

# Equidad en Salud y Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Chile

MANUEL ANTONIO ESPINOZA<sup>1,2,a</sup>, BÁLTICA CABIESES<sup>3,4,b</sup>

## Equity in Health and Health Technology Assessment in Chile

*Equity has been recognized as one of the driving principles of many health systems in the world. In Latin America, Chile has led the explicit inclusion of equity in their health policies, which is reflected in its recent health reform. On the other hand, Chile faces the challenge of defining and implementing a policy for health technology assessment (HTA), which should be consistent with the equity principles that underlie the Chilean national health system. This paper reviews the equity concept emphasizing the relevance of socioeconomic inequalities. Furthermore, it examines how international HTA agencies have explicitly included this element in the evaluation and decision processes. It presents the English case, which highlights the elements of procedural justice rather than adopting a normative position regarding equity. Finally, it examines the methods that have been developed aiming to make explicit consideration of equity in HTA. It concludes that the methodological development to incorporate equity elements with empirical basis is recent and limited. The consideration of equity is, in most of the cases, left to the instances of deliberative participation.*

(Rev Med Chile 2014; 142 (S1): S 45-49)

**Key words:** Decision making; Inequalities; Social justice; Technology assessment.

El principio de equidad ha sido reconocido como uno de los valores rectores de los sistemas de salud en la mayoría de los países del mundo. La equidad se define como la ausencia de desigualdades que son consideradas injustas y evitables<sup>1</sup>. Es así como existen desigualdades que son esperables, no modificables y justas, que no pueden ser consideradas inequidades (ej. solo hombres desarrollan cáncer prostático). Este principio está íntimamente ligado al de *justicia distributiva* pues implica que cada individuo reciba exactamente lo que necesita.

En Latinoamérica, Chile ha liderado la inclusión explícita de la equidad en la reforma de salud y ha sido uno de los primeros en Latinoamérica en

atender su relevancia para la salud de la población. Ejemplo de ello han sido los dos últimos documentos de Objetivos Sanitarios, de las décadas 2001-2010 y 2011-2020<sup>2,3</sup>, junto a reportes ministeriales y académicos<sup>4,5</sup>. Adicionalmente, la constitución de la república es explícita en que “el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo”<sup>6</sup>. En el año 2005, se implementó una nueva reforma del sistema de salud chileno motivada por la necesidad de atender las inequidades sociales en el acceso y uso del sistema chileno de salud, así como para responder a los cambios epidemiológicos ocurridos en las últimas décadas en el país. Como consecuencia se creó el

<sup>1</sup>Subdepartamento de Estudios y Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Departamento de Asuntos Científicos, Instituto de Salud Pública, Santiago, Chile.

<sup>2</sup>Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

<sup>3</sup>Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo Clínica Alemana, Santiago, Chile.

<sup>4</sup>Department of Health Sciences, University of York, UK.

<sup>a</sup>Médico, PhD en Economía (U. York, UK), MSc en Economía de la Salud (U. York), Magíster en Bioestadística (U. de Chile), Magíster en Epidemiología (UC).

<sup>b</sup>Enfermera-Matrona, PhD en Epidemiología Social (U. York, UK), Magíster en Epidemiología (UC).

Fuentes de financiamiento: Este artículo no contó con ningún tipo de apoyo financiero.

Declaración de Conflictos de Intereses: Manuel Espinoza es miembro de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, y declara no haber recibido ningún tipo de directriz o lineamiento para la escritura de este artículo. Báltica Cabieses declara no poseer conflictos de intereses que puedan sesgar los contenidos expresados en el artículo.

Correspondencia a:

Dr. Manuel Antonio Espinoza S., MSc PhD. Departamento de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile. Marcoleta 434, Santiago, Chile. Fono: 23546807. maespinoza@med.puc.cl Departamento de Asuntos Científicos, Instituto de Salud Pública Marathon 1000. Santiago, Chile. Fono: 25755572. mespinoza@ispch.cl

plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) cuyo objetivo es "...garantizar la equidad en el acceso de la población a salud, independientemente de la capacidad de pago de las personas..."<sup>7</sup>. En conocimiento de la importancia que tiene la equidad en salud para el desarrollo sustentable y bienestar de cualquier país, es indispensable que cualquier política sanitaria sea consistente con estos principios.

