

¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. Informe SESPAS 2008

Fernando I. Sánchez Martínez / José María Abellán Perpiñán / Jorge E. Martínez Pérez
Universidad de Murcia, Murcia, España.

(How should health and healthcare priorities be set and evaluated? Prioritization methods and regional disparities)

Resumen

El establecimiento de prioridades es una tarea ineludible en el ámbito sanitario, donde se manifiesta como en pocos otros el conflicto entre recursos escasos y necesidades ilimitadas. Puesto que el loable objetivo de llevar a la práctica cualquier intervención que mejore la salud de la población deviene en utopía al confrontarse con la restricción presupuestaria, resulta impostergable decidir qué problemas de salud son los más relevantes para la sociedad, cuáles son las tecnologías sanitarias más eficientes en términos de su coste-efectividad y qué pacientes merecen ser tratados en primer lugar teniendo en cuenta aspectos de equidad y de eficiencia. En este trabajo revisamos la cuestión del establecimiento de prioridades en salud y servicios sanitarios a la luz de la experiencia nacional e internacional. El asunto se aborda en tres niveles: el nivel macro, relativo a los procesos de planificación estratégica, identificación de áreas prioritarias y selección de líneas de intervención en salud; el nivel meso, en el que ubicamos la incorporación del coste-efectividad a la elaboración de guías de práctica clínica, y el nivel micro, en el que se trata la cuestión de cómo diseñar sistemas de gestión de listas de espera que vayan más allá del criterio único de «anti-güedad» en la lista como criterio de prioridad.

En cada uno de estos niveles de actuación es largo aún el camino que queda por transitar a los servicios de salud regionales, si bien se han producido algunos avances y se puede constatar una cierta heterogeneidad entre comunidades autónomas por lo que se refiere a la magnitud del trecho ya recorrido. Las iniciativas emprendidas por algunos servicios de salud autonómicos, junto con la experiencia internacional, deben constituir un referente para la definitiva incorporación de nuevos enfoques en la fijación de prioridades en el conjunto del sistema sanitario español.

Palabras clave: Prioridades en salud. Racionamiento de servicios sanitarios. Evaluación económica. Listas de espera.

Abstract

The conflict between scarce resources and unlimited needs is perhaps more prominent in the healthcare sector than in any other areas. Thus, setting priorities in health care emerges as an unavoidable task. The laudable aim of adopting any health technology that improves the population's health is impossible when confronted by budgetary constraints. Therefore, the outstanding health problems of a society and the most efficient health technologies in terms of their cost-effectiveness must be identified and patients must be prioritized, bearing in mind aspects of equity and efficiency.

The present article reviews the issue of setting health care priorities by examining the experiences that have been put into practice in Spain and abroad. The problem is analyzed at three levels: the "macro" level (strategic planning, identification of higher priority areas and the selection of health care interventions); the "meso" level (incorporation of cost-effectiveness analyses into clinical practice guidelines), and the "micro" level (how to design priority systems for patients on waiting lists based on clinical and social criteria).

In all these levels, there is substantial heterogeneity between Spanish regional health services, the steps that need to be taken and the ground that needs to be covered. Thus, we suggest that the first steps that some regional health services have made, together with international initiatives, could serve as a reference for the definitive incorporation of new approaches in priority setting in the Spanish health system as a whole.

Key words: Health priorities. Health care rationing. Economic evaluation. Waiting lists.

Ideas clave

- El uso eficiente de los recursos para la salud exige un enfoque estratégico basado en criterios explícitos para establecer prioridades.
- La identificación y la selección de criterios de priorización debe ser fruto de la participación y el consenso entre políticos, gestores, profesionales y ciudadanos.
- Otros países han hecho avances significativos en el proceso de establecimiento de prioridades en salud. En España, los planes regionales de salud de las comunidades autónomas han progresado en esta dirección de manera notable. El nivel de formalización y el grado de transparencia y participación es heterogéneo.
- La evaluación económica apenas se incorpora a la toma de decisiones priorizadas sobre nuevas tecnologías sanitarias en la mayoría de los países, con algunas excepciones (Reino Unido, Canadá y Australia). Debería incorporarse paulatinamente por los servicios de salud al proceso de planificación, y sus resultados informar de las recomendaciones de práctica clínica.
- Incorporar a las guías de práctica clínica datos sobre costes y evidencias acerca del coste-efectividad ayudaría a mejorar la eficiencia de la gestión clínica.
- Incluir criterios explícitos en la gestión de listas de espera ha demostrado ser una práctica eficaz en otros países. Los servicios regionales de salud deberían impulsar los sistemas de puntos como complemento a los tiempos de garantía. Sin embargo, la efecti-

vidad de los tiempos de garantía parece estar limitada al corto plazo.

Introducción

Siendo una evidencia irrefutable que ningún sistema sanitario dispondrá jamás de recursos suficientes para atender todas las necesidades sanitarias de su población, el objetivo es identificar los procedimientos, las metodologías y los criterios que permitan seleccionar las intervenciones que maximicen los beneficios de salud, dada la restricción presupuestaria.

Para establecer prioridades en salud cabe recurrir a enfoques diversos¹: la valoración de las necesidades, el análisis marginal, la evaluación económica, los presupuestos por programas o la definición de «catálogos» de prestaciones. Todos ellos tienen ventajas e inconvenientes, pero la transparencia y la corresponsabilidad en el sistema resultan fortalecidas si los criterios son explícitos y se involucra a todos los agentes: políticos, gestores, profesionales, pacientes y ciudadanos.

La identificación y la selección de criterios, y su posterior aplicación al establecimiento de prioridades en salud y servicios sanitarios es un proceso complejo en el que concurren factores clínicos, aspectos económicos, de demanda social, etc. En todo caso, el establecimiento de prioridades es un proceso eminentemente político que, mediante la participación y el consenso, debe alcanzar el equilibrio entre los elementos que lo integran^{2,3}.

