

## **INTRODUCCIÓN**

### Prioridades en salud pública y servicios sanitarios. Una agenda para la política de salud en España

*Juan M. Cabasés, Joan R. Villalbí y Carlos Aibar*

Según nuestros profesionales, los problemas de salud pública en los diferentes países europeos son muy similares, aunque la ordenación de prioridades sea distinta en cada país. En España, los problemas de salud pública reconocidos como los más importantes son las desigualdades en salud y los problemas relacionados con el consumo de tabaco y de drogas ilegales, y el abuso en el consumo de alcohol. Junto a los anteriores, los problemas medioambientales y los asociados al envejecimiento, además de la reorientación de los servicios sanitarios, figuran en la cúspide de las prioridades en otros países. Este es el resultado del Informe sobre prioridades en salud pública en Europa, coordinado por la Sociedad Francesa de Salud Pública, elaborado con la colaboración de los profesionales de la salud pública de los 15 países de la UE (Weil, McKee, Brodin y Oberlé, 1999). El Informe seleccionó 10 problemas prioritarios para la salud pública en Europa: Desigualdades, Tabaco, Drogas ilegales, Alcohol, Medio ambiente, Calidad de los servicios sanitarios, Vigilancia de la salud, Nutrición, Salud mental y Envejecimiento.

La quinta edición del Informe SESPAS pretende analizar las prioridades de inversión en salud y atención sanitaria para España, siguiendo el esquema de análisis de los problemas de salud del mencionado Informe. Se adopta una perspectiva abierta desde la que se trata de analizar el papel de los diferentes niveles de gobierno en el abordaje y respuesta a los problemas de salud pública, el papel de los servicios sanitarios en la consecución de los objetivos de mejora de la salud, así como el papel de los ciudadanos en el establecimiento de prioridades en materia de salud y de calidad de vida asociada a la salud.

Se trata, en definitiva, de integrar las aportaciones de las distintas disciplinas que configuran la salud pública entendida en sentido amplio y que conforman la estructura de SESPAS, en el debate sobre las prioridades para la inversión en salud, tanto en los temas de salud prioritarios, como en las formas de abordarlos. La selección de los temas objeto de análisis se corresponde básicamente con el resulta-

do del esfuerzo realizado para Europa. Sin embargo, se ha puesto más énfasis que en aquél en los cambios organizativos en el sistema sanitario, así como en la cuestión de los valores en conflicto en la determinación de prioridades.

## **Organización del Informe SESPAS 2002**

El V Informe SESPAS se ha organizado siguiendo el esquema habitual de trabajo de los informes SESPAS recientes. Los editores reciben el encargo del Consejo Directivo de SESPAS, proponen unos contenidos, seleccionan coordinadores para diferentes áreas del Informe, los cuales pueden invitar a contribuir a investigadores, y realizan encargos específicos a redactores para capítulos concretos. Una vez entregada la primera versión de los trabajos, se da entrada a un proceso interactivo de discusión y mejora de contenidos, a través de la web, por parte de los socios de SESPAS. El resultado es el borrador del Informe, que tras la discusión en el congreso de la SESPAS (Zaragoza, noviembre de 2001), da lugar a la versión final que aquí se presenta. En la selección de los más de 70 redactores han sido tenidas en cuenta las disciplinas que integran SESPAS.

El Informe SESPAS 2002 pretende ser una referencia útil para los analistas; novedoso en el método de abordaje de los temas y en los contenidos, pero sin caer en tópicos ni en temas de moda para los que no existan hallazgos científicos que mencionar; sólido, con redactores de probada reputación científica y con representación suficiente de las disciplinas representadas en la SESPAS.

En esta ocasión se ha elegido un lema común para Salud Pública y los Servicios Sanitarios: *Invertir en salud: Prioridades para la salud pública y los servicios sanitarios*. En materia de salud pública, se trata de analizar los problemas prioritarios en salud pública en la Unión Europea desde la perspectiva de España. En materia de servicios sanitarios se analizan las prioridades a partir de las reformas en el marco institucional, la culminación del proceso transferencial, y de la estructura funcional de atención primaria, hospitalaria y de salud pública, que se completa dando visibilidad a los servicios de salud bucodental, salud mental y atención farmacéutica, así como a la evaluación de tecnologías sanitarias y al impacto de las políticas de la UE sobre los sistemas de salud.

## **Contenido del Informe SESPAS 2002**

El Informe 2002 está estructurado en siete grandes áreas: I. Vigilancia de la salud (coordinada por Carlos Aibar), II. Problemas de salud prioritarios y emergentes,

III. El sistema de salud en España, IV. La atención primaria (coord. Esteban de Manuel), V. Los hospitales (coord. Rafael Manzanera), VI. Los servicios de salud pública (coord. Joan Ramon Villalbí), y VII. Políticas públicas, preferencias sociales y prioridades en salud. El Informe realiza un detallado análisis de las prioridades de inversión en salud para España, tanto en el aspecto sustantivo, es decir, los problemas de salud, como en el referido a estrategias de actuación de los diferentes niveles de la Administración, la misión de los servicios sanitarios en la consecución de los objetivos de mejora de la salud, y el papel de los ciudadanos y los profesionales en el establecimiento de prioridades. El Informe constituye, por tanto, una agenda orientativa de gran valor para la toma de decisiones y, en concreto, para la asignación de recursos durante los próximos años.

