de prestaciones exige seleccionar un subconjunto de servicios de entre todo el universo de servicios que puede ofrecer la tecnología médico-de salud en un momento y lugar determinados. Sin embargo, los servicios pueden definirse de forma muy específica e individualizada o de un modo más genérico. Si se quiere definirlos de forma genérica, hay que determinar el criterio de agrupación; por ejemplo, se pueden agrupar servicios en función del tipo de proveedor —servicios de atención primaria—, del tipo de enfermedad o condición de salud —servicios materno-infantiles—, de otras características —servicios preventivos— o de combinaciones de criterios —prevención de enfermedades transmisibles. Puesto que el efecto más inmediato del conjunto de prestaciones es convertir un derecho difuso a la protección de la salud o a recibir asistencia de salud en un derecho objetivable a recibir unos servicios específicos, posiblemente puede hablarse con mayor propiedad de conjunto de prestaciones cuanto más específica sea la lista o relación de servicios.

No obstante, el conjunto de prestaciones, más que una simple relación de servicios, es una relación derechos y obligaciones a recibir, suministrar o pagar dichos servicios,⁶ lo que significa que puede ser necesario, o por lo menos conveniente, que junto a cada servicio se detallen las circunstancias o condiciones en que dichos derechos-obligaciones son efectivos. Esto puede incluir tanto el tipo de enfermedad o las características del beneficiario, como otras condiciones de acceso tales como el tiempo demora o de espera máximos.

Otra cuestión importante es quién hace la selección de servicios y cómo se hace. La puede hacer un decisor individual (o colectivo) a partir de sus conocimientos y preferencias, sin ningún procedimiento ni criterio explícito. Alternativamente, se pueden usar unos criterios de prioridad y selección y establecer mecanismos bien definidos de votación o consenso.

Una opción promovida desde posiciones disciplinarias —la economía de la salud— es la de basar la selección en una ordenación o en un establecimiento de prioridades inicial entre los servicios disponibles, en función de un criterio o criterios que reflejen los objetivos de la política de salud, por ejemplo, el criterio de costo-efectividad. En principio, cada elemento del universo, es decir cada servicio, debería ocupar un lugar de la ordenación. La disponibilidad de recursos sería la que delimitaría el conjunto de prestaciones, de acuerdo con el principio de que hay que asignar a cada servicio incluido en el conjunto de prestaciones los recursos necesarios para prestarlo a todo beneficiario que tenga derecho al mismo. Con este enfoque se garantiza que el conjunto de prestaciones incluye los servicios con un mayor nivel de prioridad (los más costo-efectivos). Un proceso de este tipo sería más transparente y objetivable, por cuanto el nivel de prioridad y la consiguiente selección de servicios se obtienen con métodos analíticos que pueden explicitarse y debatirse.

En resumen, a nuestro juicio, lo que caracteriza un conjunto de prestaciones es que 1) constituya una lista lo más detallada y específica posible de servicios, en la cual se hagan explícitas las circunstancias en que son objeto derecho u obligación, y 2) que se hayan establecido la viabilidad financiera y las condiciones de acceso efectivo.

⁶ En este sentido, resulta posiblemente más apropiado hablar de prestaciones que de servicios, dado que el primer término se refiere no sólo a un servicio en abstracto, sino en las condiciones o circunstancias concretas en las que es objeto de un derecho u obligación.

Los criterios definición, priorización y selección de los servicios que forman el conjunto de prestaciones son sin duda muy importantes, pues determinarán su impacto sobre la eficiencia, la equidad, la aceptabilidad, etc. Es recomendable que estos criterios respondan a los objetivos de la política de salud y tengan en cuenta la evidencia científica disponible sobre la efectividad, los costos, las preferencias y los valores sociales. También parece deseable que el proceso de elaboración del conjunto de prestaciones tenga un fundamento técnico riguroso e incorpore mecanismos de participación social. Sin embargo, existen muchas formas distintas delimitar los servicios que pueden considerarse racionales y legítimos. Incluso en el caso de que la selección de las prestaciones haya sido totalmente arbitraria y ajena a cualquier sistemática o criterio de prioridad, el resultado no dejaría de constituir un conjunto de prestaciones, si se cumplen las condiciones 1) y 2).

1.3. Contenido del libro

Establecer un conjunto de prestaciones es una tarea compleja si se pretende que constituya una herramienta operativa que permita racionalizar el proceso de asignación de recursos y mejorar los resultados del sistema de salud. El método que se propone en este documento está diseñado para ser una herramienta operativa, sistemática, manejable y revisable para la toma de decisiones. Se pretende, particularmente, que el método de ordenación desarrollado sea útil para los países de América Latina y el Caribe en la toma de decisiones respecto al conjunto de prestaciones en salud que puedan recibir cobertura pública en el contexto de sus reformas en salud.

La primera parte de este documento constituye un ejercicio teórico de definición y argumentación sobre la elaboración de un conjunto de prestaciones conforme a las características de los diferentes sistemas de salud (capítulo II). El procedimiento de delimitación se aborda teniendo en cuenta la estructura del sistema de salud, la factibilidad y oportunidad del establecimiento del conjunto de prestaciones en el marco de un sistema de salud específico, no sólo desde la perspectiva del propio sistema, sino también de los agentes implicados en la definición y explicitación de prioridades, así como de las consecuencias inherentes a todo ejercicio de priorización (capítulo III).

A partir de este análisis, se propone un método o procedimiento de delimitación de las prestaciones en salud en virtud de los objetivos, la población beneficiaria, el contexto de aplicación y los criterios de selección de las intervenciones en salud (capítulo IV). El método propuesto se basa, fundamentalmente, en el enfoque de la evaluación económica e incluye los procedimientos de definición, los criterios de ordenación de las prestaciones, y la aplicación de tales criterios de acuerdo con los objetivos que motivan la definición de un conjunto de prestaciones. Los procedimientos analíticos de ordenación se detallan en el apartado IV.2. y en el anexo III. Su lectura se aconseja a las personas interesadas en conocer de forma completa y pormenorizada los procedimientos analíticos de ordenación. Aquellas interesadas en adquirir una visión más general del tema pueden obviarlo sin temer perder la comprensión global del documento. La propuesta no ignora la relevancia que tienen los enfoques alternativos al de la evaluación económica, procedimientos más participativos, democráticos

o representativos de la realidad política y social en la que se plantea la ordenación de las prestaciones (apartados IV.1.4., IV.1.6.).

Por añadidura, se abordan las cuestiones inherentes a la cuantificación del costo del conjunto de prestaciones y a la necesidad de revisarlo y actualizarlo (apartados IV.1.7., IV.1.8., respectivamente). A continuación, se valora su posible aplicación en contextos de decisión concretos (apartado IV.3.) y se evalúan las posibilidades de transferir los resultados individuales (apartado IV.4.).

El método de ordenación propuesto se completa con un análisis y una revisión de las experiencias internacionales más destacadas en cuanto a las formas e iniciativas para ordenar las prestaciones en general, y, particularmente, algunas de las desarrolladas en el marco de los sistemas de salud segmentados, característicos de los países de América Latina (anexos I y II).

El documento concluye con la propuesta de tres enfoques alternativos posibles para abordar el procedimiento de definición de un conjunto de prestaciones de salud (capítulo V).

En cualquier caso, este método responde a la necesidad de describir, analizar de forma pormenorizada y elegir indicadores, que precede a todo proceso de toma de decisiones y priorización de las prestaciones de salud.

I.4. Destinatarios del libro

El análisis y las propuestas de este documento pueden ser útiles para las autoridades de salud, los gestores y profesionales de salud, así como para los usuarios y los ciudadanos, que encontrarán en él una descripción y un análisis de las implicaciones que conlleva la utilización de las distintas técnicas de evaluación económica de las prestaciones, de los posibles criterios de selección de las mismas, así como de las características epidemiológicas y las necesidades y demandas de salud que han de tenerse en cuenta al elaborar un conjunto de prestaciones.

Los destinatarios más obvios son probablemente las autoridades de salud, que tienen que tomar habitualmente decisiones sobre la autorización, aprobación y registro de las prestaciones de salud y, en su caso, sobre su inclusión o exclusión del conjunto de las financiadas con recursos públicos. Las recientes propuestas de la OPS/OMS relativas a las funciones fundamentales que deberían desarrollar los ministerios de salud para el ejercicio de la capacidad rectora sectorial contemplan varios aspectos directamente relacionados con la elaboración de un conjunto de prestaciones. Así, una de las acciones de la conducción sectorial propuesta es el «desarrollo de métodos y procedimientos para la priorización de problemas, poblaciones, programas e intervenciones, con base a los criterios de efectividad, costo e impacto» (La Rectoría de los Ministerios de Salud, OPS/OMS, 1997). El conjunto de prestaciones puede ser asimismo un instrumento adecuado para hacer operativas las responsabilidades del ministerio de salud en materia de salud pública, que incluye, entre otros aspectos, «el desarrollo de programas nacionales de prevención y control de enfermedades e invalidez»

y «la promoción de comportamientos saludables». Finalmente, la utilidad del conjunto de prestaciones puede asociarse también a la responsabilidad, que se asigna al Estado en materia de aseguramiento, de «tutelar la prestación de un plan básico garantizado de cobertura de servicios de salud para todos los habitantes, o para ciertos grupos especiales de la población» (op. cit., OPS/OMS, 1997).

Los profesionales de salud estarán interesados en la elaboración y en el contenido del conjunto de prestaciones, ya que ello condiciona sus decisiones en distintos ámbitos y restringe en algunos casos la libertad en el ejercicio de su actividad clínica. La definición del conjunto de prestaciones tiene unos efectos económicos evidentes sobre los profesionales, pues, en la mayor parte de los casos, supone un factor de incremento demanda y recursos para los servicios y especialidades incluidas.

El contenido del conjunto de prestaciones condicionará las decisiones y el diseño, por parte de las aseguradoras, de los planes de aseguramiento. Esto es obvio cuando las aseguradoras trabajan bajo contratos de prestación con las entidades financiadoras públicas. Y, a su vez, la adquisición de seguros privados complementarios dependerá de la inclusión o no de un determinado tratamiento o servicio de salud en el conjunto de prestaciones financiado públicamente.

La elaboración de un conjunto de prestaciones es muy relevante para la industria proveedora de insumos al sistema de salud, porque —igual que en el caso de los servicios profesionales— supone un subsidio y por lo tanto un aumento de la demanda de los bienes incluidos. Por otra parte, en la medida en que refleja las prioridades efectivas del sistema de salud, la definición de un conjunto de prestaciones puede incentivar y orientar a la industria en sus investigaciones en nuevas tecnologías y en nuevas aplicaciones de las ya existentes.

Por último, el establecimiento de un conjunto de prestaciones es importante para los beneficiarios de un sistema, porque supone una definición explícita de las prestaciones a las cuales tiene derecho y mejora la seguridad jurídica de los ciudadanos ante el derecho genérico a recibir asistencia de salud.

La elaboración de un conjunto de prestaciones de salud no es una cuestión exclusivamente técnica, sino que incorpora numerosos juicios de valor de naturaleza política, que reflejan los objetivos sociales respecto a qué servicios deben producirse y quién debe beneficiarse de ellos. Aunque se acepte el criterio de eficiencia como guía para la asignación de recursos, no puede obviarse que dicho criterio es instrumental y depende los objetivos finales que persiga la sociedad. En este sentido, la elaboración del conjunto de prestaciones es un tema relevante para todos los ciudadanos, en su condición tanto de beneficiarios como de financiadores últimos de los servicios de salud.

II. CONJUNTOS DE PRESTACIONES DE SALUD: OBJETIVOS, DISEÑO Y APLICACIÓN

II.1. Argumentos teóricos y prácticos que motivan la definición de un conjunto de prestaciones

II.1.1. Introducción

En la última década ha habido un creciente interés por la definición de conjuntos de prestaciones de salud en los países menos desarrollados. De acuerdo con la propuesta del Banco Mundial (WDR, 1993), el objetivo de la definición de un paquete de servicios esenciales de salud es su aplicación como instrumento de racionamiento de los recursos públicos. Posteriormente, las distintas iniciativas emprendidas para definir paquetes básicos han combinado este objetivo con el de fomentar la competencia en la producción de servicios de salud. En este último sentido, el paquete básico se ha utilizado como instrumento de regulación garante del nivel mínimo de cobertura para todos los ciudadanos.

Söderlund (1998) identifica hasta ocho objetivos diferentes para utilizar un paquete básico de servicios, tanto como instrumento de racionamiento cuanto de regulación. Estos objetivos son: 1) el aseguramiento contra los eventos catastróficos, 2) la distribución de riesgos sociales, 3) la mejora de la eficiencia en la asignación de recursos, 4) la reducción de la carga de la enfermedad, 5) la mejora de la equidad en el acceso a los servicios, 6) la reducción de los problemas de riesgo moral o incremento de costos, 7) el estímulo de la competencia entre las aseguradoras, y 8) la facilitación de la participación pública y la transparencia en la toma de decisiones. Resumimos brevemente, a continuación, cada uno de estos objetivos.

1) Aseguramiento contra los eventos catastróficos

En aquellos casos en que una enfermedad requiere un tratamiento cuyo costo es elevado, podría ocurrir que la renta monetaria e incluso el ahorro del hogar no fueran suficientes

para costearlo. Además, muy probablemente, el mercado de seguros de salud no va a cubrir los eventos poco frecuentes pero de alto costo, ya sea por problemas de selección de riesgos o porque su baja probabilidad de ocurrencia inhibe la cobertura frente a estos acontecimientos. El paquete básico puede ser una solución a la cobertura frente a estos riesgos *catastróficos*.

2) Distribución de riesgos sociales

En los países de rentas bajas donde, en general, no existe un estado de bienestar bien asentado, la cobertura de los riesgos de salud se lleva a cabo mediante aseguramiento voluntario. Este tipo de aseguramiento presenta problemas de selección adversa de riesgos que tienden a desincentivar el aseguramiento a los más sanos. El resultado es que se incrementa el costo de la cobertura hasta hacerse inviable como mecanismo de distribución de riesgos. Sin embargo, si se establece un paquete básico obligatorio para todas las instituciones (públicas, privadas y de seguridad social), las posibilidades de mantener comportamientos estratégicos son menores. La cobertura de las intervenciones incluidas en el paquete reduciría los problemas de selección adversa y, por tanto, el aumento de las primas de adquisición del seguro. En este sentido, el paquete básico actuaría como mecanismo de distribución de riesgos entre la población.

3) Ganancias en eficiencia

Un paquete integrado por las intervenciones más costo-efectivas reportaría ganancias en eficiencia, maximizando el resultado de salud al mínimo costo. Los criterios de selección de las intervenciones que pueden incluirse en el paquete básico propuesto en el WDR (1993) son la carga de la enfermedad y la RCE de las intervenciones.

4) Reducción de la carga de la enfermedad

La carga de la enfermedad es especialmente relevante cuando existen economías de escala asociadas a una intervención o a efectos externos. En el primer caso, los costos fijos (por ejemplo, de infraestructuras, de adquisición de tecnologías, etc.) se distribuirán entre todos los beneficiarios potenciales. De acuerdo con Söderlund, para priorizar entre intervenciones que generan efectos externos positivos es preciso tener en cuenta la *carga de la enfermedad*. En aquellos casos en que no existan economías de escala ni externalidades positivas, el contenido del paquete no variará sustancialmente seleccionando las intervenciones de acuerdo con criterios de costo-efectividad o en función de la carga de la enfermedad.

5) Mejoras en la equidad

Dado que la renta monetaria es a menudo la fuente más obvia de generación de iniquidades, mediante la cobertura de un conjunto de prestaciones garantizadas con recursos públicos se reducen las desigualdades en el acceso, al menos en el acceso económico. Desde esta perspectiva, el paquete básico es un instrumento para mejorar la solidaridad del sistema de salud.

6) Reducción de problemas de abuso o riesgo moral (*moral hazard*) y contención de costos

En ocasiones, el paquete básico se concibe como un mecanismo de contención del costo de salud. Mediante la exclusión explícita determinados tipos de intervenciones —de aquellas sujetas a problemas demanda inducida y riesgo moral— se alcanzarían los objetivos de contención del costo de salud. Como se señaló, en la medida en que el paquete básico asegura una redistribución de riesgos también contribuye a la contención de los costos.

7) Aumento de la competencia

Por medio de la regulación del conjunto de intervenciones incluidas en el paquete básico que cualquiera de los proveedores (públicos y privados) deben prestar, se fomenta la competencia por el aseguramiento de los individuos. En este sentido, el paquete básico es el requisito esencial para garantizar una competencia *justa* entre los aseguradores. Sin esta regulación los aseguradores intentarían disminuir progresivamente el número de intervenciones, reduciendo el costo y, por tanto, la prima de los distintos planes.

8) Transparencia en la toma decisiones

Finalmente, con independencia de objetivos de eficiencia, equidad o contención de costos, la disposición de recursos públicos aconseja hacer explícitas las prestaciones de salud para garantizar la máxima transparencia en la utilización de esos recursos. Esta transparencia es en sí misma positiva. Ahora bien, lo que no es evidente es cómo esta transparencia podría lograrse simplemente mediante la regulación de un conjunto de intervenciones.

Obviamente, entre estos objetivos unos pueden ser más importantes que otros para los distintos países, de manera que no existe una única forma definir el paquete básico. El paquete definido con arreglo a criterios de costo-efectividad, carga de la enfermedad y reducción de los problemas de riesgo moral o *moral hazard* es más acorde con una concepción utilitarista del bienestar social. Los objetivos de distribución de riesgos, equidad y cobertura catastrófica reflejan, por el contrario, una visión más Rawlsiana. La preferencia por estos últimos revela simplemente una mayor aversión a la desigualdad.

En los siguientes apartados se analizan algunos de los principales argumentos que justifican el establecimiento de un conjunto de prestaciones desde la perspectiva del análisis económico. Concretamente, se aborda el tema de los bienes meritorios, la seguridad jurídica que supone el conjunto de prestaciones, las mejoras potenciales en la efectividad y la eficiencia, el control del gasto de salud y la mejora de la equidad.

II.1.2. Bienes públicos y bienes meritorios⁷

En el contexto de la economía normativa se ha reconocido tradicionalmente la existencia de fallos de mercado que requieren y justifican la intervención pública. Dos de estos fallos

⁷ Bienes Meritorios (Merit Goods) o también denominados Bienes Preferentes o Tutelables.

son la existencia de bienes públicos y la presencia de externalidades. Una forma de intervención que permite reestablecer la eficiencia en estas situaciones es la financiación pública, total o parcial, de los bienes o servicios en cuestión. En la bibliografía económica, desde Musgrave (1959), se han considerado los denominados bienes meritorios, preferentes o tutelares, entre los que se encuentran los servicios de salud, los educativos, la vivienda, etc., que no son bienes públicos en sentido económico,⁸ pero que por diversas razones son o deben ser financiados públicamente. Sin embargo, el concepto de bien meritorio ha sido y es objeto de controversia.

Musgrave (1959) definió por primera vez bien tutelar como aquél que satisface necesidades valoradas por la sociedad de forma tan meritoria, que su satisfacción se realiza mediante subsidios (a través de la vía presupuestaria), de forma adicional o complementaria a los suministros canalizados a través del mercado y pagados directamente por los consumidores. Según Head (1969), Musgrave dio esa denominación de bienes preferentes a un tipo de bienes que, debido a las dificultades con que se encuentra el individuo para valorar todos los beneficios derivados de su consumo, serán consumidos en el mercado en una cuantía menor a la deseable según criterios de eficiencia.⁹ De ahí que se considere justificada la intervención por parte del Estado encaminada a aumentar su consumo. Posteriormente, Musgrave (1983) puntualizaron, respecto a los bienes preferentes, que, en realidad, constituyen una imposición de preferencias, intereses o valores a la comunidad por parte de la administración pública, pero que si se subvencionan productos que generan beneficios externos, no hay tal imposición de preferencias. Stiglitz (1986) señaló que los fallos del mercado en la provisión de servicios médicos (información asimétrica e incertidumbre), así como las externalidades provocadas, justifican parcialmente la existencia de servicios públicos de salud. Autores como Albi, González Páramo y Zubiri (2000) consideran que los bienes preferentes nacen de la idea de equidad con la cual está comprometida la sociedad, lo cual conduce a que el objetivo igualitario garantice, mediante la obligatoriedad del consumo, un mínimo de estos bienes.

Como puede apreciarse, los distintos autores no coinciden en la definición de los bienes preferentes, ya que aplican en algunas ocasiones ese calificativo cuando se dan fallos de mercado, y en otras, cuando aun siendo privados y no existiendo estos fallos de mercado, son financiados públicamente en función de decisiones públicas no justificadas con dichos criterios. Es decir, que estaríamos ante un argumento circular en los siguientes términos: el subsistema público financia los bienes preferentes que son preferentes, precisamente, porque el subsistema público los financia. Justificar la financiación pública por el hecho de que

⁸ Un bien público es aquél que cumple dos condiciones: 1) Su consumo por parte de un individuo no reduce el consumo disponible para el resto de los individuos, y 2) No es posible (por lo menos a un coste razonable) excluir a un individuo del consumo del bien si se decide su provisión. Se supone que los individuos actuando según su interés individual no revelarían sus preferencias por el bien público —es decir, no manifestarían su disposición a pagar, pensando que de todas formas no podrán ser excluidos del consumo. Por lo tanto, el bien sólo se proveerá si se financia de forma colectiva. Un ejemplo típico de bien público es el faro. En el campo de la salud los bienes públicos se encuentran básicamente en el ámbito de la salud pública: información sanitaria, saneamiento ambiental, suministro y control de potabilidad de aguas, algunas formas de prevención, tal como el control de vectores, etc.

⁹ Ver García Villarejo y Salinas (1993).

un bien es preferente constituye una tautología. La justificación definir un bien como preferente y defender la necesidad de financiarlo públicamente hay que buscarla en otras características más básicas del bien o en objetivos sociales tales como la naturaleza de bien público, efectos externos, ignorancia o miopía de los consumidores, costos de transacción, criterios de equidad, etc.

II.1.3. Garantía jurídica derechos y prestaciones

La definición de un conjunto de prestaciones puede ser un medio para garantizar la seguridad jurídica del consumidor o, también, la del financiador, asegurador o proveedor de servicios. La seguridad jurídica puede considerarse como algo deseable en sí mismo, porque aumentarla es beneficioso para cualquier individuo que siente aversión por el riesgo y, además, por los efectos que produce, como mejorar la eficiencia al reducir los costos de transacción.

En los sistemas de salud basados en el seguro voluntario y la financiación privada, la cobertura suele estar bien definida, de manera que las dos partes contratantes, el asegurador y el asegurado, pueden conocer con relativa precisión lo que el asegurado tiene derecho a recibir y lo que el asegurador está obligado a prestar cuando se produce el suceso que da lugar al derecho, habitualmente la aparición de una determinada enfermedad. Una especificación perfecta no es, probablemente, ni viable ni óptima. Por otra parte, si la falta de especificación fuese muy grande, la capacidad del asegurado para hacer cumplir el contrato al asegurador disminuiría y lo haría menos atractivo, ya que generaría un alto nivel de inseguridad y de costos de transacción en forma, por ejemplo, de litigios y disputas sobre elegibilidad.

Los sistemas de salud de afiliación obligatoria, a pesar de su aparente similitud con los seguros voluntarios, no requieren el mismo grado de precisión en la definición de los servicios que cubren, debido, precisamente, a que su viabilidad no depende la decisión de los consumidores de contratar sus servicios, ni, por tanto, de las características de dichos servicios o de las condiciones en que se prestan. Esta situación es más evidente en el caso de los sistemas integrados, en los cuales la financiación y la producción de servicios son responsabilidad de una entidad pública única. En este sentido, la mayoría de sistemas de salud públicos han definido tradicionalmente su cobertura de forma muy genérica. No obstante, es indudable que la seguridad jurídica también es un objetivo valioso en este contexto. Además, en la mayor parte de los países desarrollados hay una creciente necesidad delimitar la cobertura, ya que:

- los servicios disponibles han aumentado espectacularmente y lo siguen haciendo como consecuencia del desarrollo de nuevas tecnologías de salud,
- el envejecimiento de la población hace aumentar la presión sobre los recursos de salud,
- las restricciones presupuestarias imponen el racionamiento de las prestaciones,

- los consumidores se han vuelto más exigentes y reivindicativos, y solicitan la prestación de servicios para un número creciente de enfermedades, cada vez menos graves —el desarrollo económico y los aumentos en renta incrementan la demanda de servicios de salud— o intervenciones de prevención y promoción de la salud.
- la tendencia a separar las funciones de financiación y de prestación ha ampliado la necesidad de especificar correctamente el producto de salud en las relaciones entre financiadores y proveedores.

II.1.4. Efectividad y eficiencia en la asignación de recursos

La mejora de la efectividad y de la eficiencia forma parte de la agenda política de salud declarada de casi todos los países desde la década de los setenta, aunque en muchos casos se trata de simple retórica. La eficiencia presupone efectividad: si una tecnología no es efectiva no será tampoco eficiente, aunque su costo sea ínfimo. Pero la efectividad no presupone la eficiencia. La eficiencia obliga a considerar tanto la efectividad como el costo de una actividad, y compararlo con la efectividad y el costo de otras actividades alternativas. La mejora de la eficiencia tiene varios componentes. Se han de identificar las tecnologías más apropiadas para determinadas aplicaciones; esto es lo que se intenta hacer desde diversos enfoques: la medicina basada en la evidencia, la evaluación de tecnologías de salud o la evaluación económica. Sin embargo, estas actividades de investigación aplicada y de difusión de información pueden no tener impacto real si no existen los incentivos adecuados para su aplicación. El conjunto de prestaciones puede ser un mecanismo incentivador de este tipo, si con él se logra que se financien con fondos públicos las prestaciones que se han identificado como más costo-efectivas.

En la medida en que las prestaciones deban evaluarse en cuanto a su eficacia, efectividad o eficiencia, es preciso definir las como pares de situaciones de necesidad-tratamiento —tal y como se hizo en Oregón (1991)—, y no sólo como tecnologías abstractas. Una tecnología no es efectiva o eficiente en sí misma, sino en relación con el uso que se hace de ella. Así, un tratamiento para reducir la concentración del colesterol en la sangre puede ser muy efectivo y eficiente si se aplica a un individuo con una colesterolemia alta y menos o nada efectivo y eficiente si quien lo recibe la tiene baja. La asignación de recursos a tratamientos efectivos será eficiente si se maximiza el resultado de salud (por ejemplo, reducción de la colesterolemia) al mínimo costo. En cualquier caso, conviene tener presente que las indicaciones de las tecnologías pueden ser múltiples y que, combinadas con las diferentes características personales de los pacientes y otros factores determinantes de la efectividad, la definición de pares de necesidad —tratamiento de salud exigiría un número muy elevado de elementos objeto de consideración.

La dificultad de controlar el uso y, en última instancia, la financiación de una tecnología en función del fin que se le da, así como los mayores requerimientos de información sobre la efectividad y los recursos necesarios, pueden explicar que los conjuntos de prestaciones desarrollados hasta ahora sólo tengan en cuenta, normalmente, las tecnologías en sí mismas

y no en función de su utilización.¹⁰ Sin embargo, esta dificultad práctica no debe hacer olvidar que, desde un punto de vista conceptual, este enfoque reduce la capacidad de un conjunto de prestaciones para ser usado con el objetivo de mejorar la efectividad y la eficiencia en la distribución de los recursos.

II.1.5. Control del gasto de salud

El denominador común en las iniciativas de definición de un conjunto de prestaciones es, posiblemente, el control del gasto de salud público. El control del gasto de salud no implica necesariamente que se pretenda reducirlo o congelarlo; puede referirse también a su incremento controlado. Este podría ser el caso si utiliza el conjunto de prestaciones en el contexto de una ampliación de la cobertura de servicios o de la población. Es evidente que el decisor estará dispuesto a que aumente el gasto. No obstante, puede esperar que, mediante la aplicación del conjunto de prestaciones, pueda prever y controlar dicho incremento. Así, la delimitación de las prestaciones supone un factor de control del gasto. Por otra parte, limitando la inclusión en el conjunto de prestaciones a las tecnologías de las cuales se dispone de evidencias demostradas de su efectividad, se puede mejorar la efectividad del sistema y, al mismo tiempo, reducir el gasto al eliminar algunas prestaciones. Lo mismo ocurrirá si el conjunto de prestaciones se limita a incluir las tecnologías más costo-efectivas. Sin embargo, la reducción del gasto no tiene por qué producirse si la reducción de prestaciones no efectivas es compensada por un aumento de actividad en prestaciones efectivas, debido, por ejemplo, a una universalización real de la cobertura en dichas prestaciones.

De la experiencia de los países con servicios nacionales de salud puede destacarse que la carencia de catálogo no ha impedido mantener un control del gasto de salud. Los mecanismos de gestión de la provisión de los cuidados, así como la ordenación de la prestación de los servicios tanto en los niveles de atención primaria como especializada, pueden desempeñar un papel más importante, a este respecto, que la existencia o carencia de un catálogo. A su vez, aún careciendo de catálogo, este sistema ha logrado en muchos lugares mantener una accesibilidad universal a las prestaciones en condiciones razonables, por ejemplo, de isócronas geográficas y de tiempos de espera. Los sistemas de salud cuentan con suficientes resortes que permiten lograr esas metas sin un conjunto de prestaciones explícito. En la práctica, los determinantes de los aumentos del gasto —incremento en el precio de adquisición de nuevas tecnologías, tratamientos o medicamentos, en la remuneración de los profesionales de la salud— pueden ser ajenos a la existencia de un conjunto de prestaciones. Parece lógico, aunque es difícil probarlo de forma rigurosa, que si el sistema funciona con un mecanismo de financiación abierto, la inexistencia de un conjunto de prestaciones da más capacidad y autonomía a los proveedores para introducir nuevas tecnologías habitualmente más costosas, lo que puede frustrar las previsiones de evolución del gasto que realizan los

¹⁰ Algunas excepciones son el tratamiento con Hipolipemiantes según nivel de Colesterol Total (CST) en Holanda, o en España la financiación del Finasteride para la indicación de hiperplasia benigna de próstata, y no financiado para la alopecia dado que el precio del mismo principio activo es nueve veces superior para esta indicación.

planificadores. Si, por el contrario, el sistema de financiación es cerrado, la introducción de nuevas tecnologías no aumentará el gasto, aunque puede suponer fácilmente una reducción de la accesibilidad de la población a las ya existentes, debido a listas de espera, copagos u otros mecanismos de racionamiento explícitos e implícitos, con los posibles problemas de equidad que fácilmente pueden derivarse.

En síntesis, de una revisión del funcionamiento de los sistemas de salud no puede colegirse que la introducción del catálogo sea determinante para mantener el gasto respecto al PIB en niveles más bajos o que las tasas de crecimiento del gasto de salud queden bajo control. Salvo que se mida en qué grado es efectiva la definición de conjuntos de prestaciones, esta relación de causalidad no deja de ser una hipótesis. El problema es que, en los estudios empíricos, es muy difícil aislar esta característica.

II.1.6. Equidad y asignación de recursos de salud

La delimitación precisa de las prestaciones cubiertas en un sistema puede constituir también parte de una estrategia para mejorar la equidad, por ejemplo, si se reduce la oferta de servicios a fin de poder garantizar el acceso efectivo a la misma de toda la población, o bien para poder ampliar la población protegida a grupos de población o a tipos de enfermos previamente no cubiertos.

Las definiciones de equidad son numerosas y en algunos casos contradictorias. En general, por equidad puede entenderse la capacidad de una sociedad para compartir los beneficios y las responsabilidades de forma proporcional a las necesidades y capacidades de la población, brindando un trato igual a los que tienen las mismas necesidades y capacidades (Campbell, 1978).¹¹ Junto a este concepto de equidad horizontal —igual trato para igual necesidad— se encuentra el de equidad vertical —dar lo que les corresponde a individuos con distintas necesidades—, un concepto más complejo y difícil de hacer operativo que el primero.

En el ámbito de la salud, la equidad suele medirse como igualdad o desigualdad de los individuos o grupos en relación con el nivel de salud, los recursos o el gasto de salud, la accesibilidad a los servicios, etc., teniendo en cuenta siempre el nivel de necesidad. En este caso, la situación más equitativa sería la que correspondiera a la igualdad absoluta en el indicador elegido. Sin embargo, la equidad puede conceptualizarse también como el logro de un determinado nivel para todos los individuos. En este caso, la equidad no se relacionaría tanto con el nivel desigualdad, sino con el número de individuos que no alcanzan el nivel establecido y el grado en que no lo alcanzan.

El principio de cobertura universal gratuita de todos los servicios para todas las personas reflejaba tradicionalmente una concepción igualitarista de la equidad, que el crecimiento

¹¹ Proporcional —frente a progresivo o regresivo— se está utilizando aquí en el sentido tradicional de Equidad Horizontal: trato semejante para necesidades semejantes.

del gasto ha mostrado económica o políticamente¹² inasumible. En la actualidad, la mayoría de los países parecen orientarse implícitamente hacia el segundo concepto de equidad a través de limitaciones a la cobertura pública total y gratuita. De una u otra forma se plantea un límite a lo que se puede garantizar a todo el mundo independientemente de su capacidad económica. Por encima de un determinado límite, la accesibilidad dependerá de la capacidad y voluntad de pago de cada individuo. En este sentido, el concepto de equidad implícito se corresponde más con el de un mínimo garantizado que con el ideal igualitarista, aunque este planteamiento a menudo no se hace explícito por los posibles costos políticos que puede acarrear. Así, muchos sistemas teóricamente igualitaristas, frente a la inviabilidad presupuestaria de garantizar todo a todos, terminan recurriendo a mecanismos no explícitos de racionamiento que pueden dar lugar a diferencias inicuas e injustificadas en la utilización o en el acceso (por ejemplo, los que tienen un costo de oportunidad del tiempo más bajo, menos urgencia para resolver un problema de salud o contactos privilegiados dentro del sistema de salud, soportarán costos menores como consecuencia del racionamiento por colas y listas de espera).

En el contexto anterior, la definición y aplicación efectiva de un conjunto de prestaciones contribuye a alcanzar la equidad horizontal, al limitar la lista de los servicios cubiertos de forma que puedan recibirlos todos los individuos que los necesitan y tienen derecho a los mismos: un servicio está disponible y financiado con fondos públicos para todos los que lo necesiten o no ha de estar en el conjunto de prestaciones. El conjunto de prestaciones puede contribuir también a la equidad vertical; para ello, los criterios de selección de los servicios han de responder a los problemas de equidad en la distribución de recursos y el racionamiento entre grupos de distinto nivel de necesidad. Es decir, han de dar respuesta a situaciones del siguiente tipo: en la circunstancia de que no hay recursos para las dos aplicaciones, ¿debería reducirse la cobertura de vacunación u otros programas esenciales para poder financiar el tratamiento de los pacientes con infección por VIH? ¿Sería preferible, si ello fuese posible, mantener los dos programas con tratamientos menos costosos, aunque fuesen menos efectivos? En la tercera parte de este documento se presentan métodos de priorización que permiten responder a estos interrogantes.

¹² Aunque se argumente sobre la insuficiencia de recursos económicos, el racionamiento de los servicios sanitarios puede interpretarse también en el sentido de que las clases más favorecidas no están dispuestas a aceptar un grado de redistribución más elevado de la riqueza. Es probable que en una sociedad acomodada y económicamente igualitaria también fuese necesario racionar los servicios sanitarios. Pero en la actualidad parece obvio que las clases más favorecidas no estarían dispuestas a aceptar para sí mismas los niveles de racionamiento que se proponen en los sistemas públicos.

II.2. La delimitación de las prestaciones en los diferentes sistemas de salud: papel y limitaciones del conjunto de prestaciones

¿Pretenden o pueden todos los sistemas (de)limitar sus prestaciones? ¿Es el conjunto de prestaciones un instrumento aplicable en cualquier tipo de sistema de salud? ¿Deben ajustarse las características del conjunto de prestaciones a las del sistema en que se aplica?

En este apartado se intentará caracterizar los diferentes tipos o modelos de sistemas de salud, a fin de precisar el papel que pueden tener en cada uno de ellos la delimitación de las prestaciones y el establecimiento de un conjunto de prestaciones. A menudo, siguiendo la propuesta tradicional de Terris (1980), los sistemas de salud se clasifican en los siguientes tipos: 1) sistemas privados, 2) sistemas basados en la seguridad social y 3) servicios nacionales de salud.

El modelo típico de seguridad social se caracteriza por lo siguiente:

- a) limitar la cobertura a una parte de la población (normalmente los asalariados y los empleados en la economía formal y sus beneficiarios),
- b) financiarse por medio de contribuciones salariales y
- c) la provisión de servicios la llevan a cabo entidades independientes de la agencia aseguradora.

Los servicios nacionales de salud, también según el modelo ideal tradicional,

- a) cubren a toda la población de un país,
- b) se financian mediante impuestos y
- c) integran la financiación, el aseguramiento y la provisión de servicios en una única entidad.

Esta clasificación ha sido superada por la realidad debido a los cambios experimentados por los sistemas de salud en todo el mundo. La OCDE (1992) propuso una clasificación de ocho tipos de sistemas de salud basada en dos criterios:

- 1) la fuente de financiación: voluntaria u obligatoria y
- 2) la forma de pago a los proveedores:
 - directamente por los consumidores, sin seguro
 - por los consumidores, mediante seguro
 - indirectamente por terceras partes, a través de contratos entre entidades independientes
 - indirectamente por terceras partes, por medio de salarios y presupuestos en una organización integrada

Otro aspecto importante en los sistemas de financiación obligatoria es si existe una fuente o fondo único de financiación o una multiplicidad de fuentes para distintos segmentos de la población, lo que da lugar a sistemas universales y segmentados, respectivamente.¹³

Las diferencias entre los modelos de salud condicionan el modo en que se articula o define el conjunto de servicios y las condiciones que constituyen los derechos del beneficiario o asegurado. Así, por ejemplo, en un sistema basado fundamentalmente en el aseguramiento voluntario (Modelo Privado), como el de los Estados Unidos de América, la delimitación se lleva a cabo mediante un catálogo de prestaciones particular de cada compañía de seguros y HMO,¹⁴ que viene definido, por lo general, de forma detallada en la póliza o contrato de seguro, en la cual se indican —en algunos casos explícitamente— los tratamientos excluidos. Además, estos seguros suelen tener cláusulas donde se señalan las condiciones geográficas o temporales en las que puede reclamarse o exigirse el derecho a la prestación.¹⁵

En los sistemas basados en el seguro voluntario el objetivo de la delimitación de las prestaciones es la seguridad contractual que supone para el asegurado saber con precisión qué servicios tiene cubiertos y en qué condiciones; para el asegurador, establece el límite de su responsabilidad financiera, limitando —si el conjunto de prestaciones está definido con precisión— el posible riesgo moral consustancial al seguro. En la medida en que el aseguramiento y la provisión estén separados, la delimitación del conjunto de prestaciones permite eliminar incertidumbres en la relación entre estas dos partes: el proveedor tiene la seguridad de que el asegurador le pagará los servicios que preste y estén incluidos en la lista. La definición en las pólizas de los términos del compromiso asistencial puede evitar litigios innecesarios en los tribunales de justicia.

La selección de las prestaciones, si las entidades aseguradoras se comportasen exclusivamente en función de criterios de beneficio, debería reflejar la disposición a pagar de los consumidores por dichos servicios. Es decir, un servicio sería ofrecido en la medida en que los consumidores estuviesen dispuestos a pagar una cantidad que permitiese cubrir como mínimo el costo esperado más los gastos de administración. Sin embargo, debido a la ignorancia del consumidor, es posible que algunos servicios individuales se ofrezcan por razones históricas o por preferencias de los proveedores. Recientemente, las compañías aseguradoras —especialmente en los Estados Unidos de América de América, donde este mercado es de los más competitivos— aplican, para la selección de servicios, criterios de costo y de costo-efectividad, aunque los criterios de valoración de los costos y beneficios adoptan una perspectiva privada distinta a la que recomiendan los manuales y las directrices metodológicas para los sistemas públicos.

¹³ Se ha llegado a sostener que, ante la diversidad de formas que toman en la actualidad los sistemas sanitarios, cualquier clasificación puede resultar demasiado simplista y oscurecer las posibilidades de análisis y de identificación de alternativas sobre las que los países han diseñado y pueden reformar sus sistemas de salud. (Rovira et al., 1998).

¹⁴ Health Maintenance Organizations, HMO.

¹⁵ Una variante de este modelo son las denominadas "Obras Sociales" en Argentina. Se trata de fondos de enfermedad, no competitivos, para distintos grupos ocupacionales.

Ahora bien, aunque en la póliza figuren las tecnologías de salud cubiertas, si no se fijan los pares de necesidad-tecnología, lo cual es muy complejo, siempre quedará un margen de indefinición en las relaciones paciente-proveedor-asegurador. Según los incentivos a que se enfrente el proveedor, esta imprecisión puede dar lugar a un alta tasa de introducción de nuevas tecnologías, a la aplicación de tecnologías no efectivas e incluso al empleo indebido de ciertas tecnologías para unas enfermedades concretas. Así, por ejemplo, el médico podrá recomendar la aplicación de una tecnología nueva y costosa cuya efectividad no esté universalmente aceptada para una enfermedad que pueda tratarse con una tecnología alternativa de efectividad contrastada por años de utilización y de bajo costo, y será muy difícil demostrar que su empleo ha sido incorrecto en términos contractuales.

Los dos tipos de modelos de sistema de salud de financiación pública (obligatoria) son los basados en la seguridad social, en los cuales el derecho a la atención de salud proviene de una relación laboral, y los servicios nacionales de salud, en los que el derecho a la prestación de salud es consustancial al ciudadano e incluso a los residentes de un país, al margen de su situación laboral.

Los países con sistemas de salud basados en esquemas de seguridad social, como Francia, Alemania, Bélgica y Holanda, en la Unión Europea, y Japón, entre otros de la OCDE,¹⁶ se financian mediante las cuotas de la población ocupada y han tendido a proveer los servicios por medio de contratos con proveedores externos independientes —o con recursos ajenos— a través de acuerdos, contratos, convenios o conciertos con dichos proveedores. El contrato con proveedores, públicos o privados, es característico del modelo de seguridad social. Estos sistemas, siguiendo con la lógica de los seguros privados, han tendido a recoger en un documento las prestaciones específicas que podían variar en grado y tipo dependiendo, a veces, del sector económico en que estuviera encuadrado el trabajador que cotiza. Sin embargo, en la mayor parte de los sistemas basados en el modelo de seguridad social, la definición de las prestaciones está especificada de forma muy genérica, de manera que no constituye propiamente un catálogo, como ha sido y es todavía el caso de España. En cualquier caso, como señala Freire (1995), estas prestaciones explicitadas por los sistemas de seguridad social no son necesariamente inferiores a las ofrecidas por los servicios nacionales de salud.

De otro lado se encuentran los servicios nacionales de salud que basan la financiación en los impuestos generales. Estos servicios están establecidos desde los años cincuenta en los países nórdicos, Canadá y el Reino Unido, aunque hoy día puede considerarse que este grupo también incluye a España, Portugal, Grecia e Italia.¹⁷ En estos países suele hacerse una definición genérica de los servicios a los que tiene derecho el ciudadano (beneficiario); es decir, en ellos se estipula que están cubiertos todos los servicios necesarios para la atención de la salud y sólo se encuentran algunas listas de exclusiones.

¹⁶ OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

¹⁷ El sistema sanitario español combina un sistema de financiación propio de modelos de seguridad social con la existencia de hospitales mayoritariamente propios y médicos con características de asalariados.

Las reformas actuales en los sistemas de financiación obligatoria o pública van en la línea de crear un fondo de financiación de la salud único y separar las funciones de financiación de las de aseguramiento y de las de provisión, introduciendo mecanismos de competencia en el sector. Los sistemas basados en la seguridad social tienden a universalizar la cobertura, mientras que los servicios nacionales de salud, que tradicionalmente integraban las tres funciones, tienden a separarlas, por lo que se puede afirmar que existe cierta tendencia a la convergencia entre estos sistemas que apunta hacia lo que, según la terminología de la OCDE antes mencionada, puede denominarse *modelo público de contrato*.

El modelo público de contrato se caracteriza por la cobertura universal con financiación obligatoria, con provisión privada o pluralista —pública y privada— de los servicios de salud mediante su contratación a terceros (OCDE, 1992). El financiador firma un contrato con distintos proveedores para que estos presten los servicios a los beneficiarios, que tienen la posibilidad de elegir proveedor, lo que genera un incentivo para que los proveedores compitan entre sí para atraer beneficiarios. En este caso, el financiador desempeña, al menos teóricamente, el papel de asegurador: asume el riesgo de que los ingresos sean insuficientes para cubrir los gastos. Se trata de un papel teórico, porque un financiador público suele tener garantizada su clientela y su supervivencia, lo cual explica que su riesgo financiero tenga unos efectos distintos de los que puede afrontar una entidad sujeta a la competencia y al derecho privado.

En algunos casos existe una separación adicional entre las funciones de financiación y aseguramiento: el financiador, un fondo de salud único, contrata con aseguradoras independientes la cobertura de los riesgos globales de atención de salud a cambio de un pago periódico prefijado. A su vez, las aseguradoras pueden contratar la prestación de servicios a proveedores independientes. El beneficiario puede elegir normalmente tanto la aseguradora como el proveedor.

En el modelo público de contrato es preciso especificar las condiciones que van a definir la relación contractual, a fin de que la competencia en la provisión se traduzca en ganancias en eficiencia y mejoras en la equidad. La ausencia de integración vertical (en las funciones de financiación, aseguramiento y prestación de servicios del sistema de salud) de este modelo puede conducir a la fragmentación de la prestación y dificultar la coordinación entre niveles asistenciales (atención primaria y especializada). También puede aumentar el gasto en administración y publicidad. Pero se supone que los incentivos para competir que genera el modelo son suficientes para compensar estos problemas, especialmente si se aplican controles del resultado de salud y de la calidad en la provisión de los servicios, tareas complejas pero factibles.

