

### PARTE III. RECURSOS ASISTENCIALES Y UTILIZACIÓN

# La efectividad del sistema sanitario en España

Rosa Gispert / María del Mar Torné / María Arán Barés

Servei d'Informació i Estudis. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona. España.

(The efficiency of the Health System in Spain)

## Resumen

**Objetivos:** Este trabajo pretende realizar una aproximación a la efectividad del sistema sanitario en España, mediante una lectura conjunta de las actividades, el estado de salud y el desempeño de los servicios sanitarios, en la que el tiempo y la distribución territorial marcan los patrones de referencia.

**Material y método:** Se utilizan los datos más recientes y series históricas de indicadores básicos de mortalidad general (MG) y prematura, de actividad hospitalaria y de mortalidad evitable (ME), según la agrupación territorial de comunidades autónomas, obtenidos de la estadística de mortalidad y la estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado del Instituto Nacional de Estadística.

**Resultados:** Todos los indicadores ponen de manifiesto que en el período estudiado la situación ha mejorado, en todo el territorio, aunque su distribución no ha sido homogénea y no siempre las regiones que más mejoran son las que partían de peor situación. De los resultados se desprende la idea general que los servicios sanitarios (a diferencia de las políticas de salud pública) están respondiendo favorablemente a los nuevos retos sobre la salud de la población (en términos de mortalidad).

**Conclusiones:** Los datos disponibles, así como los indicadores y los métodos utilizados no sirven más que para justificar esa idea general sobre la efectividad del sistema sanitario. Se debería evaluar en qué medida se siguen utilizando tratamientos ineficaces, así como el uso ineficiente de tratamientos eficaces, para lo cual es necesaria otra información y otra metodología, centrada en casos concretos o grupos de patologías.

**Palabras clave:** Calidad de servicios de salud. Indicadores de salud. Mortalidad.

## Abstract

**Objective:** This article is an approach to assess the effectiveness of the health system in Spain using information from health care activities, the health status of the populations and the performance of health services, taken as a whole, and the standard patterns defined by geographical distribution and time trends.

**Material and method:** The most recent available data and historical series of basic indicators of general and premature mortality, hospital performance and avoidable mortality are used. Data has been aggregated by autonomous region and comes from official mortality and hospital statistics.

**Results:** All the indicators show the improvement experienced in all of the regions during the period analyzed. This evolution however, has not been homogeneous and the regions with the highest improvement are not always those which were in the worst situation at the base line. The results indicate the general idea that health services are responding well to the threats against the population's health, while this cannot be said with respect to public health policies.

**Conclusions:** The available data, as well as the indicators and the methods used are only useful to express a general idea about the health services effectiveness. It is necessary to evaluate to what extent non-efficacy treatments are still being used and effective treatments are being used inefficiently. To do that, different data and methodology, centred in specific cases or groups of diseases, is needed.

**Key words:** Quality of health care. Health status indicators. Mortality.

## Introducción

La tarea de los servicios sanitarios es, para cualquiera, salvar vidas, curar enfermedades, evitar discapacidades y aliviar el sufrimiento de la población. En términos económicos es producir salud<sup>1-2</sup>, esto es: obtener una buena relación entre los

esfuerzos invertidos (*input*) en la actividad sanitaria y los resultados de esta actividad (*output*), entendiendo por actividad sanitaria la del sistema (curativa, preventiva y restauradora), y por estado de salud aquel concepto tan difícil de medir que se aproxima, a falta de otros, por indicadores de mortalidad. Este proceso se desarrolla en un contexto sometido a un conjunto de fuerzas (normalmente de fuera del sector sanitario) que afectan a las intervenciones y las políticas sanitarias y que integra desde valores sociales, creencias y expectativas en el sistema, hasta la realidad macroeconómica y la presión demográfica y social. Estos factores constituirían los determinantes que competirían con el sistema sanitario en la consecución (producción) del re-

*Correspondencia:* Rosa Gispert.  
Servei d'Informació i Estudis. Departament de Salut.  
Pavelló Ave Maria. Travessera de les Corts, 131-159.  
08028 Barcelona. España.  
Correo electrónico: [rosa.gispert@gencat.net](mailto:rosa.gispert@gencat.net)

### PARTE III. RECURSOS ASISTENCIALES Y UTILIZACIÓN

sultado salud y por los que, de alguna manera, habría que ajustar en el análisis de la efectividad del sistema sanitario<sup>3</sup>.

Han surgido a lo largo de los años diversos proyectos con un empeño común: acercarse a la realidad de los servicios de salud y establecer en qué medida los distintos países o, mejor dicho, sus sistemas sanitarios se acercan al objetivo de mejorar la salud de los individuos de manera efectiva, eficiente y equitativa. Como ejemplos más significativos estarían los sucesivos proyectos de Salud Para Todos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), los movimientos en torno a la reforma de los sistemas de salud<sup>3</sup>, el proyecto de inversiones en salud del Banco Mundial<sup>4</sup> y los más recientes informes de la OMS<sup>5</sup> y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)<sup>6</sup> sobre el desempeño de los servicios sanitarios.

Las razones aducidas para justificar la necesidad de evaluar la efectividad y el desempeño de los servicios sanitarios son de índole diversa. Económicas, porque debido a la elevada factura sanitaria es necesario racionalizar e invertir sólo en las medidas que sean realmente efectivas<sup>1,7</sup>; de responsabilidad social, apelando a la necesidad de transparencia y rendimiento de cuentas a la sociedad<sup>8</sup>; de organización o gestión sanitaria, porque es el único modo de entender qué es lo que estamos haciendo bien y descubrir oportunidades de mejora<sup>3</sup> y, finalmente, clínicas, puesto que el profesional asistencial ha de conocer el resultado de su labor para poder elegir lo que realmente es mejor para sus pacientes<sup>8</sup>. Todas estas justificaciones son válidas también para España, pero además, desde las transferencias de la gestión de los servicios sanitarios a los gobiernos autonómicos, éstos tienen responsabilidad sobre los servicios y sobre la situación de salud de su población, de manera que el uso eficiente de los recursos es también una cuestión de justicia y equidad entre los ciudadanos españoles.

