

Editorial

La salud pública y las políticas de salud: del conocimiento a la práctica. Informe SESPAS 2016



Public health and health policy: from knowledge to practice. SESPAS Report 2016

Cristina Hernández-Quevedo^a, Rosana Peiró^{b,c,d,*} y Joan R. Villalbí^{d,e,f,g}

^a European Observatory of Health Systems and Policies, LSE Health, London, England

^b Dirección General de Salud Pública, FISABIO-Salud Pública, Generalitat Valenciana, València, España

^c Departamento de Enfermería, Universitat de València, València, España

^d CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^e Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España

^f Institut d'Investigacions Biomèdiques Sant Pau, Barcelona, España

^g Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

Introducción

Este suplemento de GACETA SANITARIA contiene el Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) de 2016. El Informe SESPAS, que se publica cada 2 años, se ha ido constituyendo como una referencia esencial de libre acceso para conocer la situación de la salud y de la sanidad en España. Si bien en un inicio se publicaba como una monografía editada por la Sociedad, en los últimos años se edita como un suplemento de GACETA SANITARIA.

La Junta directiva de SESPAS definió que la configuración del Informe de 2016 se centrara en cómo, en la salud pública y las políticas de salud, se traslada el conocimiento científico a la práctica. En este sentido, el equipo editorial invitado para el Informe SESPAS 2016 acordó orientar el contenido de los artículos en reflexiones y ejemplos sobre la implantación de políticas de salud sobre las que ya hay evidencias, con especial interés en su aplicación práctica (en otras palabras, en qué hacer y en cómo hacerlo). La mayor parte de las aportaciones finalmente incluidas en el Informe se centran en políticas que deberían implantarse en nuestro país, con frecuencia a partir de experiencias concretas prometedoras en algún territorio (ciudad o comunidad autónoma) que se podrían extender a otras. También se incluye algún caso que documenta cómo se ha llegado a implantar con éxito una política concreta. En esencia, en este Informe se ha intentado superar la frecuente brecha entre conocimiento y aplicación, aportando en todos los casos ejemplos de buenas prácticas. Diversas contribuciones se encargaron a profesionales cuya actividad ha sido principalmente de gestión de programas y servicios, distante de la trayectoria académica más acostumbrada a publicar en revistas profesionales. Esto ha comportado mayores dificultades para obtener manuscritos e incluso la frustración de que alguno no llegara finalmente a buen puerto. A cambio, nos ha proporcionado manuscritos excelentes basados en la experiencia real de profesionales de primera línea, que proporcionan los procedimientos de cómo implantar políticas de salud sobre las que ya hay evidencias.

Artículos publicados

Varias contribuciones se han centrado en el *marco institucional y organizativo y de buen gobierno en nuestro país*. En este sentido, se propone y desarrolla una serie de líneas de actuación que podrían servir de palancas de cambio para mejorar el buen gobierno del Sistema Nacional de Salud¹. Además, se presenta la Central de Resultados de Cataluña como un instrumento pionero en España, orientado a la mejora de la calidad y la transparencia del gobierno sanitario². También se aporta una reflexión sobre la necesidad de contar con una red de agencias de evaluación de tecnologías que se articule como un HispaNICE (basado en la experiencia británica) y su posible implementación en el contexto nacional³. Por otra parte, se presenta la necesidad de una agencia para la producción de guías de acción en promoción de salud y su evaluación⁴, puesto que, en la actualidad, se dispone de poca información acerca de qué tipo de intervenciones poblacionales se realizan en nuestro contexto, cuáles se basan en la mejor evidencia disponible y cómo se trasladan estas evidencias a recomendaciones para la acción. Un nuevo organismo podría fortalecer la función de promoción de la salud, y aunque la metodología del NICE podría ser apropiada, no es posible trasladar a nuestro entorno sus guías para la acción local. Estas deben estar basadas en la evidencia, pero también en la experiencia y en las características del entorno donde se aplican.

En el ámbito de la *equidad*, se hace evidente la existencia de desigualdades en el acceso a las prestaciones sanitarias en nuestro país, que se han visto incrementadas con la crisis económica. Para mitigar estas desigualdades indeseables en el acceso a los servicios sanitarios, se proponen una serie de recomendaciones de política desde distintos ejes del Sistema Nacional de Salud⁵.