De todos modos, no se pretende ni es el objetivo de este trabajo argumentar a favor de la superioridad de un tipo u otro de modelo de sistema, tema, por otra parte, en que las posiciones apriorísticas e ideológicas suelen prevalecer sobre los argumentos basados en la evidencia. Lo que sí se está poniendo de manifiesto es que en el modelo de sistema de salud hacia el que parecen tender muchos de los sistemas actuales —el modelo público de contrato— la definición de un conjunto de prestaciones está mucho más justificada que en modelos integrados tales como el servicio nacional de salud.

Aunque existen elementos comunes en los componentes y características de los sistemas de salud señalados con los de los países latinoamericanos, éstos últimos han ido desarrollando sectores¹⁸ de salud con una idiosincrasia peculiar. En la mayor parte de los países de América Latina el sistema de salud se divide en tres grandes segmentos (modelo segmentado). Por un lado se encuentran los individuos que trabajan en el sector formal de la economía (y en algunos casos sus familiares), que están cubiertos por una o varias instituciones de la seguridad social. Por otro, las necesidades de salud de las clases medias y altas, que en su mayoría pagan contribuciones a la seguridad social pero no utilizan sus servicios, son atendidas por el subsistema privado mediante pago directo de su propio bolsillo, aunque estas necesidades están siendo cubiertas cada vez más por medio de la contratación de seguros o planes de prepago privados. Por último, los ministerios de salud (sistema público) se encargan de la prestación de servicios de salud a los grupos con menos recursos que están excluidos de la seguridad social porque no están formalmente empleados.

En los modelos segmentados cada segmento institucional (subsistema público, instituciones de seguridad social y subsistema privado) desempeña habitualmente las funciones de financiación y prestación de servicios, pero cada uno lo hace para un grupo específico, con la duplicación de funciones, despilfarro de recursos y fuente de desigualdades que ello acarrea. Una elevada proporción de los beneficiarios de la seguridad social utilizan los servicios que ofrece el subsistema privado o el ministerio de salud. No obstante, las familias no aseguradas no pueden acceder, con la misma facilidad, a las instalaciones de la seguridad social. Las diferencias de calidad entre los diversos subsistemas son quizá la característica más evidente de estos modelos. Los servicios que se encuentran reservados a los pobres adolecen de una escasez crónica de recursos (Musgrove, 1986).

Algunos países han intentado romper con la segmentación de la población nacionalizando los servicios de salud y unificando todas las instituciones en un sistema público único. En otros, las estrategias de privatización, especialmente de la seguridad social al estilo de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) chilenas, han tratado de compatibilizar las ventajas de la financiación pública con las ventajas de la gestión privada o descentralizada para la consecución de los objetivos de eficiencia y equidad. Las iniciativas de descentralización con la devolución de responsabilidades, previamente centralizadas, a las autoridades subnacionales constituye una experiencia aplicada en países como Brasil, Bolivia, Chile o Colombia.

La mayor parte de los países de América Latina están definiendo el modelo de sistema de salud que pretenden seguir. A las prescripciones de equidad y reconocimiento de responsabilidades políticas, especialmente con los grupos más desfavorecidos, sin acceso real a los servicios de salud, se oponen las cada vez mayores restricciones en la financiación pública. La necesidad de compatibilizar ambas es lo que ha llevado a algunos gobiernos a definir conjuntos de prestaciones de salud como el instrumento central de su política de salud.

¹⁸ El término "sector salud o sector sanitario" designa en este documento el conjunto de recursos y estructuras de un país, cuya función principal es la mejora de la salud. Se reserva el término "sistema de salud o sistema sanitario" para las estructuras con una organización que les da una cierta unidad e identidad propias. En el modelo segmentado los subsistemas público y de seguridad social equivalen a "sistemas" en la presente terminología.

III. LA UBICACIÓN DEL CONJUNTO DE PRESTACIONES EN EL MARCO DE UN SISTEMA DE SALUD

Tal como se ha afirmado, el conjunto de prestaciones es un instrumento más de la política de salud. Como tal instrumento, tiene unos elementos técnicos genéricos que son aplicables en cualquier contexto. Sin embargo, hay muchos aspectos que deben tenerse en cuenta y ajustarse a las condiciones y peculiaridades locales: objetivos de la política de salud, estructura del sistema de salud, disponibilidad de información, capacidad técnica de la administración de salud, capacidad de cambio y liderazgo, etc.

Las cuestiones de contexto que tendrían que plantearse al iniciarse el proceso de elaboración del conjunto de prestaciones son del siguiente tipo: ¿En el contexto de nuestra realidad de salud, cuál es el objetivo de la ordenación de las prestaciones: eficiencia, equidad, suficiencia financiera, participación ciudadana? ¿Qué implicaciones de economía política tienen estos objetivos y para quién? Si los objetivos entran en conflicto, ¿prevalecerá uno de ellos en detrimento de los demás, como, por ejemplo, equidad frente eficiencia o eficiencia frente a participación ciudadana? ¿Quiénes serán los responsables de tomar las decisiones necesarias para ordenar prestaciones? ¿Con qué grado de flexibilidad va a realizarse la ordenación en la práctica?

A continuación se abordan algunos de los aspectos vinculados con el contexto y con el proceso real de aplicación del conjunto de prestaciones:

- 1) liderazgo e implicaciones para los distintos agentes del sistema de salud,
- 2) flexibilidad e inercias frente al cambio,
- 3) el conjunto de prestaciones en un sistema segmentado,
- 4) la financiación del conjunto de prestaciones y
- 5) conjunto de prestaciones y aseguramiento.

III. I. Liderazgo e implicaciones para los distintos agentes del sistema de salud

La introducción de un conjunto de prestaciones puede tener efectos importantes para diversos actores del sistema: usuarios, proveedores, aseguradores o financiadores pueden ver modificados sustancialmente sus niveles de accesibilidad y consumo, ingresos, poder decisión, etc. La introducción de un conjunto de prestaciones generará a buen seguro importantes tensiones entre los agentes sociales, que en parte pueden aflorar en debates públicos y parlamentarios, en los que las partes interesadas y sus representantes, invocando los intereses sociales y el bien común, intentarán hacer prevalecer sus intereses y descalificar los argumentos de sus oponentes.

Lógicamente, los colectivos que prevean que van a salir perjudicados por el establecimiento del conjunto de prestaciones se opondrán al mismo o intentarán, por lo menos, que sea modificado de forma que no resulte lesivo para sus intereses. Los colectivos profesionales y las empresas y organizaciones que administran el sistema de salud serán normalmente los actores más visibles, por su capacidad de acción en defensa de sus intereses. Algunos colectivos de pacientes organizados en asociaciones con tradición y experiencia —situación habitual para algunas enfermedades crónicas— harán oír su voz sobre aquellos puntos en que el conjunto de prestaciones pueda limitar las prestaciones que han recibido tradicionalmente. Pero la mayoría de los ciudadanos, usuarios de los servicios y financiadores últimos del sistema, tendrán normalmente poca o ninguna participación directa en el proceso, a menos que se establezcan mecanismos de participación específicos. En resumen, el establecimiento del conjunto de prestaciones requerirá un proceso de negociación con las partes implicadas, cuya rectoría requiere para tener éxito un liderazgo fuerte y sostenido en el tiempo. Este liderazgo debe estar localizado en los niveles superiores de la administración del Estado: gobierno, comisión interministerial, ministerio de salud, etc.

Aunque la introducción del conjunto de prestaciones esté motivada por objetivos de eficiencia y equidad, con los cuales la mayoría de los interlocutores sociales asegurará estar de acuerdo en lo teórico, el racionamiento explícito que supone un conjunto de prestaciones lo hace muy impopular y capaz de ser criticado con argumentos demagógicos. Cuando un sistema de salud está ofreciendo teóricamente cualquier servicio de salud existente a quien lo necesite, aunque esta disponibilidad no sea efectiva, la delimitación explícita de las prestaciones se puede interpretar fácilmente como una política de reducción del gasto social y, en consecuencia, un ataque a los derechos de los ciudadanos. Ello supone un potencial y elevado costo político para quien promueve el conjunto de prestaciones, si éste último se encuentra por debajo de las expectativas de la población o supone agravios comparativos para determinados colectivos. Obviamente, estos problemas no se producirán, por lo menos de esta forma, cuando el establecimiento del conjunto de prestaciones suponga garantizar un mínimo de servicios a colectivos en situación de exclusión social. En este caso, el debate social probablemente se centrará en la cuestión del financiamiento. ¿Quién va a pagar por los servicios a este grupo que posiblemente no tiene capacidad de pago?

Las implicaciones de la priorización de las prestaciones serán de muy distinto calado para los ciudadanos demandantes de asistencia de salud, los propios profesionales de la salud o las asociaciones y organizaciones de distinta naturaleza e ideología. Por ello, el proceso debería estar liderado por agentes con autonomía suficiente para asumir la responsabilidad política y negociar los efectos positivos y negativos para las distintas partes implicadas. Sin lugar a dudas, debería contarse también con la capacidad técnica suficiente para diseñar, establecer y monitorizar el conjunto de prestaciones, incluyendo el análisis político que permita asegurar su aceptación y viabilidad.

III.2. Flexibilidad e inercias frente al cambio: conjunto de prestaciones base cero frente a enfoque incrementalista

Desde una perspectiva teórica, el procedimiento de diseño de un conjunto de prestaciones presupone normalmente la existencia de una restricción de recursos bien definida, que suele concretarse en una limitación presupuestaria y un objetivo estricto de suficiencia financiera. Es decir, se trata delimitar un conjunto de prestaciones cuya accesibilidad a todo aquél que tenga derecho a las mismas no pueda estar limitada por insuficiencia de recursos financieros. En el ejercicio teórico se supone habitualmente que no hay restricciones en cuanto a la prestación de los servicios seleccionados. Sin embargo, en la práctica la definición del contenido de un conjunto de prestaciones de salud puede producirse en el contexto de un país o sistema de salud donde exista flexibilidad financiera respecto al gasto futuro.

En la aplicación real de un conjunto de prestaciones de salud, los recursos no suelen estar predeterminados de forma estricta o, cuando menos, muchos decisores tendrán capacidad para actuar como si no lo estuvieran. Esto conlleva que a veces se podrá ampliar la cobertura del conjunto de prestaciones, se incluirán nuevas tecnologías, o se abordará un aumento de las necesidades de salud, con las inevitables consecuencias para el equilibrio recursos-necesidades. En algunos casos, el sistema puede tener suficiente capacidad para aportar recursos adicionales mediante préstamos, déficits, retrasos en los pagos, etc. Se trataría de un presupuesto abierto, con sus inconvenientes tradicionales de crecimiento incontrolado del gasto y de posibles ineficiencias. En otros casos, el equilibrio se restablecerá mediante una reducción en la calidad y cantidad de la prestación, aumento de las listas de espera, reducción espontánea de los recursos utilizados por caso, etc.

También puede ocurrir que la oferta no tenga capacidad para responder a la demanda de servicios que genera el conjunto de prestaciones. La consecuencia es que la prestación de algunos servicios incluidos en el conjunto de prestaciones para los que se han previsto los correspondientes fondos puede no llevarse a cabo por falta de infraestructuras, mala accesibilidad de los usuarios a los servicios, etc., en cuyo caso el gasto será menor que el previsto.

Tal vez la restricción más importante en la práctica es que, en el marco de un sistema de salud concreto, excluir una tecnología o intervención después de haberla prestado, parece tener unos costos sociales y, consecuentemente, políticos que pocos decisores estarán dis-

puestos a asumir.¹⁹ En teoría, la elaboración de un conjunto de prestaciones podría hacerse partiendo de cero —lo que se podría denominar establecimiento de un conjunto de prestaciones base cero—, es decir, seleccionando entre todas las prestaciones técnicamente posibles según un criterio dado (por ejemplo, el costo por año de vida ganado) y pasando por alto que determinados servicios se hayan venido prestando o se estén prestando en la actualidad. El resultado podría ser que algunos de estos servicios quedasen excluidos del conjunto de prestaciones y dejasen de cubrirse en el futuro. Esta situación es fácil que pueda darse si el conjunto de prestaciones tiene como uno de sus objetivos controlar la prestación y la introducción de tecnologías inefectivas o ineficientes en un sistema con una cobertura relativamente amplia.

En los países con sistemas de salud establecidos por un periodo largo de tiempo y con una cobertura de servicios relativamente amplia, no se encuentran fácilmente ejemplos de supresión o reducción de las prestaciones garantizadas, que hayan sido consecuencia de la aplicación de medidas de racionamiento o explicitación de criterios de selección.²⁰

En los casos en que no es ni política ni socialmente viable reducir las prestaciones que brinda el sistema público con diferente grado de cobertura y calidad, es más razonable esperar que al establecerse un conjunto de prestaciones se consolide el conjunto de servicios que se ha cubierto históricamente y sólo se limite la incorporación al conjunto de prestaciones de las nuevas tecnologías que vayan apareciendo, condicionando dicha inclusión a una mayor disponibilidad de recursos (enfoque incrementalista). Con este enfoque, además, no es necesario realizar una evaluación exhaustiva de todas las intervenciones, ni calcular el costo total asociado a la financiación del conjunto de prestaciones.

Este incrementalismo en la definición de prioridades puede evitar el posible rechazo por parte de los agentes sociales de opciones más radicales que supusiesen una reducción del contenido del conjunto de prestaciones. El inconveniente de este enfoque es que consolida las posibles ineficiencias de una asignación de recursos histórica y limita las posibles ganancias en eficiencia o efectividad.

III.3. El conjunto de prestaciones en un sistema segmentado

La segmentación del sistema de salud, característica de la mayor parte de los países de América Latina,²¹ otorga mayor complejidad al diseño y a la aplicación de un conjunto de

¹⁹ En este sentido, la práctica habitual, recomendada incluso en algunas directrices metodológicas, de utilizar como opción de referencia en la evaluación económica de una tecnología la intervención o tecnología más utilizada, supone aceptar implícitamente que no es posible la eliminación de servicios que se están prestando, aunque sean poco eficientes, a no ser que se sustituyan por otros más efectivos.

²⁰ En general, la causa habitual y casi única para que se elimine una prestación preestablecida es que se demuestre o aparezcan evidencias razonables de efectos negativos para la salud.

²¹ En los países de América Latina suelen coexistir diversos sistemas: ministerio o secretaría de salud, por un lado, seguridad social, por otro y, finalmente, seguros privados voluntarios. También es característico que una parte de la población tenga acceso a más de un subsistema; por ejemplo, los beneficiarios de la seguridad social y los de los seguros privados voluntarios suelen tener derecho y acceso efectivo a los servicios prestados por el Ministerio de Salud.

prestaciones y le confiere unas posibilidades específicas. Los interrogantes que surgen son, entre otros, los siguientes: ¿El conjunto de prestaciones pretende aplicarse a toda la población o sólo a una parte, por ejemplo, a los que no están cubiertos por la seguridad social ni por seguros privados, destinatarios frecuentes de algunos conjunto de prestaciones? En el caso de que deba aplicarse a toda la población, ¿afectará esto al costo que supone cada individuo para su propio subsistema? Imponer un conjunto de prestaciones mínimo a la seguridad social o a las aseguradoras privadas ¿supondrá que sus beneficiarios recibirán más servicios y que, por lo tanto, aumentará el gasto por individuo? Si la respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, ¿quién deberá correr con el gasto: el Estado, los sistemas, los propios asegurados?

Los sistemas segmentados tienen varios problemas: por una parte está el problema de la equidad; por otra, la duplicación de funciones y el consiguiente despilfarro de recursos entre sistemas.

En los modelos segmentados es preciso definir claramente las responsabilidades que han de asumir los distintos subsistemas en la prestación de los servicios. Una vez definido un conjunto de prestaciones es posible asignar responsabilidades a instituciones concretas para su provisión y financiamiento. La concreción en la definición de los servicios ofrecidos a cada grupo de población por cada sistema de salud puede reducir los costos de transacción, administración y gestión. La principal ventaja de la especificación del conjunto de prestaciones para cada uno de los subsistemas de salud es posiblemente la mayor capacidad para dar respuesta a las necesidades locales o determinados grupos poblaciones.

Un conjunto de prestaciones puede ser también un elemento de avance hacia la equidad en la medida en que defina un conjunto de servicios al que toda la población del país tenga garantizado el acceso. Una vía hacia un sistema universal integrado —modelo al que parecen aspirar los países que otorgan una elevada prioridad al objetivo equidad— podría pasar por el establecimiento de un conjunto de prestaciones único para todos los sistemas, que podría irse ampliando con el tiempo, eliminando progresivamente las diferencias de prestaciones entre los grupos de población.

Alternativamente, el conjunto de prestaciones puede utilizarse como un instrumento de focalización de recursos hacia grupos concretos que se pretende proteger prioritariamente. Es posible que la focalización permita conseguir un mayor impacto en grupos especialmente necesitados, aunque ello conlleve el peligro de mantener y posiblemente consolidar la segmentación, pues como suele decirse, un sistema de salud para pobres acaba siendo un pobre sistema de salud.

III.4. La financiación del conjunto de prestaciones

El cálculo del costo de un conjunto de prestaciones permite estimar las necesidades financieras totales o adicionales que requiere su introducción. La correspondencia entre costo y necesidad de financiación es unívoca cuando el conjunto de prestaciones se aplica en un sistema concreto con un mecanismo de financiación único.

Sin embargo, la situación puede ser más complicada si se aplica en un modelo segmentado, es decir, en aquel que tiene varios sistemas con presupuestos y fuentes de financiación independientes y, sobre todo, si las responsabilidades no están bien definidas o son ambiguas.

Debe preverse también que la introducción de un conjunto de prestaciones puede afectar el comportamiento de aseguradores y asegurados. Por ejemplo, si el ministerio establece una red propia de servicios financiada con sus propios recursos para garantizar el conjunto de prestaciones, podría darse el caso de que los servicios incluidos en ese conjunto dejaran de ser cubiertos en los subsistemas de seguridad social y de seguros voluntarios o que los individuos dejaran de contratarlos (si estos servicios se pueden obtener de forma gratuita no hay razón para pagar por ellos).

Otro aspecto que debe considerarse es la relación entre las distintas formas de cofinanciación pública-privada que pueden darse en un sistema de salud: cofinanciación de la prima y participación en el costo de los servicios (copago). En primer lugar, cabe preguntarse si la cofinanciación puede o debe afectar el procedimiento de delimitación del conjunto de prestaciones.²² Otra cuestión distinta sería plantearse si la introducción de un conjunto de prestaciones es compatible con un sistema de cofinanciación. De hecho, son dos formas de limitar el gasto público en salud. Dada una restricción presupuestaria, se puede optar por subsidiar al 100% un número limitado de servicios (para toda o para una parte de la población) o bien subsidiar parcialmente (un subsidio parcial es sinónimo de copago) un mayor número de servicios o individuos.

En este sentido podría considerarse que el conjunto de prestaciones y la cofinanciación son alternativas contrapuestas; pero no hay ninguna razón absoluta que impida establecer un conjunto de prestaciones en que los beneficiarios deban satisfacer un copago por los servicios, pagar una prima anual o ambas cosas simultáneamente. Si se introduce la cofinanciación, puede aumentar la lista de prestaciones incluidas en el conjunto de prestaciones. En cualquier caso, aceptando la posibilidad de un conjunto de prestaciones cofinanciado, es preciso preguntarse si ello es deseable y qué forma, en su caso, debe adoptar.

Sin embargo, si se pretende garantizar principios de equidad, la participación privada en la financiación requeriría añadir al racionamiento de la cantidad de las prestaciones los mecanismos de diferenciación en función de la capacidad adquisitiva del individuo. La corresponsabilidad en el pago podría definirse con arreglo a la capacidad adquisitiva del paciente, la naturaleza de la enfermedad o las tecnologías necesarias para tratarla. Podría plantearse incluso que la participación del beneficiario fuese mayor cuanto mayor fuese la RCE de un servicio incluido en el conjunto de prestaciones, sin perjuicio de que el valor de la participación se pudiese modular también a nivel individual en función del poder adquisitivo por razones de equidad. De modo que en el caso más extremo en teoría el copago podría individualizarse. Con todo, las dificultades de su puesta en práctica —pues habría que

²² Por ejemplo, podría plantearse que en el cálculo de la razón coste efectividad, sólo deben incluirse los costes que soporta el sistema, no los que corren a cargo del individuo. La justificación de tal posición sería que de lo que se trata es de asegurar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos, no del gasto privado.

combinar las múltiples características personales con las enfermedades y las tecnologías— hacen prácticamente inviable un mecanismo de cofinanciación que no terminase por producir un aumento de las desigualdades.

En resumen, la cofinanciación permite ampliar el conjunto de los servicios de salud incluidos en el conjunto de prestaciones o aumentar el número de beneficiarios, con un gasto público determinado. Existen muchas publicaciones donde se analizan las ventajas y desventajas de la cofinanciación y los copagos, que es aplicable en el contexto del conjunto de prestaciones. La política de exigir, a quienes pueden hacerlo, que sufraguen la totalidad o una parte de los costos de la asistencia de salud en función de su capacidad de pago puede defenderse en teoría por razones de equidad y eficiencia, pero su aplicación tiene inconvenientes teóricos y prácticos: los costos administrativos de racionar la atención pueden ser elevados y, en la medida en que desincentive la participación de los grupos de población de mayor renta, puede erosionar el apoyo social y político y la viabilidad a largo plazo de un sistema público de calidad adecuada.

III.5. Conjunto de prestaciones y aseguramiento

En los países de América Latina se observa cierta tendencia de los sistemas integrados a evolucionar hacia el modelo de contrato, con separación de las funciones de financiación, aseguramiento y provisión. Tal como se ha mencionado, en un modelo de este tipo la definición del conjunto de prestaciones tiene una función adicional a la delimitar las obligaciones del sistema y los derechos del beneficiario, ya que constituye además un elemento clave del contrato entre financiador y asegurador y entre asegurador y proveedor. La prestación efectiva de los servicios del conjunto de prestaciones en las condiciones de accesibilidad, tiempo y calidad establecidas es la obligación principal del asegurador ante el financiador y del prestador ante el asegurador.

El cálculo de los costos del conjunto de prestaciones debería ser la referencia para determinar los pagos del financiador al asegurador y los del asegurador al proveedor. En el primer caso, se trata de los costos totales, y en el segundo, de los costos unitarios de las prestaciones. Hay que tener en cuenta que el costo de una prestación y, en mayor medida, el costo total de un conjunto de prestaciones tienen un componente de incertidumbre que la forma de pago debería prever. Por ejemplo, mediante un mecanismo de reaseguramiento o por medio de la separación del pago en una parte prospectiva y otra retrospectiva que pudiese compensar situaciones imprevisibles muy desfavorables para el asegurador, como es el caso de las epidemias. El comentario anterior es también aplicable a la relación contractual entre asegurador y proveedor cuando la forma de pago a este último supone cierta transferencia de riesgo.

IV. MÉTODO DE ORDENACIÓN Y DELIMITACIÓN DE LAS PRESTACIONES

La necesidad de tomar decisiones sobre qué, cuánto, para quién, y a qué costo se va a prestar la atención es común a todos los sistemas de salud. Estas decisiones revelan los objetivos de política de salud reales de dichos sistemas mejor que las declaraciones programáticas. Hay, sin embargo, grandes diferencias en el grado en que se explicitan en cada sistema las prioridades y los consiguientes criterios de asignación de recursos. La priorización de las prestaciones puede hacerse implícitamente mediante la reducción del gasto en salud, el racionamiento de la prestación generando listas de espera, la contención de la demanda, la introducción de distintas formas de participación privada en el financiamiento de los servicios, etc. O bien, de manera explícita, a través de la definición por inclusión o por exclusión del conjunto de prestaciones financiadas con recursos públicos y, en ocasiones con participación privada, para determinados grupos de población. En ello estriba la relevancia de definir un método de ordenación objetivo y revisable como el que se propone en este trabajo.

En el apartado IV.1 se analizan los aspectos generales del diseño de un conjunto de prestaciones, mientras que en el IV.3 se describen el método y los procedimientos más específicos de evaluación económica, uno de los enfoques más habituales aplicados en el establecimiento de prioridades entre servicios.

IV.1. Procedimientos de ordenación del conjunto de prestaciones

A continuación, el análisis del diseño del conjunto de prestaciones se abordará considerando los siguientes aspectos:

- 1) los objetivos que motivan su establecimiento,
- 2) la delimitación de la población beneficiaria,
- 3) la definición del contenido del conjunto de prestaciones,
- 4) los criterios de priorización de las prestaciones,
- 5) la consideración de necesidades diferenciales de grupos concretos,

- 6) el cálculo del costo del conjunto de prestaciones y
- 7) la actualización y revisión del contenido del conjunto de prestaciones.

IV.1.1. Definición de los objetivos del conjunto de prestaciones

Los fines que han motivado y motivan las distintas propuestas de elaboración de un conjunto de prestaciones de salud son posiblemente distintos en el contexto de los países de ingresos altos y en el de los países de ingresos medios y bajos, pero en ambos casos buena parte de las reformas iniciadas en sus sistemas de salud se han elaborado sobre la base de una ordenación de las prestaciones de salud.

La estructura de los sistemas de salud, las particularidades sociales, ideológicas y políticas, las condiciones económicas de cada país o región, las características epidemiológicas y las consiguientes necesidades de salud van a determinar, en última instancia, una ordenación particular de las prestaciones.

En la primera parte de este documento, se han revisado y analizado sucintamente los principales argumentos que obligan a delimitar un conjunto de prestaciones. Algunos de estos objetivos, difíciles de compatibilizar, se pretenden lograr de forma conjunta. La cuestión que se aborda en este momento es la forma como debería configurarse el conjunto de prestaciones de acuerdo con estos objetivos.

En general, los distintos objetivos que exigen definir un conjunto de prestaciones pueden agruparse *grosso modo* en cinco grandes epígrafes relacionados respectivamente con: 1) la suficiencia financiera, 2) la efectividad, 3) la eficiencia, 4) la equidad y 5) la seguridad jurídica.

1) La suficiencia financiera

En cuanto al primero, la suficiencia financiera, se trata simplemente de garantizar que los recursos financieros disponibles permitan hacer frente a las obligaciones del sistema de salud, para evitar el racionamiento *espontáneo* por falta de accesibilidad o por listas de espera, retrasos en los pagos o reembolsos, etc. La suficiencia financiera no significa que se cumplan los objetivos de eficiencia y de equidad. La insuficiencia financiera tendrá probablemente efectos sobre la eficiencia y la equidad —según cuáles sean los servicios que no se presten o los grupos sociales que no reciban los servicios que tienen derecho a recibir— y, sin duda afecta a la seguridad jurídica de los beneficiarios y de los proveedores

2) La efectividad

Garantizar la efectividad implicaría incluir en el conjunto de prestaciones tan sólo servicios (más concretamente, pares de necesidad-servicio) que tuviesen una efectividad probada. El problema es que el costo de proveer todos los servicios efectivos excede los recursos de cualquier sistema de salud, por lo cual la utilización de este criterio requeriría establecer niveles de efectividad, por ejemplo, calificando los servicios como de alto, medio y bajo valor terapéutico, limitando la financiación a los de mayor valor.

3) La eficiencia

La eficiencia puede concretarse en maximizar el resultado de salud dados unos recursos o en minimizar el costo de obtener unos determinados resultados. Este objetivo supone la utilización de técnicas tales como la evaluación económica para seleccionar o priorizar los servicios que han de incluirse en el conjunto de prestaciones. El análisis económico presupone la efectividad de las intervenciones y la compara con los costos de servicios. Los resultados obtenidos pueden incorporar también consideraciones de equidad, es decir, de quién recibe los servicios y los correspondientes beneficios, por ejemplo, ponderando de forma diferenciada los resultados de efectividad en función de grupos de pacientes, enfermedades, etc.

4) La equidad

Los sistemas de salud públicos suelen justificarse principalmente por razones de equidad y solidaridad. Equidad horizontal significa que todos los individuos con una misma necesidad reciban o tengan acceso a los mismos servicios en las mismas condiciones. La suficiencia financiera de cada servicio es condición necesaria, aunque no suficiente, para lograr la equidad horizontal. Sin suficiencia financiera algunos individuos no podrán recibir los servicios que necesitan. Es probable que esas personas sean las menos favorecidas económica o culturalmente y las más perjudicadas. Por equidad vertical se entiende que individuos con distinto grado de necesidad reciban los recursos adecuados a la misma. Por ejemplo, un sistema que cubriese correctamente las enfermedades agudas pero no las crónicas, violaría el principio de equidad vertical. Se trata de un problema no sólo de cobertura legal, sino también de suficiencia financiera de los correspondientes servicios. Por tanto, los objetivos de equidad serán alcanzables en la medida en que la definición del conjunto de prestaciones contemple la dotación de recursos suficientes para la provisión de las prestaciones incluidas en el mismo.

5) La seguridad jurídica

La seguridad jurídica implica simplemente la eliminación o reducción de la incertidumbre respecto a la obtención efectiva de los servicios en caso de necesidad. Esto requiere definir con claridad los servicios y las condiciones en que el beneficiario tiene derecho a recibirlos, así como la suficiencia financiera que permita hacer efectivo su derecho.

Idealmente, la eficiencia y la equidad vertical serían los criterios de priorización de los servicios ante la inevitable limitación de recursos. La equidad vertical se reflejaría en el cálculo del costo agregado por cada categoría de servicio (si se obtiene como producto del costo unitario del servicio multiplicado por el número de personas que se encuentran en el mismo estado de necesidad y que, por tanto, pueden beneficiarse de dicho servicio). La suficiencia financiera sería necesaria para asegurar la viabilidad de la equidad horizontal y la seguridad jurídica. El volumen total de recursos determinaría la amplitud final del conjunto de prestaciones, y una mayor disponibilidad de recursos permitiría incorporar progresivamente al conjunto de prestaciones servicios de un menor nivel de prioridad.

Todos los objetivos anteriores, tal como se concreten y prioricen en un sistema de salud, deben confluír en la definición de un conjunto de prestaciones que pretenda ser un instrumento operativo que equilibre recursos y necesidades y no una simple declaración de buenas intenciones.

IV.1.2. Delimitación de la población beneficiaria del conjunto de prestaciones

La delimitación del conjunto de prestaciones exige definir, en primer lugar, a quién cubre. En este sentido, existen dos posibilidades: 1) elaborar un conjunto de prestaciones que garantice a toda la población —cobertura universal— un conjunto determinado de prestaciones y 2) establecer conjuntos de prestaciones para colectivos específicos.

En función de criterios de equidad previamente especificados, el conjunto de prestaciones puede utilizarse para priorizar a colectivos concretos. De acuerdo con las condiciones de cada país o región, la cobertura puede explicitarse para grupos específicos en función de sus características sociodemográficas, epidemiológicas, de factores de riesgo o de cualquier otro criterio cualitativo considerado prioritario.

En general, constituyen una prioridad aquellos grupos que por su capacidad de pago, situación laboral o marginación no tienen acceso real a los servicios de salud o cuyo acceso efectivo es menor. Un ejemplo en este sentido es el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, diseñado en Colombia fundamentalmente para dar cabida a las necesidades de la población más pobre, el Paquete Básico de Servicios de Salud, mexicano, destinado a la población marginada situada en zonas poco pobladas o las prestaciones en beneficio de la niñez y de la mujer, incluidas en el Seguro Básico de Salud Boliviano.

Otra posibilidad es ponderar la prioridad en la prestación de determinados servicios a colectivos específicos mediante criterios cuantitativos. Por ejemplo, en este sentido es posible ponderar introduciendo pesos diferenciadores a aquellos individuos que por sus características epidemiológicas o estado de salud se consideran merecedores de un tratamiento más favorable. Esta posibilidad se detalla en un apartado posterior.

A menudo, los dos enfoques —cobertura universal frente a cobertura selectiva— no están nítidamente diferenciados cuando se plantea la definición del conjunto de prestaciones. Este es el caso de la selección de intervenciones cuya cobertura universal constituye una prioridad básica, pero cuya incidencia está claramente vinculada con colectivos concretos o, en su caso, cubre las necesidades específicas de éstos. Ejemplos en este sentido son el Plan Obligatorio de Salud en Colombia y el Seguro Básico de Salud en Bolivia, que garantizan el acceso universal a un conjunto de prestaciones al tiempo que priorizan la asistencia a las mujeres gestantes, los menores de cinco años y a los pobres, respectivamente.

En uno y otro caso la disponibilidad de recursos condicionará la capacidad del sistema, o de los distintos subsistemas, para lograr los objetivos de equidad definidos. Un mayor número de beneficiarios supondrá una reducción de las prestaciones financiadas con recursos públicos, un aumento en los tiempos de espera o una reducción de la calidad de la

atención, más pronunciados cuanto menor sea la suficiencia financiera del sistema o mayor la necesidad de mantenimiento (corrección) del equilibrio (desequilibrio) presupuestario.

IV.1.3. Definición de las prestaciones y contenido de la ordenación: procedimientos y dificultades metodológicas

En lo que respecta a los servicios o prestaciones, la delimitación de un conjunto de prestaciones puede concebirse como el resultado de un procedimiento analítico que consta de dos fases: 1) la identificación y definición de las prestaciones y 2) su ordenación por prioridad y selección según determinados criterios.

En cuanto a la identificación y definición, el aspecto reseñable más relevante es que, dados los objetivos últimos del conjunto, las prestaciones deberían definirse de forma operativa, con objeto de evitar cualquier ambigüedad respecto a si una determinada tecnología o servicio constituye objeto de derechos y obligaciones contractuales.

El contenido de un conjunto de prestaciones es una relación de cualquier tipo de actividades o procesos que suponga una asignación de recursos con un objetivo de mejora de la salud. En este sentido, un conjunto de prestaciones puede estar integrado por tres tipos de elementos: 1) servicios personales, 2) actividades de salud pública y 3) Acciones intersectoriales.

En los últimos años, el debate sobre la política de salud se ha desplazado sensiblemente hacia los bienes personales con grave olvido de las funciones tradicionales de los gobiernos en el campo de la salud pública (Funciones Esenciales de Salud Pública, OPS/OMS, 2000). En la medida en que el conjunto de prestaciones pretenda ser una definición de derechos de los beneficiarios que éstos puedan reclamar, los elementos lógicos que han de incluirse a incluir son los servicios personales, así como aquellas actividades de salud pública que, siendo bienes privados, tienen altas externalidades públicas, como, por ejemplo, las vacunaciones. Pero no tendría sentido incluir los servicios de salud pública, que constituyen bienes públicos en sentido económico —vigilancia epidemiológica, acciones de saneamiento ambiental, etc.—, ya que no pueden utilizarse individualmente. También carece de sentido en este contexto incluir las acciones intersectoriales. No obstante, sí lo tendría incluir las categorías anteriores de servicios si el conjunto de prestaciones se diseña con el fin de:

- a) constituir una explicitación del programa de salud de un gobierno y una base para calcular las necesidades financieras y
- b) definir las obligaciones recíprocas entre un financiador central (ministerio de salud) y una entidad descentralizada (por ejemplo, un municipio) que se responsabiliza de la provisión de los servicios.

Dada la distinta naturaleza de los tres tipos de servicios indicados, puede plantearse la conveniencia de elaborar conjuntos de prestaciones distintos para cada uno. Desde la lógica teórica de asignar los recursos de forma eficiente, maximizando los resultados en salud dado

un presupuesto, no hay razón alguna para diferenciar entre bienes públicos y bienes privados.²³

Cuando se intenta materializar una ordenación de prestaciones hay que tener en cuenta que la definición de las prestaciones puede realizarse de diferentes formas y que el propio procedimiento de definición va a condicionar o influir en los criterios de delimitación que se establezcan y en su actualización o revisión.

Siguiendo a Antoñanzas, Rovira y Badía (1999), la definición de las prestaciones puede hacerse atendiendo a los elementos que se enumeran seguidamente.

- 1) Las diferentes enfermedades o situaciones de riesgo.
- 2) Las tecnologías de salud o procedimientos terapéuticos específicos (según la OMS, son las técnicas, métodos y sistemas organizativos, además de cualquier medida orientada a promover la salud, prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar la enfermedad, así como a rehabilitar a los enfermos y a los incapacitados).
- 3) Los pares de estado de necesidad-tecnología (o servicio). El estado de necesidad se refiere a una enfermedad o situación de riesgo, convenientemente matizados por otros condicionantes o características del paciente.²⁴
- 4) Algunos de estos criterios admiten variantes o matizaciones adicionales dependiendo del colectivo al que vaya destinada la asistencia, la forma en que se produzca la enfermedad (por ejemplo, accidente laboral), agrupaciones en conceptos más genéricos, por ejemplo, servicios de atención primaria, enfermedades crónicas, etc.

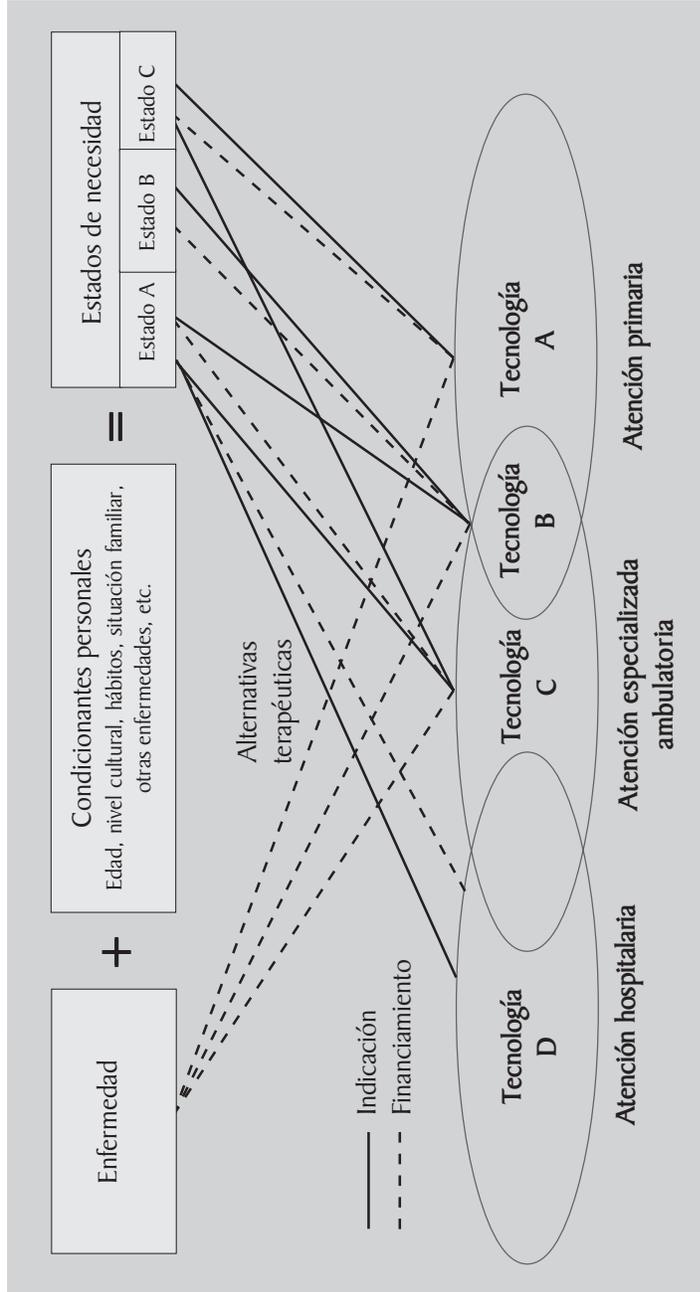
Por tanto, la definición de un conjunto de prestaciones puede basarse en las enfermedades, en los estados de necesidad, en las tecnologías, en agrupaciones de ellas (las modalidades asistenciales) o bien en pares de relaciones de los estados de necesidad y las tecnologías. En la Figura I se detallan y representan estas posibilidades de definición, especificando sus ventajas e inconvenientes respecto a cómo hacer operativos los objetivos que justifican la ordenación —seguridad jurídica, equidad o contención de costos—, la factibilidad de concretar dicha ordenación y la capacidad de actualización.

Ordenar en función de las clasificaciones totales de las enfermedades —los procesos de enfermedad— tiene la ventaja de que la especificación es completa y permite considerar el conjunto de las enfermedades que un individuo o grupo social pueden padecer en un momento dado.

²³ Una posible razón para dar prioridad en un paquete básico a los bienes públicos, independientemente de su eficiencia, es que dichos bienes, de acuerdo con la definición económica de bien público, tienen que ser financiados íntegramente con fondos públicos, mientras que los bienes privados se proveerán, al menos, en cierta medida, aun cuando el consumidor tenga que pagar por ellos total o parcialmente.

²⁴ La relación existente entre una tecnología sanitaria y los estados de necesidad se denomina también Indicación. Una tecnología sanitaria puede tener varias indicaciones. En la literatura anglosajona, el estado de salud derivado de matizar una enfermedad con las características concretas de un paciente, como la edad, sexo, situación socioeconómica, suele definirse como Condición. Este concepto suele emplearse en el contexto de establecer los pares condición-tratamiento. En nuestro caso nos referiremos a pares necesidad-tecnología sanitaria ó necesidad-servicio sanitario. En este estudio, estado de necesidad sanitaria es equivalente a condición.

Figura 1: Esquema de definición de las tecnologías elegibles



Las enfermedades, unidas a los condicionantes de los pacientes (o características personales de diversos tipos) constituyen un estado de necesidad sanitaria para la cual, los profesionales sanitarios señalan los tratamientos, materializados en el empleo de las tecnologías que pueden ser indicadas en cada caso concreto. Esos tratamientos pueden concretarse en varias opciones alternativas o complementarias para cada estado. A su vez, las agrupaciones de tecnologías pueden configurar las diferentes modalidades asistenciales aunque sus límites son algo difusos, —de ahí que en la figura aparezcan conjuntos intersección no vacíos—.

Sin embargo, este criterio no es el más adecuado para hacer exigible el derecho a un servicio, puesto que las características personales del paciente (edad, situación familiar, etc.) pueden matizar su derecho a percibir el tratamiento ante un proceso de enfermedad (por ejemplo, un trasplante), y habría que protocolizar o detallar, con muchos matices, las enfermedades que son objeto de cobertura mediante la asistencia de salud pública. Es decir, sería preciso establecer pares de enfermedad para cada una de las condiciones o dejar abierta la definición y que los agentes de salud decidiesen en cada momento la tecnología apropiada. Por ello, no parece conveniente definir el contenido del conjunto de prestaciones de acuerdo con las enfermedades, ya que habría que especificar de forma exhaustiva las enfermedades cuyos tratamientos serían objeto de delimitación.

Si esa ordenación es parcial, esto es, si se indican explícitamente las enfermedades excluidas, se mantiene el problema de la seguridad jurídica, aunque el procedimiento de su elaboración es más operativo y permite actualizarla con rapidez.

La ordenación en función de las enfermedades tiene, no obstante, una ventaja clara: su sencillez. La actualización, una vez definido el conjunto de las enfermedades, sería relativamente fácil. Por ello, la ordenación en función de las enfermedades, podría ser conveniente cuando no pueda hacerse un uso excesivo de los recursos (por ejemplo, la cobertura de la atención al parto) y no existan dudas respecto a qué prestación va a dispensarse al usuario.

La opción de detallar exclusivamente las tecnologías de salud que pueden ser prestadas tiene la ventaja de convertirse en un derecho, más fácilmente exigible, pero cuya definición lo hace poco concreto, ya que deja un gran nivel de discrecionalidad al proveedor. La razón, de nuevo, es la limitación que supone considerar las tecnologías en sí mismas, y no en relación con las enfermedades y los condicionantes o características de los pacientes. No resulta tampoco fácil su definición, puesto que a veces bajo el concepto de tecnología de salud se incluyen multitud de innovaciones que se incorporan casi por inercia en la práctica clínica. La actualización sería factible y necesaria dada la constante innovación tecnológica que se produce en el sector de salud. Y los objetivos de contención del gasto de salud estarían condicionados a la capacidad para controlar la inclusión de las nuevas tecnologías. Si se excluyen ciertas tecnologías de salud, el proceso se simplifica.

La forma de definir que genera mayor garantía jurídica es la que relaciona las tecnologías con las enfermedades y, a su vez, con las necesidades en salud. Esta ordenación evita posibilidades de discriminación entre los individuos, garantizando la equidad. Finalmente, es la única que mejor puede garantizar la efectividad y la eficiencia, que dependen de la aplicación concreta de una tecnología.

Sin embargo, hay que valorar cuidadosamente si el interés de redactar un conjunto de prestaciones exhaustivo con este criterio justifica el notable esfuerzo que requiere. La presión de proveedores y usuarios, la tasa y el costo de innovación tecnológica, la dificultad de aplicar o la falta de efectividad de otros mecanismos de control de las prestaciones, son algunos de los argumentos a favor de asumir el costo de diseñar un conjunto de prestaciones exhaustivo. Cabe considerar también que, una vez hecho el esfuerzo inicial, la actualización sería más factible. Una opción que debe considerarse si la cobertura del sistema es muy

amplia es la delimitación por exclusión de pares de tecnología-enfermedad. Esta opción mantendría la seguridad jurídica y sería más viable en la práctica. El problema de la delimitación por listas negativas es que deja abierta la posible entrada de nuevas tecnologías, a no ser que sean incluidas en la lista negativa tan pronto estén disponibles.

