

Síntesis final y recomendaciones para las políticas. Informe SESPAS 2008

Beatriz González López-Valcárcel / Ildefonso Hernández Aguado / Ricard Meneu de Guillerna / Rosa M. Urbanos Garrido / M. Luisa Vázquez Navarrete*

(Final summary and policy recommendations)

«One day somebody with power may understand that more votes might be won from continuity, real personal concern, and restored trust.»

Julian Tudor Hart

A few lessons in screening for Gordon Brown
BMJ. 2008;336:123.

El Informe SESPAS 2008 aporta una visión panorámica de las intervenciones públicas sobre la salud, adoptando una concepción amplia de la salud pública. Su objetivo, declarado desde el título, es contribuir a la mejora de la efectividad de estas intervenciones, lo que exige determinar su grado de logro actual y apuntar estrategias que permitan incrementarlo. Y esto es así tanto en las políticas básicamente sanitarias como en otras muchas que también determinan el nivel de salud que alcanza la población. Mejorar la efectividad de las políticas sanitarias y poner la salud en las agendas de departamentos no sanitarios son tareas arduas que requieren un abordaje múltiple en el cual las sociedades científicas deben desempeñar un papel relevante.

El Informe 2008 refleja la voluntad de SESPAS de intervenir en la arena pública para inducir los posibles cambios que favorezcan la salud pública, estimulando la participación social y todas las políticas que mejoren la salud y el bienestar, prescribiendo actuaciones necesarias, pero también identificando insuficiencias propias. En forma y en fondo, el Informe se impregna de esta intención. En el fondo, porque los editores hemos sugerido a cada uno de los colaboradores que sus contribuciones aporten una valoración del estado de la cuestión, pero también que tengan implicaciones directas en la acción práctica sobre

la salud pública: qué sabemos, qué queremos, qué podemos hacer. En la forma, mediante apartados específicos de cada capítulo donde los autores establecen recomendaciones de políticas o de acciones concretas para impulsar acciones hacia la salud.

Anteriores Informes SESPAS han contribuido a caracterizar el punto de partida. Aunque sea cierto que podemos encontrar un indicador para cada situación en el ordenamiento mundial que pretendamos alcanzar, desde la de liderazgo hasta la de farolillo rojo, España presenta una muy destacada posición en lo que a esperanza de vida se refiere. Si queremos ser más específicos y centrarnos únicamente en las causas de mortalidad innecesariamente prematuras y sanitariamente evitables, debemos tener en cuenta las limitaciones de este indicador, pero sin orillar que nos concede la cuarta posición mundial, sólo por detrás de Francia, Japón y Australia¹. Estas causas de mortalidad sensibles a una buena actuación del sistema sanitario incluyen infecciones bacterianas, cánceres tratables, diabetes, complicaciones de procedimientos quirúrgicos y una parte de las cardiovasculares y cerebrovasculares. La mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable no permite concluir sobre la efectividad de las políticas de salud pública, especialmente las más alejadas de los departamentos de salud, pero ayuda a establecer la referencia de partida: en un componente del bienestar tan importante como la salud, España ha alcanzado una buena situación. No obstante, son demasiadas las limitaciones de nuestro sistema que han sido analizadas en estos Informes SESPAS y que ofrecen un pronóstico sombrío. Abordamos en este informe una materia compleja y de gran alcance que hemos articulado en nueve dimensiones.

*Las referencias a los contenidos de los capítulos de este informe se hacen con el nombre del primer autor entre paréntesis.

Correspondencia: Beatriz González.
Correo electrónico: bvalcarcel@dmc.ulpgc.es

Gobernabilidad

Si algo es urgente en la salud pública actual es la necesidad de visibilidad, credibilidad y liderazgo en un contexto institucional difícil, donde la salud está muy presente en la realidad cotidiana pero con escasa articu-

lación y muy baja prioridad en la agenda política (C. Arundo). Se precisa una reorganización global de la salud pública, en plena crisis institucional, y cambios de fondo en el gobierno de la sanidad. La crisis de la salud pública como profesión se manifiesta en una disociación entre información y acción, en una «trampa de la pirámide» propiciada por una organización jerárquica vertical incapaz de afrontar redes horizontales globalizadas de enfermedad y de salud. Las tensiones derivadas de la descentralización no están resueltas y es muy probable que se recrudescan con las reiteradas tendencias centrífugas y la creciente escenificación del disenso partidista, en la que «hacer política» parece importar más que las políticas que efectivamente se hacen. Como consecuencia de ello, el Consejo Interterritorial tiene más de *ring* político que de consejo de administración del Sistema Nacional de Salud (SNS), y al Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) le falta liderazgo y capacidad institucional. Las estrategias globales a largo plazo que supongan cambiar el rumbo requieren gobernabilidad. La gestión pública ha de ser capaz de encontrar el lugar adecuado para la expresión de todos los intereses legítimos en su justa medida, refrenando los excesos de la presión de la industria, de los ciudadanos y los pacientes, de las corporaciones profesionales, que anteponen las barreras de sus conveniencias, pero también de los miopes intereses de las comunidades autónomas (CCAA) contra el interés común del conjunto de la ciudadanía, imponiendo efectos externos en costes a otras CCAA. Un buen gobierno debe ser capaz de dar a la salud el nivel de prioridad que le corresponde según los ciudadanos. Como apuntaba recientemente Julian Tudor Hart, «quizás algún día alguien con poder comprenderá que pueden conseguirse más votos con la continuidad de las políticas, la atención a las preocupaciones reales de las personas y restaurando la confianza»².