## **I. Vigilancia de la salud**

En la parte I, sobre Vigilancia de la salud, tras una revisión de las distintas fuentes de información y de los datos disponibles se destacan, entre otras, las siguientes prioridades de intervención:

- a) Empezar acciones dirigidas a conseguir la confluencia, armonización y coordinación con los sistemas de vigilancia de la salud del resto de países de la Unión Europea.
- b) El acuerdo ineludible entre las diferentes Administraciones Sanitarias para conseguir un intercambio seguro de información sanitaria y para la utilización de bases de datos que contengan códigos de identificación únicos.
- c) Incorporación de nuevos sistemas de información comunes a todo el Estado sobre calidad asistencial, daños asociados a las intervenciones médicas (infecciones hospitalarias, reacciones adversas a medicamentos, etc.) y conductas relacionadas con la salud (trabajo, hábitos... etc.).
- d) Realización de estudios «ad hoc» dirigidos a evaluar la equidad en términos de distribución de los resultados de salud y creación de un Observatorio del Sistema Nacional de Salud que realice análisis comparativos entre comunidades autónomas, tal como se propuso en su día por el Consejo Interterritorial de Salud.

Debe destacarse, por último, que cualquier reflexión o propuesta de cambio y mejora en los sistemas de información relacionados con la salud, carecerá de otra utilidad que no sea la académica, si en la práctica no se produce la incorporación

efectiva de la vigilancia en el proceso de toma de decisiones y este hecho es una prioridad respecto a las actitudes y habilidades de los responsables de la salud pública y los servicios sanitarios.

## II. Problemas de salud prioritarios y emergentes

Esta parte se dedica al estudio de los problemas de salud considerados más prioritarios en la agenda europea.

La cuestión de las desigualdades se aborda desde dos perspectivas muy novedosas. En la primera se analizan las relaciones entre la *distribución de la renta, la pobreza y la esperanza de vida en España* (Rico, Ramos y Borrell). En el análisis exploratorio realizado parecen confirmarse los resultados obtenidos en la investigación internacional sobre el tema: que la distribución de la renta tiene efectos significativos sobre la salud, controlando por un indicador fundamental de la renta absoluta (la pobreza), y por una variable crítica de la calidad del Estado del Bienestar. Aunque no puede confirmarse que el capital social esté asociado significativamente a la salud, dada la debilidad de los datos utilizados, la evidencia obtenida a través de correlaciones parece avalar que podría tener un papel importante dentro del modelo explicativo propuesto. Por último, aunque los estudios agregados no permiten discriminar adecuadamente entre la hipótesis de la renta absoluta y la hipótesis de la renta relativa, el hecho de que la distribución de la renta mantenga sus efectos cuando incluimos los niveles de pobreza en el análisis parece apuntar a la existencia de un efecto específico de la desigualdad económica sobre el nivel de salud.

La segunda aportación analiza las *desigualdades de género en salud* (Artazcoz et al.) documentando su importancia. Más allá de las diferencias de salud vinculadas a la biología, las desigualdades de género ponen en primer plano la importancia de los factores sociales y culturales en la construcción de nuestro patrón de salud y enfermedad. La amplia revisión realizada permite disponer de una puesta al día original basada en tres encuestas de salud por entrevista de ámbito autonómico. Los resultados muestran la influencia de la doble jornada que ejercen muchas mujeres, laboral y doméstica, con diferenciales por clase social y mediada por la red de relaciones familiares. Por otra parte, las mujeres que renuncian al trabajo remunerado parecen presentar peores indicadores de salud percibida. Estos resultados han de ponerse en el contexto de la existencia en los varones de mayor mortalidad prematura, debida especialmente a la poderosa influencia de algunos determinantes de la salud como el consumo de tabaco y alcohol o los mayores riesgos derivados de ciertos trabajos o un mayor uso de vehículos, más presentes entre los varones.

El *uso de drogas ilegales* (Ruiz, Aceijas y Hernán) en España ha tenido una poderosa influencia en nuestro patrón de salud en la última década, exacerbando las desigualdades sociales en enfermedad y mortalidad. En el Informe se documentan los cambios de patrón en el uso de heroína, y la emergencia de la adicción a la cocaína como problema de salud pública, que datos posteriores han confirmado. También se actualizan los datos de asistencia y de iniciativas de reducción de riesgos, destacando los proyectos de tratamiento controlado con heroína para mejorar el pronóstico de los adictos a opiáceos refractarios a otros abordajes.