La ordenación a partir de pares de necesidad-tecnología o de *condición-tratamiento* fue la modalidad que se siguió en Oregón, donde se optó por definir un servicio como un conjunto informativo que vinculaba un diagnóstico o necesidad de salud (definida mediante la novena edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-9) a un tratamiento (cuyos códigos provenían de la *Current Procedural Terminology*, CPT-4). Se constituían así los denominados pares *condición-tratamiento*, donde necesidades que permitían diferentes tratamientos generaban pares distintos y viceversa. La información requerida para ordenar este conjunto de pares *condición-tratamiento* procedía fundamentalmente de dos fuentes: los especialistas del ámbito de salud y diversos representantes de la sociedad, (Pinto Prades, Sánchez Tuomala, 1999).

Otras modalidades de ordenación, por ejemplo, en función de las formas de provisión de los cuidados de salud o del tipo de proveedor, no garantizan totalmente la seguridad jurídica, pues subsisten ciertas ambigüedades al no existir un conjunto específico de prestaciones que se corresponda estrictamente con un tipo de proveedor y, además, algunas tecnologías pueden ser prestadas por distintos proveedores.

Una vez definidas las prestaciones, es preciso ordenarlas, es decir establecer prioridades entre ellas de acuerdo con algún criterio que permita seleccionarlas posteriormente. Los distintos criterios de ordenación se abordan en el epígrafe III.1.4. y más sucintamente en el apartado III.2.

IV.1.4. Criterios de ordenación de las prestaciones de salud

La priorización de las prestaciones puede hacerse según diversos criterios o combinaciones de criterios. Los criterios deben reflejar los objetivos que motivaron la definición del conjunto de prestaciones y, en última instancia, de la política de salud.

Varios son los criterios o instrumentos de ordenación que permiten concretar y hacer operativa la elaboración de un conjunto de prestaciones. A modo de clasificación, se pueden diferenciar por su naturaleza más cuantitativa y objetiva o por sus características más cualitativas. Los principales son los siguientes:

- 1) sobre la base de técnicas analíticas, por ejemplo, la evaluación económica,
- 2) mediante enfoques democrático-participativos que incorporen la opinión y preferencias del ciudadano,
- 3) a partir de la opinión de notables y expertos, y
- 4) por la combinación de las opciones anteriores.

Entre los primeros, la evaluación económica aporta la herramienta analítica necesaria para materializar el proceso de toma de decisiones de acuerdo con indicadores de eficiencia,

eficacia, análisis costo-efectividad (ACE), análisis costo-utilidad (ACU) o análisis costo-beneficio (ACB).²⁵

La eficacia es la capacidad potencial de una tecnología de salud para conseguir un determinado fin en una situación ideal o experimental, mientras que la efectividad es la capacidad real de una tecnología cuando se aplica en condiciones prácticas habituales.

La eficiencia (técnica), como criterio de selección, garantiza que el resultado de salud se obtenga al mínimo costo. Con ello, se logra maximizar la rentabilidad social del empleo de recursos públicos en la prestación de tecnologías de salud. Este criterio implica un paso más en la línea definida por la eficacia y la efectividad. Su aplicación precisa de abundante información sobre la efectividad de las distintas opciones alternativas y sobre los recursos necesarios, así como sobre su valoración monetaria.

Puesto que la efectividad y la eficiencia se definen con arreglo a factores concretos relacionados con el contexto específico de aplicación y las tecnologías disponibles, su utilización como criterios de selección es más adecuada que la eficacia para definir un conjunto de prestaciones. Las diferencias epidemiológicas, sociales o económicas de cada país, región o comunidad, harían difícilmente generalizable el contenido de un conjunto de prestaciones basado en la eficacia. La eficacia de una tecnología de salud puede tomarse como la referencia inicial para una primera diferenciación entre el universo de tecnología elegibles. La efectividad de una tecnología debería considerarse como el umbral mínimo de entrada para su inclusión en un conjunto de prestaciones garantizadas con financiación pública. La relación entre los costos por unidad de efectividad es para muchos autores el criterio más adecuado de priorización de las intervenciones, (Williams, 1999; Mooney, 1997).

La carga de la enfermedad, normalmente cuantificada en los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), fue originalmente propuesto como criterio de selección por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (1993). La carga de la enfermedad no proporciona por sí misma un criterio inmediato de priorización de servicios o intervenciones. Si la priorización se basa en la relación entre los efectos y los costos de los servicios, lo que puede hacerse es tomar la reducción de la carga de la enfermedad que logra un servicio como medida de sus efectos o beneficios. El cálculo de la carga de la enfermedad permite tener una visión de dónde se encuentran los grandes problemas de salud del país y, por lo tanto, a qué problemas debería prestar atención la política de salud. Sin embargo, si no hubiese tratamientos efectivos y eficientes, carecería de sentido dedicar recursos a una determinada enfermedad por el hecho de ser importante respecto a la carga de la enfermedad. Algunos economistas han criticado duramente los estudios tradicionales del costo de la enfermedad y los más recientes de la carga de la enfermedad, insistiendo en el argumento anterior: la asignación eficiente requiere comparar los costos y la efectividad de cada servicio. Incluso han llegado a afirmar que los estudios de la carga de enfermedad no tienen ninguna relevancia y que son incluso perjudiciales. Estos estudios, añaden, pueden introducir sesgos en el establecimiento de las prioridades, al extremo que recomiendan que no se

²⁵ Dada la relevancia y complejidad analítica que requiere la aplicación de la evaluación económica se desarrolla pormenorizadamente en el apartado IV.2. y ANEXO III.

haga este tipo de estudios y los recursos disponibles se dediquen a realizar estudios de evaluación económica completos —esto es que consideren todos los efectos de cada una de las opciones, tanto los que inciden en los recursos como los que actúan sobre la salud. En nuestra opinión esta actitud es injustificada. Si un país decidiese elaborar un conjunto de prestaciones o, en general, basar sus decisiones de asignación de recursos en estudios de evaluación económica, se enfrenta a una tarea de investigación formidable: es totalmente inviable realizar un estudio riguroso de todos los posibles tratamientos para todas las enfermedades. Lo primero que se debería hacer es diseñar un plan de investigación en evaluación económica. Uno de los aspectos del plan sería establecer prioridades respecto a las enfermedades que se han de investigar. La importancia relativa de la carga de la enfermedad es, sin duda, un criterio relevante. No tendría mucho sentido dedicar recursos limitados a la evaluación económica de tratamientos de enfermedades de incidencia o prevalencia insignificante en el país en detrimento de la investigación en enfermedades de gran impacto.

Por otra parte, el costo de un estudio de la carga de la enfermedad no es excesivamente elevado, especialmente si se utilizan los supuestos simplificadores y aproximaciones que propone el método; posiblemente se encuentre en el orden de magnitud del costo de un estudio riguroso de evaluación económica completa de una tecnología concreta.

Los párrafos anteriores defienden la utilidad de un indicador del impacto social de la enfermedad, para apoyar la toma de decisiones en una primera fase del proceso de establecimiento de prioridades, como puede ser el diseño de un programa de investigación en evaluación económica o de un conjunto de prestaciones. Puede argumentarse, sin embargo, que el concepto o el método para calcular la carga de la enfermedad no es el más adecuado a tal fin. Por lo que respecta al método, es evidente que se ha tratado de lograr un compromiso entre validez y relevancia, por un lado, y costo y disponibilidad de información, por otro. El método propuesto para estimar la carga de la enfermedad puede aplicarse en cualquier país que disponga de una información mínima sobre mortalidad y morbilidad. Si existen recursos e interés, no parece difícil ir mejorando el método, introduciendo, por ejemplo, ajustes que reflejen los valores y preferencias de la población local. La introducción del concepto de carga de la enfermedad con un método simplificado y poco costoso puede ser una estrategia más efectiva que intentar empezar con un método más riguroso que no sea factible y que desacredite el enfoque.

Los requisitos de información más importantes en los países de ingresos bajos son los relativos a la mortalidad con relación a la atención que se está prestando. Los países de ingresos medios necesitan información acerca de la morbilidad y la discapacidad, mientras que muchos países de ingresos medianos y altos necesitan información epidemiológica y sobre factores de riesgo de las principales enfermedades (Bobadilla, 1994). De manera que, siendo cierto lo señalado por Murray y López (2000) respecto a las deficiencias y carencias de información sobre la efectividad y costo de las intervenciones, no lo es menos que esta dificultad no está resuelta respecto a criterios como la carga de la enfermedad.

Además, de acuerdo con Bobadilla (1994), las características epidemiológicas, carga de la enfermedad y factores de riesgo, difieren enormemente entre países e incluso dentro de un mismo país, de manera que, al igual que ocurre con la eficacia, no son criterios de

selección cuyos resultados sean fácilmente generalizables. Algunos autores, incluso, han encontrado una relación significativa entre la edad y la razón de costo-efectividad de las intervenciones (Baltussen, Reiner y Ament, 1996).

Lo que en nuestra opinión debería añadirse a los estudios de la carga de la enfermedad, especialmente si se utilizan como un punto de partida para establecer prioridades de investigación en evaluación económica, es el cálculo (o estimación) de los costos de salud directos. Estos costos constituyen un indicador de la prioridad que el sistema de salud (o la sociedad) le está dando realmente a una enfermedad. Una enfermedad a la cual se están dedicando muchos recursos es un área de investigación en principio prioritaria, pues indica la posibilidad de ahorros y mejoras de la eficiencia.

En resumen, se puede estar de acuerdo con Williams en que, aún cuando criterios como la carga de la enfermedad, la morbilidad, etc., sean relevantes, no debe olvidarse que «...lo que necesitamos medir es el impacto que tendrán determinadas intervenciones, no el impacto que tienen determinadas enfermedades...» (Williams 1999, 2000). No obstante, es indudable que en el contexto de algunos países de ingresos bajos, la carga de la enfermedad será determinante para identificar, como primera aproximación, cuáles son los problemas más urgentes, las necesidades inmediatas o dónde deben concentrarse las intervenciones. En aquellos casos en que el desarrollo económico del país permita —una vez cubiertas estas necesidades esenciales— una mejora en la prestación de las intervenciones existentes o un aumento en la oferta de nuevas intervenciones, como paso ulterior, el contenido del conjunto de prestaciones debería concretarse conforme a criterios de costo-efectividad.

IV.1.4.1. Enfoques democrático-participativos

Definir prioridades desde una perspectiva social no es una tarea sencilla. Los métodos que exigen la participación del ciudadano, el paciente o el profesional de salud en la toma de decisiones, grupos focales, encuestas con representatividad estadística suficiente, debates públicos, etc., han logrado distinto grado de desarrollo y aplicación. Es indudable la relevancia que tienen indicadores de resultado de salud como los años de vida ganados ajustados por calidad (AVAC) o la disposición a pagar (DAP) por una intervención en salud, y su contribución a la valoración de las tecnologías de salud está siendo fundamental, ya sea en unidades de utilidad o en unidades monetarias. Sin embargo, aún son muchas las cuestiones no resueltas en cuanto a su estimación y validación.

La consideración de la opinión pública respecto a qué tecnologías financiar y en qué grado es una tarea tanto más compleja cuanto mayor sea el número de tecnologías que puedan incluirse en el conjunto de prestaciones y, por consiguiente, mayor sea la necesidad de evaluar intervenciones alternativas o cuanto mayor sea su complejidad clínica, ya que mayor será la relación de agencia o el desconocimiento del ciudadano de esas intervenciones. Los estudios empíricos sobre la forma como los individuos forman sus juicios ponen de manifiesto las dificultades cognitivas que supone para el individuo la valoración de los escenarios hipotéticos que se le plantean: disposición a pagar por una tecnología de salud, distribución de un presupuesto público entre un conjunto de tecnologías, etc. (Mitchell, Carson, 1989; Diener, O'Brien, Gafni, 1998; Carthy T, 1999).

Por otra parte, no siempre resulta fácil identificar los interlocutores sociales más adecuados en el sentido de representatividad y objetividad. Finalmente, una última cuestión es quién legitima o valida las conclusiones de estos *representantes* sociales.

IV.1.4.2. Opinión de notables y expertos

El profesional de salud conoce a través de la práctica clínica las principales causas de mortalidad y morbilidad, así como de la carga de la enfermedad que estas suponen para un país, región o comunidad de individuos. Por ello, su contribución, avalada por la observación directa de los efectos, es fundamental a pesar de los posibles sesgos que pueda introducir su visión. Por otra parte, su participación para aceptar un conjunto de prestaciones es esencial, en la medida en que éste puede restringir, y habitualmente lo hace, lo que él considera su libertad clínica. Por ello, en la búsqueda de la eficiencia es preciso implicar a los colectivos de profesionales de salud como agentes involucrados a través de la práctica clínica diaria.

Los decisores políticos y los gestores han de tenerse en cuenta en la adopción de decisiones relativas a la distribución de los recursos públicos. El decisor, gestor o responsable político es a menudo escéptico respecto a los resultados de los enfoques teóricos y técnicos. Es necesario, por lo tanto, que vea estos instrumentos como una ayuda efectiva para la toma de decisiones. La introducción de instrumentos técnicos para ayudar a la toma de decisiones exige un cambio de cultura importante en las organizaciones, reduce los márgenes de discrecionalidad y aumenta la transparencia de los procesos de toma de decisiones. Aunque los análisis técnicos tengan sólo un carácter indicativo y no sean vinculantes, la existencia de un estudio con resultados desfavorables —por ejemplo, un ACE que indica que la opción escogida por el decisor no es la más eficiente— impone un costo político que el decisor no podrá ignorar sistemáticamente.

IV.1.4.3. Combinación de varios criterios

Como se ha señalado, la utilización de cada uno de los criterios anteriores tiene sus ventajas e inconvenientes y su aplicación puede generar conflictos en la toma de decisiones. De nuevo, el ejemplo de Oregón pone de manifiesto estas dificultades; la ordenación resultante de la aplicación de técnicas analíticas y valoraciones de la población tuvieron que ser revisadas, a mano alzada y un año después, por colectivos de profesionales y organizaciones de consumidores.

La evaluación económica es un método útil para priorizar las prestaciones, pero no debe ser la única herramienta empleada. Estamos de acuerdo con Williams (1999) en que la evaluación de tecnologías de salud es más urgente, más concreta y más relevante para definir prioridades que para calcular la carga de la enfermedad. Pero no es menos cierto que la priorización debe comenzar con un ejercicio anterior de definición de la carga de la enfermedad. Además, si una enfermedad o factor de riesgo no se ha identificado como un problema de salud, muy probablemente no se aplicarán intervenciones (costo-efectivas o no) y mucho menos se evaluarán los beneficios y costos marginales de la utilización de intervenciones alternativas (Murray, López, 2000).

De acuerdo con criterios de eficiencia, el contenido del conjunto de prestaciones estará integrado por aquellas intervenciones costo-efectivas que permiten maximizar el resultado de salud al mínimo costo. El presupuesto público distribuido entre estas intervenciones $\frac{3}{4}$ en su caso, lo que como decisores estemos dispuestos a pagar por cada unidad de efectividad $\frac{3}{4}$ determinará la magnitud del conjunto de prestaciones. Definido éste, su contenido puede completarse mediante la aplicación de algún criterio cualitativo, como la carga de la enfermedad, la priorización de determinados colectivos, la relevancia social o cualquier otro juicio de valor. Cuanto mayor sea el peso de los criterios cualitativos incluidos en el análisis menor será la transparencia, operatividad y generalidad del conjunto de prestaciones. El ejercicio de decisión debe realizarse conjuntamente entre todos los agentes implicados; evaluadores, gestores, ciudadanos y profesionales de salud y de forma transparente, dado que cualquiera de ellos tiene sus propios intereses y actuará en defensa de éstos se le incluya o no en el proceso de definición de prioridades.

La aplicabilidad de los análisis de evaluación económica será tanto más fácil cuanto más objetivos sean los criterios de selección de las intervenciones, más estándar sea el método para evaluarlas y mayor sea la disponibilidad de información relevante para la toma de decisiones.

En cualquier caso, el debate en torno al proceso de delimitación de las prestaciones no ha concluido. A falta de un método de ordenación estandarizado y revisable, algunos países de la OCDE han tendido a la elaboración de guías, protocolos o recomendaciones que determinen qué individuos tienen acceso a qué servicios y para qué prestaciones (Holanda, Nueva Zelanda y Suecia son algunos ejemplos). La determinación de prioridades en materia de salud por medio de criterios explícitos es una tarea aún no generalizada en el contexto de los países de América Latina. Las dificultades residen no sólo en la falta de información respecto al costo y efectividad, carga de la enfermedad o morbilidad, sino también en la integración de las tareas propias del investigador o evaluador con las del decisor, gestor o responsable político de la toma de decisiones.

IV.1.5. Consideración de otros criterios de ordenación: el caso de la equidad

El análisis costo-efectividad es una herramienta práctica para la toma de decisiones cuando el objetivo es maximizar la efectividad dados unos recursos limitados. El análisis costo-efectividad incremental es, en este sentido, el instrumento utilizado para garantizar la eficiencia en la distribución de los recursos escasos, entre tecnologías que pueden ser o no excluyentes. Por supuesto, el criterio de eficiencia no es el único válido y, desde luego, a menudo puede incluso oponerse a criterios alternativos como la equidad, valoración social, relevancia para el sistema de salud o consecuencias sobre la salud pública. En última instancia será probablemente una combinación de criterios cualitativos y cuantitativos la que determinará el contenido final del conjunto de prestaciones.

El procedimiento de ordenación acorde con el método de evaluación económica atiende fundamentalmente al criterio de costo-efectividad o eficiencia técnica, entendido como la

maximización de los resultados de salud agregados, sin tener en cuenta cómo se distribuyen dichos beneficios. Al calcular el costo total de cada servicio, entendido como el valor de los recursos necesarios para garantizar que todo el que pueda beneficiarse de dicho servicio pueda obtenerlo, se está incorporando implícitamente el criterio de equidad horizontal. Sin embargo, es posible incorporar fácilmente criterios de equidad vertical mediante una sencilla modificación del procedimiento descrito.

Supongamos que se desea dar prioridad a los enfermos crónicos (por ejemplo, enfermos de sida) para los cuales la ganancia de un AVAC requiere más recursos que en el caso de individuos sin esta característica. Con el procedimiento anterior los programas que beneficiarían a este tipo de enfermos resultarían poco costo-efectivos y tendrían pocas probabilidades de ser incluidos en el conjunto de prestaciones. Esto se puede corregir, sin embargo, ponderando de forma distinta los AVAC ganados por distintos grupos. Por ejemplo, se podría ajustar el valor del AVAC obtenido por un individuo de un grupo considerado merecedor de una prioridad especial (por ejemplo, los enfermos crónicos frente a los agudos) por un factor de ponderación mayor de 1 y mantener en lo demás la mecánica del procedimiento descrito.

La determinación de las ponderaciones de ajuste para cada colectivo requiere un juicio político que puede reflejar las preferencias de un único decisor, de un grupo de expertos o de una muestra representativa de la población, pero ello no afecta a la mecánica del procedimiento de ordenación.

Mooney ha denominado a este enfoque con el nombre de *gran eficiencia* que, en síntesis, supone definir y medir los beneficios de los servicios de forma que incorporen la equidad o cualquier otro criterio que pueda cuantificarse e incorporarse al indicador de efectividad en términos de salud. Los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), por ejemplo, ponderan los años de vida ganados en función de la edad en que se ganan o pierden.

IV.1.6. Conjunto de prestaciones único y necesidades diferenciales

El establecimiento de un conjunto de prestaciones único de servicios parece coherente con el principio de equidad. Sin embargo, no tiene en cuenta que las necesidades y prioridades de diversos grupos dentro de un país o de un sistema de salud puedan ser distintas. Esto es especialmente cierto en el caso de países que muestran diferencias en sus condiciones epidemiológica. En una zona del país la malaria puede ser un problema prioritario, aunque no lo sea a nivel nacional. Un conjunto de prestaciones nacional único podría dejar los programas para la malaria fuera del conjunto de prestaciones, motivo por el cual la región con dicho problema no recibiría un programa prioritario en la misma. Obviamente, este problema puede resolverse delimitando los programas y servicios a nivel regional o local.

Otra cuestión es la presencia de diferencias étnicas y culturales acusadas que comporten, por ejemplo, valoraciones distintas respecto a las necesidades y actitudes diferentes respecto a la forma de satisfacerlas. Si el conjunto de prestaciones se establece de acuerdo

con los criterios dominantes de la sanidad oficial, es muy posible que resulte inadecuado para grupos indígenas, que utilicen, tal vez con preferencia, remedios naturales, médicos empíricos, etc., e ignoren la medicina tradicional o no acepten la forma en que se presta (por ejemplo, en algunos contextos culturales resulta inaceptable un ginecólogo varón).

¿Es posible y deseable considerar estas diferencias culturales en el establecimiento de un conjunto de prestaciones? En realidad se trata de un caso particular del problema abordado anteriormente, es decir, qué preferencias deben considerarse, sólo que en este caso no se trata de preferencias individuales, sino de preferencias de grupo que tienen una legitimación distinta.

Posiblemente no existan divergencias de opinión sobre la conveniencia de adaptar los aspectos no esenciales del conjunto de prestaciones a las preferencias locales (por ejemplo, en el caso antes mencionado del sexo de los ginecólogos). Tampoco parece inadecuado considerar las preferencias locales, aunque no se deban a diferencias epidemiológicas o demográficas objetivas.

Puede surgir un problema más difícil si las preferencias de un grupo se refieren a tratamientos y servicios sobre los que se carece de evidencia de efectividad según los estándares de la medicina occidental, pero que son utilizados y considerados efectivos por un determinado grupo cultural. Evidentemente, en estas situaciones, la aplicación de criterios de efectividad y costo-efectividad se debería realizar con flexibilidad y sensatez, no sólo por razones de respeto cultural, sino porque los servicios no aceptados por la colectividad no serán utilizados aunque se incluyan en el conjunto de prestaciones.

IV.1.7. El costo del conjunto de prestaciones

La determinación de los recursos financieros que requiere garantizar la aplicación efectiva de un conjunto de prestaciones es un tema crucial que requiere una atención especial. En una primera aproximación, se trata simplemente de calcular el producto de las unidades de cada servicio individual necesarias en un período de tiempo dado (normalmente de un año) por el costo unitario del servicio. La información necesaria para estimar el costo del conjunto de prestaciones es la relativa al costo unitario de las intervenciones incluidas en el mismo, así como al número de beneficiarios potenciales. En aquellos casos en que se carezca de esta información, deberán realizarse estudios piloto, revisiones bibliográficas de los estudios existentes, estimaciones por expertos o aceptar como extrapolable la información procedente de otros países.

No obstante, es importante distinguir si se trata de calcular el costo que supone o supondría dar el servicio a todos los que lo requieren, es decir, un enfoque *presupuesto base cero*, o —en el supuesto de que una parte de los individuos ya lo estén recibiendo— si el objetivo consiste en calcular el costo de ampliarlo a toda la población, es decir, el costo incremental de la universalización o de la ampliación de la cobertura poblacional de un servicio.

Cabe señalar también que cuando se incrementa la cobertura de un servicio, el costo adicional por individuo cubierto puede aumentar, debido, por ejemplo, a problemas de accesibilidad geográfica o cultural. En este caso, los costos medios observados en la población cubierta pueden subestimar los costos unitarios que generará la incorporación de nuevos beneficiarios.

En la medida en que se quiera mejorar la precisión de las estimaciones del costo, habrá que considerar también las interdependencias entre programas. Por ejemplo, si se añade al conjunto de prestaciones un programa de prevención de la cardiopatía isquémica, cabe esperar que se reduzca el costo del servicio de tratamiento y rehabilitación de dicha enfermedad. De forma similar, la introducción de un programa de cribaje universal de la hipertensión generará un aumento del correspondiente programa de control.

Finalmente, debe señalarse que el logro de los objetivos inspiradores del ejercicio de priorización de las prestaciones no sólo depende de que se estimen correctamente y se aporten los recursos financieros necesarios para garantizar la suficiencia financiera, sino también de la dotación y distribución suficiente de infraestructuras. Si en las zonas rurales no existen hospitales, los pacientes no podrán obtener tratamiento especializado. Si en las zonas con menor densidad de población no llegan los médicos, estos grupos no tendrán acceso a los servicios.

IV.1.8. Actualización y revisión del contenido del conjunto de prestaciones

El procedimiento de ordenación y delimitación de un conjunto de prestaciones descrito en el apartado anterior sería el adecuado para su establecimiento inicial, si no hubiese restricción alguna para incluir tecnologías o programas: es lo que podría denominarse un conjunto de prestaciones *base cero*.

Por otra parte, presupone que se conoce exactamente el volumen de recursos disponibles (el presupuesto de salud global), lo que permite determinar donde se traza la *línea* divisoria que separa los servicios que se incluyen en el conjunto de prestaciones de los que quedan excluidos. Sin embargo, la elaboración de un conjunto de prestaciones no puede plantearse normalmente como un ejercicio de ordenación único, que se hace una vez para siempre, sino que requiere revisiones periódicas para ajustarlo a las condiciones cambiantes a lo largo del tiempo.

Las razones que pueden justificar la revisión del contenido del conjunto de prestaciones son: 1) la variación de los recursos disponibles, fundamentalmente de los recursos presupuestarios, 2) la variación de las necesidades de salud derivadas de cambios demográficos y epidemiológicos, 3) los cambios en los factores que determinan la relación costo-efectividad de las intervenciones y 4) la aparición de nuevas tecnologías.

1) La variación de los recursos disponibles, fundamentalmente de los recursos presupuestarios

Si suponemos que el paquete se ha diseñado de manera que las intervenciones seleccionadas absorben el total de recursos disponibles, el aumento o disminución del presupuesto exigirá revisar, en un análisis estricto, la lista de intervenciones incluidas en el conjunto de prestaciones.

Suponiendo que no hayan cambiado otros factores, un aumento de los recursos disponibles para financiar el conjunto de prestaciones permitirá incorporar intervenciones que inicialmente quedaron excluidas. De acuerdo con el procedimiento de ordenación descrito, se deberían incorporar secuencialmente las intervenciones según el valor de su razón costo-efectividad (RCE). Siguiendo la misma lógica, una disminución del presupuesto implicaría eliminar, progresivamente, las intervenciones menos costo-efectivas hasta recuperar de nuevo el equilibrio entre las necesidades y los recursos.

2) La variación de las necesidades de salud derivadas de cambios demográficos y epidemiológicos

La variación de las necesidades u objetivos que concluyeron en la inclusión inicial en el conjunto de prestaciones de determinadas intervenciones puede deberse a factores demográficos —cambios en el tamaño o en la estructura de la población, aumento de la cobertura real— o epidemiológicos —variación en la incidencia o prevalencia de las enfermedades—. De nuevo, un aumento de las necesidades supondría excluir alguna de las tecnologías menos costo-efectivas, ya incluidas en el conjunto de prestaciones, mientras que una disminución de las mismas —supuesto poco verosímil— abriría la posibilidad de incluir tecnologías que quedaron inicialmente excluidas.

3) Los cambios en los factores que determinan la relación costo-efectividad de las intervenciones

Los cambios de las características demográficas, epidemiológicas o del comportamiento de la población con relación a la asunción de riesgos de salud, así como en las pautas de tratamiento y prescripción por parte de los facultativos y de la utilización de recursos por variaciones en los precios o en los costos de los servicios, pueden modificar la RCE y la consiguiente ordenación de las intervenciones.

Si los cambios de la ordenación de las intervenciones sólo se producen entre las incluidas en el conjunto inicial de prestaciones, las variaciones señaladas no desembocarán en una alteración del contenido del conjunto de prestaciones más allá de su reordenación. El problema surge si los cambios en la RCE suponen que un programa inicialmente no financiado avanza posiciones en el ordenamiento o rango, mejorando la relación costo-efectividad respecto a la última de las intervenciones incluidas inicialmente en el conjunto de prestaciones. En este caso, de acuerdo con una asignación eficiente de los recursos, el contenido del conjunto

de prestaciones debería revisarse en el sentido de excluir intervenciones hasta el momento financiadas y dedicar los recursos a aquellas que en las nuevas condiciones son elegibles para su inclusión en el conjunto de prestaciones.

4) La aparición de nuevas tecnologías

Finalmente, la investigación científica permite que las posibilidades de nuevas formas de diagnóstico y tratamiento sean prácticamente inagotables. Esta innovación en tecnologías más eficaces, efectivas o seguras puede convertir en no costo-efectivas algunas de las tecnologías que anteriormente lo eran. De nuevo, si una nueva tecnología es más costo-efectiva que la menos costo-efectiva de las incluidas en el conjunto de prestaciones, dicha tecnología debería incorporarse al conjunto de prestaciones. Su inclusión requerirá una mayor disponibilidad de recursos que permita su financiación o ir excluyendo de forma secuencial intervenciones previamente incluidas, hasta liberar los recursos suficientes para financiar la nueva tecnología. Ambas posibilidades se abordan a continuación, destacando la viabilidad y dificultad práctica de cada una de ellas.

Ante estas situaciones los responsables de salud deberían formularse preguntas tales como las siguientes:

- ¿Se contempla la posibilidad de añadir o quitar tecnologías al conjunto de prestaciones inicial en períodos posteriores?
- ¿Se quiere mantener en el futuro la suficiencia financiera de forma estricta?
- ¿Se prevé un aumento de los recursos presupuestarios? ¿Con qué criterios?

Las opciones probablemente más plausibles en cuanto a la actualización futura del conjunto de prestaciones y su aplicación como instrumento de asignación de recursos son las siguientes:

1) Mantenimiento indefinido del conjunto inicial de prestaciones

El caso más sencillo es que se decida mantener invariable en el tiempo el conjunto inicial de prestaciones de servicios. Si se quiere garantizar la suficiencia financiera en el futuro, será preciso revisar periódicamente las necesidades —por ejemplo, por aumento de la población o de la incidencia o prevalencia de enfermedades— e incrementar adecuadamente los recursos presupuestarios. El costo del ejercicio de actualización será relativamente bajo. Con el transcurso del tiempo el conjunto de prestaciones dejará de ser, probablemente, el más costo-efectivo.

2) Actualizaciones periódicas con enfoque base cero

Esto supone repetir periódicamente el ejercicio inicial de elaboración del conjunto de prestaciones, pero bajo las nuevas condiciones. De este modo se lograría que el conjunto de prestaciones fuese en todo momento —en cada revisión— el más eficiente posible. Se podrían incorporar nuevas tecnologías más eficientes o tecnologías ya existentes que en las

nuevas condiciones son más eficientes. Pero la restricción presupuestaria podría requerir la eliminación del conjunto de prestaciones de algunos servicios incluidos en fases anteriores, lo que posiblemente generaría un fuerte rechazo social y tendría un considerable costo político. Lo que se ha financiado en un momento dado tiende a contemplarse como un derecho (social) adquirido. Por otra parte, el costo de la actualización sería muy elevado, pues habría que reevaluar todas las tecnologías disponibles.

3) Mantenimiento del conjunto inicial de prestaciones y eventual incorporación de tecnologías adicionales

Para evitar los problemas asociados a la eliminación de tecnologías del conjunto de prestaciones puede plantearse la consolidación de todas las que han sido incluidas anteriormente. Cuando los incrementos presupuestarios permitiesen cubrir las necesidades derivadas del conjunto de prestaciones preexistente y todavía quedase un remanente, dichos recursos se podrían utilizar para incorporar tecnologías adicionales —de nueva aparición o antiguas pero no incluidas anteriormente en el conjunto de prestaciones— con el mismo procedimiento aplicado para elaborar el conjunto inicial de prestaciones. El costo del procedimiento sería mayor que en la opción 1 y menor que en la 2. La posible pérdida de eficiencia se encontraría también en un nivel intermedio entre las opciones 1 y 2.

Otra posibilidad dentro de esta opción sería la de incorporar todas las tecnologías no cubiertas cuya RCE fuese menor que un determinado valor umbral, por ejemplo, el de la tecnología incluida en el conjunto de prestaciones anterior que tuviese la RCE más alta. Esto implicaría que para mantener la suficiencia financiera el presupuesto debería poder aumentar en la cuantía necesaria para financiar las nuevas incorporaciones.

4) Conjunto inicial de prestaciones histórico y eventual incorporación de tecnologías adicionales

En sistemas de salud relativamente consolidados puede resultar socialmente inaceptable o políticamente inviable establecer un conjunto inicial de prestaciones *base cero*. La aplicación de un enfoque posibilista consistiría en elaborar el conjunto inicial de prestaciones con criterios históricos —por ejemplo, incluir todo lo que ya estaba cubierto— y utilizar el criterio de eficiencia sólo para decidir la incorporación de nuevas tecnologías. A semejanza del caso anterior, si hubiese un incremento exógeno del presupuesto, se podrían asignar los excedentes presupuestarios entre las tecnologías no cubiertas o, si el presupuesto fuese abierto, se debería determinar un valor umbral de la RCE y aumentar convenientemente el presupuesto para que cubriese el costo agregado asociado a las nuevas incorporaciones y se garantizase la suficiencia financiera.

Este enfoque supondría un procedimiento de establecimiento y actualización del conjunto de prestaciones que tendría un bajo costo, pero con efectos limitados sobre la eficiencia, pues consolidaría toda ineficiencia introducida históricamente con la incorporación indiscriminada de tecnologías. El conjunto de prestaciones incluiría probablemente tecnologías menos eficientes que algunas de las excluidas, pero la eficiencia global sería mayor que

la que habría si las nuevas tecnologías se incorporasen de forma indiscriminada a la cobertura del sistema.

En resumen, el método de ordenación de las prestaciones ha de aplicarse con flexibilidad, de acuerdo con los objetivos y las restricciones que se den en cada situación concreta. Idealmente, la revisión del contenido de un conjunto de prestaciones requeriría volver a evaluar regularmente todos los pares estados de necesidad-tecnología de salud técnicamente disponibles y rehacer la ordenación. En la práctica, acaso sólo se pueda aspirar a evaluar formalmente las nuevas tecnologías y aquéllas introducidas anteriormente, para las que haya alguna evidencia de que puede haber cambiado significativamente su razón costo-efectividad. En definitiva, la revisión de las tecnologías *antiguas* incluidas en el conjunto de prestaciones obliga a reevaluarlas y actualizarlas con los parámetros (pautas de tratamiento, precios, tasa de descuento, etc.) que se apliquen a las *nuevas*.

IV.2. La aplicación de la evaluación económica en la definición del conjunto de prestaciones

Llegados a este punto se supondrá que el objetivo de la elaboración de un conjunto de prestaciones es la maximización de los efectos sobre la salud (medidos mediante un determinado indicador), dada una restricción presupuestaria, de forma que el contenido de dicho conjunto de prestaciones refleje una distribución eficiente de los recursos de salud.

El análisis costo-efectividad (ACE) y el análisis costo-utilidad (ACU) son las modalidades de evaluación económica más utilizadas para medir la eficiencia (técnica) de los servicios de salud. En el ACE los recursos se expresan en unidades monetarias y los efectos sobre la salud, en unidades no monetarias, como por ejemplo, el número de años de vida ganados, la reducción de episodios de enfermedad o de factores de riesgo, etc. Cabe señalar que en el contexto europeo los estudios en que la efectividad se mide en los años de vida ganados ajustados por calidad (AVAC), o en otra unidad similar que exprese la salud como tiempo vivido y calidad de vida, se suelen denominar análisis costo-utilidad. En la terminología anglosajona, dichos estudios se incluyen en el concepto de ACE. A efectos de la elaboración de conjunto de prestaciones, la modalidad de análisis más apropiada es el ACU, dado que la efectividad medida como AVAC o similares permite comparar la efectividad de programas que obtienen beneficios de distinta naturaleza: aumento de la supervivencia, mejora de la calidad de vida sin cambio en la supervivencia o cambios tanto en la supervivencia como en la calidad de vida.

El resultado sintético de un ACU se expresa como costo (adicional) por AVAC (ganado), lo que se conoce como razón costo-efectividad (o razón costo-utilidad). El costo representa el impacto neto sobre los recursos que supondría la aplicación de un servicio y la efectividad, el impacto neto sobre la salud. La razón costo-efectividad se expresa a veces de forma inversa: como AVAC ganados por unidad monetaria de costo adicional.

La RCE obtenida en la evaluación de un servicio depende de cuál sea la opción de referencia respecto a la cual se calcula la variación de los recursos y de los efectos sobre la

salud. Cuando se analizan todas las opciones disponibles para un problema de salud, la opción de referencia es la de menor costo, que habitualmente será la opción *no hacer nada*. Cuando se evalúa una nueva tecnología, se suele considerar que la comparación con *no hacer nada* no es la relevante si se espera que la nueva tecnología sustituya algún tratamiento existente. En el contexto del establecimiento de un conjunto de prestaciones, tal como se verá más adelante, es posible que se haya de considerar tanto la opción *no hacer nada* — con todos problemas que implica hacer operativa esta definición— como otras opciones en función de los objetivos y el contexto del análisis.

Finalmente, hay que tener en cuenta que, aunque el criterio de priorización sea la eficiencia, ello no significa que se deba elegir siempre la opción con la razón costo-efectividad más favorable, pues hay que tener en cuenta si la decisión consiste en elegir entre opciones excluyentes, por ejemplo, entre tratamientos sustitutivos para el control de la hipertensión, o entre opciones no excluyentes, como cuando se han de seleccionar programas para distintos objetivos. Esta cuestión se trata con más detalle en el Anexo II.

En el apartado IV.1.4. se han revisado los distintos criterios de delimitación de las prestaciones y se ha analizado la relevancia analítica de cada uno de ellos. No se pretende que los métodos de ordenación recogidos en este documento sean los únicos, ni que su aplicación tenga que generalizarse a cualquier contexto de decisión. Más bien al contrario, como se verá, el objetivo es definir un procedimiento de ordenación y unos criterios de selección fácilmente adaptables y sensibles al contexto donde se plantea definir el conjunto de prestaciones.

IV.3. Método aplicado en contextos individuales

La aplicación de la evaluación económica como criterio para determinar el conjunto de prestaciones exige realizar numerosos estudios individuales, que además deberían repetirse periódicamente a medida que se plantea revisar el conjunto de prestaciones.

Uno de los objetivos más importantes con relación al método aplicado en los estudios individuales es el de asegurar su homogeneidad para garantizar la comparabilidad de los resultados. Las diferencias en la relación costo-efectividad, utilizada como criterio para ordenar los programas, deben reflejar diferencias reales entre los mismos y no diferencias entre los métodos aplicados.

En el campo de la evaluación económica existe una considerable variabilidad en los métodos usados, que refleja diferencias en aspectos tanto positivos como normativos. La solución a este problema es la estandarización del método, es decir, el establecimiento de un método con tanta precisión que se elimine o reduzca al mínimo la discrecionalidad del investigador en cada estudio individual.

En los últimos años han surgido numerosas propuestas y directrices metodológicas de distinta naturaleza. En algunos casos se trata de normas obligatorias para llevar a cabo los estudios que se presentan ante una determinada administración pública, por ejemplo, para solicitar el reembolso público de nuevos medicamentos en Australia. En otros, se trata de

propuestas formuladas por asociaciones académicas o profesionales o, simplemente, por grupos de investigadores. Las propuestas difieren ampliamente en cuanto al grado de detalle con que se describen los procedimientos (Gendus, Kotsanos, 1996; Drummond, et al., 1997).

Para establecer un conjunto de prestaciones, el método aplicado en los estudios individuales debería cumplir las siguientes condiciones:

- a) ser lo más preciso y detallado posible para eliminar o reducir al mínimo la discrecionalidad del investigador en cada estudio individual,
- b) reflejar los objetivos y juicios de valor dominantes de la política de salud en que se inscribe el conjunto de prestaciones como instrumento de planificación y
- c) Reflejar en lo posible el consenso de la comunidad científica en los aspectos positivos del análisis.

Respecto al primer punto, los estándares metodológicos deberían establecer como mínimo: 1) la opción de referencia, 2) las categorías de recursos consideradas en el análisis, 3) los costos unitarios de los recursos, 4) la unidad de medida de la efectividad, 5) el horizonte temporal del análisis, 6) la tasa de descuento de los recursos y de la efectividad y 7) la forma de presentación de los resultados.

1) La opción de referencia

La opción de referencia en una evaluación económica es un factor determinante de la RCE de la opción evaluada, pues dicha RCE refleja la relación entre la variación de los costos y la variación de la efectividad entre el tratamiento evaluado y el tratamiento de referencia. Si se evalúa un programa X respecto a una opción muy ineficiente, el primero resultará muy eficiente. Si el mismo programa X se evalúa respecto a una opción eficiente, X resultará ineficiente.

Las directrices metodológicas recomiendan habitualmente utilizar como opción de referencia la tecnología u opción que realmente se está aplicando para el problema de salud en cuestión. Esta aproximación metodológica tiene el inconveniente de que no cuestiona la eficiencia de la práctica real, de los programas y tratamientos que se están prestando en un momento dado. Es decir, mide la eficiencia relativa de una nueva tecnología respecto a una existente que puede ser muy ineficiente y que, en realidad, debería eliminarse de la financiación pública.

Esta práctica metodológica tiene un sentido práctico cuando se emplea la evaluación económica para decisiones de incorporación de nuevos programas o tecnologías, tal como se está utilizando en Australia o en otros países desarrollados. Sin embargo, en la elaboración de un conjunto de prestaciones basado en la RCE, la opción de referencia adecuada sería, posiblemente, la de no hacer nada. Esto supone estimar el impacto, sobre la salud y sobre los recursos sociales, de los programas que se consideran para su inclusión en el conjunto de prestaciones, comparándolos con lo que sucedería en ausencia de cualquier tipo de intervención o de utilización de recursos de salud. Así, el programa con menor RCE —

menor costo por unidad de efectividad— sería el primero que se financiaría en una situación hipotética de partida en la cual el gasto de salud fuese nulo y no existiese ningún programa.

2) *Las categorías de recursos consideradas en el análisis*

Esta cuestión se encuadra dentro de lo que suele denominarse *la perspectiva del análisis*. Si se adopta un punto de vista social, tal como suele recomendarse desde una perspectiva teórica, deberían incluirse en el análisis todo tipo de recursos. No obstante, la práctica más habitual es considerar sólo los recursos de salud, es decir, los que utilizan las instituciones definidas convencionalmente como de salud. En general, se incluyen tanto los que son financiados por el sector público como los que pagan los pacientes de su bolsillo, pero rara vez se incluyen elementos tales como el tiempo del paciente y de cuidadores no retribuidos.

Existen diferencias en cuanto a la conveniencia de incluir los costos que se generan en otros ámbitos —servicios sociales, educación especial—, las pérdidas o ganancias de productividad asociadas al estado de salud, denominadas a menudo costos indirectos, y a los costos futuros no relacionados, es decir, al gasto de salud o de otro tipo que se produce como consecuencia de evitar una muerte prematura. Se trata, en definitiva de una cuestión normativa que no tiene una respuesta científica unívoca.

Algunos autores intentan solucionar el problema recomendando realizar análisis de sensibilidad —con o sin los costos problemáticos— o bien presentándolos separadamente. Pero si se trata de elaborar un conjunto de prestaciones basado en una ordenación única de estos servicios, en función de la RCE, es necesario adoptar una solución que tenga un único resultado.

3) *Los costos unitarios de los recursos*

El cálculo de los costos es el resultado del producto de las unidades del recurso por el costo unitario. Los costos unitarios de los recursos, servicios o procedimientos que se incluyen en un estudio de costo-efectividad pueden variar ampliamente en un país entre regiones, hospitales, etc., y dependen de los métodos de contabilidad analítica aplicados y de la información disponible.

Una alternativa práctica aplicada en algunos países (por ejemplo, en Australia y Canadá) es la elaboración de una lista de costos estándar representativos del país que deben utilizarse en todos los estudios. Esta es una buena solución para garantizar la comparabilidad en este aspecto, que, además, reduce el costo de los estudios frente a la alternativa de efectuar una estimación específica de los costos en cada estudio.

4) *La unidad de medida de la efectividad*

Para elaborar una ordenación única de programas en función de la RCE es preciso que la efectividad de los programas esté expresada en unas unidades que permitan captar todos los efectos relevantes de los programas sobre la salud. Las medidas utilizadas habitualmente suelen ser alguna variante de los AVAC. Sería deseable que las valoraciones relativas de los estados de salud implícitas en estas medidas (las tarifas) reflejasen las preferencias de la

población donde se va a aplicar y estuviesen calculadas mediante un único método. Esta solución requeriría un considerable esfuerzo de investigación para cada país.

Los AVAD son una solución más viable, aunque sean menos sensibles que otras medidas similares y no reflejen las preferencias locales, ya que los beneficios sobre la salud —efectividad—, aún cuando estén expresados en las mismas unidades, no tienen igual valor social o cultural —enfermedades como el sida u otras de transmisión sexual suponen un estigma en muchos casos añadido al problema de salud—.

5) El horizonte temporal del análisis

El horizonte temporal del análisis debe ser suficientemente dilatado para poder captar todos los efectos diferenciales de los tratamientos. Un horizonte temporal artificialmente corto puede sesgar los resultados relativos de aquellos tratamientos cuyos efectos se produzcan a largo plazo en favor de tratamientos de efecto más inmediato. En el algoritmo utilizado en Oregón, el número de años durante los cuales el tratamiento objeto de evaluación podía beneficiar al paciente considerado fue de cinco. Este horizonte podría ser incluso insuficiente en el caso del tratamiento del hábito tabáquico, enfermedades de transmisión sexual, planificación familiar o salud mental, entre otros, por lo que recomendamos un horizonte temporal de evaluación de no menos de 20-30 años.

6) La tasa de descuento de los recursos y de la efectividad

Aunque existe consenso en cuanto a la conveniencia de descontar los costos de los recursos, hay diversas opiniones sobre cuál debe ser la tasa de descuento concreta, en cuanto a si debe ser fija o variable y acerca de si deben descontarse también los efectos sobre la salud (ya sean AVAC o AVAD). De nuevo, la opción pragmática es elegir una tasa de descuento estándar —después de haber investigado y debatido todo lo que se quiera sobre su magnitud— y aplicarla de forma generalizada.