Ampliando los márgenes de las políticas

Se requieren nuevas estrategias que amplíen el marco en el que se confinan las políticas de salud. Los profesionales y sus sociedades científicas suelen hacer oír su voz en medio de debates sobre aspectos parciales, coyunturales, interesados y a menudo irrelevantes sobre un problema de salud. Pero muy raramente consiguen desplazar el foco de atención hacia el marco en el que tales cuestiones se promueven y en el que deben articularse sus respuestas integrales.

Las políticas de salud pública, y la epidemiología que las fundamenta, han de avanzar superando los límites de la sanidad, la biología y la conducta humana. Han de innovar metodológicamente con estudios de impacto en salud. Los profesionales de la salud pública

han de participar activamente, pero con más independencia del poder político, acercándose a la población sin intermediarios. Se trata de subir un escalón, hacia los determinantes sociales de la salud, porque las políticas son «causas de enfermedad», como los agentes biológicos, genéticos, químicos o conductuales. Y la epidemiología ha de incluirlas como determinantes estructurales en el estudio de las causas de los problemas de salud (C. Álvarez-Dardet). La epidemiología social ha de pasar de la academia a la acción y de la vida contemplativa a la activa. Es preciso adoptar una actitud más participativa, desarrollar más estudios de evaluación del impacto en salud y valorar el efecto en la salud de las decisiones de las instituciones que derivan del poder político.

El marketing social es un ejemplo de tecnología diseñada como parte del núcleo duro de la empresa privada, que se exporta a la gestión pública (A. Beerli). Hay herramientas del marketing social que podrían ayudar a «vender salud», cambiando conductas, y también a influir en responsables políticos forzándoles a la rendición de cuentas. Las herramientas por sí mismas no son buenas ni malas, son instrumentos, y las de marketing, aplicadas a bienes sociales, se dotan de legitimidad cuando se emplean para construir conciencia pública y cambios de comportamiento, «haciendo visible lo invisible». La campaña de Tráfico «Vive. Y deja vivir» cambió el comportamiento de casi un tercio de los conductores españoles. En la práctica, sin embargo, las campañas del marketing social sólo manejan una de las cuatro «P» del *marketing mix*, la publicidad. Las estrategias de marketing social no se improvisan, puesto que han de cambiar conductas arraigadas, requieren tiempo, estrategia y cambios cognitivos y afectivos, que son los antecedentes de la conducta. Las fuerzas que compiten para cambiar el comportamiento de los ciudadanos son poderosas. Las campañas privadas de marketing de lo antisaludable, sofisticadas y costosas, son difíciles de contrarrestar con campañas publicitarias de marketing social sobre el cambio climático, el transporte público, el tabaco, la obesidad, el alcohol o la automedicación. De ahí la necesidad de un marketing que, promoviendo una actitud crítica y exigente de la población, apunte a los responsables políticos y les haga interesante «comprar» las políticas oportunas porque, además de ser beneficiosas para el interés general, les interesen a ellos mismos.

Salud pública basada en la experiencia

Evaluar el impacto de las intervenciones sobre la salud no es emular el método de los ensayos clínicos. La evaluación de las intervenciones sociales no admite simulaciones de condiciones experimentales, la

atribución de los efectos a las acciones es siempre problemática y la tentación de la explicación contrafactual de los fracasos —«aunque no se han obtenido los resultados previstos, si no hubiésemos intervenido la situación aún habría sido peor»— es difícil de eludir. En la evaluación del impacto de los programas de salud pública, como en la vida, no sólo importan los resultados, también los procesos: el acceso a los frutos de una sociedad democrática tiene un impacto en la felicidad individual limitado, tal como se estudió en Suiza, si tal acceso no va acompañado del derecho a participar en el proceso social de decisión.

Diferentes problemas acechan, y frecuentemente lastran las evaluaciones del impacto de programas de salud pública. Entre éstos destacan, sobre todo, no evaluar, pero también iniciar tardíamente la evaluación, evaluar el impacto sin evaluar los procesos, usar metodología inapropiada, no involucrar a los gestores, ignorar el contexto y obviar las desigualdades (C.G. Victora).

El Informe revisa diversas experiencias, tanto exitosas como fallidas, en distintos ámbitos de intervención, destacando la lucha contra los riesgos cotidianos. Podemos aprender, y mucho, cómo hacerlo mejor en urbanismo (D. Gerez), con el tráfico y la contaminación (F. Ballester), y de los éxitos y fracasos de las estrategias multisectoriales.

La «salud pública basada en la experiencia» puede ejemplificarse con el abordaje de dos problemas de salud relacionados con comportamientos individuales, tabaco y alcohol, que son historias ilustrativas de éxito (tabaco) y de fracaso (alcohol). El problema del alcohol no se formuló en los términos apropiados para combatirlo (J. Villalbí). No hubo un movimiento de prevención similar al del tabaco para contrarrestar la fuerza de los sectores económicamente interesados en su consumo. No se alcanzó consenso transversal ni se consiguió, al contrario que con el tabaco, redefinir el problema en términos de políticas públicas, ni crear un estado de opinión favorable a la prevención. Del fracaso podemos aprender que si no hay consenso social, los argumentos falsos y distorsionantes de la realidad son bienvenidos en un pacto de silencio contra la razón. Porque lo que se estaba juzgando no era el fallido anteproyecto, sino la madurez de la sociedad para reconocer un problema de salud que resulta del estilo de vida arraigado en la cultura mediterránea. Hemos aprendido que quienes prevén pérdidas presionan con más interés y ahínco que los potencialmente favorecidos, quienes a menudo no perciben los beneficios que pueden obtener. Los opositores despliegan todo tipo de entramados institucionales y organizativos para hacer oír su voz con diferentes entonaciones —productores, colectivos de presuntos usuarios, investigadores científicos supuestamente independientes...—, magnificando su presencia e influencia. Hemos aprendido que el consenso técnico no basta, es preciso el consenso político que

sólo se consigue cuando la sociedad alcanza un determinado umbral crítico de madurez y conciencia del problema. Por último, hemos aprendido lo fácil que resulta tropezar dos veces en la misma piedra, el fracaso de 2007 es un *remake* del de 2002.

