Las prioridades en políticas de salud

Soledad Márquez Calderón

Este texto recoge en primer lugar un punto de vista particular acerca de cómo podría ser un proceso de definición de prioridades en políticas de salud. Asimismo, se aventura a enunciar algunas líneas de acción (grandes objetivos) que serían especialmente prioritarias desde la perspectiva de la autora, y que podrían servir de punto de partida para un ejercicio de priorización más amplio, que lógicamente requeriría procesos participativos y fases posteriores de selección de políticas e intervenciones concretas.

Elección de un marco para la priorización de políticas de salud

Es útil empezar poniendo sobre la mesa algunos elementos que ayuden a encuadrar el proceso de definición de prioridades en políticas de salud, a visualizar de antemano sus posibles limitaciones e incluso a apuntar una propuesta sobre la forma de trabajo.

El primer elemento del marco lo pone el contexto; es decir, la realidad donde nos situamos, marcada por una coyuntura económica de crisis ya crónica, con un deterioro social importante, definido por las altas tasas de desempleo, el incremento de las desigualdades (España es uno de los países de la Unión Europea con más desigualdad y esta ha aumentado desde el inicio de la crisis), la población en situación de pobreza (que afecta especialmente a los hogares con niños/as) y la exclusión social (en 2013, un 10,9% de la población en exclusión social severa y un 14,2% en exclusión moderada).[1] La evidencia científica que existe sobre el impacto de los determinantes socioeconómicos en la salud y sobre el impacto de la pobreza infantil en la salud a lo largo de la vida[2,3] hace pensar que la situación actual tendrá, antes o después, consecuencias importantes en la salud de la población española y en la equidad en salud, especialmente graves en las personas que hoy son niños y niñas.[4] Algunas de estas consecuencias, sobre todo en la salud mental, ya se están viendo en España y otros países.[5,6] En este contexto parece razonable que un ejercicio de priorización de políticas de salud no deje fuera las que inciden sobre los principales determinantes socioeconómicos de la salud y su impacto en la equidad.

El segundo elemento de encuadre es la definición de «políticas» y el nivel político al que se refiere la priorización. Una definición amplía abarcaría no solo las políticas públicas, sino también las que ponen en marcha los grupos sociales y las organizaciones no gubernamentales. Con objeto de acotar el terreno, esta propuesta se ceñirá exclusivamente a las políticas públicas. ¿Pero en qué nivel? En principio, cabría distinguir al menos tres ejes para clasificar las políticas relacionadas con la salud:

- Territorial: estado, comunidades autónomas, ayuntamientos.
- Sectores relacionados con los determinantes de la salud (salud pública/servicios sanitarios, medio ambiente, educación, política económica y fiscal, vivienda, empleo, bienestar social, dependencia, igualdad, inmigración, movilidad, etc.) *versus* autoridad máxima sobre todos los sectores (presidencia –en gobiernos estatal y autonómicos– o alcaldía –en gobiernos municipales–).

- Nivel de complejidad: desde lo más macro (grandes líneas u objetivos políticos) a lo más micro (intervenciones o programas muy concretos).

La matriz que puede componerse con estos tres ejes da lugar a múltiples celdillas de decisión: ¿en cuál o cuáles iniciar el ejercicio de priorización? El nivel de autoridad máxima es el que mejor puede coordinar un trabajo conjunto entre los distintos sectores y tomar decisiones que conlleven una redistribución del presupuesto entre ellos; por tanto, es el nivel que tiene la mayor capacidad para priorizar las políticas macro dirigidas a los determinantes socioeconómicos y ambientales de la salud y de la equidad en salud. Al mismo tiempo, es el único nivel donde se puede priorizar entre estrategias del tipo «salud en todas las políticas», o alternativamente educación, bienestar, igualdad, etc. «en todas las políticas»; si bien es cierto que muchas acciones intersectoriales aunarían varios de estos objetivos conjuntamente. Aunque el movimiento de «salud en todas las políticas» ha sido impulsado desde el sector sanitario y atribuye a este sector la tarea de promover e impulsar las políticas intersectoriales generadoras de salud, también reconoce las limitaciones relacionadas con la capacidad de liderazgo y la dificultad de priorizar objetivos de distintos sectores desde uno de ellos.[7] Por tanto, aunque un ministerio, consejería o concejalía de salud pueda desempeñar un papel importante en términos de abogacía, sensibilización y aportación de evidencia científica, es imposible establecer prioridades en políticas de salud que impliquen a la mayoría de los sectores si no hay un claro compromiso desde la autoridad máxima del gobierno.