7) La forma de presentación de los resultados

La forma de presentación de los resultados de los estudios debería garantizar su transparencia y replicabilidad, así como facilitar su revisión o actualización ante variaciones de los factores que determinan la RCE. Esto se puede conseguir fácilmente mediante la utilización de programas informáticos estándar relativamente simples como, por ejemplo, hojas de cálculo. Es importante que todas las fuentes de datos e hipótesis utilizadas estén descritas y documentadas con detalle.

IV.4. Transferibilidad de los resultados

La elaboración de un conjunto de prestaciones según criterios de costo-efectividad requiere, en principio, un trabajo ingente. En teoría se debería evaluar todo el universo de pares necesidad-tecnología técnicamente posibles, es decir, todas las posibles tecnologías

—programas, tratamientos, etc.— disponibles, para cada una de las posibles condiciones en que puedan utilizarse. Por ejemplo, en el caso de Oregón la lista de pares condición-tratamiento de salud elaborada en el año 1990 incluía 1.692 pares definidos en virtud de la razón costo-efectividad. Mediante revisiones periódicas de los algoritmos de ordenación utilizados, la ordenación original se redujo en 1991 a 709 pares de condiciones-tratamientos, a 688 en 1992 y, finalmente, a 696 en 1993 (Tengs, 1996).

La experiencia internacional acumulada puede permitir reducir este universo a un conjunto más manejable que guarde relación con el orden de magnitud del presupuesto o costo máximo del conjunto de prestaciones que se intenta elaborar. Sin embargo, la tarea puede ser todavía ingente para países pequeños y con recursos limitados, que son precisamente los que más probablemente pueden estar interesados en definir e implantar un conjunto de prestaciones. En este caso, una solución puede ser la realización de estudios de costo-efectividad multinacionales o la adaptación al país en cuestión de estudios realizados en otros países.

La transferibilidad de los estudios de costo-efectividad entre países ha sido tratada por distintos autores, que han señalado sus limitaciones (Drummond, 1997; Jefferson, et al., 1996; Marson, 1997). Sin duda la transferibilidad es mayor cuanto mayor sea la similitud de los países respecto a su estructura demográfica, condiciones epidemiológicas, características del sistema de salud, y, especialmente, a su práctica médica y pautas de utilización de recursos ante un evento en salud determinado.

El sistema de remuneración e incentivos entre los profesionales de salud e instituciones puede ser muy distinto condicionando, este sistema, el modo en el que se utilizan los recursos. Las prácticas médicas varían de un país a otro e, incluso, entre los distintos centros hospitalarios de un mismo país. Estas prácticas van a determinar la combinación de factores (medicamentos, tipo de intervención, estancia hospitalaria, etc.) que tendrán como resultado una efectividad u otra. Asimismo, las tecnologías disponibles varían, por ejemplo, la relación de medicamentos autorizados para su prescripción no es la misma en distintos países.

Por ello, aunque en general se considera aceptable extrapolar los resultados relacionados con la eficacia de los tratamientos de un país a otro, esto es más verosímil en el caso de un tratamiento farmacológico o quirúrgico, donde predominan los factores biológicos, que en el de un programa de educación de salud o de un programa de erradicación de la malaria, donde diferencias epidemiológicas, culturales, o de las características del sistema de salud pueden invalidar la transferencia de resultados. Por el contrario, no son extrapolables las pautas de utilización de recursos, los precios ni los costos unitarios.

Con independencia de ello, será preciso llegar a compromisos entre validez y factibilidad. En los países desarrollados los estudios de evaluación económica se han utilizado básicamente para apoyar la adopción de nuevas tecnologías muy caras. Los promotores de los estudios han sido con frecuencia empresas que han invertido fuertes sumas en investigación y desarrollo de los productos y que intentan apoyar con los estudios de evaluación económica la sostenibilidad de su financiación por parte de los sistemas de salud. En este contexto, resulta lógico dedicar un volumen importante de recursos a los estudios de evaluación

económica para asegurar un alto nivel de calidad, lo que facilita su aceptación por las agencias a las cuales se dirige la información. Por otra parte, se trata de tecnologías —a menudo medicamentos— que han sido objeto de un riguroso proceso de investigación clínica para conocer su eficacia y que, además, permiten obtener, como un subproducto, datos adicionales necesarios para la evaluación económica.

La situación es muy distinta cuando se trata de elaborar un conjunto de prestaciones en un país de bajo nivel de desarrollo económico y de salud. Es difícil evaluar la eficacia, y mucho más la efectividad y el impacto, de los programas que normalmente se plantea incluir en el conjunto de prestaciones. Pero, obviamente, no tendría sentido dejar de considerar la inclusión de determinados programas en un conjunto de prestaciones por el hecho de carecer de una evaluación del máximo rigor académico.

En definitiva, la posibilidad de realizar estudios multinacionales y la adaptación de estudios de otros países constituye una opción interesante que ha de considerarse por razones de costo, pero la conveniencia de hacerlo debe analizarse caso por caso. Por ello se recomienda partir de un evento y, a partir de él, aplicar la utilización de recursos, los precios y los costos unitarios locales, excepto en aquellos casos en que la práctica clínica y las indicaciones médicas sean muy similares ante las mismas necesidades en salud.

V. A MODO DE CONCLUSIÓN: TRES ENFOQUES SUGERIDOS

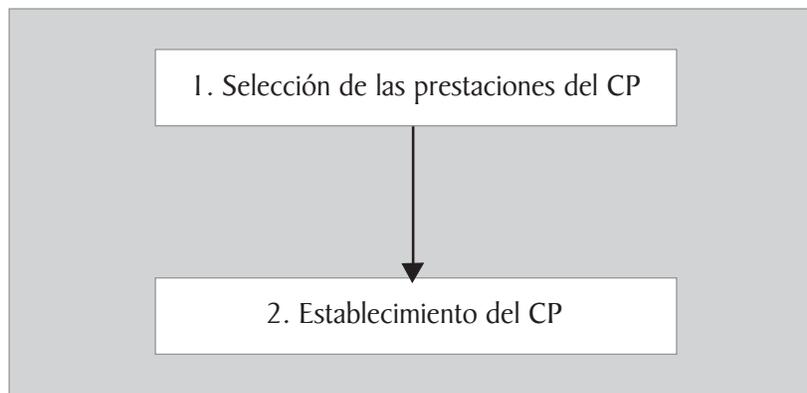
El establecimiento de un conjunto de prestaciones puede ser una forma de racionalizar la asignación de recursos en un sistema de salud. A lo largo de este documento se han presentado y analizado instrumentos analíticos y experiencias reales de establecimiento de un conjunto de prestaciones. No obstante, en la actualidad no puede pretenderse que exista una única forma correcta de establecer un conjunto de prestaciones, que sea válida para cualquier país o sistema de salud.

A modo de conclusión, se describen tres enfoques o modelos que representan tres niveles de complejidad técnica creciente en el proceso dirigido a establecer un conjunto de prestaciones y que se denominarán, respectivamente, enfoque consensuado, enfoque pragmático y enfoque analítico.

El enfoque consensuado (esquema 1) reflejaría, por ejemplo, un proceso que empieza por la constitución de una comisión o grupo de trabajo que, sin un protocolo o procedimiento preestablecido o explícito, selecciona el conjunto de prestaciones. Puede haber algún acuerdo entre los miembros del grupo sobre objetivos y criterios, pero no se conoce ni se puede reproducir el proceso de selección, que en gran parte se basa en negociaciones y compromisos entre los miembros.

Esquema 1

Establecimiento de un conjunto de prestaciones (CP): Enfoque Consensuado

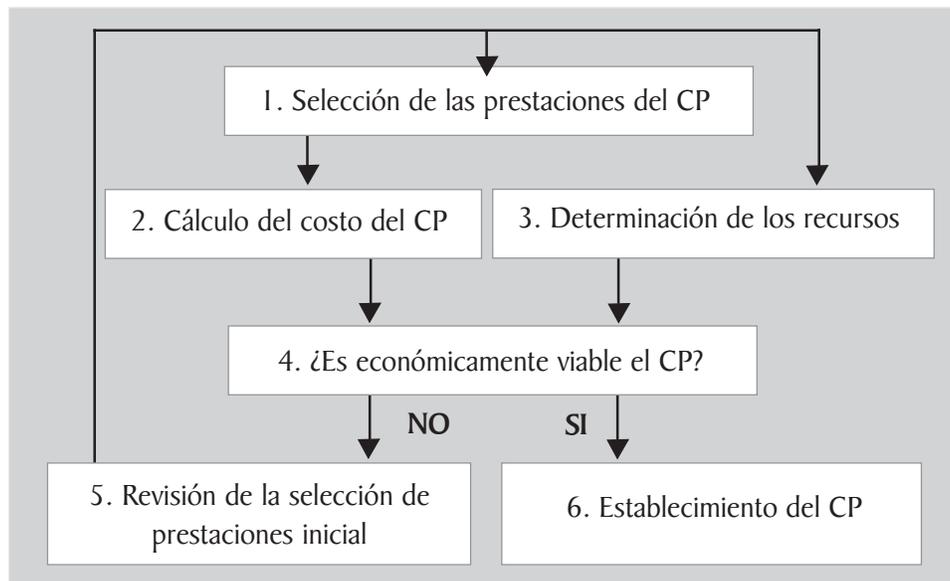


El conjunto de prestaciones resultante puede ser satisfactorio en la medida en que los miembros del grupo sean expertos que conozcan bien las necesidades de la población y las principales características (por ejemplo, efectividad y costo) de las tecnologías disponibles. El proceso puede ser rápido y poco costoso.

Los problemas de este enfoque derivan de las limitaciones de conocimiento de los miembros o de que se antepongan prejuicios e intereses particulares a la evidencia científica disponible y a las necesidades sociales. Un procedimiento simple de este tipo puede ser aceptable para elaborar un conjunto de prestaciones mínimo, pero parece inviable si hay más de 10 o 20 prestaciones elegibles. El hecho de que no se consideren explícitamente los recursos necesarios para establecer y garantizar el conjunto de prestaciones sugiere que no hay una preocupación clara para garantizar el acceso a todos los que requieran las prestaciones (equidad horizontal). Sin embargo, puede contribuir a la equidad horizontal en la medida en que suponga una concentración de recursos en las prestaciones seleccionadas, que se hacen más accesibles para toda la población. En cualquier caso, es difícil que se garantice la eficiencia en el uso de los recursos públicos por medio de un proceso de este tipo.

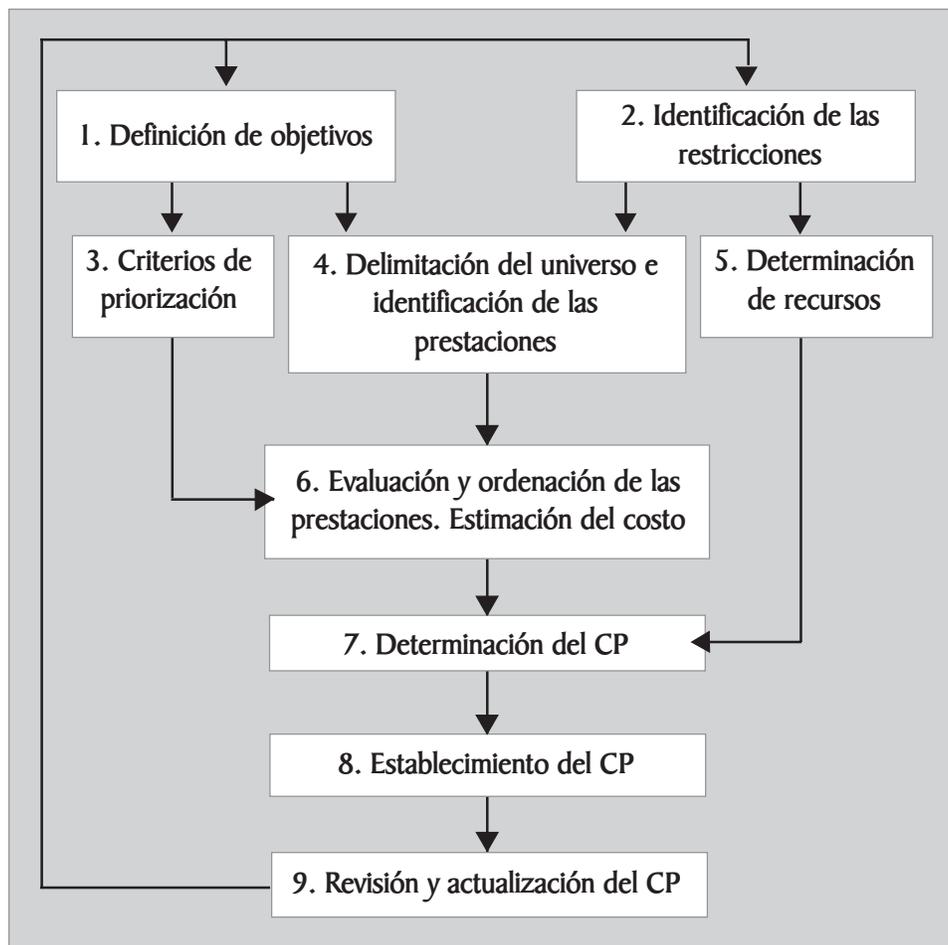
El enfoque pragmático (esquema 2) presupone una primera fase similar al caso anterior; sin embargo, una vez seleccionadas las prestaciones y antes de establecer el conjunto de prestaciones definitivo, se introducen explícitamente las restricciones de recursos comparando el costo estimado del conjunto de prestaciones con los recursos disponibles. Si éstos últimos son insuficientes, se plantea la necesidad de revisar el conjunto de prestaciones a la baja o de aumentar los recursos. Este enfoque garantiza la suficiencia financiera y, por consiguiente, la equidad horizontal, pero presenta las mismas limitaciones que el anterior en cuanto al logro de la eficiencia.

Esquema 2
Establecimiento de un conjunto de prestaciones (CP): Enfoque Pragmático



El enfoque analítico (esquema 3) plantea la definición del conjunto de prestaciones como un proceso racional y explícito de toma de decisiones para resolver un problema de optimización. Al identificar los distintos elementos del proceso, permite asignar distintas funciones a los colectivos más adecuados para desempeñarlas mediante los procesos más idóneos. Así, la definición de objetivos es una cuestión claramente política, que puede asignarse a un responsable político o derivarlo de un mecanismo de participación democrática directa. Entre las restricciones que pueden aparecer habrá algunas de tipo técnico (disponibilidad de información epidemiológica y sobre el costo y la efectividad de las prestaciones) y otras de tipo político (¿hasta qué punto se puede cuestionar la continuidad de las prestaciones consolidadas históricamente?).

Esquema 3
Establecimiento de un conjunto de prestaciones (CP): Enfoque Analítico



En este enfoque, los objetivos generales se explicitan y concretan en unos criterios cuantitativos verificables de priorización (la razón costo-efectividad o cualquier otro indicador), cuya aplicación práctica dependerá de la disponibilidad de la información correspondiente. Los propios objetivos y restricciones permitirán delimitar el universo de prestaciones entre las cuales deben seleccionarse las que integrarán posteriormente el conjunto de prestaciones. Las prestaciones incluidas en el universo deben ser evaluadas y ordenadas en función del criterio de priorización, y ha de estimarse el costo de provisión de cada prestación a toda la población que previsiblemente lo requerirá.

Los recursos disponibles se asignan entre las prestaciones por orden de prioridad hasta que se agotan. Es decir, una vez ordenadas las prestaciones, la disponibilidad de recursos es lo que determina automáticamente la relación de las que se financian públicamente. Esta segunda fase del proceso tiene un carácter esencialmente técnico. Evidentemente, los responsables políticos —sean políticos elegidos, decisores delegados por aquellos o colectivos representando democráticamente a la población— pueden modificar la decisión *técnica*. Pero en este caso se verán probablemente forzados a justificar su decisión o soportar el costo político de rechazar arbitrariamente una decisión técnica.

Por otro lado, es preciso recordar que, después de haberlo implantado, será necesario revisar en el futuro el contenido del conjunto de prestaciones. Aunque esta actualización también sería aplicable en los casos anteriores, un proceso explícito de este tipo lo hace mucho más necesario cuando son patentes los cambios en los factores que determinaron el conjunto inicial.

Finalmente, hay que ser conscientes de que un enfoque de este tipo tiene un costo y unos requisitos de tiempo e información que son impensables en muchos de los contextos en que se plantea el establecimiento de un conjunto de prestaciones. La solución razonable debería basarse obviamente en el posibilismo y el compromiso. Podría empezarse por delimitar un número manejable de prestaciones, por ejemplo, aquellas cuya inclusión o exclusión es motivo de controversia entre los expertos. A continuación, podría asignarse a cada prestación un nivel de prioridad, por ejemplo, alto, medio y bajo, en función de los estudios disponibles en la bibliografía internacional y la opinión de expertos locales. Por último, podría estimarse el orden de magnitud del costo que supondría cubrir a toda la población con cada programa. Estos pasos permitirían establecer un primer conjunto de prestaciones, que en futuras revisiones podría irse ajustando acopiando nueva información y llevando a cabo análisis más rigurosos.

VI. GLOSARIO

Análisis costo-beneficio. Método de evaluación económica en el cual tanto los costos como los efectos de las opciones comparadas se miden en unidades monetarias.

Análisis costo-efectividad. Método de evaluación económica en el cual los efectos de las opciones comparadas (por ejemplo, las opciones terapéuticas alternativas) se miden en unidades clínicas, a veces denominadas unidades físicas o naturales, como los años de vida ganados, las muertes evitadas, el porcentaje de pacientes curados o la disminución de la glucemia.

Ejemplo análisis costo-efectividad medio e incremental para comparar los costos y los efectos de dos opciones terapéuticas.

	Tratamiento A	Tratamiento B
Costo:	400.000 € (euros)	200.000 €
Efectividad:	5 años de vida ganados	4 años de vida ganados
Costo-efectividad:	Costo/efectividad	
Tratamiento A =	80.000 € por año de vida ganado	
Tratamiento B =	50.000 € por año de vida ganado	
Costo-efectividad incremental:		
	$\frac{\text{Costo A} - \text{Costo B}}{\text{Efectividad A} - \text{Efectividad B}} = 200.000 \text{ € por año de vida ganado}$	

Análisis costo-utilidad. Método de evaluación económica en el cual los efectos de una intervención se expresan en unidades que integran calidad y cantidad de vida. Esto se consigue calculando los años de vida ganados con una tecnología de salud y ponderándolos según la calidad de vida obtenida. Las unidades obtenidas se denominan los años de vida ajustados por calidad (AVAC).

Análisis de sensibilidad. Análisis de las variaciones o cambios que sobre el resultado final provocan variaciones en los elementos o variables que determinan dicho resultado.

Asegurado. Persona que tiene derecho a recibir los servicios de salud en virtud de un contrato de seguro.

Asegurado. Cualquier entidad que asuma un riesgo en la cobertura de riesgos de salud de un individuo o colectivo.

Aseguramiento o seguro voluntario (privado). Es la modalidad de contratación del seguro mediante la cual un individuo se cubre de un riesgo libremente.

Aseguramiento obligatorio. Es la modalidad de contratación del seguro por medio de la cual el individuo no puede decidir el tipo de póliza que suscribe, sino que la administración pública señala las condiciones de la póliza.

Beneficiario. Persona potencialmente destinataria de un conjunto de servicios de salud ofrecidos por un sistema de salud, compañía de seguros u otra institución de salud. Puede incluir también el matiz de receptor de cuidados de beneficencia.

Beneficio de salud. En sentido estricto, es el efecto positivo o el resultado que los servicios de salud tienen en el individuo o en la colectividad. En sentido amplio, es el derecho a percibir un servicio de salud.

Bien preferente, tutelar o de mérito. Es un bien de naturaleza privada pero cuyo consumo se financia públicamente en función de los posibles efectos externos derivados de su consumo, de los deseos de facilitar su consumo a toda la población (por motivos de equidad) y porque puede haber un gran número de potenciales destinatarios de esos bienes (por ejemplo, servicios médicos, vivienda).

Bien público. Es un bien cuyo consumo no es rival ni exclusivo.

Condición. En la bibliografía anglosajona, por *condition* suele entenderse el estado de salud derivado de matizar una enfermedad con las características concretas de un paciente, como la edad, sexo, situación socioeconómica, etc. Este concepto acostumbra emplearse en el contexto del establecimiento de los pares condición-tratamiento, de los *estados de salud-tratamiento* o *estados de necesidad de salud-tratamiento*.

Conjunto de prestaciones. Conjunto de derechos, concretados o definidos como servicios de salud, tecnologías o pares de estados de necesidad-tratamiento (condición-tratamiento), etc., que el sistema de salud se compromete a proveer a una colectividad.

Conjunto de prestaciones complementario u optativo. Conjunto de derechos (tecnologías) no incluidos en el conjunto de prestaciones a los cuales puede acceder el individuo pagándolos directamente o comprando una póliza de seguro para cubrir su riesgo.

Conjunto de prestaciones mínimo. Lo mismo que el conjunto de prestaciones básico o esencial, pero con el matiz de que el sistema de salud se compromete a prestarlo a los individuos de menor renta.

Conjunto de prestaciones universal. Conjunto de prestaciones que un sistema nacional de salud garantiza a toda la población.

Consumidor. Persona que paga por los servicios de salud o que utiliza *de facto* dichos servicios. Suele asimilarse también con el concepto de usuario.

Costo de Oportunidad. El costo de oportunidad de algo es lo que se sacrifica para obtenerlo. Es el valor de la alternativa desechada más valiosa.

Estado de necesidad de salud. Equivalente a condición (en inglés, *condition*).

Externalidad. Efecto directo de las acciones de una persona o empresa sobre el bienestar de otra persona o empresa sin que estos efectos se reflejen en el precio de mercado. Ejemplo de externalidad negativa: contaminación medioambiental. Un individuo que contamina el agua de un río genera un efecto externo sobre terceros, es decir, sobre los ciudadanos del pueblo que beben agua procedente de dicho río, sin que este individuo pague o compense a dichos ciudadanos por el efecto perjudicial causado. Ejemplo de externalidad positiva: el tratamiento de un enfermo que evita que otras personas se contagien.

Indicación. Relación existente entre una tecnología de salud y los estados de necesidad. Por ejemplo, una aspirina infantil puede estar indicada para el dolor de cabeza de un niño. Una tecnología de salud puede tener varias indicaciones.

Intervención de salud. Concepto de similar significado a tratamiento y cuyo beneficiario es el individuo. A veces es similar a prestación, cuando ésta es financiada total o parcialmente con recursos públicos.

Ordenación de prestaciones. Clasificación o sistematización de las prestaciones de salud. Alternativamente se utiliza como sinónimo de delimitación de servicios y también en el sentido de establecimiento de un orden de prioridad previo a la delimitación de los servicios.

Paciente. En este documento, sinónimo de usuario.

Paquete. Conjunto de prestaciones.

Prestación de salud. Beneficio o servicio que una organización suministra a un individuo y que está financiado total o parcialmente por el sistema de salud público. (Corresponde al término inglés *benefit*.) Se ha utilizado especialmente en el contexto de los sistemas de protección social. En este sentido, un servicio de salud incluido en un conjunto de prestaciones sería una prestación.

Programa de salud. Una acción coordinada de provisión de servicios de salud que tiene por destinataria a una colectividad de individuos.

Proveedor de salud. Es la institución que realiza el servicio de salud. Puede ser unipersonal, por ejemplo, el médico, o no, como un hospital, centro de atención primaria, etc.

Servicio de salud o de salud. Acto o conjunto de actos prestados por los proveedores de salud dirigidos a mejorar el estado de salud de una colectividad. En su sentido amplio, el término es equiparable a tecnología de salud.

Tecnología de salud. Según la Office of Technology Assessment (OTA) de los Estados Unidos de América, son los medicamentos, instrumentos y procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención de salud, así como los sistemas organizativos y de soporte en los que se provee dicha atención. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tecnología de salud, junto a las técnicas, métodos y sistemas organizativos, incluye en general cualquier medida orientada a promover la salud, prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar la enfermedad así como rehabilitar a los enfermos y a los discapacitados.

Tratamiento. Conjunto de servicios de salud destinados a curar una enfermedad. Los tratamientos se establecen dependiendo de las enfermedades y otras características de los pacientes, y precisan del empleo de tecnologías de salud.

Usuario. Sinónimo de consumidor.

Utilidad. La utilidad total o satisfacción total que el consumo de una combinación específica de bienes aporta a un individuo. Una función de utilidad es una fórmula que muestra la utilidad total asociada con cada combinación de bienes.

Utilidad marginal. Es el cambio en la utilidad total asociada con el consumo de una unidad adicional de un bien.

VII. REFERENCIAS

- Albí E, González-Páramo, JM, Zubiri I. Economía pública. Barcelona: Ariel; 2000.
- Antoñanzas F, Rovira J, Badía X. La definición de la prestación de salud pública: ¿Es posible acotar un catálogo de prestaciones en un sistema como el actual? La experiencia comparada. Madrid: Fundación BBV; 1999.
- Baltussen R, Reiner L, Ament A. The impact of age on cost-effectiveness ratios and its control in decision making. *Health Econ* 1996;5:228-239.
- Bekedam H, Hawken L, Nyheim D, et al. A critical review of priority setting in the health sector: the methodology of the 1993 World Development Report. *Health Pol Plann* 1998;13:13-31.
- Bitrán y Asociados. Focalización de subsidios públicos para la salud. Preparado para el curso sobre reforma y financiamiento sustentable del sector salud. Washington, DC: Instituto del Banco Mundial; 1999.
- Blanco J, Rivera JA. La carga global de morbilidad. En: Laurell AC, ed. Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. México, DF: Fundación Friedrich Ebert/Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco; 1994.
- Bobadilla JL, Frenk J, Cowley P, Zurita B, Querol J, Villarreal E. El paquete universal de servicios esenciales de salud. Serie Economía y Salud: Documentos para el Análisis y la Convergencia. No. 11. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud; 1994a.
- Bobadilla JL, Cowley P, Musgrove P, Saxenian H. Design, content and financing of an essential national package of health services. *Bull WHO* 1994b;72:653-662.
- Bobadilla JL, Saxenian H. Designing an essential national health package. *Finance and Development* 1993;30:10-13.
- Cárdenas M, Esquivel A, Morales I. Reforma del sector salud. En: Cárdenas M, Esquivel A, Morales I. Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform; 1998.
- Cardona A. Impacto de la reforma de la seguridad social sobre la organización institucional y la prestación de los servicios de salud en Colombia. Antioquia: Universidad Nacional de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 1999. [<http://www.saludcolombia.com>]
- Carthy TS, Chilton J, Covey L, et al. On the contingent valuation of safety and the safety of contingent valuation. Part 2. The CV/SG Chained approach. *J Risk and Uncertainty* 1999;17:187-213.
- Cumming J. Core services and priority-setting: the New Zealand Experience. *Health Pol* 1994;29:41-60.
- Diener A, O'Brien B, Gafni A. Health care contingent valuation studies: A review and classification of the literature. *Health Econ* 1998;7:313-326.

- Doyal L, Williams G, eds. *A theory of human need*. London: MacMillan; 1991.
- Drummond MF, Stoddart GL, Torrance GW. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford Medical Publications; 1997.
- Drummond M, Brandt A, Luce B, Rovira J. Standardizing methodologies for economic evaluation in health care. *Intl J Technol Assess Health Care* 1993;9:23-36.
- Eloa Somoza J. The definition of benefits: From the benefit package to the supply of services. *Gaceta Sanitaria* 1995;9:126-132.
- España, Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 63/1995, del 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. (BOE No. 35, de 10 de febrero de 1995.)
- España, Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, por el que se regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud. (BOE No. 43, de 19 de febrero de 1993.)
- España, Ministerio de Sanidad y Consumo. Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad. Título III de la estructura del sistema sanitario público. (BOE No. 102, de 29 de abril de 1986.)
- Freire Campo JM. La ordenación de las prestaciones: aspectos sanitarios. *Gaceta Sanitaria* 1995;9:126-132.
- Funsalud, Secretaría de Salud, México. Consejo Nacional de Salud. Programa de certificación de cobertura universal con el paquete básico de servicios de salud. México, DF: Funsalud; 1994.
- Gobierno de Bolivia. Decreto Supremo No. 25186, del Gobierno Nacional, por el que se reglamenta la estructura operativa, las prestaciones y el financiamiento del Seguro Médico Gratuito de Vejez. *Gaceta Oficial de Bolivia*. 30 septiembre, 1998.
- Gobierno de Bolivia. Decreto Supremo No. 25265, del Gobierno Nacional, por el que se crea el Seguro Básico de Salud. *Gaceta Oficial de Bolivia*. Diciembre de 1998.
- Gobierno de Bolivia. Resolución Ministerial No. 0450, de 16 de octubre de 1998, por la que se asignan los municipios a las diferentes Cajas de Seguro para la afiliación respectiva. *Gaceta Oficial de Bolivia* 1998.
- Gobierno de Bolivia. Resolución Ministerial No. 0470, de 28 de octubre de 1998, por la que se asignan funcionarios a la Dirección General de Seguros de Salud para las actividades del Seguro Médico Gratuito de Vejez. *Gaceta Oficial de Bolivia* 1998.
- Gobierno de Bolivia. Resolución Ministerial No. 0564, 15 de diciembre de 1998, por la que se extiende la cobertura del Seguro Médico Gratuito de Vejez a los municipios rurales. *Gaceta Oficial de Bolivia* 1998.
- Gobierno de Bolivia. Resolución Multi-Ministerial No. 003/98, de 15 de octubre de 1998, por la que se establece una instancia de coordinación entre las instituciones que intervienen en la gestión del Seguro Médico Gratuito de Vejez. *Gaceta Oficial de Bolivia* 1998.
- Howland D. A basic benefits package: How basic . . . and who decides? *Trustee* 1994;47:13.
- Infante A. Las reformas de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe. *Rev Administración Sanitaria* 1998;11:77-98.
- Infante A. Reforma del sector salud: prioridades y conjuntos de medidas. *Foro Mundial de la Salud* 1997;18:189-195.

- Jamison DT, Mosley WH, Measham AR, Bobadilla JL, eds. Disease control priorities in developing countries. New York; Oxford University Press; 1993.
- Jefferson DT, Mugford M, Gray A, Demicheli V. An exercise on the feasibility of carrying out secondary economic analyses. *Health Econ* 1996;5:155-65.
- Jiménez de la Jara J, Bossert TJ. Chile's health sector reform: lessons from four reform periods. *Health Pol* 1995;32:155-166.
- Jones-Lee MW, Carthy T, Chilton S, Covey J. On the contingent valuation of safety and the safety of contingent valuation. Part 2 – The CV/SG Chained Approach. *J Risk and Uncertainty* 1998;17:187-214.
- Kamlet M. The comparative benefits modeling project. A framework for cost-utility analysis of Government health care programs. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 1992.
- Karlsson G, Johannesson M. The decision rules of cost-effectiveness analysis. *Pharmacoeconomics* 1996;9:113-120.
- Laurell AC, López Arellano O. Market commodities and poor relief: the World Bank Proposal for Health. *Intl J Health Serv* 1996;26:1-18.
- Marino MA, De Marqués JM, Velasco A. Impact of selective financing of drugs on pharmaceutical expenditure control in the province of Valladolid, Spain. *Pharmacoeconomics* 1996;10:269-280.
- Martínez Narváez G. Coverage of health services. *Salud Pública Mex* 1992;16-28.
- Mason J. The generalisability of pharmacoeconomic studies. *Pharmacoeconomics* 1997;11:503-514.
- Ministerio de Planificación y Cooperación División Social. Resultados de la VII Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN 1998). Documento No. 4, Situación de la Salud en Chile, 1998. Santiago de Chile: Mideplan; Julio, 1999.
- Ministerio de Salud y Previsión Social. Plan Estratégico de Salud: PES. La Paz: Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS); 1998.
- Ministerio de Salud y Previsión Social. Seguro Básico de Salud. La Paz: Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS); 1998.
- Ministerio de Salud y Previsión Social. Seguro Médico Gratuito de Salud: Ley de derechos y privilegios para los mayores y seguro médico gratuito de vejez. La Paz: Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS); 1998.
- Mitchell RC, Carson RT. Using surveys to value public goods: The contingent valuation method. Washington, DC: Resources for the Future; 1989.
- Montiel H. La situación de salud en la Región de las Américas. *Salud Colombia Public Health Journal on the Net. La Revista*. 43 ava. ed. De diciembre 16 a enero 15, 2000. [<http://www.saludcolombia.com/actual/salud43/informe.htm>]
- Mooney G, Irwing L, Leeder S. Priority setting in health care: unburdening from burden of disease. *Australian New Zealand J Public Health* 1997;21:680-681.
- Morow RH, Bryant JH. Health policy approaches to measuring and valuing human life: conceptual and ethical issues. *Am J Public Health* 1995;85:1356-1360.
- Murillo C, Sáez M, Zara C. Les effets du financement selectif des médicaments en Espagne. Barcelona: Centre de Recerca en Economia de la Salut; 1997. (Documento mimeografiado.)

- Murray CJL. Quantifying the burden of disease: The technical basis for disability-adjusted life years. *Bull WHO* 1994;72:429-445.
- Murray CJL, López AD. Progress and directions in refining the global burden of disease approach: A response to Williams. *Health Econ* 2000;9:69-82.
- Murray CJL, Evans DB, Acharya A, Baltussen RMPM. Development of WHO guidelines on generalizad cost-effectiveness analysis. *Health Econ* 2000;9:235-251.
- Musgrave RA. *The theory of public finance. A study in public economy*. New York: McGraw Hill; 1959.
- Musgrave RA. Public goods. In: Brown EC, Solow RM, eds. *Paul Samuelson and Modern Economic Theory*. New York: McGraw Hill; 1983.
- Musgrove P. Measuring equity in health. *World Health Stat Quarterly* 1986;39: 325-335.
- National Advisory Committee on Core Health and Disability Services. *Core Services 1993/94*. Wellington, New Zealand: National Advisory Committee on Core Health and Disability Services; 1992.
- New Zealand, Ministry of Health. *Policy guidelines for Regional Health Authorities 1994/95*. Wellington, New Zealand: Ministry of Health; 1994.
- OCDE, México: *Reforma del Sistema de Salud en OCDE. Estudios económicos de la OCDE: 1997-1998*. París: OCDE; 1998.
- Oregon Health Services Commission. *Prioritization of health services: A report to the Governor and Legislature*. Portland, Oregon: Oregon Health Services Commission; 1991.
- Organización Panamericana de la Salud. *Cuentas Nacionales de Salud: México. Iniciativa Reforma del Sector Salud, 11*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform; 1998.
- Organización Panamericana de la Salud (a). *Perfil del sistema de servicios de salud en Bolivia*. La Paz: OPS; 1999.
- Organización Panamericana de la Salud. *Programa Nacional de Medicamentos Esenciales de Bolivia: 1997-2002*. La Paz: OPS; 1996.
- Organización Panamericana de la Salud (b). *Situación de salud en Bolivia*. La Paz: OPS; 1999.
- Organización Panamericana de la Salud. *Perfil del Sistema de Servicios de Salud en Chile*. Santiago de Chile: OPS; 1999.
- Organización Panamericana de la Salud. *La descentralización, los sistemas de salud y los procesos de reforma del sector. Informe Final, Serie I*. Washington, DC: OPS; 1997.
- Organización Panamericana de la Salud. *Funciones esenciales de salud pública. Documento presentado en la 126ª Reunión del Comité Ejecutivo, 26-30 de junio, 2000*. Washington, DC: OPS; 2000.
- Organización Panamericana de la Salud. *Rectoría de los Ministerios de Salud en los procesos de reforma sectorial. Documento presentado en la 38ª Reunión del Consejo Directivo, 22-26 de septiembre, 1997*. Washington, DC: OPS; 1997.
- Oyarzo C, Galleguillos S. *Reforma del sistema de salud chileno: marco conceptual de la propuesta del Fondo Nacional de Salud. Cuadernos de Economía, año 32, No. 95*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Instituto de Economía; 1995.

- Paalman M, Bekedam H, Hawkeri L, Nyheim D. A critical review of priority setting in the health sector. The methodology of the 1993 World Development Report. *Health Pol* 1998;13:13-31.
- Pinto JL, Sánchez J. Establecimiento de prioridades en las prestaciones de salud en base a información sobre las preferencias sociales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
- Pliskin J, Shepard D, Weinstein CM. Utility functions for life years and health status. *Operations Res* 1980;28:1:206-224.
- Reich MR, Cooper DM. Policy Maker: Computer-assisted political analysis. Software and manual. Brookline, MA: PoliMap; 1996.
- Rovira J, Mompo C, de Vildt K, Schneider M, Blasco I. Comparing cost-sharing in European Union Member States: A system-oriented framework. In: Leidl R, ed. Health care and its financing in the single European market. Amsterdam: IOS Press; 1998:183-211.
- Sanjinés de Salazar S. Evaluación de la disponibilidad y uso de medicamentos para la estrategia AIEPI: una evaluación con base en indicadores: línea de base mayo-julio 1998. La Paz: Ministerio de Salud y Previsión Social; 1998.
- Soderlund N. Possible objectives and resulting entitlements of essential health care packages. *Health Pol* 1998;145:195-208.
- Stiglitz JE. La economía del sector público. Barcelona: Antoni Bosch; 1986.
- Swedish Government Official Reports. The Ministry of Health and Social Affairs. Priorities in health care; Ethics, economy, implementation. Final report from the Swedish Parliamentary Priorities Commission. Stockholm; The Ministry of Health and Social Affairs; 1995.
- Tengs TO. An evaluation of Oregon's medical rationing algorithms. *Health Econ* 1996;5:171-81.
- Terris H. Tendencias y perspectivas de los tres sistemas mundiales de atención médica. *Foro Mundial de la Salud* 1980;1,2:93-103.
- Torralla M, Casals N, Calero M, et al. La prescripción farmacéutica en Cataluña tras el Decreto de Financiación Selectiva de Medicamentos. *Gaceta Sanitaria* 1996;183-190.
- Torrance GW. Measurement of health state utilities for economic appraisal. *J Health Econ* 1986;5:1-30.
- Williams A. Calculating the global burden of disease: Time for a strategic reappraisal. *Health Econ* 1999;81-8.
- Williams A. Comments on the response by Murray and López. *Health Econ* 2000;9:83-86.
- World Bank. World Development Report 1993. Washington, DC: World Bank; 1993:208.

ANEXO I.

EXPERIENCIAS INTERNACIONALES EN EL ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES Y CONJUNTOS DE PRESTACIONES

Las experiencias internacionales en el establecimiento de prioridades en salud son muy heterogéneas. En algunos pocos casos se han especificado los criterios de definición y se delimita, ordena o elabora de forma concreta la relación de servicios cubiertos. En otros casos, la experiencia o, por lo menos, la información disponible sobre la experiencia, ha sido parcial; a veces, se limita al establecimiento de criterios o principios de priorización. En otros casos, existe una relación bien delimitada de servicios, pero no se conocen los criterios ni el procedimiento seguido para llegar a los mismos. A menudo, se trata de iniciativas que no han llegado a tener un impacto real en la asignación de recursos.²⁶

A continuación se resumen brevemente las principales iniciativas en el establecimiento de prioridades formuladas originalmente en el estado de Oregón (E.U.A.), en el contexto de los países de la OCDE y, más recientemente, en buena parte de los países de América Latina y el Caribe. Para un análisis detallado de las mismas se recomienda leer el anexo II.

A-I.1. La experiencia de Oregón

En 1989, los legisladores del estado de Oregón aprobaron la *Oregon Basic Health Services Act* (Decreto sobre Servicios de salud Básicos), que tenía como objetivo ampliar el programa Medicaid, de financiación pública de los servicios de salud, a personas con recursos insuficientes (en este caso, aquellas personas que estaban por debajo de la línea de pobreza). Hasta aquel momento, y debido a la limitación del presupuesto, sólo eran beneficiarios de Medicaid aquellos individuos con ingresos inferiores al 50porcentaje del nivel de pobreza. Con esta decisión se reconoció que para que el programa pudiera cubrir a más personas había que reducir el número de servicios proporcionados a todos los beneficiarios del mismo.

²⁶ La revisión de estos tres primeros casos puede encontrarse en el estudio de Antoñanzas y cols. (1999).

Diseño y aplicación del conjunto de prestaciones				
Oregon, E.U.A. (1989)				
Decisor	Objetivos	Criterios de selección	Población beneficiaria	Contenido
<p>En 1989 los legisladores del estado de Oregon aprueban la creación de la "Oregon Health Services Comisión" cuyo objetivo es la elaboración del Paquete de Servicios Sanitarios Básicos, "Oregon Basic Health Services Act".</p>	<p>Extensión de la cobertura pública de los servicios sanitarios básicos a los ciudadanos más pobres, no beneficiarios del programa Medicaid, a expensas de limitar el número de servicios cubiertos por el sistema sanitario.</p>	<p>Pares condición/ tratamiento sanitario ordenados según su ratio coste-efectividad.</p> <p>Las ordenaciones posteriores de 1991, 92 y 93 incorporaron criterios lexicográficos, el beneficio neto derivado de los tratamientos —en términos de la mejora en la supervivencia durante cinco años y mejora de la sintomatología— y ajustes a "mano alzada".</p>	<p>Población situada por debajo del nivel de pobreza; beneficiarios del programa Medicaid, (1993).</p>	<p>Ver Anexo I. Servicios Esenciales, Servicios Muy Importantes y Servicios Especialmente Valorados por Ciertos Individuos.</p>
Financiación	Costo	Implementación	Revisión periódica	
<p>Recursos públicos. Recursos procedentes de impuestos sobre el tabaco y los presupuestos del programa Medicaid provenientes del gobierno federal y estatal. Esta financiación cubría 565 de los 696 pares condición- tratamiento de la lista elaborada en 1993.</p>	<p>La información sobre los costes de los tratamientos se obtuvo del Oregon Medical Assistance Programs "Medicaid management Information System, las compañías aseguradoras y juicios subjetivos. La información sobre costes incluía los relativos al proceso de diagnóstico, tratamiento, seguimiento de la condición de salud y consumo de servicios. Debido a las dificultades de cuantificación del coste neto de los tratamientos se consideraron los precios de los tratamientos o servicios.</p>	<p>El procedimiento de ordenación utilizado en la lista de 1992 fue vetado por la Administración Clinton dado que el criterio de "mejora en la sintomatología" podría discriminar a determinados colectivos —población discapacitada—. En 1995 se elaboró una nueva propuesta para la ordenación de pares de condición-tratamiento sin la consideración del coste-efectividad.</p>	<p>Desde 1990 hasta 1993 se revisó periódicamente el contenido de la ordenación original incorporando criterios más participativos pero menos explícitos a la ordenación costo-efectiva de pares condición/ tratamiento.</p>	

A-I.2. Experiencias en el contexto de los países de la OCDE

A-I.2.1. El Informe Dunning en Holanda

En Agosto de 1990, el Secretario de Estado de Asuntos de Bienestar, Salud y Cultura de Holanda puso en marcha la Comisión Alternativas para la Asistencia De salud (*Choices in Health Care*), presidida por el Dr. A.J. Dunning. Las tareas encargadas a la Comisión eran las de estudiar y hacer recomendaciones sobre cómo poner límites a las nuevas tecnologías y cómo enfrentarse a los problemas originados por la escasez de asistencia, su racionamiento y la necesidad de seleccionar a los pacientes objeto de asistencia. En este sentido, siguiendo las directrices propuestas por la Comisión Dekker (1987) respecto al establecimiento de un paquete de servicios objeto de aseguramiento universal y obligatorio, la Comisión Dunning recomendó la ordenación de tales servicios de acuerdo con criterios de necesidad, costo-efectividad y solidaridad social.

A-I.2.2. La experiencia de Nueva Zelanda

En 1991, el gobierno de Nueva Zelanda puso en marcha distintas iniciativas con objeto de transformar su sistema de salud. Entre éstas destaca la explicitación de un conjunto básico de prestaciones de salud, financiadas con recursos públicos, a las cuales todos los ciudadanos tendrían acceso en condiciones equitativas y tiempos de espera razonables. La ordenación de los servicios básicos de salud con arreglo a criterios de costo-efectividad se encomienda al National Health Committee creado a tal efecto. La definición del conjunto de servicios básicos de salud tiene como objetivo garantizar la competencia eficiente entre los proveedores, públicos y privados, poner a disposición de los consumidores la información suficiente para formular sus expectativas con relación a qué servicios pueden esperar que sean financiados con recursos públicos y las condiciones mínimas exigibles a los privados.

A-I.2.3. La experiencia de Suecia

En Suecia, la Swedish Parliamentary Priorities Commission define una serie de principios éticos como guía del ejercicio de priorización. Los miembros de la Comisión eran expertos de muchos campos diferentes y siguieron un proceso amplio y largo para cumplir su cometido de debatir el papel de los servicios de salud dentro de la sociedad de bienestar y de destacar algunos principios éticos básicos que debían servir como pautas en el proceso de priorización. El trabajo de la Comisión se dividió en dos fases. Desde Junio de 1992 hasta Noviembre de 1993, la Comisión centró sus esfuerzos en recabar opiniones mediante cuestionarios y debates con expertos y representantes de diferentes organizaciones y autoridades. Además, se analizaron ejercicios de priorización en otros países. El resultado de esta fase fue un informe titulado *No Easy Choices* (Elecciones difíciles) que se distribuyó, en Noviembre de 1993, para su crítica y evaluación. Los resultados de este proceso junto con los resultados de diversas reuniones regionales con políticos, profesionales de la salud y representantes del público, concluyeron en la elaboración del informe final de la Comisión.

