

Con este libro celebramos el XXX aniversario de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) y repasamos los cambios más importantes producidos en el Sistema Sanitario Español entre 1981-2011. El análisis incluye datos de la evolución de la situación de la salud de los españoles y españolas, y de la financiación, organización y funcionamiento del sistema sanitario. Por otro lado, los capítulos reflejan perspectivas que pueden ser compartidas por muchos de los profesionales de la salud que han dedicado al Sistema Sanitario Público la parte mayor y más creativa de su vida laboral e intelectual.

Las luces de este largo periodo abarcan logros importantes, como las mejoras en la salud poblacional, en términos de esperanza de vida o de reducción de la mortalidad evitable, y sombras, como la amenaza de cada vez más riesgos medioambientales. Desde el punto de vista de la financiación y de la organización, los aspectos mejorables tienen que ver con la necesidad de una financiación sanitaria finalista, con la articulación de los sistemas de salud territoriales, con la necesidad de despolitizar la gestión o con la reforma de la Ley General de Sanidad. También merecen consideración especial el problema del gasto farmacéutico, la gestión del personal, las mejoras en atención primaria, el efecto de los sistemas de información y la siempre pendiente participación comunitaria. El libro se cierra con un recuerdo histórico a los últimos diez años de la FADSP.

ISBN 978-84-615-5034-0



9 788461 550340

PVP: 15 euros

Treinta años del Sistema Sanitario Español (1981-2011)
Treinta años de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública



Treinta años del Sistema Sanitario Español (1981-2011)

Treinta años de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública



Luis Palomo (coordinador)



Treinta años del Sistema Sanitario Español (1981-2011)

**Treinta años de la Federación
de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública**

TREINTA AÑOS DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL (1981-2011)

Treinta años de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Noviembre 2011

Promueve: FADSP
Coordina: Luis Palomo
Autores: Francisco Angora Mazuecos, Amand Blanes Llorens, Carlos Bruquetas Callejo, Juan Antonio Córdoba Doña, Antonio Escolar Pujolar, Mario Fernández López de Ahumada, Enrique Gavilán Moral, Javier González Medel, Lourdes Girona Brumós, Rosa Gispert Magarolas, Tomás Hernández de las Heras, Fernando Lamata Cotanda, Manuel Martín García, Vicente Ortún Rubio, Luis Palomo Cobos, Manuela Prieto Uceda, Javier Rey del Castillo, Juan L. Ruiz-Giménez Aguilar, Miguel Ruiz Ramos, María Jesús Salve Díaz-Miguel, Marciano Sánchez Bayle, Andreu Segura Benedicto, Juan Simó Miñana.

Edita: FADSP
C/ Arroyo de la Media Legua, 29, local 49. 28030 Madrid.
Tel.: 91 333 90 87
www.fadsp.org / fadspu@gmail.com

© FADSP

ISBN: 978-84-615-5034-0
Depósito legal: M-45768-2011

Realización e impresión: Paralelo Edición, S.A.
C/ Relatores 1, esc. Atocha, 3º dcha. 28012 Madrid.

Diseño de cubierta: Ángel Galán

Citar alguna parte o la totalidad de esta obra como:

Autor del capítulo. Título del mismo. En: *Treinta años del Sistema Sanitario Español (1981-2011)*. Treinta años de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Luis Palomo (Coordinador). Madrid: FADSP, 2011. Pags.:

Índice

Introducción

Una conciencia social y profesional en la sanidad española
de los últimos treinta años

Luis Palomo 5

PRIMERA PARTE: CAMBIOS EN LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN 13

Capítulo 1

Evolución del nivel de salud de los españoles
en los últimos treinta años

Miguel Ruiz Ramos, Amand Blanes Llorens y Carlos Bruquetas Callejo 15

Capítulo 2

Impacto de las intervenciones sanitarias sobre los resultados
en salud de la población: una reflexión sobre los indicadores
de la mortalidad evitable

Rosa Gispert Magarolas y Vicente Ortún 27

Capítulo 3

Desigualdades sociales, económicas y políticas
en la evolución de la salud percibida en España entre 1987 y 2007

*Juan Antonio Córdoba Doña, Manuela Prieto Uceda y
Antonio Escolar Pujolar* 39

Capítulo 4

Evolución de la exposición a riesgos medioambientales

Mario Fernández López de Ahumada 59

SEGUNDA PARTE: CAMBIOS EN LA FINANCIACIÓN Y LA ORGANIZACIÓN 77

Capítulo 5

Evolución de la financiación sanitaria entre 1981-2010

Marciano Sánchez Bayle 79

Capítulo 6

Cambios legislativos sanitarios más importantes
en los últimos treinta años

Javier Rey del Castillo 87

Capítulo 7	
Ventajas e inconvenientes de la descentralización sanitaria	
<i>Fernando Lamata Cotanda</i>	103
Capítulo 8	
La evolución de la salud pública española en los últimos treinta años	
<i>Andreu Segura</i>	113
Capítulo 9	
Periplo en torno a la gestión sanitaria	
<i>Francisco Angora Mazuecos y María Jesús Salve Díaz-Miguel</i>	123
TERCERA PARTE: CAMBIOS EN LA DOTACIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS	135
Capítulo 10	
El gasto farmacéutico público en España durante los últimos treinta años, consideraciones para su valoración	
<i>Juan Simó Miñana</i>	137
Capítulo 11	
Evolución del gasto farmacéutico hospitalario y de la incorporación de tecnologías	
<i>Lourdes Girona Brumós</i>	155
Capítulo 12	
Cambios en la dotación y en la distribución de personal	
<i>Marciano Sánchez Bayle</i>	175
Capítulo 13	
La Atención Primaria, antes y después de la Ley General de Sanidad	
<i>Manuel Martín García</i>	183
Capítulo 14	
Incorporación, estancia y predominio de los sistemas de información	
<i>Enrique Gavilán Moral y Javier González Medel</i>	193
Capítulo 15	
Luces y sombras en la participación comunitaria en salud	
<i>Juan L. Ruiz-Giménez Aguilar</i>	205
RECUERDO HISTÓRICO	223
La FADSP en sus noticias y actividades de los últimos diez años	
<i>Tomás Hernández de las Heras</i>	225
Direcciones FADSP útiles	245

INTRODUCCIÓN

Una conciencia social y profesional en la sanidad española de los últimos treinta años

Luis Palomo¹

La historia de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) empezó a fraguar hace treinta años en un salón de actos lleno de humo de un hospital de Madrid. La sanidad española estrenó el año 2011 poniendo en práctica la denominada Ley Antitabaco, cuya medida más importante es la prohibición de fumar en cualquier tipo de local cerrado abierto al público.

Treinta años de diferencia y dos situaciones que ejemplifican el paso de una cultura social tabernaria, donde todas las discusiones se dirimían en atmósferas cargadas, a un país donde por fin es posible tomarse un café sin humo. Y, lo que es más importante, donde por fin se adopta una medida determinante para reducir la exposición al agente causal de cáncer más reconocido. Una medida cuyos efectos se aprecian con los cinco sentidos y que quizá el tiempo sitúe, por su repercusión en la morbimortalidad de la población, a niveles similares a la acometida de agua potable y la canalización de aguas residuales.

Las primeras Jornadas de Debate de la FADSP se celebraron a finales de 1982 en el salón de actos del Hospital Francisco Franco en Madrid (hoy Gregorio Marañón). Fueron las jornadas donde se nombró presidente a Pedro Zarco y secretario a Gerardo Hernández-Les, y donde la figura con más gancho fue la de Vicente Navarro, recién desembarcado de los EEUU. Del anecdotario de aquellas sesiones cabe recordar la intervención de un asistente que hizo ver la contradicción que suponía tolerar un encuentro sobre sanidad pública donde gran parte de los médicos presentes no dejaba de fumar.

Para muchos de nosotros el recorrido hasta esas jornadas fue emocionante. Con menos de treinta años de edad y pocos de ejercicio profesional como interinos, o aún en formación, políticamente identificados con la izquierda (incluso con la izquierda extraparlamentaria), que ejercíamos aislados en provincias y que soportábamos organizaciones médicas colegiales anacrónicas, la aparición en 1981 de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP), que luchaba por un sistema sanitario universal y gratuito, fue una iniciativa inesperada y atractiva a la que nos unimos sin dudar.

1. Unidad de Docencia. Servicio Extremeño de Salud. Cáceres. Director de *Salud 2000*.

Y no dudábamos porque habíamos empezado a forjarnos una conciencia de servicio sanitario público y de las posibilidades y limitaciones de la medicina a partir de lecturas tan dispares como los textos de Illich, o la sociología de la medicina de Coe, o las críticas a la medicina liberal de Caro, o los análisis críticos de la medicina bajo el capitalismo de Navarro, o los textos iniciales sobre participación en salud de la OMS y de algún médico rural francotirador, como el asturiano Lombardero, que publicaba en la revista *Encrucijada*. Una conciencia que se acentuó en contacto con compañeros con similares opiniones profesionales y políticas, por ejemplo en reuniones como las segundas de la Sociedad Española de Epidemiología, celebradas en Valladolid en noviembre de 1981, donde escuchamos las opiniones de San Martín sobre medicina comunitaria y donde percibimos las deficiencias de la organización de la sanidad pública española, la desorientación de las autoridades sanitarias y su falta de respuesta ante la recién aparecida intoxicación por aceite tóxico (colza).

La afiliación a la ADSP no era un acto inocente en una España que acababa de vivir el intento de golpe de Estado del 23 de febrero, donde era anecdótico encontrar médicos declaradamente de izquierdas, cuando significarse todavía era arriesgado y cuando empezábamos a criar a nuestros hijos en una situación laboral insegura.

Para hacerse una idea del clima profesional de aquellos años basta recordar los enconados debates que se vivieron en algunas asambleas de médicos previos a las elecciones generales del 82, cuando el conferenciante era el socialista Ciriaco de Vicente; o cuando se debatía el tema de la anticoncepción oral y del aborto; o el veto en la televisión sufrido por el propio Vicente Navarro. En 1982 se prohibió la emisión del debate “Guerras médicas”, en el programa *La Clave* de TVE. En aquellos tiempos, el poder médico, representado por las élites dentro del estamento médico, era un poder fáctico que se beneficiaba de la sanidad pública para optimizar sus privilegios, que se oponía a toda reforma y que dominaba las instituciones académicas y colegiales (1,2).

Eran los años de Veneno, y de la *Leyenda del tiempo* de Camarón, y de *The Wall* de Pink Floyd, y de Brassens y Bob Marley, y de los pinitos con la informática. Con un recién estrenado título de especialista por la vía MIR, muchos jóvenes médicos progresistas promovían desde la ADSP la creación de un sistema nacional de salud y querían contrarrestar en lo posible la fuerza de otras instituciones que, como los Colegios de Médicos, apoyaban el modelo liberal (3). Estas fueron las ideas fuerza que marcaron la estrategia de la FADSP desde sus inicios y las que dieron lugar a la creación progresiva de asociaciones provinciales. En alguna de estas asociaciones, como la de Cáceres, desde el comienzo se aceptó la participación de todo tipo de profesionales sanitarios, no sólo médicos, actitud que a la larga se generalizó en toda la federación.

Un esfuerzo por la formación y por la participación

Desde sus inicios, la FADSP tuvo que compaginar el activismo político y profesional

con una labor continuada de formación. Se necesitaba proporcionar argumentos desde la izquierda sociológica a unos colectivos sanitarios mayoritariamente imbuidos de una conciencia de clase que les hacía proclives a distanciarse de la problemática social general, a considerar la actualidad política y sanitaria desde el centro de sus intereses. Era preciso poner en circulación problemas de política sanitaria, con contenidos y herramientas para analizar la realidad social que no se podían obtener en las facultades universitarias, que tampoco proporcionaba la administración pública y, mucho menos, las organizaciones profesionales científicas y colegiales.

En razón de la propia actualidad sanitaria, de la irrupción de los discursos salubristas y comunitarios y de las deficiencias metodológicas y conceptuales observadas, durante años, organizados por la mayoría de las ADSP federadas, pudimos adquirir conocimientos de salud pública, calidad de los servicios sanitarios, epidemiología, organización de la atención primaria, metodología de la investigación, sistemas de registro en atención primaria, educación para la salud, participación y salud comunitaria, demografía, evaluación de tecnologías, uso racional del medicamento, etc.

Sin lugar a dudas, los cambios sanitarios y la agenda política han marcado el desarrollo de muchas de las actividades de la FADSP. Así ocurrió con la reforma de la atención primaria, los debates sobre el derecho a la salud y la Ley General de Sanidad, las incompatibilidades o la reforma hospitalaria. En su día tuvieron mucha presencia los debates sobre salud mental; sobre salud y género, a propósito del debate del aborto; o la salud en el sistema penitenciario; las desigualdades o la salud laboral; el papel de los medios de comunicación en la información sobre salud, y, más recientemente, la violencia de género, o la privatización y fundaciones, etc.

La actividad de la FADSP y de las asociaciones provinciales ha estado marcada por la actualidad de sus realidades geográficas. Como es natural, con los acontecimientos y con las personas también han cambiado las prioridades, y lo que en tiempos tuvo mucha presencia en una asociación, ahora ya no tiene tanta; y las asociaciones que antaño marcaron la pauta, han dejado paso a otras más activas, generalmente porque se sienten más acuciadas por la problemática existente. En los años 80, los análisis de la realidad sanitaria fueron la base de la actividad de muchas asociaciones deseosas de poner las bases de unas estructuras sanitarias mejores que las existentes. Desde entonces, la organización de las Jornadas de Debate anuales, que han ido recorriendo la mayoría de las ciudades importantes y todas las comunidades autónomas, ha permitido poner al día los conocimientos sobre los problemas principales de cada comunidad. Hasta bien entrados los años 90 tuvieron cierta continuidad las Jornadas sobre Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, o las jornadas de debate que se celebraban en Extremadura, en Jarandilla (Cáceres). Desde hace once años, las Jornadas sobre Desigualdades Sociales y Salud que organiza en Cádiz la ADSP de Andalucía son un encuentro de referencia nacional.

Merece destacarse la apuesta decidida por colaborar con el movimiento ciudadano. Desde la FADSP se participa en iniciativas que han adquirido notable presencia pública, como son los casos de “A pie de barrio” en Asturias, “Dempeus” en Barcelona; el movimiento vecinal de Zaragoza o del municipio de Rivas (Madrid); o las actividades

de cooperación internacional emprendidas por OSALDE en el País Vasco. Desde el punto de vista profesional se colabora con propuestas que se oponen a los poderes fácticos médicos o farmacéuticos tradicionales, como es el caso del movimiento “No Gracias”, o con movimientos de estudiantes de la salud, como IFMSA o “Farmacritics”.

Una forma de intervenir en política sanitaria

Pero, sin lugar a dudas, las principales iniciativas de la FADSP han tenido que ver con la actualidad política sanitaria. Sus posiciones, unas veces han sido favorables a las posturas gubernamentales y otras contrarias. Las ADSP saludaron el cambio político que se produjo con la llegada al Gobierno del PSOE en 1982. De hecho algunos miembros de la FADSP fueron fichados para tareas de gobierno, lo que produjo, sucesivamente, cierta pérdida de capacidad movilizadora en la FADSP; frecuentes discrepancias después, debido a que defraudaron algunas de las medidas tomadas (y otras que el Gobierno debió aplicar y no se atrevió); para terminar, unos y otros, por reconocerse de nuevo en el desencanto, a finales de los 90.

La FADSP estuvo a favor de la reforma de la atención primaria, apoyó el proyecto de Ley General de Sanidad, criticó la falta de concreción sobre el modelo de financiación y la no delimitación entre lo público y lo privado (incompatibilidades, colegiación obligatoria, etc.); la FADSP apoyó la liberalización y gratuidad del aborto; la FADSP se opuso a las huelgas médicas de 1985 y 1987. Desde 1991, gran parte de las posturas de la FADSP han venido motivadas por su oposición a las soluciones neoliberales y privatizadoras que planteaba el Informe Abril. Desde entonces, la FADSP ha trabajado abiertamente por la movilización social promoviendo Plataformas por la Defensa y Mejora de la Sanidad Pública, en colaboración con los sindicatos de clase y otras organizaciones ciudadanas.

Durante los gobiernos del PP, la FADSP se opuso al medicamentazo de 1998, a la privatización de los hospitales no rentables, a la revocación de la dedicación exclusiva, a los planes estratégicos del INSALUD y, sobre todo, se opuso a la creación de fundaciones, con una gran movilización social en Galicia, consiguiendo pararlas (5).

En los últimos diez años, la FADSP ha desarrollado una importante labor de penetración en los medios de comunicación y en la prensa profesional y en Internet. Gran parte de esa actividad descansa en la dedicación de Marciano Sánchez-Bayle, en diferentes puestos de responsabilidad, y de Manuel Martín García en la secretaría. Es constante la labor de agitación contra las medidas privatizadoras y desreguladoras en las comunidades autónomas más amenazadas, como es el caso de Madrid, País Valenciano o Galicia. Se insiste constantemente en la insuficiente financiación de nuestro sistema sanitario público; se mantiene una vigilancia puntual sobre los indicadores accesibles de funcionamiento de los servicios, al objeto de poner en evidencia las desigualdades entre comunidades, en su sistema sanitario y en su atención primaria (6), y se recuerdan constantemente las medidas necesarias para mejorar nuestro Sistema Nacional de Salud (7).

La FADSP tampoco es ajena a la globalización. En su afán por influir en el derecho a la protección de la salud a nivel mundial, recientemente ha ampliado su ámbito de intervención incorporándose a la Asociación Internacional de Políticas de Salud (IAHP). Al tiempo se mantienen contactos y actividades comunes con otras asociaciones europeas, estadounidenses e iberoamericanas en un esfuerzo por extender el compromiso de los poderes públicos a favor de la protección universal de la salud (8).

Un resumen de treinta años de historia

En estos treinta años de historia muchas veces ha sido más fácil definir a la FADSP por lo que no es: no es un sindicato, no es una asociación científica, no es un colegio profesional. Este “no ser” ha propiciado incomprendiones y descalificaciones en una sociedad proclive al sectarismo, donde la cercanía con el poder, la capacidad de influir, el salir en la foto, podía marcar la diferencia entre el reconocimiento público o la ignorancia; entre la aceptación en los círculos académicos o el desprecio y la desconsideración. La FADSP es una federación de asociaciones de profesionales relacionados con la sanidad (médicos, enfermeras, auxiliares, administrativos, psicólogos, trabajadores sociales, gestores, economistas, etc.) interesados en la defensa y la mejora del sistema sanitario público. Es una organización apartidista, aunque no neutral, ya que se declara a favor de un sistema sanitario público, universal y redistributivo, que garantice el acceso a una atención de salud de calidad en condiciones de igualdad, mediante un funcionamiento eficiente de los servicios y con la participación activa de toda la población y de los profesionales sanitarios. En esta asociación se integran profesionales de diferentes ideologías, integrantes de diferentes partidos o sindicatos, o sin adscripción.

La FADSP ha sabido labrarse un camino y una identidad propia que hoy nadie discute. La FADSP ha ganado presencia social y mediática, ha acelerado su capacidad de respuesta ante los conflictos sanitarios. Es una organización consultada: se tienen en consideración sus estudios y publicaciones (entre otras su revista *Salud 2000*, la única publicación de la izquierda sanitaria española); sus páginas en Internet son muy visitadas y goza del respeto tanto del movimiento sindical como del ciudadano y de las administraciones públicas.

En estos treinta años de historia también ha cambiado la sanidad española. Ha cambiado el estado de salud de la población y ha cambiado el sistema sanitario. En términos generales han mejorado los indicadores de salud y de calidad de vida, y la provisión y administración de servicios es más cercana al ciudadano. El total del gasto sanitario per cápita ha pasado de 363 dólares en 1980 a 2.671 dólares en 2007; el % del gasto doméstico del 5,3% al 8,5%; la esperanza de vida ha pasado de 75,6 años a 81,1; la mortalidad por todas las causas de 819,50/100.000 habitantes a 568,5, y así podíamos seguir con otros muchos indicadores (9). Reconocer estas mejoras es necesario para fortalecer la memoria colectiva y para hacernos conscientes, como sociedad, del camino seguido y de los logros alcanzados, y para reforzar nuestro

sentido de pertenencia a una sociedad orgullosa de sus niveles de salud y comprometida con seguir mejorándolos. Para ello hemos pedido a los autores de este libro que se apoyen en cambios que se puedan documentar, porque haya datos, publicaciones contrastables, etc., tanto del conjunto del Estado como de las comunidades autónomas, referidos a los años extremos del periodo o a años intermedios, con especial referencia al antes y después de las transferencias asistenciales a las comunidades autónomas, y sobre materias relativas a la situación de salud de la población, a la financiación y la organización y a la dotación y prestación de servicios.

Gracias a los autores por el esfuerzo de síntesis realizado, confiamos en la calidad del resultado y esperamos que la información proporcionada sienta las bases de futuros trabajos, de forma que poder analizar la realidad de nuestro estado de salud poblacional y de nuestro Sistema Nacional de Salud se convierta en una actividad discrecional, basada en datos rigurosos, rutinarios y homogéneos disponibles en todas las comunidades autónomas.

Para los que estamos en la FADSP desde sus inicios, treinta años equivalen a la mayor parte de nuestra vida laboral activa y, con seguridad, a la parte más creativa y entusiasta de la misma, por esta razón la revisión histórica que presentamos tiene muchas coincidencias con una especie de examen de conciencia personal, pero no es un testamento, aunque a algunos nos empiecen a relevar ya nuestros hijos.

Algunos de nosotros empezamos a ejercer hace más de treinta años eliminando las “iguales”, tras crudos enfrentamientos con otros médicos y con parte de la población, y en estas fechas tenemos que seguir argumentando en contra del “copago”. Algunos de nosotros hicimos un ejercicio deliberado de dedicación exclusiva a la sanidad pública, y en estas fechas tenemos que seguir luchando contra las medidas de privatización, parasitación y fragmentación de nuestro sistema sanitario. No nos arredramos. Ni mucho menos. Seguimos en la FADSP cargados de iniciativas y de proyectos; seguimos buscando la mejora en la salud de la población a través de las políticas públicas y de sistemas de provisión universales y accesibles, y atisbamos un recambio generacional entusiasta, procedente de los sectores universitarios más concienciados del papel de los servicios públicos en la cohesión social y del valor de las iniciativas respetuosas con la participación de la sociedad civil organizada.

Bibliografía

1. Navarro V. Los enemigos de la salud del pueblo español/1. El País, 25-09-82; pag. 34.
2. Navarro V. Los enemigos de la salud del pueblo español/2. El País, 26-09-82; pag. 36.
3. Fuertes A. De Bob Marley a Bob Marley. Salud 2000. 2001; 84: 19-20.
4. De Mingo N, Hernández T. La FADSP y la sanidad española. Salud 2000. 2001; 84: 21-25.

5. Martín M, Sánchez Bayle M. Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades. *Gac Sanit.* 2004; 18 (supl 1): 96-101.
6. Martín M, Sánchez Bayle M, Palomo L. La atención primaria en relación a la orientación política de los gobiernos autonómicos. *Aten Primaria.* 2008; 40 (6): 277-84.
7. FADSP. Doce propuestas para garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público. *Salud 2000.* 2011; 130: 5-11.
8. Carta del Derecho a la Salud de los Ciudadanos y las Ciudadanas de la Unión Europea. *Salud 2000.* 2011: 130: 15-17.
9. García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: health system review. *Health Systems in Transition,* 2010; 12(4): 1-295.

Parte 1

Cambios en la situación de salud de la población

CAPÍTULO 1

Evolución del nivel de salud de los españoles en los últimos treinta años

Miguel Ruiz Ramos¹, Amand Blanes Llorens² y Carlos Bruquetas Callejo³

Resumen

El objetivo de este trabajo es describir la evolución del nivel de salud de los españoles entre 1977 y 2007, para lo cual se ha utilizado la esperanza de vida al nacimiento. Además, mediante el método de Pollard se ha cuantificado la contribución de la mortalidad a las distintas edades y por causas en las ganancias o pérdidas en años de vida entre periodos y territorios. Para la construcción del indicador se han utilizado las defunciones publicadas por el Instituto Nacional de Estadística por edad, sexo, causa, trienio de defunción y comunidad autónoma de residencia, y las poblaciones de referencia.

En España y en las comunidades autónomas se ha producido un importante aumento de la esperanza de vida en los últimos treinta años. Al inicio del periodo ya habían descendido la mortalidad infantil y juvenil responsables del aumento de la esperanza de vida. En el periodo estudiado, las ganancias se han producido por la reducción de la mortalidad en los grupos adultos y mayores. Las causas que más han contribuido han sido el cáncer y las enfermedades cardiovasculares: las cerebrovasculares en las mujeres y las isquémicas en los hombres.

En el inicio y final del periodo existían importantes diferencias territoriales y entre sexos que han aumentado ligeramente, configurando un patrón geográfico ya establecido en 1977, no encontrando convergencia en el nivel de salud. Las mejoras en esperanza de vida en la actualidad se centran en las personas mayores y causas crónico-degenerativas que necesitan cuidados que trascienden al sistema sanitario.

Antecedentes

En los últimos treinta años, el estado de salud de los españoles en su conjunto ha

1. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

2. Centro de Estudios Demográficos. Universidad Autónoma de Barcelona.

3. Delegación de Salud de Sevilla de la Junta de Andalucía.

tenido una evolución favorable, hasta el punto que España está entre los países con mejores indicadores de salud en el momento actual. Los grandes cambios sociales ocurridos en el conjunto del Estado español en el período han tenido su correlato en la mejora del estado de salud del conjunto de la población. La esperanza de vida al nacimiento se puede utilizar como indicador resumen del nivel de salud de una población.

En general se partía de una tendencia ascendente que venía de principios del siglo XX, con una involución debida a la guerra civil, y las duras condiciones socioeconómicas de la posguerra, que situó la salud de los españoles a niveles de principios de siglo, y con una fase posterior de rápida recuperación. A partir de la década de los setenta la intensidad de la mejora es mucho mayor que la de los países del entorno europeo, siendo ésta una de las características más destacables de las tendencias de los niveles de salud de los españoles. España ha duplicado los años de esperanza de vida a lo largo del siglo XX, y en valores comparativos ha pasado de ser uno de los países con menor esperanza de vida en el contexto europeo en la primera mitad del siglo pasado a situarse en las primeras posiciones en la actualidad (1).

Todo esto configura una situación sanitaria, a finales de los años setenta del siglo pasado, donde las ganancias en esperanza de vida debidas a la disminución de la mortalidad infantil y juvenil, que fueron los motores de su primera mejora, estaban dando paso a una disminución de la mortalidad en otros grupos de edad con un patrón de causas de mortalidad claramente crónico degenerativo, aunque todavía se mantienen presentes causas relacionadas con problemas infecto-contagiosos (2). Dentro del marco teórico de las transiciones, España, a finales de la década de los setenta, había terminado la tercera fase de la transición epidemiológica y presentaba una baja mortalidad, concentrada en las edades mayores y debidas a problemas crónicos degenerativos. Se pensaba que era difícil que se siguiera mejorando en esperanza de vida, y mientras se teorizaba sobre estos aspectos, se estaba produciendo un descenso de la mortalidad debido principalmente a las enfermedades cardiovasculares, concentrado cada vez en edades más avanzadas, en lo que se denominó como la cuarta etapa de la transición epidemiológica (3).

A partir de esta situación, descrita de una manera muy general y sintética, el propósito de este trabajo es describir la evolución del nivel de salud de los españoles desde finales de los años setenta hasta la actualidad. Para ello se utilizará como indicador del nivel de salud la esperanza de vida al nacimiento desagregada por sexo y comunidad autónoma.

Datos e indicadores para medir el nivel de salud de la población

La medición de los niveles de salud está condicionada en primer lugar por la disponibilidad de información para poder realizarla. Para el propósito de este trabajo se ha contado con los datos de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística, que viene publicando desde principios del siglo pasado, con más o menos exhaustividad y cali-

dad. En general reflejan de una manera fiable los principales cambios ocurridos, al tiempo que permiten comparar los distintos periodos y las comunidades autónomas (CCAA) en los que se ha dividido el trabajo, y con las debidas precauciones hacer comparaciones internacionales. Las series de datos que se han utilizado son las defunciones de las CCAA de residencia por edad, sexo, año de defunción y causas. La edad, sexo, año de defunción y CCAA de residencia están bien recogidas en esta fuente, y en cuanto a las causas de defunción están clasificadas según las versiones de la 8ª, 9ª y 10ª Clasificación Internacional de Enfermedades. Entre la 8ª y 9ª clasificación no hubo grandes cambios, pero no ocurre lo mismo con la introducción de la 10ª en el año 1999 en España (4). Con los debidos ajustes, las series estudiadas son homogéneas y comparables, y ninguno de los cambios ocurridos en la tendencia de las causas puede achacarse a las distintas clasificaciones utilizadas. Otra fuente de información imprescindible para relacionar la mortalidad con las poblaciones de referencia son los datos de población. En este trabajo se han utilizado las poblaciones intercensales y poscensales (ePOBa) elaboradas por el INE. Se han excluido del análisis las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla por presentar unos niveles de salud y unas tendencias muy peculiares que distorsionan la presentación de los resultados.

En cuanto a los indicadores utilizados, se ha optado por presentar los principales resultados utilizando la esperanza de vida al nacimiento, obtenida a través de la construcción de una tabla de vida completa separada para hombres, mujeres, trienio en que ocurrió la defunción y ámbito territorial. Es un indicador de fácil interpretación que mide la media de años que vivirá una persona en un ámbito territorial determinado, sometida a las condiciones de mortalidad del periodo empleado para su cálculo. El análisis se ha complementado con la metodología propuesta por J. Pollard (5), que descompone las ganancias o pérdidas en años de vida entre dos poblaciones en el tiempo o en el espacio por grupos de edad y causa. Esto permite saber a qué causas y edades se les atribuyen las mejoras o pérdidas en las variaciones o diferencias en esperanza de vida.

La esperanza de vida al nacimiento y su distribución geográfica

La esperanza de vida al nacimiento es un buen indicador del nivel de salud de una población, es fácil de interpretar y permite realizar comparaciones en el tiempo y entre zonas geográficas. Como se puede ver en la tabla 1, en el año 1977 los españoles tenían una esperanza de vida al nacimiento de 71,5 años los hombres y de 77,5 las mujeres. Las diferencias entre sexos eran de seis años. En 2007, la esperanza de vida en los hombres aumentó hasta 77,9 años y en las mujeres hasta 84,2 años, manteniéndose e incluso aumentando ligeramente las diferencias entre sexos. En ambos sexos se produjeron ganancias de más de seis años, ligeramente superiores en las mujeres.

Con sólo ver este indicador se advierte que el nivel de salud de la población española ha mejorado de una manera clara en el transcurso de estos treinta años, en especial

en las mujeres, que ya partían de una esperanza de vida sustancialmente superior a la de los hombres. Pero, aun siendo un buen indicador que resume el comportamiento de una población, queda por conocer si esa misma situación se ha dado con igual intensidad en cada una de las comunidades autónomas o si se han producido diferencias importantes.

En 1977, entre los hombres del País Vasco y de Aragón existía una diferencia de más de 3 años en la esperanza de vida al nacer. El País Vasco se situaba en el último lugar en cuanto a esperanza de vida, con 70,2 años. En las mujeres era Canarias la que peores expectativas de vida presentaba, con unas cifras de 76,5 años, y la Comunidad de Madrid las mayores, con 2,4 años más. Esta situación ha cambiado en el año 2007, de modo que para los hombres fue la Comunidad de Madrid la que mejores cifras presentaba, y en Asturias estaban las peores, reduciéndose las diferencias a menos de 2,6 años de vida. En el caso de las mujeres, las diferencias entre los extremos han aumentado, y se encuentra al mismo nivel que la de los hombres. Entre ellas, Andalucía presentaba las peores expectativas de vida al nacer y Navarra las mejores.

Utilizar el rango de la distribución de la esperanza de vida en las CCAA, aunque muestra una imagen clara de cómo han variado las cifras en cuanto a esperanza de vida en el tiempo, es problemático pues el indicador puede estar sometido a variabilidad. Parece más adecuado centrarse en la lectura de los patrones geográficos, como los que se muestran en la serie de mapas del gráfico 1. En los mapas se puede observar que ya en 1977 existía un claro patrón geográfico de la distribución de la mortalidad en España, que se ha mantenido estable hasta la actualidad y que ha sido descrito en numerosas publicaciones (6,7). Este patrón presenta unas zonas de alta mortalidad que se extienden por el sureste y sur de la península, con una zona centro-norte que, si se exceptúa el caso de Asturias, presenta y presentaba baja mortalidad. Llama la atención, y es difícil de interpretar, que entre los hombres del País Vasco en 1977 se localice la esperanza de vida más baja, fenómeno que desaparece con posterioridad, para situarse actualmente con niveles superiores a la media española (8).

Pero volviendo a la lectura general, tanto el rango de la distribución de la esperanza de vida al nacer como sus patrones geográficos no muestran una convergencia de las distintas comunidades autónomas con la media española. Más bien se han mantenido las desigualdades territoriales, e incluso han aumentado ligeramente en las mujeres.

Para conocer la evolución o tendencia del indicador a lo largo del tiempo, que es el objetivo de este trabajo, hay que considerar la intensidad de la mejora en cada una de las CCAA. Lógicamente, esto ha dependido de los valores que tenía en 1977, y de cuánto se ha incrementado en los treinta años descritos. En este sentido, los hombres del País Vasco han ganado más de 8 años en el conjunto del periodo, y sin embargo en Castilla-La Mancha no han llegado a seis. En las mujeres, las mayores ganancias se han localizado en La Rioja, con 7,7 años, y las menores en Andalucía, con 6 años.

En síntesis, la esperanza de vida ha aumentado de forma significativa en todas las

CCAA, aunque no se ha producido una modificación sustancial de sus pautas geográficas, ya que, exceptuando algunas zonas, persiste la distribución espacial existente en 1977. Hay que destacar que las desigualdades entre hombres y mujeres son mayores que las debidas al territorio, y que en ambos casos se mantienen a lo largo del periodo estudiado.

La contribución de la mortalidad por grupos de edad a las ganancias en esperanza de vida

La edad es la variable más relacionada con la mortalidad, de manera que al aumentar la edad se incrementan las probabilidades de morir, y de una forma exponencial a partir de las edades adultas. La situación ideal sería que nadie muriese prematuramente, y se concentrase en las edades extremas de la vida, fenómeno descrito como compresión de la mortalidad. En parte, esto es lo que ha sucedido tanto en España como en las CCAA, con un incremento de la esperanza de vida al nacer que no deja de ser un aumento de la media de la edad a la muerte.