A la hora de priorizar grandes líneas u objetivos desde el ámbito gubernamental, parece poco realista pretender un ejercicio maximalista, que parta de un presupuesto de base cero y que contemple la decisión entre todos los programas e intervenciones posibles (meso/micro) para abordar esos objetivos en todos los sectores relacionados con los determinantes socioeconómicos y medioambientales de la salud. Sería más razonable un abordaje secuencial de la priorización, con una primera fase de elección de grandes objetivos o áreas de mejora en relación a estos determinantes, que podría orientar tanto cambios en la distribución del presupuesto entre sectores como la puesta en marcha de líneas de trabajo interdepartamentales (de tipo legislativo o ejecutivo). Tras esta primera fase, podrían seguir trabajos de priorización que irían concretando la selección entre distintas alternativas (programas, proyectos, intervenciones, regulación) para abordar los grandes objetivos y líneas definidos en la etapa previa. Este trabajo de priorización, a realizar dentro de cada sector en algunos casos y en el marco de comités o estructuras intersectoriales en otros, requeriría seleccionar intervenciones y políticas más concretas que competirían entre sí por los recursos existentes. En estas etapas, la priorización de nuevos programas o proyectos posiblemente lleve pareja la decisión de desinvertir en otros que se venían llevando a cabo (salvo que el presupuesto del sector en cuestión se haya visto incrementado en la primera fase de la priorización). Es en esta fase cuando resulta más interesante y factible la aplicación de métodos formales de priorización, como el análisis multicriterio,[8] incorporando a ellos la evidencia científica disponible sobre la efectividad y el coste-efectividad de las distintas alternativas de acción, así como la información relacionada con otros criterios que se consideren relevantes.[9] Sin embargo, es preciso tener en cuenta que la investigación disponible sobre los efectos de diversas políticas e intervenciones no es abundante ni siempre extrapolable de un contexto a otro. Por ello, es importante advertir que ni la falta de evidencia ni un excesivo prurito metodológico deberían ser pretexto para no tomar decisiones o retrasarlas en demasía (se pueden usar en su defecto los datos que haya disponibles, la experiencia y el sentido común, evitando llegar a la parálisis por el análisis).

También es cierto que en muchas ocasiones el problema no es tanto la falta de información o investigación como la dispersión de estas, recogidas en múltiples informes técnicos y estudios sobre potenciales efectos de las políticas, análisis de barreras y oportunidades para su implantación, etc. Si las administraciones públicas asu-

mieran de forma efectiva la función de inteligencia y monitorización, podrían integrarse todos estos conocimientos y capacidades, aprovechándolos para informar la toma de decisiones entre distintos cursos de acción y evitando su desperdicio.

Por último, cabe completar el encuadre de cualquier propuesta de priorización teniendo en cuenta dos aspectos adicionales. El primero es la necesidad de conocer los acuerdos internacionales y las políticas globales en sectores distintos al sanitario que pueden restringir el espacio para la formulación de políticas sobre los determinantes de la salud de ámbito nacional o de las comunidades autónomas. El segundo es la deseabilidad de que los procesos de priorización incorporen la participación de profesionales que conozcan bien los sectores sobre los que se toman decisiones y de la sociedad civil, con transparencia y con una consideración adecuada de los posibles conflictos de intereses de los grupos y personas participantes.[7]

Ejercicio de priorización: un punto de vista personal sobre grandes líneas y objetivos prioritarios en políticas de salud

Hecho este encuadre, presento una selección personal de algunos grandes objetivos o líneas de acción que en el momento actual considero especialmente prioritarios. Esta selección solo sería un *input* más (al lado de los que podrían generar muchas otras personas) en una primera fase de un proceso de priorización. Tras esta fase de selección de grandes líneas de acción relacionadas con los determinantes de la salud, sería necesario, como se ha comentado antes, que siguieran otras etapas de trabajo, en cada sector e interdepartamentales, para elegir las intervenciones, los programas o los proyectos para abordar cada objetivo.

