



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

González-Pier, Eduardo; Gutiérrez-Delgado, Cristina; Stevens, Gretchen; Barraza-Lloréns, Mariana; Porras-Condey, Raúl; Carvalho, Natalie; Loncich, Kristen; Dias, Rodrigo H; Kulkarni, Sandeep; Casey, Anna; Murakami, Yuki; Ezzati, Majid; Salomon, Joshua A

Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en

Salud de México

Salud Pública de México, vol. 49, núm. 1, 2007, pp. 37-52

Instituto Nacional de Salud Pública

Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10609108>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México

Eduardo González-Pier, PhD,⁽¹⁾ Cristina Gutiérrez-Delgado, PhD,⁽¹⁾ Gretchen Stevens, MSc,^(2,3)
 Mariana Barraza-Lloréns, MSc,⁽¹⁾ Raúl Porras-Condey, MSc,⁽¹⁾ Natalie Carvalho, MPH,⁽²⁾ Kristen Loncich, BSc,⁽²⁾
 Rodrigo H Dias, BA,⁽²⁾ Sandeep Kulkarni, BA,⁽²⁾ Anna Casey, BA,⁽²⁾ Yuki Murakami, MSc,⁽²⁾
 Majid Ezzati, PhD,^(2,3) Joshua A Salomon, PhD^(2,3)

González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G,
 Barraza-Lloréns M, Porras-Condey R, Carvalho N,
 Loncich K, Dias RH, Kulkarni S, Casey A,
 Murakami Y, Ezzati M, Salomon JA.

Definición de prioridades para las intervenciones de salud
 en el Sistema de Protección Social en Salud de México.
 Salud Pública Mex 2007;49 supl 1:S37-S52.

González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G,
 Barraza-Lloréns M, Porras-Condey R, Carvalho N,
 Loncich K, Dias RH, Kulkarni S, Casey A,
 Murakami Y, Ezzati M, Salomon JA.

Priority setting for health interventions
 in Mexico's System of Social Protection in Health.
 Salud Pública Mex 2007;49 supl 1:S37-S52.

Resumen

La definición explícita de prioridades en intervenciones de salud representa una oportunidad para México de equilibrar la presión y la complejidad de una transición epidemiológica avanzada, con políticas basadas en evidencias generadas por la inquietud de cómo optimizar el uso de los recursos escasos para mejorar la salud de la población. La experiencia mexicana en la definición de prioridades describe cómo los enfoques analíticos estandarizados en la toma de decisiones, principalmente los de análisis de la carga de la enfermedad y de costo-efectividad, se combinan con otros criterios –tales como dar respuesta a las expectativas legítimas no médicas de los pacientes y asegurar un financiamiento justo para los hogares–, para diseñar e implementar un grupo de tres paquetes diferenciados de intervenciones de salud. Éste es un proceso clave dentro de un conjunto más amplio de elementos de reforma dirigidos a extender el aseguramiento en salud, especialmente a los pobres. Las implicaciones más relevantes en el ámbito de políticas públicas incluyen lecciones sobre el uso de las herramientas analíticas disponibles y probadas para definir prioridades nacionales de salud; la utilidad de resultados que definan prioridades para guiar

Abstract

Explicit priority setting presents Mexico with the opportunity to match the pressure and complexity of an advancing epidemiological transition with evidence-based policies driven by a fundamental concern for how to make the best use of scarce resources to improve population health. The Mexican priority-setting experience describes how standardised analytical approaches to decision making, mainly burden of disease and cost-effectiveness analyses, combine with other criteria –eg, being responsive to the legitimate non-health expectations of patients and ensuring fair financing across households– to design and implement a set of three differentiated health intervention packages. This process is a key element of a wider set of reform components aimed at extending health insurance, especially to the poor. The most relevant policy implications include lessons on the use of available and proven analytical tools to set national health priorities, the usefulness of priority-setting results to guide long-term capacity development, the importance of favouring an institutionalised approach to cost-effectiveness analysis, and the need for local technical capacity strengthening as an essential step to balance

Traducción publicada con permiso. La versión original en inglés se encuentra en: Lancet 2006;368:1608-1618. Disponible en: <http://www.thelancet.com>.

(1) Secretaría de Salud, México.

(2) Iniciativa Harvard para la Salud Global, Cambridge, MA, EUA.

(3) Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, Boston, MA, EUA.

el desarrollo de capacidades a largo plazo; la importancia de favorecer un enfoque para institucionalizar el análisis ex ante de costo-efectividad; y la necesidad del fortalecimiento de la capacidad técnica local como un elemento esencial para equilibrar los argumentos sobre maximización de la salud con criterios no relacionados con la salud en el marco de un ejercicio sistemático y transparente.

Palabras clave: prioridades en salud; análisis de costo-efectividad; México

health-maximising arguments and other non-health criteria in a transparent and systematic process.

Key words: health priorities; cost-effectiveness analysis; Mexico

Las condiciones de salud en México han mejorado en forma drástica en los últimos 50 años. Entre 1955 y 2005 la esperanza de vida al nacer aumentó 45% para alcanzar una edad de 75.4 años, y las tasas de mortalidad infantil descendieron 83%.^{1,2} No obstante, el constante aumento en el nivel promedio de salud de la población se ha acompañado de desigualdades persistentes en diferentes segmentos de la misma.³ Por ejemplo, la mortalidad infantil en el próspero estado de Nuevo León es la mitad de la observada en el estado menos desarrollado de Chiapas. De manera similar, aunque la transición epidemiológica se encuentra en un estado avanzado en todo el país, la mortalidad por enfermedades transmisibles en el decil de la población con menores ingresos es dos veces mayor que la mortalidad en el decil más alto.

La transición epidemiológica en México presenta nuevos desafíos a un sistema de salud que tradicionalmente ha priorizado los programas dirigidos a enfermedades transmisibles y a la salud reproductiva. A pesar de un crónico subfinanciamiento, se han obtenido logros sustanciales en esta agenda tradicional a través de una atención especial a las intervenciones de salud comunitaria, que han demostrado ser altamente costo-efectivas. Por ejemplo, el programa nacional de vacunación, con tasas de cobertura consistentemente superiores a 95%, ha reducido la mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación y la terapia de rehidratación oral ha reducido la mortalidad por diarrea de 14% de todas las muertes en 1950 a menos de 1% en la actualidad.^{3,4} Por otro lado, las enfermedades no transmisibles emergentes se han incorporado con menor prontitud a la lista de intervenciones prioritarias cubiertas por los prestadores públicos de servicios que atienden a la población no asegurada. Como resultado, las demandas no satisfechas han sido cubiertas por el sector privado, por lo general no regulado, generando que más de la mitad del gasto total en salud sea pagado mediante gasto de bolsillo.⁵⁻⁷

Con el paso de los años se ha incrementado la presión para que el sistema público de atención médica asegure el acceso a atención primaria y a servicios de hospitalización de alta calidad. Así, en 2003, una importante reforma en salud creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que generó nuevas reglas de financiamiento tanto para intervenciones de salud pública, como para la atención médica, esta última financiada a través un componente de aseguramiento denominado Seguro Popular (cuadro I).^{8,9} En términos reales, el gasto público para los no asegurados ha aumentado 61% entre 2001 y 2006. Tan sólo a través del Seguro Popular la asignación promedio de recursos públicos por familia para la atención médica se incrementará en términos reales de 268 dólares americanos en 2001 –antes que el programa fuera probado como piloto–, a 677 dólares americanos en 2010, cuando se espera alcanzar la cobertura total.⁶

Para que este nuevo esquema de financiamiento se traduzca en servicios que respondan mejor a los desafíos emergentes de las enfermedades crónicas y las lesiones, la reforma ha exigido evidencia rigurosa sobre la magnitud de los distintos problemas de salud, así como de los costos y los beneficios de las diferentes intervenciones de salud. Más aún, las decisiones para incluir nuevas intervenciones a través de un proceso más democrático y participativo han requerido de un ejercicio de definición de prioridades que no sólo se base en evidencias, sino que también sea equitativo, transparente y producto del debate.

Este trabajo es parte de una serie de artículos sobre la reforma mexicana de salud; en él se describe la experiencia mexicana en la definición de prioridades y numera una serie de lecciones con relevancia potencial para otros países. Primero, se presenta la interacción del avance de la transición epidemiológica y un conjunto de políticas asociadas con la formulación de paquetes. En segundo lugar, se resumen los insu- mos analíticos y los principales hallazgos. Finalmente,

Cuadro I
REFORMA MEXICANA Y EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD (SPSS)^{8,10,11}

Contexto previo a la reforma

- Un sistema de salud fragmentado caracterizado por grandes instituciones de seguridad social administradas de forma centralizada, poco coordinadas entre sí, y por sistemas estatales de salud descentralizados y subfinanciados que prestan servicios de salud a los no asegurados; por una rectoría débil de la Secretaría de Salud en el ámbito federal, y un sector privado poco regulado y financiado principalmente mediante pagos de bolsillo por parte de los no asegurados y aquellos no satisfechos con la calidad de los prestadores públicos.
- La mitad de los mexicanos no están asegurados, esto significa que no tienen acceso a un seguro de atención médica financiado con recursos públicos.
- Incremento de la presión resultado de las transiciones demográfica y epidemiológica, y de una mayor conciencia sobre el derecho a la protección social en salud de una sociedad más democrática, informada y demandante.
- Desequilibrios financieros con respecto al bajo nivel del gasto total en salud (5.6% del PIB en 2000); una elevada participación del gasto de bolsillo (52%); asignación desigual de los recursos públicos per cápita entre los asegurados a través de la seguridad social y los no asegurados (2.3 a 1); asignación desigual per cápita entre estados (5 a 1 entre el más y el menos favorecido), y contribución estatal per cápita poco equitativa para financiar la atención médica (115 a 1 entre los estados con mayor y menor gasto estatal per cápita).*

Aspectos clave de la reforma

- El programa piloto del Seguro Popular (SP) comenzó en 2001; la nueva ley para la creación del SPSS fue aprobada por el Congreso en abril de 2003; la ley entró en vigor en enero de 2004.
- El objetivo de la reforma es promover el acceso universal a la protección social en salud en un periodo de siete años. La reforma se sustenta en esfuerzos previos para fortalecer la función de rectoría del sistema de salud y las políticas dirigidas a mejorar la coordinación entre las instituciones públicas.