Los riesgos cotidianos exigen cambios más que superficiales en las políticas de salud pública. El tráfico es uno de los puntos negros del país, en términos de accidentes, muertes, contaminación y coste de oportunidad para el ejercicio físico (F. Ballester). Viven en España unas 60.000 personas con alguna discapacidad provocada por un accidente de tráfico. Aunque se han puesto en marcha medidas para reducir la siniestralidad y, sobre todo, para mitigar la gravedad de las lesiones, España sigue en la cola. Por otra parte, España es el segundo país más ruidoso del mundo, y el 80% del ruido lo produce el tráfico. Las políticas intersectoriales —urbanismo, vivienda, educación— que faciliten que las personas caminen y hagan bicicleta son muy coste-efectivas. Los grupos poblacionales que generan los riesgos del tráfico y la contaminación no coinciden con los que más se exponen a ellos, pero no se trata sólo de aplicar el principio pigouviano de internalizar las externalidades —quien contamina, que pague—, también se requiere redistribuir riesgos de los menos a los más privilegiados y entre áreas del gobierno. Las políticas públicas incapaces de promover estrategias beneficiosas por falta de coordinación y empatía intersectorial son claramente ineficientes. La raíz del problema del uso excesivo del transporte privado es de diseño social, por lo que debe abordarse como un problema poblacional (ciudades saludables) y no sólo como una cuestión individual (multar al conductor temerario). España podría aprender del plan inglés de 2000 de seguridad vial y empezar reconociendo la necesidad de reducir el tráfico rodado privado y la prioridad de peatones y ciclistas.

En la sanidad, el médico desempeña un papel central en la asistencia, la investigación y la gestión. La formación de los médicos está en proceso de cambio a escala mundial, con una movilidad internacional creciente como telón de fondo. La formación médica en España afronta simultáneamente dos procesos, la convergencia con el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), a la vez que su necesaria reformulación esencial (M.G. Leyte). Falta equilibrio entre formación y empleo, entre teoría y práctica, entre saber y hacer, entre el corto y el largo plazo. Dar más contenido práctico al grado, mayor versatilidad a la especialización médica, con pasillos transitables para la segunda especialidad y con áreas de capacitación específica son algunos retos del sistema. El sistema MIR, uno de los buques insignia de nuestro sistema sanitario, empieza a hacer aguas por ciertas grietas que convendría cerrar cuanto antes, aprendiendo de la experiencia propia y ajena. Los dos grandes retos pendientes son las

áreas de capacitación específica y la recreditación o recertificación periódica de los médicos. En ambos procesos las propias organizaciones profesionales han de ejercer el papel esencial.

Nuestras experiencias exitosas de innovación, como el programa MIR, las actuaciones contra el tabaquismo, la atención primaria de salud o la evaluación de medicamentos han consistido casi siempre en adaptar localmente buenos inventos foráneos. Para innovar eficientemente debemos mirar hacia fuera, sin confundir innovar con copiar o utilizar inventos ajenos (V. Ortún).

La información y la acción

La información no se genera meramente en experimentos de preciso diseño, sino que procede básicamente de la acción previa. Para aprender de la experiencia se requiere ante todo memoria de ésta, algo que no es posible sin registros y explotaciones que conviertan datos dispersos en verdadera información. Su ausencia, o casi peor, su existencia fragmentaria, descoordinada y opaca, impiden la mejora por comparación, la rendición de cuentas y el *empowerment* de los ciudadanos. También limita la racionalidad en la toma de decisiones, facilita el despliegue de políticas regionales electoralistas y puede encubrir desigualdades territoriales sistemáticas que pongan en peligro a la larga la equidad del SNS.

Desgraciadamente, los sistemas de información, que son el cemento del SNS casi federal al que hemos llegado, se han fragmentado progresivamente como efecto colateral, innecesario e indeseable de las transferencias que resulta carísimo para el propio sistema, y no meramente en términos de los importantes costes de desarrollo y aplicación de reinversiones locales de respuestas a necesidades generales. A cambio de los dudosos beneficios de disponer de versiones adaptadas a supuestas especificidades vernáculas, se ha incurrido en los enormes costes que representa la pérdida de la información necesaria para poder orientar políticas que den respuesta a problemas comunes y permitan corregir desigualdades que quedan así enmascaradas.

A los sistemas de información les falta integración, coordinación y rumbo. Están fragmentados por áreas, separando prestaciones, servicios y variables de índole administrativa, demográfica, clínica, epidemiológica y económica (C. Campillo). Tienen redundancias (registros repetidos, variables duplicadas en distintas bases de datos mutuamente invisibles) e importantes lagunas. Las servidumbres impuestas por unas herramientas informáticas obsoletas o inadecuadas y la inercia institucional y organizativa renuente a los cambios lastran la reconversión a un sistema de información avanza-

do, que hoy es técnicamente posible y sanitariamente imprescindible.

Los sistemas de información son causa y consecuencia de la planificación y las políticas sanitarias. No podrá haber una estrategia del SNS sin estandarizar indicadores, nomenclatura, definiciones y, en último término, objetivos comunes, que pueden complementarse con objetivos específicos en cada comunidad. Ahora es cuando empieza a hacerse un importante esfuerzo en este sentido. Pero los costes son mucho mayores y las posibilidades de éxito mucho más pequeñas que si se hubiera iniciado esta tarea cuando se tenía la capacidad de organizar los sistemas de información de 10 comunidades, lo que habría tenido cierta capacidad de arrastre ahora inexistente. La integración del sistema de información es una tarea compleja y ardua que requiere una visión innovadora de qué valorar como resultado de las políticas e intervenciones que afectan a la salud, y el concurso de expertos en informática, de líderes del cambio organizativo, y de organismos reguladores. Entendemos que las políticas de información son uno de los ámbitos en los que menos discutible resulta la necesidad de un liderazgo claro que puede corresponder al MSC, lo que a su vez exige importantes cambios institucionales y de las reglas del juego del gobierno, aún anonadado por la pérdida de su misión gestora y poco dispuesto a reconfigurar su papel en el sistema que ha contribuido a diseñar.