El *tabaco* (Villalbi) sigue siendo la mayor causa aislada de enfermedad, invalidez y muerte evitables y prematuras en España. En este Informe se actualizan los datos de la epidemia tabáquica en España, revisando las prioridades de intervención, el estado actual de su abordaje y proponiendo políticas. En este capítulo destaca la cronología de los programas y políticas de prevención en España, que se iniciaron más tardíamente que en otros países de nuestro entorno. Destaca también la revisión de las políticas públicas que influyen en la epidemia tabáquica, de las que se desprende claramente la necesidad de trasladar este tema al debate político. Las políticas con mayor capacidad de modificar el problema y aliviar su gravedad en nuestro país son la fiscal, la regulación de la publicidad y la ampliación de espacios sin humo, que superan claramente los límites del sector sanitario y debieran ser impulsadas desde el gobierno, donde el Ministerio de Sanidad y Consumo debería liderar el proceso frente a los intereses defendidos por otros ministerios, más sensibles a los intereses de la industria tabaquera.

El capítulo sobre *nutrición* (Serra, Román y Aranceta) presenta un detallado informe del estado nutricional de la población española, que en los últimos años parece presentar una cierta tendencia a la mejora, destacando la disminución del gasto en carnes. El Informe sintetiza los resultados de encuestas poblacionales recientes, destacando la incorporación de los resultados referidos a vitaminas, de los que se desprenden posibles niveles de ingesta de riesgo en parte de la población para vitaminas A, D, E y folatos, así como para vitaminas B1 y B2 en ancianos. De todas maneras, es en la infancia y en la adolescencia cuando se aprecia un mayor riesgo de ingesta inadecuada, muy vinculado a la clase social. Las diferencias territoriales en la dieta y la alimentación parecen relacionarse con buena parte de las diferencias territoriales en salud. Es necesario invertir en nutrición desde una perspectiva de salud pública para reducir las desigualdades sanitarias territoriales.

La *contaminación de los alimentos* (Aboal y Pérez Castellanos), que ha marcado recientes emergencias de salud pública, es objeto de un capítulo en el Informe SESPAS. Este pone de manifiesto las tremendas lagunas en nuestro conocimiento del problema, y la necesidad de desarrollar un sistema de información apropiado

para progresar. Tan sólo el sistema de información de la contaminación química de los alimentos en la Comunidad Autónoma Vasca ofrece información apropiada para la toma de decisiones. El control higiénico de los alimentos debe estar más orientado hacia la salud pública, y los servicios de vigilancia y control deben entrar en procesos de acreditación de su calidad.

*El medio ambiente y la salud* (Sunyer, Kogevinas y Antó) son objeto de un capítulo que se centra en la contaminación del aire, del agua, la debida a los residuos industriales y algunos aspectos ambientales que se reflejan en los alimentos. Se pone de manifiesto cómo en las ciudades la exposición a niveles de contaminación atmosférica considerados admisibles por las normativas vigentes tiene un impacto en la mortalidad. También se constata que los niveles de exposición a partículas respirables son en las grandes ciudades españolas iguales o superiores a los de otras ciudades europeas que están adoptando políticas activas de control, basadas especialmente en reducir la contaminación asociada al tráfico de vehículos. Por lo que respecta a la contaminación del agua, el Informe pone de manifiesto la presencia en el agua de suministro domiciliario de trihalometanos, en niveles relevantes para parte del país. Finalmente, se valora la presencia en los alimentos de contaminantes orgánicos persistentes como las dioxinas y los PCBs, de los campos electromagnéticos de muy baja frecuencia, de la telefonía móvil y del tabaquismo pasivo durante la gestación.

### **III. El Sistema Nacional de Salud**

#### *El marco estructural del SNS*

El SNS ha sufrido notables modificaciones en su estructura en los últimos tiempos, destacando la cuestión de la naturaleza jurídica de la prestación y la financiación del sistema, además de la culminación del proceso transferencial que ha llevado a la estructura territorializada del sistema, en el que coexisten 17 servicios de salud, y a la desaparición del Insalud.

*La naturaleza de la prestación sanitaria* del SNS es un tema relevante en cuanto afecta a las posibilidades de regulación de la misma por parte de las CCAA. En su trabajo, Beltrán muestra que la reciente Ley 21/2001, de 27 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación autonómico, en la que se modifica el artículo 86.2 del Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social de 1994, deja bien sentado que la asistencia sanitaria tiene naturaleza no contributiva, pero que queda incluida en la acción protectora del Sistema de

Seguridad Social. No deja de sorprender, dice, que una asistencia sanitaria pública que se predica universalista y no contributiva, a la que, por tanto, se tiene derecho por el simple hecho de ser ciudadano, sin necesidad de ningún otro título jurídico, se anude a la Seguridad Social, que sigue siendo un sistema esencialmente contributivo y no universalista. El sistema de financiación de la sanidad finalmente adoptado también reclama la independización de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Incluso abunda en esta línea el hecho de que se haya declarado la sanidad, junto con la educación, un servicio público fundamental en la Ley Orgánica 7/2001, de 27 de diciembre, de modificación de la LOFCA. En este nuevo esquema, la capacidad normativa de las CCAA en materia sanitaria queda muy comprometida, lo que sin duda planteará problemas al desarrollo del SNS descentralizado en el futuro próximo.