Algunas aportaciones se han centrado en aspectos de *vigilancia en salud pública*. Entre otros, se aborda el uso de los informes de salud como eje de los servicios de salud pública, desde las experiencias fundacionales de Inglaterra y de Liverpool en el siglo XIX, pero poniendo de manifiesto diversas experiencias positivas en España⁶. También se aporta un valioso trabajo sobre la vigilancia de los determinantes sociales en salud, gestado en el seno del Grupo de Determinantes Sociales de la Salud de la Sociedad Española de Epidemiología⁷. Asimismo, una propuesta de biomonitorización de sustancias tóxicas en la población⁸ que sintetiza las mejores experiencias internacionales y revisa las iniciativas que hasta ahora se han llevado a cabo en España. Finalmente, una propuesta para utilizar las redes de intercambio de experiencias como sistemas de

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: peiro_ros@gva.es (R. Peiró).

información en promoción de la salud, utilizando el caso de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS) y la Red Aragonesa de Escuelas Promotoras de Salud (RAEPS)⁹. Estas redes de experiencias facilitan la gestión del conocimiento en la implementación de estrategias de promoción de la salud entre los profesionales que trabajan en el territorio, los técnicos de los sistemas de información y los responsables de la formulación de políticas de salud. Pueden proporcionar además indicadores para valorar la intersectorialidad, la participación ciudadana, el desarrollo comunitario y la equidad de las actuaciones de promoción de la salud, así como su distribución en el territorio.

Desde el ámbito de la *protección de la salud* hay que destacar el trabajo sobre la calidad del agua de bebida, que muestra cómo, a partir de la directiva europea incorporada a las regulaciones españolas, se han producido unas mejoras notables, ejemplificadas con los datos de Cataluña y de la ciudad de Barcelona¹⁰. También es relevante la aportación sobre la hospitalización obligatoria de personas afectadas de tuberculosis como medida extrema de protección contra enfermedades transmisibles, realizada con una rigurosa perspectiva jurídica y de preocupación por el equilibrio entre derechos individuales y colectivos¹¹.

En el terreno de la *promoción de la salud*, este año se cumplen 30 años de la carta de Ottawa, que fue la respuesta a las necesidades del mundo industrializado de un creciente movimiento salubrista que a través de cinco pilares para la acción y la reorientación hacia una salud en positivo sentó las bases de la promoción de la salud. Estos cinco pilares son la acción en las políticas públicas poniendo la salud en la agenda en todos los sectores, la participación de la comunidad en la toma de decisiones en salud, la acción sobre los entornos facilitando que las elecciones más saludables fueran las más fáciles de elegir por la población o de defender por los políticos, la reorientación de los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud y la inversión en habilidades personales que capaciten a las personas para mejorar su salud. Con respecto a los entornos para la salud, el artículo que se presenta sobre promoción de la salud en ciudades y barrios muestra que hay evidencia de la efectividad y coste-efectividad de determinadas políticas en el entorno local¹².

Se presentan también algunas experiencias relacionadas con la reorientación de los servicios de atención primaria hacia la promoción de la salud¹³. Se identifica la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad como una oportunidad a aprovechar. También es necesaria más y mejor evaluación de las actividades comunitarias, y extender la práctica de las que ya funcionan. Se presentan el Proyecto COMSalud de Cataluña y la Estrategia de Alimentación Saludable y Vida Activa del Govern Balear, que permiten, junto con otras buenas experiencias que se están dando a lo largo de nuestro territorio, ponerse a trabajar. La participación de los agentes de interés es determinante en la mejora de las condiciones de trabajo y de empleo¹⁴. Se presenta una experiencia de aplicación del método ERGOPAR de ergonomía participativa y se muestra que es un procedimiento viable y útil, adaptado a las empresas españolas y cuya aplicación debería considerarse como una alternativa eficiente para las empresas interesadas en mejorar las condiciones ergonómicas en el trabajo. El servicio de prevención es el órgano de la empresa que debe coordinar la planificación y la evaluación de estos programas de ergonomía participativa. Su evaluación económica ayudaría a su extensión a un mayor número de empresas, tanto medianas como grandes. Asimismo, se reflexiona sobre la Estrategia de Cronicidad del País Vasco y aquellas características en relación al contexto, diseño, implementación y progreso que contribuyeron al desarrollo de dicha estrategia¹⁵.

