

La Salud Pública y el futuro del Estado del Bienestar. Conclusiones y recomendaciones

El Informe SESPAS analiza la situación de la salud y de los servicios sanitarios en nuestro país, desde la óptica del debate sobre el futuro del Estado del Bienestar. Un Estado del Bienestar potente constituirá una mejor garantía del crecimiento de la productividad y del desarrollo humano si se acompaña el aumento en los consumos públicos y privados con las mejoras en la productividad, si se conjugan adecuadamente las consideraciones de equidad y las de eficiencia, y si se priorizan las intervenciones sanitarias efectivas sobre la salud de la población y el crecimiento económico.

El estudio de los problemas y las tendencias de la salud y de los servicios sanitarios ha permitido extraer conclusiones y recomendaciones sobre la relación entre las políticas de bienestar general y las de salud en España, centradas en las necesidades de salud y en la capacidad de abordarlas. Para ello se ha valorado el estado de salud desde el punto de vista de la mortalidad y las desigualdades existentes, las demandas que puede originar el progresivo envejecimiento de la población y los riesgos ambientales y alimentarios. Asimismo se han analizado la financiación del sistema y la capacidad y reformas de los dispositivos de salud pública y de los servicios sanitarios.

Conclusiones

Sistema sanitario y Estado del Bienestar

En España se ha desarrollado el Estado del Bienestar con décadas de retraso pero con un proceso acelerado respecto a otros países europeos. En estos momentos se sitúa, en algunos aspectos, cerca de la media de los países de la Unión Europea. El gasto social en nuestro país alcanza ya el 54,3% del presupuesto. El sistema sanitario supone un 7,6% del PIB. La viabilidad de la financiación del sistema sanitario no depende sólo de la evolución de las variables macroeconómicas. Es una cuestión que no se puede aislar de otros aspectos que atañen a las demandas de salud y a la planificación y la gestión del sistema sanitario. El aumento de las deman-

das se plantea por las necesidades y los riesgos para la salud, la persistencia de las desigualdades y el envejecimiento de la población. La presión al alza del gasto sanitario público tiene sus raíces en características intrínsecas al sistema, como la incertidumbre y las asimetrías de información y el carácter de bien tutelar de la salud. Ello contribuye a la aparición de comportamientos de azar moral en consumidores y proveedores.

Salud y desigualdades sociales y territoriales

España tiene una buena situación de salud, en términos de baja mortalidad, en relación a Europa. Está por encima de lo que parece corresponder a su desarrollo económico (PIB por habitante). La mortalidad general sigue descendiendo, principalmente a expensas de la debida a enfermedades del aparato circulatorio. Sin embargo hay un crecimiento de la mortalidad por tumores malignos (principalmente de pulmón) y de la mortalidad de la población comprendida entre 25 y 34 años. Este grupo muestra una evolución preocupante principalmente en algunas comunidades como Cataluña, Madrid, Aragón, Asturias y Comunidad Valenciana.

Existen desigualdades en la privación material entre las regiones norte-noreste y sur-suroeste de España. Las Comunidades Autónomas que presentan más privación son Extremadura, Andalucía, Canarias, Murcia, parte de Castilla-La Mancha, Ceuta y Melilla. También se confirma la existencia de desigualdades en mortalidad y en la esperanza de vida al nacer, siendo las Comunidades Autónomas mencionadas y Valencia las que presentan peor situación. Se observa una asociación positiva entre los indicadores de privación material y los de mortalidad, tanto en las zonas de más de 50.000 habitantes como en las zonas más pequeñas. Las desigualdades de salud acumuladas a lo largo de la vida se manifiestan con claridad en la vejez.

Salud y envejecimiento

Los cambios demográficos en España están ocurriendo a una velocidad mayor que en otros países desarrollados debido a la extraordinaria disminución en la fertilidad y al aumento en la esperanza de vida. El envejecimiento como fenómeno resulta incuestionable; aunque el problema desde la perspectiva de la viabilidad del EB estribe en las bajas tasas de actividad y ocupación. Su impacto en el gasto sanitario depende de variables controlables tanto individual como socialmente. Según los datos facilitados por la Encuesta Nacional de Salud de 1995 el 38% de los encuestados decían percibir su salud como buena o muy buena, aunque la cronicidad es el estado normal de las personas mayores. La frecuencia de déficit cognitivo aumenta marcadamente con la edad y pasa del 1% en el grupo de 65 a 74

años al 33% en el grupo de mayores de 85 años.

El desarrollo económico y la urbanización de las sociedades industriales han producido cambios en los sistemas de cuidados para las personas mayores dependientes. La familia continúa siendo la principal fuente de apoyo de las personas mayores, por encima de las diferencias culturales.