Este trabajo pretende ser una aproximación generalista al conocimiento de la efectividad del sistema sanitario en España, haciendo una lectura conjunta de las actividades, los resultados (estado de salud) y el desempeño de los servicios sanitarios con los indicadores disponibles, en la que el tiempo y la distribución territorial marcan los patrones de referencia.

---

#### Material y método

Se utilizan los datos más recientes y series históricas de indicadores sanitarios según la agrupación territorial en comunidades autónomas (CC.AA.), obtenidos de las estadísticas disponibles. Las fuentes principales son: la estadística de causas de muerte<sup>9</sup>, la estadística de establecimientos sanitarios con régi-

men de internado<sup>9</sup>, los datos de población<sup>9</sup> y algunos indicadores previamente elaborados con distintas fuentes<sup>9-11</sup>. Se ha tratado de utilizar los mismos años de calendario para todos, aunque no siempre han estado disponibles, y se han mantenido las definiciones, unidades de medida y métodos de cálculo de las fuentes de información originales.

Se utilizan tres grandes bloques de información: actividad y productividad sanitaria (representada por indicadores hospitalarios de atención de agudos), indicadores de salud (representados por tasas de mortalidad general [MG], mortalidad prematura a partir de años potenciales de vida perdidos y esperanza de vida al nacer) e indicadores de desempeño de los servicios (indicadores de mortalidad evitable [ME], a partir de una lista actualizada de causas consideradas evitables, basada en un proceso de consenso<sup>12</sup>). Este indicador distingue las causas de ME a partir de intervenciones de los servicios de asistencia sanitaria (p. ej., tuberculosis, enfermedad cerebrovascular, hipertensión, asma...) y de intervenciones de políticas sanitarias intersectoriales (p. ej., cáncer de pulmón, sida, accidentes vehículos de motor, enfermedad alcohólica del hígado...). Se ha calculado la evolución de las tasas estandarizadas para el conjunto del país y el cambio de las tasas estandarizadas entre dos períodos extremos para cada una de las CC.AA.

---

#### Resultados

Los indicadores de salud (mortalidad) se presentan en la tabla 1 y ponen de manifiesto que en el período estudiado la situación ha mejorado, en general, en todo el territorio, aunque su distribución no ha sido homogénea. En España la MG y la mortalidad prematura se han reducido entorno al 10% y en proporción superior en diversas CC.AA., de manera independiente de su nivel de mortalidad de partida; sin embargo, no en todas las CC.AA. disminuye el número medio de años perdidos por persona. La esperanza de vida también mejora en todo el territorio, aunque lógicamente el aumento relativo es mucho más pequeño. Las CC.AA. con las mejores posiciones son: Madrid, Castilla-León y Navarra, que mantienen esta situación ventajosa desde hace ya varios años.

En las figuras 1 y 2 puede observarse la tendencia seguida por estos indicadores en el pasado. El cambio más importante se produjo entre mediados de los años setenta y de los ochenta, con una drástica reducción de la mortalidad prematura del orden del 34% para el conjunto español, frente al 12% del segundo período. Esto se refleja también en la EV que aumenta un 4,3% entre 1975 y 1985, mientras que sólo el 1,2% en los 10 años posteriores. Los resultados más im-

**Tabla 1. Indicadores de salud. España y comunidades autónomas 1998 y 2002. Variación 1995-1998 y 1999-2002**

Comunidades Autónomas	EV 1998	Tasa* mortalidad 2002	Tasa* APVP <sub>1-69</sub> 2002	Media APVP <sub>1-69</sub> 2002	Variación %			
					EV 1995-1998	Tasa* mortalidad 1999-2002	Tasa* APVP <sub>1-69</sub> 1999-2002	Media APVP <sub>1-69</sub> 1999-2002
Andalucía	77,46	9,49	37,99	14,67	0,49	-10,98	-7,52	2,09
Aragón	79,33	7,89	33,12	13,9	0,57	-12,14	-13,75	1,24
Asturias	78,01	8,55	36,44	13,64	1,06	-14,33	-16,06	1,19
Baleares	77,92	8,45	35,28	15,4	1,1	-17,32	-20,93	-1,91
Canarias	77,63	8,82	38,79	15,43	0,26	-10,73	-13,36	0
Cantabria	79,16	8,02	34,97	14,35	1,24	-11,09	-15,24	-3,11
Castilla y León	80,21	7,34	34,45	13,97	0,61	-7,67	-4,41	4,33
Castilla-La Mancha	79,5	8,08	32,21	14,69	0,8	-10,82	-5,18	6,22
Cataluña	79,08	8,2	34,78	14,6	0,75	-10,28	-12,26	-0,41
Comunidad Valenciana	78,02	9,04	38,75	15,07	0,66	-12,91	-6,6	4,65
Extremadura	78,67	8,72	35,77	13,33	0,85	-7,82	-5,42	2,7
Galicia	78,86	7,88	39,21	14,4	1,3	-12,05	-8,9	-1,44
Madrid	80,28	7,57	31,65	15,44	1,39	-5,26	-7,02	4,04
Murcia	77,65	9,03	36,27	15,76	-0,06	-18,13	-8,13	6,49
Navarra	79,92	7,47	33,78	14,86	0,81	-10,32	-3,76	-1,39
País Vasco	79,03	7,98	34,97	14,1	1,23	-10,84	-6,97	-2,49
La Rioja	79,1	7,69	32,7	13,89	0,73	-15,4	-13,74	-5,32
Ceuta y Melilla	-	10,28	39,33	16,16	0,49	16,55	-13,83	-2,71
Total España	78,71	8,39	35,72	14,69	0,87	-10,46	-8,97	1,73

EV: esperanza de vida al nacer; APVP<sub>1-69</sub>: años potenciales de vida perdidos entre las edades 1-69 años.

\*Tasa estandarizada por 1.000 habitantes, población estándar: española de 1999.