Una manera de conocer la situación relativa de las CCAA al principio y final del periodo de tiempo analizado es comparar la esperanza de vida de cada una de ellas con la media española. Además, el método de Pollard cuantifica la contribución de cada grupo de edad en esas diferencias. Así se puede ver que en el País Vasco las diferencias en esperanza de vida de los hombres en 1977 eran debidas a una mayor mortalidad en el grupo de edad de 40 a 64 años, exactamente los hombres tenían 1,3 años menos de esperanza de vida que la media española y 0,6 años eran debidos a este grupo de edad. En cambio, la mayor esperanza de vida en Aragón se debía a una menor mortalidad en todos los grupos de edad, y en particular en los mayores de 40 años. En otras CCAA había grupos de edad que tenían más mortalidad que la media española y otros menos. En Andalucía eran los grupos de menos de 20 años los que tenían menor mortalidad que la media española, y en el resto de las edades la mortalidad era mayor. En las mujeres, en el año 1977 Canarias era la de menor esperanza de vida, especialmente debido a una mayor mortalidad por encima de 40 años. En el otro extremo estaba la Comunidad de Madrid, con la mejor esperanza de vida femenina, en especial por una menor mortalidad en las mujeres mayores.

Al final del período, en el año 2007, en general las diferencias entre España y las CCAA se centran en los grupos de edad adultos y mayores de 40 años. Mientras que la mortalidad infantil y juvenil (0-19 años) tiene una importancia relativa más baja que en 1977, y por tanto las diferencias que se producen en términos de la esperanza de vida al nacer son de menor importancia.

Como se observa en los gráficos 2 y 3, aunque el aumento de la esperanza de vida era debido en todas las CCAA a la disminución de la mortalidad en las personas mayores de 65 años, que han contribuido entre el 40 y el 50% en los hombres y entre el 50 y el 60% en las mujeres, el peso de la mortalidad en los grupos de 0 a 19 años y de 40 a 50 ha jugado un papel importante. En todas las comunidades se aprecia

un patrón claro de zona que ya había completado la tercera fase de la transición epidemiológica. Aunque no se ha encontrado ninguna CA que presentara un patrón diferente de la media española, sí existen CCAA que llevan un cierto retraso en la mejora de sus indicadores, como demuestran los diferentes ritmos de ganancias de años de vida en las edades maduras y avanzadas. En la actualidad, las desigualdades de esperanza de vida entre las CCAA y España se deben cada vez más a las diferencias de mortalidad de los mayores de 64 años, especialmente en las mujeres. Así, las menores expectativas de vida de las mujeres de Andalucía, Valencia, Canarias y Murcia son debidas fundamentalmente a sus mayores tasas de mortalidad en las edades ancianas, mientras que en sentido opuesto destaca la favorable situación de las mujeres mayores residentes en Navarra, La Rioja, País Vasco, Comunidad de Madrid y Castilla y León. En los hombres, todavía tienen un peso muy relevante las desigualdades de mortalidad en las edades maduras (40 a 64 años), que contribuyen de forma significativa a la menor esperanza de vida al nacer de los residentes en Galicia, Asturias y Canarias en relación con el conjunto de los españoles, y a las mayores expectativas de los de La Rioja, Navarra y Comunidad de Madrid.

Contribución de las causas de mortalidad en la evolución de la esperanza de vida al nacer

La disminución de las enfermedades del aparato circulatorio en su conjunto, y en especial las isquémicas y cerebrovasculares, es la principal responsable del aumento de la esperanza de vida en todas las CCAA en el periodo estudiado (ver gráfico 4). Esta tendencia ha sido estudiada y se podría atribuir a cambios en los factores de riesgo cardiovascular. Las diferencias en el nivel socioeconómico y en el acceso a los servicios de salud pueden ser factores clave para conocer lo que ha ocurrido en la población española durante el periodo estudiado. El aumento de consumo de frutas y el descenso en la ingesta excesiva de vino podrían estar relacionados con el descenso de la mortalidad de ECV y EIC en España (9). Pero quizás la causa más importante del aumento de la supervivencia resida en una mejora en las terapias de estas enfermedades (10,11).

Aunque el resto de causas ha contribuido en menor medida a las ganancias en esperanza de vida, es importante mencionar el papel que han tenido los cánceres. De una manera negativa afecta el cáncer de pulmón en los hombres y el de mama en las mujeres, aunque si las comparaciones se hubiesen realizado en periodos más cercanos, en ambos casos se vería que las tendencias son descendentes y por lo tanto contribuirían a la evolución positiva de la esperanza de vida. Igual ocurre con las causas externas, en particular con el descenso de los accidentes de tráfico en los últimos años. Aunque en los primeros años de este siglo se da por primera vez una pérdida de años de vida en las mujeres por cáncer de pulmón y se observa una estabilización en la reducción de la mortalidad en torno a los 50 años de edad.

De las causas que han contribuido de una manera negativa a las ganancias en espe-

ranza de vida se encuentra en todas las CCAA las enfermedades mentales y del SNC, en las que se incluyen las demencias como causa principal. Un grupo de enfermedades que, debido a diferentes factores, está aumentando de una manera exponencial en los últimos años (12) y está descrito en otros lugares como responsable de un gran número de defunciones (13). Se trata de un importante problema de salud que sobrepasa el ámbito sanitario.

Las enfermedades isquémicas del corazón y los cánceres son los responsables en los hombres de las diferencias de las CCAA con respecto a la media española en la actualidad. Son unas casusas prevenibles en gran medida y que están produciendo defunciones prematuras. En las mujeres son las enfermedades circulatorias, en especial las cerebrovasculares. En Andalucía son responsables de más del 70% de la diferencia de esperanza de vida al nacer con España en el trienio 2006-2008.

Consideraciones finales

En los últimos treinta años, la ganancia neta en años de vida ha sido notable, tanto para varones como para mujeres, a pesar de que no haya existido ni exista una convergencia entre territorios. Tras el análisis realizado se puede afirmar que la mejora tiene como causa próxima el cambio en la mortalidad de los distintos grupos de edad, reduciéndose en general en los más jóvenes conforme al proceso de compresión de la mortalidad (14).

En la actualidad, las diferencias se centran en la mortalidad de los mayores, y esto a su vez tiene un correlato en la transformación en las causas de muerte, teniendo un papel importante, en cuanto magnitud y posibilidades de prevención, las enfermedades circulatorias y los cánceres. Asimismo, en este nivel de análisis es posible establecer diferencias entre territorios, tanto en la mortalidad de los grupos de edad como en las causas de muerte, que conllevan diferencias en la esperanza de vida al nacer. Como causas distales de las transformaciones epidemiológicas hay que señalar hacia estructuras más amplias, empezando por los sistemas de salud (que se tratan ampliamente en este libro) y siguiendo por otros factores que configuran las condiciones sociosanitarias existentes.

Bibliografía

1. Vallin J, Meslé F: Trends in mortality in Europe since 1950: age-, sex- and cause-specific mortality. En: Vallin J, Meslé F, Valkonen T. Trends in mortality and differential mortality. 2001. Council of Europe Publishing, Population Studies nº 36, pp 31-169.
2. Viciano, F. (2004): La mortalidad en España. En VVAA: Tendencias demográficas en España durante el siglo XX, Instituto Nacional de Estadística y Universidad de Sevilla, Madrid, pp. 77-118.

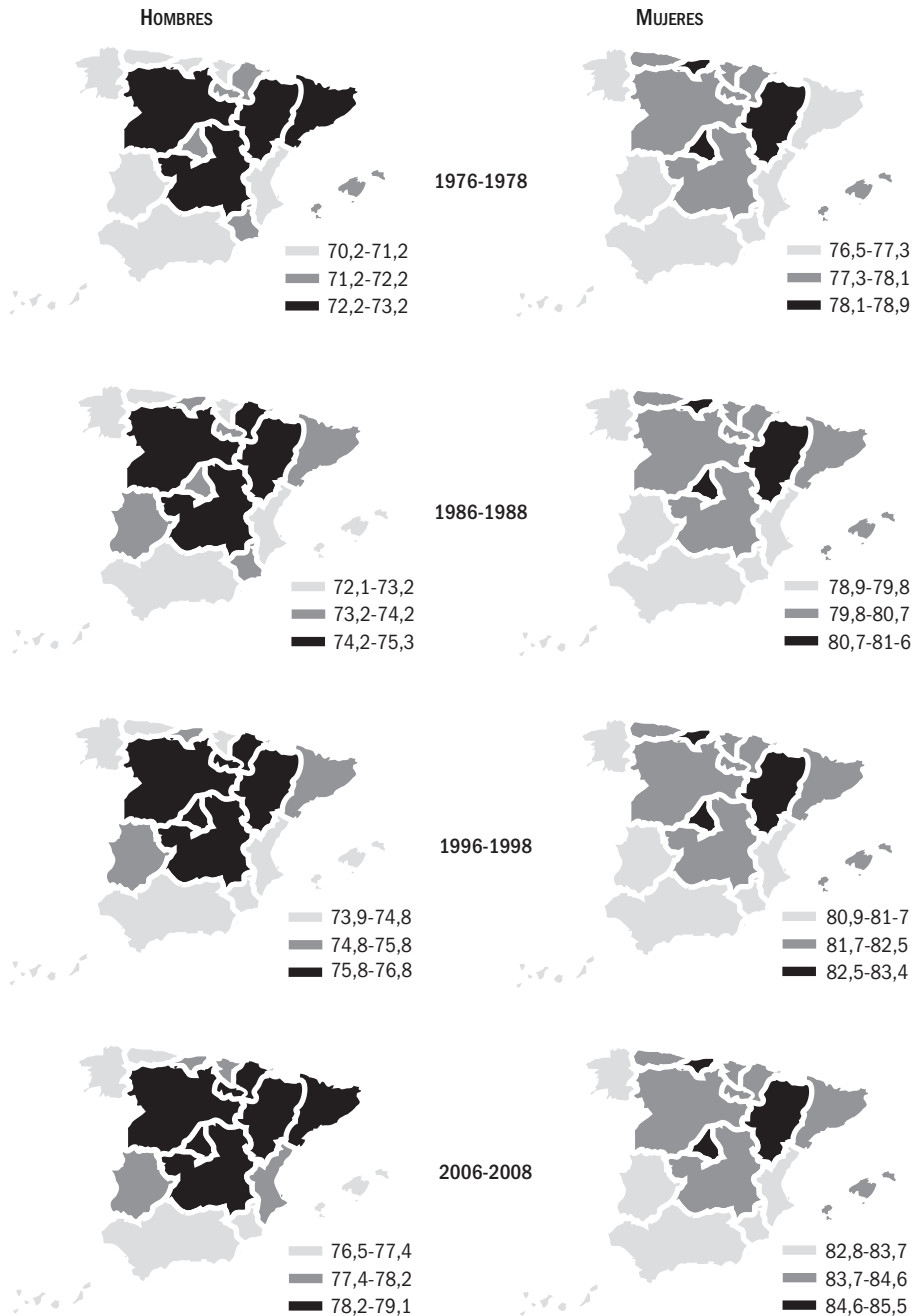
3. Olshanky J, Ault B. The four stage of epidemiologic transition. The age of delayed degenerative diseases. 1986. *The Milbank Quartely*, 64 (39): 355-91.
4. Ruiz M, Cirera Suárez L, Pérez G, Borrell C, Audica C, Moreno C, Torcida I, Martos D; Grupo CAMPARA. Comparability between the ninth and tenth revisions of the International Classification of Diseases applied to coding causes of death in Spain. *Gac Sanit*. 2002 Nov-Dec; 16 (6): 526-32.
5. Pollard J. Causes de décès et espérance de vie: quelques comparaisons internationales en Meseure et analyse de la mortalité. *Travaux et Document, Cahier 119*, PUF, Paris, 1988.
6. Benach, J -dir. (2001): *Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España, 1987-1995*, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.
7. Notzon F, Komarov Y, Ermakov S, Sempos C, Marks J, Sempos E. Causes of Declining Life Expectancy in Russia; *JAMA*. 1998; 279 (10): 793-800.
8. Blanes, A. Las desigualdades territoriales de la mortalidad. En Fernández Cordón, JA y Leal Maldonado, J (coord.): *Análisis territorial de la demografía española*. 2006, Fundación Abril Martorell. Pp. 181-208.
9. Rodríguez Artalejo F, Guallar-Castillón P, Banegas Banegas JR et al. Consumption of fruit and wine and the decline in cerebrovascular disease mortality in Spain (1975-1993). *Stroke*. 1998 Aug; 29(8): 1556-61.
10. Sala J, Marrugat J, Masiá R, Porta-Serra M, and REGICOR investigators. Improvement in survival after myocardial infarction between 1978-85 and 1986-88 in REGICOR study. *Eur Heart J*. 1995; 52: 767-75.
11. Gil M, Marrugat J. Sala J et al. Relationship of therapeutic improvement and 28 day case fatality in patients hospitalized with acute myocardial infarction between 1978 and 1993 in the REGICOR study. *Circulation*. 1999; 99: 1767-73.
12. Llinàs-Regla J, López-Pousa S, Vilalta-Franch J, Garre-Olmo J, Román GC. Mortality after a diagnosis of dementia in a population aged 75 and over in Spain. *Neuroepidemiology*. 2008; 31 (2): 80-8. Epub 2008 Jul 12.
13. Mitchell SL, Teno JM, Miller SC et al. A national study of the location of death for older persons with dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2005; 53 (2): 299-305.
14. Fries JF: Aging, natural death and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*. 1980; 303: 130-135.

Tabla 1
Esperanza de vida al nacer por sexo y comunidad autónoma, 1977-2007*

CCAA	HOMBRES							MUJERES						
	1977	1982	1987	1992	1997	2002	2007	1977	1982	1987	1992	1997	2002	2007
Andalucía	70,5	71,9	72,6	73,0	74,1	75,2	76,7	76,8	78,2	79,1	80,1	80,9	81,7	82,8
Aragón	73,2	74,5	75,1	75,5	76,1	77,2	78,6	78,3	80,2	80,8	81,9	82,6	83,4	84,6
Asturias	70,5	71,7	72,5	72,8	73,9	75,5	76,5	77,6	79,2	80,1	81,0	82,2	83,2	84,0
Baleares	71,7	72,2	72,1	72,9	74,5	76,6	78,3	77,7	79,0	79,4	80,4	81,7	82,9	84,2
Canarias	70,8	71,7	72,4	73,1	73,9	75,6	77,0	76,5	78,0	78,9	80,0	81,1	82,2	83,3
Cantabria	71,3	72,6	73,7	73,9	75,0	76,5	77,6	78,5	79,7	81,0	81,8	83,0	84,1	84,6
Castilla y León	72,3	74,6	75,3	75,5	76,5	77,7	78,8	78,1	80,3	81,6	82,2	83,4	84,3	85,1
Castilla-La Mancha	73,0	74,1	75,2	75,4	76,7	77,6	78,8	77,4	78,8	80,2	81,0	82,3	83,3	84,4
Cataluña	72,4	74,3	74,1	73,9	75,4	76,6	78,3	78,0	80,2	80,7	81,3	82,4	83,3	84,5
Valencia	70,9	72,6	73,1	73,5	74,5	75,7	77,5	76,6	78,2	79,3	80,2	81,3	82,2	83,5
Extremadura	71,1	72,5	73,4	73,8	75,0	76,0	77,5	77,3	78,7	79,8	80,4	81,8	82,6	83,9
Galicia	70,6	72,6	73,1	73,5	74,6	76,4	77,3	77,0	78,9	80,2	81,0	82,2	83,4	84,4
Madrid	72,0	73,1	74,2	73,9	75,8	77,2	79,1	78,9	80,1	81,6	81,9	83,1	83,9	85,3
Murcia	71,3	72,3	73,6	73,8	74,8	76,0	77,4	76,8	78,4	79,8	80,2	81,2	82,2	83,3
Navarra	71,3	72,6	74,6	75,3	76,4	77,5	79,0	77,9	79,7	81,1	82,2	83,3	84,6	85,5
País Vasco	70,2	72,0	73,0	73,4	74,8	76,6	78,1	77,9	79,7	80,9	81,9	82,6	83,8	84,9
La Rioja	71,7	72,8	74,1	74,7	76,1	77,1	78,5	77,4	79,7	80,4	81,5	82,8	84,1	85,1
España	71,5	73,0	73,6	73,8	75,1	76,4	77,9	77,5	79,2	80,3	81,0	82,1	83,0	84,2

* Los indicadores se han calculado con datos trianuales centrados en el año de referencia (por ejemplo, 1977 hace referencia a la esperanza de vida al nacer del trienio 1976-78).

Gráfico 1
Esperanza de vida al nacer por sexo y comunidad autónoma, 1977-2007*



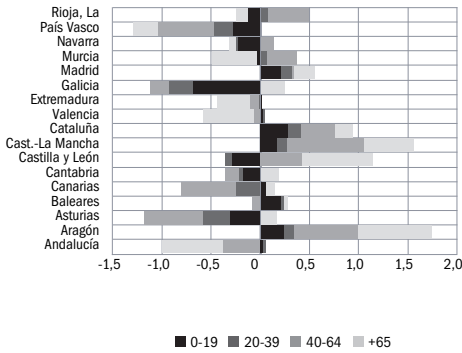
* Los indicadores se han calculado con datos trianuales centrados en el año de referencia (por ejemplo, 1977 hace referencia a la esperanza de vida al nacer del trienio 1976-78).

Gráfico 2

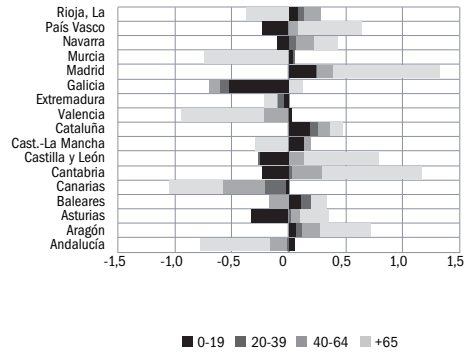
Contribución de las edades a la diferencia de esperanza de vida al nacer entre España y las comunidades autónomas

1976-1978

HOMBRES

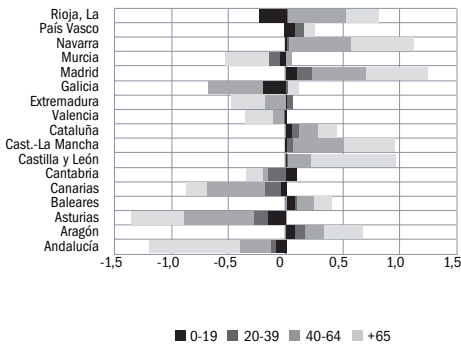


MUJERES



2006-2008

HOMBRES



MUJERES

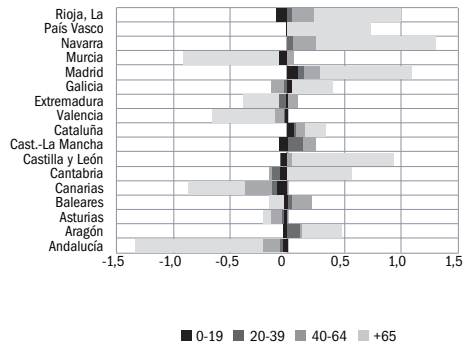


Gráfico 3
Contribución de las edades a la diferencia de esperanza de vida al nacer entre 1976-1978 y 2006-2008 por comunidades autónomas

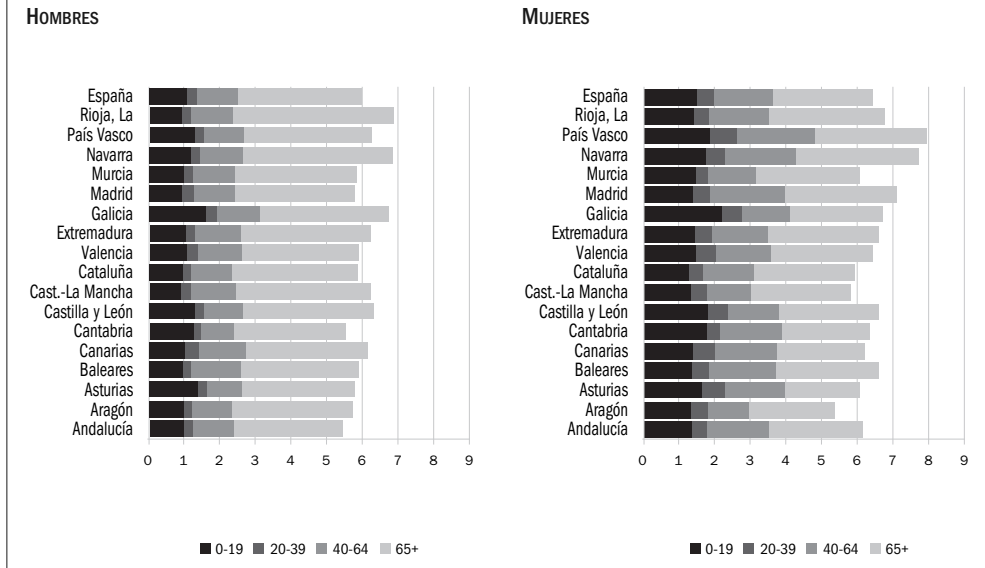
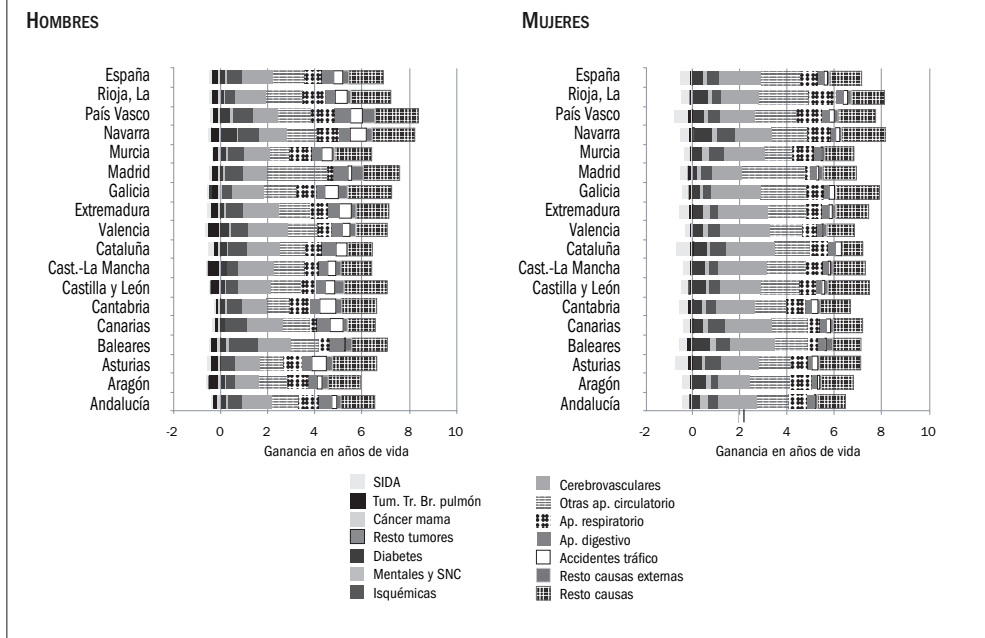


Gráfico 4
Contribución de las causas a la diferencia de esperanza de vida al nacer entre 1976-1978 y 2006-2008 por comunidades autónomas



CAPÍTULO 2

Impacto de las intervenciones sanitarias sobre los resultados en salud de la población: una reflexión sobre los indicadores de la mortalidad evitable

Rosa Gispert Magarolas¹ y Vicente Ortún²

Resumen

Fundamentos: Muchos estudios proponen la mortalidad evitable (ME) como indicador para monitorizar los servicios de salud. Este trabajo presenta una relectura de los datos relativos a España a la luz del concepto más genérico de este indicador.

Resultados: La ME se ha reducido de manera más rápida que la mortalidad general y que la no evitable. Esta evolución ha tenido un impacto perceptible en la esperanza de vida (EV), aunque la mayor contribución a su crecimiento es debida a la reducción de la mortalidad no evitable en los mayores de 75 años. Se constata una mortalidad mayor en la mitad sur de la península para las causas susceptibles de tratamiento y en las zonas costeras para la mortalidad evitable mediante prevención. España ocupa una posición ventajosa en la relación de países con tasas bajas de mortalidad evitable mediante tratamiento, aunque se sitúa entre los que menos la han reducido en la última década. La distribución de la ME por CCAA muestra una correlación alta con la EV y algo menor con la esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI), pero muy baja con el gasto sanitario por habitante.

Conclusión: La mortalidad evitable muestra resultados consistentes entre diversos estudios y complementarios con otras estrategias para analizar el desempeño del sistema sanitario, de forma que, aunque por sí solo no es suficiente, sigue siendo un indicador necesario.

Introducción

Más de 13.000 diagnósticos, unos 6.000 fármacos y alrededor de 4.000 procedimientos constituyen el cuerpo de la medicina moderna, magnitudes que superan a todas luces no sólo la capacidad individual de los médicos en el ejercicio de su pro-

1. Médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

2. Centro de Investigación en Economía y Salud, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.

Correspondencia: Rosa Gispert: rgm@inet.cat

fesión, sino que también sitúan al conjunto del sistema sanitario en una compleja tesitura a la hora de evaluar su desempeño y sus resultados (1). Ante este reto, que no es nuevo, han ido apareciendo enfoques diversos, uno de los cuales es el indicador de mortalidad evitable (ME), que se analiza en este apartado.

El indicador fue propuesto por Rutstein (2) hace más de cuarenta años y se basaba en la idea que la muerte (y también la incidencia o la discapacidad) por determinadas patologías no debería producirse si se establecieran a su debido tiempo determinadas intervenciones de efectividad probada y disponibles en el sistema sanitario. Se refería a intervenciones clínicas en sentido amplio (de prevención, tratamiento y rehabilitación) y consideraba más de 90 problemas de salud categorizados en relación a su posibilidad de ser evitados. Este indicador fue denominado “eventos centinela de la salud” y pretendía servir como guía de la calidad de las atenciones prestadas por los diversos proveedores de servicios sanitarios, aun reconociendo que la cadena de responsabilidades en evitar que cada una de estas muertes ocurriera era compleja y no recaía sólo en los profesionales sanitarios.

Posteriormente el concepto y su uso han experimentado diversas adaptaciones (señales de alarma de posibles resultados adversos, indicadores de resultado, de efectividad o de calidad de la atención, etc.) y cambios en la denominación (mortalidad tratable, evitable, prevenible, etc.) que se ha acompañado, generalmente, de una relación de enfermedades ad hoc. Lista que también se ha ampliado para tratar de cubrir todo el espectro de los servicios prestados dentro del sistema sanitario como son la prevención primaria y la secundaria (detección y tratamiento precoz) y las mejoras en la efectividad de los tratamientos propiamente dichos (3-4). La difusión del indicador ha comportado un número muy elevado de versiones, tanto de la lista de enfermedades que lo componen como a lo que se supone que el indicador mide o debe medir. No obstante, en esencia, la ME se basa en una selección de problemas (cuando ocurren en determinados grupos de edad) en los que se considera que no deberían producir la muerte por el hecho de que existen medidas suficientemente efectivas para poder evitarla (5).

La validez del indicador para evaluar las intervenciones sanitarias se basa en que relaciona la actividad de los servicios y su resultado (enfermedades con intervenciones efectivas – muerte) de una forma conceptual. Además se han realizado numerosos estudios epidemiológicos que tratan de explicar la variabilidad temporal o geográfica de la mortalidad evitable y, en algunos casos, de relacionarla con la accesibilidad a los servicios o con los recursos económicos y sanitarios disponibles. La mayoría muestra poca o nula asociación entre la variación geográfica de la ME y las diferencias en calidad o cantidad de servicios sanitarios. En cambio, la evolución temporal de las tasas y su impacto sobre la esperanza de vida (EV) muestran un patrón consistente: la mortalidad evitable experimenta una mayor reducción que la mortalidad considerada no evitable o que la mortalidad general (3-4) sugiriendo que, al menos en parte, la reducción de la mortalidad por estas causas se puede atribuir a las mejoras de los servicios sanitarios.

Este indicador se dio a conocer en España bajo el acrónimo MIPSE (6), por mortalidad

innecesariamente prematura y sanitariamente evitable, se ha usado en planificación sanitaria para el análisis de situación y el seguimiento del resultado asistencial, se incluye en algunas estadísticas rutinarias de mortalidad (7) y ha sido objeto de algunos estudios empíricos que se han hecho eco de sus ventajas y limitaciones (8). En el año 2006 se actualizó la lista de enfermedades y problemas de salud mediante un procedimiento de consenso (9), en el que se definieron dos grupos de causas de muerte evitables mediante la intervención de los servicios asistenciales sanitarios (ISAS) y mediante políticas de salud pública intersectoriales (IPSI).

La evaluación del desempeño del conjunto del sistema sanitario es un ejercicio complejo que sin duda debería requerir de diversos indicadores tanto de la efectividad de las medidas propiamente sanitarias como de resultados de las políticas implementadas fuera del sistema, pero que sin embargo tienen influencia sobre la salud de la población (5,10). Por esto, en su versión más actual, el concepto en que se justifica el uso de este indicador es “su capacidad para capturar el potencial impacto del sistema sanitario sobre la salud de la población” (11). El objetivo de este trabajo es efectuar un relectura de los datos publicados relativos a España a la luz del concepto más genérico y actual de este indicador. Se revisaron sólo los trabajos que incluyen datos para el conjunto del país, aunque existen otras publicaciones relativas a comunidades autónomas individualizadas, que no se han incluido y que –en general– muestran resultados consistentes con los estudios de conjunto español.

Resultados relativos a la mortalidad MIPSE en España

La mortalidad evitable constituye una parte importante de la mortalidad total, aunque lógicamente la lista de causas que se utilizan determina en gran medida esta proporción. En el período 1986-2001, con la lista de consenso, las defunciones por causas evitables supusieron el 20,02% del total de muertes. De ellas, el 55,3% eran causas consideradas tratables (ISAS) y el 44,66% restante causas evitables mediante prevención (IPSI) (12).

Los estudios de **evolución temporal** muestran que la mortalidad evitable se reduce de manera más rápida que la mortalidad general y que la no evitable. Entre 1986-2001 la mortalidad evitable disminuyó un 23% (con un porcentaje de cambio anual (PCA) de -1,68 estadísticamente significativo) y la mortalidad general un 20%. Sin embargo, la mortalidad no evitable también se redujo (con un PCA estadísticamente significativo de -1,28). Por su parte, la mortalidad por causas susceptibles a tratamiento disminuyó un 26% (PCA: -2,77%), mientras que la mortalidad por causas prevenibles registró un aumento entre los años 1986-90 (PCA: 4,88%), se mantuvo constante entre 1990-95 (PCA: 0,03%) y bajó un 5% entre 1995-2001 (PCA: 3,28%), siendo los porcentajes de cambio anual del primer y tercer segmento estadísticamente significativos (12,13).

La evolución de la ME ha ocasionado un apreciable **impacto sobre la EV**. Entre 1987-2001, la EV al nacer española creció 2,44 años en hombres y 2,1 en mujeres, y tam-

bién en casi todas las edades y ambos sexos, siendo los mayores de 50 años los que contribuyeron más a este aumento. La mortalidad de los jóvenes ocasionó una reducción de la EV entre principios y mediados de los noventa, pero un aumento importante en la segunda mitad de la década. En ambos casos como consecuencia de la mortalidad susceptible de intervenciones de políticas de salud (accidentes de tráfico y drogas, incluyendo tabaco) que supusieron pérdidas de 0,16 años. En cambio, la reducción de la mortalidad evitable por causas susceptibles de intervención de los servicios sanitarios (enfermedades congénitas, cardiopatías, cáncer de mama, etc.) comportó aumentos de 1,17 años en el conjunto de la EV en los que contribuyeron principalmente los grupos de edad menores de un año y de 45-75 años. Además, paradójicamente, la mayor contribución al aumento de la EV en este período (2,9 años) se debió a las causas de mortalidad consideradas no evitables (sobre todo en mayores de 75 años y mujeres) (14). El patrón es similar al observado para otros países del sur de Europa, al analizar los cambios acaecidos en las dos últimas décadas (1980-89 y 1990-98), puesto que, aunque con menor magnitud, también se aprecia este efecto en Grecia, Portugal e Italia (4).

En cuanto a la **distribución geográfica**, tal como se constata en los gráficos 1, 2 y 3, la mortalidad estandarizada por edad es mayor en la mitad sur de la península para las causas susceptibles de tratamiento médico (similar por otro lado al de la mortalidad general) (15) y también superior en las zonas costeras del Mediterráneo y Galicia para la mortalidad evitable mediante políticas de salud pública (13,15). Con el paso del tiempo las tasas en general se reducen, pero el patrón geográfico se mantiene similar para los dos grupos de causas (13). Estos resultados son consistentes entre los diferentes niveles de agregación geográfica sean áreas pequeñas (15), provincias (12) o CCAA (13). En relación a otros países, España se encuentra en la décima posición (de 31) de acuerdo a las tasas más bajas de mortalidad por causas tratables (entre 70 y 80 por 100.000 habitantes en 2005), por detrás de Francia, Islandia, Italia, Japón, Suecia, Países Bajos, Australia, Austria y Noruega. Sin embargo, en la última década (1997-2007) es de los países que menos han reducido esta mortalidad (2,7%), por debajo de la media, en parte por que ya partía de tasas relativamente bajas, puesto que en 1997 ya se situaba entre los que tenían la ME más baja (16). También resulta interesante observar la **correlación de la mortalidad evitable con otros indicadores sanitarios**. En la tabla 1 se muestra la distribución por CCAA de algunos indicadores generales que están fuertemente vinculados con la salud y los servicios sanitarios: la esperanza de vida al nacer (EV, que muestra la longevidad de la población), la esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI, que es una aproximación a la calidad del tiempo vivido) (17) y el gasto sanitario por habitante (como indicador resumen de los recursos dedicados al sistema sanitario) (18), además de la mortalidad evitable, en el mismo período (13). Puesto que son indicadores generales de salud y del sistema sanitario cabría pensar que deberían estar correlacionados entre sí y también con la mortalidad evitable. En estos resultados destaca la alta correlación entre la EV y las causas ISAS y la moderada asociación para las causas IPSI. En cambio, esta correlación es mucho menos marcada para la EVLI, principalmente del año 1986.