* Cifras de 2002

- La reforma introduce nuevos arreglos financieros entre los estados, especialmente para el financiamiento del gobierno federal de los servicios personales de salud. Las intervenciones de salud pública (principalmente bienes públicos de salud e intervenciones de salud a la comunidad) están financieramente protegidas de las presiones presupuestales generadas por la demanda de atención médica.
- Intervenciones de salud pública y aquellas dirigidas a la comunidad son ofrecidas a la población sin importar su condición de aseguramiento, concentrándose en la población vulnerable, en riesgo o desprotegida. Las intervenciones son financiadas a través de un fondo separado, compuesto principalmente por fondos públicos federales, aunque los estados pueden financiar complementariamente intervenciones en el ámbito local.
- Los servicios personales de salud se proveen a través del SP, el componente de aseguramiento subsidiado que forma parte del SPSS. La población objetivo es aquella que no tiene acceso a la seguridad social.
- El financiamiento del SP está sustentado en una asignación estipulada por ley por familia afiliada. Esta contribución o *cuota social* financiada por el gobierno federal es equivalente a la cantidad otorgada a la población beneficiaria de la seguridad social a través de impuestos generales. El SP incluye, adicionalmente, contribuciones obligatorias federales y estatales por familia afiliada, las cuales se definen en función de la cuota social.
- En el marco del SP, los recursos financieros son asignados a las secretarías estatales de salud, que operan de manera descentralizada, en función del número de familias afiliadas voluntariamente cada año.
- Las familias también contribuyen con un pago anual por familia definido en función de su nivel de ingreso. La población de los dos deciles de ingresos más bajos está exenta de este pago, pero debe participar en actividades de promoción de la salud.
- La afiliación al SP garantiza el acceso a beneficios explícitos incluidos en un paquete de intervenciones esenciales de atención médica, administradas y otorgadas a nivel estatal, y a un paquete de intervenciones de alta complejidad a través de un fondo de protección contra gastos catastróficos de salud administrado a nivel federal.

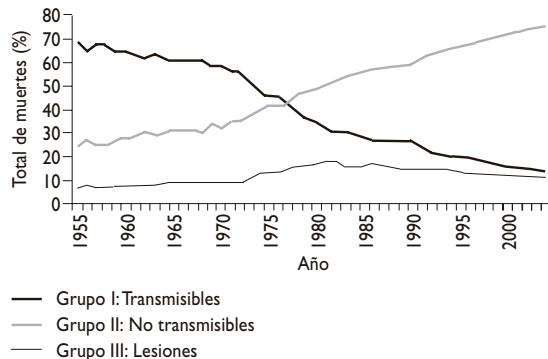
se presentan las lecciones clave derivadas de la experiencia de la implantación del SPSS.

La transición epidemiológica en México

Siguiendo el modelo general de la transición epidemiológica, el patrón de causas de muerte en México ha evolucionado con rapidez en las últimas décadas (figura 1).¹² En 1955 las enfermedades transmisibles fueron responsables de 70% de todas las muertes en el país, pero hoy en día sólo contribuyen con 12%. Durante este mismo intervalo, la proporción de muertes causadas por enfermedades no transmisibles se ha elevado de 23 a 75% del total de muertes.

Las cifras nacionales esconden cierto grado de variación en la magnitud de la transición epidemiológica en las distintas subpoblaciones en México. Por ejemplo, la fracción de muertes atribuibles a enfermedades transmisibles es 2.2 veces más alta en el es-

tado de Chiapas (uno de los más pobres en el país) que en el estado de Sinaloa (uno de los más prósperos). De igual manera, si se comparan los patrones de causa de muerte entre municipios agrupados por niveles de marginación, mediante el uso de un índice construido a partir de siete indicadores sociodemográficos (descrito en otros trabajos), se encuentra que la contribución de las enfermedades transmisibles es 1.9 veces superior en el decil de población más pobre que en el decil más rico.¹⁰ Pero, a pesar de esta variación, el desplazamiento de enfermedades transmisibles hacia las no transmisibles en los estratos socioeconómicos más bajos, se encuentra rezagado con respecto a la tendencia nacional tan sólo en 10 años, lo que indica una transición epidemiológica relativamente uniforme aun en los grupos más desprotegidos. El análisis de las causas específicas de muerte proporciona evidencia adicional sobre esta avanzada transición epidemiológica, ya que las enfermedades isquémicas del corazón, las enferme-



El Grupo I comprende las enfermedades transmisibles, las derivadas de condiciones maternas y perinatales y las deficiencias nutricionales. El Grupo II comprende las enfermedades no transmisibles. El Grupo III está compuesto por las lesiones

FIGURA 1. DISTRIBUCIÓN DE LAS MUERTES POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS, MÉXICO 1955-2004^{1,2}

dades cerebro-vasculares y la diabetes se encuentran entre las cinco principales causas de muerte en todos los estados.^{2,3}

Definición de prioridades para las intervenciones de salud en México, 1993-2000

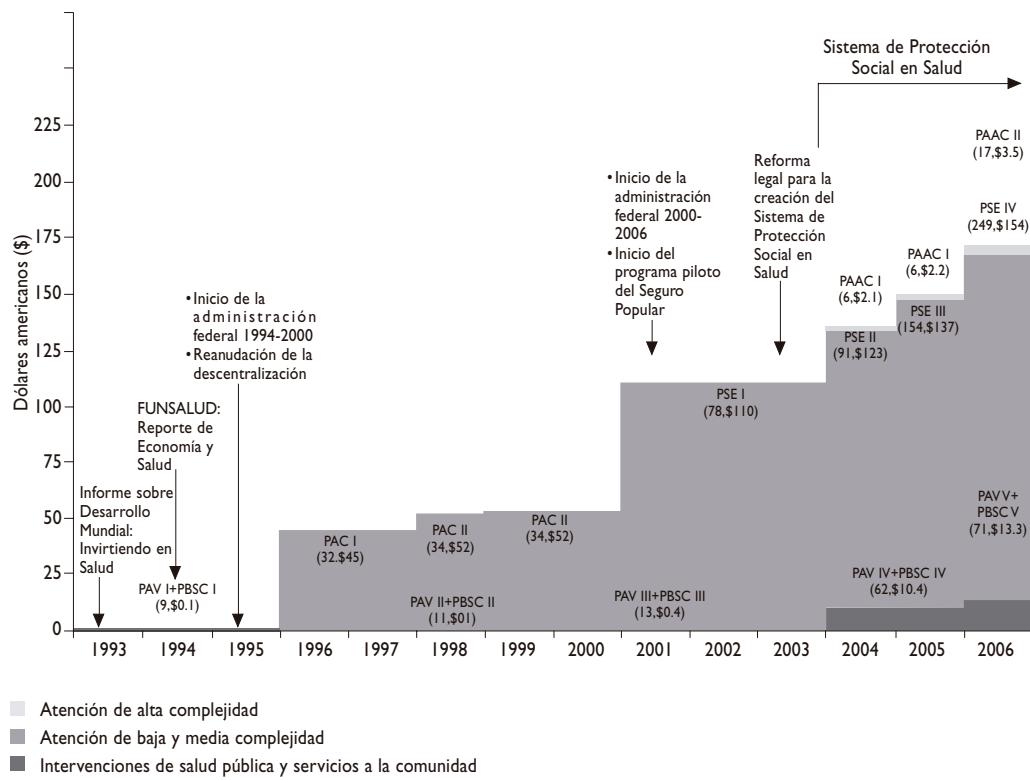
La historia de la definición de prioridades para las intervenciones de salud en México ofrece un ejemplo de cómo las presiones internas y externas se han combinado para crear un contexto político único para la reforma de salud (figura 2). El concepto de diseñar un paquete esencial de intervenciones de atención médica sustentado en la carga de la enfermedad y en consideraciones de costo-efectividad fue introducido por el Banco Mundial en 1993 en el Informe de Desarrollo Mundial.¹³ Al siguiente año, la Fundación Mexicana para la Salud adoptó el mismo enfoque en el informe Economía y Salud, el cual propuso reformas específicas incluyendo un proceso explícito para la definición de prioridades, y recomendó un conjunto de intervenciones básicas para ser consideradas en un paquete de atención médica esencial.¹⁴ La definición e introducción de un paquete significó un cambio con respecto a políticas previas –las cuales se enfocaron en gran medida en estrategias *ad hoc* por el lado de la oferta para extender el acceso a la atención médica–, hacia un proceso de asignación de recursos más equitativo y ra-

cial que permitiera dirigir esfuerzos por el lado de la oferta con el objeto de incrementar la cobertura en áreas marginadas en medio de una crisis económica.

