

## FUENTES Y ANALISIS



**Título:** Priorizar en salud

**Title:** Prioritizing in the field of health

Publicado en la versión electrónica del diario La Jornada, de México, el viernes, 13 de Junio del 2014.

Disponible en:

<http://www.jornada.unam.mx/2014/06/13/opinion/a03a1cie>

**Autora:** Asa Cristina Laurell. Investigadora, médica y política de origen sueco y naturalizada

mexicana en 1971. Reconocida como una de las figuras más representativas de la corriente de la medicina social latinoamericana. Entre otros cargos, fue secretaria de Salud del Distrito Federal durante la gestión de Andrés Manuel López Obrador (2000-2006) y académica de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. [asa@asacristinalaurell.com.mx](mailto:asa@asacristinalaurell.com.mx)

**Comenta:** Antonio Castillo Guzmán. Profesor titular y consultante. Doctor en Ciencias de la Salud, Especialista de II Grado en Organización y Administración de Salud.

### RESUMEN:

Se analiza y comenta por el Prof. Antonio Castillo Guzmán, el artículo titulado "Priorizar en salud", de la autora Asa Cristina Laurell, publicado en el diario La Jornada el 13 de junio del 2014.

**Palabras clave:** Salud Pública, Programas de salud, Economía de la salud.

### ABSTRACT

Analysis and comments by Professor Antonio Castillo Guzmán on "Priorizar en salud", article by Asa Cristina Laurell, published in o La Jornada on June, 13th, 2014.

**Key words:** Public Health, health program, health economics.

### Comentario al artículo:

Resulta más que interesante e importante, analizar un artículo en el que se aborde de forma crítica la disponibilidad y distribución de recursos destinados al cuidado (entiéndase el ciclo completo: promoción, prevención, curación y rehabilitación) de la salud de las personas, este es el caso del artículo "Priorizar en salud" de la doctora Asa Cristina Laurell, publicado en la versión electrónica del diario La Jornada, de México, el viernes, 13 de Junio del 2014.

No deja de ser cierto que los recursos materiales son agotables, que su explotación desmedida provoca daño al medio ambiente, que las necesidades de los seres humanos están en constante crecimiento y que nunca serán plenamente saciadas. No se puede pecar de nihilista, pero tampoco se puede adoptar una posición neopositivista,

---

por cómoda o no que resulte, es necesario encontrar el equilibrio entre lo ineludible y lo superficial.

El siglo XXI, al menos en su primera mitad, parece destinado al enajenante mundo de las nuevas y cada vez más costosas tecnologías. Tal parece que los profesionales de la medicina de esta época estarán condenados a no prescindir de ellas y hacer, cada vez menos uso del método clínico, sin tener en cuenta que, en muchos casos, lejos de beneficiar al enfermo, le pueden provocar daños; se intenta imponer el lucro por encima del bienestar de las personas.

En la Constitución de muchos países aparece la atención a la salud de los ciudadanos como una obligación del Estado, pero la práctica, como criterio de la verdad, demuestra que no siempre es así y se imponen juicios neoliberales con la intención de privatizarla, en cualquiera de sus modalidades.

Se hace alusión a la parte del Producto Interno Bruto (PBI) que se dedica a la salud y la variabilidad de los montos según el país de que se trate y a la falta de relación directa entre el gasto en salud y la riqueza nacional. La autora considera que “el gasto en salud tiene que verse en el contexto de las políticas social y económica y del tipo concreto del sistema nacional de salud”. Coincidimos con este criterio, al tener en cuenta el sistema de salud como un subsistema del sistema sociopolítico de que se trate y es este, en resumen, el máximo responsable por el bienestar de sus ciudadanos.

Al referirse al empleo de algunos medios para distribuir los presupuestos como pueden ser los QALY o los DALY que proponen un costo por año de vida ajustado por calidad (AVAC) o por año de vida ajustado por discapacidad (AVAD), coincide con los críticos de estos, lo que resulta acertado, aunque los medios para promover y conservar la salud tengan un alto costo, no es ético ponerle un precio a la salud de las personas o invertir recursos en aquellos programas que más AVAC o AVAD proporcionen.

En el mundo de hoy se pecaría de ingenuo si se ignora el contenido ideológico y político de las acciones de los Estados, vivimos en un mundo globalizado, las fronteras prácticamente han desaparecido, los muros han caído, los sucesos en cualquier lugar del globo terráqueo tardan minutos, o tal vez menos, en conocerse en todos los rincones de La Tierra, el concepto “salud”, desde el enunciado por la OMS en 1948, hasta los más recientes, se han modificado, de igual modo el lugar de la salud en las políticas estatales se manipula según los intereses partidistas, al menos, teóricamente en algunos casos.

Al leer el artículo “Priorizar en salud”, en el penúltimo párrafo la autora anota: “La idea de priorizar apuntaba inicialmente a definir paquetes cubiertos por los servicios o los seguros públicos, pero no se ha seguido por este camino. En efecto, la priorización en los sistemas públicos se ha circunscrito a evaluar intervenciones de muy alto costo y de impacto incierto para disuadir su uso”. Es de suponer, según la consideración de este comentarista, que no existe intención verdadera en los directivos del Seguro Popular –CAUSE– en resolver una necesidad de salud y que asumen una posición pragmático utilitarista.