Tabla 1. Valores y criterios incorporados a los procesos de establecimiento de prioridades en el ámbito internacional

	Noruega	Suecia	Oregón (Estados Unidos)	Países Bajos	Canadá	Reino Unido	Nueva Zelanda	Dinamarca
<i>Valores del proceso</i>								
Dignidad humana		X						
Solidaridad		X						
Coste-efectividad		X						
Valor para la sociedad			X	X				
Valor individual			X					
Justicia, legitimidad, aceptabilidad	X			X	X			
Equidad	X			X		X	X	
Accesibilidad				X				X
Democracia								X
Cobertura universal			X	X		X	X	
Protección de colectivos especiales			X				X	
<i>Criterios de priorización</i>								
Magnitud				X				
Efectividad	X	X		X	X	X	X	
Eficacia	X	X		X	X		X	X
Gravedad	X	X						
Calidad								X

Fuente: tablas 4 y 5 de Asua y Taboada².

En este capítulo analizamos los procedimientos de fijación de prioridades en tres niveles o ámbitos de decisión. En primer lugar, el nivel macro, que atañe a los procesos de planificación de los objetivos de salud y áreas de intervención prioritarias. En segunda instancia, el nivel meso, donde adquiere relevancia la cuestión de cómo incorporar la evidencia sobre coste-efectividad en las guías de práctica clínica. Por último, el nivel micro, en el que abordamos la utilización de sistemas explícitos de ordenación de pacientes en lista de espera. Se revisará al respecto la experiencia internacional, las orientaciones metodológicas que ofrece la literatura médica, así como las iniciativas emprendidas por los servicios de salud autonómicos, con el fin de identificar las posibles alternativas aplicables al conjunto del sistema sanitario español.

El nivel macro: criterios de priorización de objetivos y áreas de intervención en salud

Métodos y criterios para establecer prioridades en salud: la experiencia internacional

Suele citarse el caso de Oregón como ejercicio pionero de establecimiento de prioridades, cuando lo cierto es que Noruega bien podría reclamar tal título honorífico, pues el informe «Lønning I» se anticipó 2 años a la creación en 1989 de la Health Services Comision⁴. Junto a estas dos experiencias es obligado citar las llevadas a cabo de Suecia, Países Bajos, Canadá, Reino Unido, Nueva Zelanda y Dinamarca, con dos aspectos relevantes: los valores incorporados al proceso de establecimiento de prioridades y los criterios seleccionados (tabla 1).

Por lo que respecta a los valores, la «cobertura universal» y la «equidad» son los citados con mayor frecuencia, en tanto que la «dignidad humana», la «solidaridad» y el «coste-efectividad» otorgan singularidad al proceso sueco. En lo que atañe a los criterios, junto a la «efectividad» y la «eficiencia», presentes en la práctica totalidad de los casos, emergen la «gravidad», la «magnitud» y la «calidad».

Definidos los valores y los criterios, es necesario adoptar instrumentos de priorización, entre los que cabe mencionar los siguientes²: la «parrilla de análisis», el método de Hanlon, el Simplex, el DARE (Decision Alternative Rational Evaluation), el método de ponderación de criterios, el método IOM (Institute of Medicine) y otros métodos estadísticos como el MCDM (Multi-Criteria Decision Making). En España, el más utilizado en la planificación sanitaria es el método de Hanlon, consistente en combinar los valores asignados a 4 componentes del problema –su magnitud (A), su gravidad (B), la eficacia o resolubilidad

Tabla 2. Identificación y priorización de necesidades en los servicios regionales de salud. Disparidades por comunidades autónomas según los resultados de una encuesta

Ítems	n	% ^a
Existencia de un procedimiento formalizado		
Plan de Salud o Plan Integral de Salud	12	75,00
Programa de Salud Pública	11	68,75
Programa de Mejora de Calidad	10	37,50
Programa de Mejora de Gestión	10	31,25
Programa de Evaluación de Tecnologías Sanitarias	8	25,00
Directrices principales		
Morbimortalidad	12	100
Utilización de servicios sanitarios	12	100
Producción de evidencia	10	83,33
Coste de la asistencia	10	83,33
Incorporación y uso de tecnologías	10	83,33
Descenso de la mortalidad	9	75,00
Optimización de la ganancia de salud	7	58,33
Métodos de identificación de problemas de salud		
Revisar la política sanitaria general	12	100
Prioridades políticas	12	100
Revisión de la literatura	12	100
Opinión de expertos	12	100
Demandas de la población hacia el sistema	11	91,67
Criterios de selección		
Gravedad de la enfermedad	11	91,67
Número de personas afectadas	11	91,67
Eficiencia (coste-efectividad)	10	83,33
Efectividad potencial para el paciente	9	75,00
Implicaciones en la política sanitaria	9	75,00
Impacto financiero	7	58,33
Consideraciones sociales y éticas	6	50,00
Naturaleza del procedimiento de priorización		
Explícito y sistemático	7	58,33
Implícito (subjetivo)	5	41,67
Transparente	2	16,67
Contempla el consejo externo	10	83,33
Recoge la visión de los decisores	6	50,00
Contempla la visión de los investigadores	5	41,67

^aLos 5 primeros porcentajes (relativos a la existencia de un procedimiento formalizado) están calculados sobre el total de comunidades autónomas que respondieron a la encuesta (16). Los siguientes se han calculado respecto al total de comunidades autónomas que dijeron disponer de algún tipo de procedimiento formalizado (12).

Fuente: elaboración propia a partir de Asua et al⁷.