Tomando en cuenta estos precedentes, la propuesta para definir un paquete explícito de intervenciones fue retomada en 1996 cuando surgió el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) como consecuencia de las renegociaciones de la deuda con el Banco Mundial después de la crisis económica de 1995. En ese momento la Secretaría de Salud decidió retomar el proceso de descentralización de los servicios de salud a los estados que había iniciado en 1987, pero que había sido detenido poco después por razones políticas. Las nuevas transferencias condicionadas, asociadas a la entrega del paquete de servicios básicos del PAC, proporcionaron a la Secretaría los incentivos para fortalecer la rectoría en los servicios de salud estatales descentralizados. Al cubrir 34 intervenciones de atención médica en 13 categorías diferentes de servicios a la comunidad y cuidado médico preventivo a la persona, el PAC fue adoptado como el componente de salud de Progresa, el programa de combate a la pobreza, hoy llamado *Oportunidades*, que cubre actualmente a cinco millones de familias. El PAC maduró como un programa administrado centralmente, pero en 2001 se hizo evidente que las 34 intervenciones cubiertas proveían una protección insuficiente a su población objetivo, crónicamente desprotegida y predominantemente rural y pobre.¹⁵

Definición de prioridades para las intervenciones de salud en México, 2001-2006

Con el inicio de una nueva administración en 2001, tres premisas de política fundamentales guiaron el proceso de definición de prioridades. Primero, se dispondría de mayores recursos a través de un cambio en el esquema de financiamiento, al sustituir la asignación sustentada en la oferta por una asignación de recursos por familia afiliada, ajustada por las necesidades de salud. Segundo, las intervenciones de salud pública y servicios a la comunidad –las cuales han probado ser altamente efectivas a través de los años– debían ser protegidas de una administración deficiente o un subfinanciamiento como resultado de un proceso de reforma centrado en mejorar el acceso a los servicios de atención médica. Tercero, las asignaciones previamente definidas en función de la oferta y los programas sustentados en la provisión de paquetes de intervenciones ya existentes (particularmente el PAC) debían ser compatibles con la nueva estructura financiera y organizacional.



Notas: 1. El número de intervenciones y el costo anual per cápita (en dólares americanos) están presentados entre paréntesis
 2. El PAC I originalmente contenía 32 intervenciones agrupadas en 12 categorías de cuidados de la salud. Similarmente, el PAC II contenía 34 intervenciones agrupadas en 13 categorías
 3. PAV+PBSC y PAAC sólo cubren los costos variables. Mientras que PAC y PSE representan los costos totales
 PBSC: Paquete Básico de Servicios a la Comunidad; PAV: Programa Ampliado de Vacunación; PAC: Programa de Ampliación de Cobertura; PSE: Paquete de Servicios Esenciales; PAAC: Paquete de Atención de Alta Complejidad

FIGURA 2. EVOLUCIÓN Y POLÍTICAS RELEVANTES EN LA FORMULACIÓN DE PAQUETES, 1993-2006^{4,6,9-11,25}

De esta manera, se diseñó un conjunto definido de manera explícita de paquetes de cobertura como la base para el acuerdo de obligaciones y responsabilidades entre el gobierno federal, los estados y las familias afiliadas. Esto ofreció al gobierno federal el vehículo para dirigir nuevos recursos a las necesidades de salud más apremiantes, en particular aquellas relacionadas con enfermedades emergentes no transmisibles, y para comparar el desempeño de los estados. Para los estados, esto permitió una asignación equitativa de recursos federales y la posibilidad de dirigir estos fondos a la construcción de nuevas instalaciones. Finalmente, las familias afiliadas obtuvieron la posibilidad de demandar la cobertura de servicios explícitos y así hacer responsables a los prestadores de servicios estatales de la atención médica prometida.

El SPSS respondió a la complejidad intrínseca de la transición epidemiológica, y a la necesidad de acuerdos de financiamiento diferenciados y de criterios para la definición de prioridades de intervenciones de salud, con la introducción gradual de tres paquetes distintos: i) un conjunto de intervenciones de salud pública y de servicios a la comunidad financiados a nivel federal y seleccionados principalmente con base en consideraciones de carga de la enfermedad, equidad y costo-efectividad; ii) un paquete de intervenciones de baja y media complejidad administrado por los estados, basado también en consideraciones de costo-efectividad, pero sobre todo en la necesidad de incrementar y regular el acceso a la atención primaria y hospitalaria para las nuevas familias afiliadas, y iii) un paquete de intervenciones de atención médica de alta complejidad

administrado centralmente y sustentado en la necesidad de diversificar el riesgo entre los estados. En este caso, las restricciones de capacidad y las presiones sociales desempeñaron un papel importante en el proceso de definición de prioridades. La figura 2 describe la evolución de estos tres paquetes, incluyendo alcance, costos per cápita y algunos aspectos relevantes de política.

Las intervenciones incluidas en los servicios de salud pública y a la comunidad son principalmente aquellas trasladadas del programa ampliado de vacunación (PAV) y del paquete de servicios a la comunidad implementado durante la primera fase de definición de prioridades. Estas intervenciones –por ejemplo, aquellas que tenían el objetivo de expandir los programas nacionales de vacunación, reducir la desnutrición crónica y deshidratación por diarrea, y la provisión de agua potable– han dominado tradicionalmente el diseño de paquetes de servicios costo-efectivos en congruencia con la recomendaciones internacionales.¹⁶⁻¹⁸ No obstante, el SPSS innovó al crear un fondo separado para financiar estas intervenciones, las cuales se realizan primordialmente en el ámbito local, pero requieren de un financiamiento y una administración a nivel central para garantizar el cumplimiento de estándares y objetivos de cobertura nacional. El paquete de servicios a la comunidad incluyendo el PAV se ha expandido de 10 intervenciones con un costo per cápita de 0.40 dólares americanos en 2001, a 71 intervenciones a un costo anual estimado per cápita de 13 dólares americanos.⁶

Las brechas más importantes en la cobertura de servicios fueron identificadas dentro de un conjunto de intervenciones de básica y mediana complejidad, y así este paquete recibió el mayor financiamiento. Previo a la reforma, la evidencia sobre el gasto de bolsillo indicaba una mayor incidencia tanto de gastos catastróficos en salud (definidos como un porcentaje neto del consumo en alimentos, usualmente 30% del ingreso disponible de los hogares) como de gasto empobrecedor en salud (definido como el gasto que empuja el ingreso del hogar debajo de un umbral, usualmente medido en términos de la línea de pobreza) en la población más pobre y no asegurados. Adicionalmente, la evidencia mostró una mayor concentración del gasto de bolsillo en rubros relativamente de bajo costo tales como cuidados ambulatorios y medicinas entre las familias del quintil más pobre. Por ejemplo, mientras que la participación del gasto de bolsillo dedicado a medicinas y cuidados ambulatorios representó 75% del gasto de bolsillo en salud en la población del quintil más pobre, la misma participación en el quintil de mayores ingresos tan sólo representó 34%.⁷ En respuesta a este problema, el diseño del paquete de ser-

vicios esenciales para el SP ha tomado en cuenta tanto consideraciones de costo-efectividad como el objetivo de reducir el gasto de bolsillo en atención médica para la población objetivo del programa.

Conforme se dispusieron y transfirieron nuevos fondos a los estados, de acuerdo con los objetivos de afiliación, el paquete se ha ampliado de las iniciales 34 intervenciones incluidas en el PAC, a 78 durante el programa piloto del SP. Actualmente el programa incluye 249 intervenciones, cubriendo la mayoría de las causas de consulta en atención primaria y casi 95% de todas las causas de ingreso hospitalario, con un costo per cápita de 154 dólares americanos por año.¹⁹

La atención de alta especialidad ha probado ser el conjunto de intervenciones más complejo y ambicioso de definir, financiar y proveer. Inicialmente este paquete fue definido por la nueva ley de manera amplia, como una lista de grandes categorías de enfermedad (cánceres, enfermedades cardiovasculares, enfermedades cerebro-vasculares, lesiones severas, VIH/SIDA) y grandes grupos de procedimientos (rehabilitación física de largo plazo, trasplantes, diálisis y cuidados intensivos neonatales) que generan gastos catastróficos entre la población. Sin embargo, pronto se presentaron algunas restricciones institucionales y de organización. Primero, su implantación requirió sistemas de información que pudieran permitir la agrupación de diagnósticos y procedimientos que facilitaran el reembolso a los proveedores a través de un fondo administrado centralmente. Segundo, la propuesta de inclusión de nuevas intervenciones basadas en la evidencia de costo-efectividad debía ser armonizada con consideraciones éticas y políticas que incluían presiones de grupos de apoyo a pacientes y de intereses de la industria. Finalmente, la oferta respondió lentamente, especialmente en áreas desprotegidas donde la disponibilidad de especialistas era el principal obstáculo. No obstante, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), administrado centralmente, hoy en día cubre 17 intervenciones incluyendo tratamientos de 11 cánceres de niños, tratamiento de cáncer cervicouterino, manejo de la sepsis neonatal e insuficiencia respiratoria, cuidados de recién nacidos prematuros, terapia antirretroviral para VIH/SIDA y cirugía de cataratas, a un costo promedio per cápita de 3.5 dólares americanos.

