

## CAPÍTULO 3

# PRIORIDADES EN VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

**Enrique Bernal Delgado**  
**Félix Pradas Arnal**

*Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de Aragón*

### 1. Introducción

Repasemos algunas aseveraciones, opiniones, evidencias y conclusiones difundidas estos últimos años en prestigiosos foros:

- «La información disponible muestra que, en muchos casos, las desigualdades sociales en salud están aumentando. Sin embargo, se desconoce la magnitud de indicadores de desigualdad relevantes y no es posible establecer un análisis riguroso de su evolución y sus determinantes» (1).
- «A pesar de que las desigualdades en salud constituyen el primer objetivo de la política de salud para Europa de la OMS, en España existen muy pocos estudios sobre este asunto y no se ha establecido ningún sistema de monitorización que permita valorar tendencias» (2).
- «Entre las prioridades en política de Salud Pública que concitan mayor consenso entre los países de nuestro entorno están las desigualdades de salud. Alemania, Reino Unido, Francia, Suecia y España incorporan en su agenda política este problema» (3).
- «Se desconoce la respuesta a preguntas como las siguientes: ¿Hasta qué punto una intervención sanitaria concreta contribuye a mejorar la salud de la población? ¿Es necesario asignar más recursos sanitarios en un determinado ámbito sanitario aun cuando los individuos enfermos tengan un uso adecuado o, incluso, un sobreabuso de los servicios sanitarios? ¿Puede compararse la eficiencia de dos servicios sanitarios sin tener en cuenta el nivel de salud de la población a la que sirven? ¿Qué utilización de los servicios sanitarios hacen los individuos que presentan una determinada enfermedad? ¿Cuál es la influencia de esa enfermedad sobre la utilización de servicios en relación con la que ejercen esos factores?» (4).

Una de las limitaciones más importantes del sistema sanitario español es la escasez de información que permita realizar comparaciones entre comunidades autónomas. En efecto, información crítica como patrones de utilización de servicios por edad y clase social, tiempo de espera y tamaño de listas de espera, gasto público desagregado por niveles asistenciales, etc., no están disponibles, bien por cuestiones instrumentales (distinta codificación de la información) bien por cuestiones estructurales (no existe la información glosada en una base de datos común para todo el territorio) (5).

Del seguimiento de los indicadores OMS 2000 puede extraerse que las diferencias en salud entre niveles socioeconómicos se están incrementando para algunos indicadores que son responsabilidad del sistema sanitario: entre ellos los días de restricción, los días de cama y la capacidad funcional en mayores de 65 años.

Sin embargo se desconocen las diferencias asociadas a factores socioeconómicos para otros muchos indicadores de salud: esperanza de vida al nacer, esperanza de vida libre de enfermedad, salud bucodental, enfermedades hereditarias, mortalidad por enfermedades cardiovasculares, mortalidad por enfermedad isquémica cardíaca, mortalidad por enfermedad cerebrovascular, mortalidad por neoplasias malignas, mortalidad por cáncer de pulmón, mortalidad por cáncer de cuello uterino, mortalidad por cáncer de mama, mortalidad por cáncer colorectal, mortalidad por causa externa, mortalidad por suicidio, mortalidad por accidente de tráfico (6).

De unas y otras debemos extraer una conclusión: años después de «Salud y Equidad» (7), seguimos considerando prioritario el abordaje de las desigualdades en salud y, en cambio, disponemos de parecidas lagunas informativas en nuestro sistema de salud.

## **2. Cambios organizativos en el sistema y desigualdades**

La preocupación se agudiza al enmarcar las deficiencias señaladas en el actual proceso de transferencias sanitarias y en dos retos que parecen necesarios para consolidar nuestro actual sistema: la necesidad de incrementar la autonomía de gestión y la necesidad de expansión de los cuidados comunitarios y sociales (5).

Esta revolución organizativa puede convertirse en uno de los elementos que más va a influir en la salud de los españoles, si reconocemos (más allá de los deseos) el todavía alto peso relativo que el sistema sanitario tiene en el Sistema de Salud. Sin embargo, el proceso comienza y termina con escasa información sobre la financiación per cápita precisa para dar respuesta a las necesidades de salud y sin conocer la prima de asegu-

ramiento necesaria para dar respuesta al nuevo paquete de servicios de la dependencia; en definitiva, para dar respuesta a la cuestión de la equidad financiera.