Formular las principales líneas de acción no es excesivamente difícil, teniendo en cuenta que se dispone de excelentes informes con datos objetivos sobre la realidad actual, como el de Cáritas[1] y el de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS),[5] así como de documentos con un profundo trabajo que enuncian propuestas para las políticas de salud y equidad, al tiempo que recogen la evidencia científica sobre algunas de ellas.[2,3,10] La selección que se realiza procede de la interacción de toda esta información con valores y preferencias personales.

- Lo más urgente en el momento actual es la puesta en marcha de políticas que garanticen que todas las personas tengan alimentación suficiente, vivienda, cobertura sanitaria y –en el caso de los/las niños/as y jóvenes– derecho efectivo a la educación. Estos deberían ser objetivos muy prioritarios por su impacto en la salud a corto y largo plazo, y por tener consideración de derechos humanos. Las políticas relacionadas deberían diseñarse evitando la estigmatización de las poblaciones vulnerables a las que van dirigidas y priorizando según el impacto en la población infantil. Aunque no se entrará en el tipo de intervenciones o programas que habría que poner en marcha para conseguir estos objetivos básicos y urgentes, estarían relacionados con políticas de vivienda, protección social (renta mínima), salud pública y educación. Por señalar solo algunas intervenciones concretas relacionadas con el objetivo de derecho efectivo a la educación, en el caso de familias en situación de graves dificultades económicas sería fundamental el acceso gratuito a material escolar en educación primaria y educación secundaria obligatoria, así como a plazas en el primer ciclo de educación infantil (menores de 3 años), actualmente no garantizadas.

- El nivel de desempleo que existe hoy en España, el incremento en la precariedad en el empleo tras las sucesivas reformas laborales, y la emigración creciente de personas jóvenes a otros países ante la falta de oportunidades para encontrar un empleo digno, son problemas que preocupan a la mayoría de la población y afectan de manera directa o indirecta a todos. Por ello, una de las áreas donde más consenso social existiría a la hora de establecer prioridades es la del empleo. Es necesario poner en marcha políticas efectivas de generación de empleo y de mejora de su calidad. Esto es clave para toda la población desempleada,

pero hay tres grupos donde el impacto podría ser mayor. Uno es el de las personas con hijos que económicamente aún dependen de ellos, especialmente si son parados de larga duración, tanto por la dificultad cada vez mayor de encontrar trabajo como por el impacto que el desempleo de los padres tendrá en la salud y en la vida de los niños y las niñas. Otro es el de las personas jóvenes, y especialmente en las familias con recursos insuficientes, que han terminado sus estudios y no han podido acceder aún a su primer empleo, contando el tiempo que pasa sin adquirir experiencia como un lastre para las oportunidades en el futuro. Y el tercero es el de las mujeres, sobre todo las que tienen menos recursos educativos y económicos, por sus menores oportunidades para acceder a empleos de calidad, lo que es especialmente injusto cuando se debe a la necesidad de asumir un rol de cuidadora en la familia.

- Las políticas de igualdad de oportunidades en el acceso al bachillerato y a los estudios universitarios son asimismo prioridades claras, y en los últimos tiempos se ha retrocedido también en este sentido. Es fundamental recuperar una política de becas y otras estrategias que fomenten la equidad en el acceso a la educación de las personas jóvenes.

- La atención a la dependencia es clave en una población envejecida, y las políticas relacionadas deben dirigirse de forma decidida a evitar que sigan siendo las mujeres las principales responsables de asumir el rol de cuidar en la sociedad. Por ello, es fundamental que se dispongan recursos para la atención de las personas mayores y discapacitadas. Si en la situación económica actual no es posible desarrollar un sistema público de atención a la dependencia de cobertura universal, al menos sería prioritario prestar atención gratuita a las personas con escasos recursos.

- Además de lo mencionado hasta ahora, suscribiría como prioridades de salud pública y de servicios sanitarios gran parte de las recomendaciones de SESPAS en su texto de posicionamiento publicado en 2015 *(Protege tu salud con tu voto),*[11] y las de la Asociación de Economía de la Salud (AES) en su documento de diagnóstico y propuestas de avance en el Sistema Nacional de Salud.[12] Aunque algunas de ellas ya se han recogido en los párrafos anteriores (sistema nacional de salud de cobertura universal, igualdad de oportunidades en la educación, lucha contra el desempleo, etc.), cabría añadir aquí algunas otras más relacionadas con los propios servicios de salud pública y el sistema sanitario.