Por otra parte se aprecia la muy baja o nula correlación entre los indicadores de salud y el gasto sanitario, así como también con la mortalidad evitable. En el contexto europeo (16) también se observa que la correlación entre la ME y la EV es alta, de 0,9 (y negativa: a más mortalidad menos EV), aunque algunos países con EV similar presentan tasas de ME muy distintas. Algo parecido ocurre con los años potenciales de vida perdidos con una correlación de 0,8 y una posición diferente en la tasa de APVP a pesar de tasas parecidas en ME.

Finalmente cabe reseñar que la conclusión general de los diversos estudios revisados es que el concepto de mortalidad evitable (por causas tratables o susceptibles de prevención) facilita información conceptualmente diferente y complementaria de la que ofrecen otros indicadores de mortalidad utilizados tradicionalmente para medir los resultados del sistema sanitario (11-16).

Discusión

Las consideraciones a tener en cuenta para analizar estos resultados y también para valorar la conveniencia de utilizar el indicador (5,6), entre otras, son: las diferentes agrupaciones de causas (hecho que recuerda la importancia de trabajar y comparar datos con una única lista), la variabilidad en los puntos de corte de los períodos temporales que puede condicionar los resultados y también el método de cálculo del indicador, teniendo en cuenta que se utilizan diferentes tramos de edad (en función de la causa) en el numerador y poblaciones truncadas o bien específicas para algunas edades en el denominador.

Del resumen de los resultados hay algunos aspectos interesantes a comentar. El “mejor” comportamiento de la mortalidad susceptible de intervenciones asistenciales es una buena señal respecto del impacto favorable del sistema sanitario sobre la salud de la población. Es evidente que tanto en la evolución temporal de la ME como en su distribución geográfica tiene un papel explicativo fundamental el comportamiento de las causas que componen el indicador, principalmente aquellas que agrupan un número importante de casos, como son la cardiopatía isquémica o el cáncer de mama. Un conocimiento más preciso de las causas con un patrón diferencial espacio temporal puede ayudar a establecer aquellas áreas en las que los servicios sanitarios obtienen mejores resultados comparativamente con otras y priorizar un análisis con detalle de la fuente de variación. De hecho, los estudios de variabilidad en la práctica clínica van en este mismo sentido y muestran resultados muy ilustrativos de las diferencias existentes, de las posibles áreas de mejora y del camino para orientar la práctica clínica, sobre todo si permiten pormenorizar en técnicas y recursos empleados (19). Sin embargo, al igual que ocurre con la mortalidad evitable, el análisis se complica cuando se pretende explicar la causa de la variación, puesto que hay que tener en cuenta una gran cantidad de factores implicados (20). Por su parte, la “peor” evolución de la mortalidad susceptible de prevención alerta sobre la dificultad de intervenir sobre la salud mediante políticas públicas que en gran parte des-

cansan sobre decisiones y organismos ajenos al sistema sanitario y en los que es difícil incidir a no ser de una gran connivencia y determinación entre diferentes sectores, como es el ejemplo de la legislación antitabaco (21). También hay que tener en cuenta que estas medidas preventivas pueden comportar un mayor desfase temporal en relación a sus efectos sobre la salud y finalmente que las causas incluidas en este apartado del indicador no reflejan exclusivamente el resultado de estas políticas activas, sino también el impacto de otros factores (como por ejemplo el tratamiento farmacológico en la infección por VIH y la crisis económica o del petróleo en el estancamiento de los accidentes de tráfico).

Es muy interesante la observación que muestra que la mayor contribución al crecimiento de la EV en términos absolutos es debida a la mortalidad no evitable y principalmente en los mayores de 75 años. Este resultado se podría explicar, al menos en parte, por el hecho de que el mayor número de defunciones se sitúa en estos grupos de edad y por tanto su peso absoluto sobre las ganancias totales es elevado. Pero también por el hecho de que en la definición del propio indicador se establece la “evitabilidad” sólo por debajo de esta edad. Así, la reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares o cerebrovasculares (diagnósticos incluidos en la lista MIPSE) en mayores de 75 no se han considerado evitables, a pesar de que muy probablemente parte de la reducción de estas muertes también haya sido consecuencia de la mejora de los tratamientos médicos que han recibido estos pacientes. Análisis parecidos muestran que el mayor aumento de la EV en los mayores fue debido a la disminución de la mortalidad por enfermedades susceptibles de tratamiento (22). Por tanto este resultado redundante en señalar la importante contribución de los servicios sanitarios en la mejora de la salud y quizás también en la necesidad de adaptar o actualizar cada cierto tiempo la lista de problemas de salud que componen el indicador de mortalidad evitable.

La mayor mortalidad por causas susceptibles de intervención del sistema sanitario, en la mitad sur peninsular, es consistente con los resultados de otros indicadores de salud, como son la esperanza de vida, la salud percibida y la discapacidad (17). Esta consistencia se muestra también en la correlación con la distribución geográfica de los indicadores incluida en nuestro capítulo, aunque también es verdad que esta asociación no se manifiesta cuando se analizan las variaciones temporales del indicador (más ganancias en EV no se relacionan con más reducción de la ME, datos no mostrados). Así, aunque la mortalidad evitable no está muy alejada de otros indicadores tradicionalmente considerados de salud general, puede reflejar un aspecto específico distinto y por eso jugar un papel complementario. En contraposición resulta un tanto sorprendente la falta de correlación entre la ME y el gasto sanitario por habitante. Cabría pensar aquí que “más no siempre significa mejor” y que el impacto sobre la salud será muy diferente según el sistema se dote de servicios efectivos y adecuados o de servicios sensibles a la oferta o a la fascinación tecnológica (23). Además hay que tener en cuenta que la correlación del gasto también se muestra muy débil con la EV y con la EVLI, indicadores tradicionales del estado de salud. La relación entre el gasto sanitario, el uso de servicios y los indicadores de salud no muestra una re-

lación lineal, de forma que un incremento de gasto no supone un aumento de servicios y de salud en la misma proporción (24) y en cambio entre los determinantes del gasto sanitario identificados se encuentran de forma clara el nivel de renta, riqueza o bienestar de la población (que a su vez se asocia con la EV) y con menor evidencia el envejecimiento y la descentralización territorial de los servicios, que podrían explicar su aumento o variabilidad (25). Esto apunta a que el análisis coste-beneficio proporcionaría una mejor aproximación a la hora de establecer el impacto sobre un problema de salud de los servicios sanitarios que al mismo se dedican, tal como muestran Beatriz González y Jaime Pinilla en la primera ilustración para España (26). En conclusión, el indicador de ME muestra resultados consistentes entre diversos estudios, su utilización no se ha generalizado en España, pero en cambio se está introduciendo en Europa para comparar los sistemas sanitarios entre países, a pesar de que persistan algunos problemas que limitan su generalización. En paralelo se desarrollan otras perspectivas de análisis que permiten también valorar el impacto de los servicios sanitarios sobre la salud de la población, en cuyo contexto la distribución y evolución de la mortalidad evitable podría ayudar a identificar aquellos problemas de salud prioritarios de analizar. Bajo este prisma, cabe pensar que la mortalidad evitable, aunque no sea el único y suficiente, resulta aún un indicador necesario.

Bibliografía

1. Roehr B. Governments need better information to provide effective healthcare systems, expert says. *BMJ*. 2011; 342: d2790.
2. Rutstein D, Berenberg W, Chalmers T et al. Measuring the quality of medical care. *N Eng J Med*. 1976; 294: 582-88.
3. Mackenbach JP. Avoidable mortality in health services: a review of aggregate data studies. *Journal Epidemiol Comm Health*. 1990; 44: 106-111.
4. Nolte E, McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: The Nuffield Trust, 2004.
5. Nolte E, Mc Kee M. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ*. 2003; 327: 1129-33.
6. Ortún V, Gispert R. Exploración de la mortalidad prematura como guía de política sanitaria e indicador de calidad asistencial. *Med Clin (Barc)*. 1988; 90: 399-403.
7. Servei d'Informació i Estudis. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Anàlisi de la mortalitat a Catalunya. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/xifres/index.html>.
8. Bautista D, Alfonso JL, Corella D, Saiz C. Influence of social factor son avoidable mortality: a hospital-based case-control study. *Public Health Rep*. 2005; 120(1): 55-62.
9. Gispert R, Barés MA, Puigdefàbregas A, por el Grupo Consenso sobre la mortalidad evitable. La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España. *Gac Sanit*. 2006; 20: 184-193.

10. WHO. The World health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization 2000.
11. Nolte H, Mc Kee M. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. *Health affairs*. 2008; 27(1): 58-71.
12. Gispert R, Barés MA, Freitas A et al. Medida del resultado de las intervenciones sanitarias en España: una aproximación mediante el análisis temporal y espacial de la mortalidad evitable entre 1986-2001. *Rev Esp Salud Pública*. 2006; 80: 139-155.
13. Gispert R, Torné M, Barés MA. La efectividad del sistema sanitario en España. *Gac Sanit*. 2006; 20 (Supl 1): 117-126.
14. Gispert R, Serra I, Barés MA, Puig X, Puigdefàbregas A, Freitas A. The impact of avoidable mortality on life expectancy at birth in Spain: changes between three periods, from 1987 to 2001. *J Epidemiol Community Health*. 2008; 62(9): 783-789.
15. Vergara M, Benach J, Martínez JM, Buxò M, Yasui Y. La mortalidad evitable y no evitable: distribución geográfica en áreas pequeñas de España (1990-2001). *Gac Sanit*. 2009; 23(1): 16-22.
16. Gay JG, Paris V, Devaux M, De Looper M. Mortality amenable to health care in 31 OECD countries: estimates and methodological issues. OECD 2011: OECD health working papers no. 55 <http://www.oecd.org/els/health/workingpapers>
17. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Alfaro M. Indicadores de Salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009. <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Indicadores2009.pdf>
18. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estadística del gasto sanitario. Diversos años. <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm>
19. Fitch-Warner K, García de Yébenes MJ, Lázaro y de Mercado P, Belaza-Santurde J. Variabilidad entre comunidades autónomas en el uso de tres tecnologías cardiovasculares. *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59: 1232-43.
20. Appleby J, Raleigh V, Frosini F, Bevan G, Gao H, Lyscom T. Variations in health care. The good, the bad and the inexplicable. London: The King's Fund, 2011. www.kingsfund.org.uk
21. Sargent RP, Shepard RM y Glantz SA. Reduced incidence of admissions fo myocardial infarction associated with public smoking ban: before and after study. *BMJ*. 2004; 328; 977-980.
22. Serra I, Gispert R, Puig X, Torné M y Puigdefàbregas A. Impacte de l'edat i les causes de mort en els canvis de l'esperança de vida. Catalunya, 1987-2002. Barcelona, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya 2006.
23. Peiró S, Bernal E. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en el Sistema Nacional de Salud, *Gac Sanit*. 2006; 20(1): 110-116.
24. Montero Granados R, Jiménez Aguilera JD, Martín Martín JJ. Relación entre re-

cursos sanitarios y salud en las economías avanzadas: el caso de las comunidades autónomas españolas (1987-2003). En: Cabasés JM (editor). La financiación del gasto sanitario en España. Valoración del sistema de financiación, medida de la necesidad relativa y equidad. Informes 2010 Economía y Sociedad. Bilbao: Fundación BBVA, junio 2010.

25. Martín Martín JJ, López del Amo González MP, Cano García MD. Revisión de la literatura de los determinantes del gasto sanitario. En: Cabasés JM (editor). La financiación del gasto sanitario en España. Valoración del sistema de financiación, medida de la necesidad relativa y equidad. Informes 2010 Economía y Sociedad. Bilbao: Fundación BBVA, junio 2010.
26. López-Valcárcel B, Pinilla J. The Impact of Medical Technology on Health: A Longitudinal Analysis of Ischemic Heart Disease. *Value in Health*. 2008; 11(1): 88-96.

Tabla 1
Indicadores sanitarios por CCAA en dos períodos temporales

	EV-1986	EVI-86	ISAS 86-90	IPSI 86-90	EV-1999	EVI-99	ISAS 97-01	IPSI 97-01	Gasto 99
Total	76,4	66,7	108,7	74,1	79,40	70,69	79,9	70,4	721
Andalucía	75,5	65,2	128,0	74,3	78,28	67,92	98,1	73,1	680
Aragón	76,8	68,3	103,2	65,5	80,06	72,77	75,3	66,8	776
Asturias	75,9	66,9	110,7	93,3	79,17	71,08	82,4	82,0	757
Baleares	74,8	68,6	133,5	87,6	78,74	71,30	82,8	77,7	614
Canarias	75,6	64,0	134,7	80,3	77,72	70,42	109,8	71,5	770
Cantabria	77,0	65,6	102,5	76,9	79,78	71,08	65,7	69,5	773
Castilla-La Mancha	77,0	66,6	103,7	63,0	80,12	70,98	74,1	59,1	675
Castilla y León	76,9	68,4	87,8	66,7	80,76	70,70	65,8	66,9	726
Cataluña	77,0	67,0	102,7	80,6	79,70	70,71	71,6	75,0	722
Comunidad Valenciana	75,9	67,4	126,8	75,9	78,77	70,91	92,3	72,6	689
Extremadura	75,9	66,5	125,6	70,9	79,01	70,01	87,7	70,5	725
Galicia	76,0	67,3	103,1	84,8	79,51	70,58	75,0	79,5	754
Madrid	78,0	65,4	89,4	62,6	80,41	73,07	65,1	57,8	725
Murcia	75,8	68,7	121,3	72,9	78,58	67,72	90,1	73,0	709
Navarra	76,9	70,3	89,8	73,3	80,70	72,80	65,7	68,0	878
País Vasco	75,3	65,7	92,4	73,1	79,88	72,81	70,4	69,6	791
La Rioja	76,3	68,6	99,9	76,2	80,51	75,11	65,5	73,2	720
Ceuta y Melilla	ND	ND	154,5	81,5	78,01	68,00	113,2	76,9	884
Correlación ISAS	-0,70	-0,25			-0,94	-0,70			
Correlación IPSI	-0,58	0,01			-0,52	-0,32			
Correlación gasto	ND	ND			0,29	0,26	0,08	0,04	

EV: esperanza de vida al nacer. EVLI: esperanza de vida libre de incapacidad. Gasto: gasto sanitario por habitante en euros. ND: no disponible.
 ISAS: tasas estandarizadas por edad de mortalidad evitable por intervenciones de sistema de asistencia sanitaria (por 100.000 habitantes).
 IPSI: tasas estandarizadas por edad de mortalidad evitable por intervenciones de política sanitaria intersectorial (por 100.000 habitantes).
 Fuentes: Referencias 13, 17, 18. Elaboración propia.

Gráfico 1

Distribución de la mortalidad evitable por causas ISAS. España 1986-1993 y 1994-2001 (Referencia 12)

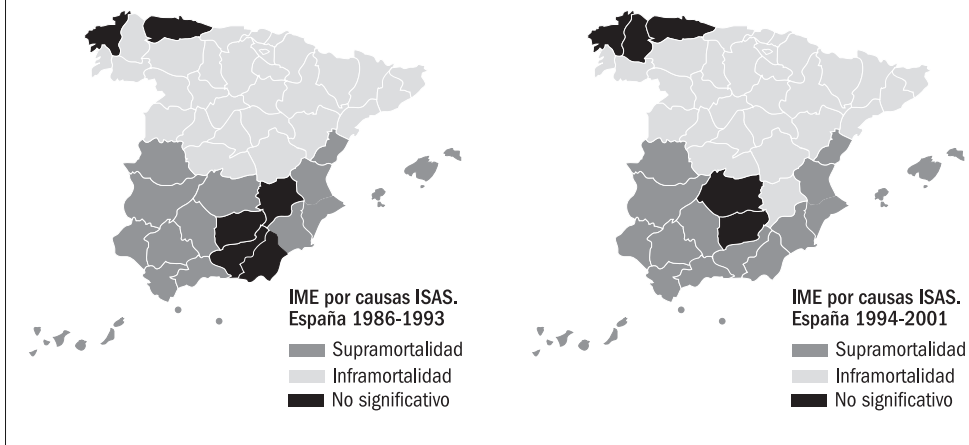


Gráfico 2

Distribución de la mortalidad evitable por causas IPSI. España 1986-1993 y 1994-2001 (Referencia 12)

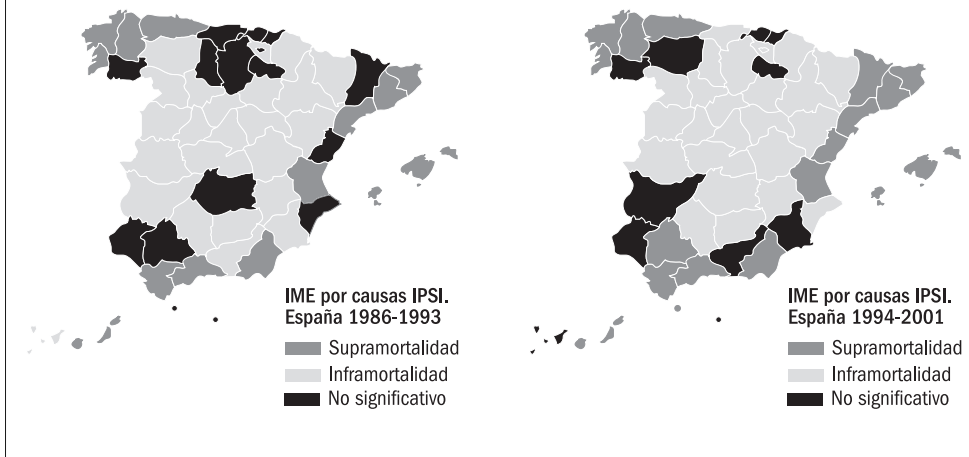


Gráfico 3

Cambio en la mortalidad por causas ISAS e IPSI por provincias entre 1986-1993 y 1994-2001 (Razón comparativa de mortalidad) (Referencia 12)



CAPÍTULO 3

Desigualdades sociales, económicas y políticas en la evolución de la salud percibida en España entre 1987 y 2007

Juan Antonio Córdoba Doña¹, Manuela Prieto Uceda² y Antonio Escolar Pujolar^{1,3}

Resumen

Objetivos: Analizar la tendencia en la salud percibida (SP) en España entre 1987 y 2007 a través de las siete Encuestas Nacionales de Salud (ENS), e identificar los factores individuales y contextuales asociados.

Metodología: Estudio transversal de las siete ENS realizadas hasta 2007. La variable dependiente es salud percibida, en dos categorías: muy mala/mala/regular frente a buena/muy buena. Se analizan por separado ambos sexos en dos períodos: 1987-97 y 2001-06. Se elaboraron modelos de regresión logística multinivel, con la comunidad autónoma (CA) como segundo nivel. Como variable independiente individual se incluye el nivel de estudios. Como variables contextuales se analizan: coeficiente de Gini, PIB per cápita, desempleo de larga duración, implantación de la reforma en APS y tendencia política predominante en la CA. Como variables de ajuste se contemplan: edad, actividad física, consumo de tabaco y alcohol, estado civil y situación laboral.

Resultados: Se incluyeron 66.866 mujeres y 56.354 hombres. La SP empeora en hombres y mujeres a lo largo del período. Las desigualdades por nivel de estudios han aumentado en el tiempo, en ambos sexos, de forma más evidente en mujeres. Tomando como referencia el grupo de hombres universitarios de la ENS de 1987, la OR del grupo de hombres sin estudios pasa de 2,53 IC₉₅[2,05-3,13] en ese año a 2,71 IC₉₅[2,15-3,42] al final del período. En mujeres pasa de 2,40 IC₉₅[1,90-3,03] en 1987 a 3,16 IC₉₅[2,48-4,04] en 2006. Una menor renta absoluta y una mayor desigualdad de renta se asocian con peor SP en ambos sexos y durante todo el período. El predominio de un gobierno autonómico socialdemócrata desde 1983 hasta 2006 se asocia, en el segundo período, a una mejor percepción de salud (mujeres: OR=0,83 IC₉₅[0,68-1,00] y hombres: OR=0,78 IC₉₅[0,64-0,97] en comparación con el predominio de uno conservador.

Conclusiones: Se detecta una tendencia a una peor percepción del estado de salud

1. Delegación Provincial de Salud de Cádiz.

2. Medicina Preventiva Hospital de Puerto Real, Cádiz.

3. Medicina Preventiva Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

en ambos sexos. Asimismo ha aumentado la desigualdad en la percepción en salud según el nivel de estudios durante el periodo. Una parte de la variabilidad en salud percibida entre las CCAA está explicada por la desigualdad absoluta y relativa de renta, así como por el grado de implantación del modelo de APS. El predominio de un gobierno autonómico socialdemócrata desde principios de los 80 a mediados de la década de 2000 atenúa de manera significativa la tendencia a la peor percepción de salud.

Introducción

La salud percibida (SP) es un indicador ampliamente aceptado para medir la salud general de la población. Tiene correlación con la mortalidad y mide de manera indirecta la calidad de vida y el bienestar de las personas (1,2). Es utilizado ampliamente en muchos países y por la Unión Europea. En España, la Encuesta Nacional de Salud (ENS) lo ha recogido en todas sus ediciones.

Hay abundante literatura científica en nuestro país que analiza esta variable, tanto a partir de la ENS como de la Encuesta de Condiciones de Vida del INE. Se utiliza en investigaciones médicas, sociológicas, de psicología, de economía de la salud, entre otras (3,4). En los últimos años han proliferado las publicaciones en relación con las desigualdades sociales en salud percibida, aunque ninguna ha analizado aún la serie completa de las ENS. Entre la primera, realizada en 1987, y la última, en los años 2006/07, han transcurrido dos décadas. El análisis de este indicador con una perspectiva temporal amplia nos permitirá detectar su tendencia así como la evolución de sus posibles factores determinantes.

La salud percibida está asociada a diversos factores individuales y sociales que deben ser incluidos en cualquier análisis, ya sea para realizar ajustes o para medir su impacto. Para evaluar simultáneamente los efectos de las variables individuales y de las variables de contexto (ya sea barrio, provincia, comunidad autónoma o país) es necesario emplear el análisis multinivel (5), que permite considerar la relación jerárquica de los datos, como en nuestro caso, individuos incluidos en comunidades autónomas (CCAA). La CA es el nivel contextual empleado en este trabajo, por ser el espacio en el que actúan, diferenciándolas factores económicos, de políticas sociales y de ideología de gobierno. La relación jerárquica de los datos propia del análisis multinivel sitúa en nuestro análisis a los individuos en el marco de sus respectivas CCAA. Se trata de evaluar qué características de las CCAA intervienen sobre la variación de la salud percibida, y no el grado en que la salud percibida varía entre ellas.

A nivel individual, la variable que más influye en la percepción del estado de salud es la edad, presentando las personas mayores peor salud de manera consistente. La salud percibida también se relaciona con el sexo, siendo peor en las mujeres que en los hombres en la mayoría de los grupos de edad y de países. Asimismo está demostrada su relación con el nivel educativo y con la clase social y los ingresos familiares, a mejor nivel educativo o mayores ingresos mejor salud percibida en general. Variables

individuales como el estado civil, la situación laboral, y otros determinantes intermedios como el tabaquismo, el consumo de alcohol y la actividad física se relacionan también en diversos grados con la salud autopercibida (6,7).

Las variables contextuales, referidas tanto a la provincia como a la CA o al país, han sido estudiadas tanto en investigaciones ecológicas como en análisis multinivel. Con diversos períodos de retardo o de latencia, las más examinadas en la literatura han sido las variables económicas como la renta absoluta en términos de PIB o similar, la distribución del gasto público y, con bastante insistencia, la desigualdad en la distribución de la renta. Aunque permanece cierto nivel de controversia, en general, a mayor renta y a menor desigualdad de renta en la provincia o en el país, mejor es la salud percibida individual. Finalmente, las variables políticas en relación con la distribución de poder o tipo de régimen político, a pesar de su relevancia en los diversos modelos explicativos, están presentes en menos estudios, aún más escasos en el ámbito del Estado español (8,9).

Para orientar el análisis de los determinantes de la SP hemos seguido el marco conceptual de determinantes estructurales de la salud definido por Navarro et al. (10). El mismo plantea cómo la política, los recursos de poder, influye sobre las políticas sociales del Estado de bienestar y sobre el mercado de trabajo, y éstos a su vez sobre los ingresos y las desigualdades económicas, con repercusiones de todos ellos en los niveles de salud y su distribución desigual en la población.

Los objetivos del presente trabajo son analizar la tendencia en la SP en España entre 1987 y 2007 a través del análisis de las siete ENS, así como identificar los factores individuales y contextuales que han podido determinarla.

Metodología

Contexto sociopolítico

El período entre 1987 y 2007 estuvo marcado por las políticas neoliberales, implantadas en su primera fase por los gobiernos socialistas, desarrolladas a través de la imposición de importantes reformas laborales y económicas regresivas (plan de empleo juvenil, reconversión industrial, entre otras), combinadas con una agresiva política de infraestructuras físicas de transporte y de privatizaciones de empresas y banca públicas. Sujeta a las contradicciones marcadas por los pactos de transición del franquismo a la democracia, la sociedad española, impulsada por un crecimiento económico que a la postre se ha demostrado insostenible, conoció una mejora general y transitoria de sus condiciones de vida, sin que ello impidiera mantener proporciones elevadas de población empobrecida y en situación de exclusión social (11).

El crecimiento de la desigualdad socioeconómica ha sido constante siguiendo la senda marcada por la agenda neoliberal gestionada por los dos grandes partidos en un marco de predominancia del capitalismo de base financiera (12). El año 2007 marcó el final de una época, sólo en apariencia dorada, de crecimiento económico.

Diseño

Estudio transversal a partir de las siete ENS realizadas en España entre 1987 y 2006/07. Se analizan simultáneamente variables de las CCAA mediante modelos de regresión logística multinivel.

La ENS es ejecutada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en virtud de un acuerdo de colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social, cuyo principal objetivo es conocer el estado de salud de la población y los factores determinantes del mismo desde la perspectiva de los ciudadanos. La ENS se realiza mediante entrevistas personales directas a personas de 16 años en adelante, y tiene una periodicidad variable. Entre 1987 y 2006 se han realizado siete Encuestas Nacionales de Salud (1987, 1993, 1995, 1997, 2001, 2003 y 2006/07), con tamaños muestrales variables, entre alrededor de 6.000 en 1995 y 1997 hasta cerca de 30.000 en 2006/07.

El tipo de muestreo que se utiliza es polietápico estratificado. Las unidades de primera etapa son las secciones censales. Las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares principales. Dentro de cada vivienda se selecciona a un adulto.

En el presente estudio se incluyeron a todos los individuos con información completa de las 17 CCAA y se excluyeron las dos ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, que no constan en las primeras encuestas.

Recogida de datos

La fuente de datos de SP y de todas las variables individuales han sido las ENS. Los datos económicos de las CCAA se han tomado del informe “Desarrollo humano en España 1980-2007” (13) y los correspondientes al avance de la atención primaria (AP) de un artículo de González et al (14).

La mayoría de las variables individuales estaba formulada de igual manera en todas las ENS. Cuando hubo discordancia, se procedió a recodificarlas intentando conservar la máxima información y comparabilidad posibles.

VARIABLES INDIVIDUALES

La variable dependiente es la SP en los últimos 12 meses, que la ENS clasifica en cinco categorías: muy mala, mala, regular, buena y muy buena. Para el estudio se construyeron dos categorías: “mala salud”, que engloba a las tres primeras, y “buena salud”, que agrupa a las dos últimas.

Como variable predictora independiente se seleccionó el nivel de estudios, clasificado en cuatro niveles: sin estudios, primarios, secundarios y universitarios.

Las variables de ajuste incluidas en el análisis han sido: edad, tomada como continua y medida en años; actividad física, en dos categorías, sedentario y activo (que agrupa

a tres niveles de actividad recogidos en la encuesta); consumo actual de tabaco (dicotómica) y consumo actual de alcohol (dicotómica); estado civil, en cuatro categorías: soltero/a, casado/a, separado/a-divorciado/a y viudo/a, y por último situación laboral en seis categorías: trabajador/a, jubilado/a-pensionista, parado/a, estudia, sus labores y otros.

Variables contextuales

Como variables contextuales de CCAA se analizan: el producto interior bruto (PIB) per cápita de 1980, en miles de euros, para medir la renta absoluta; el coeficiente de Gini del año 1980, como indicador de desigualdad de renta dentro de cada CA, medido en cambios de 0,05 unidades; el desempleo de larga duración en el año 1980 en porcentaje; el porcentaje de analfabetismo en 1980; el porcentaje de pobreza en ese mismo año (en la selección del año 1980 para las variables económicas se asume que existe un período de retardo que permita expresar una posible asociación de éstas con la SP) (15); el porcentaje de avance de la reforma en atención primaria en el año 1992 (por 10% de cambio) y la tendencia política según el gobierno que predomina en la comunidad autónoma en dos períodos (1983 a 1995 y 1995 a 2006), ya que en las elecciones autonómicas de 1995 se produce un cambio importante en el mapa político de muchas CCAA. Esta última variable se construye a su vez con dos variables “dummy” para poder incluir las tres categorías que incluyen a todas las CCAA: (1) socialdemócrata entre 1983-2006; (2) socialdemócrata entre 1983-1995 y conservador/nacionalista hasta 2006; (3) conservador/nacionalista entre 1983-2006.

Análisis estadístico

La ENS tiene una estructura multinivel, por tanto es recomendable analizarla de esta forma cuando los datos presentan cierta agrupación dentro de su nivel, en nuestro caso cuando la CA influye en la distribución de la SP. El primer nivel, por tanto, es el individuo y el segundo nivel la CA ($n=17$), la cual se ha considerado adecuada a la hora de analizar variables contextuales, económicas y sociales.

Como la variable SP es dicotómica (mala salud/buena salud) se elaboraron modelos de regresión logística multinivel, con intersecciones en el origen (“intercepts”) aleatorias para cada CA. Se calculan las “odds ratio” (OR) ajustadas con sus intervalos de confianza del 95%. Se analizan por separado mujeres y hombres en todos los modelos. En los modelos se incluyeron las variables que presentaron una significación menor del 0,05 en alguno de ellos.

Hemos seguido tres estrategias de análisis diferentes. En primer lugar, para estudiar la tendencia anual (ajustando por el resto de variables) se elabora inicialmente el modelo “vacío”, sin variables explicativas, para ver si hay agrupación o efecto de la co-

munidad autónoma; en segundo lugar se introduce la variable edad; a continuación las variables sexo y año, con un término de interacción sexo-año; posteriormente el resto de variables individuales, y finalmente, las variables contextuales. Se toma como referencia el grupo de hombres en el año 1987.

En el segundo análisis, para medir la tendencia anual según cada nivel de estudios, que es la variable individual de interés (ajustando por el resto de variables), se crea el modelo “vacío”; después se añade la variable edad; a continuación nivel de estudios, año e interacción nivel de estudios-año; seguidamente el resto de variables individuales, y por último, las variables contextuales. El grupo de referencia son los hombres universitarios y las mujeres universitarias en el año 1987.

En tercer lugar, para analizar la influencia de cada una de las variables de interés como el nivel educativo individual, así como de las variables contextuales, económicas, sociales y políticas (ideológicas), se divide la serie en dos períodos: el primero de 1987 a 1997 (incluye 4 encuestas) y el segundo de 2001 a 2006/07 (incluye 3 encuestas), siempre por separado para mujeres y hombres (esto es, 4 modelos). Como en los análisis anteriores se comienza con el modelo vacío, a continuación se incorpora la variable edad y el resto de las variables individuales, para concluir con las variables de contexto.

Para aproximarnos a la medición de la influencia de la CA, en los modelos de regresión logística multinivel se ha calculado la “median odds ratio” (MOR), que es la mediana de las OR debidas a la CA de residencia que se obtienen si comparamos dos individuos de características idénticas a partir de dos CCAA diferentes elegidas al azar. Como es una OR, la MOR se interpreta en las mismas unidades y se puede comparar con cualquier otra OR (16,17). Así, una MOR de 1,22 se interpreta como que hay un 22% de ventaja de mala salud percibida de un individuo sobre otro del cual únicamente difiere en la CA de residencia. Los datos han sido procesados con el programa Stata11.

Resultados

La muestra global incluye 67.082 mujeres y 56.496 hombres tras excluir todos los registros con algún dato faltante (5,7% de los 131.011 iniciales). El número de sujetos por ENS varía entre 6.154 en 1995 y 28.445 en la última. La proporción de mujeres en las muestras anuales oscila entre el 50,9% de 2001 y el 60,5% de 2006/07. La distribución de todas las variables individuales en cada encuesta está recogida en las tablas 1 y 2.

Las variables de contexto por CA se presentan en la tabla 3. En el PIB per cápita correspondiente al año 1980 se aprecia gran desigualdad, entre los más de 200.000 euros del País Vasco y los poco más de 8.000 de Extremadura. En el coeficiente Gini, La Rioja es la comunidad más igualitaria, con un valor de 0,269 en ese mismo año, frente a Galicia, la más desigual, con 0,358, seguida de Madrid con 0,349. El índice de paro de larga duración presentó un rango entre el 0,19% de La Rioja y el 5,19% del País Vasco. El porcentaje de avance de la reforma en AP con datos de 1992 se

mueve entre el 23% de Galicia y el 31% de Cantabria en los límites inferiores y el 80% de Navarra o el 70% de Castilla-La Mancha por arriba. En el período 1983-95 fueron 11 las CCAA con predominio de gobierno socialdemócrata. En el siguiente período entre 1995-2006, por contra, de las 17 comunidades 12 tuvieron gobierno autonómico conservador y/o nacionalista.

Las mujeres presentan peor SP que los hombres en todas las ENS, ajustando por las variables individuales y contextuales (gráfico 1). Tomando como referencia el valor de la mala SP de los hombres en 1987 se aprecia un deterioro en la SP en mujeres desde una OR ajustada de 1,25 IC₉₅[1,18-1,33] en el año 1987 hasta una OR de 1,71 IC₉₅[1,61-1,81] en la encuesta de 2006/07. En hombres la evolución de la mala salud percibida es menos marcada. A pesar de ello el período concluye en 2006/07 con una OR de mala salud de 1,15 IC₉₅[1,08-1,23]. En ambos sexos se aprecia un paréntesis de mejor salud percibida que se inicia en la encuesta de 1997 y se hace más notorio en la de 2001, siendo incluso significativamente mejor en ese año que al inicio del período en los hombres (OR=0,89, IC₉₅[0,83-0,97]).