Una de las pocas cosas que sabemos sobre la financiación per cápita entre comunidades autónomas (tomado este dato como un indicador indirecto de equidad) es que el coeficiente de variación del gasto per cápita crudo rondaba el 5,5% para todas las comunidades autónomas en el año 1998 (8); si la cifra se ajustaba por algunas variables de oferta y demanda (edad, dispersión, capacidad instalada, renta per cápita, etc.) el coeficiente de variación disminuía hasta el 4,5%. Esta cifra es todavía inferior (3,5%) según otros autores (9). En el futuro sistema descentralizado, ¿estas «desigualdades» financieras relativamente bajas se mantendrán o tenderán a incrementarse? ¿Las diferencias financieras son indicadores de desigualdad en salud?

Las respuestas no son obvias y la información disponible no permite rechazar esta hipótesis de forma contundente. De hecho «(...) las desigualdades en salud en España son mucho mayores que en muchos de los países con los que se la compara» (10) y, sin embargo, según datos de EUROSTAT, el coeficiente de variación del gasto capitativo en Suecia es del 10%; en Inglaterra, 14,3%; en Francia, entre el 16 y el 12%; en Italia un 15%; en Canadá un 31% (un 26,2% en su componente público) (10).

En suma, con los actuales sistemas de información resulta imposible –más allá de estimaciones a partir del coeficiente de variación– saber si el proceso que iniciamos está incrementando las diferencias entre comunidades autónomas y, en todo caso, no sabremos si estas diferencias financieras pueden traducirse en desigualdades en salud. Parece pertinente, por tanto, diseñar un sistema de información que dé respuesta a los problemas señalados y mitigue los riesgos (y prejuicios) de un sistema descentralizado.

### 3. La propuesta

A propuestas generales señaladas hace tiempo (4), como son el desarrollo de sistemas de información de base poblacional que incluyen las características socioeconómicas de los individuos, códigos de área geográfica y código de identificación individuales y universales (¿acaso el DNI?), convendría añadir la necesidad de disponer de un sistema que permita valorar el seguimiento de las políticas sanitarias, al menos en contexto Unión Europea<sup>1</sup> (mejor OCDE) que incluyese la definición de

---

<sup>1</sup> No debemos perder de vista la propuesta de creación de un Observatorio Europeo, independiente de la Comisión (Dirección General V) que establezca alianzas con Eurostat y con la propia Comisión.

las necesidades de información, indicadores y productos, la recogida de información, el proceso de análisis e interpretación de los datos y la disseminación de los mismos (11).

Nada nuevo, pero seguimos padeciendo ese déficit secular consistente en disponer de muchos datos y poca información. De hecho, ciudadanos, pacientes, clínicos, gestores y políticos toman la mayor parte de sus decisiones con dosis de incertidumbre superiores a la esperada (alta por el asunto que nos ocupa) por los tiempos que corren.

Quizá la novedad consistiría en elaborar un conjunto de indicadores comunes, más sensibles que específicos,<sup>2</sup> en la valoración del desempeño de los sistemas sanitarios, con un nivel de desagregación que evite el efecto de los resultados espúreos y con una razonable validez para la comparación con los semejantes o con los mejores. Con la salvedad de algunos años de ventaja, un modelo a explorar sería el propuesto por el Canadian Institute for Health Information (12); proyecto en cooperación con Statistics Canada que trata de identificar indicadores que permitan obtener información comparable y desagregada por «regiones sanitarias» y «provincias» sobre la salud de los canadienses y la participación de su sistema de salud en la misma.

La situación descrita anteriormente no está muy lejos –no obstante– de la de nuestros vecinos (tampoco de los estados miembros de la OCDE, como Canadá) en el asunto de disponer de información sobre desigualdades.<sup>3</sup> Salvo la información sobre «diferencias medias» en mortalidad y morbilidad entre países OCDE, algún informe académico bien formulado por prestigiosos economistas sobre la influencia de la renta relativa en la mortalidad (13), alguna iniciativa sobre equidad de acceso en Australia y Reino Unido (14), solamente OMS y OCDE incluyen en recientes propuestas la necesidad de evaluar la equidad en términos de distribución de los resultados de salud y en términos de financiación según necesidad (14).