Salud ambiental y alimentaria

Los aspectos más tradicionales de la sanidad ambiental, como son la calidad de agua de abastecimiento y los problemas sanitarios derivados de los residuos sólidos y depuración de aguas residuales urbanas tienen una evolución positiva, aunque todavía insuficientes. Existen una serie de problemas emergentes en salud ambiental que requieren de una urgente respuesta sanitaria: reutilización de aguas residuales y lodos de depuración, torres de refrigeración y similares, calidad de aire de ambientes interiores, radiaciones ionizantes y no ionizantes y organismos modificados genéticamente.

Los datos aportados por los sistemas de información utilizados actualmente en España muestran un cuadro bastante satisfactorio de la seguridad alimentaria. Los problemas son, de mayor a menor riesgo, las enfermedades de origen microbiano transmitidas por los alimentos, los trastornos nutricionales, los contaminantes ambientales, los tóxicos naturales y algunos aditivos alimentarios.

La organización de la salud pública

Las funciones generalmente atribuidas a la salud pública comprenden las de autoridad sanitaria, planificación, evaluación y diseño de políticas de salud y servicios específicos y promoción de la salud colectiva. La reflexión sobre la eficiencia, la organización y la financiación de los dispositivos de la salud pública ha sido escasa en nuestro país. La definición de estándares de calidad, la acreditación y la evaluación de los servicios y programas, son todavía muy incipientes.

Las estructuras administrativas de sanidad ambiental en las diferentes Comunidades Autónomas son débiles, están poco desarrolladas y están dispersas, muchas de ellas asumidas por los Departamentos de Medio Ambiente. En sanidad alimentaria, la introducción del enfoque de que la industria alimentaria asuma la responsabilidad de la seguridad del producto y la Administración supervise y acredite el análisis de riesgo de los puntos de control críticos no se ha realizado de manera generalizada en las Comunidades Autónomas. El desarrollo del sistema de información ambiental y alimentaria es escaso, a lo que hay que añadir la falta de indicadores de efecto que dificultan la valoración epidemiológica de los factores de riesgo.

Los servicios sanitarios

El sistema sanitario español cumple las características de un buen sistema, basado en contribuciones según capacidad de pago, con un amplio catálogo de prestaciones para todos que evita la selección de riesgos. La posibilidad de acceso a los servicios en condiciones de igualdad y gratuidad está asegurada para prácticamente toda la población.

El proceso de transferencias sanitarias está incompleto. Cuando finalice, el Ministerio de Sanidad dejará de dedicarse a la gestión asistencial, que ha venido ejerciendo a través del INSALUD y pasará a desempeñar un mayor papel de financiador, planificador y estratega de la sanidad. Para ello se hace necesaria una redefinición a fondo de su rol y de sus funciones. El cambio obligará al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a convertirse en un foro más ágil, no sólo informativo, sino también coordinador, de consenso y pacto, sobre los problemas y la orientación del sistema sanitario.

El desarrollo de la atención primaria ha facilitado el trabajo en equipo de los profesionales, las mejoras de la dotación material y avances en aspectos organizativos y en la calidad. Ha aumentado la actividad asistencial en la atención especializada, cuantitativa y cualitativamente. Se han incorporado nuevos avances tecnológicos, tanto en equipamiento como en la práctica médica. Han mejorado las infraestructuras y los servicios de hostelería, lo que redundará en una mayor satisfacción de usuarios y profesionales.

Existe una amplia variabilidad en el uso de la tecnología médica y una alta proporción se usa por razones inapropiadas. La mayor parte de la tecnología médica se utiliza sin haber sido suficientemente evaluada, a pesar del desarrollo metodológico existente. Varios estudios han demostrado que muchas de las decisiones que se toman tanto en la práctica clínica como en la política sanitaria no están basadas en la evidencia científica disponible. No existe una política sanitaria claramente definida para fomentar una medicina y una sanidad basadas en la evidencia científica.

Para lograr la eficiencia en la gestión se ha empezado a separar la financiación de la provisión de servicios, a pasar del derecho público al derecho privado y se intenta crear un mercado que, si bien en principio es regulado, su tendencia es a ser cada vez más libre y desregulado. Las evaluaciones sobre los resultados de la aplicación de los contratos-programa señalan que los resultados, aunque positivos, son muy limitados. La asignación de recursos sigue siendo básicamente retrospectiva sin traslado significativo de riesgos a directivos o profesionales.