Evidencia para la definición de prioridades en México

Conforme ha avanzado el diseño y la implantación de los tres paquetes de intervención ofrecidos por el SPSS, los esfuerzos sistemáticos para construir la evidencia

para la priorización de intervenciones de salud se han concentrado en dos grandes conjuntos de insumos analíticos para la toma de decisión. Por un lado, han sido desarrolladas estimaciones de la carga de enfermedad para evaluar la magnitud de diferentes problemas de salud. Por otro lado, los análisis de costo-efectividad han sido utilizados para ponderar los beneficios potenciales a nivel poblacional de las diferentes intervenciones contra sus costos económicos. El cuadro II resume varias de las fuentes clave de información y los recursos técnicos usados para construir este análisis.

Carga de la enfermedad, lesiones y factores de riesgo

Se llevó a cabo un análisis de la carga de la enfermedad a nivel nacional y una valoración comparativa de riesgos en México siguiendo enfoques estandarizados usados internacionalmente.¹⁷ Los métodos se resumen en el apéndice.²⁰ Los cuadros III y IV muestran las principales causas de mortalidad y los años de vida saludable perdidos, definidos en términos de categorías de enfermedad y lesión o en términos de factores de ries-

go. Estos resultados confirman el avance epidemiológico y la transición ocurrida en México: ocho de las 12 principales causas de muerte (cuadro III), que conjuntamente representan más de las tres cuartas partes de las muertes totales, son enfermedades no transmisibles (las restantes cuatro causas son: lesiones por accidentes de tránsito, violencia, infecciones respiratorias bajas, asfixia al nacer y traumatismo al nacer). Las principales causas de muerte son bastante similares entre hombres y mujeres, aunque las lesiones tienen mayor peso entre los hombres y los cánceres de mama y cervicouterino entre las mujeres.

Los cálculos para la carga de la enfermedad basados en años de vida ajustados por discapacidad reflejan los años de vida saludable perdidos.¹⁷ Las mediciones de la carga ponderan las muertes a diferentes edades mediante los años de vida perdidos comparados con una referencia estándar (y así asignan una mayor ponderación a la mortalidad infantil). No obstante, las enfermedades no transmisibles y las lesiones, más que las enfermedades infecciosas y que otras enfermedades de la niñez, constituyen las principales causas de

Cuadro II **FUENTES CLAVE DE INFORMACIÓN Y RECURSOS TÉCNICOS USADOS EN LOS ANÁLISIS DE CARGA** **DE LA ENFERMEDAD Y COSTO-EFECTIVIDAD PARA MÉXICO**

Registros administrativos de información

SEED – Estadísticas vitales (EV) de la Secretaría de Salud, bases de datos 2001-2005
El Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED) es un registro de mortalidad de la Secretaría de Salud. Los datos de mortalidad a nivel persona están disponibles a través de los certificados de defunción que incluyen características sociodemográficas, geográficas y múltiples causas de muerte, codificadas por la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10).

INEGI – EV del INEGI, bases de datos 2000-2004

Las bases de datos de los registros vitales del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) contienen datos de mortalidad a nivel persona similar a los del SEED, sin embargo, sólo se registra la causa básica de defunción, de acuerdo con estándares internacionales.

SAEH – Egresos Hospitalarios de la Secretaría de Salud, bases de datos 2000-2005

El Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) es una base de datos de los egresos hospitalarios de todos los hospitales de la Secretaría de Salud (federal y estatales) e incluye datos a nivel paciente sobre causas de hospitalización clasificadas por los códigos de la CIE-10, diagnósticos y procedimientos de tratamiento y resultados, mortalidad hospitalaria, motivos de egreso, número de días-paciente y condición de aseguramiento.

IMSS – Egresos hospitalarios del IMSS, bases de datos 2004-2005

Esta base de datos cubre todos los egresos hospitalarios de los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e incluye datos a nivel paciente similares a los del SAEH.

Proyecciones poblacionales

Conapo – Proyecciones del Conapo 2000-2005

El Consejo Nacional de Población (Conapo) tiene proyecciones de población a través del tiempo por edad, sexo, estado y condición de aseguramiento, basado en encuestas oficiales.

Encuestas a hogares

ENSANUT – Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) es una encuesta representativa a nivel nacional y estatal levantada por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Contiene registros de características de hogares (N= 47,695) y de personas (N= 206,700), incluyendo condición de aseguramiento, factores de riesgos (tabaquismo, alcoholismo), registros biológicos (colesterol, hipertensión, glucosa en la sangre, hemoglobina A_{1c}), utilización de servicios y condiciones de salud.

Recursos técnicos

WHO-CHOICE – Herramientas para el análisis de costo-efectividad de la OMS

El proyecto para la elección de las intervenciones que son costo-efectivas de la Organización Mundial de la Salud (OMS, WHO-CHOICE por sus siglas en inglés) ha desarrollado un enfoque estandarizado de análisis costo-efectividad a nivel regional. Entre las herramientas disponibles incluye un modelo epidemiológico de cinco etapas (PopMod en inglés) para estimar los efectos a nivel poblacional, plantillas de costeo y estimación de modelos de precios por país y plantillas de intervenciones costo-efectivas para contextualizar el análisis regional de enfermedades seleccionadas y factores de riesgo.

Cuadro III
**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD Y CARGA DE ENFERMEDAD,
 POR CATEGORÍA DE ENFERMEDAD Y LESIÓN, MÉXICO 2004**

Ambos sexos	Porcentaje total	Hombres	Porcentaje total	Mujeres	Porcentaje total
Mortalidad					
Enfermedades isquémicas del corazón	13.3	Enfermedades isquémicas del corazón	12.9	Enfermedades isquémicas del corazón	13.9
Diabetes mellitus	9.9	Diabetes mellitus	8.0	Diabetes mellitus	12.4
Enfermedad cerebrovascular	6.1	Cirrosis hepática	7.6	Enfermedad cerebrovascular	7.3
Cirrosis hepática	5.6	Accidentes de tráfico	6.1	Enfermedad cardíaca hipertensiva	4.2
Accidentes de tráfico	4.4	Enfermedad cerebrovascular	5.2	Enfermedades pulmonares	
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	4.0	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	4.1	obstructivas crónicas	4.0
Infecciones de las vías inferiores de respiración	3.6	Infecciones de las vías inferiores de respiración	3.5	Infecciones de las vías inferiores de respiración	3.8
Enfermedad cardíaca hipertensiva	3.3	Violencia	3.4	Cirrosis hepática	2.9
Asfixia del nacimiento y traumatismo del nacimiento	2.9	Asfixia del nacimiento y traumatismo del nacimiento	3.1	Nefritis y nefrosis	2.8
Nefritis y nefrosis	2.7	Enfermedad cardíaca hipertensiva	2.6	Asfixia del nacimiento	
Violencia	2.2	Nefritis y nefrosis	2.6	y traumatismo del nacimiento	2.6
Cánceres de tráquea, bronquios y pulmonares	1.6	Cáncer de próstata	2.0	Cáncer cervicouterino	2.3
				Cáncer de mama	2.3
				Accidentes de tráfico	2.1
Años de vida ajustados por discapacidad					
Depresión unipolar severa	6.4	Accidentes de tráfico	6.5	Depresión unipolar severa	8.9
Accidentes de tráfico	4.6	Violencia	4.7	Diabetes mellitus	4.3
Asfixia del nacimiento y traumatismo del nacimiento	4.2	Asfixia del nacimiento y traumatismo del nacimiento	4.6	Asfixia del nacimiento	
Diabetes mellitus	3.6	Cirrosis hepática	4.5	y traumatismo del nacimiento	3.7
Enfermedades isquémicas del corazón	3.2	Depresión unipolar severa	4.4	Enfermedades isquémicas del corazón	2.7
Cirrosis hepática	3.1	Alcoholismo	3.7	Asma	2.5
Violencia	2.9	Enfermedades isquémicas del corazón	3.7	Accidentes de tráfico	2.4
Asma	2.5	Diabetes mellitus	3.1	Esquizofrenia	2.3
Alcoholismo	2.5	Asma	2.4	Enfermedad cerebrovascular	2.2
Esquizofrenia	2.1	Infecciones de las vías inferiores		Desórdenes endocrinológicos	2.1
Enfermedad cerebrovascular	2.1	de respiración	2.0	Malformaciones congénitas del corazón	2.1
Malformaciones congénitas del corazón	2.1	Malformaciones congénitas del corazón	2.0	Cataratas	2.0
		Enfermedad cerebrovascular	1.9	Migraña	2.0

Fuente: Cálculos de los autores basados en las referencias 1 y 2. Datos reportados sólo para las 12 principales causas en cada sexo

años de vida ajustados por discapacidad en México. Las mediciones de la carga de la enfermedad también extienden las mediciones de mortalidad al contabilizar los resultados no fatales en unidades que pueden ser combinadas con medidas de muerte prematura. Las condiciones neuropsiquiátricas como la depresión y el alcoholismo causan pocas muertes directas, pero dan como resultado la pérdida de salud a través de la morbilidad y así se clasifican entre las principales causas de carga de la enfermedad, especialmente entre las mujeres.