El menor nivel de estudios individual se asocia con una peor SP en ambos sexos (gráficos 2 y 3). El gradiente social en SP se mantiene de forma consistente en las siete ENS. Las desigualdades han aumentado en el tiempo, de forma no muy diferente en hombres y mujeres, aunque de manera más evidente en éstas. Tomando como referencia el grupo de hombres universitarios de la ENS de 1987, la OR del grupo de hombres sin estudios pasa de 2,53 IC₉₅[2,05-3,13] en ese año a 2,71 IC₉₅[1,6-2,42] al final del período, y en el grupo con estudios primarios de 1,67 IC₉₅[1,36-2,05] hasta 1,97 IC₉₅[1,60-2,42] en 2006. En mujeres sin estudios la OR sobre las mujeres universitarias pasa de 2,40 IC₉₅[1,90-3,03] en 1987 a 3,16 IC₉₅[2,48-4,04] en 2006, y en el grupo con estudios primarios aumenta desde una OR de 1,46 IC₉₅[1,16-1,84] en 1987 hasta 2,06 IC₉₅[1,64-2,59] en la última ENS.

En los modelos elaborados dividiendo el lapso temporal de las siete ENS en dos períodos, 1987-1997 y 2001-2007, para así poder medir de una manera simplificada la influencia conjunta de las variables individuales y contextuales, todas las variables quedaron incluidas, a excepción de la tasa de alfabetización en 1980 y el porcentaje de pobres el mismo año. En la tabla 4 se presentan los modelos finales para mujeres, en la tabla 5 para hombres.

Un menor PIB per cápita en 1980 se asocia con peor SP en ambos sexos, con fuerza similar en todo el período. Por cada 1.000 euros de incremento del PIB per cápita se reduce entre un 3% o un 4% la probabilidad de mala SP. La desigualdad económica en la CA se asocia de forma clara con peor SP en ambos sexos, y es estable en el tiempo, con OR alrededor de 1,35 en mujeres y 1,20 en hombres. Es decir, un incremento de 0,05 unidades en el coeficiente de Gini de la comunidad se asocia con un aumento del 35% o del 20% de mala SP. El tercer indicador económico, el paro de larga duración en 1980, se asocia significativamente con mala SP en el primer período, y no en el segundo. En mujeres presenta una OR de 1,07 IC₉₅[1,01-1,13] y en hombres 1,05 IC₉₅[0,99-1,12].

Un mayor avance en la reforma en atención primaria de salud medido en 1992 se

asocia con una mejor SP en ambos sexos en el segundo período, y en mujeres también en el primero. Un 10% más de avance en las mujeres se traduce en una reducción del 9% en la probabilidad de mala SP en el segundo período.

El predominio de un gobierno autonómico socialdemócrata desde 1983 hasta 2006 se asocia a una mejor percepción de salud (mujeres: OR=0,83 [0,68-1,00] y hombres: OR=0,78 [0,64-0,97]) en el periodo 2001-2007. El predominio de esta tendencia política sólo entre los años 1983 y 1995 no se asocia de manera significativa con la percepción del estado de salud.

Según las MOR de los diversos modelos, en torno a 1,20 en los modelos “vacíos”, es adecuado considerar la comunidad autónoma como segundo nivel de análisis. La reducción evidente de las MOR al incluir las variables contextuales, hasta valores alrededor de 1,10, indica que una gran parte de la variabilidad en la mala SP entre CCAA se explicaría con las cinco variables de este nivel que han sido incluidas en los modelos.

Discusión

Este es el primer estudio de estas características que abarca un período tan amplio –algo más de 20 años, entre 1987 y 2007– a partir de todas las ENS. Se detecta un empeoramiento en los niveles de SP así como un aumento de las desigualdades según nivel educativo, tanto en mujeres como en hombres. Factores económicos, como la renta absoluta y la desigualdad de renta, y sanitarios, como la cobertura de AP, influyen en la percepción de la salud. La tendencia política socialdemócrata en la CA parece tener un efecto protector frente a la percepción de mala salud.

Un elemento a considerar en los estudios con variables sociales contextuales, fundamentalmente las estructurales, es el retardo de la influencia de algunas en la salud percibida. Determinantes estructurales e intermedios no se manifiestan en términos de SP sino algunos años o incluso décadas después (15). Algunos estudios multinivel en estados norteamericanos detectan una mayor influencia de variables de renta sobre la SP entre los 15 y 25 años (18). En el presente estudio, dependiendo de la disponibilidad de información, se han utilizado tiempos de latencia en promedio de 15 años. Por ejemplo, el PIB per cápita y el Gini y desempleo de larga duración son de 1980, mientras que el porcentaje de avance de la reforma es de 1992, ya que por razones históricas no se podía utilizar de años anteriores.

Se detecta una tendencia al incremento de las desigualdades según el nivel de estudios, algo que coincide con trabajos realizados en España (19,20) y en otros países europeos entre los 80 y los 90 (21). Incluso en países con políticas más redistributivas, donde se ha dado un incremento de la renta general y una reducción de las desigualdades de renta, se detecta un incremento en el gradiente socioeconómico en la salud (22).

En nuestro trabajo, tanto la renta absoluta (medida como PIB per cápita) como la renta relativa o desigualdad de la renta en el interior de la CA (medida con el coeficiente de Gini) aparecen asociadas a la SP en el sentido esperable de a mayor renta

mejor salud y a menor desigualdad de renta mejor salud. El PIB es la variable económica más fuertemente relacionada con la SP (5,23).

De manera consistente la renta relativa se asocia a la SP en ambos sexos y en los dos períodos. Hay abundantes datos de que las desigualdades en renta son más explicativas de las diferencias en estado de salud entre países desarrollados que los niveles medios de la renta per cápita (24-26), aunque estudios multinivel en España realizados con indicadores de CCAA no encuentran esta relación (27,28).

Los mecanismos por los que la desigualdad de la renta afectaría a la salud pueden ser varios, a través de efectos psicológicos, por la limitación del acceso a servicios o actividades que tienen relación con la salud, o a través del capital social (24).

Hay muchas evidencias del efecto del desempleo sobre la salud, fundamentalmente sobre la mortalidad, en diversos países. Sin embargo son escasos los estudios multinivel en los cuales se analiza también el desempleo contextual, y cuando se hace es para comparar su peso con el individual (29,30). En nuestro estudio, el paro de larga duración en la CA tiene un efecto no tan demorado sobre la percepción de la salud, es decir en el primer período, ajustado por la situación laboral individual. Este indicador es menos estable que el PIB o el Gini y, por tanto, es más difícil de interpretar. En 1980 el paro en muchas regiones del Estado estaba creciendo de manera acelerada, fundamentalmente por un proceso de desindustrialización en el contexto de crisis económica.

Es ampliamente reconocido que un buen sistema de AP se relaciona con una mejor salud (31), lo que se ha comprobado mediante la reducción de la mortalidad y otros indicadores en países de nuestro entorno (32). Aunque en algunos estudios se ha concluido que, en general, ninguna CA está claramente mejor que otra en cuanto a buen funcionamiento (33), el presente trabajo detecta una asociación significativa entre el grado de avance de la reforma que se daba en 1992, seis años después de la promulgación de la Ley General de Sanidad, y la SP, más evidente en las mujeres, en las cuales se aprecia esta relación en ambos períodos, aunque en los hombres también en el segundo es evidente. Podríamos argumentar que los esfuerzos iniciales de la reforma contemplaban la entonces llamada salud maternoinfantil como uno de los programas prioritarios y que esta actuación y sus efectos fueran mejor detectados por las mujeres.

Aunque en el marco europeo fundamentalmente se han desarrollado varias investigaciones para medir el posible efecto de la tradición política dominante como determinante de la salud (34-36), sobre el efecto del color político de los gobiernos de las CCAA sólo conocemos un estudio multinivel (8), en el que las variables dependientes fueron la mortalidad prematura y específica por diversas causas y se valoró la tendencia política entre los años 1988 y 1998. Algunos indicadores mejoraron en este período en consonancia con el avance de la AP y también con la presencia de un gobierno socialdemócrata.

Detectamos que la presencia mayoritaria en el poder del partido socialdemócrata, solo o en coalición, en un período prolongado, de 1983 a 2006, está asociada, con un cierto retardo, con una significativa mejora en la SP en el segundo período. Esto

puede deberse a las políticas sociales y económicas más redistributivas, y a la reducción de desigualdades en el acceso a recursos, entre ellos los sanitarios. Martín-García et al. (9), en 2008, señalaban que seis años después de realizarse las transferencias sanitarias, se constataban diferencias notables en el desarrollo de la AP, con mayores deficiencias en las CCAA conservadoras.

Hay que señalar que se trata de un efecto relativo, es decir, en comparación con las comunidades de predominio conservador, ya que la tendencia general es a un empeoramiento en la SP en los españoles y españolas en las dos últimas ENS, lo cual puede estar relacionado con la ampliación y profundización de las estrategias neoliberales puestas en práctica por los gobiernos autonómicos y el gobierno del Estado.

El análisis multinivel es la estrategia recomendada para este tipo de estudios. En este caso presenta la limitación de haber considerado únicamente dos niveles, el individual y la CA. Las variables medidas en los niveles municipal y barrial o de entorno cercano están relacionadas con la SP por diversos mecanismos, cuyo análisis futuro puede aportar nuevas perspectivas (37).

Conclusiones

Se detecta una tendencia a una peor percepción del estado de salud en ambos sexos en el período 1986-2007. También está aumentando en España la desigualdad en la percepción en salud según el nivel de estudios en los últimos 20 años. Una parte de la variabilidad en la SP entre las CCAA está explicada por la desigualdad relativa y absoluta de renta, así como por el grado de implantación del modelo de AP. El predominio de un gobierno autonómico socialdemócrata desde principios de los 80 hasta mediados de la década del 2000 atenúa de manera significativa la tendencia a una peor percepción de salud en hombres y mujeres en comparación con las comunidades con gobiernos preponderantemente conservadores o nacionalistas.

Bibliografía

1. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 21-37.
2. Heistaro S, Jousilahti P, Lahelma E, Vartiainen E, Puska P. Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 227-232.
3. Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour? *Soc Sci Med* 2004; 58: 1869-87.
4. López-Casasnovas G, Costa-Font J, Planas I. Diversity and regional inequalities in the Spanish 'system of health care services'. *Health Economics* 2005; 14: S221-S235. doi: 10.1002/hec.1038.

5. Olsen KM, Dahl SA. Health differences between European countries. *Soc Sci Med* 2007; 64: 1665-78.
6. Guallar-Castillón P, Rodríguez Artalejo F, Díez Gañán L, Ramón Banegas Banegas J, Lafuente Urdinguio P, Del Rey Calero J. Consumo de tabaco y salud subjetiva en España. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 451-3.
7. Girón P. Determinants of self-rated health in Spain: differences by age groups for adults. *Eur J Public Health* 2010 [Epub ahead of print].
8. Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Urbanos R, Pasarín MI, Rico A, Fraile M, et al. Power relations and premature mortality in Spain's autonomous communities. *Int J Health Serv* 2003; 33: 687-722; discussion 743-9.
9. Martín-García M, Sánchez Bayle M, Palomo L. El desarrollo de la atención primaria en relación con la orientación política de los gobiernos autonómicos. *Aten Primaria* 2008; 40: 277-84.
10. Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, Vergés N, Pasarín MI. Politics and health outcomes. *Lancet* 2006; 368: 1033-7.
11. Laparra M. La construcción del empleo precario. Dimensiones, causas y tendencias de la precariedad laboral. Cáritas Española Editores. Madrid 2006.
12. Navarro V. Cómo lo político y social determina lo económico. *Temas para el Debate* 2011; 194: 35-8.
13. Herrero C, Soler A. y Villar A. Desarrollo humano en España 1980-2007. Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas. Valencia; 2010.
14. González B, Urbanos RM, Ortega P. Oferta pública y privada de servicios sanitarios por comunidades autónomas. *Gac Sanit.* 2004; 18 (Supl 1): 82-9.
15. Blakely T, Kennedy B, Glass R & Kawachi I. (2000). What is the lag time between income inequality and health status? *Journal of Epidemiology and Community Health* 2000; 54: 318-319.
16. Larsen K, Merlo J. Appropriate assessment of neighborhood effects on individual health: integrating random and fixed effects in multilevel logistic regression. *Am J Epidemiol* 2005; 161: 81-8.
17. Merlo J, Chaix B, Ohlsson H, Beckman A, Johnell K, Hjerpe P et al. A brief conceptual tutorial of multilevel analysis in social epidemiology: using measures of clustering in multilevel logistic regression to investigate contextual phenomena. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60: 290-297.
18. Subramanian SV, Kawachi I. Whose health is affected by income inequality? A multilevel interaction analysis of contemporaneous and lagged effects of state income inequality on individual self-rated health in the United States. *Health Place* 2006; 12: 141-156.
19. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Domínguez V, Calle ME, Navarro P. Comparing social inequalities in health in Spain: 1987 and 1995/97. *Soc Sci Med* 2002; 54: 1323-32.
20. Daponte-Codina A, Bolívar-Muñoz J, Toro-Cárdenas S, Ocaña-Riola R, Benach-Rovira J, Navarro-López V. Area deprivation and trends in inequalities in self-rated health in Spain, 1987-2001. *Scand J Public Health* 2008; 36: 504-515.

21. Kunst AE, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *Int J Epidemiol* 2005; 34: 295-305.
22. Bosma H. A critical reflection on the role of social democracy in reducing socioeconomic inequalities in health: a commentary on Sekine, Chandola, Martikainen, Marmot and Kagamimori. *Soc Sci Med* 2009; 69: 1426-8; discussion 1429-31.
23. Subramanian SV, Kawachi I, Kennedy BP. Does the state you live in make a difference? Multilevel analysis of self-rated health in the US. *Soc Sci Med* 2001; 53: 9-19.
24. Marmot M, Wilkinson RG. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. *BMJ* 2001; 322: 1233-6.
25. Regidor E, Martínez D, Astasio P, Ortega P, Calle ME, Domínguez V. Evolución de las desigualdades socioeconómicas y las desigualdades en la percepción de la salud en España. *Gac Sanit* 2006; 20: 178-82.
26. Kondo N, Sembajwe G, Kawachi I, Van Dam RM, Subramanian SV, Yamagata Z. Income inequality, mortality, and self rated health: meta-analysis of multilevel studies. *BMJ* 2009; 339:b4471.
27. Blanco C. Desigualdad de la renta y nivel de salud de los individuos en España. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006.
28. Martín JJ, Karlsdotter K, López del Amo MP. Análisis multinivel de la renta y las desigualdades de renta y salud en España. Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces, Consejería de la Presidencia, Junta de Andalucía. Sevilla, 2011.
29. Osler M, Christensen U, Lund R, Gamborg M, Godtfredsen N, Prescott E. High local unemployment and increased mortality in Danish adults; results from a prospective multilevel study. *Occup Environ Med* 2003; 60:e16.
30. Åhs A, Westerling R. Self-rated health in relation to employment status during periods of high and of low levels of unemployment. *Eur J Public Health* 2006; 16: 295-305.
31. Shi L, Starfield B, Politzer R, Regan J. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res* 2002; 37: 529-550.
32. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003; 38: 831-865.
33. García-Altés A, Ferrando J, Mendivil J, Borrell C. Análisis de las desigualdades de género y clase social en el desempeño de los servicios sanitarios de las comunidades autónomas. Madrid: Observatorios de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/DesigualdadesGenero_y_clase_SS.pdf
34. Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. *Int J Health Serv* 2001; 31: 1-21.

35. Espelt A, Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Muntaner C, Pasarín MI, Benach J et al. Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *Int J Epidemiol* 2008; 37: 1095-1105.
36. Huijts T, Perkins JM, Subramanian SV. Political regimes, political ideology, and self-rated health in Europe: a multilevel analysis. *PLoS One* 2010; 5: e11711.
37. Malmström M, Sundquist J, Johansson SE. Neighborhood environment and self-reported health status: a multilevel analysis. *Am J Public Health* 1999; 89: 1181-6.

Tabla 1
Distribución de las variables individuales por encuesta. Mujeres

	1987	1993	1995	1997	2001	2003	2006	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Salud percibida								
Mala	5.434 (37,3)	3.509 (35,3)	1.191 (37,4)	1.136 (35,5)	2.368 (31,7)	4.654 (40,3)	7.357 (42,8)	25.649 (38,2)
Buena	9.113 (62,7)	6.417 (64,7)	1.991 (62,6)	2.061 (64,5)	5.110 (68,3)	6.888 (59,7)	9.853 (57,2)	41.433 (61,8)
Edad								
Media (d.e.)	44,6 (18,8)	44,6 (18,7)	44,9 (19,0)	45,0 (18,8)	44,4 (18,3)	52,0 (19,7)	51,6 (18,6)	47,7 (19,2)
Nivel de estudios								
Sin estudios	5.618 (38,6)	1.858 (18,7)	525 (16,5)	261 (8,2)	525 (7,0)	2.000 (17,3)	2.702 (15,7)	13.489 (20,1)
Primarios	6.688 (46,0)	5.161 (52,0)	1.593 (50,1)	1.803 (56,4)	4.592 (61,4)	5.805 (50,3)	8.047 (46,8)	33.689 (50,2)
Secundarios	1.685 (11,6)	2.223 (22,4)	780 (24,5)	741 (23,2)	1.399 (18,7)	2.113 (18,3)	3.943 (22,9)	12.884 (19,2)
Universitarios	556 (3,8)	684 (6,9)	284 (8,9)	392 (12,3)	962 (12,9)	1.624 (14,1)	2.518 (14,6)	7.020 (10,5)
Actividad física								
Sedentario/a	4.164 (28,6)	3.153 (31,8)	853 (26,8)	901 (28,2)	2.158 (28,9)	3.719 (32,2)	5.464 (31,7)	20.412 (30,4)
Activo/a	10.383 (71,4)	6.773 (68,2)	2.329 (73,2)	2.296 (71,8)	5.320 (71,1)	7.823 (67,8)	11.746 (68,3)	46.670 (69,6)
Fuma actualmente								
Sí	3.153 (21,7)	2.034 (20,5)	779 (24,5)	789 (24,7)	1.937 (25,9)	2.226 (19,3)	3.440 (20,0)	14.358 (21,4)
No	11.394 (78,3)	7.892 (79,5)	2.403 (75,5)	2.408 (75,3)	5.541 (74,1)	9.316 (80,7)	13.770 (80,0)	52.724 (78,6)
Bebe alcohol actualmente								
Sí	5.602 (38,5)	3.028 (30,5)	1.151 (36,2)	1.168 (36,5)	2.854 (38,2)	5.096 (44,1)	7.119 (41,4)	26.018 (38,8)
No	8.945 (61,5)	6.898 (69,5)	2.031 (63,8)	2.029 (63,5)	4.624 (61,8)	6.446 (55,9)	10.091 (58,6)	41.064 (61,2)
Estado civil								
Soltero/a	3.654 (25,1)	2.460 (24,8)	809 (25,4)	845 (26,4)	2.090 (28,0)	2.714 (23,5)	3.527 (20,5)	16.099 (24,0)
Casado/a	8.989 (61,8)	6.114 (61,6)	1.908 (60,0)	1.887 (59,0)	4.353 (58,2)	6.045 (52,4)	9.741 (56,6)	39.037 (58,2)
Separado/a - divorciado/a	181 (1,2)	208 (2,1)	79 (2,5)	93 (2,9)	297 (4,0)	464 (4,0)	983 (5,7)	2.305 (3,4)
Viudo/a	1.723 (11,8)	1.144 (11,5)	386 (12,1)	372 (11,6)	738 (9,9)	2.319 (20,1)	2.959 (17,2)	9.641 (14,4)
Situación laboral								
Activo	3.055 (21,0)	2.378 (24,0)	723 (22,7)	822 (25,7)	2.449 (32,7)	3.875 (33,6)	6.670 (38,8)	19.972 (29,8)
Jubilado/ pensionista	1.096 (7,5)	1.441 (14,5)	486 (15,3)	514 (16,1)	1.067 (14,3)	3.290 (28,5)	4.302 (25,0)	12.196 (18,2)
Parado/a	621 (4,3)	781 (7,9)	308 (9,7)	340 (10,6)	607 (8,1)	736 (6,4)	1.143 (6,6)	4.536 (6,8)
Estudia	1.316 (9,0)	995 (10,0)	354 (11,1)	316 (9,9)	687 (9,2)	604 (5,2)	592 (3,4)	4.864 (7,2)
Sus labores	8.459 (58,1)	4.306 (43,4)	1.292 (40,6)	1.189 (37,2)	2.639 (35,3)	2.986 (25,9)	4.351 (25,3)	25.222 (37,6)
Otros	0 (0,0)	25 (0,2)	19 (0,6)	16 (0,5)	29 (0,4)	51 (0,4)	152 (0,9)	292 (0,4)
Total	14.547	9.926	3.182	3.197	7.478	11.542	17.210	67.082

Tabla 2
Distribución de las variables individuales por encuesta. Hombres

	1987	1993	1995	1997	2001	2003	2006	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Salud percibida								
Mala	3.642 (27,8)	2.457 (26,5)	852 (28,7)	819 (27,3)	1.619 (22,5)	2.795 (28,8)	3.439 (30,6)	15.623 (27,6)
Buena	9.473 (72,2)	6.814 (73,5)	2.120 (71,3)	2.177 (72,7)	5.589 (77,7)	6.894 (71,2)	7.806 (69,4)	40.873 (72,4)
Edad								
Media (d.e.)	42,6 (18,4)	42,4 (18,1)	42,6 (18,6)	42,8 (18,5)	42,7 (18,0)	48,0 (18,5)	49,2 (18,5)	44,8 (18,6)
Nivel de estudios								
Sin estudios	3.764 (28,7)	1.137 (12,3)	341 (11,5)	179 (6,0)	353 (4,9)	1.093 (11,3)	1.239 (11,0)	8.106 (14,3)
Primarios	6.689 (50,8)	4.527 (48,8)	1.380 (46,4)	1.538 (51,3)	4.111 (57,0)	5.034 (52,0)	5.111 (45,4)	28.370 (50,2)
Secundarios	1.805 (13,8)	2.725 (29,4)	911 (30,6)	890 (29,7)	1.673 (23,2)	2.255 (23,3)	3.103 (27,6)	13.362 (23,6)
Universitarios	877 (6,7)	882 (9,5)	340 (11,4)	389 (13,0)	1.071 (14,9)	1.307 (13,5)	1.792 (15,9)	6.658 (11,8)
Actividad física								
Sedentario/a	4.440 (33,8)	3.365 (36,3)	1.137 (38,3)	1.143 (38,1)	2.619 (36,3)	3.392 (35,0)	4.185 (37,2)	20.281 (35,9)
Activo/a	8.675 (66,2)	5.906 (63,7)	1.835 (61,7)	1.853 (61,9)	4.589 (63,7)	6.297 (65,0)	7.060 (62,8)	36.215 (64,1)
Fuma actualmente								
Sí	7.103 (54,2)	4.082 (44,0)	1.293 (43,5)	1.268 (42,3)	2.809 (39,0)	3.222 (33,2)	3.424 (30,4)	23.201 (41,1)
No	6.012 (45,8)	5.189 (56,0)	1.679 (56,5)	1.728 (57,7)	4.399 (61,0)	6.467 (66,8)	7.821 (69,6)	33.295 (58,9)
Bebe alcohol actualmente								
Sí	9.671 (73,7)	6.184 (66,7)	2.069 (69,6)	2.081 (69,5)	5.003 (69,4)	6.865 (70,8)	7.988 (71,0)	39.861 (70,5)
No	3.444 (26,3)	3.087 (33,2)	903 (30,4)	915 (30,5)	2.205 (30,6)	2.824 (29,2)	3.257 (29,0)	16.635 (29,5)
Estado civil								
Soltero/a	4.439 (33,8)	3.261 (35,2)	1.042 (35,1)	1.124 (37,5)	2.704 (37,5)	3.104 (32,0)	3.664 (32,6)	19.338 (34,2)
Casado/a	8.173 (62,3)	5.622 (60,6)	1.808 (60,8)	1.749 (58,4)	4.123 (57,2)	5.888 (60,8)	6.447 (57,3)	33.810 (59,8)
Separado/a - divorciado/a	111 (0,9)	121 (1,3)	42 (1,4)	45 (1,5)	186 (2,6)	280 (2,9)	536 (4,8)	1.321 (2,3)
Viudo/a	392 (3,0)	267 (2,9)	80 (2,7)	78 (2,6)	195 (2,7)	417 (4,3)	598 (5,3)	2.027 (3,6)
Situación laboral								
Activo	7.879 (60,1)	5.333 (57,5)	1.582 (53,2)	1.563 (52,2)	4.428 (61,4)	5.686 (58,7)	6.512 (57,9)	32.983 (58,4)
Jubilado/ pensionista	2.730 (20,8)	1.931 (20,8)	687 (23,1)	701 (23,4)	1.585 (22,0)	2.843 (29,3)	3.521 (31,3)	13.998 (24,8)
Parado/a	1.125 (8,6)	936 (10,1)	340 (11,4)	356 (11,9)	427 (5,9)	556 (5,7)	603 (5,4)	4.343 (7,7)
Estudia	1.380 (10,5)	990 (10,7)	326 (11,0)	343 (11,4)	734 (10,2)	558 (5,8)	501 (4,5)	4.832 (8,5)
Sus labores	1 (0,0)	31 (0,3)	4 (0,1)	7 (0,2)	8 (0,1)	4 (0,1)	14 (0,1)	69 (0,1)
Otros	0 (0,0)	50 (0,5)	33 (1,1)	26 (0,9)	26 (0,4)	42 (0,4)	94 (0,8)	271 (0,5)
Total	13.115	9.271	2.972	2.996	7.208	9.689	11.245	56.496

Tabla 3
Variables contextuales por comunidad autónoma

	PIB per cápita 1980	Coefficiente Gini 1980	Paro larga duración 1980 %	Porcentaje reforma APS 1992	Gobierno CCAA 1983-1995	Gobierno CCAA 1995-2006
Andalucía	11.727	0,340	4,94	54	SD	SD
Aragón	14.695	0,327	2,90	64	SD	SD
Asturias	12.945	0,323	3,56	56	SD	SD
Baleares	18.059	0,337	1,23	45	C/N	C/N
Canarias	16.354	0,347	4,01	55	SD	C/N
Cantabria	15.457	0,304	2,72	31	C/N	C/N
Castilla-La Mancha	12.365	0,318	2,79	70	SD	SD
Castilla León	13.722	0,335	2,59	67	C/N	C/N
Cataluña	18.225	0,317	4,64	33	C/N	C/N
Comunidad Valenciana	15.126	0,304	3,19	50	SD	C/N
Extremadura	8.064	0,334	3,85	68	SD	SD
Galicia	13.121	0,358	1,37	23	C/N	C/N
Madrid	18.947	0,349	4,30	52	SD	C/N
Murcia	15.176	0,316	2,39	41	SD	C/N
Navarra	19.575	0,325	4,44	80	SD	C/N
País Vasco	20.313	0,275	5,19	47	C/N	C/N
Rioja	14.789	0,269	1,19	69	SD	C/N
España	15.310	0,346	3,72	50	-	-

SD: Socialdemócrata.

C/N: Conservador/Nacionalista.

Tabla 4

Modelo de regresión logística multinivel de mala salud percibida en mujeres usando la comunidad autónoma como nivel contextual

	Período 1987-1997				Período 2001-2007			
	Modelo 1 OR (IC 95%)	Modelo 2 OR (IC 95%)	Modelo 3 OR (IC 95%)	Modelo 4 OR (IC 95%)	Modelo 1 OR (IC 95%)	Modelo 2 OR (IC 95%)	Modelo 3 OR (IC 95%)	Modelo 4 OR (IC 95%)
Variables individuales								
Edad		1.038 (1.036-1.040)	1.035 (1.033-1.037)	1.035 (1.033-1.037)		1.037 (1.035-1.038)	1.031 (1.028-1.033)	1.031 (1.028-1.033)
Nivel educativo		referencia	referencia	referencia		referencia	referencia	referencia
Universitarios		1.27 (1.10-1.46)	1.23 (1.07-1.43)	1.23 (1.07-1.43)		1.59 (1.46-1.75)	1.60 (1.46-1.76)	1.60 (1.46-1.76)
Secundarios		1.90 (1.67-2.16)	1.87 (1.63-2.13)	1.86 (1.63-2.13)		2.25 (2.08-2.44)	2.28 (2.10-2.49)	2.29 (2.10-2.49)
Primeros		2.88 (2.51-3.31)	2.77 (2.40-3.18)	2.76 (2.39-3.18)		3.81 (3.44-4.22)	3.68 (3.30-4.09)	3.68 (3.31-4.10)
Sin estudios			1.35 (1.27-1.43)	1.35 (1.27-1.43)			1.53 (1.45-1.62)	1.53 (1.45-1.62)
Actividad física			1.06 (0.99-1.14)	1.06 (0.99-1.14)			1.15 (1.08-1.23)	1.15 (1.08-1.22)
Fuma			0.71 (0.67-0.76)	0.71 (0.67-0.75)			0.75 (0.71-0.79)	0.75 (0.72-0.79)
Consumo alcohol			referencia	referencia			Referencia	Referencia
Estado civil			1.13 (1.04-1.24)	1.14 (1.04-1.24)			1.13 (1.05-1.22)	1.13 (1.05-1.22)
Soltero/a			1.22 (1.00-1.49)	1.22 (1.00-1.49)			1.41 (1.25-1.59)	1.41 (1.25-1.59)
Casado/a			0.96 (0.86-1.08)	0.96 (0.85-1.08)			0.87 (0.79-0.97)	0.87 (0.79-0.97)
Separado-divorciado/a			referencia	referencia			Referencia	Referencia
Viudo/a			1.26 (1.12-1.40)	1.26 (1.13-1.41)			1.56 (1.43-1.72)	1.56 (1.42-1.72)
Situación laboral			1.31 (1.16-1.47)	1.31 (1.16-1.48)			1.35 (1.22-1.49)	1.35 (1.22-1.49)
Activo			1.10 (0.96-1.25)	1.10 (0.96-1.25)			0.73 (0.62-0.85)	0.73 (0.62-0.85)
Jubilado/a-pensionista			1.15 (1.06-1.23)	1.15 (1.06-1.24)			1.19 (1.11-1.27)	1.19 (1.11-1.27)
Parado/a								
Estudia								
Sus labores								
Variables contextuales								
PIB per cápita 1980			0.96 (0.93-0.99)	0.96 (0.93-0.99)				0.96 (0.93-0.98)
Índice Gini 1980			1.35 (1.19-1.54)	1.35 (1.19-1.54)				1.32 (1.19-1.47)
Pero larga duración								
1980			1.07 (1.01-1.13)	1.07 (1.01-1.13)				1.03 (0.99-1.08)
Porcentaje reforma								
en APS 1992			0.95 (0.91-1.00)	0.95 (0.91-1.00)				0.91 (0.87-0.95)
Gobierno predominante								
en CA			referencia	referencia				referencia
Conserv/Nacionalista			1.07 (0.92-1.25)	1.07 (0.92-1.25)				1.08 (0.95-1.23)
Socialdem 1985-1995			0.88 (0.69-1.11)	0.88 (0.69-1.11)				0.83 (0.68-1.00)
Socialdem 1985-2006								
Efectos aleatorios								
Varianza 2º nivel	0.035 (0.016-0.073)	0.048 (0.023-0.099)	0.050 (0.024-0.104)	0.011 (0.004-0.027)	0.055 (0.027-0.110)	0.060 (0.029-0.121)	0.058 (0.029-0.117)	0.006 (0.002-0.017)
MOR	1.19	1.23	1.24	1.10	1.25	1.26	1.26	1.08

Tabla 5
Modelo de regresión logística multinivel de mala salud percibida en hombres usando la comunidad autónoma como nivel contextual