La información no sólo es un *input* para las políticas y la gestión, también es un elemento esencial para la calidad de la atención (S. Lorenzo), para incentivar adecuadamente a los agentes (S. Peiró), sacar ventaja de la descentralización a través de las mejoras por comparación (J.R. Repullo y J.M. Freire), y poner realmente al paciente en el centro del sistema. Informar adecuadamente a los ciudadanos les ayuda a cambiar conductas y a que decidan mejor cómo gestionar su salud (A. Beerli) y, en último término, profundiza en la democracia (A. Jovell). A diferencia de la asepsia de la evaluación con ensayos clínicos, donde el óptimo estándar es el doble ciego que nos aproxima a las condiciones ideales, aquí es preciso atender a las especificidades de ese relevante caso particular que es la realidad concreta, para lo que conviene considerar el contexto en el que se produce e involucrar a los gestores que deben moldearla (C.G. Victora).

Entre los irrenunciables cometidos de los sistemas de información sanitaria destaca su contribución al cierre de la brecha entre eficacia y efectividad, entre investigación y acción. No basta con saber los mecanismos biológicos y la eficacia de las tecnologías, hay un componente traslacional esencial a los sistemas de salud que transforma la energía potencial de la investigación en cinética de la acción y que está fallando. La difusión de la evidencia científica es el medio de pasar de la investigación a la acción. Hay conocimiento que

no se aplica: ¿por qué la cardiopatía isquémica, de la que tanto se sabe, se trata mal, y qué estrategias de difusión de información son más efectivas? (E. Bernal). Hemos entrado en un nuevo entorno en el que generar nueva evidencia científica no es tan crucial como llevar a la práctica la aportación de la ya disponible. Para conseguirlo, no basta con saber, también hay que «ser»: una organización de personas, valores, cultura. En este contexto, las investigaciones endógenas —en el propio centro, diseñadas según sus necesidades— son más efectivas que las ajenas. Alcanzados los objetivos analíticos, propios del método científico, queda siempre lo más difícil: la implantación, que requiere los oficios de la política y de la gestión, sobre los que puede haber «ciencias» (todas las que tomen aspectos de la política y gestión como objeto de estudio) pero no «ciencia».

La integración como eje de la acción

A través del Informe, surge una y otra vez la necesidad de integración como eje vertebral de las políticas de salud. Es una preocupación recurrente, expresada por profesionales de todos los ámbitos de la salud pública. La falta de integración es a la vez síntoma y causa. Falta integración asistencial entre los servicios de salud pública y los asistenciales (A. Segura), entre la atención primaria y la especializada (J. Gérvas), entre lo sanitario y lo sociosanitario (V. Zunzunegui), entre los servicios de diagnóstico y los clínicos en los hospitales (B. Lumbreras). Hay una necesidad clara de integrar las políticas de transporte, medio ambiente y salud (F. Ballester), y también falta integración, a nivel macro, entre las políticas de salud y las corporativas (V. Ortún).

La integración entre la medicina asistencial y la salud pública es más nominativa que real. Los servicios de salud pública y, sobre todo, la atención primaria se encargan de la prevención. La atención primaria lo hace con orientación clínica e individual, más que comunitaria, sin aplicar con suficiente contundencia el «principio de la precaución» (A. Segura). La medicalización promueve el consumismo, descarga al individuo de su responsabilidad como gestor de su salud y produce yatrogenia, que a su vez requiere, paradójicamente, de la prevención cuaternaria.

Lo individual y lo colectivo no encajan bien en España, donde los servicios de salud pública y los de atención primaria de salud casi se ignoran, y sus escasas relaciones son de desconfianza, lo mismo que las relaciones entre la atención primaria y la especializada.

El necesario encaje se busca con distintas soluciones organizativas desde las diferentes CCAA. Algunas integran la salud pública en la red asistencial de atención primaria, mientras otras han creado una red de ser-

vicios de salud pública paralela a la atención primaria en el mismo territorio (A. Segura, C. Artundo). La mayor parte de la actividad preventiva de la red asistencial se centra en las personas concretas, hecha a demanda, de forma oportunista, u organizada en programas cuyo cumplimiento formal suele ser un criterio de productividad variable en la nómina de los médicos. Estas actividades preventivas, en expansión acrítica (S. Márquez) suponen un coste de oportunidad y una carga creciente de trabajo para los médicos de familia, no siempre acompañada de incremento de recursos. No es raro llegar a la paradójica situación de atender antes al «niño sano» del correspondiente programa que al niño enfermo que acude a consulta con un proceso agudo. Aunque se va extendiendo una cierta preocupación por la falta de evidencia científica sobre los beneficios de gran parte de los cribados, pruebas diagnósticas y otras intervenciones preventivas integradas en la práctica clínica, no parece existir la suficiente inquietud por sus posibles e importantes efectos adversos.