Fuente: INE/Inebase/Salud/Defunciones según causa de muerte y también INE/Inebase/Demografía/Análisis y estudios demográficos/Indicadores demográficos básicos. (elaboración propia).

portantes observados en esta «tendencia secular» se refieren a los cambios en la situación relativa de las CC.AA. derivada de la mejor evolución de algunas de ellas. Cataluña, Aragón y posteriormente Baleares descienden bastantes posiciones, mientras que Castilla-La Mancha, Navarra y La Rioja mejoran considerablemente y, finalmente, otras como Madrid y Castilla-León se mantienen en posiciones avanzadas durante la mayor parte del período.

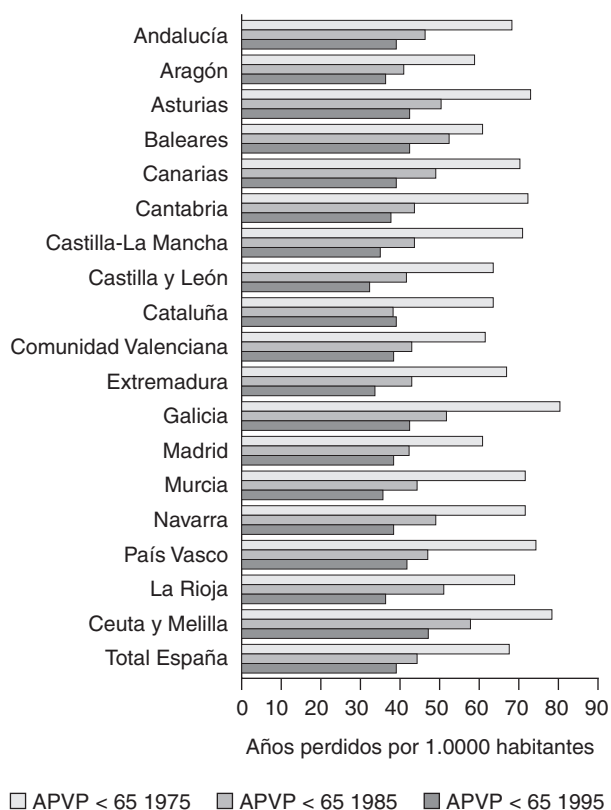
Según los datos más recientes, el perfil de la oferta y la actividad de los hospitales de agudos es bastante diverso entre CC.AA. (tabla 2). En relación con los datos de rendimiento mostrados hay que tener en cuenta que, en buena medida, los indicadores son dependientes entre sí (estancia media y ocupación, ocupación y oferta de camas, etc.) y que en el conjunto español (que podría considerarse como estándar), algunas comunidades tienen un peso superior a otras, lo que puede condicionar su distancia respecto de este estándar. Entre los 6 años estudiados todas las CC.AA. han mejorado sus indicadores de actividad y rendimiento, aunque en distinto grado. En Cantabria y Navarra por disminución de la oferta y la actividad, pero en la mayor parte por reducción de la oferta y aumento de la actividad. En algunos casos la mejora se asocia a unos índices excesivamente negativos de par-

tida, como Asturias, Galicia o Extremadura, y en otros la situación basal ya era mejor al conjunto como Baleares, Cataluña y País Vasco. No se han encontrado series históricas con datos de oferta y actividad de hospitales de agudos por comunidades autónomas publicadas.

La tabla 3 y la figura 3 muestran la mortalidad por causas consideradas evitables, que se ha reducido en un 23% entre los años 1986 y 2001, en una proporción superior que la MG (20%). La evolución es distinta para los dos grupos de causas, el grupo ISAS se ha reducido más que la MG (el 26% entre períodos) mientras que en las IPSI la mortalidad aumentó hasta 1996 y posteriormente han iniciado un descenso (el 5% entre períodos). Se observan diferencias amplias entre CC.AA., aunque la variabilidad ha disminuido un poco entre los dos períodos para los dos grupos de causas (tabla 3 y figs. 4 y 5). La mortalidad por causas ISAS ha disminuido significativamente en todas las CC.AA., destacando Baleares y Extremadura entre las que tenían valores altos de partida, y Cataluña y La Rioja que partían de niveles bajos. En cambio la mortalidad IPSI aumenta en Aragón, Castilla-León, Murcia, y Ceuta y Melilla (aunque no significativamente), no cambia en La Rioja y Extremadura y se reduce significativamente en el resto.

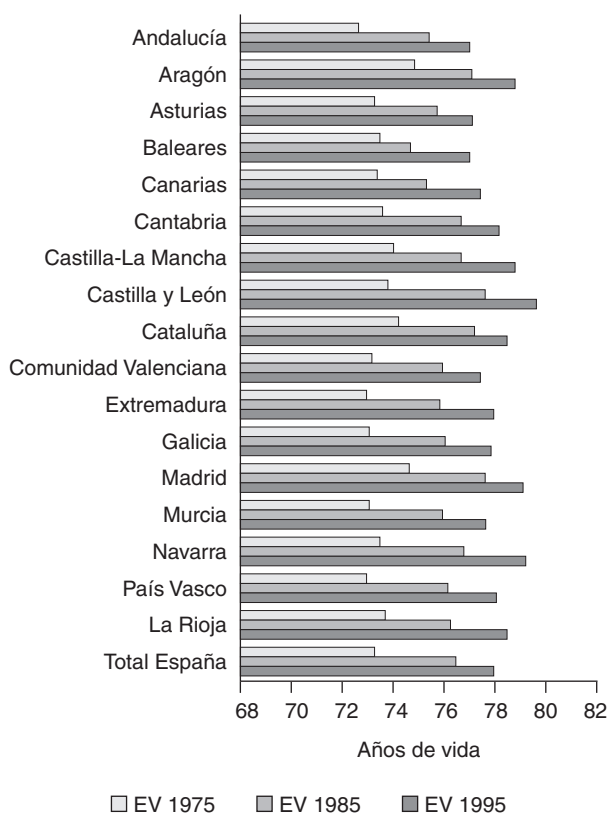
PARTE III. RECURSOS ASISTENCIALES Y UTILIZACIÓN

**Figura 1. Años potenciales de vida perdidos (APVP)\* antes de los 65 años, España y Comunidades Autónomas. Años 1975, 1985 y 1995.**



\*Tasa estandarizada. Población estándar: población española de 1970.  
Fuente: elaboración propia partir de Regidor<sup>10,11</sup>.