(C) y la factibilidad del programa (D) –para calcular una puntuación de prioridad = (A + B) × C × D. La importancia relativa atribuida a cada componente se reflejará en su correspondiente escala de medida y en las ponderaciones que, en su caso, se introducirán en la fórmula.

Tabla 3. Criterios y métodos de priorización de objetivos de salud y áreas de intervención en los planes de salud de algunas comunidades autónomas

	Criterios	Método de agregación	Resultado (áreas prioritarias)
Asturias ⁸	Ganancia de salud/efectividad Carga social Necesidades sentidas por el usuario	Aditivo: 0,49A + 0,28B + 0,23C	1. Cáncer 2. Promoción y educación para la salud 3. Atención sociosanitaria (mayores y discapacitados) 4. Uso abusivo de alcohol 5. Cardiopatía isquémica e ictus 6. Embarazo y atención perinatal 7. Salud mental 8. Demencia y deterioro cognitivo 9. Salud laboral 10. Dolor crónico 11. Uso racional del fármaco 12. Crónicas: hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes mellitus
Baleares ⁹	Incidencia Prevalencia Mortalidad Años potenciales de vida perdidos Minusvalía Dolor Cargas familiares y sociales Impacto económico y social	No consta	1. Enfermedades cardiocerebrovasculares 2. Cáncer 3. Infancia y adolescencia 4. Accidentes y violencia 5. Discapacidad y dependencia
Canarias ¹⁰	Impacto sobre la esperanza de vida y la calidad de vida Vulnerabilidad del problema Factibilidad y eficacia de la intervención Ganancia en años de vida ajustados por calidad Efectividad y coste-efectividad	No consta	1. Cardiopatía isquémica 2. Cáncer 3. Salud mental 4. Diabetes mellitus 5. Envejecimiento
Cataluña ¹¹	A) Magnitud (morbilidad: prevalencia/incidencia) B) Gravedad (mortalidad, años potenciales de vida perdidos, incapacidad y carga social y económica) C) Efectividad (valoración de expertos) D) Potencial de aumento de la esperanza de vida con salud	Método de Hanlon: Puntuación = (A + B) × C × D Magnitud (0-10); gravedad (0-10); efectividad (1-4); ganancia potencial (0,5/1,0/1,5)	Prioridad alta: 1. Cardiovasculares; 2. Salud mental; 3. Cáncer; 4. Accidentes; 5. Diabetes Prioridad media: 6. Tuberculosis; 7. Enfermedades vacunables; 8. Sida; 9. Maternoinfantil; 10. Salud bucodental Prioridad baja: otros 9 problemas de salud

Procedimientos formales de priorización y criterios para fijar prioridades en los planes regionales de salud

Los planes de salud son los documentos en los que quedan reflejados los esfuerzos de las autoridades sanitarias por incorporar metodologías de priorización explícitas en la definición de objetivos y áreas de salud. Todas las comunidades autónomas (CCAA) aprobaron a comienzos de la década de los noventa sus primeros planes de salud, con una duración variable y con diferencias en el nivel de planificación, así como en las materias abordadas. Haciendo nuestro el diagnóstico de los redactores del Plan de Salud de Navarra⁵ se po-

dría resumir el balance de la experiencia reciente en los siguientes logros:

- La introducción generalizada de elementos planificadores en los sistemas sanitarios.
- Una mayor implicación de los servicios asistenciales.
- La formulación de objetivos más acordes con las necesidades reales.
- Una mayor orientación hacia los ciudadanos.
- Una orientación más táctica de los planes.

Además, los planes más actuales asumen las nuevas orientaciones que la Oficina Regional Europea de

Tabla 3 (cont.). Criterios y métodos de priorización de objetivos de salud y áreas de intervención en los planes de salud de las comunidades autónomas

	Criterios	Método de agregación	Resultado (áreas prioritarias)
Galicia ¹²	A) Magnitud B) Gravedad C) Consumo de recursos D) Vulnerabilidad del problema E) Factibilidad F) Opinión de expertos y de la población	Aditivo: $0,13A + 0,25B + 0,06C + 0,27D + 0,19E + 0,10F$ Todos los criterios se puntúan de 0 a 10	1. Enfermedades cardiovasculares 2. Cáncer (pulmón, mama y colorrectal) 3. Diabetes mellitus 4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica 5. Enfermedades transmisibles (sida, enfermedades de transmisión sexual, hepatopatías) 6. Trastornos mentales afectivos 7. Drogodependencias 8. Accidentes de tráfico 9. Problemas sanitarios ligados al envejecimiento
Región de Murcia ¹³	A) Magnitud B) Severidad C) Factibilidad D) Alineamiento estratégico con el sistema sanitario público	Método de Hanlon Las áreas «verticales» se priorizan con los criterios A, B y C Las áreas «diagonales» con los cuatro criterios A-D Las líneas de actuación dentro del componente «horizontal», con los criterios C y D Dentro de las áreas, los objetivos específicos se priorizan según importancia y urgencia	Áreas verticales: 1. Cáncer 2. Enfermedades cardiovasculares 3. Enfermedades transmisibles 4. Salud mental 5. Diabetes mellitus 6. Accidentes Áreas diagonales: 1. Niño-joven; 2. Mujer; 3. Nuevas formas de exclusión social; 4. Personas mayores Área horizontal: fortalecimiento y modernización del sistema sanitario
Comunidad Valenciana ¹⁴	Primera etapa: Magnitud, gravedad, efectividad, factibilidad Segunda etapa: 1. Coherencia con los objetivos del plan de salud 2. Magnitud del problema (o necesidad) de salud 3. Capacidad para disminuir desigualdades 4. Impacto previsible a corto y medio plazo 5. Fomento de la participación comunitaria 6. Factibilidad organizativa 7. Viabilidad presupuestaria (coste/beneficio)	Se utiliza el método de Hanlon con los 4 criterios habituales para priorizar dentro de cada una de las 17 áreas de intervención En una segunda etapa, la Comisión Técnica Directiva vuelve a priorizar utilizando los siete criterios referidos (no se especifica metodología)	Se distingue entre objetivos estratégicos y objetivos de ganancia en salud. Estos últimos se ordenan en 17 áreas dentro de cada una de las cuales se identifican las líneas de actuación prioritarias

Fuente: elaboración propia a partir de los planes de salud de las comunidades autónomas.

la Organización Mundial de la Salud (OMS) formula en su documento «Salud para todos en el siglo XXI»⁶.