La integración es uno de los nuevos paradigmas de la modernidad. Uno de los retos del Estado del Bienestar es integrar la atención sanitaria y la social. Hay enfoques opuestos sobre esta cuestión, ambos enunciados y argumentados en el informe SESPAS 2008 a partir del conocimiento y la experiencia. En el primero (V. Zunzunegui) se aboga vehementemente por la integración de lo sociosanitario y lo sanitario en una reorganización dirigida hacia la «gestión de casos». La reciente aprobación de la Ley de Promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia se considera como una oportunidad para transformar los servicios sanitarios y sociales, aumentando la integración para atender la dependencia y los problemas de salud mental. Esta propuesta de reforma integradora, «mediante presupuestos comunes, definición de objetivos orientados al paciente, trabajo interdisciplinario y definición de responsabilidades profesionales» (V. Zunzunegui), podría ser un punto de partida para el debate social. Las experiencias de Canadá y de Italia son ilustrativas para España. Sin embargo, las perspectivas no son halagüeñas. Baste observar el proceso de elaboración de la llamada «Ley de dependencia», que se ha producido absolutamente al margen del sector sanitario.

El segundo enfoque (J. Gérvas) considera que las soluciones «verticales» de integración tipo programas de gestión de enfermedades y de gestión de casos no son más que «una superestructura sanitaria, surgida a partir de elementos de la propia organización a mejorar, o ajena y paralela a la misma», y que no resuelven problemas, simplemente parchean el sistema sanitario. Se afirma que las evaluaciones son insuficientes o contradictorias y, puesto que los cambios hacia la gestión de casos se han producido conjuntamente con otras reformas organizativas, es imposible atribuir efectos a

causas. Así enunciado el problema, nos remite a la crisis de la atención primaria, cenicienta del sistema asistencial. El mercado MIR es un indicador clarísimo en ese sentido: quedan vacantes plazas de Medicina de Familia, los médicos jóvenes prefieren no especializarse que ser residentes de Familia. El origen de este problema se remonta a la reforma de la atención primaria, que fue una reforma procontenido (de mejora de la oferta) no una reforma procoordinación (de apoyo a la labor de coordinación del médico general/de familia). La coordinación importa porque la falta de coordinación mata. El objetivo de cada médico de atención primaria es aproximar su capacidad de resolución a su capacidad de respuesta, lo que conseguirá con dedicación, experiencia y formación. Pero los incentivos implícitos en el sistema no ayudan a cerrar esa brecha entre lo que cada profesional y nivel asistencial podría hacer y lo que hace. El problema de incentivar adecuadamente la calidad no está bien resuelto, aunque proliferen esfuerzos de tipo «pago por resultados» (P4P, *pay for performance*) (S. Peiró).

La atención del cáncer de pulmón (X. Bonfill) puede servir como trazador de los efectos negativos de la falta de integración asistencial. Los factores de riesgo son bien conocidos y prevenibles, empezando por el hábito tabáquico y la exposición ocupacional a sustancias carcinógenas. De momento, la detección precoz mediante cribado no es coste-efectiva y produce un alto porcentaje de sospechas con falsos positivos, con el consiguiente coste económico y psicológico de la intervención clínica. No está demostrado que ninguna técnica de cribado de cáncer de pulmón reduzca la mortalidad. Una vez diagnosticado, la supervivencia global al año es de alrededor de un 30%, y a los 5 años de un 12%, lo mismo en España que en la Unión Europea y en Estados Unidos. La supervivencia podría aumentar algo con una atención sanitaria mejor que redujera las demoras diagnósticas, pero se trata, en cualquier caso, de ganancias marginales para la población, aunque fundamentales para el paciente y su familia. Una demora mediana de un mes y 10 días para empezar el tratamiento, según pone de manifiesto el estudio Intercat para Cataluña, es excesiva y socialmente preocupante. Varias CCAA han puesto en marcha programas especiales para mejorar los circuitos de diagnóstico y tratamiento de cáncer de pulmón, entre otros, pero son excepciones de tratamiento *express* dentro de un sistema sanitario intrínseca y resignadamente lento. Incluso podría ser contraproducente, como en el Reino Unido³. La descoordinación entre niveles asistenciales tiene sus principales puntos negros en la entrada (retornos en el diagnóstico) y en la salida (deficiencias de los cuidados paliativos) del paciente (X. Bonfill). Por otra parte, puesto que los tratamientos del cáncer de pulmón son de baja eficacia y alta toxicidad, debería escucharse más la voz de los pacientes (A. Jovell). La re-

tórica ampulosa de la centralidad del paciente no parece traducirse en una estrategia de decisiones terapéuticas informadas, o compartidas (J.M. Abellán) con los pacientes.

Siendo salud y renta los dos grandes componentes del bienestar, los medicamentos están en las órbitas de las políticas sanitarias e industrial, con frecuencia disjuntas y desintegradas (V. Ortún). Si bien la macropolítica farmacéutica, repartida entre niveles de la Administración, sigue siendo importante, las estrategias y medidas a los niveles meso y micro relacionadas con la gestión de la prescripción van cobrando importancia. A la hora de integrar conviene rehuir perspectivas estrechas. Los presupuestos para prescripción deben incluirse en presupuestos globales, huyendo de «mentalidades de silo». Los incentivos a los prescriptores no sólo deben ser monetarios, deberían complementarse con facilidades para la formación y la investigación, mejora de las condiciones de trabajo, desarrollo de la carrera profesional, estabilidad laboral, movilidad geográfica voluntaria, etc. Reconocer la autonomía del trabajo profesional de los médicos (asalariados) contribuye a su satisfacción laboral e implicación voluntaria con la calidad y con la sostenibilidad.

La determinación de prioridades del sistema

Desde la perspectiva positiva, lo más relevante es que la cultura de la evaluación ha impregnado los sistemas de decisiones sobre nuevas tecnologías, y que la eficiencia, o el coste-efectividad, se incluye entre los criterios (J. Oliva). La aparición del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) británico representó el inicio de una nueva forma de guiar la práctica clínica. La clave es qué capacidad resolutoria se da a las agencias de evaluación de tecnologías. El modelo británico es una apuesta por ejercer la priorización según criterios explícitos por una agencia independiente y centralizada dotada de poder de decisión. Otros países están experimentando con los contratos de riesgo compartido entre la industria farmacéutica y los gobiernos sanitarios. Es una experiencia que vale la pena seguir de cerca en España, también por cómo resuelven las discordancias entre los informes de la Agencia Nacional de Evaluación y las agencias locales, generalmente más restrictivas.