La mortalidad y la carga de la enfermedad por factores de riesgo (cuadro IV), con el potencial de intervenciones preventivas, enfatiza aún más el avance en la transición epidemiológica en México. El alcoholismo, el sobrepeso y la obesidad, el elevado nivel

de glucosa en la sangre y la presión sanguínea son las principales causas globales de mortalidad y de carga de la enfermedad. El bajo consumo de frutas y vegetales y el tabaquismo también tienen efectos importantes en la mortalidad para ambos sexos, mientras que las relaciones sexuales sin protección son un importante factor de pérdida de años de vida saludable para las mujeres.

Las enfermedades específicas, las lesiones y los factores de riesgo que constituyen las principales causas de carga de la enfermedad en México indican que las intervenciones a analizar –y en última instancia, a incluir–, pueden ser obtenidas de un menú de intervenciones farmacológicas y de conducta saludable, tanto a nivel personal como poblacional, que son transversales a los tres paquetes de intervenciones del

SPSS, tal como lo demuestra el caso de la diabetes mellitus tipo 2 y el nivel elevado de glucosa en la sangre (cuadro V).

Costo-efectividad de las intervenciones para la salud

Aunque la necesidad de la evaluación económica como insumo para la planeación política de la salud en un escenario de restricciones presupuestales ha sido reconocida ampliamente, hoy en día el uso de la información del costo-efectividad de diferentes intervenciones para la definición de prioridades se mantiene limitado

en la mayoría de los países en desarrollo. Esto se debe a que aún existen impedimentos técnicos importantes. Por un lado, existe una preocupación válida de que la decisión de extrapolar estimaciones internacionales pueda guiar incorrectamente la asignación de recursos en el ámbito nacional. Por otro lado, utilizar un análisis de costo-efectividad específico para un país requiere información amplia y confiable y una capacidad analítica a nivel local de la que no siempre se dispone.

Los recientes avances en análisis de costo-efectividad en el ámbito internacional, más notablemente en el proyecto WHO-CHOICE de la OMS y la última

Cuadro IV
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD Y CARGA DE ENFERMEDAD, POR FACTOR DE RIESGO, MÉXICO 2004

Ambos sexos	Porcentaje total		Porcentaje total	Porcentaje total
	Hombres	Mujeres		
Mortalidad				
Nivel alto de glucosa en sangre	14.4	Alcoholismo	12.3	Nivel alto de glucosa en sangre
Índice de masa corporal alto	12.4	Nivel alto de glucosa en sangre	11.9	Índice de masa corporal alto
Presión sanguínea alta	10.1	Índice de masa corporal alto	10.1	Presión sanguínea alta
Alcoholismo	8.4	Presión sanguínea alta	9.0	Inactividad física
Tabaquismo	4.8	Tabaquismo	5.8	Consumo bajo de frutas y vegetales
Consumo bajo de frutas y vegetales	4.7	Consumo bajo de frutas y vegetales	4.7	Nivel alto de colesterol
Inactividad física	4.4	Inactividad física	3.9	Tabaquismo
Nivel alto de colesterol	3.6	Nivel alto de colesterol	3.1	Alcoholismo
Años de vida ajustados por discapacidad				
Alcoholismo	7.5	Alcoholismo	11.7	Índice de masa corporal alto
Índice de masa corporal alto	5.3	Índice de masa corporal alto	4.5	Nivel alto de glucosa en sangre
Nivel alto de glucosa en sangre	5.2	Nivel alto de glucosa en sangre	4.6	Alcoholismo
Presión sanguínea alta	2.4	Presión sanguínea alta	2.5	Presión sanguínea alta
Relaciones sexuales inseguras	1.9	Relaciones sexuales inseguras	1.9	Relaciones sexuales inseguras
Consumo bajo de frutas y vegetales	1.5	Consumo bajo de frutas y vegetales	1.6	Consumo bajo de frutas y vegetales
Nivel alto de colesterol	1.2	Tabaquismo	1.5	Inactividad física
Inactividad física	1.2	Nivel alto de colesterol	1.3	Nivel alto de colesterol

Fuente: Cálculos de los autores basados en las referencias 1 y 2. Datos reportados sólo para las ocho principales causas en cada sexo

Cuadro V
REDUCIENDO LAS BRECHAS PARA LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2)

- La DM2 es la segunda causa de muerte, representando un estimado de 10% de las muertes totales en 2004.² La tasa de prevalencia para la DM2 se ha incrementado significativamente en los últimos 20 años, alcanzando un estimado de 10.2%.²⁶ Basándose en las tendencias del patrón de envejecimiento y obesidad (de acuerdo con las más recientes encuestas 62.3% de la población mexicana muestran un $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$) se espera que el número de mexicanos con DM2 se incremente significativamente.¹¹
- Con la implantación del Seguro Popular, tres nuevas intervenciones comunitarias y cinco intervenciones de tratamiento han sido incluidas en el paquete de servicios esenciales. En 2002 sólo la detección temprana y un limitado tratamiento farmacológico fueron cubiertos a un costo anual de 375 dólares americanos por paciente. Para 2006, un conjunto más amplio de intervenciones ha sido implementado gradualmente, incluyendo la estabilización de emergencia, el pie diabético y falla crónica del corazón a un costo total promedio para el

paquete de DM2 de 2 442 dólares americanos por paciente diagnosticado, lo que representa un incremento de recursos de seis veces en cuatro años.¹⁹

- Hoy en día se están desarrollando análisis de costo-efectividad de una gama de intervenciones primarias y secundarias para la prevención de la DM2. Entre aquellas bajo consideración para ser añadidas en el paquete de servicios esenciales se encuentran tratamientos relacionados con complicaciones de la DM2 como la retino-terapia y la enfermedad renal. Los paquetes de servicios a la comunidad y de atención básica atienden actualmente intervenciones preventivas que incluyen la asesoría personalizada y los cambios de estilo de vida. Sin embargo, estas prioridades deben ser revisadas basándose en los resultados que se obtengan de los análisis en curso. La escasez de recursos humanos especializados sigue siendo la mayor restricción para la expansión de los servicios preventivos.

actualización del Proyecto de Control de Enfermedades Prioritarias (DCP2 por sus siglas en inglés), han producido resultados regionales sobre costo-efectividad para un grupo de intervenciones que pueden servir de guía para la toma de decisiones a nivel nacional. Asimismo, han provisto herramientas técnicas para la contextualización de los resultados en todo el país.¹⁶⁻¹⁸ Conforme se ha desarrollado el diseño de paquetes de intervenciones en el SPSS, se han conducido nuevos análisis de costo-efectividad para algunas intervenciones, y se ha puesto un importante énfasis en el desarrollo de la capacidad técnica local para llevarlos a cabo.

Estos nuevos análisis de costo-efectividad se realizaron en dos fases. Una primera fase utilizó guías internacionales sobre los métodos de análisis de costo-efectividad para producir modelos para enfermedades específicas y estimaciones para las siguientes intervenciones: vacuna del neumococo, vacuna de la influenza, vacuna del rotavirus, detección de cáncer de mama, detección de cáncer cervicouterino, tratamiento de cánceres de niños (incluidos 11 cánceres diferentes), diálisis y trasplante renal, trasplante de córnea y cuidados intensivos neonatales. El desarrollo de un software para modelar enfermedades estandarizadas y plantillas de costeo por parte del proyecto WHO-CHOICE permite una segunda fase de análisis usando herramientas técnicas estandarizadas que se aplicaron a diferentes intervenciones. Las herramientas de WHO-CHOICE se utilizaron para analizar intervenciones relacionadas con depresión, prevención y tratamiento de enfermedades cardiovasculares, alcoholismo, cirugía de cataratas, así como monitoreo y tratamiento de cáncer de mama. Actualmente, dichas herramientas se utilizan en el análisis de intervenciones como la diabetes, el tratamiento del cáncer cervicouterino, insuficiencia renal crónica terminal, recién nacidos prematuros, accidentes de tráfico, enfermedades prevenibles por vacunación, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma.

A pesar de que nuevos estudios de costo-efectividad específicos para el caso mexicano sólo se han completado para un subconjunto de intervenciones que se considera incluir en los paquetes del SPSS, el análisis realizado resalta ciertos puntos clave que a continuación se resumen para algunos casos.

El no disponer de datos completos requiere con frecuencia de la extrapolación de varios supuestos sobre insumos para la evaluación económica provenientes de otros países o regiones. En México, la disponibilidad de información epidemiológica y económica local ha ayudado a descubrir las limitaciones de dichas extrapolaciones, y a desarrollar estimaciones nacionales de costo-efectividad para intervenciones seleccionadas.