**Figura 2. Esperanza de vida al nacer (EV). España y Comunidades Autónomas. Años 1975, 1985 y 1995.**



Fuente: elaboración propia a partir de INE<sup>9</sup>.

**Discusión**

*Resultados*

Los indicadores mostrados ponen de manifiesto que tanto la frecuencia de las actividades hospitalarias como la productividad ha aumentado en todo el territorio, en el período más reciente, pero persisten diferencias importantes entre CC.AA. en ambos aspectos. Aunque este análisis es bastante grosero, en la medida en que no tiene en cuenta el envejecimiento de la población ni el case mix atendido en las diferentes comunidades, pone sobre la pista de importantes diferencias en la práctica asistencial entre CC.AA., como estudios recientes han mostrado con más detalle<sup>13</sup>, y que deberían tenerse en cuenta en futuros análisis sobre la efectividad del sistema sanitario. Resultados parecidos se observan con los indicadores de ME. El desempeño de los servicios ha mejorado aunque no siempre quien más mejora es quien parte de peor situación, poniendo de manifiesto

que se mantiene la posibilidad de superación. En relación con la salud, destaca que ha habido un cambio importante en la ordenación de las CC.AA. de forma que algunas han pasado de posiciones avanzadas a posiciones intermedias o bajas y viceversa. Esta modificación se ha atribuido al efecto de la epidemia de sida y los accidentes de tráfico sobre la mortalidad, que en el decenio 1980-1990 supuso un estancamiento de la esperanza de vida de algunos lugares, como Cataluña y Baleares<sup>14</sup>. No obstante, la evolución favorable de otras, como Madrid, afectada también por la epidemia, sugiere que pueda haber otros factores involucrados.

Como era de esperar, desde la óptica tradicional del estudio de la efectividad de los servicios sanitarios, no se observa una correlación entre la actividad del sistema hospitalario y los indicadores de mortalidad. Los cambios observados parecen responder más a una tendencia histórica que a modificaciones recientes. Según aquella aproximación, el papel mítico de la medicina en la mejora de la salud ha sido contestado por diversos análisis en los que este protagonismo era de-

## Gispert R et al. La efectividad del sistema sanitario en España

**Tabla 2. Indicadores de hospitales de agudos. España y Comunidades Autónomas 2001 y variación 1996-2001**

Comunidades Autónomas	Camas por 1.000 habitantes	Estancia media (días)	Índice de ocupación %	Altas por 100 habitantes	Variación% 1996-2001			
					Camas por 1.000 habitantes	Estancia media	Índice de ocupación	Altas por 100 habitantes
Andalucía	2,55	6,77	75,25	10,34	-4,01	-8,13	1,58	6,13
Aragón	3,13	6,98	76,28	12,49	-3,71	-6,78	2,51	5,89
Asturias	3,2	8,11	78,8	11,34	-5,13	-12,6	-1,07	7,39
Baleares	3,23	5,66	73,73	15,33	-8,14	-13,15	-3,69	1,86
Canarias	3,07	8,45	78,66	10,44	-8,14	-12,9	-3,74	1,52
Cantabria	2,57	7,98	84,37	9,9	-17,29	-5,57	7,86	-5,53
Castilla y León	3,17	7,22	72,69	11,66	3,5	-12,07	-5,9	10,76
Castilla-La Mancha	2,36	6,87	74,88	9,37	-5,64	-13,03	-4,35	3,78
Cataluña	2,72	5,95	78,9	13,18	-10,88	-13,68	-0,51	2,72
Comunidad Valenciana	2,41	5,95	76,64	11,33	-7,36	-14,91	1,64	10,66
Extremadura	2,65	6,21	68,37	10,65	-4,07	-22,09	-11,13	9,43
Galicia	3,08	8,11	76,86	10,65	-7,57	-11,04	-1,5	2,33
Madrid	2,72	6,98	80,22	11,41	-14,52	-10,37	4,62	-0,21
Murcia	2,53	6,29	74,25	10,91	-13,29	-16,68	-1,29	2,73
Navarra	3,43	6,95	73,18	13,2	-9,86	-9,29	-2,33	-2,94
País Vasco	2,78	5,93	75,52	12,93	-7,91	-14,16	2,09	9,53
La Rioja	2,5	7,08	77,36	9,99	-5,91	-10,23	1,85	6,75
Ceuta y Melilla	2,78	5,89	61,03	10,49	-20,29	-15,65	-10,51	-15,44
Total España	2,75	6,7	76,63	11,47	-7,8	-12,11	-0,2	4,7

Fuente: INE/Inebase/Salud/Establecimientos sanitarios con régimen de internado. Diversos años; (elaboración propia).

