

**V. LA INVESTIGACIÓN, EL DESARROLLO Y OTROS OBJETIVOS DE SOPORTE A LA
ESTRATEGIA SPT-2000**

LA INVESTIGACIÓN, EL DESARROLLO Y OTROS OBJETIVOS DE SOPORTE A LA ESTRATEGIA SPT-2000: EVALUACIÓN DE LOS OBJETIVOS 32 A 38

Josep María Antó

Coordinador de la Unidad de Investigación Respiratoria y Ambiental. Institut Municipal d'Investigació Mèdica. Barcelona. Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona

1. INTRODUCCIÓN

En la formulación de la estrategia Salud Para Todos en el año 2000 (SPT) la OMS adoptó un modelo piramidal en cuya base se situaban los objetivos 32 a 38 como elementos de soporte al desarrollo de la salud. Dichos objetivos se refieren respectivamente a la investigación, al desarrollo de políticas de SPT, a la gestión de dichas políticas, a los sistemas de información, al desarrollo de los recursos humanos, al desarrollo de alianzas para el desarrollo de la salud y a la adopción de principios basados en la ética. El Informe SESPAS contiene un análisis pormenorizado del grado de consecución de los distintos objetivos. El presente resumen recoge las conclusiones principales de la valoración que los distintos autores han hecho de los objetivos 32 a 38.

En 1988, tres años después de la formulación de los objetivos de Salud Para Todos formulado por la Oficina Regional Europea de la OMS, ésta publicó un documento sobre la política de investigación para la estrategia de Salud Para Todos, seguido de un segundo documento sobre el desarrollo operativo de dicha política de investigación, ambos resultantes del trabajo del Comité Consultivo Europeo sobre Investigación Sanitaria. En dichos documentos se plantea la necesidad de promover la investigación como una estrategia crucial de apoyo a las políticas de SPT.

2. OBJETIVO 32: FORTALECER LA INVESTIGACIÓN Y EL DESARROLLO EN SALUD

No existen análisis formales del desarrollo de este objetivo tanto en el ámbito del estado Español como en el de las distintas comunidades autónomas. Con el fin de poder valorar hasta qué punto la elaboración de la estrategia SPT ha tomado en consideración el papel de la investigación se han analizado 10 planes de salud, todos ellos en sus últimas ediciones. En la mayoría de los casos los análisis contenidos en dichos planes sobre problemas de salud y sobre los servicios sanitarios no hacen referencia a las necesidades de investigación ni en lo relativo a establecer con precisión la magnitud y las características de los problemas de salud ni sobre las intervenciones necesarias para la consecución de los objetivos. De entre los centenares de objetivos y propuestas contenidas en el conjunto de los planes de salud revisados, sólo en 15 ocasiones se han encontrados referencias específicas a las necesidades de investigación. Estas escasas referencias son dispersas, erráticas y no ofrecen ningún patrón sistemático. Estos resultados sugieren que en la elaboración de estrategias de SPT en los Planes de Salud revisados no se ha alcanzado un desarrollo mínimo del objetivo 32 relativo a la investigación sobre la salud y los servicios sanitarios.

3. OBJETIVO 33: DESARROLLAR LAS POLÍTICAS “SALUD PARA TODOS”

El objetivo 33 de la estrategia SPT establece la necesidad de desarrollar y poner en práctica políticas acordes con los principios de dicha estrategia y en particular establecer un equilibrio de las estrategias dirigidas a modificar las conductas relacionadas con la salud, los riesgos ambientales y los servicios sanitarios. Desde la adhesión de España a la estrategia SPT hasta la actualidad se ha producido un avance considerable en lo relativo a la formulación de políticas de salud que se ha reflejado en la formulación y, en algunos casos, revisión de los planes de salud de las comunidades autónomas y del Estado. Estos planes de salud están explícitamente desarrollados en función de los objetivos de la estrategia SPT y en algunos casos formulan las intervenciones que deberían ponerse en práctica para su consecución.

Por el contrario, no existen análisis formales de hasta qué punto la formulación de los planes de salud ha conducido a la implantación de las intervenciones que los mismos, de manera a veces explícita o por lo general implícita, suponen. De la evaluación que en algunos planes de salud se ha realizado se desprende que en general se están utilizando dos tipos de estrategia de implementación: los programas horizontales

de tipo poblacional y los contratos con los proveedores. Sin embargo, la ausencia de mecanismos de evaluación adecuados así como la propia ambigüedad de los objetivos formulados hacen que en la actualidad no sea posible disponer de un balance objetivo de los logros en la puesta en práctica de las políticas de salud.