Por ejemplo, basándose en datos de morbilidad y mortalidad de la influenza en México, obtenidos de estadísticas vitales y de registros hospitalarios, se observa que el costo-efectividad de la vacunación anual contra la gripe para los infantes y niños parece mucho menos atractiva para México que lo que indican análisis de otros países. Se ha estimado que el costo por año de vida saludable ganado a través de la vacunación anual contra la gripe en niños de 6 a 23 meses es más de tres veces el producto interno bruto (PIB) per cápita –el límite que se usa con frecuencia como parámetro de un beneficio razonable por la inversión en aplicaciones de costo-efectividad internacionales–. En contraste, estudios previos han encontrado que esta intervención tiene una razón de costo-efectividad muy por debajo del PIB per cápita, o que incluso reduce costos.^{21,22}

Ciertas características epidemiológicas del cáncer de mama en México también tienen importantes implicaciones para el análisis de eficiencia económica de diferentes estrategias de intervención. El análisis de tasas de mortalidad por edad revela que 22% de las muertes por cáncer de mama entre las mujeres mexicanas ocurre antes de los 45 años, en contraste con el 8% presentado en Estados Unidos,²³ resultado consistente con informes previos sobre la existencia de un patrón de incidencia a edades más jóvenes del cáncer de mama en México.²⁴ De este modo, a pesar de que las tasas globales de incidencia en México son menores a las de Estados Unidos, se ha encontrado que la política agresiva de monitoreo en mujeres menores de 50 años puesta en marcha en México para la detección temprana de cáncer de mama presenta una razón de costo-efectividad entre una y tres veces el PIB per cápita; en Estados Unidos, el monitoreo de cáncer de mama en mujeres menores de 50 años excede la referencia típica para el costo-efectividad.²⁵

El análisis costo-efectividad de un grupo de intervenciones de los tres paquetes ofrece resultados que en algunos casos contradicen la opinión generalizada sobre el beneficio de la inversión para un grupo de categorías de intervenciones. Por ejemplo, mientras que es ampliamente reconocido que las vacunas se encuentran entre las inversiones más efectivas en salud, la llegada de vacunas más costosas como la del neumococo –y más recientes como la vacuna contra el virus del papiloma humano– ponen en duda la aplicabilidad general de esta afirmación. Se ha encontrado, por ejemplo, que el costo-efectividad de la vacuna del rotavirus, de la vacuna del neumococo 7-valente conjugada (VN) para niños, así como la vacunación de la influenza para infantes y niños (discutida anteriormente) tienen cocientes de costo-efectividad menores al PIB per cápita, de una a tres veces el PIB per cápita y más de

tres veces el PIB per cápita respectivamente, por año de vida saludable ganado. Así, intervenciones específicas dentro del mismo grupo extienden el rango de evaluación del beneficio de la inversión de lo muy costo-efectivo hasta lo no costo-efectivo. Por otro lado, varias intervenciones de baja y media complejidad, incluso algunas pertenecientes al paquete de alta complejidad, tienen cocientes de costo-efectividad que las colocan entre las más atractivas, incluyendo cirugía de cataratas, tratamientos con antidepresivos y ciertas estrategias para la prevención secundaria de pacientes con enfermedades isquémicas del corazón, ya que todas muestran un costo menor a la mitad del PIB per cápita por año de vida saludable ganado.

Consideraciones no relacionadas con salud para la definición de prioridades

La asignación eficiente de recursos resultante del análisis de costo-efectividad, es sólo una de las consideraciones críticas en el proceso de definición de prioridades. El marco de desempeño del sistema de salud desarrollado por la OMS recalca la importancia de atender otros retos intrínsecos más allá de la generación de una mejor salud de la población.²⁷ Estos desafíos incluyen ser sensibles a las expectativas legítimas no médicas de los pacientes y asegurar el financiamiento justo entre las familias. El sistema de salud, a su vez, debe buscar reducir inequidades tanto en la distribución de las ganancias de salud como los niveles de atención entre diferentes grupos poblacionales. Más allá de estos retos intrínsecos del sistema de salud –los cuales son susceptibles de medición como fuentes adicionales de evidencia en la definición de prioridades–, otra categoría de consideraciones incluye una gama de preocupaciones no técnicas, como las presiones políticas que deben ser atendidas en cualquier esfuerzo por implementar una reforma en una sociedad democrática.²⁸

La relevancia de consideraciones particulares no médicas puede variar a través de los paquetes. Por ejemplo, son especialmente pertinentes las consideraciones de equidad en el proceso de selección de intervenciones de salud pública y servicios a la comunidad, mientras que la reducción del gasto de bolsillo regresivo es un objetivo particularmente importante en el empaquetamiento de intervenciones de salud a la persona. Sin embargo, hay dos consideraciones adicionales relacionadas con todas las intervenciones: el impacto presupuestal y las limitantes para su implantación. Para resolver la primera, se realizan proyecciones bajo varios escenarios de cobertura. Cuando las proyecciones indican suficiencia presupuestaria entonces una

intervención es considerada como candidata fuerte para ser incluida en el paquete; de no ser así, se considera como alternativa la cobertura gradual de la población.

Las limitantes de implantación son analizadas en la etapa final del proceso de decisión para incluir intervenciones. Las restricciones de capacidad relacionadas con la provisión de la atención médica son resueltas mediante la aplicación de un proceso de acreditación acelerado de las unidades proveedoras de servicios. El objetivo de la acreditación acelerada es permitir la provisión condicionada de servicios en las unidades de salud por un año, durante el cual se realizan las mejoras necesarias mientras se solicita la acreditación normal. La acreditación, tanto normal como acelerada, implica que habrá un retraso en el inicio de operaciones mientras todas las unidades cumplen con los estándares requeridos. La escasez de especialistas en ciertas áreas está siendo resuelta a través de certificaciones condicionadas al personal médico en el corto plazo, y mediante cambios en el programa nacional de residencia en el largo plazo. Para algunas intervenciones donde la certificación condicionada no es posible o la escasez de instalaciones médicas implica un fuerte compromiso financiero de inversión de capital en el mediano y largo plazos se puede posponer la inclusión de la intervención indefinidamente.⁸

Dentro de los ejemplos de intervenciones que no han sido incluidas en los paquetes por motivos presupuestales a pesar de presentar un cociente de costo-efectividad aceptable se encuentran la vacuna del rotavirus, el tratamiento para la retinopatía diabética y los trasplantes renales. Adicionalmente, el monitoreo de cáncer de mama y el trasplante de córnea no están incluidos actualmente en los paquetes de baja y media complejidad, respectivamente, debido a restricciones en la ampliación de la oferta. Los tratamientos para las etapas tempranas y terminales de cáncer de mama y diálisis de riñón no se incluyen en el paquete de alta complejidad debido a restricciones tanto presupuestales como de implementación.

En casos donde una inclusión gradual es justificada tanto por insuficiencia de presupuesto como por una lenta capacidad de respuesta en el corto plazo, es frecuente que se presenten consideraciones de equidad. Las restricciones de capacidad tienden a sesgar la implementación inicial a favor de las comunidades urbanas de mayor ingreso, como es el caso de las enfermedades no transmisibles. En contraste, la implementación inicial de varias intervenciones dirigidas a la comunidad (como los programas de vacunación contra el neumococo y la influenza) es menos probable

que estén sujetas a restricciones de capacidad y por lo tanto, puede realizarse en áreas marginadas más rápidamente.

Los argumentos para la reciente inclusión del tratamiento de leucemia linfoblástica aguda (LLA) en niños ilustra varios de estos puntos (cuadro VI). El tratamiento para la LLA fue la primera intervención incluida en el paquete de alta especialidad, ya que es una de las mayores fuentes de gasto catastrófico y empobecedor entre las familias afectadas, así como porque la ampliación del financiamiento podría mejorar significativamente los resultados del tratamiento al reducir el abandono o interrupción del mismo. Asimismo, la decisión de cubrir el tratamiento de la LLA ha coadyuvado a promover y exemplificar el concepto de protección financiera que condujo el proceso de reforma del SPSS.

Debido a que la definición de prioridades implica sopesar diferentes objetivos del sistema de salud, y dado que estos objetivos deben a su vez reflejar los valores de la sociedad, ha sido esencial migrar hacia un proceso de toma de decisiones más racional y explícito.³¹⁻³⁴ Los esfuerzos más recientes para institucionalizar un proceso que sea equitativo, transparente y sujeto a evaluación han resultado ser útiles para manejar las quejas (y las presiones menos legítimas) de los grupos de interés, incluyendo pero no limitado a

los profesionales de salud pública, activistas contra la pobreza, clínicos, investigadores, sindicatos, las ONG y la industria.

El desarrollo de un proceso justo que incluya múltiples objetivos ha sido inicialmente dirigido a intervenciones de enfermedad financiadas por el FPGC, donde se han presentado las preocupaciones no médicas más complejas. Esto ha permitido la identificación de dos grupos de consideraciones generales. El primero incluye criterios analíticos susceptibles de cuantificación, como es el caso del análisis de costo-efectividad, disponibilidad de presupuesto y restricciones de instrumentación. El segundo incluye preocupaciones no cuantificables que deben ser manejadas a través del logro de consensos (cuando es posible) entre los diferentes actores. Estos procesos incluyen una evaluación ética sobre equidad entre grupos de población y una discusión de la aceptabilidad social de las intervenciones, incluyendo inquietudes sobre la capacidad de responder a expectativas de los pacientes.