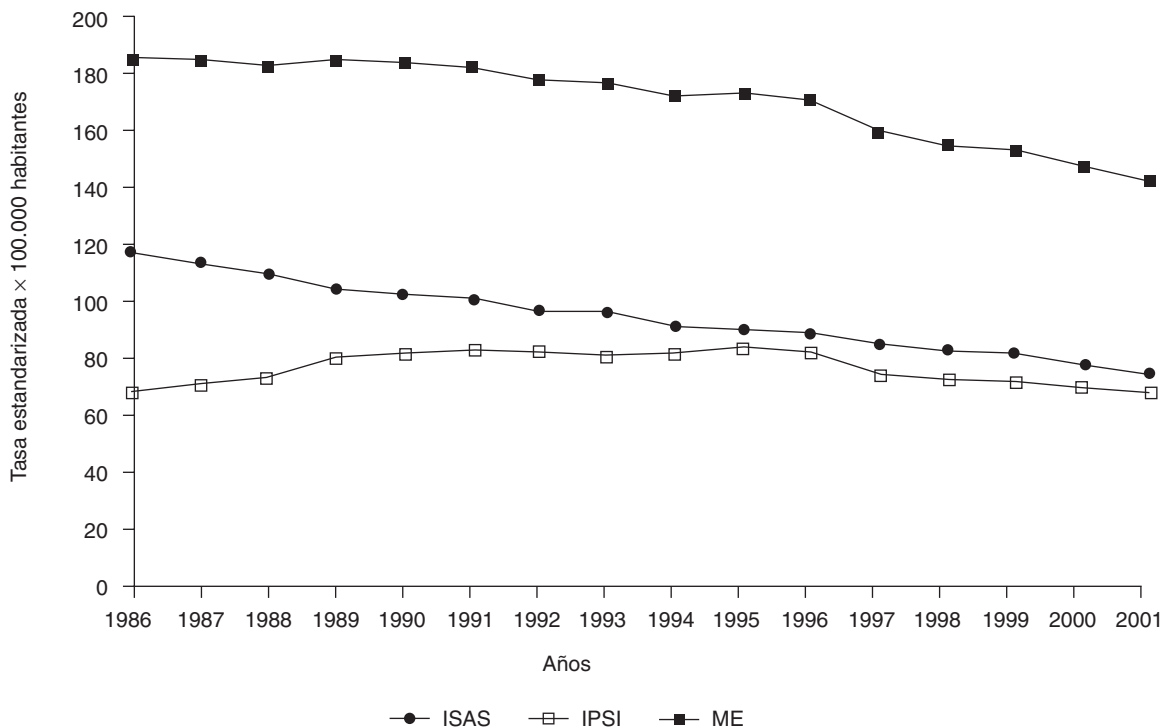
**Tabla 3. Mortalidad evitable por causas susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (ISAS) y por políticas sanitarias intersectoriales (IPSI). España y Comunidades Autónomas, 1986-1990 y 1997-2001**

Comunidades Autónomas	Causas ISAS			Causas IPSI		
	Tasa est.* 1986-1990	Tasa est.* 1997-2001	Variación (%)	Tasa est.* 1986-1990	Tasa est.* 1997-2001	Variación (%)
Andalucía	127,986	98,076	-23,37	74,269	73,07	-1,614
Aragón	103,175	75,289	-27,027	65,49	66,849	2,075
Asturias	110,651	82,44	-25,496	93,315	81,986	-12,141
Baleares	133,519	82,751	-38,023	87,568	77,734	-11,23
Canarias	134,654	109,846	-18,424	80,323	71,524	-10,954
Cantabria	102,47	65,738	-35,847	76,928	69,502	-9,653
Castilla y León	87,798	65,767	-25,093	66,664	66,929	0,397
Castilla-La Mancha	103,72	74,064	-28,593	63,015	59,055	-6,284
Cataluña	102,669	71,561	-30,299	80,596	75,024	-6,913
Comunidad Valenciana	126,81	92,269	-27,238	75,935	72,618	-4,368
Extremadura	125,573	87,723	-30,142	70,944	70,473	-0,665
Galicia	103,111	74,953	-27,309	84,819	79,457	-6,322
Comunidad de Madrid	89,371	65,086	-27,174	62,562	57,777	-7,648
Murcia	121,345	90,094	-25,754	72,889	72,953	0,087
Navarra	89,752	65,729	-26,766	73,325	67,984	-7,283
País Vasco	92,371	70,385	-23,802	73,073	69,616	-4,731
La Rioja	99,927	65,501	-34,452	76,229	73,188	-3,99
Ceuta y Melilla	154,47	113,237	-26,693	81,472	76,887	-5,627
Total España	108,701	79,899	-26,497	74,13	70,415	-5,011

\*Tasas estandarizadas por 100.000 habitantes. Población estándar española, 1991.

PARTE III. RECURSOS ASISTENCIALES Y UTILIZACIÓN

**Figura 3. Mortalidad evitable (ME), por causas susceptibles de intervención por los servicios de asistencia sanitaria (ISAS) y por políticas sanitarias intersectoriales (IPSI). España, 1986-2001.**



**Figura 4. Tasas estandarizadas de mortalidad por causas ISAS. España, períodos 1986-1990 y 1997-2001.**

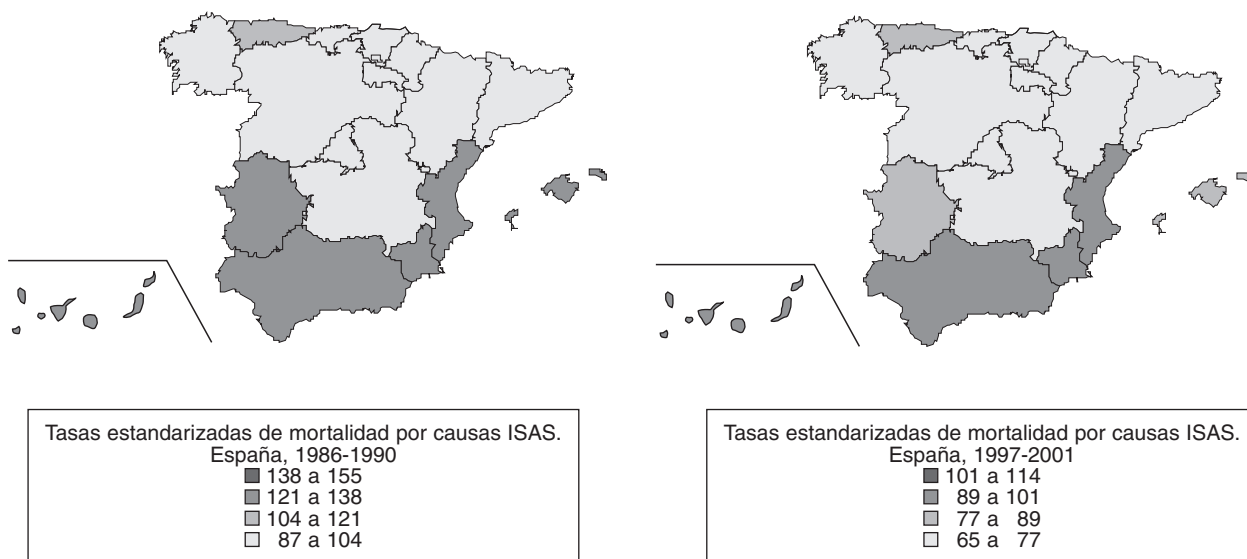
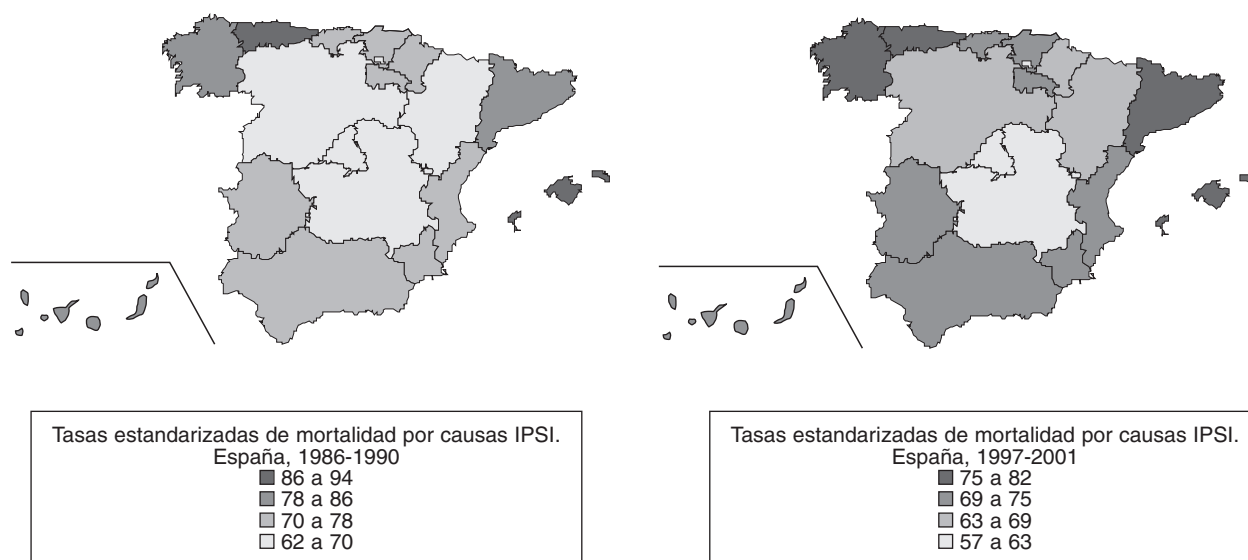