En el seno de una de las líneas de investigación de la Red IRYSS, se realizó en 2005 una encuesta entre responsables de los servicios de salud autonómicos para conocer el grado de implantación de procedimientos formalizados de identificación de prioridades y de utilización de criterios explícitos de priorización⁷. Algunos de los resultados de esta encuesta se resumen en la tabla 2, de la que cabe resaltar, por un lado, el carácter minoritario de las CCAA que recurren a métodos explícitos y sistemáticos para el establecimiento de prioridades y, por otro lado, el amplio grado de participación y

transparencia en el proceso a la vista de las respuestas al último de los ítems.

A fin de contrastar esta información, hemos revisado los planes regionales de salud, detectando una gran disparidad metodológica. En la tabla 3 se resume la información referida a las comunidades cuyos planes de salud contienen procedimientos para establecer prioridades de índole cuantitativa. Hay bastante consenso en la selección de los criterios, y son comunes los de magnitud (incidencia, prevalencia), gravedad (mortalidad, incapacidad, carga social), efectividad (ganancia de salud, vulnerabilidad del problema) y factibilidad. Entre las comunidades que explicitan el método de cálculo de puntuaciones

de prioridad, Cataluña, Murcia y Valencia recurren al método de Hanlon, en tanto que Asturias y Galicia utilizan diferentes algoritmos.

Una cuestión particularmente relevante en el debate acerca de la introducción de criterios explícitos en el establecimiento de prioridades de nivel macro se refiere a la integración de la evaluación económica de las tecnologías sanitarias en el proceso. A este respecto, la impresión es que el sistema sanitario español en su conjunto, y los servicios regionales de salud, con algunas excepciones, se encuentran aún en una fase de concienciación. Si bien es cierto que la necesidad de considerar la eficiencia de las intervenciones va abriéndose hueco en la agenda de los responsables sanitarios (prueba de ello son las referencias contenidas en la Ley de Cohesión¹⁵ y en la nueva Ley del Medicamento¹⁶), no es menos cierto que son escasos los avances registrados en la incorporación de la evaluación económica a la toma de decisiones.

En los planes de salud evaluados, la alusión expresa a la evaluación económica como criterio de priorización se limita a Canarias¹⁰, Comunidad Valenciana¹⁴ y Navarra⁵. En los Planes de Andalucía¹⁷ y Aragón¹⁸ aparecen menciones aisladas a la evaluación y el requisito de coste-efectividad de las intervenciones. La «eficiencia» en términos generales se contempla como requisito para poner en práctica las actuaciones, como objetivo u orientación en los planes de Cataluña¹¹, Extremadura¹⁹ y País Vasco²⁰. Finalmente, el «impacto económico y social» es uno de los criterios de priorización en Baleares⁹, como lo es el «consumo de recursos» en el caso de Galicia¹². Sólo Canarias parece haber dado un paso más adelante, por cuanto en su Plan de Salud¹⁰ no sólo se cita la evaluación económica como criterio para priorizar, sino que se elaboran «tablas coste-efectividad» (*league-tables*) a partir de los estudios identificados en una búsqueda sistemática, con el objetivo declarado de que esta información oriente la asignación de recursos.

Por otra parte, desde comienzos de la década de los noventa han ido creándose en agencias de evaluación de tecnologías sanitarias: AATRM (Cataluña), OSTEBA (País Vasco), AETS (Instituto de Salud Carlos III, de ámbito estatal), AETSA (Andalucía), AVALIAT (Galicia) y la UETS de la Agencia Laín Entralgo (Madrid). Pese a esta proliferación de agencias y el notable volumen de actividad alcanzado por algunas, como la AATRM, su impacto en las decisiones sobre asignación de recursos resulta más bien escaso²¹.

El nivel meso: la incorporación de la evaluación económica a las guías de práctica clínica

El desarrollo de guías de práctica clínica basadas en la evidencia es cada vez más habitual, pero la mayoría

de ellas únicamente incorpora evidencia clínica, no así datos de naturaleza económica²². La ausencia de información económica de calidad, unida a la, en ocasiones, escasa receptividad por parte de los clínicos, hace que las recomendaciones sobre «mejores prácticas» generalmente ignoren los estudios económicos. Este olvido resulta paradójico, por cuanto la preocupación acerca de los costes y la necesidad de su control suele ser uno de los motivos (no siempre declarados) que llevan a la formulación de guías de práctica clínica²³. Pese a ello, en países como Suecia, Alemania, Dinamarca, Finlandia, Países Bajos o Reino Unido, se vienen elaborando desde hace años guías que incorporan evidencia acerca de la relación coste-efectividad de los tratamientos^{24,25}. La experiencia acumulada en estos países y en otros, como Canadá, Estados Unidos o Australia²⁶, ha servido para arrojar luz acerca de las cuestiones más importantes que surgen al integrar la dimensión económica en las guías de práctica clínica.