La reforma basada en empresas públicas y nuevas formas de gestión sanitarias (Ley 15/1997) si bien puede posibilitar a corto plazo importantes mejoras de eficiencia, tal y como parecen acreditar las evaluaciones existentes de algunas experiencias, presenta importantes riesgos derivados de la ausencia de un marco de regulación institucional adecuado y de la inexistencia de incentivos por parte de los principales agentes para configurarlo. La cuestión crítica es el tipo de regulación a la que se van a someter estas empresas públicas, de forma que el traslado de riesgos sea efectivo y se limiten las actividades de influencia e interferencia política.

El derecho a la protección a la salud

El derecho a la protección de la salud es más complejo que el mero establecimiento del derecho como tal. La protección de la salud toma múltiples formas: desde los auto-cuidados individuales al establecimiento de agrupaciones en las que se comparten problemas (grupos de ayuda mutua), a grupos que presionan desde fuera del sistema sanitario para que se realicen cambios en las formas de abordar los problemas; desde grupos de carácter espontáneo y coyuntural a organismos formales de participación (Consejos de Salud).

Es necesario reconocer la existencia de los diversos modelos que explican el enfermar y el sanar, que no son necesariamente compartidos, ni reconocidos por los diferentes participantes en el proceso. Es desde el reconocimiento del posible conflicto de perspectivas, y por lo tanto de las diferentes formas de hacer, desde donde se pueden establecer mecanismos, que en muchos casos han de ser flexibles e imaginativos, que verdaderamente desarrollen el derecho a la protección de la salud y a la información.

Recomendaciones

El Informe SESPAS 98 propone una serie de recomendaciones generales sobre el Estado del Bienestar, la organización de la salud pública y la reforma de los servicios sanitarios.

Recomendación 1. Es preciso reorientar el Estado del Bienestar hacia los pobres, hacia los jóvenes y a favor de la incorporación cada vez más plena de la mujer a la sociedad.

La manera más conveniente de no renunciar a los objetivos, con límites en el crecimiento del gasto, será desplazar la atención desde las clases medias hacia los pobres (cada vez más marginados) y evitar la exclusión de los más jóvenes de los programas sociales. La esencia redistributiva del Estado del Bienestar de mayorías a

minorías supone cargas relativamente pequeñas a las mayorías y produce beneficios relativamente importantes a las minorías.

Recomendación 2. La posibilidad de mejorar la situación de salud vendrá dada por la articulación de políticas que incidan en la mejora de la calidad de vida.

Se asocia habitualmente problema de salud y solución en términos de servicios sanitarios. Sin embargo, la forma en que una sociedad está organizada (cuánta pobreza relativa existe y cómo se vive) es posiblemente la influencia más importante sobre la salud de nuestras sociedades. Aunque se desconoce cómo, la situación socioeconómica actúa, a pesar de que se controlen variables mediadoras obvias (dieta, tabaquismo, obesidad, estrés, exposición a tóxicos y agentes infecciosos...). Deben por tanto desarrollarse no sólo políticas de salud intersectoriales frente a estos factores de riesgo sino también adoptar iniciativas políticas para la reducción de las desigualdades socio-sanitarias. Las políticas de salud deben materializarse en los planes de salud.

Recomendación 3. Debe avanzarse ineludiblemente en la reforma de nuestros dispositivos de salud pública.

Para ello es necesario analizar y evaluar los servicios y programas. Es preciso aumentar los esfuerzos para mejorar la calidad y la oportunidad de los servicios de salud pública, incluida la definición de estándares y la acreditación. La gestión puede mejorarse mediante la definición de un catálogo de prestaciones actual y cercano a los problemas de los ciudadanos. Deben estudiarse nuevas fórmulas organizativas y de financiación y disponer de información permanente acerca de las prácticas de excelencia, así como acreditarse la estructura administrativa de vigilancia y control de sanidad ambiental y de los alimentos (cumplimiento de estándares, laboratorios, inspección). La salud pública debe establecer alianzas con los prestadores de servicios sanitarios y sociales para lograr unos cuidados de salud de mayor calidad. Los contratos-programa constituyen un buen método para que los servicios de salud persigan objetivos de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Recomendación 4. Deben desarrollarse técnicas de evaluación y monitorización continua de las necesidades de la población y de las condiciones en que ésta desea que se le ofrezcan los servicios.

La información sanitaria debe ser utilizada para el diseño de políticas de salud. La administración debe proporcionar al ciudadano (al consumidor en su caso) toda la información necesaria de manera que este pueda evaluar los riesgos para la salud de determinadas situaciones o el consumo de un determinado producto. Para ello es preciso potenciar la epidemiología como instrumento de medida del impacto de los factores de riesgo.