Figura 5. Tasas estandarizadas de mortalidad por causas IPSI. España, períodos 1986-1990 y 1997-2001.



sempeñado por factores ajenos al sistema sanitario (mejoras socioeconómicas, educativas, etc.)<sup>7</sup>. No obstante, cabe recordar que muchos de estos trabajos se sitúan en una época en la que el arsenal terapéutico era muy escaso, el patrón epidemiológico de la morbilidad en fase de transición y la accesibilidad a la medicina moderna limitado, incluso en muchos países occidentales, de forma que hoy habría que revisar aquellas conclusiones.

La interpretación de los datos mostrados debe tener en cuenta el contexto en el que se han situado los servicios sanitarios en los últimos años. Desde la década 1970-1980, en la que se sitúa la eclosión de la medicina moderna<sup>7</sup>, se identifican diversos factores con potencial incidencia negativa sobre la salud. En primer lugar el envejecimiento y, como consecuencia, una mayor morbilidad en términos relativos y absolutos, lo que a su vez comporta una mayor carga sobre los servicios asistenciales<sup>15</sup>. En segundo lugar, el incremento sustancial de la incidencia de enfermedades con una fuerte carga mórbida y letal, independiente del envejecimiento y especialmente en edades jóvenes, como determinados cánceres y el sida<sup>11,16</sup>. En tercer lugar, las consecuencias derivadas de las características del modo de vida actual con un importante grado de accidentalidad (laboral y viaria), estrés, violencia y estilos de vida poco saludables, que acarrearán consecuencias importantes sobre la salud<sup>17</sup>. Todos estos datos apuntan que la morbilidad padecida por la población en su conjunto estaría aumentando de forma sustancial en los últimos decenios, aunque habría que disponer de datos de incidencia de las principales afecciones y factores de

riesgo, en el ámbito territorial, para evaluarlo con mayor precisión.

A pesar de ello, los indicadores de mortalidad muestran una mejoría, que aunque más moderada en los últimos años, se viene manteniendo de forma sostenida. Diversos elementos de esta evolución permiten atribuir la mejora, al menos parte, a las intervenciones sanitarias. A pesar del envejecimiento, se mantiene la reducción en la tasa de mortalidad prematura estandarizada por edad y en la media de APVP por las principales causas. Esto significa que un mayor número de personas muere a edades más avanzadas, para el conjunto de causas de muerte y que las personas que fallecen a causa de afecciones con mayor mortalidad prematura, aumentan la supervivencia. La evolución de la epidemia de sida, con una reducción drástica de la mortalidad a partir de 1996 (aunque, lamentablemente, parece que la infección tiende a aumentar), es también ilustrativa<sup>18</sup>. Estudios sobre el efecto de la edad y las causas de defunción en la esperanza de vida apoyan también esta hipótesis<sup>19</sup>. Entre mediados de los años ochenta y los noventa, la mortalidad por sida ocasionó una reducción importante en la esperanza de vida de la población, no sólo por efecto directo de la mortalidad en jóvenes, sino como consecuencia del efecto indirecto de la reducción del potencial de supervivencia de la cohorte. Este efecto se compensó por una ganancia superior en años de vida, debido a la reducción de la mortalidad por cáncer de mama y otros tumores, así como de enfermedades isquémicas y cerebrovasculares, fundamentalmente en las edades medias y elevadas de la vida<sup>19</sup>. Estas afecciones, en

## PARTE III. RECURSOS ASISTENCIALES Y UTILIZACIÓN

las que la eficacia de los avances terapéuticos se ha demostrado con ensayos clínicos controlados, constituyen una parte muy importante de la morbilidad padecida por la población, así como de las actividades del sistema sanitario. Estas consideraciones son, además, consistentes con las conclusiones de la evaluación de los planes de salud, que muestran una mejora sustancial en los objetivos en que es fundamental la intervención médica y el fracaso relativo de los objetivos que dependen de las políticas de salud pública<sup>20</sup>, fracaso que empieza a ser reconocido fuera y dentro de nuestras fronteras<sup>21</sup>.