La evaluación de tecnologías sanitarias (ETESA) ha surgido como un proceso o política que apoya la toma de decisiones en salud en base a la evidencia científica<sup>8</sup>. Esta evaluación descansa fundamentalmente en la eficacia, efectividad y costo-efectividad de intervenciones sanitarias las cuales son reportadas, en la inmensa mayoría de los casos, desatendiendo elementos distribucionales. El presente artículo revisa el rol del principio de equidad en los procesos de ETESA. Primero se examina el concepto de equidad en salud. Segundo, se revisa cómo los distintos países han incorporado el principio de equidad en sus procesos de ETESA. Tercero, se explican un conjunto de métodos que podrían ser utilizados dentro de la ETESA para dar cuenta de consideraciones de equidad en el proceso de toma de decisiones. Finalmente, se discute en torno a los elementos que han alcanzado consenso y aquellos que representan limitaciones y desafíos en la construcción de un modelo de ETESA para Chile.

### Equidad en salud

---

La existencia de inequidades o diferencias prevenibles e injustas en salud es una realidad indiscutible. La principal forma de observar las desigualdades injustas es por medio de la Posición Socio-Económica (PSE)<sup>1</sup>, aunque otros marcadores sociales ("determinante social de la salud") podrían ser también utilizados<sup>9</sup>. En términos amplios el análisis corresponde al desglose de salud alcanzada por una intervención en subgrupos de la población según causas: (a) legítimas no modificables tales como sexo y edad; (b) legítimas modificables (ej. tabaquismo, sedentarismo); (c) ilegítimas no modificables (ej. pertenencia étnica que es motivo de discriminación y abuso); y (d) ilegítimas modificables tales como ingreso o educación que pueden mejorarse con reformas políticas de gran escala; a diferencia de "clase so-

cial" que siempre está presente en las sociedades y forma parte de la naturaleza social humana).

Respecto de las inequidades en morbimortalidad según PSE, existen dos fenómenos de relevancia. Primero, la "brecha" en la morbimortalidad entre aquellos en mejor y peor PSE en el país, que genera por ejemplo un exceso importante (e injusto) de muertes en la población infantil y adulta chilena cada año. El segundo fenómeno corresponde a la existencia de la fina gradiente social en salud. Esto determina que existe un continuo entre PSE y morbimortalidad, y no que los malos resultados están solamente concentrados en el grupo que está peor. En otras palabras, la población en su conjunto se ve deteriorada en su salud cuando presenta desigualdades sociales y no sólo aquellos más vulnerables que se encuentran en el estrato más bajo de PSE<sup>10</sup>. En consecuencia, el acortamiento de brechas de resultados en salud entre personas pertenecientes a distintos niveles de PSE resulta ser un objetivo que tiene base empírica además de ética y que debiese ser considerada en la implementación de un proceso de ETESA.

### Equidad en procesos de ETESA: una mirada al mundo

---

Para dar cuenta del rol de equidad en las agencias de ETESA en el mundo se revisó la información oficial disponible en las páginas web de las agencias gubernamentales adscritas a las redes *European Network for Health Technology Assessment (EUnetHTA)* y la *International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA)*. Además, para el caso Latinoamericano, se contactó directamente a profesionales de las agencias de México, Colombia y Brasil. De todas ellas sólo el *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* de Inglaterra y Gales ha sido explícito en la relevancia de los valores sociales que deben ser atendidos al momento de tomar decisiones, entre ellos equidad. Es probable que otras agencias consideren equidad como parte de su proceso, sin embargo, ellas no cuentan con documentos explícitos y de acceso libre que permitan ser descritos en este manuscrito. Por esta razón nos detendremos a revisar el caso británico<sup>11</sup>.