El *nuevo modelo de financiación autonómica* (Martín, Montero, Cabasés y Jiménez Aguilera), que integra la financiación sanitaria en el sistema general de financiación autonómica, aunque preservando su visibilidad, supone un notable avance respecto al modelo precedente. En primer lugar por el fuerte consenso político con el que ha sido aprobado y en segundo lugar, por el esfuerzo de integración y sometimiento a un mismo conjunto de reglas de juego para los tres subsistemas de financiación autonómica anteriormente independientes: sanidad, servicios sociales y servicios comunes.

Desde la perspectiva de la eficiencia en la gestión de los servicios sanitarios se observan en el acuerdo abundantes aspectos positivos. Se amplía la autonomía de decisión de las CCAA. Además, la corresponsabilidad fiscal en la financiación sanitaria traslada riesgos a las CCAA, rompiendo la asimetría existente hasta ahora de responsabilidad en el gasto pero no en los ingresos, una característica del proceso de descentralización sanitaria que operaba como un incentivo perverso para la eficiencia. En su diseño, el acuerdo ajusta la capacidad financiera con las necesidades de gasto, lo que garantiza en principio la suficiencia, si bien este ajuste puede verse o no satisfecho, según la capacidad de gestión de los responsables autonómicos. Se incorporan variables de necesidad relativa en la estimación de las necesidades de financiación. Sin embargo, las variables escogidas pueden no ser las relevantes para estimar necesidades relativas. En materia de equidad, es más difícil hacer una valoración sin conocer la incidencia de la cesta de impuestos llamada a financiar los servicios. El esfuerzo en equidad es más visible en los diferentes fondos que completan el sistema, aunque sus efectos pueden ser inciertos. El Fondo de Suficiencia, el Fondo de Cohesión y las asignaciones de nivelación son instrumentos diseñados para mejorar la equidad. Sin embargo, la necesidad de hacer operativos estos fondos obliga a utilizar variables objetivas simples de necesidad

que pudieran no captar las situaciones de necesidad que se proponen corregir. Por ejemplo, la regulación de las asignaciones de nivelación utiliza las desviaciones en el tamaño de la población regional como única variable.

Algunas de estas cuestiones deberán ser afrontadas en una próxima ley de coordinación general del Sistema Nacional de Salud. Conseguir un sistema sanitario que, respetando el principio de autonomía, garantice un nivel de acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad para cualquier ciudadano español, es el reto pendiente.

La *estructura territorial del SNS* plantea nuevos retos para el mantenimiento del sistema como tal. Tras completar el traspaso de competencias sanitarias a todas las regiones españolas, parece necesario, además de articular los mecanismos financieros de compensación bilaterales o multilaterales que corresponda, dotarse de un sistema coordinado de atención que salve las nuevas barreras administrativas de acceso y preserve la equidad. El Ministerio de Sanidad y Consumo ha de redefinir su papel de coordinador del sistema. Además, hay que definir los mínimos comunes de prestaciones, acceso, condiciones laborales, y derechos de los agentes, y acordar qué límites a la diversidad regional se deberá autoimponer el sistema sanitario español.

#### *Prioridades en la organización de la atención a la salud en España*

De forma esquemática, las prioridades en el ámbito de la organización surgen de los problemas aún no resueltos del SNS. González y Urbanos las resumen magistralmente en las siguientes:

- a) *Gestión de las listas de espera*: la homogeneización de la información, el desarrollo de la investigación epidemiológica que confirme la efectividad de los tratamientos y la planificación de la actividad asistencial a medio y largo plazo, constituyen algunos de los principales retos a los que nos enfrentamos en los próximos años.
- b) *Coordinación entre niveles asistenciales*, tanto entre atención primaria y especializada como entre atención sanitaria y sociosanitaria, lo que aún constituye una tarea pendiente en nuestro país. La eliminación de rigideces administrativas y la búsqueda de mecanismos de integración vertical de proveedores, así como la potenciación del papel de los usuarios como decisores y la implicación de los clínicos en las reformas organizativas, constituyen factores clave en la racionalización de la gestión de los recursos sanitarios.

- c) Articulación de *una política coherente de recursos humanos* que establezca unas reglas del juego consensuadas estables, que marquen retos profesionales y recompensas a largo plazo. Regular con amplio consenso las reglas del juego de la carrera profesional es una necesidad reconocida, ineludible e imperiosa.
- d) La guía de las reformas organizativas es su grado de orientación efectiva *hacia el logro de objetivos de salud*. En este sentido, la mejora de los sistemas de información se configura como un elemento imprescindible en la evaluación de la efectividad de las reformas que se pongan en marcha en el futuro.
- e) El motor de las reformas sanitarias españolas tiene marcha atrás, y una acusada falta de ritmo. Típicamente, tras un enérgico arranque, van perdiendo impulso y el propio rozamiento de la puesta en práctica acaba por extinguirlas. Ha sido el caso de las reformas organizativas del estatus jurídico de los centros, e incluso de la reforma de la atención primaria. La estabilidad de las sendas de reforma que se emprendan en el futuro es un reto y una necesidad.