*Método*

A pesar de que estos y otros indicios ilustran sobre la posibilidad de que los servicios asistenciales tengan un efecto positivo en la salud (o al menos en la supervivencia), la respuesta acerca de la efectividad del sistema, en los términos que Cochrane creía convenientes, no es factible. El paradigma de análisis de la efectividad de las intervenciones médicas corresponde a los ensayos clínicos. En el contexto poblacional, los indicadores que permiten medir la actividad sanitaria y los resultados en términos de salud no están directamente relacionados entre sí y esta relación no es unívoca, sino que múltiples factores influyen tanto en la actividad sanitaria como en el estado de salud. Además, no se dispone de información de una parte de las intervenciones sanitarias que también tienen efecto en el estado de salud (atención primaria, farmacia, actividades de prevención, etc.); por este motivo, la mayoría de las aproximaciones a la evaluación de la efectividad (o el desempeño) de los servicios sanitarios parten de planteamientos ecológicos<sup>5,22,23</sup>. A pesar de que los autores han diseñado ingeniosos esquemas conceptuales, los resultados han tenido considerable impacto mediático y se han elaborado sofisticados indicadores de salud, la dificultad sigue siendo relacionar la actividad y las características del sistema sanitario con los resultados en términos de salud<sup>24</sup>.

De los indicadores presentados en este capítulo sólo los de ME relacionan actividad y resultado de una forma conceptual y sugieren que la intervención de los servicios sanitarios (y no las políticas de salud pública) podría estar produciendo resultados favorables. Destaca la consistencia con las aportaciones de otros estudios (que utilizan agrupaciones de causas similares), tanto del patrón geográfico como la evolución temporal, y la contribución importante en el crecimiento de la EV<sup>25</sup>. Además, el patrón difiere entre países con distinto desarrollo del sistema sanitario, mostrando que la ME se ha reducido más en los más avanzados<sup>26</sup>. Aunque no se ha estimado cuál es la «fracción de riesgo» atribuible a las intervenciones susceptibles de reducir la mortalidad,

de cada uno de los grandes grupos (ISAS o IPSI) y, por tanto, cuál es el efecto esperable de cada una de ellas sobre la EV, la mejora de la mortalidad por causas susceptibles de intervención médica (ISAS) muestra una mayor consistencia entre países, mientras que la que depende de políticas intersectoriales es mucho más variable<sup>26</sup>. Esto sugiere que, probablemente, el efecto esperado no sea el mismo y que la teoría clásica sobre la mayor efectividad de las medidas no sanitarias puede no ser cierta para afrontar los problemas de salud actuales.

Otro indicador, el Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), basado en el concepto de «hospitalizaciones evitables» se ha propuesto para monitorizar la asistencia prestada en la atención primaria de salud<sup>27</sup>. Los estudios realizados en España muestran una importante variabilidad entre áreas pequeñas que, en parte, se explica por características de los pacientes y la complejidad del hospital<sup>28,29</sup>. Puesto que la hospitalización evitable representa el 15% de la actividad hospitalaria<sup>29</sup>, sería necesario profundizar en el estudio de aquellos factores que causan esta variación y analizar su distribución entre CC.AA.

Los riesgos y amenazas a la salud de la población conforman un patrón dinámico, en continuo cambio, y nadie puede dudar hoy de que, de forma más o menos efectiva, los servicios sanitarios han respondido regularmente a los nuevos retos<sup>3</sup>. El problema es que los indicadores y los métodos utilizados hasta ahora para medir esta intervención no sirven más que para justificar esta idea general. En cambio, de lo que se trataría es, como decía Cochrane, de limitar en lo posible la «inflación médica» de forma que se reduzca el uso ineficiente de tratamientos eficaces y desaparezca el uso de tratamientos ineficaces si aún existe (Cochrane usa eficaz por efectivo)<sup>1</sup>. Para ello se necesita otra información y otra metodología. Tal como sugieren Ortún et al<sup>7</sup>, citando ejemplos de Cutler, el estudio de la efectividad de la atención médica no debería asumirse con carácter general, sino analizar casos concretos, por ejemplo grupos de afecciones, aunque esta aproximación tampoco está exenta de dificultades, tanto en la medición de los costos como en el ajuste por factores extrasanitarios<sup>30</sup>. Sería necesario disponer de datos de incidencia, mortalidad y letalidad (hospitalaria), así como de supervivencia y de actividad de las intervenciones sanitarias correspondientes, para un territorio y un período suficientemente largo que permitiera capturar el efecto de la intervención. Aquellas enfermedades que presentan una mayor frecuencia o que generan una gran parte de la actividad asistencial tendrían que ser priorizadas. Puesto que esta información es costosa o difícil de obtener, los procesos estudiados deberían seguir un efecto en cascada, evaluando el impacto de estos resultados más específicos sobre los indicadores poblacionales de uso más general, para poder realizar el seguimiento en todo el territorio y du-

rante un tiempo. Desafortunadamente, la situación de los sistemas de información sanitaria en España no permite esta aproximación, ni tan sólo disponer de series históricas consistentes para analizar los indicadores básicos de actividad hospitalaria y sus resultados, como se ha puesto de manifiesto en otras ocasiones<sup>14</sup> y reiteran los datos no obtenidos para realizar este capítulo. Experiencias recientes o en desarrollo, como los planes estratégicos por afecciones o las redes de investigación con la finalidad, no sólo de generar «conocimiento», sino de contribuir a la mejora del SNS<sup>31</sup>, podrían ser un contexto adecuado para la puesta en marcha de esta metodología.

## Conclusión

Los indicadores disponibles sostienen la idea de que la actividad de los servicios asistenciales (o al menos una parte) tiene un efecto favorable en la salud de la población. No está tan claro que ocurra lo mismo con las medidas de salud pública o las políticas intersectoriales, contrariamente a lo que clásicamente se postulaba. La metodología usada y la información disponible no permiten ir más allá. El análisis por afecciones concretas se ha planteado como alternativa, para lo cual se necesitará información más específica. Estas medidas de la efectividad deberían relacionarse además con indicadores de uso general, para poder hacer un seguimiento temporal en todo el territorio. La situación actual de los sistemas de información no permite esta aproximación, ni siquiera la obtención de series de datos consistentes sobre aspectos relacionados de la salud, los factores de riesgo y la actividad de los servicios, por CC.AA., en lo que debería conformar una especie de «cuadro de mando» básico del Sistema Nacional de Salud.