NICE reconoce la importancia de dar cuenta de los 4 principios básicos de la bioética: autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia.

Respecto de justicia distributiva, reconoce que existen dos aproximaciones posibles: la *utilitarista*, que implica asignar recursos para maximizar la salud de la población (independiente de su distribución en la población); y la *egalitarista* que implica distribuir los recursos de tal manera que cada individuo pueda obtener una parte que sea reconocida como justa. NICE reconoce que existen dificultades para definir qué es justo y declara no tener preferencias por ninguna de estas visiones en particular. Más bien hace énfasis en elementos que dan cuenta de la justicia del procedimiento, es decir, los principios que deben ser cumplidos en el proceso para dar legitimidad a la ETESA y las decisiones consecuentes<sup>12</sup>. Finalmente, NICE reconoce la importancia de que cada individuo pueda elegir qué tipo de cuidado desea recibir, respetando valores, principios y creencias individuales. Sin embargo, también reconoce que la autoridad sanitaria deberá limitar la capacidad de elección de los individuos en algunas ocasiones a favor de los intereses de la población.

### **Métodos para dar cuenta de equidad en ETESA**

La equidad puede ser conceptualizada, medida y analizada en todas las dimensiones de la ETESA (ej. eficacia, efectividad, costo-efectividad, etc.). Uno de los primeros llamados a hacer explícita esta consideración fue De Savigny y cols., a través del “*equity-effectiveness loop*”<sup>13</sup>. Este marco conceptual propone que cada dimensión de la evaluación debe presentarse desagregado por PSE.

En el ámbito de las evaluaciones económicas en salud, ha existido en los últimos años un gran interés por dar cuenta de las consideraciones de equidad de manera empírica, es decir, utilizando métodos cuantitativos que puedan ser de ayuda en los procesos decisionales<sup>14</sup>. Uno de estos métodos ha utilizado programación matemática lineal para estimar el óptimo distribucional de un presupuesto dado, sujeto a una determinada condición de equidad<sup>15</sup>. Por ejemplo, Cleary y cols.<sup>16</sup> estimaron cuál es la mejor asignación de un presupuesto dado para financiar tratamiento anti-retroviral en pacientes con SIDA atendiendo las siguientes consideraciones de equidad: dar a todos el mismo tratamiento; todos deben recibir al menos un tratamiento mínimo (implicando que distintos pacientes en una misma población

pueden recibir distintos tratamientos, uno más y otros menos eficaces); y distribuir los recursos de manera de maximizar salud (esta es la regla de decisión clásica en costo efectividad).

Otra aproximación ha utilizado el Análisis de Decisión por Multi-Criterios (ADMC). Según Baltussen and Niessen<sup>17</sup>, el ADMC puede proveer a los tomadores de decisiones de un conjunto de alternativas (políticas o tecnologías) que pueden ser “*ranqueadas*” de acuerdo al peso relativo de varios criterios definidos *a priori*. Dentro de este conjunto de criterios están por cierto los aspectos distribucionales que compiten con otros criterios como la eficiencia técnica. Este método ha sido aplicado en algunos países en desarrollo<sup>18,19</sup>. Los resultados de estas limitadas experiencias sugieren ampliar su uso; sin embargo, su aplicación es aún incipiente.

Una tercera aproximación sugiere incorporar ponderadores al resultado sanitario que se está utilizando en la evaluación económica. Esto ha sido propuesto en el contexto del uso de años de vida ajustados por calidad (AVAC o QALYs en inglés), a los que les subyace el principio de “un QALY es un QALY es un QALY”. Esto implica que un QALY tiene el mismo valor en cualquier individuo de la población. El gran desafío es la estimación de los ponderadores, y como consecuencia más de un método ha sido propuesto en la literatura para llevar a cabo dicha estimación que aún está en desarrollo<sup>20</sup>.