Diseño y aplicación del conjunto de prestaciones				
Holanda (1990)				
Decisor	Objetivos	Criterios de selección	Población beneficiaria	Contenido
<p>En 1990 el Secretario de Estado de Asuntos de Bienestar, Salud y Cultura de Holanda pone en marcha la Comisión "Choices in Health Care" para estudiar y elaborar recomendaciones con relación a la necesidad de racionamiento de la asistencia sanitaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Racionamiento de la asistencia sanitaria, limitando la inclusión de nuevas tecnologías. ◆ Ganancias en Eficiencia, dadas las diferencias entre las necesidades y los recursos sanitarios. ◆ Explicitar las decisiones sobre asistencia sanitaria. 	<p>Los servicios en el Paquete Básico deben ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Necesarios desde la perspectiva de la sociedad. ◆ Costo-efectivos ◆ De solidaridad social. 	<p>Población General mediante la definición de un paquete básico de servicios objeto de aseguramiento universal obligatorio y solidario. Cobertura Universal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Servicios Sociales, (Residencias asistidas, Asistencia a disminuidos mentales) ◆ Servicios que mantengan, restablezcan o prevengan deterioros graves de la salud, (servicios de urgencia, servicios neonatales, vacunaciones, tratamientos del cáncer). ◆ Servicios necesarios en función de la gravedad e incidencia de la enfermedad.
Financiación	Costo	Implementación	Revisión periódica	
Recursos públicos	No considerado	<p>La Comisión Dunning no aborda expresamente el ejercicio de ordenación del paquete básico sino que se limita a proponer y elaborar recomendaciones muy generales y analiza algunos ejemplos de servicios de salud con propósitos más ilustrativos que normativos.</p> <p>Los servicios de salud finalmente propuestos por la Comisión no fueron el resultado de la aplicación de criterios explícitos de selección.</p>	No considerada	

Diseño y aplicación del conjunto de prestaciones				
Nueva Zelanda (1991)				
Decisor	Objetivos	Criterios de selección	Población beneficiaria	Contenido
En 1991 el National Health Committee, integrado por profesionales sanitarios, académicos y representantes de los intereses de los consumidores, propone al gobierno el conjunto de servicios básicos de salud a los que todo ciudadano debería tener acceso en condiciones equitativas y tiempos de espera razonables. (Minister of Health, Wellington, 1991).	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Explicitar los servicios que van a prestar los distintos proveedores y para quién y condiciones de acceso a las prestaciones incluidas en el paquete ◆ Reducir las diferencias en la prestación de los servicios y las posibilidades de seleccionar riesgos. ◆ Contención del gasto sanitario ◆ Obtener ganancias en eficiencia mediante al provisión de servicios costo-efectivos ◆ Mejorar la equidad en el acceso ◆ Reflejar preferencias sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Servicios Básicos de Salud costo-efectivos ◆ Preferencias Sociales 	Población General. Cobertura Universal.	<p>Propuesta 1993/94 y 1994/95:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ cuidado de salud mental y atención a drogadictos ◆ servicios de salud infantil ◆ servicios de cuidados comunitarios ◆ servicios de urgencia ambulatoria ◆ servicios de rehabilitación ◆ servicios de salud para población mayor ◆ salud ambiental (agua, alimentos y sustancias peligrosas)
Financiación	Costo	Implementación	Revisión periódica	
Recursos públicos	No considerado	La primera quía para la política sanitaria que elaboró el Ministerio de Salud en 1993-94 incorporaba las recomendaciones del National Health Committee cuyo contenido era aún bastante general. Las directrices definidas en el año 1994-95 especificaban, agrupados en ocho categorías principales, la lista ordenada de servicios de salud, las condiciones de acceso, seguridad y calidad de los mismos.	El gobierno Neocelandés considera anualmente las propuestas y recomendaciones del National Health Committee sobre servicios de salud.	

Diseño y aplicación del conjunto de prestaciones				
Suecia (1993)				
Decisor	Objetivos	Criterios de selección	Población beneficiaria	Contenido
<p>En 1993 el Swedish Parliamentary Priorities Comisión define, a partir de las opiniones de expertos, profesionales de la salud, políticos y representantes de los ciudadanos, un conjunto de principios éticos básicos vertebradores del proceso de ordenación de las prioridades en salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Contención del gasto sanitario. ◆ Ganancias en eficiencia mediante la provisión de servicios costo-efectivos. ◆ Equidad. 	<p>Principios éticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Principio Dignidad Humana: igualdad de derechos. ◆ Principio de la Necesidad y la Solidaridad; solidaridad con los más necesitados. ◆ Principio Costo-efectividad. 	<p>Población General. Cobertura Universal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ El cuidado de enfermedades agudas que ponen en peligro la vida, y que conducirían a incapacidad permanente o a la muerte prematura. ◆ El tratamiento de enfermedades crónicas graves. ◆ Los cuidados paliativos de pacientes terminales. ◆ El cuidado de personas con una autonomía restringida. ◆ Prevención *Rehabilitación. ◆ El cuidado de enfermedades agudas y crónicas menos graves. ◆ Casos límite ◆ El cuidado por razones distintas a enfermedad o lesión.
Financiación	Costo	Implementación	Revisión periódica	
Recursos públicos	No considerado	<p>La Comisión No define un paquete de prestaciones, sino que se proponen criterios generales de priorización.</p> <p>Según la Comisión la cobertura sanitaria debería ser mayor en los grupos de mayor necesidad que en los grupos de menor necesidad. Si no hay suficientes recursos para todos los grupos es más importante asegurar la provisión de un cuidado de alta calidad en los grupos con una mayor prioridad.</p>	No considerada	

A-I.2.4. La Ley General de Sanidad Española

La Ley General de Sanidad —Ley 14/1986 de 25 de abril— constituye el marco legal sobre la sanidad en el nuevo contexto constitucional, sobre el derecho a la protección de la salud y a la percepción de atención de salud, y por los cambios administrativos derivados del desarrollo autonómico español.

La ley contempla numerosos aspectos, como las actuaciones de las Administraciones Públicas de Salud, la financiación de la asistencia de salud, incluidas la financiación selectiva de los medicamentos y la ordenación de las prestaciones del sistema nacional de salud. El Catálogo de Prestaciones de salud es un desarrollo de la Ley General de Sanidad —concretamente de sus artículos 9 y 10—. Este catálogo constituye el primer intento de abordar el ejercicio de ordenación a partir de criterios de eficiencia, como instrumento para valorar nuevas tecnologías, junto con criterios de seguridad, eficacia y control del gasto público. La ordenación de las prestaciones es algo genérica, dado que no se especifican las características temporales o geográficas en que puede ejercerse el derecho a recibir la atención de salud. En la práctica, la combinación de los criterios de selección consolida el *statu quo* de los tratamientos que ya se prestaban, en las distintas modalidades asistenciales, y mejora la eficiencia de la asignación de recursos a nuevas tecnologías. Son pocas las tecnologías que se han excluido atendiendo a criterios de eficacia y de eficiencia o incluso de relevancia para el sistema de salud público. Entre estas se encontrarían las relacionadas con el psicoanálisis, la cirugía de cambio de sexo, la cirugía estética salvo enfermedad, las malformaciones congénitas y la balnearioterapia, pero sin indicar si la exclusión era consecuencia de la aplicación de un criterio específico.

A-I.3. Revisión del Informe del Banco Mundial (WDR, 1993) para la definición de conjuntos de prestaciones de salud

En el Informe sobre el Desarrollo Mundial, Inversión en Salud de 1993 (WDR, 1993) el Banco Mundial propuso la definición de *paquetes esenciales* de prestaciones de salud, cuya cobertura deberían garantizar, total o parcialmente, los gobiernos de los países en desarrollo, como iniciativa para maximizar las mejoras de salud a partir de los recursos disponibles. El objetivo aducido en el citado informe es reducir la carga que supone para el sistema de salud una determinada enfermedad, lesión o factor de riesgo, mediante la selección de las intervenciones curativas y preventivas que reducen esta carga de la enfermedad de manera costo-efectiva.

La conveniencia de definir un conjunto o catálogo de servicios de salud emana del aprovechamiento de economías de escala, que requiere su provisión eficiente, las posibilidades de compartir costos de producción, así como las ganancias en salud derivadas de una asignación eficiente de los recursos. En este sentido, el paquete esencial de servicios de salud no es una simple lista de intervenciones, sino que, además, es un medio para orientar la demanda y obtener mejoras en la calidad de los servicios.

Diseño y aplicación del conjunto de prestaciones				
Catálogo de España (1995)				
Decisor	Objetivos	Criterios de selección	Población beneficiaria	Contenido
<p>El Gobierno español define un nuevo marco legal sobre el derecho a la protección de la salud y a la percepción de la asistencia sanitaria. La regulación de la financiación selectiva de medicamentos —Ley 25/1990— y la ordenación en 1995 de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. —Catálogo de Prestaciones Sanitarias— constituyen los desarrollos fundamentales de esa ley.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Control del Gasto público ◆ Valoración de nuevas tecnologías susceptibles de financiación pública de acuerdo a criterios de eficacia y eficiencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ La ordenación del Catálogo combina criterios de mantenimiento de la asistencia de las prestaciones con la exclusión de algunos tecnologías en función de criterios: <ul style="list-style-type: none"> ◆ Que no exista suficiente evidencia empírica sobre su seguridad y eficacia. ◆ Que no esté suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida y eliminación o disminución del dolor. 	<p>Población General. Cobertura Universal.</p>	<p>El Catálogo de prestaciones sanitarias es una ordenación general de prestaciones que mantiene las vigentes hasta ese momento y excluye aquellas no eficaces y no relevantes para el sistema sanitario público.</p>
Financiación	Costo	Implementación	Revisión periódica	Prestaciones excluidas
<p>Recursos públicos. La financiación de la asistencia se realiza con cargo a las prestaciones por la prestación de determinados servicios y está garantizada con cargo a transferencias estatales para aquellos colectivos no incluidos en el régimen de Seguridad Social y sin recursos económicos.</p>	<p>No considerado</p>	<p>El Catálogo de prestaciones supone en la práctica una ordenación amplia o abierta en la medida en que la racionalización de las prestaciones públicas se limita a la exclusión de algunas de éstas, de acuerdo a criterios no especificados.</p>	<p>No considerada</p>	<p>Psicoanálisis e hipnosis, fertilización in Vitro, balnearioterapia, odontología, cirugía estética, cirugía de cambio de sexo, los cosméticos, dietéticos, aguas minerales, elixires buco dentales, dentífricos, artículos de confitería medicamentosa y jabones medicinales, especialidades farmacéuticas calificadas como publicitarias, las autorizadas como suplementos alimenticios, los anabolizantes, las de finalidad terapéutica higiénica o para síndromes dermatológicos y las destinadas a sintomas menores (citadas explícitamente en un anexo del R.D.).</p>

Por otra parte, la definición explícita de un paquete de servicios permite a los gobiernos acotar el intervalo entre lo público y lo privado en salud, centrando su atención en sus responsabilidades y capacidades. Los respectivos gobiernos, a través de sus sistemas de salud, deben garantizar el acceso (real) de la población a las prestaciones incluidas en el paquete esencial, ya sea con financiación pública o mediante distintas formas de participación privada. Las prestaciones *no esenciales* deberían financiarse con recursos propios o a través de un seguro obligatorio [Bobadilla, et al., 1994 (b)].

En la propuesta realizada por el Banco Mundial (WDR, 1993) se consideran como prioridad aquellas enfermedades que suponían una mayor carga de la enfermedad según la información obtenida del Disease Control Priorities in Developing Countries, (DCPDC). Las causas de mortalidad por sexo y edad se estimaron para un total de 120 enfermedades o lesiones de 1990 de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades (*International Classification of Diseases*) y la discapacidad se estimó a partir de la revisión de 100 enfermedades (Murray, 1994). Para evaluar el tiempo vivido con discapacidad, se utilizaron estimaciones de incidencia, prevalencia, duración y gravedad de la discapacidad. En aquellas regiones donde se carecía de esta información, se extrapolaron los datos de otras regiones.

La carga de la enfermedad se expresó en años de vida saludable (AVISA)²⁷ perdidos y el costo-efectividad de las intervenciones, en costo por AVISA ganados.²⁸ Cuanto mayor es la carga de la enfermedad y menor la razón costo-efectividad de la intervención, tanto mayores son las posibilidades de que ésta se incluya como prioridad.²⁹ El objetivo era determinar el costo per cápita de la provisión de cada una de las prestaciones con independencia de la restricción presupuestaria.

Para el cálculo de los AVISA, el número de años de vida perdidos se obtuvo suponiendo una esperanza de vida de 82,5 años para las mujeres (según estimaciones de la esperanza de vida en Japón) y 80 años para los hombres, sobrestimando, en el caso de los países en desarrollo, los años de vida perdidos. El valor de los años de vida perdidos se calculó asignando distintos pesos a los años de vida restantes (hasta los 80 y 82,5 años). Los años vividos con discapacidad según causas, edad y sexo se estimaron, por parte de un grupo de expertos, para ocho regiones. La discapacidad se clasificó en seis clases diferentes, y a cada clase se asignaron distintos pesos según la gravedad. El número de AVAD se calculó multiplicando la duración esperada de la discapacidad por los pesos asignados según la gravedad. Por último, el número de AVAD se descontó, teniendo en cuenta la preferencia temporal, (los individuos deseamos obtener las ganancias en salud cuanto antes) a una tasa anual del 3%.

²⁷ Años de vida saludable (AVISA) perdidos.

²⁸ Sólo se incluyeron aquellas prestaciones que suponían un coste inferior a 100\$ por DALY ganado.

²⁹ Cuando se afirma que algo es más costo-efectivo puede producirse una cierta ambigüedad, pues no queda claro si se quiere expresar que tienen un coste mayor o menor por unidad de efectividad. En este texto se sigue la opción de interpretar "más costo-efectivo" como "menos eficiente", es decir, con una razón coste efectividad (RCE) más alta.

Este método para calcular el número de años de vida perdidos impone preferencias que no han sido refrendadas por la sociedad, puesto que las ponderaciones por edad, la escala de discapacidad y la tasa de descuento, reflejan las opiniones de un reducido grupo de investigadores y profesionales internacionales. La asignación de pesos en función de la edad ha sido polémica incluso en el contexto de la teoría del capital humano.³⁰ A su vez, las ponderaciones de discapacidad pasan por alto el estigma que significa en diferentes sociedades algunas discapacidades permanentes (infertilidad, sida, psicosis). Estas son sólo algunas de las cuestiones controvertidas inherentes a la definición del AVAD, al margen de los ajustes que pueden introducirse, fácilmente, en su cálculo [Paalman et al., 1998; Morow, Bryant, 1995; Ugalde, Jackson, 1995; Murray, 1994; Bobadilla, et al., 1994 (a)].

En opinión de Laurell y López Arellano (1996), las recomendaciones del Banco Mundial adolecen de un pragmatismo neoliberal cuya racionalidad económica ignora la esencia misma del bien salud. Los autores añaden: «Un problema con la propuesta de paquetes esenciales es la dimensión ética, dado que la salud ya no es considerada un derecho humano esencial y los cuidados de salud son vistos como un bien privado más que como un derecho inalienable» (Laurell, López Arellano, 1996). Este es sólo un ejemplo de las críticas vertidas contra todo ejercicio de racionamiento de los recursos (Blanco, Rivera, 1994; Doyal, Williams, 1991). A lo largo del documento, los autores dan muestras de conocer tanto los instrumentos económicos utilizados para establecer prioridades en salud como el imperativo de aplicarlos, pero incurrir en contradicciones valorativas claras. La definición del paquete de servicios esenciales de salud que hace el Banco Mundial no carece de una concepción del bienestar social sino que, de acuerdo con lo señalado por los propios autores, la intervención pública se orienta a la corrección de los fallos del mercado (bienes públicos, externalidades, información asimétrica, etc.) y a la búsqueda de mayor equidad, entendida por el Banco Mundial como la garantía de acceso universal a los servicios esenciales de salud, lo que constituye en sí mismo una proposición normativa y como tal un juicio de valor con el cual se podrá o no estar de acuerdo, pero no ignorar.

Para los países de renta baja el costo del paquete mínimo se estimó en US\$ 12 (US\$ 15,19 en dólares de 1999) por persona y año, que aumentan hasta los US\$ 22 (US\$ 27,84 en dólares de 1999) en el caso de los países de renta media. El contenido del paquete se define para lograr el máximo resultado en salud al mínimo costo, independientemente de quién lo cubra.

Obviamente, la disposición de recursos públicos condicionará la capacidad de los sistemas de salud para garantizar la provisión de la totalidad del contenido del paquete mínimo a la totalidad de la población o los gobiernos podrán discriminar conforme a la condición de bien público de determinados servicios, a la existencia de efectos externos o en función del reconocimiento expreso de responsabilidades con grupos poblacionales concretos (los pobres en el caso del WDR, 1993). La pobreza, como la condición de bien tutelar o de

³⁰ De acuerdo a los pesos utilizados en el WDR no se valora igual la discapacidad en un anciano que en un joven. Según la metodología AVAC, da lo mismo que una persona de 20 años gane 4 AVAC a que los gane una de 70 años. En general, en el análisis coste efectividad únicamente importa el número total de AVAC ganados.

externalidad, es un criterio relevante para determinar quienes serán los beneficiarios del paquete mínimo, no su contenido.

La información disponible para elaborar el Informe no era completa, ni en algunos casos homogénea, y los supuestos adoptados simplificaron la realidad de las necesidades de salud. Sin embargo, gran parte de las restricciones, aparentemente insuperables, pueden paliarse mediante análisis de sensibilidad para los distintos supuestos y modificaciones relativamente menores en el cálculo de los AVAD. Respecto a las carencias de información relativas al estado de salud, éstas son consustanciales a la escasez de los recursos disponibles.

La verdadera carencia del informe es la escasa atención que presta al contexto político en el que tendrán que aplicarse cualquiera de los métodos desarrollados para establecer prioridades. No obstante, esta insuficiencia fue determinante en la implantación del conjunto de prestaciones en Oregón (1989) y frustrante en el caso de la propuesta de Funsalud (1994) en México.

En definitiva, aunque es cierto que en el diseño, contenido y financiación del paquete esencial de servicios de salud el Banco Mundial explicita los criterios de selección de las prestaciones, no lo es menos que, implícitamente, se renuncia a otros objetivos. Establecer prioridades y seleccionar criterios requiere siempre la ardua tarea de combinar objetivos de equidad, universalidad, ganancias en salud y elección de indicadores. Finalmente, la definición de un paquete de prestaciones esenciales no es inmutable, sino que de los resultados de su implantación dependerán las matizaciones futuras.

El informe del Banco Mundial, (WDR 1993) resulta de especial relevancia para los países de América Latina donde se han iniciado o se están planteando llevar a cabo reformas, de mayor o menor envergadura, de sus sistemas de salud, al menos como primera evidencia teórica de las cuestiones que han de tenerse en cuenta.

A-I.4. Iniciativas de definición de conjuntos de prestaciones en América Latina y el Caribe

A-I.4.1. El Plan Garantizado de Prestaciones de Salud en Chile

La reforma del sistema de salud en Chile durante la década de los noventa se diseña en torno a tres objetivos fundamentales: la recuperación del subsistema público de salud (1990-1994), la modernización de éste (1994-2000) y la reforma de la seguridad social de salud a partir del año 2000. La reforma de la seguridad social en salud se centra en la introducción de un plan garantizado de beneficios de salud pública y prestaciones en el marco de un seguro universal de salud (Ministerio de Salud, 1994).

En la concepción de esta reforma, constituyen importantes preocupaciones para el gobierno chileno reducir las desigualdades en el acceso y la elevada heterogeneidad en la definición de los planes de salud, así como las diferencias en la calidad de la atención y aumentar la eficiencia del gasto en salud. Estos objetivos se materializan en la intervención

estatal para mejorar el contenido y calidad de los planes de salud públicos, evitar el abuso en su utilización, y garantizar que las distintas instituciones privadas de salud previsual oferten un conjunto de prestaciones en condiciones homogéneas de calidad y cobertura. Estas prestaciones, que cualquiera de las ISAPRES deberían ofrecer a sus afiliados, constituirían el conjunto que puede incluirse en el *Plan Garantizado* —a sea a través del subsistema público o del privado— *de Prestaciones de Salud*.

Sin embargo, entre los objetivos considerados recientemente por el propio Ministerio de Salud como prioritarios para la gestión ministerial durante el año 1999, no se encuentra la definición y explicitación del Plan Garantizado de Prestaciones de Salud (Ministerio de Salud, 1999). Esta se pospone a pesar de lo señalado por el propio ministerio: «La atención de la salud, medida en términos de accesibilidad, oportunidad, calidad técnica (efectividad) y humana, satisfacción de los usuarios, así como en el costo-efectividad de los diferentes subsistemas de atención, continúa mostrando desigualdades a pesar de los grandes avances logrados» (Ministerio de Salud, 1998).

A-I.4.2. El Paquete Básico de Servicios de Salud Mexicano

El Programa para la Reforma del Sector Salud 1995-2000 es el instrumento mediante el cual el Gobierno de la República se propone alcanzar los principales objetivos que en materia de salud se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Entre éstos, el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC, 1995) se definió como «un programa específico para la provisión de un paquete de servicios básicos de salud a 10 millones de personas sin acceso regular a dichos servicios en particular, 8 millones de personas localizadas en las zonas más pobres y poco pobladas de 18 Estados» (OCDE, 1998).³¹

El PBSS (Paquete Básico de Servicios de Salud) incluye el conjunto de intervenciones de salud que debía otorgarse a toda la población en respuesta a necesidades prioritarias (factores de riesgo, lesiones y enfermedades). El Consejo Nacional de Salud consideró como prioridades en salud las causas de muerte, enfermedad o discapacidad más importantes en México y explicitó la lista de intervenciones que integran el PBSS sobre la base de dos criterios: que se trate de intervenciones, ya sean preventivas o terapéuticas, efectivas y de bajo costo. Este paquete, incluye 12 servicios básicos de salud, seleccionados por su relación costo-efectividad en salud y dirigidos a grupos de extrema pobreza que previamente tenían poco o ningún acceso a servicios de salud.

Aunque originalmente el PBSS se concibió para la población marginada, en la actualidad supone un esfuerzo importante por lograr la cobertura universal de estos servicios básicos de salud. El acceso real a los mismos dependerá de la capacidad financiera del sistema,³² la

³¹ El programa de ampliación de la cobertura (PAC) se financió con fondos de un préstamo del Banco Mundial (1996) destinado al sector social, cuyo monto para 5 años de ejercicio asciende a 330 millones de dólares, de los cuales en el primer año se ha ejecutado el 97% del presupuesto autorizado (61,7 millones de dólares) (OPS, 1997).

³² Teniendo en cuenta la reforma financiera del IMSS sus ingresos provendrán principalmente de la recaudación total del impuesto sobre el trabajo y los ingresos fiscales del gobierno.

evolución epidemiológica de la población y las decisiones políticas que se tomen. En 1996, casi 4 millones de personas fueron cubiertas por el PAC. En septiembre de 1997 el número de beneficiarios aumentó a 6 millones, y se espera que casi 8 millones de personas tengan cobertura en el año 2000 (Informe del Gobierno de México, 1997). La población meta restante, localizada en las zonas más densamente pobladas, (Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca) estará cubierta a través de la descentralización de los servicios públicos de salud.

El paquete de servicios básicos de salud, se financia por medio de transferencias federales a los distintos estados (a los Organismos Públicos de Descentralización, OPD), quienes son responsables de su implantación. Para el seguimiento y evaluación del Paquete Básico de Servicios de Salud se definen indicadores generales, indicadores de estructura, operativos —porcentaje de unidades de primer nivel con equipo clínico básico completo, porcentaje de unidades de primer nivel con plantilla de personal completa, porcentaje de personal de salud extramuros con equipo clínico básico completo, porcentaje de desabastecimiento de insumos del Cuadro Básico de Insumos del PBSS en centros de salud—, y de impacto —porcentaje de comunidades de menos de 500 habitantes con acceso a más intervenciones del PBSS y porcentaje de comunidades de menos de 500 habitantes con acceso a todas las intervenciones del PBSS— para cada una de las 12 intervenciones (Oficina de la Presidencia de la República, México 1996).

A-I.4.3. El Plan Obligatorio de Salud en Colombia

La Constitución de 1991 y su desarrollo a través de dos leyes fundamentales (ley 60 de octubre de 1993 y ley 100 de diciembre del mismo año) declara la salud como un derecho de todos los ciudadanos, delega en la Seguridad Social la garantía estatal de un servicio público efectivo, universal y solidario, descentraliza gradualmente la gestión y la prestación de los servicios de salud, consolida la inmersión del sector privado en la oferta de servicios de salud, y declara gratuitos y obligatorios los servicios básicos de salud. El objetivo fundamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es garantizar la cobertura, antes del año 2001, a los beneficiarios de los regímenes contributivo y subsidiado así como a la *población vinculada*³³ mediante la redistribución solidaria del ingreso.

El Plan Obligatorio de Salud (POS) garantiza la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las enfermedades, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan. La financiación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud procede de los subsidios estatales y de las contribuciones de los beneficiarios. Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud son actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de acuerdo con la estructura demográfica y epidemiológica de la población, la tecnología disponible y la capacidad financiera del sistema (Ley 100 de 1993).

³³ Población incluida en el Sistema mediante subsidio a la oferta, transitoriamente, mientras se define su incorporación definitiva a los regímenes subsidiado o contributivo.

Diseño y aplicación del conjunto de prestaciones				
Paquete Básico de Servicios de Salud de México (PBSS)				
Decisor	Objetivos	Criterios de selección	Población beneficiaria	Contenido
El PAC se materializó en la explicitación, por parte del gobierno de México, en 1996, del Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS) definido como el mínimo de intervenciones de salud que debe otorgarse a toda la población. <i>Oficina de la Presidencia de la República, México 1996.</i>	Explicitar el conjunto de intervenciones de salud — intervenciones clínicas, de salud pública y de promoción de la salud— garantizadas a toda la población en respuesta a necesidades prioritarias (factores de riesgo, lesiones y enfermedades).	<ul style="list-style-type: none"> Que el padecimiento constituya una prioridad de salud, es decir, que sea una causa importante de muerte, enfermedad o discapacidad. Intervenciones de salud, preventivas o terapéuticas, factibles de instrumentar, efectivas y de bajo costo. <i>Consejo Nacional de Salud, México 1996.</i> 	Originalmente población marginada situada en zonas pobres y poco pobladas sin acceso regular a los servicios de salud. El objetivo en la actualidad es lograr cobertura universal de los servicios básicos de salud.	<ul style="list-style-type: none"> Desinfección de agua domiciliaria Disposición sanitaria de excretas en el ámbito domiciliario Educación para la salud Identificación de la población en riesgo Distribución de métodos: orales, inyectables y condones Referencia para la aplicación de DLU, salpingosclasis y vasectomía Educación para la salud Identificación de susceptibles Derivación de susceptibles Administración de vacunas Educación para la salud
			Imunizaciones	
			Atención prenatal del parto y del puerperio	<ul style="list-style-type: none"> Identificación de embarazadas Consulta prenatal de primera vez y subsecuentes Aplicación de toxoide tetánico Promoción de la lactancia materna Identificación y referencia del embarazo de alto riesgo Atención del parto eutócico Detección y referencia del parto de alto riesgo Cuidados inmediatos del recién nacido Detección y referencia del recién nacido con problemas Aplicación de SABIN y BCG al recién nacido Administración de hierro a embarazadas Educación para la salud
			Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil	<ul style="list-style-type: none"> Identificación de menores de 5 años Capacitación de madres Referencia Orientación nutricional Seguimiento Detección Administración de micronutrientes Diagnóstico
Financiación	Costo y revisión periódica	Implementación	Nivel de asistencia	
Transferencias federales a los Organismos Públicos de Descentralización, responsables de la implementación del PBSS. El PAC se financió con fondos de un préstamo del Banco Mundial destinado al sector social, cuyo monto para cinco años de ejercicio asciende a 330 millones de dólares, (OPS, 1997).	No considerados	Para la puesta en marcha del PBS. Se escogieron 380 municipios, 11 estados, de muy alta marginación en donde el 30% de los individuos no tienen acceso regular a servicios de salud. Para el primer año se distinguen dos etapas: una de implantación y otra de operación, instrumentando progresivamente las intervenciones en las localidades. <i>Oficina de la Presidencia de la República, México 1996.</i>	A través de Servicios Públicos de Salud proporcionados por la Secretaría de Salud (SSA) y/o el IMSS.	

Paquete Básico de Servicios de Salud de México (PBSS) (continuación)

Contenido	
Manejo de casos de diarrea en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Capacitación de madres ◆ Reconocimiento de signos de alarma ◆ Distribución de sobres VSO ◆ Referencia para tratamiento
Tratamientos antiparasitarios a las familias	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Administración de antiparasitarios ◆ Educación para la salud
Manejo de infecciones respiratorias agudas	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Reconocimiento de signos de alarma ◆ Capacitación de madres ◆ Tratamiento específico ◆ Referencia para tratamiento
Prevención y control de tuberculosis pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Referencia de tosedores crónicos ◆ Tratamientos supervisados de casos confirmados y de contactos ◆ Educación para la salud
Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Otorgamiento de primeros auxilios ◆ Referencia ◆ Educación para la salud
Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Formación de comités locales de salud ◆ Protección de fuentes de abastecimiento ◆ Eliminación sanitaria de la basura ◆ Promoción de la producción y aprovechamiento de alimentos para autoconsumo ◆ Control de fauna nociva

El Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) está diseñado fundamentalmente para responder a las necesidades de la población más pobre y vulnerable y sus grupos familiares (Art. 213, Ley 100/93). El POS-S contiene acciones individuales, familiares y colectivas de las cuales seis corresponden al Plan Básico y una, a las enfermedades de alto costo objeto de reaseguramiento. Las prestaciones contempladas en el POS-S son responsabilidad de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS). La Ley 60/1993 establece como principales fuentes de financiación del Régimen Subsidiado, la participación de los Municipios en los ingresos corrientes de la Nación (15%) y la aportación fiscal de los Departamentos, entre otras.

Las acciones incluidas en el PAB, como complemento de las acciones previstas en el plan Obligatorio de Salud, son de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y competen básicamente a los municipios. Además, el PAB incorpora intervenciones dirigidas a la colectividad o a los individuos, siempre que existan efectos externos (Art. 165, Ley 100, 1993).³⁴ El PAB es un plan territorial de carácter gratuito y obligatorio de responsabilidad estatal, y los recursos para financiarlo proceden de la recaudación fiscal del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales.

A-I.4.4. El Seguro Básico de Salud Boliviano

Dentro del proceso de Reforma del Sector Salud, el Gobierno Nacional desarrolla distintas iniciativas para afrontar los principales problemas de salud de la población, priorizar el gasto público y conducir a una más eficiente, efectiva y sostenible prestación de servicios de salud. Por añadidura, las bajas coberturas del subsistema público y la seguridad social y las disparidades en el acceso y utilización de los servicios de salud impulsan esta reforma a través de la definición de un Plan Estratégico de Salud (PES) 1997-2002.

El objetivo del PES es consolidar el acceso universal al Sistema Boliviano de Salud a través de la atención prioritaria a la medicina familiar y comunitaria, el escudo epidemiológico, los programas prioritarios de salud, la carrera de salud y, el seguro básico de salud.

Dado que el acceso de la población a los servicios de salud está limitado, principalmente, por barreras económicas, geográficas y por deficiencias en la calidad y diferencias en la atención, el gobierno reconoce como prioridad garantizar a la población boliviana el acceso permanente a un conjunto de prestaciones esenciales de salud, para reducir el impacto de las principales causas de enfermedad o muerte en el país.

³⁴ En 1996, los 32 departamentos y los 4 distritos habían iniciado acciones del PAB y 10 departamentos estaban adelantando procesos de asistencia técnica a los municipios para la elaboración del PAB municipal. Igualmente, se desarrollaron instrumentos y se incorporaron mecanismos para la vigilancia y seguimiento en la implementación de los PAB municipales. Como un componente esencial del PAB se han realizado esfuerzos para mejorar la vigilancia y control oportuno de epidemias en el país, se amplió el sistema alerta acción de la red de vigilancia epidemiológica, y actualmente se cuenta con un total de 1.200 unidades notificadoras de IPS públicas y privadas funcionando en todo el país, (OPS, 1999).

Diseño y aplicación del conjunto de prestaciones

Plan Obligatorio de Salud de Colombia				
Decisor	Objetivos	Criterios de selección	Población beneficiaria	Contenido (Decreto 1938 de 1994. Diario Oficial No. 41.478)
El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) diseña la reforma del sector salud colombiano sobre principios de universalidad, solidaridad, —a través de un Plan Obligatorio de Salud— y consolidación de los servicios de salud pública, mediante un Plan de Atención Básica de Salud.	El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del fin de 2001. El Ministerio de Salud define un Plan de Atención Básica que complementa las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El PAB es un plan territorial de carácter gratuito y obligatorio de responsabilidad estatal.	El POS incluye las intervenciones clínicas y de salud públicas más costo-efectivas. El PAB está constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos, (Art. 165, Ley 100 de 1993).	Población general. Cobertura universal.	Las actividades de vacunación contenidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (P.A.I.) Actividades de prevención, diagnóstico precoz y control de enfermedades relacionadas con el riesgo originado en el proceso productivo, tales como: ♦ cáncer de cervix ♦ las relacionadas con la morbilidad materna y perinatal. Información y educación masiva para el control del consumo de tabaco ♦ Alcohol y sustancias psicoactivas. (Sobre los derechos y deberes del usuario en el sistema de seguridad social en salud. Sobre sus servicios, los riesgos para la salud presentes en el medio o derivados de su conducta, los factores protectores, como promover y estimular la participación social en el manejo y solución de sus problemas de salud y, cómo llevar una vida saludable)
Financiación	Costo	Implementación	Revisión periódica	Actividades de prevención, detección precoz, control y vigilancia epidemiológica de enfermedades sujetas a control estricto, como: ♦ El SIDA y otras de transmisión sexual, tuberculosis, lepra, cólera, Malaria, fiebre amarilla y dengue. ♦ Las inmunoprevenibles contenidas en el P.A.I., rabia y otras zoonosis y en general todas aquellas enfermedades que a juicio del Ministerio de Salud puedan convertirse en un riesgo para la salud pública. Control de Vectores Actividades para la prevención y el control de los accidentes, violencia y desastres Afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del régimen contributivo; serán responsables de la E.P.S. y se financiarán con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación, acciones individuales de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica, tales como: ♦ SIDA, enfermedades transmisión sexual ♦ tuberculosis, lepra, cólera. ♦ enfermedades tropicales como la malaria, leishmaniasis y dengue.

Diseño y aplicación del conjunto de prestaciones				
Seguro Básico de Salud de Bolivia				
Decisor	Objetivos	Criterios de selección	Población beneficiaria	Contenido
El Plan Estratégico de Salud constituye la principal iniciativa del Gobierno boliviano, en el marco de la Reforma del Sector Salud, para afrontar los problemas de salud de la población, priorizar el gasto y conducir a una más eficiente, efectiva y sostenible prestación de los servicios de salud.	El seguro básico de salud busca el acceso universal y está destinado a otorgar prestaciones esenciales de salud con calidad y adecuación cultural. El acceso al seguro básico de salud es un derecho garantizado por el estado y es gratuito para los usuarios y las usuarias. Están protegidos por el seguro básico de salud, todos los habitantes del país, dentro del límite de las prestaciones establecidas. (Decreto Supremo N° 25265. Presidencia de la República de Bolivia).	Prestaciones de salud de alto impacto y bajo costo. Estas prestaciones tienen carácter promocional, preventivo, curativo y están orientadas a reducir el impacto de las principales causas de enfermedad o muerte en el país, a un costo sostenible. (Ministerio de Salud y Previsión Social).	Población General. El acceso al SBS es un derecho garantizado por el Estado, gratuito y universal.	<p>Prestaciones en beneficio de la niñez. Todos los niños y niñas menores de cinco años tienen derecho a la atención de salud promocional, preventiva y curativa en las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Atención del recién nacido ◆ Promoción de la nutrición y desarrollo infantil ◆ Atención de enfermedades infecciosas que incluyen enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas, sepsis y meningitis ◆ Prevención de enfermedades mediante la vacunación <p>Prestaciones en beneficio de la mujer. Todas las mujeres tienen derecho a la atención de salud preventiva, promocional y curativa en las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Control prenatal ◆ Atención del parto y del recién nacido ◆ Control posparto ◆ Prevención y atención de las complicaciones del embarazo ◆ Transporte de emergencias obstétricas ◆ Información, educación y comunicación sobre parto institucional <p>Prestaciones en beneficio de la población en general. Toda la población del país tiene derecho a la atención de salud promocional, preventiva y curativa en las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis ◆ Diagnóstico y tratamiento de la malaria ◆ Diagnóstico y tratamiento del cólera ◆ Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, exceptuando el tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ◆ Consejería y servicios de planificación familiar, respetando la libre decisión de las personas
Financiación	Costo	Implementación	Revisión periódica	Nivel de asistencia
El SBS se financia con los Fondos Compensatorios de Salud (recursos municipales), los recursos del Tesoro General de la Nación, Recursos de la cooperación bilateral y multilateral.	No considerado	El SBS es efectivo en Bolivia desde el 1 de Marzo de 1999. (Decreto Supremo N°25265. Presidencia de la República de la República de Bolivia.	No considerada	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Consultas externas: diagnóstico y seguimiento ◆ Asistencia hospitalaria ◆ Suministro de medicamentos

En este sentido, el Seguro Básico de Salud (SBS) garantiza el acceso universal a un conjunto de prestaciones esenciales de salud, de alto impacto y bajo costo, ofertadas por los centros públicos, cajas de salud, organismos no gubernamentales, iglesia y otros. Estas prestaciones tienen carácter promocional, preventivo, curativo y están orientadas a reducir la mortalidad en la niñez y la mortalidad materna. El Acceso al Seguro Básico de Salud es un derecho garantizado por el Estado y es gratuito para los usuarios en conformidad con criterios de universalidad, equidad y solidaridad. La vigencia operativa del Seguro Básico de Salud es efectiva desde el 1 de marzo de 1999 (Presidencia de la República. Decreto Supremo No. 25265).³⁵

El Plan estratégico de salud se implanta por medio de:

- 1) un modelo económico financiero para el mantener el nuevo Sistema Boliviano de Salud con los recursos propios y los obtenidos gracias a la cooperación internacional,
- 2) un modelo de gestión, administración y jurisdicción territorial con múltiples prestadores de servicios, y
- 3) un modelo de atención de la salud (Bolivia, Ministerio de Salud y Previsión Social, 1999).

³⁵ Entendemos que estas prestaciones esenciales de alto impacto y bajo costo forman parte de las iniciativas emprendidas por el Gobierno de la República «... conducentes a una más eficiente, efectiva y sostenible prestación de los servicios de salud...». Si bien, no se hace mención expresa, a lo largo del citado decreto, al criterio de efectividad de tales prestaciones.

ANEXO II.

INICIATIVAS DE DEFINICIÓN DE PRIORIDADES Y CONJUNTOS DE PRESTACIONES

A-II. I. La experiencia de Oregón

Uno de los ejercicios de priorización más comentados de los realizados en los últimos años se llevó a cabo en el estado de Oregón, en los Estados Unidos de América, a principios de los años noventa. En 1989, los legisladores del estado de Oregón aprobaron la *Oregon Basic Health Services Act* (Decreto sobre Servicios de salud Básicos), que tenía como objetivo extender el programa Medicaid, de financiación pública de los servicios de salud a personas con recursos insuficientes (en este caso, aquellas personas que estaban por debajo de la línea de pobreza). Hasta aquel momento, y debido a la limitación del presupuesto, sólo eran beneficiarios de Medicaid las personas con ingresos inferiores al 50% del nivel de pobreza. Con esta decisión se reconoció que para que el programa pudiera cubrir a más personas, se tendría que reducir el número de servicios proporcionados a todos los beneficiarios del mismo.

Para decidir qué servicios de salud se incluirían en el conjunto de prestaciones, se creó una lista de pares de *condición* o estado de necesidad de salud/tratamiento ordenados según su razón costo-efectividad. Un estado de necesidad de salud podía aparecer emparejado con varios tratamientos distintos. Así, por ejemplo, la rotura de menisco puede tratarse mediante cirugía artroscópica o por medio de la intervención quirúrgica tradicional. Siguiendo este procedimiento, en el primer año se creó una lista de 1.692 *pares condición/tratamiento*³⁶ (par CT).

Para cada par CT se realizó un análisis costo-efectividad (ACE). El *costo* utilizado en este algoritmo debería haber sido el costo neto del tratamiento (es decir, la diferencia entre

³⁶ Indicación: relación existente entre una tecnología de salud y los estados de necesidad. Una tecnología de salud puede tener varias indicaciones. Tratamiento: conjunto de servicios de salud dirigidos a curar una enfermedad. Los tratamientos se establecen dependiendo de las enfermedades y otras características de los pacientes, y precisan del empleo de tecnologías de salud.

el costo de proveer un tratamiento y el costo de no proveerlo), pero esto resultaba demasiado difícil y, al final, los costos incluidos fueron simplemente los *precios* de los tratamientos o servicios, obtenidos desde el *Oregon Medical Assistance Program's Medicaid Management Information System*. Por ejemplo, el costo de una visita médica se estimó en \$US 98,51, un precio que cubría cualquier tipo de visita. Así pues, los costos incorporados al final no incluyeron los costos evitados por el tratamiento, no se midieron desde la perspectiva de la sociedad ni del sistema Medicaid, no fueron costos marginales, ni incorporaron la tasa de descuento temporal del dinero. La efectividad se definió como un índice con dos dimensiones: la calidad y la cantidad de vida ganada con el tratamiento. La calidad de vida se calculó según el producto de la probabilidad de estar en un estado de salud, después de 5 años, por el valor social o utilidad de la calidad de vida asociada con ese estado de salud. Las estimaciones de la duración y de la probabilidad de estar en ese estado de salud después de 5 años se obtuvieron a partir de las opiniones formuladas por un panel de médicos. Los valores sociales de utilidad de la calidad de vida se obtuvieron mediante una entrevista telefónica con unos mil habitantes del estado de Oregón, utilizando los estados de salud de la escala de calidad de vida *Quality of Well Being Scale*. Esta escala está compuesta por tres dimensiones relacionadas con el funcionamiento (movilidad, actividad física, actividad social), y 23 síntomas calificados del 1 (sano) al 0 (muerte) (entre estos dos puntos se encuentran los distintos estados de salud).³⁷

Una vez calculada la razón costo-efectividad para cada par CT, se ordenaron de mayor a menor costo por año de vida ajustado por calidad. La idea era asignar los recursos a los pares CT de mejor relación costo-efectividad hasta que se agotasen, y así asegurar el uso más eficiente de los recursos disponibles. Es decir, se produciría la máxima cantidad de salud al menor costo. Los servicios proporcionados a los beneficiarios de Medicaid, en un año determinado, podrían variar dependiendo de los recursos disponibles en ese año.

Sin embargo, el procedimiento seguido produjo unos resultados controvertidos, que se contraponían con las valoraciones intuitivas de la mayoría de las personas; por ejemplo, el tratamiento de un dolor de cabeza agudo consiguió un ranking más alto (mayor razón costo por efecto) que el tratamiento del sida o el de la fibrosis quística. Al observar estos resultados, algunos expertos concluyeron que el análisis costo-efectividad había *fallado* como método para priorizar intervenciones en salud.

³⁷ Por ejemplo, una persona con una apendicitis aguda tiene una probabilidad (según los datos de Oregón) del 99% de morir y del 1% de volver a estar sano si no recibe tratamiento. Por tanto, la calidad de vida sin intervención sería $0,99 \times 0 + 0,01 \times 1 = 0,01$, esto es, la probabilidad de morir (0,99) por el valor del estado muerte (0) más la probabilidad de sanar (0,01) por valor del estado sano (1). Si recibe tratamiento, tiene una probabilidad de morir del 1%, del 1% de tener uno de los 23 síntomas (dolor y debilidad en la espalda y en las articulaciones), que tiene un valor de 0,747, del 1% de tener otro de los 23 síntomas en la escala (dolores de estómago, vómitos o diarrea), que tiene un valor de 0,63, y del 97% de estar sano. Por tanto, la calidad de vida con tratamiento es de $0,01 \times 0 + 0,01 \times 0,747 + 0,01 \times 0,63 + 0,97 \times 1 = 0,98377$. La ganancia en calidad de vida derivada de la intervención es de $0,98377 - 0,01 = 0,97377$. Esta cifra se multiplica por el número de años especificados (que en el caso de Oregón se había establecido en 5 años) para obtener el número de Años de Vida Ajustados por la Calidad (AVAC).

Una cuestión importante que no se ha analizado a fondo es en qué medida la falta de aceptación de los resultados se debió a las características intrínsecas del análisis costo-efectividad o bien a la forma concreta como se aplicó en este caso. Varios puntos sugieren que esta segunda posibilidad es muy verosímil. Alguna de las razones por las cuales el procedimiento seguido produjo unos resultados que no fueron aceptables (es decir, concordantes con una valoración global subjetiva de prioridades) pueden haber sido las siguientes:

- ♦ La utilización de los *precios* en lugar de los costos netos. Si se hubieran utilizado los costos evitados por el tratamiento, se habrían medido desde la perspectiva de la sociedad o del sistema Medicaid, si hubieran sido costos marginales, y si se hubiera incorporado la tasa de descuento temporal del dinero, la lista final probablemente habría sido muy diferente de la versión que se obtuvo empleando costos simples (aunque tampoco se habría ajustado exactamente con las expectativas de las personas no expertas).
- ♦ La utilización de un horizonte temporal de 5 años para los beneficios. Este supuesto analítico es totalmente arbitrario y discrimina lógicamente los tratamientos con beneficios a más largo plazo.³⁸
- ♦ La utilización en la evaluación de la calidad de vida de la escala *Quality of Well Being Scale*. Esta medida de la calidad de vida relacionada con la salud, que puede producir puntuaciones bajas de la calidad de vida cuando se comparan con puntuaciones obtenidas utilizando otras técnicas de obtención de preferencias.³⁹
- ♦ Otro problema fue que se agregaron múltiples afecciones (o estados de necesidad de salud) y tratamientos en los pares de afección/tratamiento, cuando en realidad cada par puede tener su propio algoritmo de costo-efectividad.
- ♦ Finalmente, no se tuvo en cuenta la posibilidad de diferencias en la razón costo-efectividad entre diferentes tipos de pacientes, aún cuando se sabe que este cociente varía según las características del paciente. La inclusión de tipos de pacientes en los pares mencionados probablemente habría producido resultados más precisos.