#### *Los servicios de atención a la salud*

La estructura habitual de atención primaria, hospitalaria y de salud pública se completa en este Informe con los servicios de salud bucodental, salud mental y atención farmacéutica. También se dedica un capítulo a la evaluación de tecnologías sanitarias, por su relevancia en el debate sobre prioridades, y otro al impacto de las políticas de la UE sobre nuestro sistema sanitario.

Sobre *la atención farmacéutica* pesa la importancia creciente del gasto farmacéutico en el total del gasto sanitario público y la definición del papel que ha de ejercer en el conjunto de los servicios sanitarios. Respecto al primero, el trabajo de Larruga muestra que el crecimiento porcentual del gasto público en medicamentos de prescripción, aunque creciente, ha suavizado el ritmo de crecimiento en los últimos años. España es uno de los países con menor índice de participación del usuario en la financiación de los medicamentos. Respecto al papel de la farmacia y de los farmacéuticos, se establece una agenda orientada a la potenciación de la atención farmacéutica a través de las distintas estructuras farmacéuticas (oficina de farmacia, servicios de farmacia de hospitales, centros de atención primaria, centros socio-sanitarios y centros penitenciarios), que conforman el sistema asistencial, con un concepto de atención más centrado en el paciente que en el medicamento.

La salud pública bucodental se ha convertido en un componente básico de las agendas de prioridades. Los indudables progresos en la higiene bucal y en la disponibilidad de profesionales se han traducido en la mejora de los índices de salud

bucodental. Emergen, no obstante, claros problemas de falta de acceso al tratamiento para segmentos de la sociedad, por las limitadas prestaciones del Sistema Nacional de Salud. En su trabajo, Cortés y Llodra destacan los aspectos de promoción de la salud y asistenciales. La salud dental es quizás el área sanitaria donde más manifiestamente se observa cómo la prevención y la mejora de los niveles de higiene dental reducen de forma muy evidente las necesidades de tratamiento y, por consiguiente, reducen el nivel de gasto. Por tanto se hace necesario el diseño de una política nacional que promueva la salud dental y la higiene dental. En el nivel ámbito asistencial las reformas deben contemplar de manera prioritaria dos niveles de actuación en el corto y medio plazo: a) El acceso gratuito y generalizado a la odontología preventiva y reparadora de la población de 6 a 15 años, para la atención a las necesidades actuales y como estrategia de futuro para la consecución de unos buenos niveles de salud dental cuando sean adultos. b) Las reformas necesarias que permitan la disminución de desigualdades en el acceso a los servicios dentales de la población, independientemente de su nivel social y geográfico.

La *salud mental* se presenta en este Informe como una carencia en el conjunto de los servicios sanitarios, destacando el retraso histórico en esta función sanitaria de necesidades crecientes. En un trabajo analítico denso, Salvador-Carulla et al., de la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica, que incorpora profesionales que combinan la visión poblacional, la asistencial y la de gestión de servicios, muestran las limitaciones de la atención a la salud mental en España y ofrecen propuestas de mejora. Destaca la notable insuficiencia de recursos humanos y materiales para atender la demanda, en especial de sectores de la población especialmente vulnerables, la enorme variabilidad en la dotación de recursos entre comunidades autónomas y probablemente también dentro de ellas, la ausencia de mecanismos eficaces de coordinación, lo que impide el funcionamiento de un sistema integrado de servicios, y la ausencia de sistemas de información y de evaluación estables, válidos y fiables dentro de cada comunidad autónoma y en el ámbito nacional. De confirmarse los datos apuntados en estudios comparativos con otros países, debería concluirse que no existe equidad en la disponibilidad y acceso de servicios psiquiátricos, ni a escala autonómica ni con respecto a otros países de Europa. Si la atención psiquiátrica es tan poco costosa en nuestro país, no es por lo eficiente de la misma, sino por la carencia generalizada de recursos.

Aporta también una propuesta de progreso para culminar la reforma y responder a los problemas que emergen hoy: integración de redes, cobertura homogénea de territorio y población, y especialmente ampliación de recursos comunitarios y coordinación con los servicios sociales, así como la aplicación del principio de discriminación positiva y no de contención de costes a la planificación y a la asignación de recursos para salud mental. Estas medidas permitirían crear las bases para

una planificación y dotación de servicios basada en datos o evidencias, que además se ajustara al principio de equidad interterritorial *horizontal* (todo paciente con enfermedad mental debe tener acceso a un conjunto mínimo de servicios en el Estado) y, sobre todo, *vertical* (este acceso no debe diferir del existente para otras enfermedades médicas).