Un primer paso en esta dirección pasaría por incorporar el coste como un atributo más de los que definen el «perfil» de un tratamiento^{27,28}. Informar sobre los costes de los tratamientos permitiría avanzar en el proceso de toma de conciencia por parte del clínico, haciéndole consciente del «precio» que, en términos de coste de oportunidad, la sociedad ha de pagar por la obtención de los beneficios de salud que se derivan del tratamiento en cuestión.

Sin embargo, el objetivo final es incorporar a las guías de práctica clínica, no únicamente datos sobre costes, sino evidencia acerca de su relación coste-efectividad. Los redactores de las guías deberían tomar en consideración argumentos de eficiencia, de modo que los tratamientos con ratios coste-efectividad muy por encima de los umbrales de coste/años de vida ajustados por calidad (AVAC) generalmente aceptados fuesen identificados como «no eficientes» (poco coste-efectivos) o, incluso, excluidos de las prácticas recomendadas por las guías. Esta tarea no es sencilla, y la ausencia de información adecuada sobre coste-efectividad es uno de los principales problemas^{29,30}.

No obstante, la iniciativa emprendida por la Dirección del Plan de Salud de Canarias¹⁰ consistente en elaborar «tablas coste-efectividad» por enfermedades a partir de la evidencia publicada es, en nuestra opinión, un buen ejemplo de las medidas que se pueden adoptar en esta dirección. Ello no implica que se ignoren los problemas metodológicos inherentes a las *league tables*, en particular los referidos a la heterogeneidad de los estudios y a su «exportabilidad» de un entorno geográfico a otro.

El nivel micro: la introducción de criterios de prioridad explícitos en la gestión de las listas de espera

La demora en ser atendido por el sistema sanitario continúa siendo una de las principales quejas de los

Tabla 4. Comparativa de tiempos máximos de respuesta (en días) para la atención sanitaria programada y no urgente (enero de 2007)

Comunidades autónomas	Quirúrgica	Consultas	Procedimientos diagnósticos
Andalucía	180	60	30
Aragón	Garantiza determinados procedimientos con tiempos máximos entre 30 y 180 días según prioridad		
Canarias	Garantiza determinados procedimientos con un máximo de 150 días		
Cantabria	180	60	30
Castilla La Mancha	90	15	7
Castilla León	130 (objetivo < 100 días para 2007)	35	22
Cataluña	Garantiza determinados procedimientos con un máximo de 180 días		
Comunidad Valenciana	60		
Extremadura	180	60 (preferentes 15 días)	30
Galicia	180 (140 objetivo gestión)	45 (objetivo de gestión)	45 (objetivo de gestión)
Islas Baleares	180 (excluido vasectomía, intervención por obesidad mórbida, ligadura de trompas y cirugía estética)	60	30 (15 días para mamografías con sospecha de malignidad)
Comunidad de Madrid	30 días (objetivo institucional)	40 (objetivo institucional)	40 (objetivo institucional)
Navarra	180		
País Vasco	Cirugía oncológica 30; cirugía cardíaca 90; otros procedimientos: 180		
Principado de Asturias			
Región de Murcia	150	50	30
La Rioja			

Fuente: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (<http://sescam.jccm.es/web1/home.do?main=ciudadanos/listasEspera/Comparativa.html>). Consultado el 6 diciembre de 2007.

usuarios de los servicios de salud públicos. Los ciudadanos están preocupados por la cuestión de las listas de espera y ello motiva sus quejas³¹⁻³³, tanto como su interés por conocer lo que las autoridades sanitarias hacen para tratar de mejorar las cosas, como reflejan los últimos datos del Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad y Consumo³⁴.

Las diferentes medidas de abordaje de las listas de espera que se han desarrollado en los países europeos pueden agruparse en tres tipos de estrategias³⁵: reducción del tamaño de las listas (por la vía del aumento de la oferta y/o de la moderación de la demanda), reducción de los tiempos de espera (mediante la expansión de la oferta, cambios en la práctica clínica y fijación de tiempos de garantía), y racionalización de las listas de espera (a través de la mejora de los sistemas de información y la introducción de sistemas explícitos de priorización). Nos centraremos aquí en dos de estas medidas: la aplicación de garantías de tiempos máximos de espera y el diseño de sistemas explícitos de ordenación de los pacientes. La primera por haberse extendido al conjunto del sistema sanitario español en un lapso de tiempo relativamente corto; la segunda porque debería ser una estrategia indisolublemente asociada a la anterior.

Las garantías de tiempos de espera enfocan la gestión de la lista de espera desde el aseguramiento³⁶: el paciente que ingresa en una lista adquiere el derecho a recibir la asistencia en un tiempo legalmente establecido. En el ámbito de la Unión Europea, son varios los países que han introducido tiempos de garantía que, en unos

casos se limitan a procedimientos de cirugía electiva y en otros alcanzan las consultas externas de especialistas o, incluso, el acceso a la atención primaria, y son igualmente dispares los horizontes de tiempos máximos fijados. Estas políticas han mostrado efectos favorables a corto y medio plazo, pero al cabo de un tiempo la magnitud de las listas vuelve a crecer³⁵. Las limitaciones del sistema surgen, en primer lugar, de las diferentes realidades asistenciales de los centros (p. ej., la decisión de intervenir o no está en manos del profesional), a lo que se añade el hecho de que los pacientes prefieren esperar más para ser atendidos en el centro más cercano. Finalmente, y lo que es más importante, el cumplimiento de tiempos máximos de espera no asegura que la lista se ordene según criterios de necesidad, eficiencia y equidad.