	Período 1987-1997				Período 2001-2007			
	Modelo 1 OR (IC 95%)	Modelo 2 OR (IC 95%)	Modelo 3 OR (IC 95%)	Modelo 4 OR (IC 95%)	Modelo 1 OR (IC 95%)	Modelo 2 OR (IC 95%)	Modelo 3 OR (IC 95%)	Modelo 4 OR (IC 95%)
Variables individuales								
Edad	1.038 (1.037-1.040)	1.020 (1.017-1.023)	1.020 (1.017-1.023)	1.020 (1.017-1.023)	1.038 (1.036-1.040)	1.022 (1.018-1.024)	1.022 (1.019-1.025)	1.022 (1.019-1.025)
Nivel educativo		referencia	referencia	referencia	referencia	referencia	referencia	referencia
Universitarios	1.51 (1.32-1.72)	1.47 (1.28-1.69)	1.47 (1.28-1.69)	1.47 (1.28-1.69)	1.54 (1.38-1.72)	1.58 (1.51-1.76)	1.58 (1.51-1.76)	1.58 (1.42-1.77)
Secundarios	1.95 (1.72-2.21)	1.98 (1.74-2.25)	1.98 (1.74-2.25)	1.98 (1.74-2.25)	2.20 (1.99-2.42)	2.22 (2.01-2.45)	2.22 (2.01-2.45)	2.23 (2.01-2.46)
Primarios	2.92 (2.56-3.34)	2.87 (2.51-3.30)	2.87 (2.51-3.30)	2.87 (2.51-3.30)	3.68 (3.25-4.16)	3.44 (3.02-3.91)	3.44 (3.02-3.91)	3.44 (3.02-3.91)
Sin estudios		1.30 (1.22-1.39)	1.30 (1.22-1.39)	1.30 (1.22-1.39)		1.48 (1.40-1.58)	1.48 (1.39-1.58)	1.48 (1.39-1.58)
Sedentario		0.97 (0.92-1.03)	0.97 (0.92-1.03)	0.97 (0.92-1.03)		1.12 (1.05-1.19)	1.12 (1.05-1.19)	1.12 (1.05-1.19)
Fuma		0.62 (0.59-0.67)	0.62 (0.59-0.67)	0.63 (0.59-0.67)		0.67 (0.63-0.71)	0.67 (0.63-0.71)	0.67 (0.63-0.71)
Consume alcohol		referencia	referencia	referencia		referencia	referencia	referencia
Estado civil		1.00 (0.92-1.09)	1.00 (0.92-1.09)	1.00 (0.92-1.09)		0.99 (0.92-1.07)	0.99 (0.92-1.07)	0.99 (0.92-1.07)
Casado/a		1.38 (1.06-1.79)	1.38 (1.06-1.79)	1.38 (1.06-1.79)		1.32 (1.13-1.54)	1.32 (1.13-1.54)	1.32 (1.13-1.54)
Separad-divorciado/a		1.02 (0.85-1.21)	1.02 (0.85-1.21)	1.02 (0.85-1.22)		0.71 (0.62-0.83)	0.71 (0.61-0.83)	0.71 (0.61-0.83)
Viudo/a		referencia	referencia	referencia		referencia	referencia	referencia
Situación laboral		2.32 (2.11-2.55)	2.32 (2.11-2.55)	2.31 (2.11-2.54)		2.17 (1.97-2.39)	2.17 (1.97-2.40)	2.17 (1.97-2.40)
Activo		1.54 (1.40-1.70)	1.54 (1.40-1.70)	1.54 (1.39-1.70)		1.73 (1.54-1.95)	1.73 (1.54-1.96)	1.73 (1.54-1.96)
Jubilado/a pensionista		0.78 (0.68-0.90)	0.78 (0.68-0.90)	0.78 (0.68-0.90)		0.44 (0.36-0.54)	0.44 (0.36-0.54)	0.44 (0.36-0.54)
Parado/a		1.29 (0.65-2.53)	1.29 (0.65-2.53)	1.30 (0.66-2.55)		1.03 (0.42-2.52)	1.03 (0.42-2.51)	1.03 (0.42-2.51)
Estudia								
Sus labores								
Variables contextuales								
PIB per cápita 1980		0.97 (0.94-1.00)	0.97 (0.94-1.00)	0.97 (0.94-1.00)		0.97 (0.95-0.99)	0.97 (0.95-0.99)	0.97 (0.95-0.99)
Índice Gini 1980		1.19 (1.03-1.38)	1.19 (1.03-1.38)	1.19 (1.03-1.38)		1.25 (1.12-1.40)	1.25 (1.12-1.40)	1.25 (1.12-1.40)
Período larga duración 1980		1.05 (0.99-1.12)	1.05 (0.99-1.12)	1.05 (0.99-1.12)		1.02 (0.97-1.07)	1.02 (0.97-1.07)	1.02 (0.97-1.07)
Porcentaje reforma en APS 1992		0.99 (0.94-1.05)	0.99 (0.94-1.05)	0.99 (0.94-1.05)		0.95 (0.91-0.99)	0.95 (0.91-0.99)	0.95 (0.91-0.99)
Gobierno predominante en la CA		referencia	referencia	referencia		referencia	referencia	referencia
Conser/Nacionalista		1.09 (0.91-1.30)	1.09 (0.91-1.30)	1.09 (0.91-1.30)		1.01 (0.88-1.16)	1.01 (0.88-1.16)	1.01 (0.88-1.16)
Socialdem 1985-1995		0.85 (0.66-1.11)	0.85 (0.66-1.11)	0.85 (0.66-1.11)		0.78 (0.64-0.97)	0.78 (0.64-0.97)	0.78 (0.64-0.97)
Socialdem 1985-2006								
Efectos aleatorios								
Varianza de 2º nivel	0.018 (0.008-0.040)	0.029 (0.013-0.064)	0.027 (0.012-0.059)	0.014 (0.006-0.033)	0.036 (0.017-0.076)	0.035 (0.017-0.073)	0.006 (0.002-0.19)	0.006 (0.002-0.19)
MOR	1.13	1.18	1.17	1.12	1.20	1.19	1.08	1.08

Gráfico 1
Mala salud percibida por sexo. Tendencia temporal 1987-2006

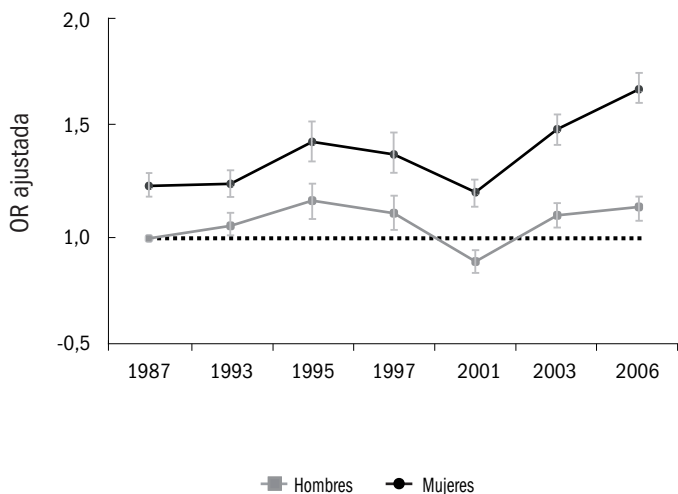


Gráfico 2
Mala salud percibida por nivel de educación. Mujeres 1987-2006

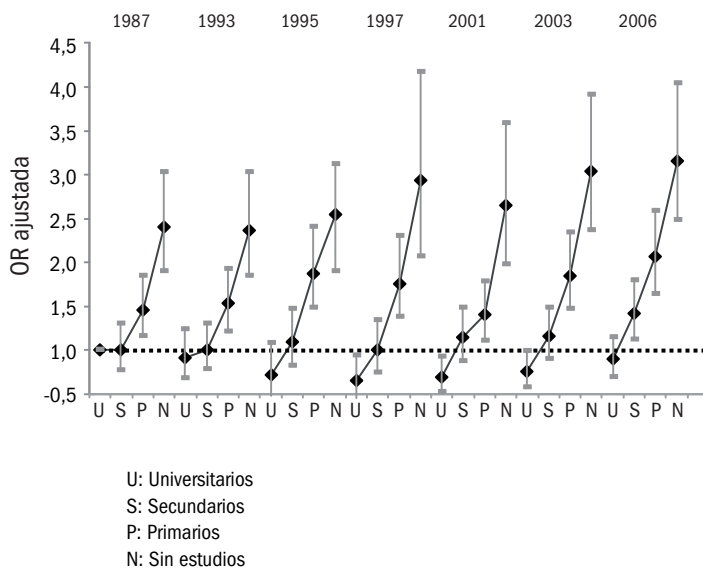
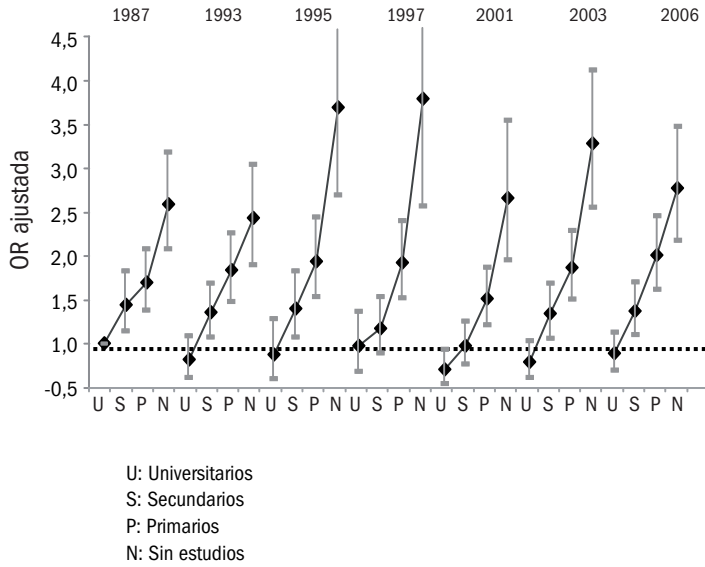


Gráfico 3.
Mala salud percibida por nivel de educación. Hombres 1987-2006.



CAPÍTULO 4

Evolución de la exposición a riesgos medioambientales

Mario Fernández López de Ahumada¹

Resumen

Los cambios que nuestra sociedad ha experimentado en las últimas décadas, tanto a nivel cultural y social como medioambiental, están sin duda influyendo en la morbimortalidad de la población.

Conocer la influencia en la salud de los nuevos riesgos medioambientales es fundamental, ya que la actuación sobre ellos es la mejor estrategia para garantizar la salud de la población.

En las enfermedades de etiología compleja, como las derivadas de exposiciones medioambientales múltiples, no es fácil llegar a establecer relaciones causales y, por otra parte, la formación de los sanitarios no ha tenido suficientemente en cuenta la importancia de estos factores como determinantes de salud y enfermedad. Buena parte de los aspectos comunitarios de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, por ejemplo, nunca fueron suficientemente desarrollados, y los profesionales de atención primaria se sienten en general más seguros y cómodos en la estricta labor clínico-asistencial en la que han sido formados.

Con todo, el importante número de personas expuestas a los nuevos y viejos riesgos medioambientales y la carga de enfermedad que dicha exposición puede estar ya generando, con sus repercusiones sobre el propio sistema sanitario, discurren a la par con el aumento de la conciencia social medioambiental, también entre los sanitarios, especialmente en los que trabajan específicamente en el campo de la salud pública. En la propia Unión Europea, la valoración de los riesgos medioambientales en los últimos treinta años, con claroscuros, también parece estar cambiando.

Introducción: La salud y el medio ambiente

El mayor o menor grado de salud de la comunidad está en función de toda una serie

¹ Coordinador del Grupo de Medio Ambiente y Salud de OSALDE – Asociación por el Derecho a la Salud. País Vasco (FADSP). Médico inspector del Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. Máster en Atención Sanitaria al Medio Ambiente (UPNA).

de **factores condicionantes medioambientales**, sociales y culturales a los que los seres humanos estamos expuestos en nuestra vida cotidiana en comunidad. La alimentación, la calidad del aire que se respira, el medio ambiente en el que se trabaja, el bienestar social, las pensiones y la cobertura social de situaciones adversas, los hábitos de vida y muchos otros factores medioambientales a los que estamos expuestos y expuestas, individual y colectivamente, influyen en la morbimortalidad de manera mucho más determinante que la propia asistencia sanitaria. Es fundamental disponer de un sistema público de salud que, partiendo de considerar la salud como un derecho básico, permita una asistencia universal, equitativa y de calidad para toda la población, algo que sólo un sistema público puede conseguir, pero los factores enumerados son igualmente decisivos en la salud de una comunidad.

La situación medioambiental y social ha sufrido grandes cambios en las últimas décadas. La industria, principal fuente hasta la anterior gran crisis de la contaminación ambiental, ha ido dando paso a una nueva sociedad “de servicios”, que genera nuevos riesgos para la salud.

Las sociedades occidentales, y la nuestra en particular, se han caracterizado en la segunda mitad del siglo pasado por un progresivo proceso de urbanización, por el aumento del transporte, basado especialmente en el automóvil particular, por una reconversión industrial hacia la industria química y en el medio rural por el paso a la agricultura intensiva a partir de lo que se denominó la “revolución verde”.

Los nuevos riesgos para la salud, derivados de nuestro propio modelo de sociedad, suponen un reto importante para la salud pública por la alta complejidad que se deriva de la exposición simultánea a muchos de ellos y por la multicausalidad de muchas de las patologías con que hoy nos encontramos.

Algunos **factores de riesgo tradicionales**, en relación con los “estilos de vida”: dieta, tabaquismo, alcohol, actividad física o sedentarismo, por ejemplo, se vinculan a comportamientos o actitudes del individuo, al que de alguna manera se culpabiliza de las consecuencias de sus malos hábitos sin tener en cuenta que en su mayor parte son inducidos por los intereses del propio modelo socioeconómico imperante.

El abordaje de estos riesgos tradicionales se ha orientado hacia los cambios de comportamiento a nivel individual, pero con la mayoría de los **nuevos riesgos medioambientales** sucede que el margen de maniobra individual es muy pequeño y la actuación debe ser necesariamente colectiva. El conocimiento de la influencia en la salud de estos nuevos factores de riesgo medioambiental es fundamental, ya que la actuación sobre ellos, que requerirá también de decisiones políticas, es la mejor estrategia para garantizar la salud de la población.

La contaminación por el tráfico rodado ha ido ganando peso en las ciudades. Se ha producido un importante desarrollo del sector petroquímico, directamente relacionado con el creciente consumo energético que nadie parece cuestionarse en su insostenibilidad, salvo los grupos ecologistas. El modelo de desarrollo agropecuario que se está siguiendo genera no poca preocupación en nuestra sociedad, lo que se hace más evidente al producirse periódicamente escándalos alimentarios como la encefalopatía espongiiforme bovina o la crisis derivada de la contaminación de la cadena ali-

mentaria por dioxinas y la crisis de los pollos belgas en mayo de 1999, o la reciente intoxicación por *Escherichia coli* en Alemania, por ejemplo.

No menos preocupación causa, tanto a los agricultores como a los consumidores, la presión de las grandes corporaciones de la alimentación para imponer la agricultura industrial y los alimentos transgénicos.

El modelo de alimentación basado en la producción agropecuaria intensiva y el aumento del consumo de alimentos industrializados se encuentra en la base del problema alimentario y nos está abocando a una situación en la que una sexta parte de la humanidad se encuentra desnutrida, especialmente en los países pobres, mientras en los países del primer mundo genera nuevos riesgos y no pocas patologías, entre otras la actual epidemia de obesidad y el aumento de la diabetes, por ejemplo.

Por otra parte nuestras sociedades, transformadas en sociedades de consumo, acaban produciendo una enorme cantidad de residuos sólidos urbanos. El uso de productos derivados del petróleo como los plásticos y el creciente gasto energético producto del propio modelo de transporte y de consumo conllevan un aumento de la contaminación del aire, del agua y de los suelos, a los que se une la aparición de nuevos riesgos para la salud como los derivados de la energía nuclear o la contaminación de los espacios interiores en los que pasamos buena parte de nuestra vida. Si bien es cierto que en las últimas décadas hemos logrado una alta esperanza de vida, no es menos verdad que el cáncer, por ejemplo, es una de las primeras causas de años potenciales de vida perdidos, a los que debe añadirse el enorme sufrimiento que la propia patología conlleva. No es de recibo ignorar las implicaciones que la exposición medioambiental puede estar teniendo sobre patologías como el cáncer, el asma o trastornos hormonales producidos por disruptores endocrinos y causantes de diversas patologías en aumento en nuestro medio.

En determinadas exposiciones a contaminantes medioambientales resulta sumamente difícil llegar a establecer una relación causal entre la aparición de un efecto en salud y la exposición previa a determinado contaminante. Los efectos pueden producirse muy diferidos en el tiempo, muchos años después, como sucede con el cáncer y con otros procesos degenerativos. En muchas ocasiones, en el trasfondo del proceso se encuentran exposiciones repetidas, cotidianas, a pequeñas concentraciones acumulativas, como sucede con los compuestos tóxicos persistentes (COP), que resisten los procesos normales de degradación. Se da además una exposición a múltiples contaminantes y a sus interacciones, con efectos aditivos y en ocasiones sinérgicos, y por otra parte determinadas enfermedades son de etiología múltiple. Se trata a veces de enfermedades de etiología compleja en las que intervienen la exposición ambiental y la predisposición genética del individuo.

Además en el caso del cáncer, como dice Miquel Porta, “es probable que en algunos mecanismos carcinogénicos epigenéticos jueguen un papel importante agentes químicos ambientales como los compuestos organoclorados (PCB, DDE, hexaclorobenceno, lindano, dioxinas), los organobromados (PBB, PBDE) o los hidrocarburos aromáticos policíclicos, pues algunos agentes químicos pueden interferir en los mecanismos naturales de control del ciclo celular, de reparación del ADN y de apoptosis,

y proveer así una ‘ventaja de crecimiento’ a ‘células mutadas’. Muchas de estas sustancias, aunque no actúan como ‘iniciadoras’ del cáncer, sí lo hacen como ‘promotoras’ favoreciendo el crecimiento de células ya mutadas por otros factores iniciadores” (1).

La contaminación química

Con el desarrollo de la industria química, la producción global de productos químicos había aumentado a partir de la Segunda Guerra Mundial desde 1 millón a 400 millones de toneladas al año. A comienzos del nuevo siglo la preocupación por los efectos de la contaminación ambiental sobre la salud iba asimismo en aumento.

Ya se había podido comprobar la peligrosidad de algunos productos químicos, debida a su carácter bioacumulativo, altamente persistente y a su capacidad, ya demostrada, de promover procesos cancerosos en humanos además de afectar al sistema inmunitario y al equilibrio hormonal, al actuar como disruptores endocrinos. El **Convenio de Estocolmo**, propiciado por la ONU, se planteó la necesidad de proteger la salud humana y el medio ambiente de los contaminantes orgánicos persistentes y la minimización continua de productos organoclorados, entre ellos las dioxinas y furanos, y cuando fuera posible su eliminación final. El convenio se firmó en mayo de 2001 por 150 países, y se ratificó por el Estado español en junio de 2004 (BOE de 23/06/2004) entrando en vigor el 26 de agosto de ese mismo año, lo que supuso un importante avance, fruto de la creciente preocupación por la contaminación ambiental y sus efectos sobre la salud.

Actualmente hay más de 100.000 sustancias químicas de uso común tanto en el ambiente laboral (colas, disolventes...) como en los hogares (productos de limpieza, cosméticos, etc.) y en la actividad agrícola (plaguicidas de todo tipo). Alrededor de 1.000 nuevas sustancias de síntesis entran en el mercado cada año. Del 80% de estas sustancias no se conocía suficientemente su inocuidad o sus posibles efectos para la salud. En diversos eurobarómetros ha quedado reflejada la preocupación de cerca del 90% de los ciudadanos europeos encuestados por el impacto potencial del medio ambiente en su salud. Un medio ambiente saludable para todos no debería ser un privilegio sino un derecho humano básico, tal como desde la propia Unión Europea planteaba ya en 2003 Margot Wallström, entonces comisaria europea para el Medio Ambiente y entusiasta defensora de la normativa REACH, promovida por la Unión Europea, que se planteaba la revisión de miles de productos químicos de los que no se había comprobado su inocuidad.

REACH (Registro, Evaluación y Autorización de Productos Químicos) se votó favorablemente por el Parlamento Europeo en noviembre de 2005, con importantes recortes sobre su planteamiento inicial, fruto de la presión de los lobbys de la industria química alemana y francesa. En palabras de la entonces comisaria europea de Medio Ambiente, *“la presión política a la que ha tenido que enfrentarse la administración europea con ocasión del Reglamento REACH ha sido mucho más intensa que la conocida ante cualquier otra propuesta legislativa presentada por la Comisión desde 1999”*.

Todo ello nos da una idea de las dificultades para avanzar en el terreno de la prevención respecto a la problemática medioambiental, al deber enfrentarse los necesarios cambios a numerosos intereses a corto plazo, fundamentalmente económicos, y a la obstinada negación de la existencia de los mismos riesgos, lo que dificulta obviamente su abordaje.

Los trabajadores y trabajadoras que producen y trabajan con estas sustancias están expuestos más directamente y de manera más intensa. **Las enfermedades profesionales**, muchas de ellas ligadas a exposición a determinadas sustancias ambientales, y **la salud laboral** en general han sido tradicionalmente en nuestro país las grandes olvidadas. En demasiadas ocasiones no se tienen en cuenta en la labor asistencial el puesto de trabajo y la exposición en el mismo a determinados riesgos. En noviembre de 2006 se aprobaba el Real Decreto 1299/2006 con el nuevo cuadro de enfermedades profesionales, pero con todo, a día de hoy, seguimos estando a la cola de la Unión Europea en reconocimiento de la enfermedad profesional.

Coincidiendo con el debate sobre el REACH, la OIT estimaba que de los 2 millones de muertes laborales que tienen lugar cada año en el mundo, 440.000 se producen como resultado de la exposición de trabajadores/as a agentes químicos (Jukka Takala – OIT) (2). El uso de sustancias peligrosas en el puesto de trabajo es la causa de entre 31.000 y 56.000 muertes cada año en la Unión Europea, de las cuales se estima que más de 21.000 corresponden a la manipulación de amianto.

La cadena alimentaria

Los contaminantes ambientales vertidos al medio: a la atmósfera, a los suelos o las aguas, acaban incorporándose en muchos casos a la cadena alimentaria. Su depósito en los suelos desde el aire permite que puedan ser absorbidos por las plantas que nos sirven de alimento o que alimentan al ganado que nos proporciona leche y carne. Los vertidos a las aguas pueden llegar igualmente al ser humano, directamente con el agua que ingerimos si está contaminada o a través de los riegos de alimentos vegetales. Asimismo estos tóxicos pueden acumularse en los peces llegando al ser humano a través de la cadena alimentaria acuática. Se han conocido ya varios estudios en nuestro país que nos hablan de las concentraciones de mercurio y otros metales pesados en pescado, sobre todo en las especies de mayor tamaño, así como de la presencia de PCB y dioxinas bioacumulados en pescado de piscifactoría.

De cualquier modo, al final de la cadena alimentaria, en el último eslabón, se encuentra el ser humano y así nos llegan muchos contaminantes.

Mientras en el medio laboral las principales formas de entrada de los tóxicos en nuestro organismo son la vía respiratoria y la dérmica, al estar la población trabajadora más directamente en contacto con el tóxico y a concentraciones superiores, para la población general la vía alimentaria es la que cobra mayor importancia.

En muchas ocasiones, la intoxicación es consecuencia de exposiciones repetidas, aun

a pequeñas dosis, a una sustancia, lo que es especialmente importante cuando se trata de sustancias persistentes y bioacumulables, como las recogidas en el Convenio de Estocolmo. En estos casos la exposición constante a dosis bajas es más relevante como causa de algunas enfermedades que la exposición breve a dosis altas.

Muchas sustancias bioacumulables, especialmente las organocloradas, tienden a acumularse en los tejidos grasos, y el ser humano, en la cabeza de la cadena trófica, se convierte así en un reservorio, afectando especialmente a la mujer ya que el sexo femenino presenta casi un 15% más de materia grasa que el masculino, lo que hace que las mujeres sean posibles bioacumuladores químicos de los productos que están en el medio ambiente y en los lugares de trabajo. En mujeres expuestas a insecticidas y disolventes en su lugar de trabajo existe un incremento de la prematuridad y del bajo peso al nacer y la exposición de la madre a insecticidas se ha asociado con un menor índice de inteligencia de sus descendientes en su vida adulta.

La presencia de **dioxinas** (una de las sustancias contempladas en el convenio) en el medio ambiente ha aumentado extraordinariamente a partir de la revolución industrial. En nuestro medio y en Europa Occidental la incineración de residuos peligrosos, sanitarios y urbanos se encuentra entre las principales fuentes de emisión de dioxinas al medio ambiente, además de contribuir a la contaminación por metales pesados y otros productos de la combustión.

El mayor peligro de las dioxinas para la salud, al margen de la exposición aguda accidental, deriva de su capacidad para incorporarse a la cadena alimentaria. El 95% de las dioxinas penetra de esta forma, especialmente junto a alimentos ricos en grasas como los lácteos, el pescado y la carne.

En 1994, la USEPA reconoció que las dioxinas producen cáncer en humanos, que a dosis inferiores a las asociadas con cáncer ocasionan alteraciones en los sistemas inmunitario, reproductor y endocrino, y que los fetos y embriones de peces, aves, mamíferos y seres humanos son muy sensibles a sus efectos tóxicos, no existiendo un nivel seguro de exposición.

Preocupan especialmente los efectos en el desarrollo neuroconductual e inmunitario de los niños debidos a su exposición en la vida intrauterina, ya que se ha podido comprobar su capacidad para atravesar la barrera placentaria y llegar al feto durante la gestación. También pueden llegar en concentraciones importantes al recién nacido con la leche materna durante la lactancia.

No existen dosis seguras para las dioxinas y otros compuestos orgánicos persistentes, planteándose en el Convenio de Estocolmo el objetivo de “su minimización continua y donde sea viable su eliminación final”.

A pesar de todo lo anterior, a mediados de los 90 varias ciudades del Estado español optaron por la falsa solución de la incineración para “resolver el problema de la creciente producción de residuos urbanos y/o sanitarios”, sin tener en cuenta la emisión inevitable de dioxinas al aire, a los suelos y en definitiva la inevitable incorporación de dioxinas y furanos a la cadena alimentaria y sus efectos a medio y largo plazo para el medio ambiente y la salud humana.

Las dioxinas se han confirmado como **disruptores endocrinos** junto a varios cientos

de sustancias químicas de una lista en constante aumento a medida que van siendo estudiadas y conocidos sus efectos.

Se utiliza el término disruptor endocrino para definir a cualquier sustancia química contaminante medioambiental que, una vez incorporada al organismo, puede alterar la homeostasis endocrina y tener consecuencias para la salud en el individuo expuesto o en su descendencia.

Diversas sustancias que pueden encontrarse tanto en los ambientes de trabajo como en el hogar tienen efecto estrogénico: los hidrocarburos aromáticos policíclicos, organoclorados como los bifenilos policlorados, dioxinas y furanos, ftalatos y diversos pesticidas. Pueden afectar a la fertilidad, a la producción de esperma y producir endometriosis y también pueden influir en el desarrollo de cánceres, incluyendo los de mama, testículo y endometrio.

Las mujeres se ven particularmente expuestas. El Área de la Mujer de COAG, en el ámbito rural, ya apuntaba hace unos años como “imprescindible que la evaluación y la prevención de riesgos fueran más sensibles a la cuestión de género, ya que muchas de estas sustancias actúan como disruptores endocrinos, alterando los ciclos hormonales naturales, provocando diversas enfermedades en las mujeres como disminución de la fertilidad y proliferación de abortos, disfunciones de ovarios, menarquia precoz y mayor riesgo de cáncer de ovarios, útero y mama. Otras provocan daños en los fetos (sustancias teratogénicas) o en los genes (sustancias mutagénicas)”. El período más propicio para la teratogénesis es el primer trimestre, particularmente las ocho primeras semanas (período de organogénesis).

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo, en su informe “Las cuestiones de género en relación con la seguridad y salud en el trabajo”, concluía que el tradicional enfoque neutro para el género aplicado a la prevención puede tener como consecuencia que se estuvieran subestimando los riesgos reales para la salud de las mujeres.

La incidencia de enfermedades como cáncer de mama, próstata y testículo y de alteraciones en el desarrollo de enfermedades de los sistemas urogenitales, como criptorquidia, hipospadias o la endometriosis, ha experimentado un incremento significativo en muchas comunidades altamente industrializadas. Los estudios epidemiológicos muestran una caída en el recuento espermático en países y áreas geográficas de Dinamarca, Francia, Bélgica, Gran Bretaña, Holanda y Canadá, como demostraron los trabajos del profesor Niels E. Skakkebaek, especialista en reproducción de la Universidad de Copenhague, así como la cada vez más frecuente menarquia precoz. Skakkebaek ya alertaba a comienzos de los 90 de que tanto la concentración de espermatozoides como la cantidad de semen en cada eyaculación habían descendido en un 50% desde 1940 (3) y ello se relacionaba ya entonces con la exposición a agentes ambientales con capacidad estrogénica, en probable relación también con la pubertad precoz, en aumento.

La contaminación de suelos y aguas tanto fluviales como marinas por **vertidos industriales** puede tener una repercusión importante sobre la cadena alimentaria. El propio Registro Estatal de Fuentes Contaminantes, EPER, que recoge los datos proporciona-

dos por las 2.159 industrias más contaminantes de España sobre 44 sustancias peligrosas, reconoce el vertido de 1.219.709 toneladas de estos contaminantes al agua cada año.

No se pueden dejar de señalar episodios relevantes como los vertidos de residuos de hexaclorociclohexano (lindane) en el Pirineo de Huesca y en diversos puntos del País Vasco, los más de 60 millones de toneladas de lodos tóxicos con metales pesados vertidos hasta marzo de 1990 en la Bahía de Portman (Murcia), o el más reciente de Aznalcóllar (Sevilla) afectando al Guadalquivir, con el consiguiente riesgo de acumulación en la cadena alimentaria marina de Mediterráneo y Atlántico, respectivamente.

El primer *Atlas municipal de mortalidad por cáncer en España*, realizado por el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III (4) con datos de todos los fallecidos por cáncer entre 1989 y 1998 y dado a conocer en el verano de 2007, ha destapado grandes aglomeraciones de casos en Cádiz, Huelva, Cataluña, Asturias o País Vasco, siguiendo el patrón de la industrialización en España.

Hay que señalar también que la **agricultura intensiva** tiene un papel importante en la contaminación de las aguas superficiales por nitratos, fundamentalmente procedentes de la utilización abusiva de abonos nitrogenados en los campos y de los desechos de la cabaña ganadera. El consumo de nitratos se ha relacionado con el cáncer de estómago: los nitratos se reducen a nitritos por las bacterias del tubo digestivo, produciéndose nitrosaminas, sustancias de efecto cancerígeno.

Por otra parte, la utilización de plaguicidas causa dos millones de intoxicaciones anuales en agricultores y la muerte de 220.000 personas al año (OMS), el 75% en los países subdesarrollados.

En noviembre de 2002, la **catástrofe del Prestige** y el vertido de fuel ocasionado frente a las costas de Galicia fue una nueva voz de alerta en relación con los riesgos para la salud ocasionados por la contaminación del mar y de las costas y sus repercusiones para la cadena alimentaria y la salud humana, dada la persistencia y capacidad cancerígena y genotóxica de los hidrocarburos aromáticos policíclicos, metales pesados y tiofenos presentes en el fuel y su capacidad de bioacumulación.

En esta ocasión se trataba del petróleo y las organizaciones ecologistas acertadamente volvieron a plantear la necesidad de un cambio del modelo energético. Tanto la contaminación derivada del vertido del *Prestige* como la producida por el tráfico rodado están relacionadas con un modelo de sociedad basada en el petróleo.

El tráfico es ya el principal responsable de la **contaminación atmosférica** en nuestras ciudades. En 80 ciudades del Estado se superan hoy los límites de contaminantes del aire establecidos por las directivas europeas, y a esta contaminación se le atribuyen 16.000 muertes prematuras anualmente en España, de acuerdo con los datos de la SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica). Partículas, hidrocarburos, monóxido de carbono, óxidos de azufre y óxidos de nitrógeno y ozono son los principales contaminantes derivados del tráfico en las ciudades.

Los niños, las personas mayores y las personas con enfermedades pulmonares o cardíacas son quienes presentan mayor susceptibilidad y bronquitis crónica, neumonía, aumento de síntomas de asma, enfermedades del corazón y muerte prematura son las principales patologías asociadas a la contaminación atmosférica.

La SEPAR señalaba en enero de 2008 que “los más recientes estudios hechos en España sitúan el porcentaje de niños y adolescentes afectados por asma entre el 8 y el 12%. El asma es ya la enfermedad infantil más frecuente y su mayor incidencia se registra en las ciudades” (5).

La creciente proliferación de vehículos diésel agrava el problema, ya que producen mayores cantidades de óxidos de azufre y mayores emisiones de partículas, cuatro veces más que los motores de gasolina. Las de muy pequeño tamaño, finas y ultrafinas, pueden penetrar profundamente en el árbol bronquial y llegar a los alvéolos. A ellas se adhieren hidrocarburos aromáticos policíclicos de los combustibles, pudiendo producir daño oxidativo del ADN y ARN y aumento de las citoquinas proinflamatorias favorecedoras de la proliferación celular y potencialmente cancerígenas.

En nuestro medio llegamos a pasar en ambientes cerrados el 90% de nuestra vida, por lo que cada vez se le ha dado más importancia a la **contaminación del aire de los espacios interiores**.

Los primeros estudios sobre la calidad del aire interior se realizaron en los años 70 y hoy se habla cada vez más del “síndrome del edificio enfermo”. Benceno, formaldehído, tricloroetileno y otros compuestos volátiles, como disolventes, pueden encontrarse en concentraciones importantes en ambientes interiores y suelen aumentar en los edificios poco o mal ventilados y en los climatizados con aire acondicionado. El **humo del tabaco** contiene numerosos carcinógenos, iniciadores unos y promotores otros, constituye y ha constituido durante años un riesgo importante para la salud pública derivado de la contaminación de los ambientes interiores, especialmente hasta la aprobación de la nueva Ley 42/2010, de 30 de diciembre de 2010, que ya prohíbe fumar en los espacios públicos cerrados y que ha logrado sin duda una mejora sustancial en la calidad del aire interior.

Hoy el tabaco provoca más de 650.000 muertes cada año en la Unión Europea (5). El humo de tabaco, inhalado de forma activa o pasiva, es responsable de cerca del 30% de las muertes por cáncer, del 80-90% de los casos de cáncer de pulmón entre los hombres y del 55-80% entre las mujeres (6).

Los **campos electromagnéticos** están presentes en nuestras viviendas, en nuestros trabajos y en toda nuestra vida cotidiana, y diversos y controvertidos estudios han alertado sobre sus posibles efectos sobre la salud. En el caso de las líneas de alta tensión se ha venido aplicando la necesidad de respetar determinadas distancias de seguridad, pero en el ámbito doméstico y laboral, y especialmente en el caso de los campos de extremada baja frecuencia (ELF) como los emitidos por los teléfonos móviles, que en poco más de diez años han proliferado hasta alcanzar los 5.000 millones de aparatos a nivel mundial, prácticamente uno por habitante, emitiendo a escasa

distancia del cerebro, los campos electromagnéticos son motivo de preocupación en aumento.

La Resolución 1815, de 27 de mayo de 2011, de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa ha recomendado a los gobiernos que se replanteen las bases científicas de los actuales estándares establecidos para los campos electromagnéticos (CEM), ya que tienen serias limitaciones, y que apliquen niveles tan bajos como sea razonablemente posible (ALARA), dados los efectos biológicos de los CEM, que van más allá de los puramente térmicos, incluso a niveles de exposición por debajo de los oficialmente establecidos como umbral. Se aconseja en particular reducir la exposición de niños y jóvenes, que parecen estar en mayor riesgo de sufrir tumores cerebrales como consecuencia de la misma, y ha recomendado transmitir esta información y realizar campañas de sensibilización sobre los riesgos y posibles efectos a largo plazo sobre la salud y el medio ambiente.

El 11 de marzo de 2011 tenía lugar el desastre nuclear de Fukushima tras el terremoto y posterior tsunami. Se trataba del segundo suceso atómico más grave de la historia tras el de Chernóbil de 26 de abril de 1986, veinticinco años antes.

La **energía nuclear** es peligrosa para la salud incluso sin accidentes: las centrales nucleares generan residuos radiactivos cuya peligrosidad permanece durante decenas de miles de años. El efecto de las radiaciones ionizantes es conocido, y utilizado en la asistencia sanitaria, desde hace muchos años.