### **Discusión**

En el presente artículo hemos revisado el rol de la equidad como principio de ETESA. Al comparar la situación de Chile con el único referente del que disponemos una declaración de principios sobre equidad nos encontramos con que NICE en Inglaterra no opta por un principio de justicia distributiva (utilitarista o egalitarista). Adicionalmente, NICE no es explícito en describir una tercera posición (desarrollada por John Rawls), que sugiere tomar decisiones asumiendo el lugar del individuo con peor PSE<sup>21</sup>. Esto determina que los más desfavorecidos (ej. de menor PSE) reciben una mayor parte de los beneficios de salud, incluso a costa de un menor incremento promedio en la salud de la población. La posición de NICE puede explicarse porque el sistema de salud inglés se

define como un sistema de cobertura universal. En Chile, donde existe documentada inequidad en el acceso a salud<sup>22</sup>, también existe información que el acceso a cuidados sanitarios es un factor altamente valorado por su sociedad<sup>23</sup>. Por lo tanto, una política sanitaria como ETESA en Chile debería ser explícita en cómo su proceso asegurará que distintos aspectos de equidad en los resultados de salud o equidad en acceso a cuidados de salud, serán abordados de manera legítima.

Para intentar responder a este desafío la discusión debe tomar en cuenta las consecuencias esperadas de adoptar cada una de estas visiones. La postura utilitarista en general aumenta las brechas de inequidad, pues individuos de mayor PSE tienden a recibir primero y a beneficiarse más de cuidados de salud. La posición egalitarista, entendida como tratar a todos los individuos igual, mantiene las brechas de equidad pues individuos de menor PSE tienen peor salud basal. Finalmente, una visión "Rawlsiana", que privilegia a los más necesitados, disminuye las brechas de equidad aunque puede implicar menores ganancias de salud en individuos de mayor PSE.

Otro elemento que requiere especial atención en el caso chileno es que la constitución obliga al sistema de salud a velar por el acceso igualitario y la libre elección en un nivel similar. Sabemos que estos dos principios no siempre pueden coexistir sin conflicto, especialmente en el caso de recursos limitados. Los autores hemos examinado previamente los argumentos que determinarían una supremacía relativa de la justicia distributiva sobre la autonomía<sup>24</sup>. Sin embargo, entendemos que esta es un área que requiere una amplia reflexión en Chile.

Por otra parte, la evidencia generada actualmente no produce información explícita sobre equidad en la distribución de la salud. Si bien ha habido un desarrollo metodológico, éste ha sido reciente y sus aplicaciones limitadas. Este tipo de análisis además se complejiza por la multiplicidad de valores y conceptos involucrados, en especial cuando no existe un acuerdo normativo formal respecto de los valores sociales que deben ser incorporados en esta discusión<sup>25</sup>.

## Conclusión

Chile enfrenta hoy un gran desafío en la definición e implementación de un proceso de ETESA.

Se ha avanzado importantemente en la toma de decisiones basadas en evidencia, en especial para construcción de guías de práctica clínica. Sin embargo, falta avanzar en un proceso más completo que de cuenta de otros valores sociales a lo largo del proceso y sus efectos distribucionales en la salud de la población. Estos incluyen principios de justicia del procedimiento como transparencia y posibilidad de apelación, pero también principios de justicia distributiva como eficiencia y equidad. Si bien el Ministerio de Salud ha generado guías para la evaluación de eficiencia, poco se ha avanzado en establecer cómo analizar equidad en el contexto de ETESA. El escaso y reciente desarrollo metodológico a nivel internacional para evaluar equidad en ETESA, en especial en las dimensiones asociadas al acceso de cuidados de la salud, es una oportunidad para el desarrollo de teorías y estrategias de análisis que enriquezcan el debate mundial y la salud de sus poblaciones. Mientras se trabaja en el desarrollo de estos métodos la consideración de equidad sigue quedando, en el mejor de los casos, únicamente en manos de un proceso deliberativo de decisión que de garantías de participación, transparencia e independencia.