Las diferencias en los métodos utilizados para calcular la razón costo-efectividad de diferentes tratamientos se demostraron claramente en el estudio publicado por Tengs en 1996. En dicho estudio se mostró que había muy poca o bastante poca correlación entre la razón costo-efectividad de diferentes tratamientos estimados en todas las listas producidas desde 1990 hasta 1993, y esas razones calculadas a partir de una revisión exhaustiva de la bibliografía realizada por Tengs (1996) y sus colaboradores.

³⁸ Dos tratamientos pueden tener tasas de supervivencia idénticas después de 5 años, pero curvas de supervivencia muy distintas. Además, el uso de un límite de 5 años para medir estados de salud supone una indiferencia entre una supervivencia de 6 años y una supervivencia de 20 años, una supuesta indiferencia que seguramente no refleja las preferencias de la sociedad.

³⁹ La escala de bienestar *Quality of Well Being Scale* produce utilidades bajas porque no incorpora la idea de un intercambio (por ejemplo, en el sentido de ganancia de calidad a cambio de cantidad de vida o viceversa) o *trade-off*. Otras medidas alternativas tales como el Juego Estándar o la Equivalencia Temporal, plantean la disyuntiva de una ganancia de bienestar a cambio de cierto riesgo de empeoramiento en el estado de salud o tener un mejor estado de salud durante menos tiempo.

Ante el rechazo de los resultados se optó por cambiar el procedimiento de priorización hacia formas de ordenación más participativas pero con criterios menos explícitos. En principio, parece predecible que la priorización según un método tal como la evaluación económica o cualquier otro, aplicada por expertos, basada en una búsqueda sistemática de información sobre efectividad y costos divergirá, muy probablemente, de la que haría un grupo de individuos por medio de un sistema de debate y votación. Otra cuestión es cuál de los dos métodos se considera más apropiado para la toma de decisiones colectivas. Asimismo, habría que analizar cuál es la forma concreta más apropiada de aplicar cualquiera de los dos métodos.

A-II.2. Experiencias en el contexto de los países de la OCDE: Suecia, Nueva Zelanda, el Informe Dunning en Holanda y España

A-II.2.1. Establecimiento de prioridades en Holanda: El Informe Dunning

En Agosto de 1990, el Secretario de Estado de asuntos de Bienestar, Salud y Cultura de Holanda puso en marcha la Comisión Alternativas para la Asistencia De salud (*Choices in Health Care*) presidida por el Dr. AJ Dunning. Las tareas encargadas a la Comisión eran las de estudiar y hacer recomendaciones sobre cómo poner límites a las nuevas tecnologías y afrontar los problemas originados por la escasez de asistencia, su racionamiento y la necesidad de seleccionar los pacientes objeto de asistencia.

El informe reconoce la tensión entre necesidades y recursos de salud y la posibilidad de que los ajustes para lograr el equilibrio generen ineficiencias y desigualdades, es decir, que los grupos más débiles resulten los más perjudicados. Para amortiguar las presiones sobre el sistema identifica tres posibilidades:

- ◆ disponer más dinero para la asistencia de salud,
- ◆ ser más eficientes, y
- ◆ llevar a cabo elecciones explícitas sobre asistencia.

Dichas posibilidades no son mutuamente excluyentes. En cualquier caso, se afirma que las dos primeras son limitadas y no evitan tener que abordar la tercera, que es precisamente la que se desarrolla en el informe.

El informe plantea el problema de la priorización en un contexto concreto de reforma que, siguiendo las directrices propuestas por la Comisión Dekker, en 1987, prevé, entre otros aspectos, el establecimiento de un conjunto de prestaciones de servicios que han de ser objeto de aseguramiento universal obligatorio y solidario, la introducción de mercados internos y, consiguientemente, de relaciones contractuales entre aseguradores y asegurados, así como una tendencia hacia una mayor responsabilidad individual en el cuidado y manteni-

miento de la salud. La priorización se contempla como un instrumento de delimitación de los servicios que pueden incluirse en el paquete básico. De hecho, el Gobierno había definido el paquete básico con criterios muy laxos, que llegaba a incluir cerca del 95% de la asistencia que se estaba prestando anteriormente. La Comisión Dunning recomienda en este punto adoptar criterios más restrictivos, pues considera que los que se estaban prestando no son estrictamente necesarios o esenciales según los criterios que desarrolla en su informe.

Según la Comisión, los servicios incluidos en el paquete básico deben satisfacer cuatro criterios, que caracterizan que la asistencia debe ser:

- ◆ necesaria, desde la perspectiva de la comunidad,
- ◆ efectiva, lo que implica que dicha efectividad esté confirmada y documentada,
- ◆ eficiente, tal como se mide, por ejemplo, en estudios de costo-efectividad, y
- ◆ no abandonada a la responsabilidad individual.

En cuanto al primer punto, la Comisión propone tres grupos de servicios por orden de necesidad. El primero, el más necesario, lo constituyen los servicios que pueden beneficiar a todos los miembros de la sociedad y que garantizan un funcionamiento normal como miembro de ésta o, simplemente, protegen la existencia (residencias asistidas, asistencia a disminuidos mentales, etc.). El segundo grupo también afecta a toda la población, y se orienta a mantener o restablecer la capacidad para participar en las actividades sociales (servicios de urgencia, asistencia a prematuros) o a prevenir deterioros graves de la salud a largo plazo (tratamiento del cáncer, asistencia a niños y recién nacidos, vacunaciones, etc.). El tercer grupo de servicios considera la necesidad de los servicios en función de la gravedad de la enfermedad y del número de pacientes que pueden sufrirla.

La Comisión no aborda el tema de la elaboración de un paquete básico a partir de la aplicación de los criterios que propone; simplemente analiza cinco servicios con propósitos ilustrativos: la fecundación *in vitro*, las medicinas homeopáticas, la asistencia odontológica para adultos, las lesiones deportivas y las residencias para ancianos.

Aunque el informe está bien elaborado y los criterios de priorización propuestos son posiblemente razonables para muchas personas, es prácticamente seguro que su aplicación a la definición sistemática de un paquete básico daría lugar a tantas interpretaciones divergentes y controversias, como las que se dieron en el experimento de Oregón o en otros casos similares. El concepto de necesidad, que desempeña un papel esencial en su esquema de priorización, es especialmente vago y ambiguo de cara a una aplicación práctica. Otro tanto puede decirse del criterio de posibilidad de que un servicio sea dejado a la responsabilidad individual, es decir, de que no sea merecedor de solidaridad social. Tras un interesante debate sobre las razones que justificarían la falta de solidaridad, el informe concluye que ésta sólo estaría justificada en el caso de servicios absolutamente inefectivos o que tuviesen una razón costo-efectividad muy desfavorable, lo que remite este criterio (el cuarto) a los criterios dos y tres: efectividad y eficiencia. En los cinco ejemplos analizados la disyuntiva de solidaridad frente a responsabilidad individual parece que es interpretada por la Comisión como capacidad individual para soportar la carga financiera o las barreras monetarias.

El informe aborda también varios temas estrechamente ligados con el establecimiento de prioridades en servicios y la definición de un paquete básico, como el tema de las listas de espera, el desarrollo, evaluación y control de las innovaciones tecnológicas y su utilización apropiada.

Existe una estrecha relación entre paquete básico y lista de espera. Por una parte, a igualdad de recursos y otras condiciones, cuanto más amplio sea el paquete básico tanto más probable es que se produzcan listas de espera y de mayor magnitud. Por otra parte, la gestión de las listas de espera es otro de los campos en que, según la Comisión, deberían aplicarse también criterios de prioridad explícitos. La innovación tecnológica es posiblemente el factor inmediato que ha generado la conveniencia de definir un paquete básico, máxime porque las innovaciones tecnológicas suelen ser relativamente costosas; incluso cuando sustituyen a una tecnología antigua, el efecto neto suele ser un incremento del gasto. Además, los beneficios adicionales sobre la salud no son siempre evidentes. Las distintas formas de evaluación de la eficacia, efectividad y eficiencia de las tecnologías constituyen, según la Comisión, elementos esenciales para priorizar de forma racional. Centrar la priorización de servicios en las nuevas tecnologías tiene una justificación política evidente: es mucho más viable impedir la difusión de una nueva tecnología ineficiente o no incorporarla en la financiación pública, que excluirla o erradicarla cuando ya se ha difundido. Sin embargo, desde un punto de vista técnico, buena parte del potencial de mejora de la eficiencia radica en cambios en la utilización, bien sea aumento o disminución de tecnologías ya establecidas.

Finalmente, la utilización apropiada de servicios se refiere al nivel médico (o profesional de salud)—usuario. Aunque las grandes decisiones de asignación de recursos se toman a nivel centralizado, su aplicación depende de lo que se decide en el nivel micro, es decir, en la práctica asistencial con el paciente. Esto implica que para racionalizar y mejorar la eficiencia de los servicios de salud, medidas genéricas tales como el establecimiento de un paquete básico no son suficientes. Por ejemplo, es posible hacer un uso inapropiado de un servicio incluido en el paquete básico de manera que resulte un verdadero despilfarro. La utilización apropiada de servicios es un elemento, o tal vez un complemento, esencial de las medidas de priorización.

A-II.2.2. La experiencia de Nueva Zelanda

En 1991 el gobierno de Nueva Zelanda puso en marcha distintas iniciativas con objeto de transformar su sistema de salud. Entre éstas, en este documento se destaca la explicitación de un conjunto básico de prestaciones de salud, financiadas con recursos públicos, a las que todos los ciudadanos tendrían acceso.

En Nueva Zelanda, cuatro autoridades regionales de salud (RHA) gestionan la prestación de servicios de salud, ya sea a través de los diferentes proveedores estatales, denominados *Crown Health Enterprises* (CHE), o mediante los distintos proveedores privados, que realizan sus contratos directamente con las RHA en abierta competencia con los anteriores. Para garantizar una competencia eficiente entre los proveedores, públicos y privados, es preciso, en opinión del gobierno, definir un conjunto estándar, homogéneo, de servicios básicos de salud, reduciendo las diferencias en la prestación de tales servicios y la posibilidad

de seleccionar riesgos. Por otra parte, es igualmente deseable poner a disposición de los consumidores, la información suficiente para formular sus expectativas respecto a qué servicios pueden esperar que sean financiados con recursos públicos y las condiciones mínimas exigibles a los privados. Además, la restricción presupuestaria gubernamental y la cada vez más escasa inversión en atención hospitalaria imponen el reconocimiento de las limitaciones financieras gubernamentales y requieren racionar el conjunto de prestaciones garantizadas con recursos públicos a las más costo-efectivas.

En este sentido, el Gobierno propuso en 1991 la creación de un comité (*Core Services Committee*), hoy denominado *National Health Committee*, encargado de definir el paquete de servicios básicos de salud a los que todo ciudadano debería tener acceso en condiciones equitativas y tiempos de espera razonables (Minister of Health, Wellington, 1992).

La definición de este paquete básico de servicios de salud tiene los siguientes objetivos fundamentales:

- ◆ Explicitar qué servicios van a prestar los distintos proveedores y para quién. De este modo, los ciudadanos tienen garantizado el acceso a las prestaciones incluidas en el paquete e información suficiente para decidir si adquieren o no un seguro de salud complementario.
- ◆ Obtener ganancias en eficiencia en la asignación de los recursos mediante la provisión de los servicios más costo-efectivos.
- ◆ Mejorar la equidad en el acceso, especialmente la referida a diferencias geográficas.
- ◆ Limitar el gasto público en salud, dada la incapacidad financiera por parte del Gobierno de garantizar todos los servicios de salud.
- ◆ Reflejar preferencias sociales. El Gobierno desea incluir una perspectiva social en el establecimiento de prioridades al considerar las preferencias de los ciudadanos en la asignación de los recursos públicos.

De acuerdo con estos objetivos, el *National Health Committee* (NHC, 1993), integrado, entre otros, por profesionales de salud, académicos y representantes de los intereses de los consumidores, recoge sus recomendaciones en un documento-guía para la definición de prioridades. Dicho Comité considera insuficiente establecer una lista positiva de prestaciones de salud, y por ello recomienda que se tengan en cuenta, para su selección, aspectos como el costo, la efectividad, la justicia y si las prestaciones disponibles se corresponden o no con las preferencias (valores) sociales.

Para la evaluación de la efectividad, se organizaron conferencias en las cuales expertos de distintas áreas y profesionales de salud aportaron sus experiencias y opiniones sobre la efectividad de los servicios, especificando las circunstancias concretas en las que un tratamiento es efectivo. Las conclusiones de estas conferencias se cotejaron con la evidencia internacional disponible sobre la efectividad de las prestaciones. Las recomendaciones finales se trasladaron al Ministerio de Salud con objeto de detallar aquellos servicios susceptibles de inclusión en el paquete básico, y para elaborar distintas guías para la especificación y negociación con los proveedores. Además, las recomendaciones del Comité incluyeron información para los ciudadanos respecto a qué podían esperar de los servicios de salud evaluados. Entre sus consejos se consideraron asimismo las ganancias en eficiencia (aprovechamiento de

economías de escala) derivadas de la provisión de determinados servicios, no sólo en el ámbito nacional sino también en el regional. A fin de reducir las desigualdades sociales, y tras poner de manifiesto las diferencias significativas en el acceso a determinados servicios, el Comité entendió que era responsabilidad de las RHA analizar y solventar las razones de estas diferencias en el acceso. Para solucionar los problemas de listas de espera, la propuesta fue atender en primer lugar a aquellos pacientes que obtengan mayores ganancias en salud.

El NHC incluyó entre sus recomendaciones incidir sobre la calidad más que en la cantidad de vida como medida de la salud, priorizar los servicios básicos de salud sobre aquellos que incorporan un alto componente tecnológico, y anteponer los servicios de atención general sobre los de atención especializada.

Cada año, el Gobierno reconsidera las propuestas y recomendaciones del *National Health Committee*, que, una vez supervisadas por la *Public Health Commission*, el Ministerio de Salud y otras agencias, incorpora en forma de guía en la definición de su política de salud. Los proveedores utilizan estas guías para elaborar sus planes de salud, que posteriormente constituyen la base de las negociaciones, sobre el contenido y condiciones de los mismos, entre el Ministerio de Salud y cada una de las RHA y el Ministerio y la *Public Health Commission*, respectivamente.

La primera de estas guías de política de salud que elaboró el Ministerio de Salud en 1993/94 incorporaba ya las recomendaciones realizadas por el NHC para definir prioridades. Sin embargo, su contenido era bastante general, de modo que las Autoridades Regionales de Salud continuaron prestando el mismo tipo y número de servicios que habían hecho el año anterior. Las directrices de política de salud definidas para el año 1994/95 fueron mucho más precisas. El Ministerio de Salud requería que las Autoridades Regionales de Salud hicieran especial hincapié en la provisión de las prestaciones propias de la infancia, la atención a las demandas de salud de la población maorí, la salud mental y la calidad medioambiental (esta última definida como prioridad por la *Public Health Comisión*). Además, se especificaron, tras agruparlas en ocho categorías principales, la lista ordenada de servicios de salud, las condiciones de acceso (definidas como disponibilidad de prestaciones, distancia geográfica y tiempos de espera), la cobertura (en el caso de los servicios de atención primaria), la seguridad y la calidad de las mismas. Por último, el Gobierno expuso, como principios exigibles a los proveedores, la calidad, efectividad, eficiencia, seguridad y distribución de riesgos en la prestación de servicios de salud, todos ellos recomendados por el NHC.

A-II.2.3. La experiencia de Suecia

En Suecia, la *Swedish Parliamentary Priorities Commission* decidió no adoptar un enfoque del tipo Oregón, sino definir distintos principios éticos que podrían servir como una guía en el proceso de priorización. Los miembros de la Comisión eran expertos de muchos campos diferentes y siguieron un proceso amplio y dilatado para cumplir su cometido de debatir el papel de los servicios de salud dentro de la sociedad de bienestar y de destacar algunos principios éticos básicos que debían servir como pautas en el proceso de priorización. El trabajo de la Comisión se dividió en dos fases. Desde Junio de 1992 hasta Noviembre de

1993, la Comisión concentró sus esfuerzos en recabar opiniones mediante cuestionarios y en los debates con expertos y representantes de diferentes organizaciones y autoridades. Además, se realizaron ejercicios de priorización en otros países. El resultado de esta fase se plasmó en un informe titulado *No Easy Choices* (Elecciones difíciles), que en noviembre de 1993 se distribuyó para su crítica y evaluación. Los resultados de este proceso, junto con los resultados de diversas reuniones regionales con políticos, profesionales de la salud y representantes del público, concluyeron en la elaboración del informe final de la Comisión.

Los principios éticos que la Comisión escogió para ser utilizados como pautas en el proceso de priorización fueron los siguientes:

- ♦ El primero y más importante fue el principio de la dignidad humana, que otorga a todos los seres humanos la misma dignidad y derechos, a pesar de sus características individuales y sus funciones en la comunidad.
- ♦ El segundo principio se refiere a la necesidad y a la solidaridad y, en el campo de los servicios de salud, implica que los recursos se deben dirigir primero allí donde hay más necesidad, y que hay que prestar especial atención a esos individuos o grupos que no pueden ejercer sus derechos o que no son conscientes de su dignidad.
- ♦ El último es el principio del costo-efectividad, que plantea una obligación moral de buscar una relación razonable entre el costo y la efectividad (según dicho principio, la efectividad se mide como mejora en la salud o de la calidad de vida).

La Comisión sopesó otros principios éticos. Entre ellos destacó el principio del beneficio, o sea que la elección debe basarse en el criterio de proporcionar el máximo beneficio al máximo número de individuos. La Comisión rechazó este argumento por creer que entraba en conflicto con los principios de la dignidad humana y con los de la necesidad y solidaridad. También concluyeron que los beneficios de los servicios de salud debían dividirse entre los miembros de la sociedad según los beneficios fuesen destinados a individuos y a colectivos. Otro principio rechazado fue el principio de la lotería, que proporciona los recursos disponibles según el criterio de atención por orden de llegada, primer servido (*first come, first served*); este criterio se rechazó, esencialmente porque entraba en conflicto con los principios de la necesidad y la solidaridad. A este respecto es interesante destacar que algunos estudios han mostrado que este criterio goza, no obstante, de amplia aceptación en ciertos grupos de población. Finalmente, se consideró el principio de la demanda, que propone que los recursos deben ser dirigidos al área de más demanda de servicios de salud; este criterio no se rechazó totalmente, pero se concluyó que se debe tratar con cuidado para que los individuos que no puedan hacer demandas con facilidad, por ejemplo los individuos con problemas mentales, no fuesen olvidados, y para que los individuos o grupos con más voz no fueran compensados en exceso.

La aplicación de estos principios condujo a la elaboración de las siguientes pautas:

- a) una necesidad mayor tiene preferencia sobre una necesidad menor;
- b) las necesidades relacionadas con la calidad de vida tienen tanta importancia como las necesidades relacionadas con la salud (medida en años de supervivencia);

- c) la idea de una prioridad mayor se refiere a cualquier aspecto del tratamiento, tal como el diagnóstico, el cuidado de enfermería, la prevención, etc.;
- d) se debe aprovechar cada oportunidad para fomentar, instruir y apoyar el autocuidado;
- e) los que no puedan reclamar sus derechos, por ejemplo, los niños o los pacientes con problemas mentales, deben tener una consideración especial;
- f) los tratamientos e intervenciones que no aporten ningún beneficio no se deberían utilizar y, por tanto, deben excluirse del proceso de priorización, y, por último,
- g) deben garantizarse los recursos para los servicios de salud regulados por una legislación especial.

Para ayudar en el proceso de priorización, la Comisión clasificó los diferentes tipos de cuidados en salud y los ordenó según la prioridad, como se muestra a continuación:

<i>Prioridad</i>	<i>Contenido del cuidado</i>
I) El cuidado de enfermedades agudas que ponen en peligro la vida y que si no se tratan conducirán a incapacidad permanente o a la muerte prematura.	El tratamiento de enfermedades crónicas graves. Los cuidados paliativos de pacientes El cuidado de personas con autonomía restringida.
II) Prevención con un beneficio documentado.	Rehabilitación
III) El cuidado de enfermedades agudas y crónicas menos graves.	
IV) Casos límite (<i>borderline cases</i>).	
V) El cuidado por razones distintas a enfermedad o lesión.	

Según la Comisión, la cobertura de salud debería ser mayor en los grupos de mayor necesidad que en los grupos de menor necesidad. Si no hay suficientes recursos para todos los grupos, es más importante asegurar la provisión de un cuidado de alta calidad en los grupos con mayor prioridad.

El informe prácticamente no aborda los métodos empleados en la priorización; sólo se limita a proponer grandes principios.

A-II.2.4. Experiencias en España

En esta sección se van a enumerar las actuaciones más representativas, con carácter estatal, llevadas a cabo durante los últimos años, en el contexto de la definición y delimitación de las prestaciones de salud.

A-II.2.4.1. La ley general de sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril)

Esta ley, que se había venido fraguando durante varios años, constituyó un importante paso en la adaptación del marco legal sobre la sanidad en el nuevo contexto constitucional, sobre el derecho a la protección de la salud y a la percepción de atención de salud, y por los cambios administrativos derivados del desarrollo autonómico. La Ley contempla numerosos aspectos, pero dentro de este análisis se va a recoger una muestra de los más relevantes para los conceptos de definición y delimitación de las prestaciones.

Artículo 6.3. «Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas a: 1) la promoción de la salud; 2) promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación de salud de la población; 3) garantizar que cuantas acciones de salud se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas; 4) garantizar la asistencia de salud en todos los casos de pérdida de la salud; y 2) promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.»

Mediante dicho artículo se garantiza la asistencia de salud pública no sólo para todos los casos de pérdida de salud, sino que también se incluyen otras acciones encaminadas a promover la salud, la educación de la salud, la prevención y la rehabilitación y reinserción. Según este texto, ningún concepto quedaría excluido de la prestación de salud pública. Este artículo, en sus apartados 1-3, incorpora implícitamente los conceptos más característicos de bien público y que más valoran los aspectos de equidad. En el texto no se hace referencia alguna al gasto público necesario ni se menciona el concepto de eficiencia.

Artículo 9. «Los poderes públicos deberán informar a los usuarios de los servicios del Sistema sanitario público o vinculados a él, de sus derechos y deberes.»

Además, incluye una nota a pie de página que es interesante resaltar: «la información correcta sobre los diferentes productos o servicios y la educación y divulgación para facilitar el conocimiento sobre su adecuado uso, consumo o disfrute es un derecho básico de los consumidores y usuarios.» (Según el Art. 2.1 d de la Ley 26/1984 de 19 de Julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios.)

Artículo 10. «Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas de salud: (apartado 2) A la información sobre los servicios de salud a que puede acceder, y sobre los requisitos necesarios para su uso.» (Existe una nota a pie de página en la que se cita el artículo 9.)

En estos artículos (6.3, 9 y 10) se explicita la necesidad de detallar los derechos de los usuarios, esto es, se recomienda elaborar un documento a tal fin. Por lo tanto, en ellos se respalda la elaboración del catálogo de prestaciones de salud. Los conceptos de equidad quedan patentes en los citados textos, ya que se refieren a todos los usuarios, y el de control del gasto público no se tiene especialmente en cuenta.

Artículo 18. «Las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y los Órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones: 1) la atención primaria de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad; 2) la asistencia sanitaria especializada, que incluye la asistencia domiciliaria, la hospitalización y la rehabilitación; 3) la prestación de los productos terapéuticos precisos; 4) la promoción y mejora de la salud mental; y 5) la protección, promoción y mejora de la salud laboral.»

Este es un artículo muy amplio que detalla numerosos campos objeto de la atención de salud e incluye los aspectos de sanidad medioambiental y de abastecimiento y eliminación de aguas. De nuevo, es un artículo donde se orientan las esferas de actuación que años después aparecerán incluidas en el catálogo. Los aspectos de seguridad jurídica comienzan a materializarse en este artículo, que ya explicita los ámbitos de actuación en materia de salud.

Artículo 79. «La financiación de la asistencia prestada se realizará con cargo a: c) Tasas por la prestación de determinados servicios.»

Artículo 80. «El Gobierno regulará el sistema de financiación de la cobertura de la asistencia sanitaria del sistema de la Seguridad Social para las personas no incluidas en la misma que, de tratarse de personas sin recursos económicos, será en todo caso con cargo a transferencias estatales.»

Estos dos artículos desarrollan el aspecto relativo a la financiación de los servicios. Mientras que el 79 abre la puerta en su apartado (c) a la introducción de tasas, el 80 contempla el acceso a las prestaciones del sistema de Seguridad Social de los que no estén incluidos en la misma (por ejemplo, por no pertenecer a uno de los colectivos que han de cotizar según la normativa de la Seguridad Social) y afirma que, si no tienen recursos (lo cual puede ser el caso si no mantienen una relación laboral), dispondrían de una vía para que accedieran a las prestaciones de salud en régimen de igualdad con los otros colectivos incluidos en la Seguridad Social. En otras palabras, abre la puerta a los copagos y deducibles y, por otra parte, propugna la igualdad de acceso para quienes carecerían de derecho a las prestaciones. Estos artículos desarrollan, además, los aspectos de seguridad jurídica relacionados con la financiación y prevén una posibilidad para el control del gasto público mediante los copagos.

A-II.2.4.2. Real Decreto 22 de enero de 1993, número 83/1993, de financiación selectiva de medicamento

Esta regulación constituye un desarrollo de la Ley 25/1990 del medicamento de 20 de diciembre. En el artículo 94 de dicha Ley se establecen los criterios generales que han de determinar si los medicamentos se incluyen o se excluyen de la prestación farmacéutica de la Seguridad Social. En él se indica que podrán no financiarse, con los fondos de la Seguridad Social o con los estatales afectos a la sanidad, aquellos medicamentos cuyas indicaciones sean sintomatológicas o para síndromes menores, y se abre la posibilidad de exclusiones

totales o parciales, determinadas por el Gobierno, de grupos, subgrupos, categorías o clases de medicamentos cuya financiación pública no se justifique o no se estime necesaria.⁴⁰

Esta nueva normativa cumple el requisito de garantizar la seguridad jurídica. Sin embargo, habida cuenta de que no restringe la financiación basándose en la eficacia de los medicamentos, sino de su importancia para la salud o para el sistema de salud de las enfermedades que con ellos pueden tratarse, deja abierto un espacio para la inequidad. Esto es, si los medicamentos que se dejan de financiar fuesen poco eficaces, el principio de equidad no se vería menoscabado, pero en caso contrario se estaría privando a una parte de la sociedad de su empleo o, lo que es lo mismo, se estaría estableciendo un impuesto sobre su consumo.

El texto legal también regula las exclusiones individualizadas que podrán tener lugar en el momento de autorización y registro de una especialidad. Para ello se habrán de tener en cuenta la gravedad, duración y secuelas de las enfermedades, las necesidades de ciertos colectivos, la utilidad terapéutica y social del medicamento, la limitación del gasto público destinado a prestación farmacéutica, y la existencia de medicamentos ya disponibles y otras alternativas mejores o iguales para las mismas afecciones a menor precio o a menor costo de tratamiento. Por otra parte, se indica que las especialidades farmacéuticas ya incluidas en la prestación farmacéutica de la Seguridad Social podrán ser excluidas atendiendo a los criterios indicados.

Como puede apreciarse, este texto define las tecnologías, las especialidades farmacéuticas, y establece los criterios de delimitación de la financiación pública. Concretamente, estos criterios son los correspondientes a los que antes se ha hecho referencia: relevancia para el sistema de salud de la enfermedad, riesgo vital de la ausencia de tratamiento, consecuencias para la salud pública, equidad y eficiencia. Curiosamente, el criterio de la eficacia no se contempla, ya que la posible exclusión no se justifica tanto por la calidad del producto sino por lo que vendría a ser, un conjunto de consideraciones que hacen operativo el concepto de bien meritorio, definido en la sección II.1.2 de este documento.

El Real Decreto surge al amparo de la Ley del Medicamento (artículo 94, principalmente); sin embargo, su finalidad en aquel momento —y como tal se presentó a los medios de comunicación— fue la de contribuir a controlar el gasto farmacéutico. Esto es, mediante la aplicación de un criterio delimitador se persiguió reducir el volumen de servicios de salud y, en consecuencia, reducir el valor final de la factura. En este caso, el efecto de esta regulación ha sido muy controvertido, pues la elasticidad cruzada positiva⁴¹ ha hecho que aumente el consumo de otros bienes sustitutivos, más o menos directos, de las especialidades no financiadas públicamente o cuyo precio sube drásticamente para el paciente.

⁴⁰ En esa primera fase quedaron excluidos de la financiación pública los cosméticos, dietéticos, aguas minerales, elixires buco dentales, dentífricos, artículos de confitería medicamentosa y jabones medicinales. Además, quedaron excluidas las especialidades farmacéuticas calificadas como publicitarias, las autorizadas como suplementos alimenticios, los anabolizantes, las de finalidad terapéutica higiénica o para síndromes dermatológicos y las destinadas a síntomas menores (citadas explícitamente en un anexo del Real Decreto).

⁴¹ El cambio en la cantidad demandada de un bien ante variaciones en el precio de otro bien.

Aunque son pocos los estudios realizados a este respecto, los resultados de los trabajos de Torralba y cols. (1996), Marino, Marqués, Velasco (1996) y Murillo, Sáez y Zara (1997), sugieren que hubo cierto ahorro, tanto en las prescripciones como en el costo, pero menor al esperado. Los autores atribuyen el reducido impacto del Real Decreto al efecto de sustitución, es decir, al desvío de prescripciones de los medicamentos excluidos hacia otros que continuaban siendo financiados, y al efecto de adaptación de la industria farmacéutica, que sustituyó muchas especialidades multicomponentes por otras con un solo principio activo, pero de precio medio mayor. Por otro lado, muchas especialidades farmacéuticas excluidas de la financiación presentaban un consumo nulo, bajo o en declive, debido, es de suponer, a su bajo valor terapéutico o por la existencia de alternativas que habían superado su perfil terapéutico (eficacia y seguridad). En cualquier caso, las estimaciones se han realizado mediante métodos indirectos, consistentes en hacer una extrapolación estadística de las tendencias del consumo y del gasto en una hipotética ausencia de exclusión y comparar las estimaciones resultantes con el consumo y gasto reales. Por otra parte, estos trabajos están limitados en su horizonte temporal a un año después de la exclusión. Es muy posible que a más largo plazo el médico encuentre otras opciones terapéuticas aceptables y el efecto sustitución aumente, reduciendo con ello el posible ahorro para el presupuesto público. Hasta el presente, no se ha podido identificar ningún trabajo que evalúe los posibles efectos sobre la calidad de la prescripción, los efectos sobre la salud y sobre la equidad de estas medidas.

A-II.2.4.3. Real Decreto del 20 de enero de 1995, número 63/1995, de asistencia sanitaria de la seguridad social. Ordenación de prestaciones sanitarias del sistema nacional de salud⁴²

Este documento constituye el llamado catálogo de prestaciones, en el cual se define y delimita la asistencia de salud. El catálogo de prestaciones es un desarrollo de la Ley General de Sanidad, concretamente de sus artículos 9 y 10. Puesto que en el artículo 18 de esta Ley se citan las actuaciones que se desarrollarán en los Servicios de Salud (descritas más arriba, al analizar la Ley), el catálogo se ha redactado como una continuación de esas actuaciones. De esta suerte, las modalidades o funciones de los servicios de salud, como la atención primaria y especializada, las prestaciones complementarias y los servicios de información sirven de cauce para enumerar las actuaciones que pueden tener lugar. La prestación farmacéutica se regirá por propias disposiciones, como el Real Decreto antes analizado. En él se enumeran seis exclusiones: una de tipo informativo relacionada con certificados de salud, otra de reconocimientos por petición de terceros ajenos al sistema de salud, la cirugía estética en ciertos casos, los tratamientos en balnearios, la cirugía de cambio de sexo y la hipnosis y el psicoanálisis.

⁴² Sobre este catálogo, tanto en sus aspectos formales o más legales (Beltrán, 1995) como de los referidos a su génesis y proceso de elaboración (Conde, 1995), y a la valoración de las consecuencias (Freire, 1995; Craig, Rovira, 1995), se han escrito varios artículos, cuyo compendio, coordinado por Juan Cabasés, se publicó en el número 46 de 1995 de la revista Gaceta Sanitaria. Por lo tanto, los comentarios que en este estudio van a efectuarse se limitarán a resumir las líneas generales del Real Decreto y a resaltar algún aspecto que no haya sido tratado por los autores señalados.

Al no relacionar las prestaciones con los estados de salud, asunto ciertamente complejo, el catálogo continúa reconociendo unos derechos a recibir la prestación, aunque no estén suficientemente explicitadas las características y condiciones de acceso a las mismas. Es decir, se ha optado por una ordenación generosa o abierta de las prestaciones, así como algo vaga o genérica, porque no se matizan las características temporales o geográficas en que puede ejercerse el derecho a recibir las prestaciones. Tal vez esta ordenación amplia intenta evitar los problemas que se derivarían de restringir la asistencia pública a un conjunto de prestaciones muy restringido y dejar que mediante seguros o pagos complementarios se obtuviesen otros servicios. En este sentido, la propuesta de la Comisión Abril (1991) no tuvo eco en esta norma.

Quizás la aportación más específica, además de constituir la primera vez que se elabora una norma de este calado, sea la de mencionar el criterio de la eficiencia o rentabilidad social como un instrumento de valoración de las nuevas tecnologías, junto con los de seguridad y eficacia. Este criterio conjuga los elementos de control del gasto público, seleccionando para varias opciones la de menor costo, con la de permitir una redistribución de los servicios de salud, al hacerlos más accesibles a la población porque con los mismos recursos asistenciales podrían prestarse más cuidados.

Los aspectos de seguridad jurídica no se hacen operativos mediante este catálogo, toda vez que al no relacionarse los servicios incluidos en las modalidades asistenciales con los estados de necesidad, es muy difícil conocer exactamente los derechos de los pacientes. En esta situación puede no cumplirse una plasmación del principio de la equidad que señala *igual tratamiento por igual motivo*.

En cuanto a la viabilidad, la opción de enfocar su redacción según las modalidades asistenciales e indicar unas breves listas de exclusiones ha facilitado técnicamente el proceso de definición o de enumeración de las prestaciones. Además, la actualización futura será también sencilla si se mantiene la misma forma de definición.

Respecto de los criterios de delimitación, el tema no está del todo claro. En realidad, se ha aplicado una combinación de criterios, lo que ha difuminado parcialmente la finalidad del ejercicio de ordenación y el mensaje que se deseaba transmitir acerca de hacia dónde ha de avanzar la asistencia de salud. Por una parte, se ha empleado el criterio de la consolidación del *statu quo* que respaldaría las vigentes clases de tratamientos que se prestan por las distintas modalidades asistenciales, afirmando, implícitamente, la eficacia de las tecnologías empleadas. Por otra parte, se han excluido unas pocas tecnologías atendiendo a criterios de eficacia y de eficiencia o incluso de relevancia para el sistema de salud público. Entre estas se encontrarían las relacionadas con el psicoanálisis, la cirugía de cambio de sexo, la cirugía estética y la balnearioterapia. Pero todo ello se ha hecho sin indicar si el método de exclusión era la consecuencia de la aplicación de un criterio específico. Se podría haber regulado que el criterio de eficiencia en la valoración de las nuevas tecnologías permitiese evaluar también algunas de las ya existentes y no consolidar *de iure* el *statu quo*. A modo ilustrativo, podrían haberse fijado una serie de pautas que permitiesen seleccionar algunas tecnologías ya empleadas, pero cuya eficiencia fuese dudosa, a fin de que un proceso de evaluación en los

referidos términos de eficacia y seguridad, junto con el de la eficiencia, generase información útil para adoptar una posición sobre su uso.

No obstante, la comprobación de la eficiencia precisa de algunos elementos previos. Tal es el caso de una información sobre la eficacia y la efectividad o la capacidad real de que una tecnología genere unos resultados concretos en un grupo social determinado. Además, se requiere estandarizar las formas de contabilización de los costos y definir el horizonte temporal. De lo contrario, las mediciones de eficiencia pueden ser arbitrarias y dejarían de cumplir el papel asignado.

A-II.3. Iniciativas de definición de conjuntos de prestaciones en América Latina y el Caribe: el Plan Garantizado de Prestaciones de Salud en Chile, el Paquete Básico de Servicios de Salud del Programa de Ampliación de Cobertura de la Secretaría de Salud de México, el Plan Obligatorio de salud en Colombia, y el Seguro Básico de Salud Boliviano

A-II.3.1. El Plan Garantizado de Prestaciones de Salud en Chile

La reforma chilena del sector salud sentó las bases sobre las que se idearon gran parte de las transformaciones estructurales emprendidas posteriormente por los países de América Latina. De manera que ésta se ha considerado como el modelo que han seguido muchos de los países de la Región en los cambios, más o menos sustanciales, introducidos en sus sistemas de salud en las últimas décadas (Infante, 1997; Jiménez de la Jara, Bossert, 1995).

A-II.3.1.1. Contexto económico y social

En 1998, la tasa de crecimiento del PIB⁴³ chileno fue del 3,4% y se registró un importante descenso con respecto al 7,1% del año anterior (Chile, Ministerio de Salud, 1999). En 1997, el gasto público total y el gasto público en salud fue el 21% y 2,5% del PNB,⁴⁴ respectivamente (FONASA, 1999). En 1997, el gasto anual en salud per cápita fue de 200 dólares para los beneficiarios del subsistema público de salud y de 300 dólares per cápita para los beneficiarios del subsistema de seguros privados de salud (Chile, Ministerio de Salud, 1998).

⁴³ PIB; Producto Interior (o Interno) Bruto.

⁴⁴ PNB; Producto Nacional Bruto.

A-II.3.1.2. Estructura del sistema de salud

La reforma del sistema de salud de la década de los ochenta introdujo la posibilidad de optar entre el Sistema Nacional de Servicios de Salud y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) que se constituyeron. La descentralización de la gestión y la atención de la salud fue el segundo pilar sobre el que se asentó dicha reforma. La Constitución de 1980 asegura a todas las personas «... el derecho a la protección de la salud. El estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud...» (Art. 19, No. 9). Posteriormente, la ley 18.469 de noviembre de 1985 regulaba, en su Artículo 1º, el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud, en condiciones de libre e igualitario acceso y libertad de elección, entre el subsistema de salud estatal o privado.

El Sistema Nacional de Servicios de Salud chileno (SNSS) (subsistema público) está integrado por el Ministerio de Salud (MINSAL) y sus organismos dependientes: los Servicios de Salud (SS), el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Instituto de Salud Pública (ISP), la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) y los centros de Atención Primaria de Salud, de administración municipal.

El Ministerio de Salud garantiza el derecho constitucional a la salud mediante la formulación de políticas de salud y supervisión de los organismos integrantes del sistema. Los Servicios de Salud son los encargados del fomento, protección y recuperación de la salud, así como de la prestación de los servicios que realizan de forma descentralizada. El FONASA recauda, administra y distribuye los recursos fiscales y los provenientes de la cotización obligatoria (7% del ingreso imponible, que se destina al seguro público o privado según lo escoja el usuario) y financia las prestaciones reconocidas por el Sistema Nacional de Servicios de Salud a través de contratos con los distintos prestadores privados (dada la posibilidad de elección del afiliado) (Chile, OPS/OMS, 1999).

Los beneficiarios son, además de los afiliados (trabajadores dependientes, independientes y personas que coticen en cualquier régimen legal de previsión y personas que gocen de pensión o subsidio por incapacidad laboral o desempleo) y sus familiares dependientes, las mujeres embarazadas, aún cuando no sean afiliadas ni beneficiarias, los niños hasta los seis años de edad, las personas carentes de recursos o indigentes, y aquellos que gocen de pensiones asistenciales (Art. 5º y 6º, Ley 18.469). Como característica común entre las distintas iniciativas latinoamericanas de definición de conjuntos básicos de prestaciones de salud, cabe destacar que los pobres, por razones obvias, las mujeres y los niños integran los grupos de beneficiarios prioritarios de los sistemas de salud revisados.

Los beneficios del subsistema público, definidos en la citada Ley 18.469, son idénticos para todos los asegurados con independencia de su contribución (porcentaje del ingreso) y del tamaño del grupo familiar beneficiario. La mayoría de las atenciones prestadas en los establecimientos públicos de salud son para los beneficiarios del subsistema público. En 1990, el Gobierno reconoció la baja cobertura en la gratuidad de los medicamentos destinados a los beneficiarios más pobres, principalmente en la atención primaria. Para superar esta situación, definió una política específica de incremento de las asignaciones para medicamentos. El resultado fue que la cobertura de medicamentos totalmente gratuitos, con relación a

los recetados, aumentó entre 1990 y 1998 del 38,6% al 56,3% (MIDEPLAN, CASEN, 1998).

Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) y las instituciones (con y sin fines de lucro) que prestan servicios de salud constituyen el subsistema privado. Las ISAPRES, en su modalidad de aseguradoras *abiertas* (con beneficiarios de cualquier procedencia) o *cerradas* (con afiliados de una misma empresa), administran y proveen servicios de salud de acuerdo con sus propias normas.

Los chilenos pueden elegir tanto el tipo de aseguramiento como el proveedor. El FONASA condiciona la atención al copago de un precio en función del ingreso. De este modo, financia el costo de cumplir con la garantía constitucional de atención a los pobres y redistribuye los recursos. Los afiliados al FONASA que eligieron la Modalidad de Libre Elección pueden optar por un proveedor público o privado, a cambio de un copago en función de su renta. El valor de las prestaciones es la tarifa que aprueban los Ministerios de Salud y Economía, Fomento y Reconstrucción a proposición del FONASA, y la aportación del FONASA es un porcentaje de ese valor. Este porcentaje de financiación, por parte del FONASA, lo fijan los Ministerios de Salud y Hacienda en función del nivel de ingreso del afiliado.⁴⁵ La diferencia entre el valor de la prestación y la aportación del FONASA constituye la contribución del afiliado. La alternativa es la Modalidad de Atención Institucional, en la cual los individuos contribuyen con menores copagos (10 o 20%) dependiendo de sus ingresos. En general, los individuos pertenecientes a los grupos de renta más alta optan por la Modalidad de Libre Elección y eligen, mayoritariamente, un proveedor privado. Un porcentaje reducido de los beneficiarios del FONASA eligen la modalidad de Libre Elección para los servicios hospitalarios (más caros), optando por esta modalidad fundamentalmente para prestaciones ambulatorias (Chile, Superintendencia de Seguros de Salud, 1998).

En definitiva, el subsistema público es de reparto y favorece la solidaridad, en él están los pobres y hacia él migran las personas de alto riesgo en salud. En el subsistema privado se encuentran las personas de mayores ingresos y bajo riesgo. En opinión de Oyarzo y Galleguillos (1995), esta dualidad inhibe la cobertura universal de la población y el uso eficiente de los recursos, dadas las duplicidades que genera la atención pública y privada.

A-II.3.1.3. Cobertura del sistema de salud

Según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, en 1998 alrededor del 62% de la población se declaraba afiliada al subsistema público de salud y un 23,1%, a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). El crecimiento de la afiliación a las ISAPRES se invirtió a partir de 1997, de tal forma que en 1998 la cobertura de dicho subsistema se situaba en los niveles de 1994 (23,1% de la población en el ámbito nacional). Este compor-

⁴⁵ En el caso de los indigentes o de las personas carentes de recursos y los beneficiarios de pensiones asistenciales, así como los afiliados cuyo ingreso mensual no exceda 16.288 dólares, el FONASA cubrirá el valor total de las prestaciones. Para aquellos afiliados cuyo ingreso mensual se encuentre entre 16.288 y 25.450 dólares y para aquellos cuyo ingreso exceda de 25.450\$, el FONASA cubrirá un porcentaje no inferior al 75% ni al 50%, respectivamente, del valor de las prestaciones, (Art. 28 y Art. 29, Ley 18.469).

tamiento revierte en la participación del subsistema público de salud que vuelve a cubrir, en 1998, los mismos niveles que en 1990. En 1999, el 27% de la población era beneficiaria de las instituciones de Salud Previsional (Chile, Ministerio de Salud, 1999).⁴⁶

La relación entre el nivel de ingreso de los hogares y su pertenencia a un subsistema u otro es acorde con las predicciones de la teoría económica. Al contrario de lo que ocurre con el subsistema público, la afiliación a las ISAPRES crece con el nivel de ingresos. La mayoría de los beneficiarios del FONASA pertenecen a los grupos de menor renta —categorías A y B—, integrados por indigentes y aquellos que perciben una remuneración menor de \$50.901. La distribución de la afiliación por tramos de edad evidencia la importancia del subsistema público y la carga que éste soporta debido al tipo de enfermedades (de alto costo y enfermedades crónicas) que padecen los menores de un año y los mayores de sesenta y cinco.⁴⁷ Los adultos entre 25 y 49 años presentan la mayor tasa de adscripción a las ISAPRES. El análisis regional, entre 1990 y 1998, muestra que, mientras en la zona urbana se produce una disminución de la afiliación al subsistema público a favor de un aumento de la afiliación a las ISAPRES, en la zona rural la afiliación permanece sin modificaciones. En las regiones más pobres, las coberturas del subsistema público se mantienen en esta década entorno al 73% (MIDEPLAN, CASEN, 1998).