La mirada del modelo de activos¹⁶ fomenta que las comunidades reorienten su mirada al contexto y se centren en aquello que

mejora la salud, el bienestar y la equidad. Se describen unas recomendaciones para trabajar con el modelo de activos para la salud en promoción de la salud. En nuestro contexto, existen algunas buenas prácticas acerca de cómo trabajar con este modelo que pueden servir de guía a otras experiencias que están iniciándose. Este artículo lleva a gran cantidad de material adicional *on-line* donde se puede leer un resumen de todas estas experiencias y crear una red de intercambio. Finalmente, se incluye un trabajo que revisa las intervenciones de reducción de riesgos en usuarios de drogas, de las que hay algunos ejemplos en España. A la luz de la experiencia de la ciudad de Barcelona, se documenta su valor, se analiza el fenómeno de rechazo conocido como NIMBY y cómo afrontarlo, y se formulan recomendaciones¹⁷.

Conclusiones

Las contribuciones presentes en este Informe nos sugieren, a través de la evidencia, la posibilidad de continuar diseñando, implementando y desarrollando políticas destinadas a fortalecer la salud pública en nuestro país, reformas que resultarían beneficiosas para el Sistema Nacional de Salud en su conjunto. En el equipo editorial del Informe estamos convencidos de que algunos de los artículos que se incluyen serán excelente material de apoyo a la docencia. También los hay que probablemente se convertirán, en unos años, en documento de referencia en el diseño de políticas sanitarias.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Repullo JR, Freire JM. Implementando estrategias para mejorar el gobierno institucional del Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit.* 2016;30 (Supl 1):3-8.
2. García-Altés A, Argimon JM. La transparencia en la toma de decisiones de salud pública. *Gac Sanit.* 2016;30 (Supl 1):9-13.
3. Abellán Perpiñán JM, Martínez-Pérez JE. Cómo articular la cooperación en red de los recursos sobre conocimiento y evaluación en salud y servicios sanitarios en España. ¿Hacia un HispaNICE? *Gac Sanit.* 2016;30 (Supl 1):14-8.
4. Paredes-Carbonell JJ, Peiró-Pérez R, Morgan A. Promoting good practice in health promotion in Spain: the potential role of a new agency. *Gac Sanit.* 2016;30 (Supl 1):19-24.
5. Urbanos-Garrido R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gac Sanit.* 2016;30 (Supl 1):25-30.
6. Segura A, Borrell C, García-Armesto S, et al. Los informes de salud como eje de los servicios de salud pública. *Gac Sanit.* 2016;30 (Supl 1):31-7.
7. Espelt A, Contintente X, Domingo-Salvany A, et al. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit.* 2016;30 (Supl 1):38-44.
8. Ibarluzzea J, Aurrekoetxea JJ, Porta M, et al. La biomonitorización de sustancias tóxicas en muestras biológicas de población general. *Gac Sanit.* 2016;30 (Supl 1):45-54.
9. Gallego-Diéguez J, Aliaga-Train P, Benedé Azagra CB, et al. Las redes de experiencias de salud comunitaria como sistema de información en promoción de la salud: la trayectoria en Aragón. *Gac Sanit.* 2016;30 (Supl 1):55-62.
10. Gómez-Gutiérrez A, Miralles MJ, Corbella I, et al. La calidad sanitaria del agua de consumo. *Gac Sanit.* 2016;30 (Supl 1):63-8.
11. Salameiro Teixidó L. Derechos individuales frente a salud pública en la protección ante enfermedades contagiosas: propuestas de mejora del marco regulatorio vigente. *Gac Sanit.* 2016;30 (Supl 1):69-73.
12. Díez E, Aviñó D, Paredes-Carbonell JJ, et al. Una buena inversión: la promoción de la salud en las ciudades y en los barrios. *Gac Sanit.* 2016;30 (Supl 1):74-80.
13. Cabeza E, March S, Cabezas C, et al. Promoción de la salud en atención primaria: si Hipócrates levantara la cabeza. *Gac Sanit.* 2016;30 (Supl 1):81-6.
14. García AM, Boix P, Benavides FG, et al. Participación para mejorar las condiciones de trabajo: evidencias y experiencias. *Gac Sanit.* 2016;30 (Supl 1):87-92.
15. Nuño-Solinís R. Desarrollo e implementación de la Estrategia de Cronicidad del País Vasco: lecciones aprendidas. *Gac Sanit.* 2016;30 (Supl 1):93-7.
16. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit.* 2016;30 (Supl 1):98-103.
17. Bosque-Prous M, Brugal MT. Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gac Sanit.* 2016;30 (Supl 1):104-10.