En nuestro país la propuesta realizada en el seno del Consejo Interterritorial para crear un observatorio del Sistema Nacional de Salud que realice análisis comparativos entre comunidades autónomas y la intención de trabajar sobre el objetivo nº 2 (Equidad en Salud) del documento de Salud XXI, constituyen muestras incipientes del interés de los responsables sanitarios por este asunto.

---

<sup>2</sup> En el asunto de las desigualdades podemos permitirnos más dosis de falsos positivos que de falsos negativos.

<sup>3</sup> Por cierto, en distintos países OCDE lo que sí existe es un rápido progreso en torno a la información sobre respuesta del sistema a las necesidades y expectativas de los usuarios (aviso para navegantes).

## 4. Conclusión

Sugerimos abordar de forma urgente la creación de un «observatorio de desigualdades de salud» que permita desentrañar qué fracción de tales desigualdades es atribuible al sistema sanitario y cuál al sistema de salud.

La relevancia sobre la monitorización de las desigualdades en salud no debe hacernos perder otro horizonte más amplio. Al fin y al cabo los ciudadanos, copropietarios del sistema, quieren conocer en qué y para qué se gasta su dinero; los usuarios –clientes del mismo– tienen derecho a ser informados con respecto a su estado de salud, sus probabilidades de mejora y quién lo hace mejor; los clínicos precisan decidir en función de la efectividad de las prácticas que van a realizar; los gestores necesitan conocer la adecuación de uso de las tecnologías y dónde deben situar los incentivos; y los políticos sanitarios deben decidir sobre la prima necesaria para resolver las necesidades de salud de los asegurados, la distribución de los recursos y las barreras de entrada a las nuevas tecnologías.

## Bibliografía

1. Benach J, Urbanos RM. Objetivo 1: Lograr equidad en salud. En: Álvarez Dardet C, Peiró S (eds.). *Informe SESPAS 2000: La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000 (Monografías EASP; 30).
2. *Informe SESPAS 1993: La salud y el sistema sanitario en España* (conclusión 22). Barcelona: SG Editores; 1993.
3. Weil O, McKee M. A framework for identifying public health priorities. In: Weil O, McKee M, Brodin M, Oberlé D (eds.). *Priorities for Public Health action in the European Union*. Paris, London: Vandoeuvre-lès-Nancy; 1999.
4. Regidor E. Sistemas de información sanitaria de base poblacional en España: Situación Actual y Propuestas (de futuro). En: VVAA. *Información Sanitaria y Nuevas Tecnologías*. Ed. Asociación de Economía de la Salud; 1998.
5. Rico A. *Health Care Systems in Transition: Spain*. European Observatory on Health Care Systems 2000.
6. Rodríguez Artalejo F, Gutiérrez-Fisac JL. El estado de salud y sus determinantes: evaluación de los objetivos 1 a 12. En: Álvarez Dardet C, Peiró S (eds.). *Informe SESPAS 2000: La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2000 (Monografías EASP; 30).
7. VVAA. Salud y Equidad. *VIII Jornadas de Economía de la Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1988.
8. *Memoria INSALUD*. Madrid: INSALUD; 1998.
9. Pellisé L, Truyol I, Blanco A, Sánchez-Prieto F. Financiación sanitaria y proceso transfe-

- rencial. En: López Casanovas G (ed.). *La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Análisis comparativo de las Comunidades Autónomas de Andalucía Cataluña y el País Vasco*. Bilbao: Fundación BBV e Institut d'Estudis Autònoms; 2000.
10. López Casanovas G. La financiación autonómica y la financiación de la Sanidad: algunas claves. En: *Coordinación e incentivos en Sanidad*. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud; 2001.
  11. Aromaa A. Health Surveillance. In: Weil O, McKee M, Brodin M, Oberlé D (eds.). *Priorities for Public Health action in the European Union*. Paris, London: Vandoeuvre-lès-Nancy; 1999.
  12. *Health Indicators: overview*. Catalogue no. 82-821-XIE. Canadian Institute for Health Information. December, 2000.
  13. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Income inequality and health: What does the literature tell us? *Annu Rev Public Health* 2000; 21: 243-67.
  14. Hurst J, Jee-Hughes M. Performance measurement and performance management. In: OECD Health Systems. *Labour Market and Social Policy*. Occasional Papers no. 47. Paris: Directorate for Education, Employment, Labour and Social Affairs. Employment, Labour and Social Affairs Committee. OECD; 2000.