Los servicios de salud pública tienen necesariamente que trabajar con otros sectores, siendo fundamentales aquellas políticas dirigidas a abordar los factores que inciden más directamente en la salud. En este sentido, el documento de SESPAS señala algunas prioridades en relación a la seguridad alimentaria y nutrición, el tabaco, el medio ambiente, la movilidad, la prevención de la violencia de género y otros.[11] El trabajo entre salud pública, atención primaria y los ayuntamientos es también fundamental para la creación y aprovechamiento de los activos en salud de la propia comunidad, buscando entornos que faciliten modos de vida saludables (autonomía en la salud, relaciones sociales, actividad física, etc.).[13]

En el Sistema Nacional de Salud (SNS) urge la puesta en marcha de políticas dirigidas a garantizar su sostenibilidad y buen gobierno, así como a abordar la creciente medicalización de la vida, la iatrogenia y el perfil actual de los problemas de salud. A ello ayudaría el desarrollo de la Ley General de Salud Pública, que recoge líneas claras de avance. Asimismo, el documento de AES hace una serie de propuestas orientadas en el mismo sentido.[12] De todas las recomendaciones de estos documentos, resultan especialmente prioritarias las dirigidas a mejorar los mecanismos de decisión, especialmente en lo que concierne a la cartera de servicios del sistema sanitario público y la financiación de medicamentos. Para ello es necesario establecer mecanismos que faciliten que las decisiones sobre prestaciones estén basadas en la evidencia, desempeñando un papel clave la coordinación entre agencias de evaluación de tecnologías y entre comunidades

autónomas. Pero esto no sería suficiente si no va acompañado de una estrategia clara de relación con los diferentes grupos de presión que influyen en estas decisiones, especialmente la industria farmacéutica y de tecnologías sanitarias, pero también las sociedades profesionales y las asociaciones de pacientes, entre otros. Las reglas del juego de estas relaciones deben ser transparentes, seguir unos principios éticos y no poner los intereses privados o de grupos por encima del bien común. En definitiva, de lo que estamos hablando es de la necesidad de establecer sin más dilación un marco de buen gobierno que englobe toda la política sanitaria.[14]

Otras líneas de acción muy importantes a abordar en el SNS son las relacionadas con las desigualdades sociales en el acceso a los servicios especializados y de alta tecnología, la política de personal (que ha de ir unida al profesionalismo y la profesionalización de la gestión), el fortalecimiento de la atención primaria y los servicios de salud mental, y la rendición de cuentas y transparencia en la gestión de los servicios sanitarios.

Una reflexión final

Es inevitable preguntarse si todo esto interesará a algún gobierno (de cualquier nivel territorial) y por qué la mayoría de los gobiernos no llevan a cabo procesos de priorización explícitos, formales y transparentes. Lo hemos estado viendo durante estos últimos años en España: las políticas «anticrisis» han estado basadas en la reducción de los presupuestos destinados a políticas sociales, y en cambios normativos que han perjudicado a los grupos de población más vulnerables (como el RDL 16/2012, que dejó sin derecho a la atención sanitaria a las personas inmigrantes en situación irregular y a otros grupos de población[5]). Esto ha ocurrido a pesar de las evidencias que se han extraído de anteriores crisis económicas, que apuntan a que las políticas activas de empleo y de protección social mitigan los efectos de las crisis en la salud de la población.[6]

Al mismo tiempo, se han priorizado por la vía de los hechos otras políticas o intervenciones mucho más controvertidas. En el sector sanitario hay diversos ejemplos de nuevas prestaciones, a veces con mucha controversia y desacuerdo entre expertos, que suponen un alto coste, pero sin prever (o al menos sin explicar) qué se dejaría de hacer para hacer frente a esta nueva «prioridad». Un ejemplo reciente es la introducción de la vacuna de la varicela a los 12 meses de edad en el calendario vacunal, una decisión que ha dividido a la comunidad científica sobre su balance beneficio-riesgo. No se ha explicitado de dónde saldrá el presupuesto para financiar esta vacuna, pero es seguro que algo se dejará de hacer, salvo que se permita seguir incrementando el déficit en sanidad.