En el núcleo de un reactor nuclear hay más de 60 contaminantes radiactivos. Entre ellos el yodo-131, el estroncio-90 y el cesio-137 están entre los más perjudiciales para la salud humana por aumentar el riesgo de todo tipo de tumores y disminuir la capacidad inmunitaria. El yodo-131, de vida media corta, penetra en el organismo a través de la leche como principal vector y es captado por la glándula tiroides aumentando extraordinariamente el riesgo de cáncer de esa glándula. El estroncio se deposita en los huesos y el cesio en los músculos, con una vida media de 30 años.

A corto plazo se manifiestan principalmente los problemas de tiroides (la catástrofe de Chernóbil multiplicó por diez los casos de cáncer de tiroides en Centroeuropa), pero a largo plazo aumentan otros tipos de tumores e infecciones y se pueden producir alteraciones en el ADN, malformaciones congénitas y mutaciones en generaciones futuras. La IPPNW estima que en toda Europa la radiación de Chernóbil ha podido inducir más de 10.000 casos de anomalías congénitas severas. Sólo el 10% de todo el daño previsto se puede ver en la primera generación.

Una de las consecuencias más graves de la radiación nuclear tiene que ver con la reproducción, ya que como señala Rodríguez Farré, “afecta más a las mujeres que a los hombres. Los espermatozoides se regeneran cada 90 días y un espermatozoide alterado desaparece en ese período. Los óvulos están en los ovarios toda la vida. Si un óvulo alterado por la radiación es fecundado posteriormente incrementa el riesgo de malformaciones en el feto así como el de diversas patologías, aunque sea muchos años después” (7).

Por otra parte, las consecuencias de las radiaciones afectan también a la cadena alimentaria: mediante un proceso de bioacumulación va pasando de los suelos y las aguas a plantas y animales, pasando de un ser vivo a otro, acumulándose hasta llegar al ser humano. De este modo, los efectos de la radiactividad, al ser acumulativos, resultan peligrosos aun tratándose de pequeñas cantidades, dado lo continuado de la exposición.

Tras Fukushima, Alemania, Japón, Italia y varios países más han decidido paralizar sus programas de expansión nuclear. Las plantas nucleares actualmente en funcionamiento en el Estado español aportaron en 2010 el 21% de la electricidad, mientras que las energías renovables alcanzaron el 35%. La energía nuclear es perfectamente prescindible y totalmente factible el cierre escalonado de las centrales nucleares españolas a medida que vayan cumpliendo sus 40 años previstos de vida útil, de manera que para 2020 estaríamos ya libres de centrales nucleares.

La producción agroalimentaria intensiva

Respecto a la **alimentación**, ya hemos visto cómo la cadena alimentaria se puede ver afectada por la incorporación a la misma de numerosos contaminantes ambientales. El propio modelo agroalimentario seguido, basado en la producción intensiva de alimentos, tanto animales como vegetales, se encuentra en la raíz de todos los escándalos alimentarios de las últimas décadas: la encefalopatía espongiforme bovina, la contaminación de la cadena alimentaria por dioxinas contaminantes de los piensos suministrados a los pollos en Bélgica, los residuos de antibióticos en la carne y la presencia casi universal en los alimentos convencionales de restos de plaguicidas en mayor o menor grado.

Así, el problema alimentario no se reduce a los riesgos derivados de la contaminación de los alimentos. La alimentación en las últimas décadas ha ido quedando en manos de poderosas cadenas de distribución y grandes corporaciones agroalimentarias que controlan desde las semillas hasta los insumos utilizados para la producción de alimentos. Mientras en la misma Europa se cierran cada año 200.000 pequeñas explotaciones agrarias familiares y en España en diez años su número se ha reducido un 23,9%, aumenta en todo el mundo la dieta basada en alimentos procesados industrialmente.

Esta dinámica ha producido una “transición nutricional” desde la dieta tradicional a la llamada dieta occidentalizada, con un aumento en la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas saturadas, más baratas, sal y azúcares, pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes. Así, frente a los casi mil millones de personas desnutridas a nivel mundial emerge una cifra similar de ciudadanos con sobrepeso, con sus evidentes repercusiones en salud y en el gasto público, y esta epidemia de obesidad de los países ricos se está propagando a países emergentes como China o India, de modo que países superde-

sarrollados y muchos países empobrecidos presentan ya tasas similares de obesidad.

Obesidad por exceso y obesidad por defecto, pero con un patrón común, la prescripción socioeconómica de una dieta rica en grasas y azúcares: comida para llevar, comida de la agroindustria, calorías baratas y de mala calidad. Es lo que Gustavo Duch llama la “globesidad: el éxito total de los gigantes de la agroindustria que han conseguido bajo el palio del libre comercio colocar sus alimentos procesados e imponer su patrón alimentario en todos los lugarcitos del mundo en la misma medida que destruían la agricultura y las formas de vida tradicional” (8).

Desde 1980, la obesidad se ha más que doblado en todo el mundo. En 2008, 1.500 millones de adultos (de 20 y más años) tenían sobrepeso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos. En 2010, alrededor de 43 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso. De ellos, 35 millones viven en países en vías de desarrollo, según los últimos datos de la OMS.

La situación en España, donde la dieta mediterránea está siendo sustituida por la dieta occidentalizada, no es menos alarmante: el 45% de los niños y niñas entre 6 y 9 años tiene sobrepeso (26%) u obesidad (19%), según el reciente estudio de prevalencia de la obesidad infantil del Ministerio de Sanidad “ALADINO” (Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad).

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

En general, más de una de cada 10 personas de la población adulta mundial es obesa, mientras paradójicamente casi una de cada seis (1.000 millones) sufre desnutrición. Actualmente se producen alimentos para 12.000 millones de personas y la población mundial no llega a los 7.000 millones, pero el actual modelo agroindustrial desvía la producción de cereales y leguminosas para piensos del ganado que consumirán los países ricos y para biocombustibles, y sólo la mitad de las cosechas mundiales va a parar al consumo humano.

Para asegurar sustento a todo el mundo sería preciso cambiar el tipo de alimentos que se producen (menos carne), implantar métodos agrícolas ambientalmente sostenibles, que gasten menos agua y no contaminen la tierra; apostar por lo local y regional, y mejorar la distribución. Priorizar la agricultura y ganadería domésticas para no depender del mercado mundial y para evitar los transportes de larga distancia que contribuyen al cambio climático, recuperando los cultivos tradicionales de cada zona, en proceso de extinción, para garantizar una dieta equilibrada.

La introducción de los **alimentos transgénicos** se ha tratado de justificar con el supuesto aumento de la productividad de los cultivos modificados genéticamente y la lucha contra el hambre en el mundo. Se trata de cultivos en los que se ha introducido

un gen de otra especie para supuestamente conseguir determinados objetivos, como es el caso de la soja RR resistente al glifosato o del maíz insecticida Bt, produciéndose con el nuevo transgen determinadas proteínas que den a la planta la característica pretendida. Esta situación, de transferencia de un gen de una especie a otra no emparentada, nunca se da espontáneamente en la naturaleza: la transferencia de genes es un fenómeno regulado por los límites naturales que existen entre especies y por mecanismos que rompen e inactivan el material genético que es extraño para una especie.

Existe el riesgo de aparición de reacciones alérgicas a estas proteínas a partir de su consumo, ya que las alergias alimentarias se producen precisamente frente a proteínas que se reconocen como extrañas.

El proceso de inserción de genes por métodos de ingeniería genética es impredecible con respecto a numerosos parámetros y puede llevar a consecuencias imprevisibles para la salud animal y humana, como generación de nuevos virus patógenos, de nuevas bacterias y dispersión de genes de resistencia a antibióticos.

El 70% de los alimentos elaborados industrialmente contiene soja en su composición y en menor medida maíz, los dos principales cultivos transgénicos, de donde se deduce la importancia de la soja y el maíz transgénicos. España ha sido precisamente el país pionero en la Unión Europea en la siembra de variedades transgénicas y produce actualmente, en más de 76.000 hectáreas, casi el 75% del maíz transgénico de Europa.

Para los agricultores, los transgénicos están siendo ya hoy un problema de salud. El glifosato, herbicida de amplio espectro que se aplica a los cultivos de soja transgénica para que acabe con todas las llamadas malas hierbas competidoras, salvo con la soja resistente al mismo, se está utilizando en los grandes monocultivos en cantidades crecientes. Es un herbicida con efectos sobre la salud tanto agudos como crónicos: produce daño hepático y pulmonar, altera el desarrollo neurológico en hijos/as de agricultores (EEUU), afecta a la fertilidad en el hombre, aumenta el riesgo de linfoma no Hodgkin (EEUU y Suecia) y produce alteraciones cromosómicas, partos prematuros y abortos espontáneos en agricultoras (EEUU). Afecta incluso al equilibrio endocrino actuando sobre la aromatasa, alterando la actividad del citocromo P450 en mamíferos, incluso a bajas concentraciones.

Desde el punto de vista medioambiental, los cultivos transgénicos suponen riesgos importantes: surgimiento de superplagas por contaminación genética a plantas silvestres de la misma familia, transferencia de transgenes a plantas convencionales vecinas y pérdida de diversidad genética en agricultura, y tampoco suponen un menor uso de plaguicidas químicos como sus promotores plantean, sino justo lo contrario.

Para la salud de los consumidores existe el riesgo de presencia en alimentos de residuos importantes del plaguicida utilizado (glifosato), aumento de resistencia a antibióticos por los genes marcadores utilizados, de aparición de alergias alimentarias, de alteraciones en sustancias protectoras y de producción de sustancias tóxicas. Incluso, como sucede con la hormona recombinante de crecimiento bovino, autorizada en Estados Unidos y utilizada para aumentar la producción de leche en el ganado vacuno, puede

umentar el riesgo de determinados cánceres como el de mama, próstata y colon, al aumentar simultáneamente la producción del factor de crecimiento 1 tipo insulina IGF-1, que estimula la división celular favoreciendo el crecimiento celular incontrolado al aumentar cinco veces la presencia del IGF-1 en la leche de las vacas tratadas.

En enero de 2010, el recién nombrado comisario europeo responsable de la Política Comunitaria de Salud y Protección de los Consumidores, John Dalli, manifestaba al Parlamento junto a Corinne Lepage la preocupación de los consumidores europeos por la incertidumbre que rodea a la cuestión de los efectos a largo plazo derivados del consumo de organismos genéticamente modificados y por los conflictos de intereses que genera la producción de OGM. Dalli planteaba que la información debe ser totalmente objetiva y estar sólidamente basada en la ciencia y que la asesoría científica al respecto debe ser del todo independiente.

En general existe una notoria insuficiencia de estudios sobre los potenciales efectos adversos de los alimentos modificados genéticamente en la salud animal y humana. La industria biotecnológica controla el 80% de la investigación agropecuaria, según informes del propio Banco Mundial, y los estudios independientes se ven constantemente entorpecidos como han denunciado en diversas ocasiones numerosos investigadores.

Conclusiones

La exposición simultánea a múltiples factores de riesgo, lo diferido de sus efectos sobre la salud y la dificultad del establecimiento de relaciones de causalidad hacen la tarea más ardua, pero ante tantas sospechas fundadas sería cuando menos irresponsable posponer la necesaria actuación preventiva hasta disponer de todas las evidencias del daño causado por estos factores medioambientales. Es precisamente en estas situaciones complejas cuando parece más oportuno adoptar el llamado “principio de precaución”, que viene a decir que es mejor actuar anticipándose a los problemas, incluso en ausencia de una prueba concluyente del daño. El enfoque precautorio se relaciona con la idea de evitar la contaminación (prevención) y va más allá incluso de los “análisis de riesgo”, más vinculados con la estrategia de “control de la contaminación”.

Hemos visto cómo algunos tímidos intentos en esta línea han visto la luz en las últimas décadas propiciados tanto a nivel internacional como especialmente desde algunas instituciones europeas. El propio Parlamento Europeo, en resolución de 4 de septiembre de 2008, ya planteaba en su revisión del Plan de Acción Europeo sobre Medio Ambiente y Salud la necesidad de centrarse en los nuevos retos sanitarios y abordar los factores medioambientales que afectan a la salud humana, tales como la calidad del aire interior y exterior, las ondas electromagnéticas, las sustancias químicas peligrosas, etc., considerando que el principio de precaución, expresamente incluido desde 1992 en el Tratado de la Unión, es uno de los fundamentos de la política de protección de la Comunidad en el ámbito del medio ambiente y la salud.

La misma resolución instaba a la Comisión a que aplicara la estrategia de sensibili-

zación de los ciudadanos europeos en materia de contaminación medioambiental y sus consecuencias para su salud y a la revisión y adaptación de la política europea de reducción de riesgos y terminaba pidiendo encarecidamente a la Comisión que no cediera bajo la presión de grupos de interés o de organizaciones regionales o internacionales. Llamaba asimismo a dar una respuesta a la desconfianza del público en general respecto a las agencias y comités de expertos oficiales.

La OMS, con el argumento de “no alarmar a la población”, había venido sistemáticamente silenciando los crecientes indicios de daño a la salud derivados de la exposición a riesgos medioambientales, en contraste con su contribución a la alarma creada con la “pandemia de gripe A”. Con sus actuaciones al respecto, la OMS ha sufrido en los últimos años un importante descrédito y ha aumentado, como consecuencia, la desconfianza de la ciudadanía en las instituciones, lo que ya ha sido detectado como un naciente problema por las propias instituciones.

La resolución de septiembre de 2008 del Parlamento Europeo pone precisamente de relieve la cuestión de la independencia y la credibilidad de los estudios e instituciones necesarias para llevar a cabo evaluaciones transparentes y equilibradas de los posibles impactos sobre el medio ambiente y la salud humana, y recomienda aumentar la financiación pública de la investigación independiente y la necesaria transparencia en los grupos de presión, así como promover debates pluralistas entre todas las partes interesadas, incluida la sociedad civil, de acuerdo con el Convenio de Aarhus.

El problema está diagnosticado, sólo falta el tratamiento.

Hemos tratado de exponer la complejidad de los nuevos riesgos medioambientales para la salud y la necesidad de actuación al respecto. Aunque poderosos intereses en juego alrededor del medio ambiente siguen torpedeando la necesaria toma de decisiones políticas sobre los nuevos riesgos medioambientales, en las últimas décadas la conciencia ciudadana medioambiental ha avanzado en nuestro país de manera importante, espoleada fundamentalmente por la labor de las organizaciones ecologistas. A la par ha aumentado la preocupación en el ámbito científico sobre los nuevos riesgos, aunque la investigación independiente sigue teniendo que superar dificultades crecientes.

La salud, la alimentación y el medio ambiente son un derecho, no una mercancía.

Bibliografía

1. Eidon, revista de la Fundación de Ciencias de la Salud (FCS), nº 13 Junio-septiembre de 2003.
2. OIT Noticias. www.ilo.org/global/about-the-ilo/press-and.../index.htm
3. Carlsen E, Giwercman A, Keiding N, Skakkebaek NE. Evidence for decreasing quality of semen during past 50 years. *BMJ*. 1992; 305: 609-13.
4. Atlas municipal de mortalidad por cáncer y otras causas en España. 1989-1998. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III (2007). www.isciii.es

5. www.separ.es/doc/pacientes/enf_resp/Cap02.pdf
6. Cribado de cáncer de pulmón. En: aunets.isciii.es/ficherosproductos/123/avalia07-06.pdf
7. ¿Nucleares? No gracias. Eduard Rodríguez Farré y Salvador López Arnal. Copyleft 2011.
8. Palabre-ando: [gustavoduch.wordpress.com/2009/09/03/globesidad/-](http://gustavoduch.wordpress.com/2009/09/03/globesidad/)

Lecturas recomendadas

- Anna Cirera, Joan Benach y Eduard Rodríguez Farré. ¿Átomos de fiar? Impacto de la energía nuclear sobre la salud y el medio ambiente. Libros de la Catarata. 2007.
- Theo Colborn, Dianne Dumanoski y Pete Myers. Nuestro futuro robado. Ecoespaña y Gaia-Proyecto 2050. Madrid 1997.
- Gustavo Duch. Lo que hay que tragar. Los Libros del Lince. Febrero 2010.
- Alicia Durán, Jorge Riechmann (coords.). Genes en el laboratorio y en la fábrica. Editorial Trotta-Fundación 1º de Mayo. 1998.
- Mariana F. Fernández, Begoña Olmos, Nicolás Olea. Exposición a disruptores endocrinos y alteraciones del tracto urogenital masculino (criptorquidia e hipospadias). Laboratorio de Investigaciones Médicas, Hospital Universitario San Cecilio, Universidad de Granada. Gaceta Sanitaria v.21 n.6, Barcelona nov-dic. 2007.
- ISTAS-CCOO. REACH: Registro, Evaluación y Autorización de Sustancias Químicas. Una nueva oportunidad para reducir el riesgo químico. Noviembre 2003.
- Manolis Kogevinas y Gemma Janer. Dioxinas y salud. Unitat de Recerca Respiratòria i Ambiental. Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM). Barcelona. Medicina Clínica. Vol. 115, nº 19, 2000.
- N. Olea, A. Riva, M. F. Olea-Serrano, M. J. Molina. Contaminantes químicos y salud. Actas III Congreso SEAE (Sociedad Española de Agricultura Ecológica). Valencia. 1998.
- PNUMA. Conferencia de Plenipotenciarios sobre el Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes. Texto del Convenio. Estocolmo, 22 a 23 de mayo de 2001.
- Miquel Porta, Elisa Puigdomènech, Ferrán Ballester (eds.). Nuestra contaminación interna. Concentraciones de compuestos tóxicos persistentes en la población española. Los Libros de la Catarata. 2009.
- Miquel Porta, Marta Crous. La acumulación de alteraciones genéticas y epigenéticas: un proceso causal clave entre el medio ambiente y las enfermedades de etiología compleja. Editorial Gaceta Sanitaria v.19 nº 4, Barcelona jul.-ago. 2005.
- Miquel Porta Serra. Abre los ojos sin miedo: por una pedagogía científica culturalmente sostenible. World Watch, nº 22, 2004.
- Miquel Porta Serra. Contaminantes para nuestros nietos. El País, 15 enero 2002.
- Rapport BioInitiative. Une norme rationnelle à base biologique pour l'exposition du public aux Champs ÉlectroMagnétiques (ELF & RF). Communiqué du 12 mars 2009.

- Hôpital universitaire d'Orebo Umea, Suède ; Université Columbia de New York ; Université d'Albany, Etat de NY ; Institut Karolinska, Suède.
- Jorge Riechmann y Joel Tickner (coords). El principio de precaución. Icaria. Más Madera. Mayo 2002.
- Marie-Monique Robin. El mundo según Monsanto. Ediciones Península. Noviembre 2008.
- Carme Valls-Llobet. Mujeres, salud y poder. Ediciones Cátedra. 2009.

Parte 2

Cambios en la financiación y la organización

CAPÍTULO 5

Evolución de la financiación sanitaria entre 1981-2010

Marciano Sánchez Bayle¹

Resumen

Se describen las diferentes etapas por las que ha pasado la financiación sanitaria, con especial atención al periodo postransferencial, donde el resultado ha sido una gran variabilidad en la financiación per cápita, que en el fondo es el reflejo del interés que tenía la sanidad para cada gobierno/parlamento autonómico.

Para garantizar la viabilidad financiera del sistema sanitario sería necesario disponer de sistemas de información homologables; dotar al Consejo Interterritorial de capacidad para tomar decisiones vinculantes; desarrollar un Plan Integrado de Salud y lograr una financiación sanitaria con carácter finalista, con incentivos al cumplimiento de los objetivos del Plan Integrado de Salud y a la facilitación de información sanitaria básica.

Introducción

Evaluar la financiación sanitaria en un periodo tan amplio de tiempo siempre es arriesgado, porque durante este periodo han pasado muchas cosas y no siempre en la misma dirección. Lo que es evidente es que se ha producido una gran expansión del gasto sanitario, seguramente como resultado de un aumento del desarrollo económico del país. Por otro lado se han producido dos transformaciones bastante relevantes, la primera relacionada con la configuración autonómica del Estado y las transferencias sanitarias, y la segunda con el desplazamiento de la fuente de financiación de la Seguridad Social a los impuestos. En cualquier caso, en este artículo vamos a contemplar dos aspectos: la cuantía del gasto sanitario y los mecanismos de financiación.

1. Presidente de la International Association of Health Policy (IAHP). Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP).

Gasto sanitario

El gasto sanitario se incrementó notablemente en el periodo 1981-2010. En la tabla 1 se recogen los datos más significativos al inicio y al final del mismo, de acuerdo con la serie publicada por la OCDE en 2010 (1).

Evidentemente ha habido un importante crecimiento del gasto sanitario, tanto en porcentaje sobre el PIB como per cápita y, obviamente, este último ha sido comparativamente mayor porque en este periodo se ha producido un gran desarrollo económico del país. El aumento del gasto per cápita se ha producido de manera continua, con un mayor aumento entre 2002 y 2003 (se pasó de 1.745 a 2.017 dólares en ppc). Con todo, este incremento, que se produce en todos los países de la OCDE, ha tenido en España, contra lo que parece decirse, un ritmo menor que en los demás miembros de la OCDE: el crecimiento en España en los últimos 10 años del 2,7% frente a un promedio de la OCDE del 4,1%. El porcentaje de gasto público disminuyó en este tiempo (6,2%), pero ha tenido un pequeño incremento en los últimos años (en 2004 fue del 70,6%) (1,2).

Por supuesto existen datos para España más actualizados, pero no es posible hacer su comparación con otros países y además han sufrido el impacto de la crisis económica internacional. Así, los presupuestos sanitarios de las comunidades autónomas (CCAA), que subieron en 2009 un 2,46%, han disminuido en el año 2010 un 1,13%, y un 4,11% en 2011 (3). Estamos hablando de la parte más importante del gasto público, cuyo montante total de manera oficial (Ministerio de Sanidad) sólo está disponible hasta 2008 (4).

Mecanismos de financiación

Los mecanismos de financiación han sufrido bastantes transformaciones en este tiempo, habría que, esquemáticamente, considerar cuatro etapas que se corresponden con cuatro modelos de financiación (5):

1. Antes de la Ley General de Sanidad (LGS): 1981-1986

El modelo anterior a la Ley General de Sanidad (LGS) suponía que más de un centenar de organismos públicos tenían dispositivos asistenciales con escasa coordinación, y desde luego con financiación independiente (siete ministerios, 50 diputaciones provinciales y muchos municipios que habían creado centros sanitarios para cubrir los déficits sanitarios). Cada organismo destinaba una parte de sus presupuestos a la sanidad, con criterios distintos y pocas veces complementarios. La aparición de las CCAA complicó aún más el panorama, porque también se inclinaron por crear sus propias redes sanitarias.

2. Entre la LGS y el Pacto de Toledo: 1986-1995

La LGS se propuso precisamente acabar con esa caótica situación y unificar las redes

asistenciales en los servicios regionales de salud de las CCAA. La financiación sufrió transformaciones porque se produjeron dos procesos transferenciales hacia las CCAA. Por un lado recibieron transferencias desde los ayuntamientos, diputaciones, etc., y por otro de las redes públicas de titularidad estatal: todas las CCAA de la AISNA (Administración Institucional de la Sanidad Nacional) y algunas CCAA del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Este proceso fue en algún caso anterior a la LGS (Cataluña, 1981) y en otros posterior, a manera de goteo (Andalucía en 1984, País Vasco y Valencia en 1988, Galicia y Navarra en 1991, Canarias en 1993).

La financiación de cada transferencia se realizó mediante una negociación entre la comunidad autónoma y el Ministerio de Sanidad (que gestionaba el INSALUD que se transfería) y se realizó en términos económicos muy diferentes según cada una de ellas, en razón de las presiones/afinidades políticas. A partir de ahí el mecanismo de financiación era una transferencia de fondos de la Seguridad Social destinada a la financiación sanitaria que aparecía como tal en los Presupuestos Generales del Estado (PGE).

3. Del Pacto de Toledo a la finalización de las transferencias: 1995-2001

Cuando se realizó el Pacto de Toledo se acordó desvincular la financiación sanitaria de la Seguridad Social y ello se hizo por dos motivos, el primero era de carácter más bien práctico, y tenía que ver con asegurar la autofinanciación del sistema de Seguridad Social y circunscribirlo al marco contributivo, porque la asistencia sanitaria desde la LGS había tenido un proceso de ampliación de la cobertura a segmentos de la población cada vez mayores, hasta ser prácticamente universal. El segundo estaba relacionado con el hecho de que las transferencias del Estado a la Seguridad Social venían a corresponder casi exactamente con las aportaciones de ésta al sostenimiento del Sistema Nacional de Salud (SNS), por lo que lo más racional parecía evitar este paso intermedio. El modelo de financiación pasó a ser una transferencia para la atención sanitaria en los PGE a las CCAA, siguiendo criterios históricos, es decir aplicándoles el aumento de los PGE a los acuerdos transferenciales.

4. Finalización de las transferencias a las CCAA y nuevo modelo de financiación: 2001-2011

En diciembre de 2001 finalizan las transferencias del INSALUD a todas las CCAA y aprovechando esta circunstancia se pone en marcha un nuevo modelo de financiación a las mismas que tiene algunas características que merece la pena resaltar (6):

■ Asignación de recursos muy desigual

El fondo inicial se negoció de manera individual con las CCAA, sobre la base del presupuesto liquidado del INSALUD (que estaba crónicamente infraestimado por las llamadas “facturas en el cajón”; es decir, por el gasto realizado a final de cada año presupuestario que se trasladaba al siguiente ejercicio), y por el censo de población de 1999 (ignorando que en 2001 la población se había incrementado un 2,35% sobre 1999, con un reparto desigual según CCAA). Fue la habilidad y/o capacidad de presión de cada una de las CCAA la que determinó la cantidad final,

por lo que ésta fue muy desigual, como evidencia la cantidad per cápita recibida finalmente por cada una de ellas, que se recoge en la tabla 2. La diferencia que se observa entre ellas, de hasta 280,26 euros per cápita, es claramente excesiva y ha lastrado la evolución posterior de los servicios regionales de salud.

■ Transferencia no finalista

El nuevo modelo de financiación asume que las cantidades aportadas a las CCAA lo eran para el conjunto de las actividades transferidas, y que éstas iban a decidir las cuantías a destinar para cada una de ellas. Aunque en el acuerdo de 2001, y posteriormente en el de 2010, se hace referencia a los fondos destinados a sanidad, la realidad es que no existe ningún mecanismo concreto que obligue a las CCAA a posicionar fondos concretos para la misma. El último acuerdo llama al despiste porque introduce un denominado Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales que, en teoría, debería asegurar que todas las CCAA tuvieran fondos suficientes para sanidad, educación y dependencia, estableciendo nuevos criterios de reparto (población, superficie, dispersión, insularidad, población protegida equivalente según siete grupos de edad, población mayor de 65 años y población entre 0 y 16 años); sin embargo, no existe en el proyecto ninguna cláusula que obligue a que este fondo se destine a los servicios públicos fundamentales.

Se crean además otros tres fondos: de suficiencia global, de cooperación y de competitividad. Los dos primeros tienen efectos compensatorios para las CCAA con menor renta y el último, en la práctica, acaba favoreciendo a aquellas que tienen una mayor recaudación fiscal per cápita, es decir las de mayores ingresos.

■ Los impuestos cedidos

Se basan en el IRPF, IVA e impuestos especiales sobre alcohol e hidrocarburos. Las CCAA en teoría tienen capacidad normativa sobre una serie de impuestos, que en la práctica se ha concretado en una disminución de los mismos (supresión del de patrimonio, sucesiones, etc.) y sólo en un caso, el llamado céntimo sanitario, ha supuesto algún aumento, que de todas maneras sólo se ha producido en parte de las CCAA. Tampoco debe olvidarse que, pese a su denominación popular, no existe ningún mecanismo que asegure que el dinero recaudado va destinado a la financiación sanitaria.

Una financiación muy desigual y sometida a criterios de discrecionalidad

El resultado ha sido una gran variabilidad en la financiación per cápita, que en el fondo es el reflejo del interés que tenía la sanidad para cada gobierno/parlamento autonómico, pero que provoca serios problemas, tanto de funcionamiento del sistema sanitario (la subfinanciación provoca una menor capacidad para asegurar las prestaciones, realizar inversiones, etc.) como en cuanto a la generación de deuda, porque uno de los mecanismos de sobrellevar esta falta de presupuesto ha sido postergar el pago a los

proveedores, con lo que cada ejercicio presupuestario comienza con una cantidad de compromisos de gasto pendientes del año anterior cada vez mayores, lo que amenaza con estrangular el sistema. Tampoco conviene olvidar que la deuda sanitaria es un buen argumento de presión de las CCAA sobre el gobierno para obtener nuevos fondos, independientemente de que cuando se consigan, como sucedió con la Conferencia de Presidentes de 2005, no acaben, en muchos casos, destinándose a la sanidad. La tabla 3 recoge los presupuestos aprobados por las CCAA para 2010 y 2011 (3). En ellos se observa que se mantiene una gran dispersión y que la diferencia entre el máximo y el mínimo se ha incrementado (556,71 en 2010 versus 560,36 en 2011).

Un futuro deseable

Para solucionar estos desequilibrios recaudatorios y presupuestarios entre CCAA habría que avanzar en las siguientes líneas de actuación:

- Una. Sistemas de información homologables, actualizados y desagregados al menos por CCAA. Se trata de un objetivo fácil de desarrollar dado el nivel de implantación que tiene la recogida de información de las CCAA. Habría que exigir que todas las CCAA de manera periódica, semestral o anualmente, facilitasen los indicadores que por cierto ya se aprobaron para el conjunto del SNS. El fundamento está en que la información sanitaria debe de estar disponible para todos los ciudadanos, y en que es un elemento clave en la transparencia y responsabilidad de las administraciones públicas. No parece que pueda tolerarse, ni que existan motivos que lo justifiquen, que la información sobre una actividad que sufragamos todos los ciudadanos con nuestros impuestos permanezca secuestrada para la opinión pública. También que es difícil, por no decir casi imposible, valorar las necesidades de financiación si no se conoce al detalle la actividad y los resultados del SNS y pueden así identificarse sus focos de ineficiencia y mejora.
- Dos. Capacidad del Consejo Interterritorial del SNS para tomar decisiones vinculantes. Se deberían articular mecanismos que permitieran la toma de decisiones vinculantes en el seno del Consejo Interterritorial, por ejemplo facilitando sistemas de votación que permitieran mayorías cualificadas.
- Tres. Desarrollo del Plan Integrado de Salud. Hay que establecer los objetivos del SNS, para ello debería aprobarse un Plan Integrado de Salud que permitiera orientar la política sanitaria y establecer objetivos de salud a medio y largo plazo.
- Cuatro. Financiación sanitaria con carácter finalista, con incentivos al cumplimiento de los objetivos del Plan Integrado de Salud y a la facilitación de información sanitaria básica. La financiación sanitaria debe establecerse con mecanismos que permitan su utilización con este fin específico, y además hay que establecer incentivos

económicos al cumplimiento de los objetivos centrales del SNS establecidos en el Plan Integrado de Salud, y a la cumplimentación de los indicadores establecidos para el conjunto del SNS, conceptos estos a los que deberían condicionarse todos los nuevos recursos que se aporten al sistema de financiación sanitaria.

En teoría se trata de medidas fáciles de adoptar y que permitirían avances importantes para que el SNS sea eficaz y eficiente a la hora de asegurar la solidaridad y la equidad, que son uno de sus objetivos principales. Claro está que las cosas no parece que avancen en este sentido, y que hasta hora lo que prima es la escasa voluntad política de solucionar los problemas y la adopción de medidas con vistas sólo al corto plazo. A ello se suman las presiones privatizadoras, que pretenden utilizar los problemas que crean las malas decisiones políticas para dismantelar el sistema público de salud, y que pretenden mantener una política suicida de disminución de ingresos (supresión de impuestos, como el de sucesiones o el de patrimonio; desgravaciones fiscales de los seguros privados, etc.), lo que hace insostenible el mantenimiento de cualesquiera servicios públicos de calidad, entre ellos el sanitario.

Hacer sostenible el SNS requiere asegurarse recursos suficientes por la vía impositiva y financiación finalista de las CCAA basada en objetivos de salud, para evitar que los “errores” de algunos los acabemos pagando entre todos.

Bibliografía

1. OECD Health data 2010. Disponible en www.oecd.org (Acceso: 14/4/2011).
2. OECD Health data 2009 Disponible en www.oecd.org (Acceso: 14/4/2011).
3. FADSP: Los presupuestos sanitarios de las CCAA para 2011. Disponible en www.fadsp.org (Acceso 14/4/2011).
4. Portal estadístico Ministerio de Sanidad. Disponible en www.mspsi.es (Acceso 14/4/2011).
5. Sánchez Bayle M. Financiación y gasto sanitario. En: La situación de la salud y el Sistema Sanitario en España. Edita: Observatorio de Políticas de Salud 2010. Disponible en: www.fadsp.org/pdf/ObSalud07.pdf. (Acceso 14/4/2011).
6. Sánchez Bayle M. El acuerdo sobre financiación sanitaria. ¿Hemos avanzado? Rev Adm Sanit. 2005; 3: 581-590.
7. Sánchez Bayle M. Después de las transferencias sanitarias. Salud 2000; 2002: 85: 3-5.

Tabla 1
Gasto sanitario en 1981 y en 2008

	1981	2008
Gasto sanitario total (% PIB)	5,5	9
Gasto sanitario: \$ en poder paritario de compra /per cápita (ppc)	404	2.902
% de gasto público sobre el total	78,7	72,5

Tabla 2
Asignación financiera final en 1999 por comunidad autónoma

CCAA	€ por habitante y año
La Rioja	994,92
Cantabria	903,72
Asturias	869,53
Extremadura	852,83
Aragón	830,35
Castilla-La Mancha	800,25
Castilla y León	798,69
Murcia	767,02
Baleares	723,74
Madrid	714,66

Fuente: Salud 2000 (7).