No debe ocultarse la posibilidad, por otro lado lógica, de que algunas políticas muy relevantes se hayan llevado a cabo al margen de —o en paralelo a— los planes de salud, lo que no restaría importancia a esa puesta en práctica. Sin embargo, se puede defender sin mucho riesgo a equivocarse que el balance en cuanto a establecer un equilibrio entre las políticas dirigidas a los servicios y aquellas orientadas a proteger la salud a través de la conducta y el ambiente es claramente negativo. En el futuro resultará imprescindible resituar los planes de salud como instrumentos efectivos de las políticas de salud, así como revisar algunas de sus características para potenciar una mayor utilidad en la formulación de políticas de salud.

4. OBJETIVO 34: GESTIONAR LA ESTRATEGIA “SALUD PARA TODOS”

En el objetivo 34 se establece la necesidad de disponer de estructuras y procesos de gestión que inspiren, guíen y coordinen el desarrollo de la salud. En conjunto nos encontramos muy lejos de la consecución de este objetivo. En el ámbito estatal la Ley General de Sanidad no ha tenido un desarrollo suficiente en lo relativo a la aprobación de una estrategia estatal de salud en el marco del consiguiente Plan Integrado de Salud. Tampoco el Consejo Interterritorial ha resultado capaz de realizar esta tarea. El carácter descentralizado de la planificación de salud —cuya responsabilidad reside en las comunidades autónomas— hace más difícil el desarrollo de estructuras y procesos de coordinación e integración de las políticas de salud. Los alcances positivos en este terreno hay que buscarlos en algunos planes especiales como los de trasplantes o sida, así como en experiencias como el catálogo de prestaciones del SNS. En el ámbito de las CCAA, tal y como se ha citado anteriormente, la transmisión de los objetivos de salud contenidos en los Planes de Salud a los contratos con los proveedores ha supuesto un primer paso positivo. Sin embargo, existe un escaso grado de coherencia entre dichos contratos y los planes de salud, resultando previsible la necesidad de cambios en las estructuras de ambos sistemas.

En el futuro debería favorecerse que el flujo financiero decidido en los parlamentos se orientara al comprador de servicios cuya acción debe tener en cuenta los objetivos de salud, y no hacia el proveedor como sucede en la actualidad; asimismo, debería garantizarse una mayor autonomía de los agentes implicados en este proceso. Finalmente también resultarán necesarios cambios en el contexto en el que se desenvuelven las transacciones entre planes de salud y contratos de servicios, pero para que esto ocurra es fundamental un mayor rango político de los compromisos asumidos en los planes de salud con relación a la consecución de los objetivos de SPT.

5. OBJETIVO 35: APOYAR SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA LA SALUD

Es de sobra conocido, tal y como ha reconocido la OMS, que en la mayoría de países —incluido el estado Español—, no existen sistemas de información sobre la salud de carácter poblacional que puedan servir de base a la planificación y la evaluación de las políticas de salud. Esta situación supone un claro fracaso en la consecución del objetivo 35. Las razones que determinan esta situación son muy variadas y complejas pero merece la pena destacar la ausencia de compromiso por parte de los responsables políticos en la utilización rigurosa de la información objetiva como base de la elaboración de políticas de salud, así como la desconexión entre los responsables de desarrollar y gestionar los sistemas de información disponibles por un lado y los responsables de desarrollar políticas de salud por otro. Además, debe destacarse la ausencia de entes del SNS con capacidad y responsabilidad para establecer sistemas de información integrados orientados a la elaboración y evaluación de políticas.

Es indudable que en la última década se han producido avances como el desarrollo y la generalización del uso de encuestas de salud; sin embargo, en conjunto no se ha generado un sistema de información de ámbito estatal y de base poblacional. Por el contrario, la diversidad de esfuerzos realizados en los distintos ámbitos territoriales del estado choca con carencias de gran importancia tales como la ausencia de un código que permita generar información a nivel de áreas pequeñas, la ausencia de información sobre el nivel socioeconómico de las personas, la ausencia de un código individual (DNI) que permita la conexión entre fuentes de datos distintas, la normalización de variables relevantes que permita la comparación de la información proporcionada por distintas fuentes. Finalmente, la estructura territorial del estado Español, así como el nivel de competencias políticas en salud y servicios sanitarios de las autonomías, requiere una reflexión sobre los niveles de integración y de comparabilidad de los desarrollos que tienen lugar en las comunidades autónomas.