Pese a los problemas anteriores, que han llevado a países como Suecia a dudar de su utilidad, los tiempos máximos de espera se han ido progresivamente extendiendo a la práctica totalidad del sistema sanitario español. La Ley de Cohesión¹⁵ formuló como un derecho del ciudadano el de recibir asistencia en su comunidad de residencia «en un tiempo máximo», anunciando la aprobación de unos criterios-marco consensuados por el Consejo Interterritorial. A la espera de estos criterios de aplicación general, la mayoría de las CCAA ha aprobado disposiciones que regulan los tiempos máximos de espera para cirugía, consultas y procedimientos diagnósticos (tabla 4). Aunque estas medidas aún no han sido evaluadas, sus efectos a corto plazo, como sugería la experiencia in-

Tabla 5. Propuestas de sistemas lineales de puntos para el establecimiento de prioridades en listas de espera en España

Procedimiento	Criterios (entre paréntesis se especifica el número de niveles definido dentro de cada criterio)	Identificación y selección de criterios	Origen de las valoraciones (fuente de las preferencias)
Artroplastia de cadera/rodilla ⁴⁴⁻⁴⁶	Gravedad (2) Dolor (3) Probabilidad de recuperación (2) Limitación actividades cotidianas (3) Limitación para trabajar (2) Tener una persona que cuide al paciente (2) Tener alguna persona a su cargo (2)	Técnicas cualitativas: grupos focales de médicos especialistas, otros profesionales, pacientes y familiares, y población general	Médicos especialistas Otros profesionales sanitarios Pacientes y familiares Población general
Cirugía de cataratas ⁴⁴⁻⁴⁶	Gravedad: incapacidad visual (4) Probabilidad de recuperación (3) Limitación de las actividades cotidianas (3) Limitación para trabajar (2) Tener una persona que cuide al paciente (2) Tener alguna persona a su cargo (2)	Técnicas cualitativas: grupos focales de médicos especialistas, otros profesionales, pacientes y familiares, y población general	Médicos especialistas Otros profesionales sanitarios Pacientes y familiares Población general
Cirugía de varices ⁴⁷	Gravedad clínica (3) Repercusiones en la vida cotidiana (3) Edad (3) Tiempo en la lista (3) Las dos últimas variables se transforman en continuas mediante una función de ajuste parabólica	Revisión de la literatura médica y encuesta a la población general	Personal sanitario Enfermos o familiares Población general
Prostatectomía en la hiperplasia benigna de próstata (HBP) ⁴⁸	Gravedad (2) Molestias (2) Limitaciones en actividades cotidianas (2) Limitaciones para trabajar (2) Otras enfermedades que agravan la situación (2)	Técnicas cualitativas: Grupos nominales de profesionales, pacientes, población general (para seleccionar los criterios). Opinión de expertos y revisión de la literatura médica (para establecer los niveles)	Pacientes Población general
Cirugía electiva, en general ⁴⁹	Problemas en el estado de salud (4) Mejora potencial en la salud (4) Coste para el servicio de salud (4) Edad (4) Tiempo de espera en la lista (4)	Revisión de la literatura médica y encuesta	Población general

Fuente: Elaboración propia.

ternacional, parecen ser positivos³⁷, si bien queda por ver si dicho impacto será duradero o irá diluyéndose paulatinamente como en otros países.

Los tiempos de garantía deberían ir acompañados del establecimiento de prioridades según criterios explícitos (clínicos y de otra índole) porque, de lo contrario, aun cuando resultasen útiles en la reducción de tiempos innecesarios, el orden de prioridad seguiría basándose sólo en el tiempo de espera, y no siempre quien ha esperado más tiempo es quien más precisa ser atendido (o más se puede beneficiar de ello). Los llamados «sistemas mixtos» combinan diversos criterios para establecer prioridades entre pacientes en listas de espera y, entre éstos, destacan los «sistemas lineales de puntos». A partir de la experiencia

pionera del sistema de asignación de órganos para trasplantes en Estados Unidos³⁸, la validez y la factibilidad de estos sistemas de puntos viene investigándose desde hace aproximadamente una década en el Reino Unido^{39,40}, Nueva Zelanda⁴¹ o Canadá^{42,43}. Los sistemas lineales de puntos incorporan criterios clínicos (gravedad, pronóstico), funcionales (capacidad laboral y para realizar actividades cotidianas) y sociales (existencia de cuidadores o de personas dependientes).

El desarrollo de este tipo de sistemas es el objetivo de un número creciente de investigaciones en nuestro país. Así, en el año 2000 se inició en Cataluña un estudio sobre el desarrollo de sistemas lineales de puntos para cirugía de cataratas y para artro-

plastia de cadera y de rodilla⁴⁴⁻⁴⁶. Han seguido a éste otros similares para cirugía de varices⁴⁷ y prostactomía⁴⁸. La última propuesta que conocemos⁴⁹ pretende diseñar una metodología de carácter general aplicable a diferentes procedimientos quirúrgicos y cuya peculiaridad añadida es incluir el coste de la intervención entre los atributos que incorpora el sistema de puntos. En la tabla 5 se presentan las principales características de los referidos estudios que, hasta la fecha, no han pasado de ser propuestas metodológicas, con la excepción del sistema diseñado para Cataluña por la AATRM, que ha sido llevado a la práctica, si bien con carácter de prueba piloto⁵⁰. La evaluación de esta experiencia es positiva pues, más allá de las dificultades organizativas que lleva aparejadas su introducción y difusión, el instrumento parece ser válido y útil a la hora de priorizar⁴⁵.

Conclusiones

El uso eficiente de los recursos disponibles para la mejora de la salud requiere una planificación basada en criterios explícitos y procedimientos sistemáticos que permita, en primera instancia, identificar necesidades y áreas de actuación prioritarias y, a continuación, seleccionar intervenciones teniendo en cuenta tanto su eficacia y efectividad como su coste, es decir, utilizando los resultados de la evaluación económica como *input* en el proceso de toma de decisiones asignativas. El enfoque estratégico ha de sustituir al enfoque administrativo o gerencial, y el proceso para establecer prioridades debe ser fruto de la participación y el consenso entre políticos, gestores, profesionales y ciudadanos (como usuarios y como contribuyentes).