Tabla 3
Presupuestos sanitarios per cápita y CCAA en 2010 y 2011

CCAA	Per cápita 2010	Per cápita 2011
Andalucía	1.180,09	1.121,69
Aragón	1.419,37	1.364,49
Asturias	1.507,15	1.495,93
Baleares	1.066,37	1.003,32
Canarias	1.295,36	1.135,75
Cantabria	1.347,47	1.232,16
Castilla y León	1.360,62	1.348,92
Castilla-La Mancha	1.346,52	1.283,08
Cataluña	1.298,84	1.292,45
Comunidad Valenciana	1.122,79	1.078,95
Extremadura	1.509,72	1.390,56
Galicia	1.333,39	1.266,13
Madrid	1.108,14	1.103,16
Murcia	1.334,25	1.346,90
Navarra	1.543,12	1.528,59
País Vasco	1.623,08	1.563,68
La Rioja	1.443,94	1.347,11
Media CCAA	1.343,95	1.288,58

CAPÍTULO 6

Cambios legislativos sanitarios más importantes en los últimos treinta años

Javier Rey del Castillo¹

Resumen

Los treinta años transcurridos desde que se creó la FADSP coinciden con los que han visto la creación y el desarrollo del Sistema Nacional de Salud (SNS). En el artículo se analizan las normas que han tenido más importancia en el desarrollo del sistema a partir de la norma por la que se constituyó, la Ley General de Sanidad (LGS), 14/1986. Desde una perspectiva general, el rasgo más destacado de los desarrollos legislativos producidos en este terreno en los últimos años es la confluencia de los dos partidos mayoritarios en el apoyo a la legislación relativa al SNS, producida mayoritariamente a iniciativa del PP. Una valoración de la situación actual del sistema permite considerar que la amenaza más importante que se cierne sobre el mismo ahora es la ruptura en las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria que se puede producir por la extensión de la intervención de las aseguradoras privadas en la gestión de la protección de determinados grupos de población, lo que se pretende llevar a cabo sin modificar las normas constitutivas del propio sistema. Esa situación da idea de la inutilidad actual de esas normas para garantizar las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria y la necesidad de una nueva norma reguladora del SNS para mantenerlas. El artículo termina analizando las posiciones de la FADSP respecto al desarrollo normativo analizado y proponiendo cambios en algunas de ellas, en especial la persistencia acrítica en el apoyo a la LGS como referencia constitutiva del SNS.

Introducción

Se me pide que analice los “cambios legislativos más importantes” que se han producido en los treinta años transcurridos desde que se creó la FADSP, que coinciden con una diferencia de cinco con los que han visto la creación y el desarrollo del Sistema Nacional de Salud (SNS) hasta su actual situación.

1. Médico inspector. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

El criterio que he aplicado ha sido el de considerar como las normas más importantes aquellas que por su propia naturaleza han servido para configurar algunas de las características básicas del Sistema Nacional de Salud o las que, sin establecer esas condiciones de manera novedosa, han servido como reconocimiento normativo de la evolución que se había producido de hecho en algunos aspectos del desarrollo del SNS. Por último, un tercer criterio de referencia a la inversa son aquellas normas cuya importancia deriva de que no introdujeron las modificaciones que cabía esperar y hubieran sido necesarias para establecer un nuevo marco de actuación en algún aspecto de la actividad del SNS.

En todo caso, en la exposición de las normas escogidas como “importantes” con arreglo a los criterios citados sigo en general, y con la excepción de la legislación en materias farmacéuticas, un orden cronológico, que creo que es el que mejor permite resaltar la razón del valor estimado de cada una de ellas.

Tras la referencia a cada una de las normas seleccionadas, a sus características principales y a sus efectos sobre el SNS, resumo en otro apartado lo que, en mi opinión, son los rasgos más generales del desarrollo normativo analizado.

Por último, en un tercer apartado hago una valoración de carácter subjetivo de las posiciones que ha ido adoptando la FADSP, cuyo trigésimo aniversario es el que motiva la publicación a la que va dirigido este artículo, con respecto a la legislación analizada previamente.

Una relación por orden cronológico

La Ley General de Sanidad, 14/1986

Que la LGS es el elemento constitutivo básico del Sistema Nacional de Salud no es sólo una consideración legal derivada del carácter “básico” que la propia ley establece para una parte importante de sus preceptos (una definición que supone que las normas autonómicas para la organización de sus servicios sanitarios por las CCAA se deben atener a las reglas generales establecidas en la propia ley). Por el contrario, esa consideración supone además que la propia ley debía contener un diseño suficientemente claro y preciso de cómo configurar los servicios sanitarios en el Estado español en sus aspectos esenciales. Entre ellos, la cobertura sanitaria en términos de población y prestaciones cubiertas, financiación y organización de la provisión, gestión de los servicios por parte de sus distintos componentes, relación con los proveedores y entre niveles de atención, condiciones laborales y organizativas del personal sanitario, y otras cuestiones centrales del Sistema Nacional de Salud que la propia ley creó.

Una valoración general de la regulación de esos aspectos esenciales en el texto de la ley permite, sin embargo, estimar que la definición de muchas de esas cuestiones en la norma aprobada distó mucho de tener la suficiente claridad y precisión como para considerar que mediante ella se había establecido siquiera un horizonte definido

de organización y funcionamiento del “nuevo” sistema sanitario como un “servicio nacional de salud”.

Para su constitución como tal se partía de un sistema sanitario de Seguridad Social preexistente, que en el momento de la promulgación de la ley cubría ya, aunque a través de regímenes diferentes, al 90% de la población. La transformación de ese sistema en un servicio nacional de salud (al que se definió como “sistema” en previsión de su descentralización) hubiera exigido cambios sustantivos en muchos de los aspectos mencionados (desde el título justificante del derecho a la protección sanitaria, a las formas de financiación y gestión). Por el contrario, como he descrito en otros textos (1), la norma se llenó de plazos transitorios para el desarrollo de determinadas cuestiones que tenían un horizonte final definido (por ejemplo, la unificación del título justificante de la protección sanitaria vinculándolo a la condición de ciudadanía y, en paralelo, la unificación de los sistemas de protección de colectivos laborales diversos), y definió en otros casos sólo situaciones transitorias (como ocurrió, por ejemplo, en el caso de la financiación y la descentralización), sin aclarar el horizonte final al que debería dirigirse el sistema para completar su proceso de transformación.

Ese conjunto de situaciones mal definidas, y de períodos transitorios para acabar con numerosas situaciones contradictorias con la constitución de un servicio (sistema) nacional de salud sostenible largamente incumplidos (algunos, como la integración de todos los sistemas de protección en uno único, no se han cumplido todavía), hace que la valoración actual de esta ley permita considerar que su importancia no deriva tan sólo del carácter “constitutivo” que se le viene atribuyendo habitualmente, sino también, por el contrario, de las numerosas ambigüedades y deficiencias con las que el texto legal entró a definir condiciones fundamentales del SNS.

La Ley 15/1990, de 9 de julio, de ordenación sanitaria de Cataluña

Lo que esta norma hizo de manera literal fue dotar al Servicio Catalán de la Salud (SCS), que la propia norma creaba, de una naturaleza diferente a la que tenía el INSALUD, el órgano gestor de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social, cuya naturaleza era la de organismo autónomo de carácter administrativo, y cuya gestión en aquel momento de 1990 había sido ya traspasada a seis CCAA. La ley catalana dotaba al servicio citado, que, acogiéndose a las facultades de autoorganización que asistían a la Generalitat, venía a sustituir al INSALUD en el territorio catalán, de una naturaleza diferente, como ente público de carácter institucional, responsable de la financiación y cobertura de los servicios y prestaciones sanitarias. A la vez, en la norma en cuestión se abría la posibilidad de que la gestión de esos servicios, separada de las responsabilidades mencionadas, se llevase a cabo mediante fórmulas de gestión diversas –directas, indirectas o compartidas– a través de entidades públicas o privadas admitidas en derecho.

Sólo cinco años más tarde, mediante otra ley, la 11/1995, de 29 de septiembre, que modificaba la anterior, se produjo un cambio incremental en la situación legal descrita,

cambio que en todo caso, mediante distintas modificaciones (incluyendo el sometimiento al derecho privado del SCS y la posibilidad de constituir en su ámbito empresas públicas, y “entidades cooperativas” en el ámbito de la atención primaria) reforzó la orientación de la organización sanitaria catalana en la misma dirección.

La importancia de estas leyes catalanas es que sus efectos se extendieron más allá de su propio territorio y que, en coincidencia con las propuestas en la misma línea formuladas al respecto por el “Informe Abril”, dieron pie a la generalización de una nueva consideración de las formas de gestión en el SNS español: la totalidad de las CCAA que elaboraron normas sobre servicios de salud a partir de la fecha en que fue promulgada la primera ley catalana (con la única excepción de Navarra, que en una norma casi simultánea con aquélla convirtió a todo su personal en funcionario) introdujeron en ellas disposiciones que preveían la constitución de sus servicios de salud con una naturaleza jurídica similar a la del SCS citada. A la vez, todas ellas contemplaban la adopción de fórmulas de gestión variadas, ninguna idéntica a la de otra CA o a la propia catalana (el consorcio, que se soportaba necesariamente, por otra parte, en la participación de las corporaciones locales propietarias de muchos centros en el órgano de gobierno correspondiente, situación mucho menos frecuente en otras CCAA), incluyendo las privadas, o las públicas sometidas a este tipo de derecho, que en todo caso resultaron tan sólo de aplicación a los nuevos centros creados, sin entrar a modificar la gestión de los centros de la red de la Seguridad Social ya existentes.

Lo peculiar de este desarrollo “emulativo” es que se produjo sin ninguna discusión general previa ni tampoco observación alguna por parte de los órganos centrales sanitarios, ni de los administrativos del MAP encargados de hacer el seguimiento de las normas autonómicas. Y que la previsión de esas modalidades “nuevas” de gestión por parte de todas las CCAA que elaboraron normas sobre esa cuestión se llevó a cabo por éstas con independencia de que hubiesen recibido o no el traspaso de la gestión del INSALUD (2); lo que, de no haberlo hecho, limitaba de manera importante el ámbito al que pudiera resultar de aplicación, puesto que el propio Instituto, o sus equivalentes autonómicos, siguieron siendo los responsables principales de la creación, por una u otra vía, de nuevos centros.

Globalmente, todo ello propició que, apenas tres años después de la constitución del SNS como un sistema planificado de gestión descentralizada, que, sin embargo, carecía de perfiles definidos en aspectos esenciales del mismo, todos los focos sanitarios se centraran en cómo mejorar su “eficiencia”, sobre la base de cambiar la gestión de los centros; lo que tuvo también su expresión en el ámbito del INSALUD no transferido a las CCAA, gobernado todavía por el PSOE, en la formulación de un “contrato-programa” como instrumento dirigido a mejorar esa “gestión”, sin modificar la naturaleza jurídica de los centros ya existentes.

Esos movimientos resultaban semejantes a los que se estaban produciendo en algunos Servicios Nacionales de Salud, en particular el sueco y el NHS inglés, constituidos muchos años antes que el sistema español, y que llevaban ese tiempo en funcionamiento. Resultan, sin embargo, de más difícil comprensión en un caso como el espa-

ñol en el que no se había producido siquiera el desarrollo de algunos de sus aspectos esenciales, los cuales, por otra parte, resultaban fundamentales para determinar su eficiencia como servicio público y universal de gestión descentralizada.

La única explicación posible de la evolución española es, en mi opinión, a la vez la mejor expresión del escaso apoyo con el que contó la aprobación de la LGS en el propio Partido Socialista, en especial por parte de sus sectores más liberales, con vinculaciones con los ámbitos económicos del Gobierno, que encontraron en estos planteamientos una buena vía de poner en cuestión la sostenibilidad económica del sistema público sobre las bases organizativas y constitutivas con las que había sido creado. Un planteamiento que, por otra parte, resultó coincidente con el de Convergencia i Unió, por entonces convertido en apoyo necesario del Gobierno central cualquiera que fuera su color, que tenía su base en la peculiar situación de desarrollo de la red sanitaria en esa comunidad autónoma.

La Ley 15/1997, sobre nuevas formas de gestión en el SNS

Las explicaciones del apartado anterior permiten situar en su contexto la importancia de esta ley, promulgada ya con Gobierno del PP, pero apoyada en sus términos por el PSOE, a la que se han atribuido por muchos buena parte de los problemas de los que adolece en la actualidad el SNS, para cuya solución se propone su derogación. Por el contrario, conforme a la descripción anterior, esta ley fue poco más que la forma de reconocer de manera legal lo que ya venía ocurriendo en el sistema. Un desarrollo en el que coincidían, aunque fuera con formas distintas, los partidos que ejercían responsabilidades en el Gobierno central o en los autonómicos, y cuya coincidencia, por otra parte, garantizaba de antemano un compromiso tácito de ausencia de control alguno de los límites establecidos en la nueva ley para las “nuevas” formas de gestión que se generasen por diferentes CCAA, incluso para el caso de que éstas vulnerasen esos límites.

En mi opinión, esto ocurrió de inmediato con la creación, bajo una modalidad de la fórmula PFI (siglas inglesas de Iniciativa de Financiación Privada), del Hospital de Alzira, con el patrocinio del consorcio agrupado bajo el nombre de Ribera Salud, en el que participa la aseguradora privada Adeslas. Este centro, y la sociedad que lo soportaba, se convirtieron en la punta de lanza, luego extendida, de la penetración de las aseguradoras privadas en la gestión del SNS (ya lo venían haciendo en la gestión de la prestación sanitaria del mutualismo administrativo), sin que ello propiciara ninguna respuesta efectiva de parte del Partido Socialista, ni desde el gobierno central cuando ha ejercido su responsabilidad, ni desde la oposición a los gobiernos autonómicos que han desarrollado esas concretas “nuevas formas” de gestión en otras CCAA.

Un buen ejemplo de ello más allá de la Comunidad Valenciana es la Comunidad de Madrid, donde la creación por el Partido Popular de nuevos centros con variantes de la fórmula PFI ha alcanzado su mayor extensión, sin que se haya producido ninguna alternativa visible desde el Partido Socialista ni a la creación de esos centros ni

cuando, ya funcionando, han empezado a poner en evidencia los problemas económicos para el conjunto del sistema público sanitario que se derivan de esa forma de constitución y gestión de los propios centros creados con esas fórmulas.

Las leyes financieras de 2001 y el cierre simultáneo del traspaso del INSALUD a las CCAA (3)

Las leyes a las que me refiero son la Ley Orgánica 7/2001, de 27 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica 8/180, de financiación de las CCAA (LOFCA), y la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las CCAA de régimen común.

Como referencia de los cambios introducidos por las leyes citadas en la financiación sanitaria hay que partir de su situación previa. Se trataba de un sistema de financiación sanitario diferenciado imperfecto, en el que los ingresos de origen contributivo basados en las aportaciones de trabajadores y empresarios, como se ha indicado, fueron progresivamente sustituidos por aportaciones fiscales, un proceso que se cerró en 1999, año a partir del cual la totalidad de los fondos para la financiación sanitaria procedieron de tributos generales. Pese a ello, el sistema de financiación sanitaria continuó siendo supuestamente finalista² y diferenciado hasta la aplicación de las leyes citadas de diciembre de 2001, en el que la financiación sanitaria se integró de manera indiferenciada en el sistema de financiación autonómica general.

Una característica fundamental del proceso de cambio es que la introducción de este nuevo sistema de financiación tuvo lugar de manera simultánea con el cierre del proceso de descentralización de la asistencia sanitaria (de la Seguridad Social) a las diez CCAA que no habían recibido todavía ese traspaso. En ese proceso simultáneo las razones financieras y de incremento de la capacidad de gasto de las comunidades autónomas predominaron netamente sobre las razones sanitarias para la descentralización. La mejor prueba de la veracidad de la afirmación anterior es la disposición final segunda de la Ley 21/2001, que condicionó (probablemente de manera ilegal, aunque todavía no hay sentencia en el recurso interpuesto al respecto por el Partido Socialista ante el Tribunal Constitucional) la aplicación del nuevo sistema de financiación a las diez CCAA que estaban pendientes de recibir los traspasos de la asistencia sanitaria a la aceptación de esos mismos traspasos.

2. El carácter finalista del sistema de financiación vigente hasta diciembre de 2001 era más formal que real. Desde que se inició el traspaso del INSALUD a las CCAA, lo que empezó con el realizado a Cataluña en 1981, las CCAA integraron la financiación recibida para su dedicación a la asistencia sanitaria en su masa presupuestaria común, que venían distribuyendo con arreglo a sus propios criterios. La habilitación legal para presentar sus presupuestos con arreglo a sus propias normas presupuestarias, y la ausencia de sistemas de información económica homologados que permitieran el seguimiento del destino real de las cantidades recibidas con fines supuestos de atención sanitaria, así como del gasto efectuado y, en su caso, del endeudamiento en el que hubieran podido incurrir, sentaron las bases para que el sentido finalista de la financiación sanitaria hasta diciembre de 2001 tuviera más el carácter formal que real que he mencionado al principio de esta nota. Lo que da al cambio efectuado en 2001 con el nuevo sistema de financiación un valor también más formal que efectivo.

La razón principal de la preferencia en aquel momento por la aprobación de un nuevo sistema de financiación autonómica hay que buscarla en el papel que juegan los servicios sanitarios en el gasto público de las CCAA una vez éstas asumen su gestión. La proporción del gasto sanitario en el total del gasto público de cada comunidad en esas condiciones supone, según las estimaciones más recientes, un promedio del 37,6% para cada comunidad (4).

Puesto que la finalidad del sistema de financiación autonómica es dotar a cada CA de fondos suficientes para afrontar los servicios que debe atender, el traspaso de los servicios sanitarios era condición indispensable para que se pudiera ceder a aquellas el amplio paquete de impuestos que caracterizaron al nuevo sistema financiero. Sin el traspaso de los servicios sanitarios, una cesión de impuestos tan amplia como la que tuvo lugar hubiera carecido de justificación. A su vez, aceptar una situación de traspasos sanitarios diferente para distintas CCAA hubiera determinado la aplicación de sistemas de financiación distintos para cada uno de los grupos de ellas constituidos conforme a los servicios traspasados a la responsabilidad de su gestión. Esto habría roto de nuevo la homogeneidad del sistema de financiación autonómica de las CCAA de régimen “común”, lo que era otro de los objetivos prioritarios de su implantación.

Sin embargo, todo ello supone también que el proceso de cierre de los traspasos del INSALUD a las CCAA que los tenían pendientes no constituyó un objetivo sanitario en sí mismo, sino un instrumento al servicio de la implantación del nuevo sistema de financiación autonómica, al margen de las consecuencias sobre los servicios sanitarios que pudiera tener. Esas consecuencias suponían de entrada un cambio significativo para la constitución de los servicios sanitarios en todos sus aspectos, incluidos los financieros, pues no en vano el ejercicio real de la coordinación que se venía ejerciendo en este y en otros terrenos partía de la base de la utilización como referencia de la gestión, también la financiera, que llevaba a cabo el INSALUD en los territorios en los que no se había llevado a cabo todavía el traspaso.

Con la aplicación de las leyes citadas lo que se produjo de hecho fue el traspaso completo de la responsabilidad sanitaria a las CCAA, y la “liberación” del Gobierno central de cualquier responsabilidad financiera sobre los servicios sanitarios, un objetivo largamente perseguido por la Hacienda central, con independencia de los efectos que ello pudiera tener sobre el mantenimiento de las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria.

El otro efecto del nuevo sistema de financiación aprobado en 2001, percibido de forma más reciente con motivo de la crisis económica en la que seguimos sumidos, es de naturaleza estrictamente económica: la gestión sanitaria autonómica sin ningún instrumento de coordinación efectivo ha llevado a que las partidas sanitarias sean en buena parte de las CCAA la causa más importante de sus déficits respectivos, que son, a su vez, la parte más importante del déficit público a la que todavía no se ha dado solución con las medidas adoptadas hasta ahora por el Gobierno.

El problema añadido de esa situación, visto desde la perspectiva sanitaria, es que la orientación desde el Gobierno actual que parece proponerse para su solución (y más

probablemente aún si el Partido Popular accede al Gobierno de la nación) es que cada CA diseñe de manera independiente sus propias medidas para atajar esos déficits, incluyendo entre ellas si es necesario los recortes en prestaciones sanitarias o las formas de cesión a la cobertura sanitaria privada que les permita “resolver” esa situación, con independencia de cuáles puedan ser los efectos sobre la protección sanitaria en cada CA, y las desigualdades que se puedan generar en ese sentido entre distintos grupos de población.

Las leyes fallidas de 2003

Las tres leyes a las que me refiero en este caso son la Ley 26/2003, de 26 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, a la que hay que sumar dos normas en materia de personal, la 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, y la 55/2003, de 16 de diciembre, por la que se aprobó el Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.

El título que he dado a este apartado permite ya deducir que, en mi opinión, su importancia se debe a que se trata de tres leyes que, en contra de lo que se hubiera debido esperar de ellas, no aportaron nada sustantivo al funcionamiento del SNS en la materia propia de cada una.

En el caso de la Ley de Cohesión (1, 5, 6), cabe decir que las expectativas de que produjera algún efecto en el sentido de mejorar el funcionamiento coordinado del SNS estaban rebajadas de antemano por el momento en el que se aprobó: su promulgación tuvo lugar un año después de que se hubiera producido el cierre del traspaso de la asistencia sanitaria a la totalidad de las CCAA, sin imponer para ello ninguna condición previa en el ejercicio de las competencias sanitarias por aquéllas, condiciones que resultarían razonablemente rechazadas una vez cada CA las hubiera asumido como propias, lo que las llevaría a rechazar cualquier interferencia en su ejercicio posterior, como de hecho ocurrió.

La regulación de los instrumentos de coordinación establecidos en el texto confirmó esas expectativas rebajadas: el órgano superior de coordinación previsto en el mismo, el Consejo Interterritorial del SNS, que ya existía desde la Ley General de Sanidad, no sufrió ninguna modificación significativa ni en sus atribuciones ni en su funcionamiento respecto al que ya existía, pese a que la situación había cambiado sustancialmente con la generalización del traspaso del INSALUD, y este último había dejado de constituir la referencia no sólo financiera, sino también organizativa, para el conjunto del sistema.

El funcionamiento posterior del Consejo ha confirmado el valor reducido de la ley para hacer efectivo un funcionamiento cohesionado del SNS, pese a que se siguen haciendo llamadas repetidas para dotar a aquél de una capacidad ejecutiva en sus decisiones; una aspiración que, en mi opinión, resulta imposible de lograr con la actual constitución de este órgano y la asunción de que las competencias sanitarias, también las de asistencia sanitaria (que se decían “de la Seguridad Social” al hacer los

traspasos), se ejercen como “exclusivas” por las CCAA, lo que supone rechazar cualquier subordinación en su ejercicio a cualquier criterio externo, por mucho que sea adoptado de manera común.

En cuanto al Estatuto Marco aprobado en 2003, éste, como otros muchos borradores previos, incluye en su ámbito de aplicación tan sólo al personal incluido en los distintos estatutos del personal de los centros y servicios de la antigua red de la Seguridad Social. Se trata de una deriva que se fue produciendo de forma progresiva a medida que pasaba el tiempo sin cumplir las previsiones de desarrollo del estatuto previsto en la LGS, pero que, cuando adquirió el carácter de ley, supuso de hecho la claudicación definitiva, con fines posibilistas de cumplimiento formal del mandato legal, en las aspiraciones de dotar a todo el personal que trabaja en instituciones propias del SNS de una relación homogénea que facilitara la gestión de los centros. El resultado es el contrario al indicado: en los centros, sobre todo en los de algunas CCAA, convive personal de distintos regímenes; o, en otros casos, de un mismo servicio autonómico de salud forman parte centros con personal con relaciones contractuales distintas. Se trata de circunstancias que en uno y otro caso dificultan la gestión de esos centros y servicios y su funcionamiento integrado con unas mismas reglas de funcionamiento básico en el terreno del personal.

Las condiciones adicionales al propio estatuto aplicables por cada CA en su ámbito territorial han hecho que esta norma no haya facilitado siquiera la movilidad de este personal entre las distintas CCAA. Por otra parte, la publicación del estatuto no ha impedido tampoco la proliferación de las contrataciones irregulares que se venía produciendo en las instituciones desde años antes, que se han seguido produciendo, y que generan inestabilidad en la gestión de los centros, con las repercusiones consiguientes sobre la calidad de la atención prestada.

Por su parte, la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias se podría considerar como el mejor vehículo para la consagración del traslado automático de las categorías docentes en materia de personal al interior del sistema sanitario. Una línea de actuación que ha sido puesta en cuestión poco tiempo después con la reorganización de la docencia universitaria aprobada en el llamado proceso de Bolonia, al trasladar a las condiciones organizativas y retributivas en el sistema sanitario los cambios en la titulación derivados del proceso anterior, los cuales, por otra parte, se pretenden complementar con cambios correlativos en otras categorías profesionales.

La misma norma marcó además una tendencia, que se mantiene, a parcelar el ejercicio sanitario en áreas de perfiles de actuación definidos en función de la misma titulación con reconocimiento académico, sea éste de definición de la profesión o de la especialidad correspondiente. Esta tendencia resulta poco congruente con el desarrollo de nuevas tecnologías, que abren y cierran de manera continua posibilidades diferentes de actuación sobre los mismos problemas sanitarios, una situación en la que definir territorios de actuación cerrados en función de la titulación de partida parece ofrecer un escaso horizonte. Se trata, además, de una orientación que sustituye la relación cooperativa entre profesiones, que es la más beneficiosa para el sistema sanitario, por una relación de confrontación entre aquéllas, que tienen una buena ex-

presión en las relaciones entre corporaciones profesionales, por otra parte reguladas por normas preconstitucionales, que es hoy día evidente en España. Por todo ello se puede considerar que ninguna de estas normas aportó alguna ventaja añadida, sino más bien al contrario, al funcionamiento del SNS.

Las leyes farmacéuticas

La primera de las leyes a las que me refiero en este caso es la 25/1990, del Medicamento, que se modificó por otra norma más reciente, la 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Ambas normas son las únicas disposiciones que han llegado a adquirir el rango de ley en un terreno que se ha caracterizado por un amplísimo despliegue normativo de regulaciones de diferente rango con logros, sin embargo, limitados.

Esos logros se pueden cifrar en el acercamiento de la regulación española en materia de medicamentos, incluido el sistema de patentes, a la legislación vigente en el ámbito europeo, que ha sido a su vez también objeto de numerosas regulaciones a través de directivas de los distintos órganos de la Unión Europea que pretenden facilitar el funcionamiento efectivo del “mercado único” en este sector, de gran importancia económica.

Lo que ni esas leyes ni otras regulaciones de rango menor han logrado cambiar, ni tampoco lo han pretendido, ha sido la relación de los proveedores de uno y otro nivel (la industria y las oficinas de farmacia) con el SNS. Esas relaciones se mantienen en forma de convenios con unos y otros cuyos términos no son muy diferentes de los que existían ya antes de la democracia, y desde luego antes de la constitución formal del SNS (1). Los efectos del mantenimiento de esas formas de relación, que suponen dejar de lado el “poder de compra” (*spending power*) del que podría hacer uso un SNS que actuara de manera coordinada, son manifiestos, y se traducen en que, en términos porcentuales respecto al gasto público sanitario, el gasto en productos farmacéuticos está 10 puntos porcentuales por encima del correspondiente al promedio de otros países del entorno europeo, constituyendo de manera constante uno de los problemas más importantes para la sostenibilidad financiera del SNS.

Algunas observaciones generales sobre los desarrollos normativos y la situación legal del SNS

Una exposición tan limitada de los desarrollos legales habidos en los últimos 30 años en el ámbito del sistema sanitario español no impide, sin embargo, hacer una referencia a los rasgos más generales que, en mi opinión, caracterizan esos desarrollos y, como consecuencia, la situación actual del SNS desde el punto de vista de su regulación. Esos rasgos son los siguientes:

- 1) Unas bases mal definidas en la Ley General de Sanidad de los aspectos constitutivos esenciales del Sistema Nacional de Salud, concebido como un “servicio nacional de salud” de gestión descentralizada.
- 2) Un desarrollo legal posterior de la mayoría de esos aspectos esenciales contradictorio con la concepción del sistema en el sentido indicado, como sustrato principal de una protección sanitaria universal e igualitaria basada en la condición de ciudadanía.
- 3) Una coincidencia progresiva en los criterios de desarrollo del sistema por parte de los dos partidos mayoritarios, que se arrastraba desde antes, pero que se hizo especialmente manifiesta a partir de 1997, momento a partir del cual los desarrollos legales, la mayoría de ellos de iniciativa popular (entre ellos la Ley 15/1997, las leyes financieras de 2001 indicadas, lo mismo que las “fallidas” de 2003), contaron con el apoyo del Partido Socialista a la casi totalidad de los textos.
La coincidencia de criterios a partir de 2004, cuando el Partido Socialista volvió al Gobierno de la nación, se puso de manifiesto en la opción sostenida de los sucesivos ministerios socialistas por desarrollar las normas populares en vez de buscar formas alternativas y propias de una nueva regulación.
El único ámbito de diferencia manifiesta entre los dos partidos mayoritarios en los últimos años ha sido el de la regulación de materias relacionadas más con la “moral y las costumbres” (las leyes de reproducción asistida; la del aborto; la relacionada con la “muerte digna”, aún en fase de proyecto) que con la organización de la protección sanitaria a través del SNS.
- 4) La inutilidad de la Ley General de Sanidad como referencia básica para la organización del sistema, contradicha o desarrollada en sentido distinto al que se preveía inicialmente por muchas de las normas mencionadas, se ha acompañado en los últimos años, en sentido contrario, de una valoración panegírica de aquella norma incluso por parte de quienes, como el Partido Popular, votaron en contra de la misma y la recurrieron en el momento de su promulgación, y ahora hacen profesión de fidelidad a los “principios” (por otra parte difíciles de definir en muchos casos) que la propia norma supuestamente fijó.
Esas declaraciones formales se han venido acompañando de manera sistemática de propuestas que contradicen la propia constitución y estructura del sistema como un servicio público de protección universal, para la introducción de las cuales, sin embargo, no se considera necesaria la modificación de las bases del mismo establecidas en la ley anterior. Lo que es la mejor demostración de la inutilidad actual de la propia LGS para evitar una ruptura del sistema como inicialmente, y aunque fuera de manera imperfecta, se concibió.
- 5) De entre esas propuestas, las más destacadas son las que, a través de una entidad constituida recientemente a esos efectos, el denominado Instituto de Innova-

ción Sanitaria (IDIS), formado por la mayoría de las aseguradoras privadas y diferentes cadenas privadas de hospitales que operan en el territorio español, vienen promoviendo de manera muy activa en los últimos meses la ampliación de la participación de esas entidades en la gestión de la atención sanitaria financiada públicamente (de la que ya participan a través de las mutualidades de funcionarios y otras vías de protección para grupos profesionales específicos, pero al margen del SNS) como vía de solución de los problemas financieros, agravados por la crisis económica, que afectan a la protección sanitaria universal a través del SNS. De tener éxito esas propuestas, que por otra parte son compartidas de una u otra forma por el actual Gobierno catalán, supondrían la ruptura de hecho del Sistema Nacional de Salud, y la posibilidad de introducir niveles y formas de protección diferentes para distintos grupos de población, en contradicción con los principios universales e igualitarios que inspiraron inicialmente la creación del sistema, pese a los problemas habidos en su desarrollo posterior.

- 6) La única alternativa posible a esa deriva es, en mi opinión, la sustitución de la LGS por una nueva norma que ponga al día las formas organizativas del SNS en los aspectos esenciales mencionados al principio, reforzando su carácter público y su “poder de compra”, de manera que se eliminen a la vez las ineficiencias que se derivan de la ausencia de coordinación efectiva de su gestión descentralizada. Unas medidas que, por otra parte, son imprescindibles de adoptar si no se quiere que a la crisis económica, y a los graves déficits financieros puestos de manifiesto en la gestión sanitaria de diferentes CCAA, se responda sólo o de manera prioritaria con recortes de la cobertura poblacional y material de la protección.

La FADSP y las leyes sanitarias

Como socio fundador de la FADSP hace ya treinta años, en los que he permanecido como miembro de la misma, aunque mi dedicación profesional a la Administración sanitaria me ha alejado de desempeñar un papel más activo en ella, me interesa, por último, aportar mi visión de lo que han sido las posturas de la Federación en relación con las normas sanitarias que he comentado.

Creo que es necesario recordar en primer lugar la posición crítica que adoptó la asociación frente a los últimos borradores de la LGS previos a la aprobación de su texto definitivo. Esa posición se concretó en un informe hecho público en 1985 (7), en cuya redacción participé, en el que buena parte de las razones de la crítica se basaban en razonamientos similares a los que he incluido en el breve texto anterior de referencia a esta ley. Como expresión de esa posición crítica, basta con reproducir algunas de las primeras conclusiones de aquel informe, en las que se indicaba:

- “1. El proyecto de Ley General de Sanidad presentado por el Gobierno no responde ni a las expectativas que había abierto el programa electoral del PSOE ni a las reso-

luciones en materia sanitaria del último congreso de este partido. Este proyecto carece de respuestas a los graves problemas sanitarios que tiene planteado nuestro país, y supone en lo fundamental un articulado continuista que, además, no logra una nítida definición del modelo sanitario a implantar en el Estado español.

2. El objetivo de un SERVICIO NACIONAL DE SALUD no está resuelto en este proyecto, en tanto en cuanto no asegura la necesaria UNIVERSALIZACIÓN de las prestaciones del SNS, ni la GRATUIDAD de la atención sanitaria, y además se establecen mecanismos de los que puede derivarse una discriminación por motivos económicos en el acceso de los ciudadanos al dispositivo sanitario. Para solventar estos problemas es preciso que la financiación del SNS se realice a partir de los presupuestos de las Administraciones públicas.
3. La descentralización del modelo sanitario y la regionalización del mismo tampoco se han solucionado, ya que las comunidades autónomas que no tengan competencias sobre Seguridad Social no van a tener transferencias del INSALUD, con lo que además se perpetuará la actual situación de varias redes sanitarias públicas en estas CCAA”.

Esa posición se combinó, sin embargo, con el apoyo a aquellas medidas, incluso previas a la aprobación de la ley (aparte de la reforma de la atención primaria hecha en 1984, que provocó enfrentamientos entre posturas diferentes en el seno de la asociación, la jornada de mañana y tarde en los hospitales; la jerarquización de especialistas de los ambulatorios, o los mecanismos de acceso a las plazas de jefaturas de servicio y sección), que parecían ir en la línea de consolidación de un servicio público de salud semejante al NHS, que era el modelo más o menos explícito hacia el que quienes formábamos parte de la asociación en aquel momento pretendíamos que se dirigiese nuestro sistema sanitario, en especial en lo que hacía a la dedicación de los médicos al sistema; una posición que era por entonces susceptible de apoyo por parte de una parte significativa de los profesionales, en especial de los más jóvenes, que habían participado en el desarrollo del sistema MIR, que fue un importante revulsivo en aquellos momentos para el sistema sanitario español.