Aunque los grupos que contribuyen en el proceso de toma de decisiones han interactuado informalmente como un panel de asesores en los últimos seis meses bajo la dirección del Consejo General de Salud, el cuerpo legal responsable de esta toma de decisiones, se está formulando un marco formal que incluya todos los

Cuadro VI
DETERMINANTES NO RELACIONADOS CON LA SALUD: COBERTURA DE LA LEUCEMIA EN LA NIÑEZ

- La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es la segunda causa de muerte en niños de entre 5 y 14 años de edad (6.3% del total de muertes para ese grupo en 2004).²
- La quimioterapia personalizada, un mejor control de trasplantes de médula ósea y los nuevos fármacos para controlar los episodios de neutropenia en el tratamiento de la LLA han aumentado las tasas de supervivencia por arriba de 75%, si el padecimiento se detecta oportunamente y se trata en forma adecuada. No obstante, las fases de tratamiento (incluidas la inducción, intensificación, trasplante de médula ósea en caso necesario, y mantenimiento) requieren en promedio dos y medio años para completarlas a un costo variable esperado de 42 235 dólares americanos (sin considerar las inversiones de capital fijo ni los recursos humanos).²⁹
- Se ha estimado que en promedio 711 niños de familias pobres no aseguradas son diagnosticados cada año, y dada la insuficiencia de recursos en hospitales públicos especializados, se ha pedido a las familias pagar de su bolsillo parte de las facturas principalmente con la compra de los medicamentos para la quimioterapia. Como resultado, en el año 2003 alrededor de 26% de los casos abandonó el tratamiento por razones financieras y las tasas de éxito alcanzadas no fueron superiores a 42%.²⁹
- Si bien los análisis de costo-efectividad proporcionan un criterio adicional para apoyar la cobertura de todos los tratamientos de LLA (los cuales se ha observado tienen una razón de costo-efectividad menor a una vez el PIB per cápita en México por año de vida ajustado por discapacidad prevenido), la inclusión del tratamiento al paquete de alta complejidad del SPSS desde 2004 se basó particularmente en otros criterios, en esencia la necesidad de mejorar los resultados y evitar el pago de gastos catastróficos y el empobrecimiento de las familias.²⁹
- La prestación de atención médica se paga de manera directa, por caso, a hospitales acreditados en todo el país. Sin embargo, los principales obstáculos para la prestación de servicios son el número de especialistas en oncología pediátrica (1 por cada 38 pacientes para todo el sector salud), seguido por instalaciones hospitalarias deficientes que no cumplen con los requisitos mínimos de acreditación. Dichos obstáculos están siendo abordados a través de la certificación acelerada de recursos humanos y la acreditación condicionada a mejoras en el corto plazo.³⁰
- 756 niños con LLA bajo tratamiento hoy día están siendo financiados por el SPSS, con resultados preliminares que muestran una considerable reducción de las tasas de abandono del tratamiento.³⁰
- El conocimiento del público y la participación activa de la sociedad a través de organizaciones no gubernamentales (ONG) especializadas constituyen un factor clave para el éxito de la prestación de servicios, ya que éstas son parte del Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia en donde proveedores, pacientes y representantes del SPSS se congregan para discutir los avances en la cobertura, el financiamiento y la calidad de la atención.
- El tratamiento para otro tipo de leucemias, así como para otros diez tipos de cánceres infantiles, será cubierto por el SPSS a partir de 2006, una vez que se hayan considerado los hallazgos sobre el costo-efectividad y la suficiencia presupuestaria.

detalles operativos del proceso de definición de prioridades. Se espera que este proceso incluya una fase inicial donde se demostrarán las consideraciones técnicas de una lista de intervenciones candidatas a ser incluidas luego de realizarse debates en el seno de los grupos de ética y aceptabilidad social. Este proceso ayudará a definir el orden de inclusión hasta el año 2010 de las 64 intervenciones identificadas como parte de las grandes categorías a cubrir por el FPGC para ese año.

Lecciones globales

Los países en general, pero en particular las economías en desarrollo, comparten rasgos comunes que hacen particularmente útil el intercambio de experiencias en la definición de prioridades de salud. Una parte importante del mundo en desarrollo enfrenta una transición epidemiológica, como es el caso de México; asimismo, la preocupación sobre la distribución de las ganancias en salud es relevante en el ámbito mundial. Adicionalmente, las reformas en materia de atención médica y otros esfuerzos de fortalecimiento del sistema de salud enfrentan una dura competencia por parte de otros programas sociales valiosos, por los recursos públicos. El ejercicio de definir prioridades de manera explícita presenta la rara oportunidad de vincular un problema social en particular –la presión y la complejidad de las necesidades de salud de la población– con políticas basadas en evidencias, adaptadas a las circunstancias particulares e impulsadas por la inquietud fundamental de cómo optimizar el uso de recursos escasos destinados a mejorar la salud de la población. La utilización de la evaluación económica como evidencia para la toma de decisiones sobre las prioridades en materia de salud en nuestro país es tema del debate actual en un creciente cúmulo de literatura.³⁴⁻³⁸ Las implicaciones de política global más relevantes derivadas de la definición de prioridades en México pueden ser resumidas de la siguiente manera:

1. Cuando la complejidad y el rápido incremento de las necesidades de salud de la población rebasan al sistema de salud, el uso de herramientas analíticas disponibles y probadas es instrumental para fijar prioridades nacionales de salud y construir consensos en torno a un plan efectivo de expansión del acceso a la atención médica.

Ante perfiles de salud complejos y restricciones financieras, el uso explícito de paquetes ofrece varias ventajas. Pueden ayudar a obtener el financiamiento para un conjunto de intervenciones re-

feridas a enfermedades prioritarias dentro de un marco más amplio de política dirigido a incrementar la cobertura de los servicios de salud comunitarios y personales para poblaciones objetivo específicas. Debe considerarse cuidadosamente la continuidad de la atención entre los paquetes diseñados para programas administrados centralmente (asociados con la agenda inconclusa del combate a las enfermedades transmisibles) y los paquetes para regular el acceso (por ejemplo, a los servicios hospitalarios). No obstante, en un contexto de prestación descentralizada de servicios, los paquetes de intervenciones basados en la evidencia también ofrecen la posibilidad de reconciliar los enfoques horizontal y vertical en la prestación de servicios de salud, como se explica en uno de los artículos que acompañan esta serie, en relación con las intervenciones dirigidas a la supervivencia infantil.⁴⁸ Finalmente, la solidez analítica para determinar prioridades ayuda a proteger el financiamiento de intervenciones altamente costo-efectivas de salud pública y de servicios a la comunidad (las cuales no generan una demanda espontánea de servicios) contra las fuertes presiones de grupos que abogan por servicios clínicos hospitalarios.

2. La definición racional de prioridades también puede guiar cambios organizacionales de largo plazo en áreas estratégicas tales como el desarrollo de capacidades.

El análisis de costo-efectividad y la definición de prioridades en general ponen de relieve valiosas oportunidades para fortalecer a los sistemas de salud. Las restricciones de capacidad y las cuestiones organizacionales, en particular la disponibilidad de recursos humanos y físicos, pueden limitar los planes de expansión de cobertura para intervenciones costo-efectivas. La evidencia y el consenso en cuanto a las intervenciones que deberían ser proporcionadas por el sistema de salud pueden ejercer una firme presión para que se identifiquen las restricciones a su implementación, para lograr una mayor coordinación entre agencias del gobierno y para asignar recursos a nuevos servicios. En suma, pueden ayudar a lograr los cambios necesarios que de otra manera hubieran sido demasiado lentos y difíciles de promover. Del mismo modo, la formulación explícita de paquetes ayuda a mejorar la compatibilidad de instrumentos para regular la provisión que tradicionalmente no estaban coordinados. Éstos incluyen planes maestros para nueva infraestructura,

lineamientos y protocolos para nuevas intervenciones, procedimientos de certificación y acreditación para los programas que buscan asegurar la calidad, y listas de formularios para productos farmacéuticos, equipamiento y otros suministros terapéuticos.

3. Los resultados del análisis de costo-efectividad pueden ser aplicados exitosamente en diferentes etapas del diseño de paquetes de intervenciones, sin embargo, es deseable adoptar un enfoque sistemático.

En el contexto de un ejercicio explícito de definición de prioridades, la información sobre costo-efectividad puede ser usada para dos propósitos diferentes. El primero es buscar oportunidades perdidas en términos de intervenciones que pudieran generar beneficios razonables por la inversión realizada, pero que actualmente no están incluidas en el paquete. El segundo es proveer la evidencia necesaria para contrarrestar las presiones políticas para añadir intervenciones que generan beneficios relativamente bajos en relación con su costo. La relevancia de las restricciones de tiempo varía entre dos tipos de situaciones. En el primer caso, el análisis costo-efectividad puede llevarse a cabo sin las presiones rígidas de tiempo, mientras que en la segunda situación, la información tiene que producirse lo suficientemente rápido para guiar las decisiones inminentes que con frecuencia surgen de otros grupos de interés. Dada esta dinámica, por lo general es difícil completar los análisis de costo-efectividad lo suficientemente rápido para responder a las presiones que se enfrentan para añadir intervenciones específicas. La excepción es un escenario en donde existe el requerimiento institucionalizado de demostrar el resultado de costo-efectividad antes de agregar cualquier nueva intervención.

4. El fortalecimiento de capacidades nacionales para la definición de prioridades es esencial para permitir un equilibrio apropiado como parte de un ejercicio transparente y sistemático de combinar argumentos de maximización de la salud y otros criterios no relacionados con la salud.