Un aspecto común a todos los servicios sanitarios es la *evaluación de tecnologías*, que constituye una pieza esencial en un sistema integrado que incluye: la obtención de información sobre efectividad y uso apropiado; la definición del uso correcto de la tecnología, en gran medida superpuesto al desarrollo de «guías de práctica clínica»; la tutela de la propia práctica asistencial mediante el «audit clínico»; y la acreditación de centros y servicios. Martín Moreno y González proponen en su trabajo, en relación con el objetivo de conjugar sinergias y articular de forma positiva el papel de los diversos actores del sistema, ir avanzando hacia la incorporación de guías mediante las cuales se estimule a que los promotores (empresas o proveedores) presenten información más allá de la mera descripción del estado de desarrollo de la tecnología, sus antecedentes, aplicaciones actuales y perspectivas, incorporando datos de efectividad, utilidad y coste-beneficio, información epidemiológica (incidencia, prevalencia, y últimas tendencias) del problema para el que se supone que ofrecen solución, naturaleza y ámbito del problema en cuestión (incluyendo aspectos clínicos), información sobre grupos de pacientes subsidiarios de tratamiento (incluyendo variables de edad, género y comorbilidades), así como sobre el ámbito asistencial del mismo.

Además, el proceso de transferencia de conocimiento a la práctica clínica y la toma de decisiones en el ámbito de la salud ha de recibir una mayor atención. Igualmente, se han de aprovechar al máximo los recursos y oportunidades de cooperación y coordinación nacional e internacional, facilitando el intercambio de información para mejorar la calidad de las evaluaciones y el impacto de las mismas. Además, es primordial avanzar en la estandarización de procedimientos de detección de tecnologías emergentes, en los procedimientos de priorización de la evaluación y en los métodos de integración de la evidencia e información relevante de forma que se incremente el impacto en las decisiones.

El *impacto de las políticas de la UE sobre los sistemas sanitarios* (Silió, Prieto y Romo) se analiza desde la regulación de la libre circulación en sus 4 facetas: de ciudadanos, bienes, servicios y capitales, en cuanto afecta a los servicios sanitarios (profesionales, pacientes, medicamentos, seguros y tecnología médica), medida a través del grado de transposición de la normativa europea al ordenamiento jurídico español. Destaca la transposición de normas que regulan la libre circulación de bienes e individuos. El trabajo se centra en dos aspectos: los cambios en la licitación pública de bienes y las estancias cortas de ciudadanos de la UE. En los prime-

ros, la aplicación de la normativa europea ha dado como resultado un aumento del volumen de compra por concurso público, y un paralelo aumento de los trámites administrativos en las ofertas públicas de compra, un buen ejemplo de los efectos intencionados para garantizar la libertad de circulación y los no intencionados, como la mayor burocracia. Los autores alertan sobre estos últimos. Así, la libre elección –que alcanza a la elección de proveedor– puede beneficiar más a las clases más favorecidas, con mayor movilidad.

#### **IV. La atención primaria de salud**

En el capítulo de Atención Primaria (AP) en España, Minué, de Manuel y Solas comparan los problemas o puntos críticos existentes con las tendencias demográficas, económicas, tecnológicas y sociopolíticas y describen las estrategias esperables ante cuatro escenarios alternativos: expansivo, de retirada, resistencia o diversificación, proponiendo líneas de intervención.

El importante papel que debería desempeñar la AP en nuestro país, no se corresponde con el peso real que tiene: ni la financiación, ni el porcentaje de médicos que trabajan como generalistas, ni la atracción que la especialidad de Medicina Familiar tiene para los estudiantes, son los esperables en un sistema sanitario orientado hacia el primer nivel asistencial.

Entre los puntos críticos de la APS en nuestro país, destacan los siguientes: existe una desmotivación creciente de los profesionales que trabajan en primaria; los instrumentos utilizados para mejorar la gestión, muestran signos de agotamiento, aun reconociendo los avances realizados en la última década; la distancia entre gestores y asistenciales es cada vez mayor, con preocupaciones, valores y objetivos diferentes.

La aplicación en atención primaria de herramientas de mejora de la organización utilizadas en otros entornos (desde la gestión de personal hasta el uso de nuevas tecnologías o la mejora de la calidad) puede ser útil para abordar los problemas planteados. Sin embargo la complejidad de ciertos problemas –el modelo de relación laboral, las ineficiencias de gestión y su abordaje, las incesantes necesidades de la sociedad y su limitación explícita– obliga a tomar decisiones que pueden tener un cierto coste social.

Los retos futuros de la atención primaria en España se clasifican en tres tipos:

- a) Retos generales: adecuación de la financiación, planificación de los recursos necesarios y establecimiento de un marco de acuerdo entre gestores y clínicos;
- b) Retos específicos: la recuperación del prestigio social y la adaptación de la orga-

nización a las necesidades de los pacientes; c) Retos urgentes: desarrollo de sistemas de información que permitan conocer y comparar; mejorar la continuidad de la atención; recuperar la motivación de los profesionales.