En España tenemos problemas con la aplicación del principio de coste-efectividad. Hay contradicción entre los mensajes explícitos (en busca de racionalidad mediante el principio de coste-efectividad) y la práctica. Apenas hay cauces efectivos de participación, y las decisiones de asignación de recursos se basan más en la emulación entre CCAA (la guerra de «quién da más») que en la evaluación objetiva. Sin embargo, uno de los

problemas centrales del SNS es decidir qué prestaciones se financian y cuáles se excluyen del aseguramiento público. Para fundamentar dichas decisiones hace falta información, análisis y anteponer los intereses del sistema y los ciudadanos a los de la organización política o los individuos que transitoriamente la encarnan. Aunque la evaluación de tecnologías sanitarias es una herramienta básica, las decisiones tienen un irreductible componente valorativo acerca del bienestar social, la utilidad de la salud y la calidad de vida. A nivel macro, aunque prácticamente todas las CCAA han aprobado planes de salud como instrumentos de planificación, muy pocas han empleado métodos explícitos y sistemáticos para establecer prioridades (F.I. Sánchez). Pese a la proliferación de agencias públicas de evaluación de tecnologías sanitarias, la evaluación económica no se incorpora a las decisiones macro de priorización, y los criterios de coste-efectividad apenas asoman tímidamente en algunos documentos de los planes regionales. A nivel meso se produce un fenómeno similar. Las recomendaciones sobre «mejores prácticas» de las guías generalmente ignoran los estudios económicos. A nivel micro la priorización es todavía menos sofisticada. Siendo las listas de espera uno de los problemas más graves de la sanidad pública, los criterios para ordenar a los pacientes en las listas suelen ser burocráticos, predominando el simple método FIFO (*first input first output*) para pruebas diagnósticas, consultas e intervenciones quirúrgicas electivas. Los «sistemas lineales de puntos», empleados en algunos países, podrían ser un referente para España.

En este sentido, hay que prestar especial atención a los riesgos identificados y las direcciones de avance. Las evaluaciones deben ser transparentes, y las decisiones deberían basarse en la información pública disponible y los análisis de ésta (volvemos al problema de la información, que si no es buena difícilmente puede conducir a decisiones acertadas); deberían evaluarse no sólo los nuevos medicamentos sino también tecnologías en uso de efectividad sospechosa, así como las intervenciones de carácter preventivo que afectan a hábitos y estilos de vida (tabaquismo, obesidad, alcoholismo, etc.) y, en general, las de salud pública. En suma, nuestro sistema es fragmentado y las agencias no tienen capacidad decisoria sino menos que consultiva. Su influencia en la práctica es muy limitada. Finalmente, suele olvidarse que la evaluación es un proceso continuo, no puntual, y las decisiones deben reconsiderarse en función de los datos de efectividad que se van recogiendo.

Desde una perspectiva amplia, entre las prioridades del sistema deberíamos incluir el avance de la I+D. En este sentido, para progresar convendría aumentar el gasto privado en I+D farmacéutica y localizar en España las actividades de mayor valor añadido de la industria farmacéutica y biotecnológica. Ya hemos convergido con los países más desarrollados en cuanto a publicaciones

científicas, financiadas con dinero público, pero seguimos muy a la zaga en patentes, financiadas mayormente con dinero privado y con fines lucrativos. Los países escandinavos y Holanda lo están haciendo bien, y pueden servir de referencia a España (V. Ortún). Además, hay que defender este argumento desactivando simultáneamente la falacia que difunde el lobby farmacéutico, según la cual, para que se gaste más en I+D, hay que garantizarles mayores retornos.

Las preferencias de sus usuarios

La atención de las preferencias de los usuarios exige previamente su expresión. Hay dos tipos de participantes bien diferenciados, los pacientes —y su entorno— es decir, los ciudadanos enfermos, y los ciudadanos sanos. Sus intereses a corto plazo no siempre coinciden. Ambos deben participar (A. Jovell). Escuchar la voz de los pacientes en el sistema de salud no sólo es bueno para la democracia, también lo es para la efectividad del propio sistema sanitario porque los pacientes son capaces de percibir necesidades específicas no identificadas por los expertos y de encontrar soluciones a problemas concretos. También, con la adecuada información, de expresar sus personales elecciones ante cursos alternativos de acción.

El modelo de relación debe cambiar. La garantía de la calidad de la información a la que el paciente accede debe ser una parte importante de la calidad del proceso sanitario (S. Lorenzo). Las CCAA han desplegado un importante esfuerzo normativo de reconocimiento formal de derechos de los pacientes. Sin embargo, hay una brecha entre los derechos de información del paciente, en teoría garantizados, y su efectiva puesta en práctica. Reconocer el derecho a elegir pero no dar información sobre la calidad de las opciones disponibles no sirve de mucho. Es preciso contar con *audits* sistemáticos de calidad asistencial. Elaborar y difundir un sistema de indicadores homogéneos y válidos para que los pacientes conozcan la calidad del sistema, y el sistema la percepción de los grupos de pacientes, es una línea de avance que contribuye, además, a difundir las mejores prácticas. Pasar del «despotismo sanitario» (todo para el paciente pero sin el paciente) a la aportación de la información relevante para la toma de decisiones, es otro paso a dar. Porque mientras está surgiendo el *e-paciente*, la mayor parte de las webs de información sanitaria son plataformas publicitarias de todo tipo de proveedores sanitarios, con importantes sesgos y omisiones.