Mientras que las herramientas para la definición de prioridades basada en criterios de maximización de la salud, como es el caso de la carga de enfermedad y el análisis de costo-efectividad, están cada vez más disponibles y pueden ser adaptadas a escenarios específicos, muchos otros criterios no relacionados con la salud no sólo son específicos para cada país, sino que también son más difíciles de cuantificar para incluirlos en la

toma sistemática de decisiones. Dividir las intervenciones de salud en diferentes categorías ha ayudado a simplificar el proceso de toma de decisiones al enfatizar los criterios más relevantes para la definición de prioridades para cada paquete. Las decisiones relacionadas con intervenciones dirigidas a la comunidad, y aquellas intervenciones médicas de baja complejidad, están basadas en análisis de costo-efectividad y en el análisis de carga de enfermedad, y por lo tanto, suelen estar en línea con las recomendaciones internacionales. En contraste, conforme la complejidad de la intervención aumenta, las consideraciones no relacionadas con salud tienden a ganar relevancia. Cuando estas inquietudes se hacen comunes, la necesidad de un proceso más institucionalizado de toma de decisiones sustentado en la experiencia local se vuelve evidente. El principal reto es convertir el ejercicio de definición de prioridades en una práctica socialmente aceptada para definir de forma más legítima los límites del derecho legal a la protección de la salud. Ningún marco de toma de decisiones puede efectivamente garantizar que eso se realice. Sin embargo, comenzar pronto y promover una amplia participación de la sociedad para tomar decisiones ex-ante, más que para validar decisiones ex-post, podría ser el mejor camino para hacerlo bien.

Finalmente, vale la pena mencionar que la definición de prioridades debe ser vista y entendida solamente como un componente, si bien importante, en el ciclo de la toma de decisiones racionales de política en materia de salud. En este ciclo de políticas que incluye planeación, formulación, implementación, monitoreo y evaluación, las metodologías concomitantes de política se complementan y refuerzan entre sí y son más vigorosas cuando se usan en un contexto más amplio. Así, la definición de prioridades puede ser considerada como una herramienta de política intermedia la cual se vincula hacia arriba con las metodologías de planeación para medir el estado de salud de la población y los factores de riesgo que lo afectan. Hacia abajo, esta herramienta se relaciona con los instrumentos de evaluación y con los análisis de incidencia de beneficios midiendo su impacto en la prestación de intervenciones prioritarias.³⁹ Cerrar el ciclo de políticas es particularmente útil para el uso óptimo de la definición de prioridades en tanto esta gama de metodologías interrelacionadas permite evaluar si las intervenciones cubiertas alcanzan a su población objetivo y ajustar la reevaluación y el refinamiento del contenido de los paquetes conforme los nuevos datos y evidencias estén disponibles.

Agradecimientos

Se agradece la visión y liderazgo por parte del doctor Julio Frenk Mora, quien apoyó este trabajo desde sus inicios. Agradecemos también los útiles comentarios de Héctor Peña-Baca, Octavio Gómez Dantés, Norman Daniels, Dov Chernichovsky, Jaime Sepúlveda, Felicia Knaul, Rafael Lozano, Colin Mathers, Stephen Lim, Dan Chisholm, Jeremy Lauer, Chris Murray, Dennis Feehan, Emmanuela Gakidou, Ken Hill, Michael Lissman, Kevin Thomas, Jane Kim, Steven Sweet, Jeremy Barofsky, Chloe Bryson-Cahn, Sue Goldie, Jochen Profit, Jennifer Yeh, Anila Gopalakrishnan, Jeremy Goldhaber-Fiebert, Melanie Bertram, Diana Lee, Mónica Ortega, Simón Barquera, Guilherme Borges, Eric Monterrue Flores, Jürgen Rehm, Juan Rivera Domínguez, Leonora Rojas Bracho, Jorge Villatoro, Miriam Zuk and Tessa Tan-Torres. Adicionalmente, estamos agradecidos por los comentarios puntuales de los dos revisores, quienes examinaron la versión previa de este documento. Eduardo González Pier agradece el apoyo financiero del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Indicadores Sociodemográficos de México 1930-2000. México, DF: INEGI Disponible en: www.inegi.gob.mx. [consultado en: 17 de agosto de 2006].
2. Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística 2004. México: Secretaría de Salud. Disponible en: www.salud.gob.mx. [consultado el 17 de agosto de 2006].
3. Secretaría de Salud. Salud: México 2004: Información para la rendición de cuentas. México, DF: Secretaría de Salud, 2004.
4. Sepúlveda J, Bustreo F, Tapia R, Rivera J, Lozano R, Olaiz G, et al. Aumento de la sobrevida en menores de cinco años en México: la estrategia diagonal. *Salud Pública Mex* 2007;49 suppl 1:S110-S125.
5. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. México, DF: Secretaría de Salud, 2001.
6. Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. México, DF: Secretaría de Salud, 2005.
7. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, et al. Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. *Salud Pública Mex* 2007;49 suppl 1:S70-S87.
8. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública Mex* 2007;49 suppl 1:S21-S34.
9. Frenk J. Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias. *Salud Pública Mex* 2007;49 suppl 1:S14-S22.
10. Gakidou E, Lozano R, González-Pier E, Abbot-Klafter J, Barofsky JT, Bryson-Cahn C, et al. Evaluación del impacto de la Reforma Mexicana de Salud 2001-2006: un informe inicial. *Salud Pública Mex* 2007;49 suppl 1:S88-S109.
11. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). *OECD reviews of health systems: Mexico*. Paris: OECD Publishing, 2005.
12. Omran AR. The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *Milbank Mem Fund Q* 1971;49:509-538.
13. World Bank. *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press, 1993.
14. Frenk J, Ruelas E, Bobadilla JL, Zurita B, Lozano R, González MA, et al. *Economía y Salud. Propuestas para el avance de la salud en México*. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud, 1994.
15. Secretaría de Salud. *El Programa de Ampliación de Cobertura 1996-2000*. México, DF: Secretaría de Salud, 2000.
16. Jamison D, Mosley W. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Disease Control Priorities Project, Washington, DC: World Bank, 1993.
17. López A, Mathers C, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL, et al., eds. *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Disease Control Priorities Project. New York: Oxford University Press, 2006.
18. Jamison D, Breman J, Measham A, et al. *Disease Control Priorities in Developing Countries. Second edition*. Disease Control Priorities Project. Washington, DC: Oxford University Press, 2006.
19. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. *Catálogo Universal de Servicios Esenciales*. México, DF: Secretaría de Salud, 2006.
20. González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Llorente M, Porras-Condey R, Carvalho N, et al. Apéndice de: Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. Disponible en: <http://www.globalhealth.harvard.edu/MexicoLancet.html>
21. Cohen GM, Nettleman MD. Economic impact of influenza vaccination in preschool children. *Pediatrics* 2000;106(5):973-976.
22. Luce BR, Zangwill KM, Palmer CS, Mendelman PM, Yan L, Wolff MC. Cost-effectiveness analysis of an intransanasal influenza vaccine for the prevention of influenza in healthy children. *Pediatrics* 2001;108:e24.
23. Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Clegg L, et al. *SEER Cancer Statistics Review, 1973-1999*. Bethesda, MD: National Cancer Institute, 2002.
24. Rodríguez-Cuevas S, Macías CG, Franceschi D, Labastida S. Breast carcinoma presents a decade earlier in Mexican women than in women in the United States or European countries. *Cancer* 2001;15:91-94.
25. Salzmann P, Kerlikowske K, Phillips K. Cost-effectiveness of extending screening mammography guidelines to include women 40 to 49 years of age. *Ann Intern Med* 1997;127(11):955-965.
26. Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005*. México: Secretaría de Salud. Disponible en: www.insp.mx. [consultado el 16 de agosto de 2006].
27. World Health Organization. *The World Health Report 2000*. Ginebra: WHO, 2000.
28. National Institute for Health and Clinical Excellence. Disponible en: www.nice.org.uk. [consultado el 11 de septiembre de 2006].
29. Gutiérrez C, Campos A, González E. Cost of Acute Lymphoblastic Leukemia treatment for pediatric patients in Mexico. *Transactions of the International Congress of Actuaries* 2006. Disponible en: <http://papers.ica2006.com>. [consultado el 18 de agosto de 2006].
30. Consejo Nacional para la Prevención y el Tratamiento del Cáncer en la Infancia y la Adolescencia. *Minutas*. México: Secretaría de Salud, 2005.
31. Daniels N, Sabin J. *Setting limits fairly*. New York: Oxford University Press, 2002.
32. Anand S, Peter F, Sen A. *Public health, ethics and equity*. Oxford: Oxford University Press, 2006.

33. Daniels N. Towards ethical review of health system transformations. *Am J Public Health* 2006;96:3.

34. Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: The need for multi-criteria decision analysis. *Cost Eff Resour Alloc* 2006;4:14.

35. Baltussen R, Stolk E, Chisholm D, Aikins M. Towards a multi-criteria approach for priority setting: an application to Ghana. *Health Econ* 2006;15(7):689-696.

36. Baltussen R. Priority setting of public spending in developing countries: Do not try to do everything for everybody. *Health Policy* 2006;78(2-3):149-156.

37. Robinson R. Limits to rationality: economics, economists and priority setting. *Health Policy* 1999;49(1-2):13-26.

38. Mitton CR. Priority setting for decision makers: using health economics in practice. *Eur J Health Econ* 2002;3(4):240-243.

39. Lozano R, Soliz P, Gakidou E, Abbott-Klafter J, Feehan D, Vidal C et al. Evaluación comparativa del desempeño de los sistemas estatales de salud usando cobertura efectiva. *Salud Pública Mex* 2007;49 supl 1:S53-S69.