Los avances alcanzados en la reforma de la atención primaria en estos veinte años permiten encarar el futuro con cierto optimismo. Sin embargo, si se pretende que la reforma no se convierta en otra experiencia frustrada, deberán abordarse de forma decidida y mantenida los problemas existentes. Las tres partes implicadas (políticos, gestores y profesionales) comparten la responsabilidad.

## **V. Los hospitales**

Los hospitales constituyen un elemento clave en la acción de los sistemas sanitarios, su permeabilidad a la comunidad y la innovación, su relación con la atención primaria y con la acción preventiva, la calidad de sus prestaciones y sus costes, son elementos que pueden definir aspectos clave en el funcionamiento del sistema sanitario.

Navarro et al. describen en su trabajo cómo son la oferta y la producción hospitalaria en algunos servicios regionales del sistema sanitario español, según informan las memorias oficiales de los servicios sanitarios de Andalucía, Cataluña, Galicia, Comunidad Autónoma de Madrid, Navarra y País Vasco. Así pues, se trata de una descripción que permite una sencilla –aunque somera– aproximación a la realidad sanitaria de un sistema. Se apunta la posibilidad de consensuar una sistemática común para las comunidades autónomas que permita obtener informaciones recientes y similares a la presentada en el trabajo, que se refieran a todo el Estado.

Manzanera y De la Puente revisan en su trabajo cómo los hospitales contribuyen a la mejora del estado de salud de una comunidad, aun reconociendo que los beneficios del sistema sanitario van más allá (informando, fomentando autonomía, accesibilidad, control, seguridad, etc.) de este objetivo esencial. Revisan los autores algunos indicadores poblacionales y clínicos que se están utilizando en distintos países y organismos internacionales, consideran diversas estrategias que promueven, de forma sistemática, la revisión del rendimiento hospitalario centrado en salud y describen algunos indicadores poblacionales que pueden orientar la actividad clínica. Algunos elementos esenciales de las reformas sanitarias en Europa se relacionan con la mejora del acercamiento entre las perspectivas clínica y poblacional. Si bien no detectan una relación entre resultados hospitalarios y resultados poblacionales, destacan la importancia de mayores cotas de información pública y de transparencia en las informaciones del sistema sanitario, y en la implicación de la visión comunitaria en los sistemas de información. Promueven la definición de un conjunto mínimo de indicadores básicos de rendimiento de los servicios asis-

tenciales y del estado de salud de la población, gestionados por las comunidades autónomas, con la definición de una estrategia de publicación y difusión, y con total respeto a la confidencialidad que definen las normas vigentes.

En su trabajo Suñol y Humet analizan la situación de los temas de mejora de calidad en diferentes ámbitos de la sanidad española. La diversidad de métodos utilizados y la escasa disponibilidad de los datos provocan una situación difícil de sistematizar, de la que se puede concluir que la filosofía y metodología de calidad no han impregnado nuestro sistema de salud. La respuesta de los clínicos ha sido en general la más exhaustiva y resolutive en la aplicación de herramientas de calidad en su actividad diaria. Los gestores han respondido en general con mayor lentitud, superando la noción de coste asociado a calidad. El discurso teórico se ha centrado más en la escasez de recursos que en la adecuada utilización de los existentes. Concluyen los autores que el desarrollo e impregnación de la calidad asistencial va en paralelo con la maduración del sistema sanitario como ha ocurrido también en otros sectores.

Castells et al. analizan la mayor presión asistencial observada en los hospitales de nuestro país y su relación con el envejecimiento de la población española. Se detecta que la mayor presión asistencial observada en los hospitales se debe principalmente a que la población anciana ha aumentado mucho su tasa de utilización hospitalaria y, mucho menos, al envejecimiento de la población. Así, en unos años, de no existir diferencias en la utilización entre menores de 65 años y mayores de 74, han pasado a observarse diferencias de 1 a 3. Los autores atribuyen esta variación más a cambios en la oferta (accesibilidad, nuevas tecnologías, etc.) o en el nivel de cultura y renta que a un incremento de la discapacidad o morbilidad de la población anciana. En consecuencia, al disponer de alternativas a la hospitalización de agudos –tales como la cirugía ambulatoria, hospital de día, atención sociosanitaria–, puede modificar la actual tendencia al incremento de la tasa de hospitalización.

Peiró y Casas analizan el papel, las posibilidades y las limitaciones de los indicadores de funcionamiento hospitalario. Su utilización intenta contribuir a una mejor evaluación del funcionamiento del sistema sanitario, a una mayor rendición de cuentas a la sociedad y a la reorientación del sistema de atención hacia las necesidades de los pacientes. Los autores describen las características básicas de los indicadores de actividad y resultados, de los perfiles de proveedores que configuran y de su uso en *benchmarking*. Insisten en las características que los indicadores deben tener (específico, relevante, racional, robusto, sensible, factible, positivo, ajustado al riesgo, sólido y evaluado) para una utilización adecuada de los mismos, así como algunos ejemplos de desarrollos internacionales. Tras comentar la situación en España, concluyen en la escasa utilización sistemática de indicadores y en la falta de voluntad de transparencia de diversos agentes del sistema. Voluntad de construir información, pero sobre todo de convertirla en mejoras de calidad y eficiencia asistencial.