Recomendación 5. Es preciso mejorar la asignación de los recursos destinados a los servicios sanitarios.

Hay que combinar los tres mecanismos que en sanidad determinan la asignación de recursos -mercado, administraciones públicas y normas clínicas- con particular énfasis en la introducción y difusión de tecnología. La financiación debe ser pública, basada en contribuciones según capacidad de pago, con un amplio catálogo de prestaciones que haga innecesarias prestaciones suplementarias importantes por su efecto seleccionador de riesgos. La necesaria culminación de las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas producirá una nueva situación en la que el sistema de financiación, en un marco de corresponsabilidad fiscal, debe asegurar la suficiencia financiera y la solidaridad territorial. Será preciso revisar y definir las funciones sanitarias de la Administración del Estado, dando una nueva dimensión a la coordinación general de la sanidad, así como promover una mayor cooperación entre el Estado y las Comunidades Autónomas y de éstas entre sí, potenciando el papel del Consejo Interterritorial dotándole de mayor capacidad de actuación.

Recomendación 6. Se debe mejorar la gestión pública procurando una suficiente autonomía de gestión de cada centro, enmarcada en una adecuada planificación y asignación racional de los recursos públicos.

Ello puede dar respuesta a los objetivos de salud en condiciones de equidad. La progresiva configuración de los centros sanitarios como entes dotados con personalidad jurídica propia y la progresiva creación de entes de base asociativa tanto a nivel de atención primaria como de atención especializada requiere la creación de un marco de regulación específico de todos los entes públicos empresariales, sociedades mercantiles, y cualquier forma jurídico-organizativa (fundaciones, cooperativas, etc.) de naturaleza pública. Las agencias compradoras y entes de provisión de servicios sanitarios deben tener autonomía efectiva, pero deben aplicar las directrices referentes a políticas de salud, contratación y financiación de proveedores públicos y privados y evaluación de resultados. Los sistemas de financiación de centros asistenciales tienen que ser en parte de naturaleza prospectiva, trasladándoles un cierto nivel de riesgos y por tanto de amenazas y promesas creíbles.

Recomendación 7. Debe continuar la mejora de la atención primaria con una mayor integración de las labores de asistencia con las de promoción y prevención, mejorando la atención a la población y los mecanismos de libre adhesión entre profesionales y pacientes.

Deben reorganizarse los servicios sanitarios fomentando los cuidados preventivos que permitan mantener la capacidad funcional de las personas e integrar la atención sanitaria y la atención informal. Es necesario establecer un sistema de cuidados de larga duración para las personas mayores con incapacidades funcionales. La

potenciación de la atención primaria como ente comprador puede ser un elemento clave en esta estrategia, reforzando su papel de puerta de entrada al sistema. Es necesario mejorar los procesos de gestión buscando fórmulas de incentivación a los profesionales.

Recomendación 8. Es preciso desarrollar un sistema de información homogéneo sobre los recursos y actividades de la atención sanitaria, a nivel de todo el Estado.

Sería de gran utilidad como instrumento de planificación, coordinación y evaluación. Debe mejorarse la calidad de la información existente y facilitar la integración con otras bases de datos o estudios *ad hoc*. Mediante el uso de ellas se deben crear indicadores de resultados en tiempo real y facilitar la comparabilidad de la efectividad y de la eficiencia de la práctica clínica entre centros, regiones sanitarias y Comunidades Autónomas.

Recomendación 9. Se deben regular las prestaciones de las que se hace cargo el Sistema Nacional de Salud, mediante una evaluación continua y rigurosa, con criterios de eficiencia y equidad, y no enfocadas únicamente a la contención del gasto.

Se deben fomentar la revisión crítica de los resultados y los análisis sobre variabilidad y uso apropiado. La eliminación selectiva de procedimientos inapropiados podría reorientar los debates sobre financiación y racionamiento de las prestaciones, puesto que se liberarían recursos para dedicarlos a quienes necesiten la aplicación de procedimientos efectivos.

Recomendación 10. El desarrollo de la normativa sobre el derecho a la protección a la salud y a la libre elección obliga al desarrollo de fórmulas cercanas al ciudadano y desde el ciudadano.

Hay que proporcionar a los ciudadanos información de calidad sobre el sistema sanitario: organización, oferta de cada uno de los servicios, calidad de éstos, tiempos razonables de espera, etc. La resolución de las quejas y reclamaciones no debería dejarse en manos de la propia organización que es parte interesada en el asunto; deberían resolverse en organizaciones externas en las que los pacientes y ciudadanos tuvieran un importante peso: voz y capacidad de decisión.