En un medio con tan claras asimetrías es comprensible que encuentre grandes oportunidades la industria de la prevención, enfocada al individuo más que a la comunidad (S. Márquez). Se admite el falso tópi-

co de que las intervenciones preventivas individuales son inocuas y, por tanto, se desdeñan sus posibles efectos negativos, aceptando la implacabilidad lógica del «todo vale» porque «más vale prevenir». Es importante que los ciudadanos estén informados sobre los beneficios y riesgos de las estrategias diagnósticas disponibles. Hay que mejorar la información de los efectos adversos de las actuaciones preventivas. Hay que informar mejor a los ciudadanos, y dejar que opten; hay que fomentar su responsabilidad en el cuidado de la propia salud.

También una multiplicidad de tests genéticos ya disponibles se va incorporando a las carteras de servicios del SNS de forma descoordinada y sin conocimiento suficiente de sus costes y beneficios, en una estrategia claramente dependiente de la oferta. Una vez constatado que hay excesivo entusiasmo por las pruebas diagnósticas, ¿cómo evitar pruebas innecesarias? (B. Lumbreras). Es preciso hacer una evaluación exhaustiva de la yatrogenia diagnóstica, y reducir la frecuencia de peticiones de pruebas y determinaciones innecesarias. Para ello se han empleado diferentes tipos de intervención basadas en la formación, en la información (*feedback* de los resultados, difusión de protocolos), en los incentivos y en los controles administrativo-burocráticos. A largo plazo, dan resultado las que combinan múltiples tipos de intervención.

La «prevención cuaternaria», evitar daños de la asistencia, necesita procedimientos efectivos que garanticen la seguridad de los pacientes en su paso por el sistema asistencial. Es lógico mirar hacia los sectores donde la seguridad es vital, como la aviación, para aprender qué se puede hacer en los hospitales y centros de salud, por analogía, para prevenir actuaciones indeseadas (C. Aranaz). En España, el estudio ENEAS ha supuesto un avance sustancial en el conocimiento del problema. Sabiendo en qué piedras se suele tropezar, hay que poner remedios mediante estándares consensuados de prácticas que minimicen la posibilidad de errar. Afortunadamente, parece que se están tomando medidas. Se están creando unidades funcionales de Seguridad del Paciente en todo el SNS, que han de cambiar la cultura (de la culpabilización por los errores a la mejora gracias a ellos), han de desarrollar medidas y estrategias específicas de prevención (sistemas de notificación y registro, seguimiento de indicadores de seguridad, además de los sistemas tradicionales de vigilancia), y han de analizar y gestionar el riesgo clínico con instrumentos sofisticados, en parte importados de otros sectores.

Aceptado que el paciente debería tener un papel central en las decisiones clínicas, la dificultad estriba en cómo conseguirlo: ¿cómo incorporar las utilidades y preferencias de los pacientes en el proceso clínico? (J.M. Abellán). El modelo de «toma de decisiones compartidas» entre paciente y médico podría mejorar la efec-

tividad de los tratamientos electivos y el bienestar de los pacientes; sin embargo, en la práctica clínica no se suele emplear, ya sea porque no se considera tan esencial o por restricciones de tiempo y recursos. Un paso adelante sería incorporar protocolos sobre manejo de preferencias de los pacientes en las propias guías de práctica clínica. En España, desgraciadamente, estamos lejos del óptimo; no sólo la voz de los pacientes se desoye en las guías y en las consultas, sino que los consentimientos informados de los pacientes suelen ser meros trámites que no informan.

Un sistema de salud vigilante de la equidad

El SNS español ha sido calificado de menos eficiente que equitativo. Incurre más bien en situaciones de abuso moral (uso excesivo de servicios de poca efectividad que se ofrecen gratuitamente, o muy subvencionados) que en desigualdades injustas en el acceso a sanidad por cuestiones de género, edad o condición socioeconómica. Las raíces de las desigualdades son previas, y están arraigadas en las profundidades del gradiente social. No debe responsabilizarse al sistema sanitario de la tarea de redistribuir renta o reducir desigualdades esenciales, pero el sistema sanitario debe estar muy alerta para no profundizar en ellas. Al estudio de las desigualdades sociales en salud se han dedicado muchos y muy buenos estudios, también en los informes SESPAS de años precedentes. Sin embargo, hay dos dimensiones de la equidad que no suelen abordarse a las que hemos dedicado nuestra atención. Una es la equidad intergeneracional, otra es la relacionada con los «nuevos españoles», los inmigrantes. Desde 1980 hasta 2000 el grupo de edad más avanzada ha ganado recursos públicos, incluso ajustando por envejecimiento poblacional, a costa de grupos «perdedores» de la generación de trabajadores más joven (G. López Casasnovas). Para un reparto «justo» del gasto social, incluido el sanitario, las políticas sociales deberían ser más horizontales, centradas en los destinatarios finales, con origen interdepartamental y destino intersectorial.

En 1998 en España teníamos un testimonial 1,6% de residentes extranjeros, contando inmigrantes económicos de países pobres y europeos de países fríos. En 2007, ya alcanzaban el 10% de la población. El sistema de salud ha de adaptarse a la nueva situación y al perfil diferencial de los «nuevos españoles». Los inmigrantes económicos son más jóvenes y sanos que la media de españoles, y en consecuencia utilizan menos los servicios sanitarios. Son más sanos que sus compatriotas no emigrantes, por el sesgo de selección, pero es posible que su salud tienda al deterioro por varias causas, incluido el entorno

de pobreza, la marginación y el hacinamiento en el que viven, que los hace más vulnerables a la enfermedad. La red necesita poca adaptación de infraestructura, con la excepción de los servicios materno-infantiles en algunos lugares, y multiculturalidad (B. Rivera). Las dificultades fácticas de acceso por problemas de comunicación superan las barreras formales de acceso.