Fernández, Varela y Manzanera concluyen el capítulo de hospitales articulando los distintos trabajos hacia la definición de retos y prioridades en la gestión de hospitales. La gestión hospitalaria de base poblacional se sustenta en una atención más orientada a las personas (y menos a los servicios), en una financiación más orientada a planes de cuidados y de riesgo compartido (basados en la gestión de pacientes y enfermedades), apoyado en sistemas integrados de salud (con base poblacional y diversidad de servicios), con resultados más explícitos y cercanos al interés del ciudadano y de su salud (individual y colectiva) y con centros fuertemente acreditados y gobernados clínicamente. Concluyen en vislumbrar una transformación radical del papel de los hospitales y la necesidad de consenso y liderazgo, para el protagonismo de los ciudadanos.

## **VI. Servicios de salud pública**

La sección dedicada a los servicios de salud pública plantea una novedosa revisión de su misión y sus funciones, contrastando las reformas realizadas desde la recuperación de la democracia y los retos pendientes con los problemas emergentes, prestando atención a los tres niveles de la administración pública española: local, autonómico y central, reflejados en la afiliación de los autores (Villalbí, Aboal y González-Alonso). Se revisan los problemas que puede causar la falta de liderazgo en salud pública, la incompleta profesionalización (reflejada en los conflictos y debates sobre la formación de los médicos de salud pública) y la confusión entre rol político y rol profesional en situaciones de emergencia como las que han planteado recientemente brotes epidémicos o crisis alimentarias. Se plantean opciones para una reorganización de los servicios de salud pública más acorde con la seguida por otros segmentos del sector sanitario, así como su entronque con los servicios asistenciales y la constitución de una red más integral e integrada, más apropiada para un Estado estructurado de forma cuasi-federal como el actual.

## **VII. Políticas públicas, preferencias sociales y prioridades**

La última parte, sobre Políticas públicas, preferencias sociales y prioridades en salud, se inicia con un análisis sobre *la interacción entre médicos y pacientes en el sistema sanitario* (Gaminde). Se comenta sobre el significado de la profesión de la medicina y las transformaciones recientes: desprofesionalización, proletarización y re-estratificación. Se analiza de manera novedosa la relación médico-paciente, las tensiones entre dependencia y autonomía y el problema de la asimetría de información. Se plantea superar el enfoque de agencia y desarrollar el trabajo interactivo en la consulta para ayudar a engendrar las decisiones compartidas.

Se ha incluido un interesante estudio sobre la relación entre los *medios de comunicación y salud* (Martínez Segura), tema inédito en nuestros informes, que destaca la importancia de los medios audiovisuales (TV) en la transmisión de información y mensajes de la política de salud.

De unas lúcidas reflexiones sobre *Ética y prioridades en salud y servicios sanitarios*, (Corcoy) se llama una vez más la atención, esta vez desde la perspectiva jurídica, sobre los efectos que puede tener el desarrollo de la genética y la medicina predictiva sobre la discriminación y la desigualdad.

Como capítulo final se aborda *la investigación en salud pública* (March). El Informe SESPAS 2000 concluía que en España no se ha alcanzado el desarrollo mínimo relativo a la investigación sobre la salud y los servicios sanitarios. En una exhaustiva revisión de la investigación en salud pública, este trabajo se plantea conocer qué se investiga en España en el campo de la salud pública, qué ha aportado el Fondo de Investigación Sanitaria y algunas comunidades autónomas a la investigación en salud pública y en servicios sanitarios, con referencias específicas a la investigación en sida y en Atención Primaria de Salud. Se identifican también aportaciones novedosas en la definición de políticas de investigación en salud pública y en los servicios sanitarios, así como la aportación potencial de la Unión Europea en el fomento de la investigación. La conclusión es que esta es un área en la que hay mucho camino por recorrer todavía.

## Agradecimientos

Como editores del Informe 2002 y como miembros de SESPAS queremos expresar nuestro agradecimiento a todos los autores, colaboradores y revisores del Informe, así como a aquellas personas que han realizado críticas, aportaciones y sugerencias a las versiones preliminares del mismo. Así mismo, queremos manifestar nuestra gratitud al Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales del Gobierno de Aragón, por haber albergado en su página *web* los distintos estadios del Informe durante todo el proceso de elaboración y los comentarios al mismo.<sup>1</sup>

## Referencias

Weil O, M McKee, M Brodin and D. Oberlé, eds. 1999. Priorities for Public Health Action in the European Community, <http://sfsp-publichealth.org/Prioeuro.pdf>

---

<sup>1</sup> <http://www.sespas.aragob.es/informe.html>