Las experiencias de Estados Unidos, Canadá, Nueva Zelanda y algunos países europeos, como Suecia, Noruega, Finlandia, Reino Unido y Países Bajos, pueden servir de orientación a la hora de elegir los principios y valores que han de guiar el proceso y seleccionar los criterios de priorización. De hecho, son cada vez más los servicios de salud autonómicos que van adoptando metodologías formales y procedimientos explícitos en su planificación sanitaria, tal y como se refleja en los planes regionales de salud. No obstante, el nivel de formalización y el grado de transparencia y participación en el proceso es bastante heterogéneo.

Menos se ha avanzado, sin embargo, en el terreno de la incorporación de la evaluación económica al procedimiento de fijación de prioridades, tanto a nivel macro como a nivel meso (guías de práctica clínica). Es necesario realizar un esfuerzo que permita integrar de manera progresiva la evaluación económica en los

procesos de toma de decisiones sobre asistencia sanitaria, aunque también es obligado reconocer que, incluso en los países en que la evaluación de tecnologías sanitarias se viene desarrollando con cierta pujanza desde hace dos décadas, la influencia de sus resultados en la toma de decisiones es poco más que marginal⁵¹.

El sistema sanitario español necesita profundizar en la investigación a fin de identificar los instrumentos de racionamiento que, siendo eficientes y equitativos, ofrezcan mayores probabilidades de mejorar las intervenciones en salud¹. Esto incluye el desarrollo y puesta en práctica de sistemas de gestión de las listas de espera que incluyan criterios clínicos y sociales resultantes del consenso entre profesionales, pacientes y población general. La aprobación de tiempos de garantía, siendo una medida de positivo efecto a corto plazo sobre los tiempos de espera de los pacientes, no resuelve el problema y, sobre todo, no garantiza que el orden de la «cola» respete los principios de equidad y eficiencia. La única experiencia piloto realizada hasta la fecha en España⁵⁰ ofrece resultados prometedores que deberían servir para el desarrollo de iniciativas similares en otros ámbitos territoriales y para otros procedimientos, tanto de cirugía electiva como de naturaleza no quirúrgica (p. ej., pruebas diagnósticas).

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia el apoyo financiero recibido en el marco del Convenio de colaboración en materia de Economía de la Salud.

Bibliografía

1. Rodríguez-Monguió R, Antoñanzas F. Healthcare rationing in Spain. Framework, descriptive analysis and consequences. *Pharmacoeconomics*. 2006;24:537-48.
2. Asua J, Taboada J. Experiencias e instrumentos de priorización. Red de investigación de resultados en salud y servicios sanitarios (IRYSS), 2005. Disponible en: <http://www.rediryss.net/pub/units/rediryss/pdf/priorinecersec.pdf>
3. Del Llano J, Polanco C, García S. ¿Todo para todos y gratis? El establecimiento de prioridades en el sistema sanitario español. Madrid: Ergon; 2004.
4. Calltorp J. Priority setting in health policy in Sweden and a comparison with Norway. *Health Policy*. 1999;50:1-22.
5. Parlamento de Navarra. Plan de Salud de Navarra 2006-2012. Aprobado por la Comisión de Sanidad el 28/02/07. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/Salud/docencia.investigacion/>
6. World Health Organization. The Health for All policy framework for the WHO European Region. 2005 Update. European Health for All Series, n.º 7. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.