## Referencias

1. Irwin A, Valentine N, Brown C, Loewenson R, Solar O, Brown H, et al. The commission on social determinants of health: tackling the social roots of health inequities. *PLoS Med* 2006; 3 (6): e106.
2. Ministerio de Salud de Chile. Políticas de salud y metas ministeriales 2000-2010.
3. Ministerio de Salud de Chile, *Elige vivir sano: objetivos sanitarios de la década 2011-2020*, Ministerio de Salud: Santiago.
4. Solar O, Irwin A. Social determinants, political contexts and civil society action: a historical perspective on the Commission on Social Determinants of Health. *Health Promot J Austr* 2006; 17 (3):180-5.
5. Cabieses B, Espinoza M, and Zitko P. [How to face the increased prevalence of individual health-risk behaviours in Chile?]. *Rev Med Chile* 2011; 139 (5): 685-7.
6. Constitución Política de la República de Chile. 1980 (Reformada 2005).
7. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, *Conceptualización del plan de acceso universal con garantías explícitas (AUGE). Eje de la reforma actual de salud*, Chile, Editor 2002: Santiago.

8. Banta D, Kristensen FB, Jonsson E. A history of health technology assessment at the European level. *Internat J Technol Assess Health Care* 2009; 25 (Suppl 1): 68-73.
9. Wilkinson D. The multidimensional nature of social cohesion: psychological sense of community, attraction, and neighboring. *Am J Commun Psychol* 2007; 40 (3-4): 214-29.
10. Graham H. Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings. *Milbank Q* 2004; 82 (1): 101-24.
11. NICE, Social value judgments: Principles for the development of NICE guidelines, 2005.
12. Daniels N. Accountability for reasonableness. *BMJ* 2000; 321 (7272): 1300-1.
13. Tugwell P, de Savigny D, Hawker G, Robinson V. Applying clinical epidemiological methods to health equity: the equity effectiveness loop. *BMJ* 2006; 332 (7537): 358-61.
14. Cookson R, Drummond M, Weatherly H. Explicit incorporation of equity considerations into economic evaluation of public health interventions. *Health Economics Policy and Law* 2009; 4: 231-45.
15. Epstein DM, Chalabi Z, Claxton K, Sculpher M. Efficiency, equity, and budgetary policies: informing decisions using mathematical programming. *Med Decis Making* 2007; 27 (2): 128-37.
16. Cleary S, Mooney G, McIntyre D. Equity and efficiency in HIV-treatment in South Africa: the contribution of mathematical programming to priority setting. *Health Economics* 2010; 19 (10): 1166-80.
17. Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. *Cost Effect Res Alloc* 2006; 4: 14.
18. Baltussen R, Stolk E, Chisholm D, Aikins M. Towards a multi-criteria approach for priority setting: an application to Ghana. *Health Economics* 2006; 15 (7): 689-96.
19. Baltussen R, ten Asbroek AH, Koolman X, Shrestha N, Bhattarai P, Niessen LW. Priority setting using multiple criteria: should a lung health programme be implemented in Nepal? *Health Pol Plan* 2007; 22 (3): 178-85.
20. Wailoo A, Tsuchiya A, McCabe C. Weighting must wait: incorporating equity concerns into cost-effectiveness analysis may take longer than expected. *Pharmacoeconomics* 2009; 27 (12): 983-9.
21. Rawls J. *A theory of justice* 1971, Cambridge: Harvard University Press.
22. Vega J, Bedregal P, Jadue L, Delgado I. [Gender inequity in the access to health care in Chile]. *Rev Med Chile*, 2003; 131 (6): 669-78.
23. Superintendencia de Salud. Estudio de satisfacción de usuarios-Atención de salud hospitalaria. 2012 Julio 2013]; Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/w3-article-7392.html>.
24. Espinoza M, Cabieses B. Examining the link between equity-centered health policies, autonomy and decision-making process in low and middle income countries. *Br J Med and Med Res* 2013; 3 (4): 1517-29.
25. Johri M, Norheim OF. Can cost-effectiveness analysis integrate concerns for equity? Systematic review. *Int J Technol Assess Health Care* 2012; 28 (2): 125-32.