DrC. Antonio Castillo Guzmán

**Transcripción del artículo:****Priorizar en salud<sup>1</sup>****Asa Cristina Laurell**

Aparece con frecuencia en los programas de salud o en la literatura sobre el aseguramiento en salud la necesidad de priorizar qué padecimientos incluir y cuáles excluir. Esto se justifica con la frase dada la escasez de recursos ningún país puede ofrecer todos los servicios a todos por el alto costo que representaría para la sociedad. Tal es el argumento en el Seguro Popular y para el paquete que se propone en el contexto del sistema universal de salud, ciertamente hasta ahora no definido.

Para muchos esta afirmación puede parecer razonable, pero revisando la amplia literatura científica al respecto surge un cuadro distinto. Si se empieza analizando la escasez de recursos, que muchos artículos invocan sin ninguna referencia precisa, resulta ser una premisa general de la economía convencional. Al partir de este supuesto se evita examinar el tema concreto de cuál es el monto que cada país dedica a salud a pesar de que tiene un rango muy amplio de 3 por ciento a 18 por ciento del producto interno bruto (PIB). Es importante porque no hay una relación directa entre el gasto en salud y la riqueza nacional. Por ejemplo según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Estados Unidos gasta del orden de 18 por ciento del PIB, Alemania 11 por ciento e Inglaterra 9 por ciento de su enorme gasto, a pesar de que Estados Unidos tiene los peores resultados en condiciones de salud y en cobertura poblacional.

Esto demuestra que el gasto de salud tiene que verse en el contexto de las políticas social y económica y del tipo concreto del sistema nacional de salud. Es un problema que concierne a la distribución de la riqueza, su repartición a través del estado y los valores sociales. Por ejemplo, no es objetivamente comprobable que en México la escasez de recursos nos obliga a restringir el gasto público a 3 por ciento del PIB. Si se cobrara a los grandes capitales impuestos semejantes a los que pagan los asalariados o medianos empresarios podríamos duplicar el gasto público en salud sin mayor problema.

Los estudios sobre la fijación de prioridades en salud coinciden en señalar que tiene un componente ético importante por el significado de la salud para la vida, el bienestar y las potencialidades de los individuos y la sociedad. Existe también un amplio consenso sobre que la salud es un derecho humano y social, con excepción de algunos investigadores estadounidenses. De allí se deduce que no se debe priorizar sólo con criterios técnicos y mucho menos con meros cálculos económicos. Por ello la mayoría de los ensayos de priorización incluyen de distintas maneras la opinión de los ciudadanos para reflejar sus valores. Adicionalmente, muchos de los estudios hacen una crítica sustantiva de las distintas medidas de beneficio utilizadas como los DALY and QALY.

¿Por qué entonces se insiste en la necesidad de priorizar en salud? Una razón poco explícita es que la salud se ve más y más, aun por los profesionales de salud, como una cuestión económica a raíz de las distintas reformas neoliberales, hayan éstas ocurrido bajo la figura de la llamada Nueva Gerencia Pública o directamente con la mercantilización-privatización del ámbito de salud. Esta desnaturalización de la

---

<sup>1</sup> Fuente: La Jornada, 13 de junio de 2014.

medicina y de las actividades de salud pública tiene un aspecto ideológico, pero es también una realidad en los centros de trabajo, donde se mide el desempeño con indicadores cuantitativos que deciden el flujo de los recursos financieros.

Otra razón, relacionada con la anterior, es la presión creciente de incorporar nuevas tecnologías, vacunas y medicamentos en la actividad médica sin que hayan demostrado su superioridad a los existentes o incluso su utilidad. Es interesante observar que la mayor parte de los criterios de priorización se han concretado en la evaluación de estos nuevos productos (Health Technology Assessment), para decidir sobre su inclusión entre las alternativas terapéuticas y diagnósticas pagadas con recursos públicos. Otra manera de inducir ciertas prioridades se ha concretado en protocolos de atención. Es particularmente en este contexto que se han hecho cálculos de costo-beneficio comparativos.

La idea de priorizar apuntaba inicialmente a definir paquetes cubiertos por los servicios o los seguros públicos, pero no se ha seguido por este camino. En efecto, la priorización en los sistemas públicos se ha circunscrito a evaluar intervenciones de muy alto costo y de impacto incierto para disuadir su uso.

La priorización implícitamente usado para el establecimiento del paquete de servicios del Seguro Popular –CAUSES– no toma en cuenta ninguna de estos hallazgos y prácticas más que declarativamente y a todas luces es una decisión basada en cálculos de costo-beneficio y, en algunos casos, en influyentes intereses particulares.

[asa@asacristinalaurell.com.mx](mailto:asa@asacristinalaurell.com.mx)

Recibido: 6/5/2016

Aprobado: 11/5/2016

*DrC Antonio Castello Guzmán.* Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Cuba  
Correo electrónico: [acastillo@iccv.sld.cu](mailto:acastillo@iccv.sld.cu)