7. Asua J, Martínez C, Taboada J. Identificación y priorización de necesidades en salud. Red de investigación de resultados en salud y servicios sanitarios (IRYSS). 2005. Disponible en: <http://www.rediryss.net/pub/units/rediryss/pdf/identifiypriorizsns.pdf>
8. Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Plan de Salud para Asturias 2004-2007. La salud como horizonte. Disponible en: <http://tematico.asturias.es/salud/plan/plan/documento/index.htm>
9. Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. Pla de Salut de les Illes Balears 2003-2007. Disponible en: <http://portalsalut.caib.es/psalutfront>
10. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Plan de Salud de Canarias 2004-2008. Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/1/plansalud/ppal_ps.htm
11. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Estratègies de Salut para el año 2010. Plan de Salud de Cataluña. Versión reducida. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/dep-san/units/sanitat/html/es/dir106/>
12. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Plan de Saúde 2006/2010. Disponible en: <http://www.sergas.es/default.asp>
13. Región de Murcia. Consejería de Sanidad. Plan de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia 2003-2007. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/plansalud.php?idsec=346>
14. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2005-2009. Disponible en: <http://www.san.gva.es/cas/comun/plansalud/pdf/iiplandesaludcvaleciiana.pdf>
15. Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. L. N.º 16/2003 (28 de mayo).
16. Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. L. N.º 29/2006 (26 de julio).
17. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/>
18. Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Estratègies de Salut 2003-2007. Disponible en: http://portal.aragob.es/pls/portal30/docs/folder/ca_scbs/fd_scbs_documentacion/fd_scbs_documentacioninf/estrategias+web.pdf
19. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo. Plan de Salud de Extremadura 2005-2008. Disponible en: <http://www.juntaex.es/consejerias/sanidad-consumo/index-ides-idweb.html>
20. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Políticas de salud para Euskadi: Plan de Salud 2002-2010. Disponible en: http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-478/es/contenidos/informacion/plan_salud/es_4043/psalud_c.htm
21. Badía X. La evaluación económica en España: situación actual. Ponencia presentada en la VI Jornada de Seminarios Economía de la Salud. Madrid, 26 de octubre de 2006. Disponible en <http://www.elglobal.net/eventos.asp>
22. Wallace JF, Weingarten SR, Chiou CF, Henning JM, Hohlbauch AA, Richards MS, et al. The Limited Incorporation of Economic Analyses in Clinical Practice Guidelines. *J Gen Intern Med.* 2002;17:210-20.
23. Ramsey SD. Economic Analyses and Clinical Practice Guidelines. Why Not a Match Made in Heaven? [Editorial]. *J Gen Intern Med.* 2002;17:235-7.
24. Drummond M, Dubois D, Garattini L, Horisberger B, Jonson B, Kristiansen IS, et al. Current trends in the use of pharmacoeconomics and outcomes research in Europe. *Value in Health.* 1999;2:323-32.
25. Rutten F, Brouwer W, Niessen L. Practice guidelines based on clinical and economic evidence. *Eur J Health Econom.* 2005;6:91-3.
26. Antioch KM, Jennings G, Botti M, Chapman R, Wulfsohn V. Integrating cost-effectiveness evidence into clinical practice guidelines in Australia for acute myocardial infarction. *Eur J Health Econom.* 2002;3:26-39.
27. Eccles M, Mason J, Freemantle N. Developing valid cost effectiveness guidelines: a methodological report from the North of England evidence based guideline development project. *Quality Health Care.* 2000;9:127-32.
28. Eccles M, Mason J. How to develop cost conscious guidelines. *Health Technol Assess.* 2001;5:1-69.
29. Mason J, Eccles M, Freemantle N, Drummond M. A framework for incorporating cost-effectiveness in evidence-based clinical practice guidelines. *Health Policy.* 1999;47:37-52.
30. Rutten F, Brouwer W, Niessen L. Practice guidelines based on clinical and economic evidence. *Eur J Health Econom.* 2005;6:91-3.
31. Defensor del Pueblo. Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud. Madrid. 2003. Disponible en: <http://www.defensordelpueblo.es/index.asp?destino=informes2.asp>
32. Defensor del Pueblo. Informe Anual 2005 y debates en las Cortes Generales. Madrid: Publicaciones del Congreso de los Diputados. 2006. Disponible en: <http://www.defensordelpueblo.es/index.asp?destino=informes1.asp>
33. Justicia de Aragón. El problema de las listas de espera en el ámbito sanitario. Informe especial. 2006. Disponible en: http://www.eljusticiadearagon.com/gestor/ficheros/_n002218_Listas%20de%20espera.pdf
34. Ministerio de Sanidad y Consumo. Barómetro Sanitario. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/barometro/home.htm>
35. Espallargues M, Gallo P, Pons JMV, Sampietro-Colom L. Situación y abordaje de las listas de espera en Europa. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2000. Informe Técnico N.º IN04/2000.
36. Bernal E. ¿Ha llegado la hora de la gestión de las listas de espera? *Gac Sanit.* 2002;16:436-9.
37. Peñalver R. Algunas consideraciones sobre la gestión de la demanda en los servicios sanitarios. La experiencia del servicio de salud de Castilla-La Mancha. *Rev Adm Sanit.* 2005;3:467-75.
38. Pinto JL, Rodríguez E, Castells X, Gracia X, Sánchez FI. El establecimiento de prioridades en la cirugía electiva. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica; 2000.
39. Edwards RT. Points for pain: waiting list priority scoring systems. *BMJ.* 1999;318:412-4.
40. Fricker J. BMA proposes strategy to reformulate waiting lists. *BMJ.* 1999;318:1698-9.
41. Hadorn DC, Holmes AC. The New Zealand priority criteria project (I): overview. *BMJ.* 1997;314:131-4.
42. Naylor CD, Williams JI. Primary hip and knee replacement surgery: Ontario criteria for case selection and surgical priority. *Qual Health Care.* 1996;5:20-30.
43. Bellan L, Mathen M. The Manitota caratact waiting list program. *CMAJ.* 2001;164:1177-80.
44. Espallargues M, Sampietro-Colom L, Castells X, Pinto JL, Rodríguez E. Elaboración de un sistema de priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de catarata y artroplastia de cadera y rodilla. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2003. Informe Técnico N.º IN01/2003.
45. Espallargues M, Sampietro-Colom L, Castells X, Comas M, Rodríguez E, Pinto JL. Elaboración de un sistema de priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de ca-

- tarata, artroplastia de cadera y artroplastia de rodilla: resumen de los resultados principales. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2004. Breus N.º BR02/2004.
46. Sampietro-Colom L, Espallargues M, Comas M, Rodríguez E, Castells X, Pinto JL. Priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de cataratas: diferencias en las preferencias entre ciudadanos. *Gac Sanit.* 2006;20:342-51.
 47. Rivera A, González E, Martín MA, Oñate JL, Sánchez I. Aplicación del análisis conjunto en la priorización de una lista de espera quirúrgica. *Cuadernos económicos de ICE.* 2004;67:93-106.
 48. Abad P, Álvarez B, Rodríguez E, Rodríguez A. Preferencias sociales en las decisiones públicas: priorización de pacientes en listas de espera quirúrgicas. *Hacienda Pública Española.* 2006;179:113-34.
 49. Cabasés JM, Sánchez E, San Miguel F. Instrumentos económicos para la priorización de pacientes en lista de espera: los modelos de elección discreta. Documento de Trabajo 2006/11 de la Universidad Pública de Navarra. Pamplona, diciembre de 2006.
 50. Espallargues M, Comas M, Sampietro-Colom L, Castells X. Prova pilot del sistema de priorització de pacients en llista d'espera per a cirurgia de cataracta, artroplàstia de maluc i artroplàstia de genoll. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2005. Informe Tècnic N.º IN04/2004.
 51. Oliver A, Mossialos E, Robinson R. Health technology assessment and its influence on health care priority setting. *Int J Tehcnol Assess Health Care.* 2004;20:1-10.