6. OBJETIVO 36: DESARROLLAR RECURSOS HUMANOS EN SALUD

El objetivo 36 establece la necesidad de que todos los estados miembros dispongan de sistemas de formación del personal sanitario y relacionado, capaces de contribuir activamente a la consecución de los objetivos de la estrategia SPT. Aunque la evolución de España en este objetivo tiene algunos aspectos positivos, se observan carencias importantes que limitan seriamente su consecución. En conjunto merece ser destacada la fuerte implicación del sector público en la formación de los profesionales tanto en las reformas de los estudios de pregrado como en la formación especializada vía MIR. Igualmente se han realizado avances en los sistemas de acreditación de la formación continuada. El desarrollo de la especialidad en medicina familiar y comunitaria a través de la vía MIR arroja sin duda un saldo muy positivo. Entre las limitaciones más importantes destaca el fracaso en el establecimiento de un sistema satisfactorio para la formación de especialistas en salud pública, fracaso que se refleja en el hecho de que en 1996 existían solamente 281 médicos colegiados con dicha especialidad. Las carencias del sistema MIR, la falta de regulación de la formación no MIR y el actual conflicto de los MESTOS ilustran el fracaso con que se salda este punto del objetivo 36.

Debe también destacarse que, si bien las desigualdades geográficas en la distribución de profesionales sanitarios son relativamente bajas, éstas han crecido en la última década y son especialmente notorias entre veterinarios, odontólogos y en algunas especialidades médicas. Existen otras carencias que deben ser consideradas muy seriamente y entre ellas cabe citar el exceso de médicos y la desproporción entre el número de médicos y el de profesionales de enfermería y la infradotación en odontólogos a pesar del crecimiento experimentado.

7. OBJETIVO 37: POTENCIAR SOCIOS PARA LA SALUD

El objetivo 37 se refiere a la implicación en la estrategia SPT de una amplia gama de instituciones públicas y privadas, así como las integradas por voluntarios. El carácter genérico de este objetivo dificulta evaluar el grado de consecución del mismo. Es conocido que en España, al igual que en los demás países de su entorno, existe un amplio nivel de participación de organizaciones públicas y privadas en el ámbito de la salud y desde este punto de vista es posible apuntar un balance positivo. Lamentablemente no se dispone de información elaborada para un análisis más específico que sin duda mostraría que la implicación de muchas de estas organizaciones es susceptible de ser mejorada.

8. OBJETIVO 38: ABORDAR SALUD Y ÉTICA

Finalmente, el objetivo 38, último de este grupo, establece que los estados miembros deben disponer de mecanismos para fortalecer las consideraciones éticas en todas las decisiones relacionadas con la salud. La bioética ha conocido un importante desarrollo en los últimos 10 años en España. Dicho desarrollo ha abarcado desde el nivel legislativo —como en el caso de algunos artículos de la Ley General de Sanidad o la Ley de Reproducción Asistida— hasta aspectos organizativos como el desarrollo de los Comités Éticos de Ensayos Clínicos o los Comités Asistenciales de Ética. Los comités éticos de ensayos clínicos tienen ya un alto grado de desarrollo, si bien resulta necesario mejorar los criterios relacionados con investigaciones clínicas y epidemiológicas distintas de los ensayos clínicos. En el caso de los comités asistenciales de ética la dedicación de sus miembros a menudo presenta dificultades en la compatibilización con las actividades asistenciales así como un nivel de legitimación entre las estructuras de dirección y entre colegas aún insuficiente.

Finalmente, debe destacarse la ausencia de un comité estatal de ética a diferencia de lo que ocurre en la mayoría de países de nuestro entorno. Dado que una de las claves en la consecución de este objetivo reside en la operación de un cambio cultural de los profesionales, debe valorarse positivamente que los currícula de enfermería y medicina hayan incorporado de manera generalizada la bioética.