Mejorando la cooperación internacional en salud

Las desigualdades injustas no sólo se producen en el interior de España, también y, sobre todo, entre países ricos y pobres. A SESPAS como sociedad, y al informe 2008 le preocupan las desigualdades en salud que traspasan las fronteras de los países. El capítulo 5 del informe propone algunas líneas para mejorar la eficacia de las intervenciones en salud de la cooperación española a partir del análisis y la reflexión sobre experiencias internacionales en ayuda al desarrollo.

A pesar de la escasez de evaluaciones sobre la efectividad de la ayuda al desarrollo, hay consenso sobre su limitado impacto en la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible, atribuido, entre otros, a su insuficiente cuantía, la introducción de estrategias neoliberales que no favorecen políticas sociales y la dispersión de los recursos en proyectos divergentes de las políticas nacionales (E. Jané). Un ejemplo de estrategias de desarrollo que no han logrado sus objetivos son las reformas de los sistemas de salud impulsadas por las agencias financieras multilaterales (Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional). El análisis de una de las más promovidas, la introducción del mercado en la gestión del aseguramiento y provisión en salud –competencia gestionada– muestra cómo años después de su implantación, la financiación de estos sistemas de salud sigue siendo inequitativa y el acceso a los servicios de salud limitado, mientras persiste la segmentación y aumentan los costes de administración (I. Vargas). Aunque la cooperación española apoyaba el fortalecimiento de los sistemas públicos, su enfoque ha sido poco efectivo. Debería centrar su esfuerzo en influir en la reorientación de las políticas de desarrollo del Banco Mundial, las agencias de las Naciones Unidas y, sobre todo, la Unión Europea para promover el fortalecimiento de sistemas públicos de salud y, en los países receptores, debería contribuir al proceso nacional de rectoría en salud, siempre utilizando la propia experiencia en la organización de uno de los sistemas de salud más eficientes de Europa (I. Vargas).

Las contradicciones de la ayuda al desarrollo también se muestran en los habituales programas asistenciales de cooperación dirigidos a los más po-

bres que tienden a profundizar la dependencia y desviar la atención de los determinantes de la salud. Así, la revisión de la efectividad de dos programas estatales que recibieron ayuda de la cooperación en Colombia y El Salvador indican que, por un lado, el potencial beneficio de los programas de seguridad alimentaria en países en vías de desarrollo desaparece ante el funcionamiento inequitativo e ineficaz del comercio internacional, concretado en las políticas agrícolas proteccionistas de los países desarrollados; en el país receptor, por la presión del mercado que genera la priorización de los sectores más competitivos impidiendo que la ayuda llegue a los pequeños productores; finalmente, a nivel micro, las evaluaciones negativas conllevan el cierre de los programas, una vez creada la dependencia. Por otro lado, los programas dirigidos a actuar sobre los determinantes de la salud pueden chocar con los intereses de los gobiernos, sin cuyo apoyo difícilmente recibirán ayuda internacional. Se puede concluir (E. Espinoza) que los países donantes sólo deberían apoyar componentes asistenciales en programas que enfrenten claramente los determinantes sociales de la salud y de las inequidades en salud (E. Espinoza).

Ante la escasa efectividad de la ayuda oficial al desarrollo, la comunidad internacional suscribió en la Declaración de París (2005) nuevos principios, objetivos e instrumentos para la cooperación. La evaluación de las nuevas formas de entrega de la ayuda –instrumentos programáticos y estrategias, como el enfoque sectorial– parecen indicar resultados positivos (E. Jané). La cooperación española –caracterizada por su dispersión geográfica, la financiación por numerosas entidades y ejecución por muchos actores a través de multiplicidad de proyectos– con su Plan Director de 2004 y su adhesión a la declaración de París, inició un proceso de transformación para mejorar la cantidad y la calidad de la ayuda. No obstante, al ser una competencia descentralizada, se carece de mecanismos para garantizar la adhesión al Plan de CCAA y municipios, con interés en hacer visible su contribución. Para aumentar la efectividad de la ayuda oficial al desarrollo se debería mejorar la comprensión y la apropiación de las nuevas orientaciones por parte de los distintos agentes involucrados, así como su armonización alrededor de políticas comunes, concentrarse en un menor número de países y sectores e introducir progresivamente nuevos instrumentos (E. Jané).

Síntesis

Para contribuir eficazmente a la mejora de la efectividad de las intervenciones públicas sobre la salud,

parece que puede ser útil adoptar una actitud más participativa que prescriptiva, y desarrollar más y mejores estudios de evaluación del impacto en salud, empezando a valorar también el efecto en la salud de las decisiones de las instituciones públicas. En esta tarea los profesionales de la salud pública resultarán más valiosos en la medida que resulten más visibles y más creíbles. Para ello, deberían tender a una mayor independencia del poder político, suministrar información directamente a la población y otros interesados, y enfrentar el desarrollo pleno de sus competencias, más desde perspectivas profesionales que como meros elementos de importantes estructuras burocráticas.

Agradecimientos

Agradecemos a los autores y revisores de los capítulos su trabajo generoso y desinteresado. A Vicente Ortún, sus sugerencias y aportaciones a este capítulo; a José Ramón Repullo y a Lluís Bohiga su apoyo y ánimos durante todo el proceso.

Bibliografía

1. Nolte E, McKee M. Measuring the health of the nations: updating an earlier analysis. *Health Affairs*. 2008;27:58-71.
2. Tudor Hart J. A few lessons in screening for Gordon Brown. *BMJ*. 2008;336:123.
3. Jiwa M, Saunders C. Fast track referral for cancer. *BMJ*. 2007;335:267-8.