A-II.3.1.4. Últimas reformas en el sistema de salud

Como parte de la propuesta gubernamental de modernización del Estado, la reforma del sistema de salud de los años noventa se diseña en torno a tres objetivos fundamentales: la recuperación del subsistema público de salud (1990-1994), su modernización (1994-2000), y la reforma de la seguridad social de salud a partir del año 2000. La reforma de la seguridad social en salud se centra en la introducción de un plan garantizado de beneficios de salud pública y prestaciones, en el marco de un seguro universal de salud (Chile, Ministerio de Salud, 1994).

La Superintendencia de las ISAPRES registra y fiscaliza los aspectos jurídicos y financieros de las instituciones de salud previsional y resuelve las controversias entre ellas y los beneficiarios. Desde su creación, se ha producido una progresiva desregulación de las aseguradoras privadas (ISAPRES). Como consecuencia, han proliferado las ofertas de planes de salud entre cuyas condiciones se han incluido cláusulas de exclusión, restricciones de acceso y límites a la cobertura. Esta discrecionalidad ha requerido una revisión y redefinición de dichos planes que garantice un conjunto básico de beneficios de salud, que deberían prestarse en igualdad de condiciones de calidad y cobertura por todas las ISAPRES.

El FONASA no se comporta como un asegurador privado, ya que la prima que cobra no depende del costo esperado y cubre enfermedades preexistentes. Los afiliados de la distintas ISAPRES pueden cambiarse al FONASA y recibir atención en hospitales del SNSS si requie-

⁴⁶ Otras fuentes cuantifican en un 61% la población cubierta por el subsistema público de salud, y en un 28% por las ISAPRES. El 11% restante corresponde a las Fuerzas Armadas y de Orden y a particulares no pertenecientes a ningún seguro de salud previsional (Chile, OPS, 1999).

⁴⁷ El 80% de los mayores de 65 años pertenecen al subsistema público (MIDEPLAN, CASEN, 1998).

ren tratamientos de alto costo, lo que incentiva la compra de planes que cubran menos prestaciones y sean más baratos.⁴⁸ A su vez, el FONASA está obligado a aceptar a cualquier cotizante que tuviera un seguro privado, aumentando así la presión financiera sobre el subsistema público y aumentando las desigualdades entre los beneficiarios de uno y otro sistema. Los individuos de alto riesgo no tienen incentivos para contratar voluntariamente seguros de cobertura amplia, no sólo por falta de previsión, sino por la garantía estatal de atención a quienes sufran enfermedades que implican un desembolso importante, como el cáncer, problemas cardíacos, demencia senil, sida, trasplantes de órganos, etc.

Los trabajadores por cuenta propia no están obligados a cotizar en ningún seguro médico. Si pertenecen al grupo de renta más alto (categoría E) deben pagar el 100% para recibir atención en cualquiera de los centros del SNSS. Pero, dado que existe la posibilidad de cotizar durante un mes, una vez se haya enfermado, declarando un ingreso muy bajo, y por tanto logrando formar parte de las categorías C o D, pueden pagar únicamente el 25% o el 50%, respectivamente, del precio de la atención pública. Esta opción daña claramente la equidad del subsistema público.

Los problemas señalados obligan a mantener una fuerte presión fiscal para financiar el déficit del FONASA —que no siempre grava a quienes perciben mayores ingresos—, introducen ineficiencias en la asignación de recursos, dadas las duplicidades que provoca la convivencia de ambos subsistemas, y reducen notablemente la calidad de la atención a través del SNSS.

Otros de los fallos inherentes al mercado de seguros, presentes también en el caso chileno, son los de selección adversa y las restricciones, más o menos explícitas, impuestas por las aseguradoras privadas. El análisis de la cobertura del seguro previsional del sistema ISAPRE pone de manifiesto la selección de riesgos que practican las instituciones de salud previsional y la forma como los eventos que suponen mayores costos están relativamente menos protegidos, aumentando, de nuevo, el desembolso privado y el gasto público en salud (cuando los beneficiarios de las ISAPRES vuelven al FONASA).⁴⁹ De hecho, gran parte de los subsidios públicos se destinan a cubrir la provisión de prestaciones de alto costo. Esto ocurre de tal forma que la competencia entre las instituciones de salud previsional se centra en el diseño de planes que cubren aquellas prestaciones donde la probabilidad de recibir atención inmediata, en los centros del SNSS, es menor. Además, son pocos los planes que cubren las prestaciones que incrementarían sustancialmente la prima, dado que el beneficiario de la ISAPRE siempre puede recurrir a la atención pública.

⁴⁸ Transcurrido el periodo mínimo de afiliación (un año), los afiliados de las ISAPRES pueden trasladarse al FONASA en cualquier momento.

⁴⁹ Actualmente, las ISAPRES Banmédica, Consalud, Cruz Blanca y Vida Tres ofrecen seguros para las enfermedades más costosas, de gran heterogeneidad en cuanto a cobertura y prestaciones. Vida Tres cubre sólo dos enfermedades y en el caso del infarto de miocardio sólo incluye las prestaciones que se refieren a la operación de corazón. Banmédica cubre cáncer, infarto de miocardio, accidentes cerebrovasculares y trasplante de órganos sin restricciones. Consalud cubre sólo ciertas prestaciones asociadas a una amplia gama de enfermedades. Por último, Cruz Blanca cubre una amplia gama de enfermedades sin restricciones.

Sólo cuando la calidad de las prestaciones o el racionamiento (por medio de colas) difiere notablemente entre el subsistema público y el privado, existe algún incentivo para que los individuos de mayor riesgo compren seguros privados. Este hecho podría explicar el significativo aumento en el número de afiliados en las Instituciones de Salud Previsional, que se produjo en Chile durante la década de los ochenta, cuando la dotación presupuestaria y las inversiones públicas en salud se redujeron drásticamente.

En resumen, la cobertura pública de las prestaciones de alto costo, así como la elevada heterogeneidad en la definición de los planes de salud y la discrecionalidad en el acceso a los mismos, han hecho necesaria la intervención estatal para mejorar el contenido y la calidad de los planes de salud públicos, evitar el abuso en su utilización y garantizar que las distintas instituciones privadas de salud previsional oferten un conjunto de prestaciones en condiciones homogéneas de calidad y cobertura. Estas prestaciones, que cualquiera de las ISAPRES deberían ofrecer a sus afiliados, constituirían el conjunto que puede incluirse en el *Plan Garantizado* (ya sea a través del subsistema público o del privado) de *Prestaciones de Salud*.

La preocupación central del Gobierno chileno a medio plazo es reducir las desigualdades en el acceso y la calidad de la atención y aumentar la eficacia de salud del gasto. Para el subsistema privado, estos dos desafíos suponen una preocupación especial respecto a la cobertura básica aceptable para sus afiliados, y para el subsistema público, seguir mejorando su eficiencia (Chile, Ministerio de Salud, 1998).

Sin embargo, el propio Ministerio de Salud enunció recientemente como objetivos prioritarios de la gestión ministerial para el año 1999 promover acciones tendentes a fortalecer la atención primaria de salud y los servicios de urgencia, mejorar la satisfacción de los usuarios y de su calidad de vida, fortalecer la gestión y el desarrollo de los recursos humanos y los proyectos de Ley estratégicos para el sector salud, cumplir con la agenda social especialmente en lo referido al Adulto Mayor, continuar y consolidar el programa de inversiones *Salud en acción 1990-2000*, promover la eficiencia financiera en la gestión del sector, promover el debate de la reforma del sector salud hacia el próximo siglo, y desarrollar una activa política de comunicación para dar a conocer los avances en materia de salud pública (Chile, Ministerio de Salud, 1999). Entendemos, por tanto, que la definición y explicitación del Plan Garantizado de Prestaciones de Salud se posponen, a pesar de lo señalado por el propio ministerio: «La atención de la salud, medida en términos de accesibilidad, oportunidad, calidad técnica (efectividad) y humana, satisfacción de los usuarios, así como en el costo-efectividad de los diferentes subsistemas de atención, continúa mostrando desigualdades a pesar de los grandes avances logrados» (Chile, Ministerio de Salud, 1998).

A-II.3.2. El Paquete Básico de Servicios de Salud del Programa de Ampliación de Cobertura de la Secretaría de Salud de México

Desde la crisis del peso de 1982, en México se han llevado a cabo profundas reformas estructurales. En su Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, el Gobierno mexicano reconoció la necesidad de emprender una reforma en el sistema de seguridad social, que entró en

vigor a mediados de 1997. Las medidas tomadas en materia de pensiones, seguro médico y creación de empleo, han mejorado significativamente las condiciones de salud de la población mexicana según los indicadores de mortalidad infantil, esperanza de vida e incidencia de muertes prematuras causadas por enfermedades evitables (OCDE, 1998).⁵⁰

A-II.3.2.1. Contexto económico y social

En 1996, el gasto en salud per cápita mexicano era de los más bajos del área de la OCDE, de acuerdo con la posición relativa de su PIB per cápita. En comparación con otros países de América Latina (Argentina, Brasil, Chile o Colombia), el gasto mexicano en salud (tanto el gasto total como el componente público) era el esperado en relación con su PIB y nivel de ingreso per cápita (IADB, 1996). En 1996, el gasto nacional en salud per capita fue de 115 dólares y el gasto total en salud, el 3,3% del PIB (OPS/OMS, 1998).⁵¹ Teniendo en cuenta el gasto total en salud, la población mexicana podría tener acceso a un paquete básico de servicios de salud financiado con recursos públicos y con un costo de 22 dólares por persona (OPS/OMS, Cuentas Nacionales de Salud, 1998).

A pesar de la reforma del sistema de seguridad social, la incidencia significativa de enfermedades infecciosas comunes, la desnutrición y los problemas relacionados con la insuficiente atención a la salud materno-infantil siguen requiriendo del sistema de salud mexicano la capacidad para satisfacer las necesidades crecientes de una población cada vez más urbana, envejecida y demandante de servicios más intensivos en tecnología y, por tanto, más caros. Además, existen en el país grandes diferencias en cuanto a las condiciones sociales y de salud. Los estados del norte y el Distrito Federal, relativamente ricos, tienen perfiles de salud cercanos al promedio de los países miembros de la OCDE, mientras que las regiones más pobres, principalmente en las zonas rurales del sur, presentan muchos de los problemas de salud característicos de los países menos desarrollados (Funsalud, 1994).

A-II.3.2.2. Estructura del sistema de salud

En México, el mayor proveedor de atención de la salud es el Sistema Nacional de Salud (subsistema público de salud) integrado por la Seguridad Social y los servicios públicos de salud.

Los trabajadores del sector formal de la economía deben estar afiliados a alguna de las diferentes instituciones de seguridad social: Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), (para los empleados o trabajadores por cuenta propia en la economía formal), ISSSTE (para los trabajadores del Estado, constituido por un instituto federal y seis institutos estatales), PEMEX (para los empleados de Petróleos Mexicanos), y dos instituciones para las fuerzas armadas (SEDENA para los miembros del ejército y la fuerza aérea y, MARINA, para las fuerzas navales). Los trabajadores por cuenta propia y los trabajadores de la economía informal tienen la opción de afiliarse al IMSS si lo desean, pero en la práctica la afiliación voluntaria es baja.

⁵⁰ Base de Datos sobre salud de la OCDE (1997).

⁵¹ Para un análisis detallado del gasto en salud ver Berman, 1995.

La población no asegurada por la seguridad social (población *abierta*), habitantes de las zonas rurales y de algunas zonas urbanas marginadas, tiene acceso a los servicios públicos de salud proporcionados por la Secretaría de Salud (SSA), ya sea directamente, a través de la asistencia estatal prestada por el IMSS-Solidaridad (asistencia financiada con el presupuesto federal y administrada por el IMSS) o por el Departamento del Distrito Federal (DDF) en la ciudad de México.

En el Sistema Nacional de Salud cada institución presta los servicios de salud a sus beneficiarios, con poca coordinación entre los proveedores y disponiendo cada una de su propia red de unidades de atención primaria y hospitales de segundo y tercer nivel.

En general, las instituciones de la seguridad social, que proporcionan atención médica a los afiliados y sus dependientes, obtienen sus recursos de las contribuciones obligatorias de empleados y empresarios, y éstos son complementados con una aportación del presupuesto gubernamental. En particular, son especialmente importantes los cambios que la reforma del sistema de salud introdujo en la financiación del IMSS.⁵² Bajo el nuevo esquema de financiación, la contribución gubernamental es una cantidad fija por cada trabajador afiliado (13,9% del salario mínimo) ajustada de acuerdo con el IPC, la aportación empresarial es una cantidad fija por trabajador (inicialmente establecida en 84 pesos, indexada al salario mínimo) y una contribución proporcional al salario para aquellos salarios tres veces mayor que el salario mínimo [que inicialmente se fijó en el 8% de la cuantía del salario que exceda tres veces el salario mínimo, repartida entre empresarios (75%) y trabajadores (25%)].⁵³ Este incremento de la participación gubernamental en la financiación de la seguridad social implica que el IMSS asume la responsabilidad de financiar los servicios de salud de la casi totalidad de la población urbana, así como los de las zonas rurales más densamente pobladas.

Para los afiliados voluntarios al IMSS (que incluyen seguro de atención médica y pensión), el nuevo sistema de salud diferencia a los trabajadores por cuenta propia, para quienes las contribuciones se basan en el salario mínimo (13,9% del salario mínimo, es decir, 112 pesos en 1997) de los asalariados en situaciones especiales (trabajadores domésticos y empleados del Estado), que seguirán contribuyendo proporcionalmente a sus salarios. El Gobierno Federal contribuye con la misma cantidad fija per cápita en caso de adhesión voluntaria que en el caso de registro obligatorio.

Los servicios públicos de salud para la población *abierta* se financian principalmente con los impuestos generales. Otras fuentes que contribuyen en proporción mucho menor, pero creciente, a la financiación de la atención de la salud son las cuotas que, en función de la capacidad de pago, se cobran a los pacientes por los servicios de salud prestados en las instalaciones de la SSA y en los hospitales estatales. Las contribuciones de los gobiernos

⁵² Antes de la reforma, el fondo de salud del IMSS era financiado por contribuciones establecidas en 12,5% de los salarios, compartidas entre empresarios (8,75%), trabajadores (3,25%) y el Gobierno Federal (0,625%).

⁵³ Durante los próximos diez años, la cuota fija de los empresarios aumentará gradualmente mientras que la contribución proporcional patrón-empleado bajará del mismo modo. Al final del periodo de diez años, la cuota fija de los empresarios será de 180 pesos (precios de 1997), mientras que la contribución empresario-trabajador se reducirá hasta el 1,5% del ingreso superior a tres veces el salario mínimo.

estatales, que eran insignificantes hace 15 años, han ido aumentando con los años. En 1994, dependiendo de los estados, representaron entre el 5 y el 15% del gasto para la atención a la salud. Los ingresos propios de los estados son retenidos por ellos mismos, pero su utilización, hasta ahora, ha estado en gran medida regulada por el Gobierno central.

El subsistema privado proporciona atención de primer y segundo nivel a personas de todos los niveles de ingreso. La población con mayor nivel de ingreso es la que más utiliza los servicios privados, a veces financiados a través de planes de compañías aseguradoras privadas. Estos planes, si bien se están expandiendo, tienen una cobertura muy pequeña. Los pobres y los que tienen un nivel medio de ingreso también utilizan los servicios médicos privados, que generalmente pagan de su propio bolsillo. En general, el pago por los servicios de salud privados no es reembolsado, pero goza de un subsidio indirecto, ya que es deducible de impuestos.

En resumen, la aportación gubernamental del costo de atención de la salud se estima en un 21% y las contribuciones empresariales, en un 30%, mientras que los ingresos de los hogares representan la participación más importante (49%) a través de las contribuciones al IMSS, los pagos por cuenta propia y las primas de seguros privados (México, Secretaría de Hacienda, 1996).

La reforma financiera del IMSS incentiva la afiliación voluntaria a los trabajadores que no están afiliados pero tienen capacidad de pago (como los trabajadores por cuenta propia y los agricultores) al hacer que la afiliación voluntaria al IMSS sea menos costosa, y amplía la cobertura de los servicios públicos de salud a la población marginada.

Cuando se consolide la reforma del sistema de salud, el nuevo sistema estará organizado por funciones, la financiación provendrá de distintas fuentes (contribuciones obligatorias de empresarios y trabajadores, cuotas por los servicios de salud, impuestos federales y estatales), y distintos proveedores (tanto públicos como privados) competirán por la prestación de los servicios de salud.

A-II.3.2.3. Cobertura del sistema de salud

Según las estimaciones de la Secretaría de Salud (SSA), en 1996 el conjunto de las instituciones de seguridad social proporcionaban cobertura al 49% de la población. La población con acceso a los servicios públicos de salud era, en ese mismo año, aproximadamente el 48% y el aseguramiento privado cubría al 3% de la población (OPS/OMS, 1998).

A-II.3.2.4. Últimas reformas en el sistema de salud

El Programa para la Reforma del Sector Salud 1995-2000 es el instrumento por medio del cual el Gobierno de la República se propone alcanzar los principales objetivos que en materia de salud se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Dichos objetivos son: ampliar la cobertura de atención de la salud, evitar la duplicidad en la prestación de los servicios, introducir incentivos a la calidad de la atención, incrementar la eficiencia de la atención a la población abierta a través de la descentralización de los servicios, y otorgar

servicios esenciales de salud a la población actualmente no cubierta (México, Oficina de la Presidencia de la República, 1996).

El Programa de Ampliación de Cobertura (PAC, 1995) se definió como «un programa específico para la provisión de un paquete de servicios básicos de salud a 10 millones de personas sin acceso regular a dichos servicios en particular, 8 millones de personas localizadas en las zonas más pobres y poco pobladas de 18 estados» (OCDE, 1998).⁵⁴

El PAC se materializó en 1996 con la explicitación por parte del Gobierno de México del Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS). El PBSS incluye el conjunto de intervenciones de salud que debía otorgarse a toda la población en respuesta a necesidades prioritarias (factores de riesgo, lesiones y enfermedades). Se trata de intervenciones clínicas, de salud pública y de promoción de la salud cuya instrumentación es factible, de bajo costo y alto impacto (México, Oficina de la Presidencia de la República, 1996). El Consejo Nacional de Salud consideró como prioridades en salud las causas de muerte, enfermedad o discapacidad más importantes en México y explicitó la lista de intervenciones que integran el Paquete Básico de Servicios de Salud sobre la base de dos criterios: que se trate de intervenciones, ya sean preventivas o terapéuticas, efectivas y de bajo costo. Este paquete (que es distinto de las acciones esenciales de salud que los estados descentralizados tienen que aportar a la población no asegurada)⁵⁵ incluye 12 servicios básicos de salud seleccionados en virtud de su relación costo-efectividad en salud y dirigidos a grupos de extrema pobreza que previamente tenían poco o ningún acceso a servicios de salud. El paquete de servicios básicos de salud se financia mediante transferencias federales a los distintos estados (a los Organismos Públicos de Descentralización, OPD), que son responsables de su implantación.

Los objetivos del PAC son deseables como garantía de un sistema de salud más equitativo y convenientes para lograr una más eficiente asignación de los recursos. La extensión de la cobertura de los servicios de salud a la población sin acceso regular a dichos servicios, especialmente a la población de las zonas más pobres y poco pobladas, mediante la definición de un paquete de servicios básicos de salud (PBSS), constituye un paso decisivo para la mejora de las condiciones de salud de los más desfavorecidos y redundante (dados los criterios de selección de las prestaciones del PBSS) en una distribución eficiente de los recursos de acuerdo a los indicadores de resultado seleccionados. La descentralización de los servicios de salud, que prestan tanto la Secretaría de Salud como el programa IMSS-Solidaridad, dota al sistema de mayor flexibilidad y capacidad de respuesta a las necesidades de salud propias de cada región y evita problemas de duplicidades en la atención de la población.

⁵⁴ El programa de ampliación de la cobertura (PAC) se financió con fondos de un préstamo del Banco Mundial (1996) destinado al sector social, cuyo monto para 5 años de ejercicio asciende a \$US 330 millones, de los cuales en el primer año se ha ejecutado el 97% del presupuesto autorizado (61,7 millones de dólares) (OPS, 1997).

⁵⁵ En el contexto de la descentralización de los servicios de salud para la población abierta es necesario definir un conjunto de acciones de salud que representan un irreducible en materia de servicios y programas de salud que deberán contar con recursos presupuestarios para asegurar su instrumentación.

Aunque originalmente el PBSS se concibió para la población marginada, en la actualidad, supone un esfuerzo importante por lograr la cobertura universal de estos servicios básicos de salud. El acceso real a los mismos dependerá de la capacidad financiera del sistema,⁵⁶ la evolución epidemiológica de la población y las decisiones políticas que se tomen. En 1996, casi 4 millones de personas fueron cubiertas por el PAC. En septiembre de 1997 el número de beneficiarios aumentó a 6 millones, y se espera que casi 8 millones de personas tengan cobertura en el año 2000 (Informe del Gobierno de México, 1997). La población meta restante, localizada en las zonas más densamente pobladas (Chiapas, Guerrero, Hidalgo y Oaxaca) estará cubierta a través de la descentralización de los servicios públicos de salud.

A-II.3.2.5. La propuesta de Funsalud: el Paquete Universal de Servicios Esenciales de Salud

Con objeto de reducir el peso de la enfermedad de la manera más eficiente, y de garantizar la cobertura universal o casi universal de un conjunto de servicios esenciales de salud, la Fundación Mexicana para la Salud (Funsalud) propuso un Paquete Universal de Servicios Esenciales de Salud (PUSES), que se definió como «Los servicios (de salud) a los que todo mexicano debería tener acceso, independientemente del lugar de su residencia, ocupación o ingreso» (Funsalud, 1994).

El PUSES contiene tres tipos de servicios: los de salud pública, que se dirigen a poblaciones o al medio ambiente, los de extensión comunitaria, que se ofrecen a grupos de población y centran en los lugares donde esos grupos realizan sus principales actividades (hogar, escuela, fábrica etc.), y los clínicos, que requieren personal médico y se ofrecen en escenarios clínicos. Existen servicios compuestos por intervenciones aisladas, como el tratamiento de la tuberculosis, y conglomerados de intervenciones que incluyen múltiples intervenciones, que pueden controlar una o varias enfermedades, lesiones o factores de riesgo. El PUSES incluye 24 intervenciones o conglomerados de intervenciones: cuatro de salud pública, cinco de extensión comunitaria y 15 de servicios clínicos. Los servicios prioritarios de salud pública están relacionados con los tres factores de riesgo que más AVISA causan en México: abuso de alcohol, inseguridad vial y anemia en niños y mujeres. Los servicios de extensión comunitaria abarcan principalmente actividades de prevención (Funsalud, 1994).

Los costos de más de 100 intervenciones se calcularon en nuevos pesos, suponiendo eficiencia técnica en la producción de servicios. Los datos de costos se basaron en precios de mercado, a excepción de los medicamentos y otros insumos que se obtuvieron por las compras consolidadas del sector salud y se expresaron en nuevos pesos de 1992. La efectividad se midió en AVISA ganados. La información sobre la efectividad de las intervenciones se obtuvo a partir de la bibliografía científica publicada. Los datos de efectividad se convirtieron en AVISA. Las prioridades se establecieron de acuerdo con las razones costo-efectividad de las intervenciones, según diversos niveles, y la eficacia para controlar una enfermedad o

⁵⁶ Teniendo en cuenta la reforma financiera del IMSS, sus ingresos provendrán principalmente de la recaudación total del impuesto sobre el trabajo y de los ingresos fiscales del gobierno.

grupo de enfermedades de relevancia epidemiológica para el país (1% o más del peso de la enfermedad estimado en 1991).⁵⁷ Una vez seleccionadas las intervenciones de cada paquete, se procedió a calcular el costo incremental de su implantación, sobre la base del número de beneficiarios que resulta del incremento de la cobertura actual.

Los costos per cápita de cada paquete se obtuvieron sumando los de cada una de las intervenciones que forman parte de él. El costo per cápita de cada intervención se obtuvo dividiendo su costo incremental entre el total de la población mexicana de 1991.

Teniendo en cuenta la eficacia, la efectividad y la cobertura presente y esperada para el año 2000 (90% población en el medio urbano y entre un 80-85% en el medio rural), se calculó que aproximadamente 2,5 millones de AVISA podrían evitarse anualmente con la prestación de los servicios del paquete. Con las coberturas esperadas para el año 2000, éstos equivalen al 20% de los AVISA observados en 1991. Teniendo en cuenta el número de personas que se han de tratar o intervenir, el costo por persona y año y la cobertura presente y esperada para el año 2000, se estimó que el costo marginal del paquete sería de 100 pesos por persona, aproximadamente el 28% del gasto público y el 14% del gasto total en salud en 1991 (Funsalud, 1994) Esto es, con un incremento del gasto en salud del 14%, se podría evitar anualmente el 20% de los AVISA.

La financiación del paquete de servicios esenciales se realizaría a través de un Seguro Universal de Salud. Las primas de la población pobre (excluida de la economía formal y, por tanto, de la seguridad social) podrían administrarse a través de un Seguro Público de Salud de carácter Nacional, que afiliaría progresivamente a esta población, o podría ser el propio IMSS quien recaudara las cuotas respectivas y recibiera el subsidio correspondiente por parte del Estado.

Prácticamente todas las intervenciones del PUSES propuestas por Funsalud se ofrecen actualmente en México, si bien no son accesibles a toda la población. La propuesta de Funsalud no sólo constituye un esfuerzo real por definir y cuantificar el costo de un paquete de servicios esenciales de salud, sino también por hacerlo mediante la especificación de indicadores de resultado de salud.

A-II.3.3. El Plan Obligatorio de Salud en Colombia

La Constitución de 1991 marca el antes y el después del sistema de Seguridad Social Colombiano. El mandato constitucional y su desarrollo a través de dos leyes fundamentales (Ley 60 de octubre de 1993 y ley 100 de diciembre del mismo año) declara la salud como un derecho de todos los ciudadanos, delega en la Seguridad Social la garantía estatal de un servicio público efectivo, universal y solidario bajo la coordinación y control del estado, descentraliza gradualmente la gestión y la prestación de los servicios de salud fortaleciendo

⁵⁷ En el paquete más restringido se incluyeron intervenciones de menos de N\$2.000 por AVISA ganado por beneficiario y por año; en el paquete intermedio se incluyeron las intervenciones de menos de N\$3.000 con las mismas variables; en el paquete más amplio se incluyeron aquellas intervenciones cuyo costo fue menor de N\$10.000.

el papel de los departamentos y concediendo mayores atribuciones a los municipios, consolida la inmersión del sector privado en la oferta de servicios de salud, y declara gratuitos y obligatorios los servicios básicos de salud.

A-II.3.3.1. Contexto económico y social

En Colombia, el PIB experimentó un crecimiento estable entre 1991 y 1994 y desde entonces ha disminuido. En 1997 el crecimiento económico fue del 3,1% (Colombia, Departamento Nacional de Estadística, DANE). El gasto total en salud, como porcentaje del PIB, prácticamente se duplicó, pasando del 2,57 al 4,76% en 1993 y 1996, respectivamente. El gasto social aumentó su participación dentro del gasto público total, desde el 37,3% en 1993 hasta el 42,1% en 1996 (Colombia, Departamento Nacional de Planeación, Indicadores de Coyuntura Económica, 1997).

Según la Encuesta de Calidad de Vida de 1997, durante el periodo 1993-1997 han mejorado los indicadores sociales relativos al número de pobres, al porcentaje de población bajo la línea de la pobreza, medida por necesidades básicas insatisfechas, y al porcentaje de población bajo la línea de la miseria. Pese a ello, la distribución del ingreso en Colombia sigue siendo de las más desiguales de América Latina.⁵⁸

A-II.3.3.2. Estructura del sistema de salud

La Ley 60 de 1993 establece las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales —departamentos y municipios— y la Ley 100 de ese mismo año define el nuevo Sistema General de Seguridad Social, que incluye un Sistema General de Pensiones, de cobertura de los Riesgos Profesionales, los Servicios Sociales Complementarios y el Sistema de Seguridad Social en Salud. La reforma de la Seguridad Social en Salud se diseña en torno a planes de beneficios en dos regímenes, contributivo (Rco) y subsidiado (Rsu), que deben ser equivalentes en el año 2001 (Art. 162, Ley 100/93).

El Régimen Contributivo está definido por el conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y sus familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través del pago de una cotización, individual y familiar, o de una aportación económica previa financiada directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador (Art. 202, Ley 100/93). La cotización obligatoria que se aplica a los afiliados es como máximo del 12% del salario base de cotización (éste último no puede ser inferior al salario mínimo). Dos terceras partes de la cotización corren a cargo del empleador y una tercera parte a cargo del trabajador. Un punto de la cotización se traslada al fondo de Solidaridad y Garantía (FOSyGA) para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado a través de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) (Art. 204, Ley 100/93). Todas las contribu-

⁵⁸ En el Congreso Internacional *Salud para Todos. Desarrollo de Políticas en Salud Pública para el siglo XXI* celebrado en Medellín, se recordó que «Comparadas con otras regiones del mundo, la Región de las Américas es la más desigual en términos de distribución del ingreso per cápita. En 1990, el 20% más rico de la población de América Latina concentraba el 52,4% de los ingresos totales, mientras que el 20% más pobre recibía sólo el 4,5% del total del ingreso», en contraste con los países industrializados de la OCDE cuyos porcentajes descendían al 39,8% y 6,3% en el caso de los más ricos y los más pobres, respectivamente (Montiel, 1999).

ciones, ya sean las gubernamentales o las individuales, las recauda el FOSyGA, que a su vez asigna a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o a la ARS respectiva un pago per cápita, la Unidad de Pago por Capitación (UPC). El CNSSS determina el valor de la UPC en función del perfil epidemiológico de la población, de los riesgos cubiertos y del costo de la prestación del servicio (Art. 182, Ley 100/93).

La Ley 100 de 1993 estableció la libertad de elección en la prestación de los servicios de salud, tanto por entidades públicas como privadas, fomentando en consecuencia la competencia entre éstas. Con este objetivo, se crearon las EPS, las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y se dotó al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) de las pertinentes funciones de dirección y control.

Las EPS son los núcleos organizativos básicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, (SGSSS).⁵⁹ Las EPS pueden ser públicas, privadas, solidarias o mixtas y compiten por la afiliación de la población. Su función primordial es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS) a los afiliados.

El Plan Obligatorio de Salud incluye las intervenciones en salud conforme a la carga de la enfermedad, así como aquellas intervenciones clínicas y de salud pública más costo-efectivas. De acuerdo con los cálculos iniciales, el POS causaría una reducción del 44% de la carga de la enfermedad de Colombia, de la cual un 80% provendría de servicios esenciales y un 20%, de intervenciones de salud pública (Bitrán y Asociados, 1999).

El POS garantiza la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las enfermedades, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan. Los servicios de salud incluidos en el POS serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con arreglo a los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible y las condiciones financieras del sistema (Art. 162, Ley 100/93).

La financiación de los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud procede de los subsidios estatales y de las contribuciones de los beneficiarios. El SGSSS reconoce a cada EPS un valor per cápita (Unidad de Pago por Capitación o UPC), dependiendo de la edad, sexo y ubicación geográfica del beneficiario. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) recaudan las cotizaciones obligatorias de los afiliados por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía del total recaudado, descuentan el valor de las UPC y trasladan la diferencia al FOSyGa. Cuando la suma de las UPC sea mayor que los ingresos por cotización, el FOSyGA compensa la diferencia a la EPS (Art. 177 y Art. 205, Ley 100/93).⁶⁰ Así mismo,

⁵⁹ Las cajas, fondos y entidades de seguridad social del sector público, empresas y entidades del sector público de cualquier orden, que con anterioridad a la fecha de vigencia de la Ley 100 prestaban servicios de salud o cubrían a sus afiliados de riesgos de enfermedad general y maternidad, tenían dos años para transformarse en EPS, adaptarse al nuevo sistema o efectuar su liquidación.

⁶⁰ Antes de la citada reforma de la Seguridad Social, los hospitales públicos y los de la seguridad social se financiaban de acuerdo con los presupuestos históricos —subsidios a la oferta—.

las EPS administran las discapacidades, los servicios de salud por accidente de trabajo y enfermedad profesional, y diseñan los planes complementarios de salud.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) son los hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y demás centros de servicios de salud y todos los profesionales que, agrupados o individualmente, ofrecen sus servicios a través de las EPS. Para competir y operar adecuadamente dentro del nuevo esquema de seguridad social en salud, los hospitales públicos se convirtieron en empresas sociales del Estado (ESE) como categoría especial de entidad pública descentralizada.

El Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) está diseñado fundamentalmente para responder a las necesidades de la población más pobre y vulnerable y sus grupos familiares, (Art. 213, Ley 100/93). El POS-S contiene acciones individuales, familiares y colectivas de las cuales seis corresponden al Plan Básico y uno a las enfermedades de alto costo objeto de reaseguramiento. Las prestaciones contempladas en el POS-S son responsabilidad de las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS). La Ley 60/1993 establece como principales fuentes de financiación del Régimen Subsidiado, la participación de los Municipios en los ingresos corrientes de la Nación (15%), la aportación fiscal de los Departamentos, las rentas de la Nación cedidas a los Departamentos, los recursos de ECOSALUD (impuestos sobre juegos, loterías, etc.), las aportaciones voluntarias de los Municipios y Departamentos, la participación en las regalías de los nuevos pozos petroleros, las aportaciones de las Cajas de Compensación Familiar (CCF), el IVA social, los impuestos a las armas y municiones, y los copagos y cuotas moderadoras de los afiliados y sus familiares.

En Colombia, existe un Listado de Medicamentos Esenciales del POS (con cerca de 300 principios y 435 presentaciones). En noviembre de 1995, dos años después de iniciarse la reforma de la Seguridad Social en Salud, la prescripción de medicamentos esenciales en los hospitales públicos ascendía al 70% del total de medicamentos prescritos y más del 60% de las prescripciones se realizaron por nombre genérico.

El objetivo fundamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es garantizar la cobertura, antes del año 2001, a los beneficiarios de los regímenes contributivo y subsidiado, así como a la «población vinculada»⁶¹ mediante la redistribución solidaria del ingreso. La alcaldía es la responsable directa de la prestación de los servicios a la población que no está afiliada a ningún sistema. El SGSSS contempla la disminución progresiva de la población vinculada hasta tener únicamente afiliados o subsidiados. Basándose en el objetivo de cobertura universal, el SGSSS centró sus esfuerzos en la reglamentación del contenido del Plan de Atención Básica (PAB) como complemento de las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

El PAB es un plan territorial de carácter gratuito y obligatorio cuya responsabilidad en la ejecución es de las alcaldías y direcciones departamentales de salud. Los recursos para la financiación de este Plan proceden de la recaudación fiscal del Gobierno Nacional, que es

⁶¹ Población incluida en el Sistema mediante subsidio a la oferta, transitoriamente, mientras se define su incorporación definitiva a los regímenes subsidiado o contributivo.

complementada con recursos de los entes territoriales —municipales y distritales—. Las acciones incluidas en el PAB son de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y son competencia fundamentalmente de los municipios. Además, el PAB incorpora intervenciones dirigidas a la colectividad o a los individuos, siempre que existan efectos externos tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria (Art. 165, Ley 100/93).⁶²

Respecto a los cambios ocurridos en la estructura organizativa para el aseguramiento en salud, durante los cinco años de implantación de la reforma de la Seguridad Social, la creación de instituciones públicas aseguradoras de salud ha sido notablemente menor que la de las instituciones privadas. Del total de 32 EPS autorizadas para su funcionamiento, 12 son públicas y 20 privadas.⁶³

A-II.3.3.3. Cobertura del sistema de salud

La Ley 100/1993 inició su aplicación en enero de 1995. La cobertura total lograda en el país en los regímenes subsidiado y contributivo en junio de 1998 era del 49,1% de la población colombiana, distribuida en un 18,3 % a cargo del Régimen Subsidiado y 30,8% a cargo del Régimen Contributivo.⁶⁴ Entre 1995 y 1998, las EPS públicas pasaron de participar con una cobertura del 21,15% al 21,6% del total de la población, mientras que las EPS privadas aumentaron su participación del 2,68% al 9,1% para el mismo periodo. En 1997 sólo 423 municipios habían formulado su respectivo PAB, pero sólo 62 de ellos lo ejecutaron de acuerdo con las directrices legales existentes (Alvaro Cardona, 1999), de modo que la cobertura total alcanzada parece estar lejos de lograr el objetivo de cobertura universal que se propuso la reforma para el año 2001.

⁶² En 1996, los 32 departamentos y los 4 distritos habían iniciado acciones del PAB y 10 departamentos estaban adelantando procesos de asistencia técnica a los municipios para la elaboración del PAB municipal. Del mismo modo, se desarrollaron instrumentos y se incorporaron mecanismos para la vigilancia y seguimiento en la implantación de los PAB municipales. Como un componente esencial del PAB se han realizado esfuerzos para mejorar la vigilancia y el control oportuno de epidemias en el país, se ha ampliado el sistema alerta acción de la red de vigilancia epidemiológica, y actualmente se cuenta con un total de 1.200 unidades notificadoras de IPS públicas y privadas funcionando en todo el país (OPS, 1999).

⁶³ De las 12 EPS públicas, sólo 7 fueron creadas con posterioridad a la aprobación de la reforma, pues las restantes 5 (ISS, Cajanal, Caprecom, Corporanonimas y Capresoca) existían antes de entrar en vigencia la nueva ley. Sólo 4 de las 1039 antiguas cajas de previsión social anteriores a la reforma se constituyeron como entidades promotoras de salud: Cajanal, Caprecom, Corporanónimas y Capresoca.

⁶⁴ Según Iván Jaramillo (1998), el 47,6% de la población está cubierta por el Rco, el 13,7% por el Rsu y el 38,5% no está afiliada. Asimismo, el 35% de la población pobre está cubierta por el Rsu, mientras que el 10,7% está cubierta por el Rco y el 53,9 % no está afiliada.

A-II.3.3.4. Últimas reformas en el sistema de salud

El CNSSS diseñó la reforma del sector salud colombiano sobre los principios de universalidad y solidaridad por medio de un Plan Obligatorio de Salud y consolidó los servicios de salud pública mediante un Plan de Atención Básica de Salud.

Actualmente, se ha generado un importante debate en el Congreso de la República en torno a los logros y dificultades para alcanzar tales objetivos. La crisis financiera provocada por el incumplimiento de los compromisos económicos de las EPS⁶⁵ y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) por la prestación de las acciones contempladas en el POS y POS-S, respectivamente, la evasión y elusión en el pago de las cotizaciones y la inadecuada aplicación del instrumento de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado, así como el menor crecimiento económico, han minado no sólo la solvencia financiera del sistema de salud sino también las posibilidades de alcanzar los objetivos definidos en la Ley 100.

La Ley 100 facultó a las EPS para tener sus propias IPS, como ocurre con el Instituto de Seguros Sociales (ISS), lo que en la práctica genera una competencia soterrada entre las IPS, explicable por el afán de no desaparecer del mercado. Las EPS, por su parte, aprovechan esta coyuntura ofertando tarifas que escasamente superan los costos de atención e ignorando a veces las pautas señaladas por el Ministerio de Salud con relación a los mecanismos y las formas de pago. Este hecho explica por qué gran parte de las IPS atraviesan enormes dificultades financieras.

Recientemente, el MS ha regulado aspectos fundamentales de la Ley 100 de 1993 a través del desarrollo legal de distintos acuerdos. El CNSSS acordó en diciembre de 1999 que las ARS deben destinar como mínimo el 85% de los ingresos por concepto de UPC-subsidiado a prestación de servicios de salud. Al finalizar cada ejercicio anual, las ARS tendrán que constituir una provisión a favor del Sistema con los recursos que resulten de descontar del valor total de las UPC-S (que ingresaron por la totalidad de sus contratos de aseguramiento suscritos durante el año) los gastos causados por la prestación de los servicios de salud del POS-S y el valor proporcional de la póliza para enfermedades de alto costo que corresponda al ejercicio. Los recursos de esta provisión sólo podrán utilizarse para gastos en salud del POS-S cuando este porcentaje del 85% de la UPC-S sea insuficiente (Acuerdo Número 158, CNSSS, Diario Oficial No. 43835, 30 de diciembre de 1999).

Dada la relevancia de las EPS y las ARS en la evolución del gasto médico, la insuficiencia de recursos para subsidio de la demanda de la Subcuenta de Compensación, el fuerte impacto del financiamiento de la prestación de servicios de salud no incluidos en el POS, y la ampliación de la cobertura a las madres comunitarias (Leyes 508 y 509 de 1999, CNSSS), el CNSS acuerda incrementar el valor de la UPC en un 10% para el año 2000 (el mismo

⁶⁵ Siendo las EPS las que desempeñan las funciones de afiliación y tesorería, y debiendo al mismo tiempo luchar por aumentar el número de sus afiliados, no tienen interés alguno en controlar la cuantía de la cotización de los afiliados de mayores recursos, quienes, en consecuencia, tenderán a declarar ingresos menores que los reales.

porcentaje de incremento del salario mínimo legal mensual vigente) (Acuerdo No. 161, CNSSS, Diario Oficial No. 43.879, 5 de febrero de 2000).⁶⁶

Este incremento de la UPC en el régimen contributivo supone un gasto en la Subcuenta de Compensación del FOSyGA⁶⁷ que hace necesario analizar los contenidos del POS, evaluar los costos para los distintos grupos de edad y redefinir, de acuerdo con éstos, las nuevas realidades del régimen contributivo sobre la base de su equilibrio y sostenibilidad. Estos estudios de soporte y las correspondientes propuestas deberán ser presentadas ante el Consejo en el transcurso del primer semestre de cada año (Santa Fe de Bogotá, Acuerdo No. 161, CNSSS, 5 de febrero de 2000).

Por tanto, el contenido y desarrollo de las leyes 60/93 y 100/93 definen el marco de regulación y control de las EPS y las IPS con objeto de garantizar el acceso al Plan Obligatorio de Salud. Tal y como se define, este Plan Obligatorio de Salud podría denominarse Seguro Obligatorio de Salud, puesto que el objetivo fundamental es garantizar la cobertura universal a los beneficiarios tanto del régimen contributivo como del subsidiado, haciendo especial hincapié en grupos poblacionales concretos. No hay criterios explícitos de selección de las prestaciones, sino que éstas serán actualizadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, según la estructura demográfica y epidemiológica de la población, la tecnología disponible y la capacidad financiera del sistema.

A-II.3.4. El Seguro Básico de Salud Boliviano

En 1990 el Gobierno Boliviano diseñó su actual Sistema Nacional de Salud a partir de la integración de las instituciones encargadas de la provisión de los servicios de salud: el subsistema público de salud, la seguridad social, las entidades privadas con y sin fines de lucro (ONG), las entidades religiosas y, la medicina tradicional. En 1994, la Secretaría Nacional de Salud (SNS) organizó un modelo de salud acorde con el nuevo papel estatal que definían la Ley de Participación Popular y la Ley de Descentralización Administrativa de ese mismo año.

A-II.3.4.1. Contexto económico y social

En 1996, el PNB per cápita en Bolivia fue de 872 dólares. En ese año, el gasto nacional en salud se distribuyó de la siguiente manera: público 22%, seguro social 44%, seguros privados 0,7%, ONG 4,3%, y gasto de los hogares 29%. En 1997, el gasto total del sector público (Tesoro General de la Nación (TGN), Municipios y Empresas a través de la Seguri-

⁶⁶ El CNSSS acuerda fijar el valor promedio ponderado de la UPC del régimen contributivo para el año 2000, en la suma de \$265.734,00, que corresponde a un valor diario de \$738,15. En el citado acuerdo, se fija el valor de la UPC según la estructura poblacional y el costo para el régimen contributivo. El valor de la UPC del régimen subsidiado para el año 2000 se fija en \$141.480,00, que corresponde a un valor diario de 393,00 (Santa Fe de Bogotá, CNSSS, Diario Oficial No. 43.879, del 5 de febrero de 2000).

⁶⁷ Los recursos que se destinan a la cuenta de compensación del Régimen Contributivo provienen de la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las UPC que le serán reconocidos por el Sistema a cada EPS (Art. 220, Ley 100/93).

dad Nacional) fue el 2,5% del PIB. En 1997, el gasto público en salud fue el 10% del gasto público total, \$US 23 per cápita, y el gasto privado fue igual al 1,5% del PIB [OPS/OMS, 1999 (a)].

En Bolivia, la pobreza está presente en todos los ámbitos. En 1992, según datos del Instituto Nacional de Estadística, el 70% de los hogares bolivianos (51% de los hogares en el área urbana y el 94% de los hogares en el área rural) fueron considerados pobres, dado que no tenían acceso adecuado a los servicios básicos de educación, salud y vivienda.

A-II.3.4.2. Estructura del sistema de salud

El Sistema Nacional de Salud se estructura sobre un subsistema público de salud descentralizado en el cual el Ministerio de Salud se organiza por niveles de gestión. En el ámbito nacional, en virtud de las leyes de Descentralización y Participación Popular, el papel del Ministerio de Salud es fundamental en los aspectos normativo, evaluador y supervisor. Estas funciones se desempeñan en los departamentos a través de los servicios departamentales de salud (dependientes de las prefecturas departamentales), que son responsables de la supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de salud. En el ámbito municipal, son los distritos de salud los que asumen las competencias operativas y de prestación de los servicios de salud, así como, la responsabilidad de toda la red local de estos servicios. Dentro del Ministerio de Salud, la Dirección Administrativa Financiera administra los recursos económicos del sistema.