## Agradecimientos

El presente trabajo ha contado con la financiación del ISC III (Red de Centros C03/09).

## Bibliografía

1. Cochrane AL. Efectividad y eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios. Barcelona: edición conjunta Centro Cochrane Iberoamericano y Fundación Salud, Innovación y Sociedad; 2000.
2. Ortún V. La economía en Sanidad y Medicina: instrumentos y limitaciones. Barcelona: La Llar del Llibre; 1991.
3. Saltman R, Figueras J. European Health Care Reform. Analysis of current strategies. WHO Regional Publications, European Series, n.º 72. Copenhagen: Regional Office for Europe; 1997.
4. World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. Oxford, England: Oxford University Press; 1993.
5. The world health report 2000. Health systems: improving performance. [Accedido 15 Feb 2005]. Disponible en: [www.who.int/whr/2000/en/index.html](http://www.who.int/whr/2000/en/index.html)
6. Hurst J. Performance Measurement and improvement in OECD Health Systems: Overview of issues and challenges. En: Smith P, editor. Measuring Up. Improving health system performance in OECD countries. Paris: OECD Publications Service; 2002.
7. Ortún V, Meneu R, Peiró S. El impacto de los servicios sanitarios sobre la salud. En: Puig J, López G, Ortún V, editores. ¿Más recursos para la salud? Barcelona: Masson; 2004.
8. Taylor D, Iron K, Handa K. Measuring health system performance: problems and opportunities in the era of assessment and accountability. En: Smith P, editor. Measuring Up. Improving health system performance in OECD countries. Paris: OECD Publications Service; 2002.
9. Defunciones según la causa de muerte. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/index.html>
10. Regidor E, Rodríguez C, Gutiérrez-Fisac JL. Indicadores de Salud. Tercera evaluación en España del programa regional europeo Salud Para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995.
11. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL. Indicadores de Salud. Cuarta evaluación en España del programa regional europeo Salud Para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
12. Gispert R, Barés MA, Puigdefàbregas A y Grupo Consenso sobre la mortalidad evitables. La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. Gac Sanit. 2006 [En prensa].
13. Bernal E, Martínez N, Librero J, Sotoca R, por el grupo VPM-IRYSS. Necesidad u oferta. ¿Qué hay detrás de las variaciones geográficas de la práctica médica? Atlas de Variaciones en la Práctica Médica. 2005;1:5-10.
14. Abad JM, Carreter C. Indicadores sanitarios por comunidades autónomas. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, editores. Invertir para la salud, prioridades en salud pública. Informe SESPAS 2002. Valencia: EVES; 2002.
15. Graciani A, Banegas JR, Lopez-Garcia E, Rodriguez-Artalejo F. Prevalence of disability and associated social and health-related factors among the elderly in Spain: a population-based study. Maturitas. 2004;48:381-92.
16. González JR, Moreno V, Fernández E, Izquierdo A, Borràs JM, Gispert R, y Grupo de investigación sobre el impacto del cáncer en Cataluña. Probabilidad de desarrollar y morir por cáncer en Cataluña en el período 1998-2001. Med Clin (Barc). 2005;124:411-4.
17. Alvarez-Dardet C, Montahud C, Ruíz MT. The widening social class gap of preventive health behaviours in Spain. Eu J Public Health. 2001;11:225-6.
18. CEESCAT. Sistema integrat de vigilància epidemiològica de l'HIV/ITS a Catalunya SIVES 2004. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2005.
19. Servei d'informació i estudis. Impacte sobre l'esperança de vida dels canvis en la mortalitat per edats i causes de mort. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2005. En prensa.
20. Tresserras R, Salleras L. Balance de una década. Resumen de la evaluación de los objetivos de salud y de disminución del riesgo para el año 2000 del Plan de Salud de Cataluña. Med Clin (Barc). 2003;121 Supl 1:133-42.
21. Martínez-González MA, Irala J. Medicina preventiva y fracaso clamoroso de la salud pública: llegamos mal porque llegamos tarde. Med Clin (Barc). 2005;124:656-60.

### PARTE III. RECURSOS ASISTENCIALES Y UTILIZACIÓN

22. Evans DB, Tandon A, Murray CFL, Lauer JA. Comparative efficiency of national health systems: cross national economic analysis. *BMJ*. 2001;323:307-10.
23. Nolte E, Mc Kee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ* 2003;327:1129-33.
24. McKee M. Measuring the efficiency of health systems. *BMJ*. 2001;323:295-6.
25. Nolte E, McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: The Nuffield Trust; 2004.
26. Newey C, Nolte E, McKee M, Mossiaslos E. Avoidable mortality in the enlarged European Union. In ISS Statistics 2-meeting. Improving the performance of health systems in the enlarged European Union. Brussels; 2004.
27. Caminal J, Mundet X, Ponsà JA, Sánchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por *ambulatory care sensitive conditions*: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. *Gac Sanit*. 2001;15:128-41.
28. Marquez-Calderón S, Rodríguez del Águila, Perea Milla E, Ortiz J, M Bermúdez-Tamayo C. Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. *Gac Sanit*. 2003;17:360-7.
29. Alfonso Sánchez JL, Sentís Vilalta J, Blasco Perepérez S, Martínez Martínez I. Características de la hospitalización evitable en España. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:653-8.
30. Jacobzone S, Moise P, Moon L. Opening the black box: what can be learned from a disease-based approach? En: Smith P, editor. *Measuring Up. Improving health system performance in OECD countries*. Paris: OECD Publications Service; 2002.
31. Meneu R, Bernal E por el Grupo VPM-IRYSS. Variaciones de Práctica: Una agenda para los próximos años. *Atlas de Variaciones en la Práctica Médica*. 2005;1:37-42.