Por todo ello, aun si no se ponen en marcha procesos de priorización formales que busquen una cierta racionalidad en la distribución de los recursos y la formulación de políticas, como el que se ha propuesto, sería como mínimo exigible que cuando se plantee una nueva iniciativa de cualquier tipo se explicitara qué se va a dejar de hacer para poder financiarla. No abundan ejemplos de esto, pero cuando se encuentra alguno resulta pedagógico. Uno reciente es la decisión del ayuntamiento de Córdoba de bajar el sueldo de los concejales y dedicar el presupuesto liberado a aumentar los fondos de un Plan de Rescate Ciudadano, lo que ha permitido garantizar el suministro de agua a muchas familias sin recursos.[15]

Preferentemente, abogaría por el desarrollo de una cultura de la priorización en las políticas públicas mediante procesos explícitos y participativos. Pero mientras esa cultura se construye, es necesario tomar decisiones sobre prestaciones, programas y políticas dirigidos a abordar los determinantes sociales de la salud y la equidad. Para ello es clave trabajar con el concepto de coste de oportunidad, explicitando las fuentes de financiación y las desinversiones necesarias en cada caso. Visualizar los costes de oportunidad ayudaría a repensar las decisiones en muchas ocasiones.

Bibliografía

1. Fundación Fomento de Estudios Sociales y Sociología Aplicada (FOESSA). VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España [Internet]. Madrid: Fundación FOESSA/Cáritas Española, editores; 2014.

(Consultado el 17/7/2015.) Disponible en: http://www.foessa2014.es/informe/
2. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health. The solid facts. 2nd ed. Regional Office for Europe of the World Health Organization; 2003.
3. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health [Internet]. Geneva: World Health Organization. 2008. (Consultado el 31/7/2015.) Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf
4. Flores M, García-Gómez P, Zunzunegui MV. Crisis económica, pobreza e infancia. ¿Qué podemos esperar en el corto y largo plazo para los «niños y niñas de la crisis»? Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28(Supl 1):132-6.
5. Cortès-Franch I, González López-Valcárcel B. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28(Supl 1):1-6.
6. Rivadeneyra-Sicilia A, Minué Lorenzo S, Artundo Purroy C, Márquez Calderón S. Lecciones desde fuera. Otros países en ésta y otras crisis anteriores. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28(Supl 1):12-7.
7. Leppo K. Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S, editores. Health in all policies. Seizing opportunities, implementing policies [Internet]. Ministry of Social Affairs and Health, Finland. 2013. (Consultado el 30/7/2015.) Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf
8. Department for Communities and Local Government. Multi-criteria analysis: a manual. [Internet]. London: Department for Communities & Local Government. 2009. (Consultado el 10/9/2015.) Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/7612/1132618.pdf
9. Cromwell I, Peacock SJ, Mitton C. “Real-world” health care priority setting using explicit decision criteria: a systematic review of the literature. BMC Health Serv Res. 2015;15:164.
10. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015. (Consultado el 10/9/2015.) Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf
11. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Posicionamiento de SESPAS en el año electoral de 2015. Protege tu salud con tu voto. [Internet]. SESPAS. 2015. (Consultado el 18/9/2015.) Disponible en: http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/SESPAS%20Elecciones%202015.pdf
12. Asociación de Economía de la Salud (AES). Sistema Nacional de Salud: diagnóstico y propuestas de avance. [Internet]. Barcelona: AES. 2013. (Consultado el 18/9/2015.) Disponible en: http://aes.es/Publicaciones/SNS_version_completa.pdf
13. Márquez-Calderón S, Villegas-Portero R, Gosalbes Soler V, Martínez-Pecino F. Promoción de la salud y prevención en tiempos de crisis: el rol del sector sanitario. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28(Supl 1):116-23.
14. Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. Gac Sanit. 2011;25:333-8.
15. Reina C. Córdoba reinvierte parte del sueldo de concejales en garantizar el agua a familias sin recursos. [Internet]. Eldiario.es, 10-9-2015. (Consultado el 12/9/2015.) Disponible en: http://www.eldiario.es/andalucia/cordoba/Ayuntamiento-Cordoba-garantiza-suministro-recursos_0_429407156.html