El Subsistema Público de Salud —descentralizado, participativo y financiado con fondos públicos— tiene la misión de proveer servicios de salud con criterios de universalidad en el acceso, solidaridad y eficacia conforme a las características y demandas de la población. Dicho subsistema está constituido por una red de servicios administrada local y conjuntamente por la comunidad, el gobierno departamental y el gobierno municipal. Esta red de servicios está organizada por niveles de atención. Las organizaciones no gubernamentales (ONG) y la Iglesia tienen una importante presencia en la prestación de servicios de salud mediante un convenio marco, de carácter nacional, entre el Ministerio de Hacienda y la Secretaría Nacional de Salud, y, en el ámbito local, por medio de la suscripción de un convenio específico con cada directorio local de salud, a través de los cuales las ONG pueden relacionarse directamente con los gobiernos locales. Los proveedores de medicina tradicional pueden organizarse dentro de cada establecimiento de salud o en el nivel del municipio, o bien practicar de forma autónoma.

Además del subsistema público, existen seguros de salud que atienden a los trabajadores asalariados organizados dentro del esquema de financiación tradicional de la seguridad social. El principal proveedor y gestor es la Caja Nacional de Salud, que abarca un 85% de la cobertura de la seguridad social del país y cuyo principal asegurador es el Estado boliviano. El subsistema de seguros de salud no cubre a los trabajadores informales o independientes: campesinos, transportistas, amas de casa, empleadas domésticas o, los mineros cooperativistas. Todos ellos deben acceder a la cobertura pública.

El subsistema privado está constituido por organizaciones empresariales e individuales, formales e informales con y sin fines de lucro, y con financiación y administración privada. La iglesia funciona en general con recursos humanos del Estado, con infraestructura propia y financiamiento compartido con los usuarios. La Secretaría Nacional de Salud (hoy Ministerio de Salud) y otras instancias de gestión del subsistema público, junto con otras dependencias del Estado, tienen la responsabilidad de regular su funcionamiento y asegurar que presten servicios seguros, eficaces y cuenten con personal cualificado.

La principal fuente de financiación del gasto en salud es la seguridad social (35%), después los hogares (32%), el Tesoro General de la Nación (15%), la cooperación externa (15%) y, por último, los municipios (3%).⁶⁸ Las empresas públicas y privadas contribuyen al financiamiento del sector salud mediante una aportación al sistema de seguridad social del 10% de su capital. En 1995, esta contribución fue equivalente a \$US 312 de aportación anual promedio por asegurado cotizante y \$US 69 por persona protegida. Los recursos obtenidos a través del pago privado por los servicios públicos de salud financian básicamente los medicamentos e insumos para diagnóstico, tratamiento o mantenimiento de los servicios y son gestionados por los municipios. La participación del Tesoro General de la Nación, a través de la Secretaría Nacional de Salud, en la financiación del subsistema público fue del 4,1% del presupuesto público de 1995. Los fondos de la cooperación externa en salud son de dos tipos; donaciones y créditos. El financiamiento externo en el periodo 1989-1995 equivalió a 312 millones de dólares. La composición entre los donantes es: 65% procedente de la ayuda bilateral, 20% ayuda multilateral técnica del sistema de las Naciones Unidas, y 15% de los bancos (BM y BID). La Ley de Participación Popular (1994), transfirió a los municipios la competencia para mantener las infraestructuras en salud y administrar los recursos de coparticipación tributaria. Estos recursos se asignan a los municipios con un criterio estrictamente poblacional. Del total de recursos de coparticipación, el 5,7% (8 millones de dólares) se destinaron a salud en 1995 [Bolivia, OPS/OMS, 1999 (b)].

A-II.3.4.3. Cobertura del sistema de salud

El subsistema público atiende de forma regular al 40% de la población nacional. Los seguros de salud están separados de los programas de pensiones y representan el 20% de la cobertura poblacional, aunque en el caso de la población rural cubren únicamente al 4%. El crecimiento de su cobertura ha sido muy lento en los últimos años. Se estima que sólo el 10% de la población utiliza regularmente los servicios privados con fines de lucro. Las ONG llevan a cabo actividades de promoción de la salud y proveen servicios privados sin fines de lucro, mediante convenios con los municipios, a aproximadamente el 10% de la población nacional [Bolivia, OPS/OMS, 1999 (a)]. A partir de la información proporcionada por el Sistema Nacional de Información en Salud y algunas ONG, se estima que entre el 20% y 30% de la población tiene graves dificultades para acceder a los servicios público y privado de salud por falta de oferta y de acceso cultural, económico, geográfico y funcional.

⁶⁸ Para un análisis detallado de agentes y fuentes de financiamiento, ver Berman et al., 1999.

A-II.3.4.4. Últimas reformas en el sistema de salud

Dentro del proceso de Reforma del Sector Salud se desarrollan distintas iniciativas para afrontar los principales problemas de salud de la población, priorizar el gasto público y conducir a una más eficiente, efectiva y sostenible prestación de servicios de salud. Además, las bajas coberturas del subsistema público y la seguridad social y las disparidades en el acceso y utilización de los servicios de salud impulsan esta reforma a través de la definición de un Plan Estratégico de Salud (PES) 1997-2002.

El Plan Estratégico de Salud del Gobierno Nacional constituye la principal iniciativa para mejorar la salud y la calidad de vida de los bolivianos. El objetivo del PES es consolidar el acceso universal al Sistema Boliviano de Salud a través de la atención prioritaria a la medicina familiar y comunitaria, el escudo epidemiológico (como principal instrumento para el control de enfermedades transmisibles de alta prevalencia), los programas prioritarios de salud (desarrollados en torno a la infancia, la atención integral a la mujer y la tercera edad, la salud mental y la atención y prevención de la violencia familiar), la carrera profesional de salud (que aporta el capital humano necesario para el desarrollo del sistema de salud), y el seguro básico de salud. El Plan estratégico de Salud se aplica a través de: 1) un modelo económico financiero para el sostenimiento del nuevo Sistema Boliviano de Salud con los recursos propios y los obtenidos gracias a la cooperación internacional; 2) un modelo de gestión, administración y jurisdicción territorial con múltiples prestadores de servicios; y 3) un modelo de atención de la salud (Bolivia, Ministerio de Salud y Previsión Social, 1999).

Otra iniciativa incluida en el PES es el Programa Nacional de Medicamentos Esenciales de Bolivia (PNMEBOL) 1997-2000, cuyo objetivo es lograr el acceso universal a los medicamentos esenciales de calidad, especialmente a los sectores menos favorecidos, y promover el uso racional de los medicamentos (Ley del Medicamento, 1996).⁶⁹

Dado que el acceso de la población a los servicios de salud está limitado principalmente por barreras económicas, geográficas y por deficiencias en la calidad y diferencias en la atención, el Gobierno reconoce como prioridad garantizar a la población boliviana el acceso permanente a un conjunto de prestaciones esenciales de salud, a fin de reducir el impacto de las principales causas de enfermedad o muerte en el país.

En este sentido, el Seguro Básico de Salud (SBS) garantiza el acceso universal a un conjunto de prestaciones esenciales de salud, de alto impacto y bajo costo, ofertadas por los centros públicos, cajas de salud, organismos no gubernamentales, iglesia y otras instituciones. Estas prestaciones tienen carácter promocional, preventivo, curativo y están orientadas a reducir la mortalidad en la niñez y la mortalidad materna. El acceso al Seguro Básico de Salud es un derecho garantizado por el Estado y es gratuito para los usuarios en virtud de criterios de universalidad, equidad y solidaridad. La vigencia operativa del Seguro Básico de

⁶⁹ La Ley del medicamento (Ley 1737 del 17 de diciembre de 1996) sentó las bases para un acceso universal, garantía de calidad y uso racional de los medicamentos. Sin embargo, el porcentaje de población sin acceso a medicamentos se cuantifica en torno al 30% [Bolivia, OPS, 1999 (d)].

Salud es efectiva desde el 1 de marzo de 1999 (Bolivia, Presidencia de la República, Decreto Supremo No. 25265).⁷⁰

Dentro del conjunto de prestaciones incluidas en el SBS, la prioridad se centra en los niños menores de 5 años, mujeres gestantes, salud reproductiva, detección y tratamiento del cólera, malaria y tuberculosis. El objetivo es reducir la mortalidad infantil y materna, así como el riesgo, duración y gravedad de las principales causas de enfermedad y muerte en toda la población.⁷¹ Las prestaciones incluidas en el Seguro Básico de Salud abarcan consulta externa, hospitalización, medicamentos, exámenes auxiliares, diagnósticos, y visitas de seguimiento. Para la atención de comunidades rurales que carecen de servicios de salud, el Seguro Básico de Salud cubre el costo de visitas periódicas de personal de salud y de la atención realizada por agentes comunitarios capacitados, acreditados y autorizados.

La red de servicios del sector público y de las cajas de salud, así como los centros que dependen de ONG o de organizaciones religiosas mediante convenios especiales, ofertan las prestaciones del Seguro Básico de Salud.

Los centros de salud prestan los servicios sin cargo al usuario, éstos son reembolsados por los municipios con los recursos de los fondos locales de compensación. El Seguro Básico de Salud (SBS) se financia con los fondos locales compensatorios de salud.⁷² Estos fondos —que están constituidos por recursos municipales equivalentes al 6,4% del 85% de la coparticipación tributaria municipal destinada a inversión— los abona automáticamente el Ministerio de Hacienda en las cuentas respectivas y son administrados por el Gobierno Municipal.⁷³ Además, los recursos asignados por el Tesoro General de la Nación (TGN) para el pago del personal de salud y los recursos de la cooperación bilateral, multilateral o de otras instituciones u organismos, aportados en especie o en efectivo completan los recursos disponibles para la provisión del SBS. El Ministerio de Salud y Previsión Social, mediante una resolución ministerial, fija las tarifas que son de aplicación obligatoria en el ámbito nacional, y la periodicidad y las formas de pago por las prestaciones del SBS que se hayan realizado.

⁷⁰ Entendemos que estas prestaciones esenciales de alto impacto y bajo costo forman parte de las iniciativas emprendidas por el Gobierno de la República «i... conducentes a una más eficiente, efectiva y sostenible prestación de los servicios de salud...», aunque no se hace mención expresa a lo largo del citado decreto al criterio de efectividad de tales prestaciones.

⁷¹ En Bolivia son especialmente graves los problemas de salud de la población infantil como consecuencia de las enfermedades respiratorias, distintos grado de desnutrición, frecuentes infecciones en niños de familias pobres, y muertes por enfermedades prevenibles. Por otra parte, las complicaciones del embarazo y del parto y las complicaciones por abortos (cuya tasa es una de las más altas del mundo) dejan huérfanos a cerca de 3000 niños cada año en un país con una de las tasas más altas de fecundidad (4,8 hijos por mujer, que superan la media de América Latina). Más del 50% de las embarazadas presenta anemia y otros signos de desnutrición. Con relación a los problemas de salud de la población general, la malaria y la tuberculosis continúan en aumento, y el cólera se ha convertido en una enfermedad endémica (Bolivia, Ministerio de Salud y Previsión Social, 1998).

⁷² Bolivia, Presidencia de la República, Fondos Locales Compensatorios de Salud, Decreto Supremo No. 24303.

⁷³ Estos fondos cubrirán los costos de medicamentos e insumos (excluyendo vacunas, jeringas y otros insumos esenciales provistos por el nivel central), los de reposición de materiales, consulta externa, hospitalización, exploraciones diagnósticas auxiliares, visita domiciliaria, así como los de viáticos y carburantes para la atención de comunidades rurales sin servicios de salud y el del transporte de pacientes en casos de emergencia obstétrica.

Los gobiernos municipales reembolsan (a las tarifas establecidas) el importe de las prestaciones efectuadas a los establecimientos públicos y de la seguridad social mediante transferencias de recursos financieros. Para garantizar el financiamiento y la operación del Seguro Básico de Salud, el Ministerio de Salud y Previsión Social, las cajas de salud, las prefecturas departamentales y los gobiernos municipales programarán los recursos necesarios en sus planes operativos y presupuestos anuales (Bolivia, Presidencia de la República, Decreto Supremo No. 25265, 1998).

ANEXO III.

ASPECTOS TÉCNICOS EN LA SELECCIÓN DE OPCIONES

Un problema de decisión al que a menudo se enfrentan los responsables de la salud es el de seleccionar una o varias opciones de entre todas las técnicamente posibles para maximizar las ganancias en salud dado un presupuesto de salud.

A-III.1. Opciones no excluyentes

Supongamos, en un primer análisis, que las tecnologías o programas objeto de ordenación no son excluyentes. Es decir, se trata de tecnologías destinadas a solucionar distintos tipos de problemas, por lo cual no existe razón alguna para tener que elegir entre una u otra, excepto la limitación de recursos. Un programa de prevención del sida, el trasplante hepático y la vacunación contra la gripe serían ejemplos de opciones no excluyentes. Diversos tratamientos farmacológicos para la hipertensión arterial constituye un ejemplo de opciones excluyentes. Lo que caracteriza a las opciones como excluyentes es que no tenga sentido aplicar simultáneamente más de una, independientemente de si los recursos son limitados o no.

Inicialmente, a efectos de esta sección, supondremos que las opciones son independientes, esto es, la efectividad o el costo de una de ellas no se modifica si se aplica a la otra. Dicho de otra manera, los efectos de una intervención no dependen del contenido final del conjunto de prestaciones. Por el contrario, nos referimos a opciones dependientes cuando, por ejemplo, la efectividad de los programas de prevención cardiovascular podría estar condicionada por la indicación simultánea de terapias antitabáquicas, la reducción de la colesterolemia o el control de la hipertensión arterial.

En el caso de tecnologías no excluyentes, si se acepta el objetivo de maximizar la efectividad total (por ejemplo, el número de AVAC ganados), la priorización de los programas se realiza en función del menor costo por unidad de efectividad (RCE) de cada programa, es decir, del costo por AVAC ganado o, inversamente, por su mayor efectividad por unidad de costo (el total de AVAC ganados por unidad monetaria de costo).

El procedimiento de ordenación se puede resumir en una secuencia relativamente sencilla de pasos:

- 1) Se calcula la razón costo-efectividad (RCE), definida como la relación entre el costo y la ganancia en salud asociada para cada una de las intervenciones objeto de evaluación.
- 2) Se ordenan los programas en sentido decreciente, de menor a mayor RCE.
- 3) Por último, siguiendo la ordenación anterior, se asigna el presupuesto de forma secuencial a cada una de las intervenciones hasta agotarlo.

El contenido del conjunto de prestaciones de salud estará así integrado por las intervenciones más eficientes (con un costo menor por unidad de efectividad) y el total de recursos disponibles determinará la amplitud de dicho conjunto de prestaciones. Este procedimiento garantiza que se maximice el valor agregado de la medida de efectividad, por ejemplo, AVAC ganados con los recursos disponibles en cada caso.

El proceso de decisión descrito es equivalente a minimizar los recursos necesarios para obtener un resultado de salud. El problema dual puede por tanto plantearse como maximización de los beneficios en salud dada una restricción presupuestaria, o bien como minimización de los costos de obtención de un determinado resultado de salud. Ambas aproximaciones son idénticas y, aunque en principio parece más lógico pensar como maximización de las ganancias en salud, determinadas decisiones de política de salud pueden requerir invertir el método de optimización: alcanzar un resultado de salud al mínimo costo.

El procedimiento de ordenación descrito es el utilizado generalmente en los estudios de evaluación de tecnologías médicas. Sin embargo, destacados autores han mostrado cómo la simple comparación de las razones costo-efectividad no permite obtener resultados concluyentes cuando entre el conjunto de tecnologías que pueden incluirse en un conjunto de prestaciones, alguna o todas ellas, son excluyentes (Weinstein, 1990; Karlsson, Johannesson, 1996; Drummond, et al., 1997). Para abordar este problema, se analizará en primer lugar el supuesto más sencillo para seleccionar una de entre un conjunto de tecnologías excluyentes.

A-III.2. Opciones excluyentes

En la práctica clínica, es habitual que existan distintas tecnologías médicas para diagnosticar o tratar una misma enfermedad, por ejemplo, el tratamiento con medicamentos o mediante intervención quirúrgica. En este caso, no tiene sentido prescribir ambas alternativas.

En la situación de tecnologías excluyentes, el objetivo de la priorización sigue siendo la maximización del resultado de salud dada una disposición de recursos. Sin embargo, si el costo y la efectividad de una tecnología sustitutiva son mayores que la razón costo-efectividad de la ya disponible, no se puede concluir cuál de las dos es más costo-efectiva. En este caso, la regla de decisión, entre alternativas excluyentes, será la diferencia entre el costo y las ganancias en salud obtenidas con ambas intervenciones; la razón costo-efectividad incremental, es decir, la relación entre los costos adicionales por unidad de beneficio adicional en salud de una y otra intervención.

Siguiendo a autores significados como Kamlet (1992) y Karlsson y Johannesson, (1996), se el modelo de ordenación entre intervenciones mutuamente excluyentes se puede resumir en los siguientes pasos.

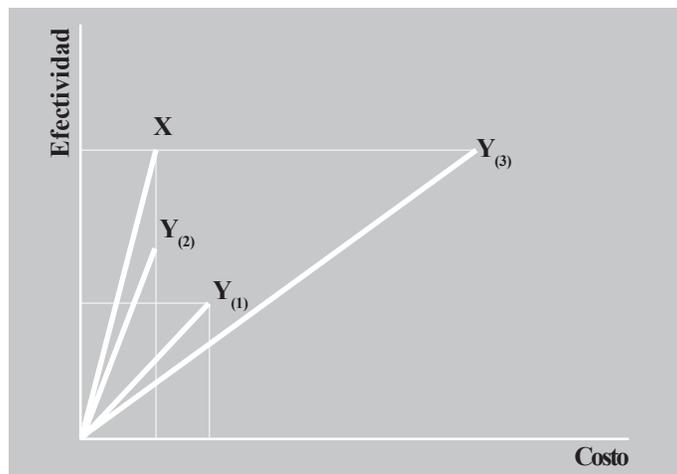
- 1) Las intervenciones se ordenan en razón del costo, desde la intervención menos costosa a la más costosa. Si dos intervenciones tienen el mismo costo, en la ordenación primero se incluye la que tenga asociada menor efectividad.
- 2) De la lista ordenada se excluye cualquier intervención cuyo costo sea mayor o igual que el de la intervención inmediatamente anterior y tenga menor efectividad.
- 3) Se calcula la RCE incremental ($RCE\Delta$) de las intervenciones resultantes, que es el cociente entre el incremento del costo y el incremento de efectividad de cada intervención respecto a la inmediatamente anterior, es decir, $RCE\Delta = \Delta C / \Delta Q = (C_{i+1} - C_i) / (Q_{i+1} - Q_i)$ ⁷⁴
- 4) Finalmente, se elimina de la lista cualquier intervención cuya razón RCE incremental sea mayor que la de la intervención inmediatamente posterior.

De modo que, de acuerdo con el modelo descrito, lo que se hace básicamente es ir descartando aquellas intervenciones que son dominadas por otras. Se dice que existe dominancia costo-efectividad fuerte cuando una intervención no es inferior a la otra en ninguna de las dos dimensiones —costo y efectividad— y es superior en una de ellas. Dicho de otra manera, cuesta menos o igual y las ganancias en salud son iguales o mayores. Formulando de otro modo, se afirma que X domina a Y si:

- 1) la efectividad de X es mayor que la de $Y_{(1)}$ y el costo de X es menor que el de $Y_{(1)}$ o,
- 2) la efectividad de X es mayor que la de $Y_{(2)}$ y el costo de X es igual que el de $Y_{(2)}$ o,
- 3) la efectividad de X es igual que la de $Y_{(3)}$ y el costo de X es menor que el de $Y_{(3)}$.

En el siguiente gráfico se representan gráficamente estas condiciones.

Gráfico 1

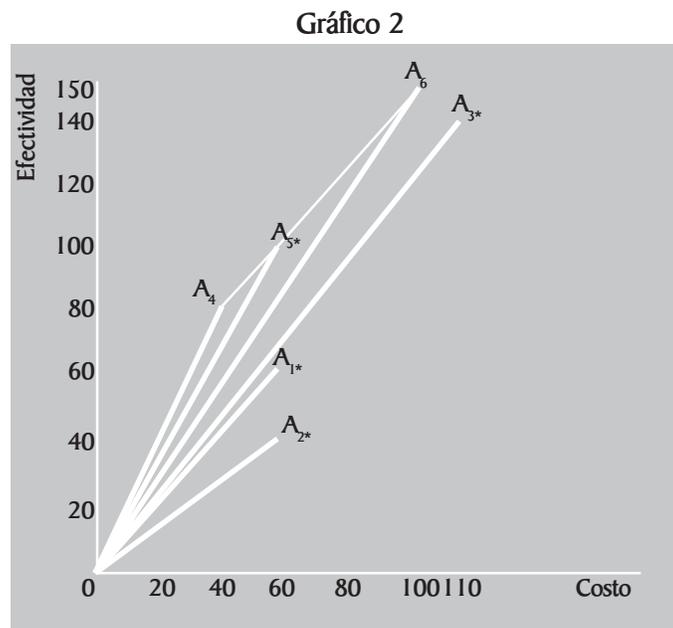


⁷⁴ En el caso de la primera tecnología incluida en la lista, ésta se compara con respecto a la situación de no existencia de la intervención objeto de evaluación.

Con independencia de cuál sea el presupuesto disponible, la alternativa dominada (dominancia fuerte) nunca será seleccionada de acuerdo con criterios de costo-efectividad.

En el segundo paso del proceso se eliminan las intervenciones dominadas. Dicho de otro modo, se reduce la lista inicial de intervenciones en salud elegibles a aquellas que, en orden decreciente, cuestan más y reportan mayores beneficios en salud.

En el cuarto paso del modelo de ordenación se eliminan las intervenciones que presentan dominancia débil, es decir, que tienen mayor costo y mayor efectividad que las anteriores y menor costo y menor efectividad que las posteriores, pero su RCE incremental es más alta que la de la intervención inmediatamente posterior. La aplicación del criterio de dominancia débil para eliminar intervenciones requiere, en principio, que las intervenciones no eliminadas sean divisibles, es decir, que sea posible asignar cualquier cantidad de recursos a dicha intervención, por ejemplo, reduciendo el número de beneficiarios potenciales. El conjunto de intervenciones resultante es el conjunto de intervenciones costo-efectivas. Su representación gráfica es la siguiente.



A título ilustrativo, supongamos el conjunto de intervenciones mutuamente excluyentes A_1, \dots, A_6 como el conjunto de las tecnologías médicas que podrían incluirse en el conjunto de prestaciones. Las tecnologías que pueden incluirse son las especificadas en el cuadro 1 en razón de su costo y efectividad, expresada ésta como AVAC ganados.

De acuerdo con el primer paso del modelo, la ordenación en sentido decreciente será la recogida en la cuarta columna del cuadro 1. La intervención A_6 *domina fuertemente* a la A_3 , dado que su costo es menor y su efectividad, mayor. La intervención A_2 es dominada por la A_1 , cuyo costo es igual y el número de AVAC ganados, mayor. Por tanto, la intervención A_2

no se incluiría en el análisis incremental. Por la misma razón, la intervención A_1 es dominada por la A_5 .

Las intervenciones marcadas con un asterisco son dominadas según la razón de costo-efectividad: A_{2*} , A_{1*} y A_{3*} .

Cuadro 1: Ejemplo de ordenación de intervenciones

Intervenciones en salud	Costo	AVAC	Intervenciones en salud	Costo	AVAC
A_1	60	60	A_4	40	80
A_2	60	40	A_{2*}	60	40
A_3	110	140	A_{1*}	60	60
A_4	40	80	A_5	60	100
A_5	60	100	A_6	100	150
A_6	100	150	A_{3*}	110	140

Las intervenciones marcadas con un asterisco (*) son dominadas según la razón de costo-efectividad: A_{2*} , A_{1*} y A_{3*} .

Una vez eliminadas las intervenciones dominadas, el conjunto que se evalúa según la razón costo-efectividad se recoge en el cuadro 2.

Cuadro 2: Ejemplo de conjunto de intervenciones evaluadas

Intervenciones en salud	C/E incremental	Costo	AVAC
A_4	0,5	40	80
A_{5*}	1,0	60	100
A_6	0,8	100	150

La intervención marcada con un asterisco (*) es dominada según la razón costo-efectividad incremental: A_{5*} .

Se ha señalado que un tratamiento puede ser *dominado débilmente* por otro cuando su RCE es mayor que la del siguiente tratamiento más costo-efectivo (Karlsson and Johannesson, 1996). La idea de la dominancia débil traduce que la efectividad se consigue a un costo marginal más alto del que es posible con una intervención alternativa. De acuerdo con el paso 4 del modelo, en el siguiente ejemplo la intervención A_5 es dominada por A_6 cuya razón costo-efectividad incremental es menor. En definitiva, la intervención seleccionada, según el costo adicional de cada unidad de efectividad adicional obtenida, será la A_4 , (cuadro 3).

Cuadro 3: Ejemplo de intervenciones dominadas

Intervenciones en salud	C/E incremental	Costo	AVAC
A ₄	0,5	40	80
A ₆	0,8	100	150

Supóngase que el presupuesto disponible para la financiación del conjunto de prestaciones de tecnologías médicas es de 100 unidades monetarias. En ese caso, la intervención A₆ podría ser financiada, obteniéndose como resultado una mayor efectividad (el número de AVAC ganados sería 150 frente a los 80 de la intervención A₄). Sin embargo, ésta no sería necesariamente una asignación que maximizara el resultado de salud al mínimo costo.

Dicho de otro modo, la relación costo-efectividad no garantiza, en el caso de tecnologías excluyentes, una asignación eficiente de los recursos. Aún cuando financieramente fuera factible incluir en el conjunto de prestaciones intervenciones como la A₆, que maximizan el resultado en salud, es preciso tener en cuenta si las ganancias adicionales son suficientes para compensar los costos adicionales de un empleo alternativo de los recursos. Priorizar considerando únicamente los costos y la efectividad de una tecnología supone obviar las ganancias en salud que podrían derivarse de una distribución alternativa de los recursos, es decir los costos de oportunidad. El costo de oportunidad asociado a la financiación de una intervención como A₆ es el resultado en salud que podríamos obtener en el mejor empleo alternativo de los recursos liberados (60 unidades monetarias) al seleccionar la intervención A₄.

Por último, es preciso subrayar que, en el análisis costo-efectividad incremental de la primera intervención, en la lista ordenada de menor a mayor costo, (en el ejemplo, la intervención A₄) de acuerdo con el tercer paso del modelo, esta intervención se compara con la opción de ausencia total de intervenciones —ausencia de una intervención explícita con la cual se pueda hacer una comparación— y, por ello, se asume que el costo y la efectividad de la intervención alternativa son cero. Esto no ha de ser necesariamente cierto. Es decir, incluso cuando no existiera ninguna intervención, pueden existir costos (no vacunar a la población tiene un costo: el asociado, por ejemplo, con los efectos sobre *terceras* personas si se contagiaran). Idealmente, se deberían calcular estos costos y evaluar la RCE incremental de la primera intervención menos costo-efectiva respecto a estos costos.

A-III.3. Selección de opciones excluyentes y no excluyentes

Para considerar en el análisis una situación más realista, en este apartado se plantea la definición del conjunto de prestaciones en un contexto de decisión entre tecnologías que pueden ser o no mutuamente excluyentes. No obstante, se supone que las tecnologías son independientes, es decir, que la efectividad y el costo de cada una de ellas no varía por el hecho de que se esté aplicando alguna de las demás. La posibilidad de interacción entre las tecnologías se aborda más adelante.

A continuación, con un ejemplo muy sencillo se analiza el contenido del conjunto de prestaciones que podría resultar de la evaluación de intervenciones médicas de acuerdo con criterios de costo-efectividad.

Supóngase que los recursos disponibles para definir un conjunto de prestaciones fueran 272 unidades monetarias, que se distribuirían según se detalla en el cuadro 4 entre las intervenciones A, B, C₁ y D, donde las intervenciones C₁ y C₂ son excluyentes. El resultado sobre la salud, cuantificado como número de AVAC ganados, sería 232 AVAC.

Cuadro 4: Ejemplo de análisis del contenido de un conjunto de prestaciones

Intervenciones en salud	Costo	AVAC	RCE	Costo acumulado		AVAC acumulados	
A	64	128	0,5	64	64	128	128
B	64	64	1	128	128	192	192
C ₁	16	8	2	144	-	200	-
D	128	32	4	272	256	232	224
C ₂	128	16	8	-	384	-	240
E	128	8	16	400	512	240	-

Siguiendo el mismo procedimiento, se comprueba cuál hubiera sido el contenido del conjunto de prestaciones si el presupuesto en salud hubiera alcanzado las 400 unidades monetarias. Imagínese, por ejemplo, que se dispone de una dotación extraordinaria de recursos tal que permite ampliar el contenido del conjunto de prestaciones. En este último caso, lo eficiente sería distribuir los recursos disponibles entre las intervenciones A, B, D y C₂. El costo de la aplicación de este conjunto de prestaciones sería de 384 unidades monetarias y el número de AVAC ganados, de 240.

Ahora bien, como las intervenciones C₁ y C₂ son excluyentes, de acuerdo con el objetivo de maximización del número de AVAC ganados, el contenido final del conjunto de prestaciones estará integrado por las intervenciones A, B, C₁, D, y E, con un costo de 400 unidades monetarias y de 240 AVAC ganados. Sin embargo, el conjunto de prestaciones que maximiza las ganancias en salud al mínimo costo es el integrado por las intervenciones A, B, D y C₂.

A-III.3.1. Independencia de los programas

Un problema que se plantea al ordenar programas según la RCE es la posible dependencia que pueda existir entre ellos. Supóngase, a modo de ejemplo, el caso de programas para prevenir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (PEC): campañas antitabáquicas, promoción de dietas bajas en colesterol, detección y tratamiento de dislipemias, detección y tratamiento de la hipertensión, etc. Para considerar su posible inclusión en un conjunto de prestaciones, se debería determinar cuál es la más costo-efectiva (más eficiente) de todas estas intervenciones, analizándolas todas respecto a la opción de referencia *no intervención*.

El programa PEC más costo-efectivo se incorporaría al conjunto de prestaciones en función de su posición en la ordenación según la RCE de todos los programas.

Sin embargo, para determinar la posible incorporación al conjunto de prestaciones de los restantes programas PEC sería preciso volver a calcular su RCE, teniendo en cuenta que su efectividad y su costo y, consecuentemente su RCE, serán posiblemente distintos —previsiblemente menores— como consecuencia de que ya habría un programa de prevención. De nuevo, el programa PEC con mejor RCE (menor costo por unidad de efectividad) sería el candidato a ser incorporado al conjunto de prestaciones en función del valor de la nueva RCE. El proceso se debería ir repitiendo sucesivamente hasta haber evaluado todos los programas PEC o hasta haber agotado el presupuesto.

En el ejemplo anterior se ha supuesto que la RCE de los programas PEC disminuiría cuanto más programas PEC hubiesen sido previamente incluidos en el conjunto de prestaciones. El procedimiento se complicaría en el caso de que la RCE mejorase. Esto podría darse, por ejemplo, si los costos de aplicar varios programas también fuesen interdependientes y decrecientes. Imagínese que el médico de atención primaria da consejo antitabáquico y dietético y trata la dislipemia y la hipertensión en un mismo acto médico. Sin duda, el costo de la visita con todas estas intervenciones es menor que la suma de cuatro visitas, cada una con una única intervención.

En algunas circunstancias se podrá abordar este problema considerando y evaluando la intervención múltiple como una estrategia más, que es excluyente respecto a las cuatro estrategias individuales, aunque éstas no lo sean entre sí.

A-III.3.2. La medida de los beneficios en salud: años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), calidad de vida (AVAC) y disposición a pagar por un servicio de salud⁷⁵

La forma de medir los beneficios en salud es un aspecto clave de la evaluación económica. Las distintas formas de análisis (ACE, ACU, ACB, ACC y AMC) se definen precisamente por el modo como enfocan la medida de los efectos sobre la salud de los programas o tecnologías evaluados, ya sea en unidades de efectividad, utilidad, beneficio cuantificado en unidades monetarias o costos.

A la hora de elegir una medida hay que tener en cuenta los objetivos de la evaluación y los criterios relevantes para la toma de decisiones.

⁷⁵ Este apartado se centra en las dificultades y críticas metodológicas al AVAD como medida del resultado en salud, dado que las cuestiones relativas a la estimación de la carga de la enfermedad de acuerdo con este indicador se realizaron en el epígrafe IV.1.4.

- 1) En primer lugar hay que determinar qué se quiere medir, es decir, cómo se definen los beneficios. ¿Se limitarán a los efectos sobre el estado de salud en un sentido estricto (movilidad, dolor, autonomía, supervivencia, angustia) al estilo de medidas como el EuroQol, el SF-36 o el Perfil de Salud de Nottingham o se incluirá un espectro más amplio de dimensiones tales como las preferencias del paciente por un tipo de tratamiento —utilidad de proceso—? ¿Se tendrán en cuenta únicamente los efectos sobre el paciente o sobre quien recibe los beneficios directos o también los efectos sobre otras personas (externalidades) como, por ejemplo, la angustia de los familiares y cuidadores? En cualquier caso, una pregunta no resuelta es ¿quién decidirá sobre estas cuestiones?
- 2) Un segundo aspecto es el de la valoración de los efectos. De nuevo se ha de plantear quién o quiénes serán los jueces en esta valoración: ¿los propios pacientes, un grupo de expertos o una muestra representativa de la población?

Cuando ya se ha decidido el contenido de los beneficios, se puede juzgar la validez y sensibilidad de un instrumento o enfoque metodológico determinado.

En los procedimientos de ordenación basados en la eficiencia, el peso que se le quiera dar a las preferencias de los pacientes es un punto crucial. Si se acepta la total soberanía del consumidor —juicio normativo que sostiene que cada individuo es el mejor juez de lo que le conviene—, no tendría sentido definir un conjunto de prestaciones ni ninguna subvención en especie. En última instancia no tendría probablemente sentido un sistema de salud público, excepto para bienes públicos o para bienes con externalidades cuyos efectos sobre terceros no es viable internalizar. A los efectos de la equidad y la eficiencia sería preferible limitarse a redistribuir renta y dejar que cada individuo decidiese en qué quiere gastarla.

En un nivel algo inferior de priorización de las preferencias individuales se encontraría la alternativa de establecer un bono de salud que el individuo pudiese utilizar exclusivamente para adquirir bienes de salud. En la práctica, esto podría instrumentalizarse por medio de un sistema de seguro en el cual el individuo pudiese elegir entre los conjuntos de prestaciones que le ofreciesen las distintas aseguradoras. Una forma de limitar más las preferencias individuales sería que la autoridad de salud definiese el conjunto de servicios que el individuo puede elegir o bien que una parte del conjunto de prestaciones viniese impuesto por la autoridad de salud.

Evidentemente, el establecimiento de un conjunto de prestaciones obligatorio implica que no se consideran, en principio, las preferencias de cada usuario individual. Sin embargo, el procedimiento para determinar el conjunto de prestaciones puede incorporar las preferencias de los usuarios (pacientes) por los beneficios en salud. Una forma de acometerlo es mediante la participación colectiva de los beneficiarios o ciudadanos en la selección de las intervenciones del conjunto de prestaciones o en la determinación de los criterios para seleccionarlas. Otra posibilidad es considerar la participación de los usuarios en la selección de la medida de los beneficios en salud con la cual se priorizarán posteriormente las intervenciones del conjunto de prestaciones.

Alternativamente, constituye una práctica habitual utilizar expertos o personas significadas en lugar de población general en el proceso participativo de decisión. La ventaja de este

último enfoque es la mayor facilidad de los expertos para comprender los efectos de los programas que se han de seleccionar. No obstante, es muy posible que sus preferencias y valores no representen los de la población —beneficiarios del CP—.

En el contexto de la elaboración de un conjunto de prestaciones, la medida utilizada ha de ser común a todos los programas objeto de ordenación. Esto exige que los efectos sobre la salud se expresen con medidas tipo AVAC o AVAD ganados o como valoraciones monetarias de los beneficios (disposición a pagar por diferentes prestaciones o programas de salud). Las medidas o indicadores de efectividad más restringidos, como la carga de la enfermedad, sólo servirían para establecer prioridades entre opciones excluyentes, es decir, para seleccionar la técnica más eficiente para satisfacer una necesidad determinada o para ordenar subconjuntos de programas no excluyentes, cuyos beneficios puedan captarse correctamente con el indicador elegido.

El indicador de resultado expresado en AVAC o AVAD supone en último término que la salud se compone de dos dimensiones (duración y calidad de la vida relacionada con la salud), que pueden combinarse en una medida única. La calidad de vida se suele expresar en un número comprendido entre 0 (el peor estado de salud imaginable) y 1 (el mejor estado de salud imaginable). Los valores que incluye esta escala normalizada reflejan la calidad de vida de los distintos estados de salud y permiten combinar mejoras en la morbilidad con mejoras en la mortalidad en una única medida (Torrance, 1986).

Un AVAC es el resultado de multiplicar un año de vida por el valor (utilidad) asignado por los individuos a un determinado estado de salud. La utilidad representa la preferencia relativa de los individuos entre dos o más estados de salud.⁷⁶ La lógica del AVAC es que un año en un estado de salud perfecto equivale a cuatro años con una calidad de vida valorada en 0.25 o a dos años con una calidad de vida valorada en 0.5.

Existen diversos métodos para valorar la calidad de vida. En todos ellos se parte de un conjunto de dimensiones de salud cuya combinación define todos los estados de salud posibles. La valoración se lleva a cabo mediante diversas técnicas: las más habituales son la escala analógica, el juego estándar y la equivalencia temporal.

Como se indicó en el análisis de los AVAD, como medida de la salud aplicada en el WDR, la cuestión sigue siendo quién debe definir las dimensiones relevantes del estado de salud, la medida de dichas dimensiones y su valoración relativa. Las medidas basadas en los años de vida ajustados por discapacidad o calidad de vida requieren que un conjunto de *jueces* expresen explícitamente sus preferencias relativas por los estados de salud. Lo razonable es que sean los beneficiarios del sistema los que hagan estos juicios de valor, sin perjuicio de que el proceso esté supervisado por técnicos. Indudablemente, los deseos o las preferencias entre tecnologías/prestaciones han de definirse a partir de muestras con

⁷⁶ Los AVAC representan las preferencias por los estados de salud si la utilidad de la calidad de vida es independiente de la utilidad de la cantidad de vida, si el individuo está dispuesto a intercambiar una proporción constante de años de vida a cambio de una mejora en salud, y si es neutral al riesgo respecto a los años de vida (Plinskin et al., 1980)

representatividad social suficiente, y a sabiendas del riesgo que se corre en caso contrario de que las prioridades definidas por grupos no representativos se impongan a las del resto de beneficiarios.

La ventaja de un indicador como los AVAC es que siempre es posible comparar los programas/prestaciones de salud objeto de priorización. Además, la filosofía de este método está en consonancia con el proceso de toma de decisiones de planificación y gestión de salud, por lo cual aumenta la sintonía entre los agentes implicados en la toma de decisiones al tiempo que elude la cuantificación en unidades monetarias de los beneficios en salud propia del ACB.

El enfoque de los AVAC permite incorporar dimensiones adicionales a la valoración estricta de los beneficios en salud, relacionadas, por ejemplo, con quién recibe esos beneficios —consideraciones de equidad interpersonal—, en qué momento del ciclo de la vida de un individuo se produce el beneficio, etc. Todo lo que se requiere es un procedimiento validado para cuantificar estas dimensiones e incorporarlas al valor del AVAC. Son precisamente las cuestiones relativas a la comparabilidad interpersonal y a la agregación de preferencias individuales en una medida de bienestar social —función de bienestar social— las más controvertidas respecto a los mencionados juicios de valor intrínsecos a su aplicación como medida de decisión. El principio que subyace a este indicador es que todos los años de vida ganados tienen el mismo valor, con independencia de la edad, la conducta del individuo o la gravedad de la enfermedad. El objetivo es maximizar el número de AVAC ganados al margen de quién gane dichos años. Es igual que un individuo gane veinte AVAC o que veinte individuos ganen un AVAC cada uno.

Los AVAD propuestos por Murray y López (1994), que pueden considerarse una modalidad de los AVAC, se desarrollaron inicialmente para medir lo que se denomina la carga que una enfermedad o factor de riesgo supone para el sistema de salud. Un AVAD es un indicador del tiempo vivido con discapacidad así como del tiempo perdido, expresado en años de vida, debido a muerte prematura. El número de años de vida perdidos por discapacidad se obtiene multiplicando la duración estimada de vida por un coeficiente de gravedad. La idea es que la reducción de los AVAD como resultado de una intervención se utilice como medida de su efectividad.

Uno de los aspectos más controvertidos en la estimación de los AVAD, como medida de los beneficios de los servicios de salud, en general, y como medida de la carga de la enfermedad, en particular, es la determinación de los años de vida perdidos en caso de fallecimiento. Los años de vida perdidos se calculan considerando la *máxima* esperanza de vida que tendría el individuo de una determinada edad y sexo —en el caso del WDR la esperanza de vida considerada fue la de Japón—. Este enfoque, defendido sobre la base de criterios de equidad, supone obviar la causa de muerte, las diferencias en la esperanza de vida entre países y otros determinantes de la supervivencia. Su aplicación implicaría, por ejemplo, que a un individuo con cáncer terminal al que se le administra con éxito un tratamiento para reducir la mortalidad por shock séptico se le asignarían un número de años de vida ganados incontestablemente superior a la supervivencia real. Al igual que se señaló en el caso de los AVAC, el valor de veinte años perdidos por la muerte de una persona es igual que el de un año perdido por veinte personas.

Por otra parte, los AVAD se limitan al análisis de un conjunto de estados de salud, del total de estados posibles, para evaluar la discapacidad —en el WDR se consideraron tan sólo seis clases de discapacidad definidas entre salud perfecta y muerte, cuya valoración la llevó a cabo un grupo de expertos internacionales—. Se considera que estas valoraciones deben ser realizadas localmente por miembros de la comunidad a la cual irán dirigidos los servicios seleccionados. No obstante, ello exige llevar a cabo estudios costosos y prolongados que no siempre es posible realizar.

Los AVAD constituyen, en definitiva, una primera aproximación de más fácil disponibilidad y de estimación menos costosa que las medidas alternativas señaladas. A pesar de sus limitaciones, constituyen una medida del resultado de salud más relevante que medidas teóricamente más objetivas, como las muertes pospuestas o los años de vida ganados sin ajustar.

Como medida alternativa a las tradicionales del ACE o del ACU, el establecimiento de prioridades de salud a partir de la disposición a pagar por éstas goza de una legitimidad teórica, basada en los fundamentos del ACB, indiscutible. El principal valor añadido del método de valoración contingente —disposición a pagar por un tratamiento o programa de salud— es que al expresar todos los efectos (sobre los recursos y sobre la salud) en unidades cuantificables permite comparar programas y evaluar la eficiencia de la asignación de recursos frente a otras alternativas. La regla de decisión es elegir aquel programa cuyo beneficio neto sea mayor, aumentando así el bienestar social. De este modo y desde el punto de vista de la soberanía del consumidor este método resulta claramente superior a los métodos de valoración de AVAC o AVAD tradicionales (Olsen, 1997). Empero, es cierto que las posibilidades de generalización de las preferencias expresadas entre un conjunto determinado de prestaciones son menores.

Otra ventaja de este método es que su aplicación no ha de restringirse a los atributos de calidad y cantidad de vida, sino que puede incorporar atributos del programa de salud como la calidad de la atención, el trato prestado por el personal de salud, los tiempos de espera para recibir la atención, etc. Ahora bien, esta técnica requiere todavía de un mayor desarrollo empírico, dadas las dificultades para cuantificar determinados efectos (intangibles), así como las reticencias cognitivas que genera la cuantificación en unidades monetarias de la salud. Por otra parte, el costo asociado al diseño y a la realización de tales estudios puede resultar prohibitivo en determinados contextos.

La definición de un conjunto de prestaciones de salud es un instrumento que puede contribuir a alcanzar diversos objetivos de la política de salud: equidad, eficiencia, seguridad jurídica, participación social, suficiencia financiera y control del gasto entre otros. El diseño y aplicación de un conjunto de prestaciones debe tener en cuenta tanto los objetivos de la política de salud, como el contexto y las características del sistema de salud en que se diseña y aplica.

Este libro pretende ser una guía para que los gestores y planificadores aborden el proceso de definición y aplicación de un conjunto de prestaciones. En primer lugar, define un marco teórico y conceptual que fundamenta y justifica la utilidad y el papel que desempeña el conjunto de prestaciones, así como sus limitaciones. Por otra parte, describe y analiza algunas experiencias internacionales en la definición y la aplicación de un conjunto de prestaciones. Finalmente, propone y desarrolla unos lineamientos metodológicos para diseñar y aplicar un conjunto de prestaciones. Estos lineamientos abarcan la definición de los objetivos y la población beneficiaria así como los criterios de priorización de las prestaciones elegibles, el costo de la prestación de los servicios incluidos en el conjunto de prestaciones y los recursos necesarios para garantizar dicha prestación. Además, la aplicación de estos lineamientos permite la concreción de un procedimiento de ordenación homogéneo, objetivo, evaluable y revisable.

Se espera que este libro ayude a la toma de decisiones en un tema de tanta importancia para el desempeño de los sistemas de salud.