El apoyo a ese tipo de medidas fue especialmente explícito en el caso de la aplicación de la Ley de Incompatibilidades, de 1985, que suponía un intento claro de romper las estructuras de poder que se mantenían en el ámbito de la profesión médica. La aplicación de esa ley, sin embargo y paradójicamente, no contó con el apoyo del Ministerio de Sanidad socialista, implicado todavía por entonces en un plan de ajuste en el terreno sanitario que afectó principalmente a la situación y la retribución de los médicos, en contra de las medidas que se patrocinaban desde la asociación. Su aplicación limitada fue sólo posible porque se llevó a cabo desde un Ministerio (el de la Presidencia, luego Administraciones Públicas) externo al propio sector (8).

La publicación de la Ley General de Sanidad supuso, por su parte, desde el principio una diferenciación progresiva de las posturas del Gobierno socialista respecto a las

que se defendían desde la FADSP. Lo que, sin embargo, no restó al apoyo de la asociación cuando fue necesario a las medidas de un Gobierno que parecía el único con capacidad real para imponer las transformaciones necesarias en el sistema sanitario. Apoyo que fue especialmente esforzado en situaciones de conflicto, como fue la huelga de médicos desencadenada en 1987, y pese a que la resolución del mismo pasó por medidas contradictorias con las patrocinadas desde la propia asociación para mejorar el funcionamiento del sistema (la solución de ese conflicto pasó por la generalización de un aumento retributivo mediante el complemento específico sin contrapartida alguna ni en términos de dedicación horaria, mejora del rendimiento ni preferencia en el acceso a los cargos de responsabilidad clínica por parte de quienes dedicasen plenamente su actividad al SNS).

A partir de ese momento la asociación dejó de poder convertirse en vía de representación de quienes de entre los profesionales sanitarios, en coincidencia con sus propias aspiraciones, pretendían cambiar el ejercicio profesional en el sistema en el sentido de la mayor dedicación al mismo, puesto que ese planteamiento fue rechazado en la práctica por el propio Gobierno que había puesto en marcha el SNS. La pertenencia a la asociación pasó así a ser a partir de entonces una cuestión ideológica “en defensa de la sanidad pública”, a la que se refiere nuestro propio título. Pero la sanidad a defender no era sólo un modelo teórico, sino el realmente existente en nuestro país, cuyo diseño imperfecto la propia asociación había criticado por sus insuficiencias en sus orígenes.

Es en el ejercicio de esa “defensa” de este sistema sanitario del que disponemos en concreto en el que, a la vista de las leyes examinadas y las posiciones adoptadas en cada caso por la asociación, se han ido produciendo a mi juicio algunos desenfoques en sus posiciones, que han contribuido a resaltar en exceso el valor de la Ley General de Sanidad como norma esencial y referencia del sistema. Por el contrario, según mi análisis, con el desarrollo efectivo y legal posterior de nuestro sistema sanitario, esa norma ha perdido por completo ese valor, y algunos de los desarrollos llevados a cabo a su amparo o en supuesta congruencia con ella son inútiles (en otras ocasiones me he referido en este sentido a un Plan Nacional de Salud) o hasta contradictorios (muchos de los desarrollos llevados a cabo en materia de descentralización; ésta, a su vez, ha sido el caldo de cultivo de la diversificación sin control de las “nuevas” formas de gestión, tan ampliamente combatidas por la propia FADSP como objeto preferente de su atención) con el mantenimiento de la protección sanitaria universal e igualitaria en nuestro país, que es el objeto de nuestro sistema público de protección.

Creo, por eso, que si la asociación quiere desempeñar algún papel real en nuestro sistema sanitario, le compete también, lo mismo que a quienes nos gobiernan, proponer, a través de la apertura a nuevos debates y nuevas ideas, y hasta nuevas formas de organizarse y hacerse presente en la sociedad, alternativas organizativas y financieras al mismo en una situación en la que los condicionantes del sistema son muy diferentes a los que se dieron cuando se constituyó el SNS, y en el que existe una seria amenaza de quiebra de los mecanismos de protección sanitaria mantenidos hasta ahora.

Bibliografía

1. Rey del Castillo J. Políticas sanitarias en España. Pasado, presente y futuro del Sistema Sanitario Español. Un desarrollo específico de la medicina bajo el capitalismo. Tesis doctoral. Madrid, Universidad Autónoma, 23 de abril de 2011.
2. Rey del Castillo J. ¿Son los servicios regionales de salud en España la garantía de la protección sanitaria universal? *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*. 2007; 5 (1): 35-59.
3. Rey Biel P, Rey del Castillo J. La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver. Documento de Trabajo 100/2006. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas, 2006.
4. Grupo de Trabajo de la Conferencia de Presidentes para el análisis del gasto sanitario presidido por la IGAE. Informe para el análisis del gasto sanitario. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales. Ministerio de Economía y Hacienda-Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
5. Rey del Castillo J. Algunos comentarios para el análisis de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*. 2003; 1 (3): 365-402.
6. Rey del Castillo J. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud: ¿una frustración renovada o la apertura de una nueva esperanza? *Salud 2000*. 2003; 91: 3-5.
7. FADSP. Valoración del proyecto de Ley General de Sanidad. Madrid: FADSP, 1985. (mimeo).
8. Rey del Castillo J. La Ley de Incompatibilidades. En: Ortega F, Lamata F (coords). La década de la reforma sanitaria. Madrid: Ex Libris Ediciones, 1998, p. 187- 195.

CAPÍTULO 7

Ventajas e inconvenientes de la descentralización sanitaria

Fernando Lamata Cotanda¹

Resumen

El proceso de descentralización en la sanidad ha sido compatible con la mejora progresiva del Sistema Nacional de Salud, de tal manera que hoy se considera uno de los mejores del mundo. Una sanidad universal, accesible a todas las personas independientemente de su renta; un catálogo de los más completos de Europa; una buena formación de los profesionales; una buena atención primaria; unas infraestructuras amplias, y una buena dotación tecnológica. Los resultados en salud son de los mejores del mundo, y el gasto sanitario es menor que en los países de renta equivalente.

En estos años hemos visto posibilidades de mejora en la organización sanitaria. Por ejemplo en los sistemas de información, en la gestión de personal y en otros aspectos. El acuerdo de 18 de marzo de 2010 recogía varias medidas en este sentido.

Sin embargo hay aspectos críticos que no dependen de decisiones desde dentro del sistema. Se requieren grandes acuerdos políticos. Señalamos tres temas.

La financiación. La financiación sanitaria es insuficiente para la calidad y nivel de prestaciones garantizadas. Se debe aumentar la dotación, para lo que es necesario una reforma fiscal que genere más ingresos y una nueva forma de reparto, con carácter finalista, que evite futuras desigualdades.

La toma de decisiones cooperativa. Se debe crear un órgano interautonómico con capacidad de decisión ejecutiva y vinculante.

La cooperación en la Unión Europea. Se debe impulsar la Carta Europea de la Salud y fortalecer la capacidad política de Europa.

Introducción

En la Constitución de 1978 se dibujó un modelo de convivencia para España después de la guerra de 1936-1939 y de la dictadura de Franco hasta su muerte en 1975.

1. Doctor en Medicina, especialista en Psiquiatría, experto en gestión sanitaria y salud pública. Actualmente es diputado regional en las Cortes de Castilla-La Mancha.

Ese modelo es el Estado de las autonomías. Hubo un gran acuerdo entre la mayoría de los españoles. Nos interesaba la convivencia en paz, el ejercicio de las libertades y la búsqueda de mayor bienestar y mayor igualdad. Y lo conseguimos.

Treinta años después podemos decir que el modelo ha funcionado. La generación en la que me cuento, nacidos en los años cincuenta del pasado siglo, es la primera que ha conseguido los tres grandes objetivos que vienen persiguiendo los pueblos desde hace milenios, a saber: un convivencia con un grado razonable de justicia, libertad y paz.

La Constitución puso en marcha un proceso de creación de las autonomías a través de dos vías (151 y 143). Se constituyeron los parlamentos y los gobiernos autonómicos. Se puso en marcha un proceso de elecciones democráticas y de reconocimiento de competencias y traspaso de recursos para poder ejecutarlas.

Durante este tiempo se ha ido dotando de capacidad de decisión a las *comunidades autónomas*, y se han reducido las competencias de la Administración General del Estado. Al mismo tiempo, nuestra entrada en la Unión Europea inició un proceso de transferencias hacia arriba, cediendo a las *instituciones comunitarias* importantes competencias, como la emisión de moneda, la política agraria, etc.

La gestión de la sanidad en el Estado autonómico

En este proceso de evolución, la gestión de la sanidad es un buen ejemplo de la utilidad social del Estado autonómico.

La Ley General de Sanidad de 1986 se adapta al modelo de Estado. Define los Servicios Regionales de Salud e inicia (más bien continúa, ya que comenzó en 1979 hacia los “entes preautonómicos”) un proceso de transferencias: salud pública, asistencia pública domiciliaria (sanitarios locales, titulares), AISNA (Administración Institucional de Sanidad Nacional), Insalud (Instituto Nacional de la Salud, desgajado del Instituto Nacional de Previsión en 1978), consumo, etc.

Mientras se avanzaba en la descentralización, se mantuvo una buena calidad, se ampliaron servicios, se mejoró la formación de los profesionales, se transformó la atención primaria, se pusieron en marcha nuevas tecnologías, se aumentó la cobertura sanitaria, se mejoró la financiación, etc. De tal manera que la sanidad española es considerada hoy una de las mejores del mundo, por sus resultados en salud, su catálogo de prestaciones, su cobertura y accesibilidad, y por su calidad técnica.

A veces se cuestiona el modelo autonómico diciendo que han aumentado las diferencias, que se pierde equidad, que hay menos eficiencia. Sin embargo, si vemos los resultados en salud, comprobamos que en estos 30 años todas las CCAA han mejorado los datos de salud, no han aumentado las diferencias y han mejorado su posición respecto a Europa y EEUU.

La esperanza de vida al nacer ha pasado de 75,6 años (1980) a 81,1 (2007). Todas las CCAA han mejorado. Si en 1980 la diferencia entre la mayor y menor EVN era de 2,7 años, en 2007 es la misma diferencia (tabla 1).

La mortalidad infantil ha pasado de 12,5/1.000 nacidos vivos a 3,5. La diferencia

entre la comunidad autónoma con mayor y menor mortalidad infantil se ha reducido de 6,9 a 3,6 (tabla 2).

Si comparamos los datos del conjunto de España con la UE y con EEUU vemos que la disminución de mortalidad materna, por ejemplo, ha sido en España desde 11,1/100.000 nacidos vivos a 2,9/100.000. En Europa también ha bajado, pero si España estaba antes en el décimo puesto ahora está en el quinto con menor mortalidad. En EEUU ha aumentado en el mismo periodo de 9,2 a 15,1 (tabla 3).

La esperanza de vida al nacer es la segunda más alta de la UE y 3 años mayor que EEUU (tabla 4).

La mortalidad infantil en España es 3 años más baja que en EEUU y ha disminuido más en España que en la media de la UE, pasando de la décima a la séptima posición (tabla 5).

El gasto sanitario público ha aumentado en España en estos años, desde el 4,1% del PIB en 1980 hasta el 6,5% actual, de manera similar al crecimiento del gasto de los otros países de la UE, pero manteniéndose por debajo de la media. La media de la UE-15 tiene un gasto sanitario público del 8% del PIB frente al 6,5% de España, y el 7% de EEUU.

El aumento del gasto sanitario público ha permitido mejorar la dotación de infraestructuras y personal, sobre todo en las regiones más desfavorecidas.

Como se ha señalado más arriba, el catálogo de prestaciones es muy amplio, la formación de los profesionales es excelente, y esto permite ofrecer unos servicios de mucha calidad en toda España.

La eficiencia de nuestro modelo (medida en resultados en salud en relación con gasto sanitario público sobre PIB) es una de las cuatro mejores del mundo (gráfico 1).

Quizá no podamos asegurar que la mejora relativa de la sanidad española haya sido “consecuencia” del Estado autonómico, pero sí podemos afirmar que dicha mejora entre 1978 y 2010 ha sido “compatible” con la gestión autonómica.

Un ejemplo paradigmático de la “compatibilidad” entre eficacia, eficiencia, equidad, universalidad y Estado de las autonomías es la Organización Nacional de Trasplantes, desarrollada a partir de 1985: el mejor modelo de trasplantes del mundo, en un modelo sanitario autonómico totalmente descentralizado, utilizando para su funcionamiento mecanismos de coordinación y, sobre todo, de cooperación. También son ejemplos los sistemas de financiación de la investigación, o los sistemas de formación, o los mecanismos de vertebración a través de centros de referencia y fondos de cohesión, etc., en los que participan activamente las CCAA.

Ahora bien, el modelo autonómico ha mostrado también carencias y problemas de articulación.

Por ejemplo, siendo un sistema de gestión directa, las CCAA podían haberse puesto de acuerdo para desarrollar un mismo sistema de tarjeta sanitaria, o una misma historia clínica digitalizada. Sin embargo no ha sido posible. Cada una diseñó su sistema y luego se han buscado los puentes. Es verdad que, a pesar de todo, España es uno de los países de la UE con mayor desarrollo en la aplicación de las TIC, pero podía haberse hecho de manera más eficiente. Quizá no fue posible porque coincidió con el arranque del modelo y había muchas susceptibilidades. Ahora encuentro que hay

más facilidad para buscar acuerdos en temas como los sistemas de información o la política de recursos humanos. Un ejemplo fue el acuerdo de 18 de marzo de 2010.

¿Qué ha significado el acuerdo de 18 de marzo de 2010?

El acuerdo de 18 de marzo de 2010 entre las CCAA y el Ministerio de Sanidad y Política Social es un ejemplo de cooperación, y bien interesante.

Surgió porque estábamos atravesando una crisis económica de gran calado, ocasionada por la voracidad del nuevo capitalismo financiero (3,6% de caída del PIB en 2009, 2 millones de puestos de trabajo destruidos, etc.), que, junto a determinadas medidas de política fiscal regresiva, condicionó una fuerte caída de los ingresos públicos, de más de 60.000 millones de euros entre 2007 y 2009, poniendo en serio riesgo la financiación de las políticas públicas.

Cada comunidad autónoma adoptó sus medidas de ajuste desde finales de 2007 y principios de 2008. Pero la crisis es muy profunda y es global.

¿Podíamos beneficiarnos todos si adoptábamos alguna estrategia común? Pensamos que sí era posible.

Así diseñamos este acuerdo con acciones y medidas para asegurar la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del SNS, en el que se proponen y acuerdan medidas para la contención del gasto sanitario y la mejora de la eficiencia y de la calidad.

Entre otras:

- Extender la historia clínica digital común.
- Establecer medidas de contención del gasto farmacéutico.
- Fomentar la responsabilidad de los pacientes y la ciudadanía en la gestión de su propia salud y en la utilización de los servicios sanitarios para moderar la presión asistencial.
- Avanzar en criterios comunes para las retribuciones del personal sanitario, desarrollar estudios de necesidades, establecer un sistema común de planificación y un registro de profesionales.
- Ofrecer mecanismos para compras concertadas.
- Fortalecer los sistemas de información común.
- Estudiar medidas que permitan el incremento finalista de recursos al SNS, y potenciar el Fondo de Cohesión Sanitaria.
- Elaborar una estrategia común para pacientes crónicos.
- Reforzar el papel de evaluación de tecnologías sanitarias para garantizar criterios de seguridad y coste-efectividad en la autorización de nuevas prestaciones y en la utilización de las mismas.

En este acuerdo todos buscamos un punto de encuentro beneficioso para el conjunto de los ciudadanos. Gobiernos de distinto signo político logramos un acuerdo razonable. Gobiernos de CCAA con mayor o menor “personalidad autonomista” se pusieron de acuerdo en reforzar los mecanismos de cooperación y acción concertada, después de un proceso descentralizador de 30 años.

El acuerdo ha permitido avanzar en estos temas y generar un discurso de cooperación inteligente. Y señala un camino para seguir avanzando.

Mi experiencia en estos 30 años desde la Administración General del Estado, como director general de la Escuela Nacional de Sanidad, o como secretario general de Sanidad, así como desde la Administración autonómica, como consejero de Sanidad, es que es posible avanzar en acuerdos y en políticas que beneficien a los ciudadanos. Ahora bien, algunos temas, como los señalados antes, pueden abordarse desde el ámbito del propio sector sanitario, de los responsables sanitarios, y las organizaciones sindicales, profesionales o empresariales del sector. Pero hay otros asuntos, esenciales, que requieren una decisión de Estado, de ámbito parlamentario nacional, y que no afectan solamente a la sanidad. Señalaré tres.

Tema de financiación

Este es un elemento clave. ¿Cuánto nos podemos gastar como país, y cuánto nos queremos gastar?

El problema de la insostenibilidad de la sanidad no está en un exceso de gasto para el nivel de prestaciones garantizadas, sino en que los ingresos fiscales son insuficientes.

Es precisa una reforma fiscal profunda y progresista, así como una decidida lucha contra el fraude fiscal para aumentar los ingresos públicos y reducir el déficit público. Lo que hay en este momento es una insuficiencia clara de la financiación autonómica, que afecta a la financiación de la sanidad, de la educación y de los servicios sociales (las políticas del modelo social europeo), por lo que se debería revisar con urgencia el actual modelo fiscal y el modelo de financiación autonómica. No podemos pagar un Estado del Bienestar como el francés o el alemán, cuando allí los ingresos fiscales son el 45% del PIB y en España solamente el 35%. Con esos 10 puntos más de ingresos públicos dispondríamos de 100.000 millones de euros más.

¿Cómo recaudarlos? Entre otras cosas se debe luchar decididamente contra el fraude fiscal (7% del PIB) y generar un sistema fiscal progresivo y solidario. Se debe recuperar capacidad recaudatoria de impuestos directos, sobre la renta y sobre el patrimonio, así como sobre la herencia. Además se debe presionar para regular en Europa una tasa sobre las transacciones financieras y la eliminación de los paraísos fiscales.

Pero, además de la insuficiencia global de los ingresos públicos, la financiación de la sanidad pública se ve afectada por el modelo de financiación autonómica vigente desde 2002 y revisado en 2010.

En el último acuerdo de financiación autonómica, vigente en 2010, se ha reforzado la asignación de recursos a las comunidades autónomas ricas (Cataluña y Madrid): el 50% de IRPF y de IVA, etc. En época de crecimiento económico todas las CCAA se beneficiaron y lo aceptaron. En época de recesión, el Estado transfiere menos recursos económicos cada año a las CCAA, no anticipa los fondos de equilibrio interautonómico, pero las obligaciones de gasto se mantienen, y aparece un déficit. La

Administración General del Estado centrifuga el déficit a las CCAA y se crea la imagen de despilfarro e insostenibilidad. Las obligaciones de gasto se mantienen, porque dependen de leyes nacionales (sanidad, dependencia, educación, etc.), pero la transferencia de recursos a las CCAA desde el Gobierno central ha bajado de manera importante.

Para hacer frente a los gastos obligatorios las CCAA se endeudan, pero la AGE limita la capacidad de endeudamiento, fijando un máximo en porcentaje del PIB de cada autonomía, lo cual vuelve a perjudicar a las CCAA más pobres.

Se hace precisa, por lo tanto, una modificación radical del modelo de financiación autonómica.

Cuando ahora se habla de déficit sanitario no se está hablando con precisión. Hay una insuficiencia de la financiación autonómica. La sanidad no se financia con un presupuesto específico. Es financiación no finalista para cada competencia, una financiación global que gestiona cada Parlamento. Lo que ocurre es que los departamentos de economía, que tienen recursos globales insuficientes, asignan un presupuesto inicial menor a los departamentos de sanidad, definiendo que son créditos ampliables, tal y como hacía la AGE con el Insalud. Esa insuficiencia de los presupuestos sanitarios públicos en España asciende a 10.000 millones de euros anuales, y va incorporándose al ejercicio siguiente, dejando una bolsa de obligaciones que se traduce en el atraso en el pago de facturas a los proveedores.

Teniendo en cuenta que la sanidad es una política bien valorada por la sociedad y que la población desea que esté bien financiada, entiendo que la sanidad debería salir del modelo de financiación general. Se debería fijar una media de gasto sanitario público por habitante garantizada con financiación finalista, para asegurar la equidad.

Tema de mecanismos institucionales para la toma de decisiones

El modelo autonómico establece las competencias sanitarias más importantes en las CCAA. Las decisiones de unas y otras CCAA condicionan la gestión de las demás. Pero no hay un mecanismo para la toma de decisiones vinculante sobre las competencias transferidas. Se debería crear una cámara, un consejo federal para que las CCAA acordaran medidas vinculantes en determinadas materias que son de su competencia.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) somete decisiones de la Administración General del Estado (AGE) al informe de las CCAA, pero no somete decisiones de las CCAA a las demás CCAA. Es un instrumento diferente.

Se requeriría un acuerdo entre todas las CCAA, con autorización de sus Parlamentos, para que un Consejo Autonómico de Sanidad pudiera tomar decisiones vinculantes sobre determinadas competencias transferidas. Esta vía se podría reforzar con la modificación de la Constitución transformando el Senado en cámara territorial.

La convocatoria de la Conferencia de Presidentes intentó cubrir este hueco funcional, sin éxito, para el conjunto de las políticas.

En todo caso, entre tanto, conviene revisar la participación de las CCAA en un aspecto de la política sanitaria reservado a la AGE: la política farmacéutica. Teniendo en cuenta que el gasto en medicamentos lo deben pagar las CCAA, deberían participar en la decisión de qué medicamentos se incorporan a la financiación pública y qué precio se fija para cada medicamento. No olvidemos que se trata de cerca del 25% del gasto sanitario público.

Tema de la relación con Europa y otros organismos internacionales

En aquellos aspectos relacionados con materias transferidas, la AGE no debería tomar decisiones por su cuenta. Deben alcanzarse posiciones comunes con las CCAA y de las CCAA con la AGE, y esa posición es la que debe trasladar la AGE en función de su representación internacional. Es verdad que se ha avanzado en esta materia desde el primer Gobierno Zapatero, y tuve la ocasión de participar, como secretario general de Sanidad, en el primer Consejo de Ministros de la Unión Europea en el que se incorporaban las CCAA, en concreto el consejero vasco.

Pero no es menos cierto que la dinámica de funcionamiento es insuficiente. Esto se ha evidenciado en la crisis de la gripe A y en la dificultad de articular posiciones en nuestra representación internacional en la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en la UE.

Es muy importante, en un mundo global, fortalecer la Europa política, y generar políticas sanitarias de ámbito europeo. En este sentido, la iniciativa impulsada por la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) de la Carta Europea de la Salud es un paso en la buena dirección.

El futuro del modelo sanitario en el marco de la Constitución de 1978

Estos tres temas no pueden debatirse o decidirse en el ámbito sanitario. Los podemos plantear, pero deben abordarse en un debate de política global en España y en Europa.

Personalmente apuesto por un modelo autonómico desarrollado, en el que completemos nuestro esquema institucional con mecanismos de toma de decisión entre las CCAA y la AGE, que fortalezcan la cohesión y mejoren la eficacia, y por una modificación del acuerdo de financiación autonómica para que sea más justa y más equilibrada.

Apuesto también por una Europa más unida, con mayor fuerza política. Y apuesto finalmente por un escenario de mayor fortaleza de los organismos políticos internacionales, que contrapesen la fuerza del nuevo capitalismo financiero. Debemos avanzar hacia una gobernanza mundial, donde la identidad vertebradora de los pueblos sea la condición humana, el sentirnos miembros de esta gran familia y el saber que nuestro futuro depende de que caminemos juntos.

Tabla 1

Esperanza de vida al nacer según CCAA

	1980			2007		
	AMBOS SEXOS	VARONES	MUJERES	AMBOS SEXOS	VARONES	MUJERES
Navarra	75,3	71,8	79,1	82,5	79,2	85,9
Madrid	76,3	72,7	79,6	82,5	79,2	85,5
Castilla y León	76,3	73,5	79,2	82,1	78,9	85,4
La Rioja	74,7	71,6	78,0	81,8	78,2	85,6
Aragón	76,5	73,7	79,4	81,7	78,4	85,1
Baleares	75,8	72,6	79,0	81,6	78,7	84,6
País Vasco	75,0	71,0	79,0	81,6	78,2	85,0
Cataluña	76,9	73,9	79,7	81,6	78,4	84,8
Castilla-La Mancha	75,6	73,2	78,0	81,5	78,9	84,3
Cantabria	75,5	71,4	79,5	81,1	77,5	84,7
Galicia	75,2	72,0	78,3	81,0	77,3	84,6
Extremadura	74,8	71,6	78,1	80,6	77,5	83,9
Comunidad Valenciana	74,9	72,0	77,7	80,6	77,5	83,7
Murcia	74,7	71,6	77,8	80,5	77,4	83,7
Asturias	74,8	71,0	78,6	80,4	76,7	84,0
Canarias	74,2	71,2	77,4	80,4	77,2	83,7
Andalucía	74,5	71,4	77,5	79,8	76,7	82,9
Ceuta y Melilla	71,7	67,6	75,9	79,5	76,9	82,0
España	75,6	72,5	78,6	81,1	77,8	84,3

Fuente: Indicadores de Salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la UE. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Tabla 2

Tasa de mortalidad infantil según CCAA

	1981	2007
Ceuta	18,2	8,8
Asturias	13,3	5,9
País Vasco	13,2	4,3
Andalucía	13,2	4,1
Canarias	14,6	4,0
Murcia	9,1	3,9
Aragón	13,5	3,8
Comunidad Valenciana	11,2	3,5
Cantabria	10,7	3,5
Castilla-La Mancha	12,5	3,4
La Rioja	16,0	3,4
Galicia	14,8	3,3
Extremadura	12,8	3,3
Castilla y León	13,5	3,2
Madrid	12,1	2,8
Melilla	9,7	2,7
Baleares	10,5	2,7
Cataluña	10,3	2,6
Navarra	13,2	2,3
España	12,5	3,5

Fuente: Indicadores de Salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Tabla 3
Mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos)

	1980	2007
Estados Unidos	9,2	15,1**
Bélgica	3,4 (1987)	7,0***
Reino Unido	11	6,9
Portugal	19,6	5,7***
Francia	12,9	5,3**
Países Bajos	8,8	5,0
Suecia	8,2	4,7***
Dinamarca	17,7 (1997)	14
Alemania	20,6	4,1
Austria	7,7	3,9
España	11,1	2,9
Italia	12,8	2,0***
Grecia	17,6	1,8
Finlandia	1,6	1,7
Irlanda	6,8	1,4
Luxemburgo	24,5*	0,0e

* Datos de 1979. **Datos de 2005. ***Datos de 2006.

Fuente: ECO-SALUD OCDE 2009, noviembre 2009.

Tabla 4
Esperanza de vida al nacer

	1980	2007
Italia	74,0	81,4*
Francia	74,3	81,0
España	75,4	81,0
Suecia	75,8	81,0
Países Bajos	75,9	80,2
Austria	72,6	80,1
Alemania	72,9	80,0
Bélgica	73,3	79,8
Irlanda	72,9	79,7
Finlandia	73,6	79,5
Grecia	74,5	79,5
Reino Unido	73,2	79,5*
Luxemburgo	72,8	79,4
Portugal	71,4	79,1
Dinamarca	74,3	78,4
Estados Unidos	73,7	78,1*

* Datos de 2006.

Fuente: ECO-SALUD OCDE 2009, noviembre 2009.

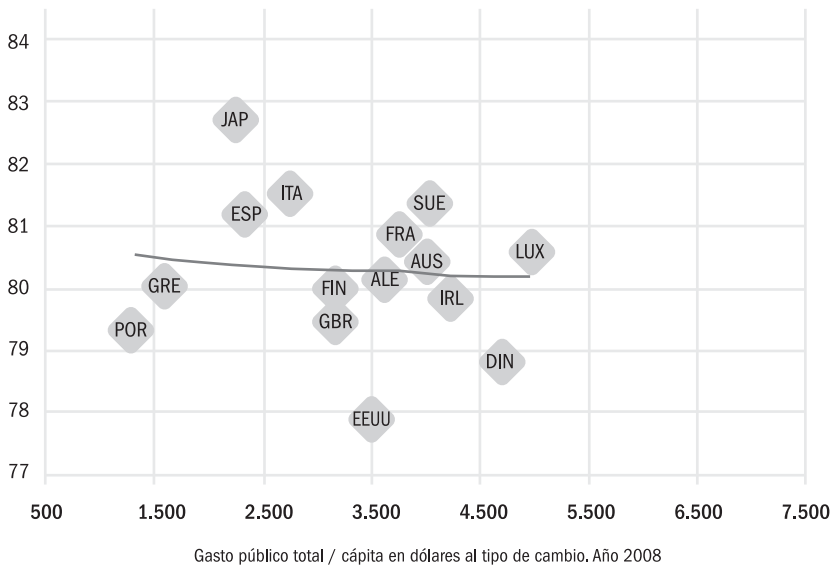
Tabla 5
Mortalidad infantil por mil nacidos vivos

	1980	2007
Estados Unidos	12,6	6,7*
Reino Unido	12,1	4,8
Países Bajos	8,6	4,1
Bélgica	12,1	4,0
Dinamarca	8,4	4,0
Alemania	12,4	3,9
Francia	10,0	3,8*
Austria	14,3	3,7
España	12,3	3,7
Italia	14,6	3,7
Grecia	17,9	3,6
Portugal	24,2	3,4
Irlanda	11,1	3,1
Finlandia	7,6	2,7
Suecia	6,9	2,5
Luxemburgo	11,5	1,8

* Datos de 2006.

Fuente: ECO-SALUD OCDE 2009, noviembre 2009.

Gráfico 1
Esperanza de vida y gasto sanitario per cápita



Fuente: ECO-SALUD OCDE 2010, octubre. La esperanza de vida de AUT, ITA, GBR y EEUU y los gastos FRA e ITA corresponden a 2007. Los gastos de GBR corresponden a 2006.

CAPÍTULO 8

La evolución de la salud pública española en los últimos treinta años

Andreu Segura¹

Resumen

En estos treinta años la salud pública española, como elemento menor y peculiar del sistema sanitario, ha ganado prestigio, particularmente en la dimensión científica e investigadora. La experiencia descentralizadora no ha supuesto, sin embargo, una modernización comparable a la del sistema asistencial. Queda mucho por andar en la mejora de la competencia profesional de los recursos humanos de la salud pública. La coordinación con el conjunto de la sanidad es una asignatura pendiente, mediante la cual contribuir a la necesaria reorientación que se reclama desde la Carta de Ottawa –contemporánea, por cierto, de la Ley General de Sanidad– con el propósito de reequilibrar el papel de la dimensión colectiva en relación con la individual. Paralelamente, otros sectores de la administración y de la sociedad han desarrollado actividades relevantes de salud pública que podrían configurar una aportación beneficiosa para la promoción de la salud de la población. La salud pública, sin renunciar a su papel en el sistema sanitario, debería emprender más decididamente el análisis de los problemas y los determinantes de la salud desde la perspectiva poblacional que la caracteriza y contribuir a incrementar la responsabilidad de las personas y las comunidades sobre su propia salud.

Introducción

Precisamente se acaban de cumplir treinta años de la intoxicación alimentaria más importante producida en Europa, con dos decenas de miles de afectados y unos centenares de fallecidos; el denominado síndrome del aceite tóxico. Un problema de salud que puso al descubierto la vulnerabilidad de la seguridad alimentaria en la Es-

1. Médico de Salud Pública. Institut d'Estudis de la Salut. Generalitat de Catalunya, Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. UPF.
andreu.segurab@gencat.cat

paña de la época². Desde entonces ha llovido bastante, también sobre la salud pública, particularmente la que corresponde a los sectores ajenos a la sanidad (medio ambiente y contaminación; tráfico y seguridad vial, etc.), ya que también la sociedad española ha cambiado y su sistema sanitario, del que los servicios y dispositivos orientados a la promoción y a la protección colectiva de la salud constituyen un elemento muy peculiar, lo que ha frenado su evolución.

Esta inercia limita su papel en la reorientación y la racionalización del sistema sanitario y dificulta sus posibilidades de contribuir a la promoción de la salud comunitaria, propósitos que justificarían su desarrollo como institución.

El texto pretende reconocer algunos de los cambios relevantes experimentados en los últimos seis lustros, tanto las mejoras como las carencias y deficiencias, lo que no sustituye el análisis genuinamente histórico que nos aporte las claves para entender la situación actual y superarla. Claro que el reconocimiento se basa en una determinada concepción de la salud pública que no todos comparten. El artículo culmina con unas propuestas que, más que recomendaciones, deben entenderse como sugerencias.

La situación de partida

En el verano de 1979 empezó la descentralización prescrita en la Constitución, que en el ámbito sanitario se limitaría durante mucho tiempo a la planificación sanitaria y a la salud pública. Un proceso que requirió la constitución de entes preautonómicos y que en los territorios del País Vasco, Cataluña, Canarias y Asturias se produjo aquel mismo mes de septiembre. Extremadura las recibió en diciembre y Valencia, Murcia, Galicia y Baleares a lo largo de 1980. En todos los casos sin que hubiera habido valoración alguna de los recursos traspasados. Lo que sí sucedió ya para Andalucía a finales de 1980 y en las posteriores transferencias que culminaron con la de Navarra en 1985 (1).

Ello no obstante, las funciones públicas de la sanidad, entre las que destaca en el ámbito asistencial la beneficencia y en el colectivo la protección de la salud, eran competencias asumidas por las administraciones desde tiempo atrás³. La ley de sanidad de 1885 ya la contemplaba y en consecuencia promulgaba la organización de una estructura territorial de base provincial y municipal que se especificaba en la Instrucción General de Sanidad de 1904 y quedó establecida definitivamente por los reglamentos de sanidad provincial posteriores. Una organización piramidal que cubría la totalidad del territorio español mediante los cuerpos de funcionarios sanitarios locales, con los médicos de asistencia pública domiciliaria, los farmacéuticos, veterinarios y practicantes titulares como recursos humanos de los dispositivos periféricos

2. También ha comportado unos 2.400 millones de euros de indemnizaciones que el Estado ha debido asumir como responsable subsidiario, unos 60 euros por cada español de 1981, es decir más de el doble de lo que han costado los servicios de salud pública del SNS el pasado año.

3. De hecho, la salud pública nace al mismo tiempo que las ciudades, puesto que éstas no son viables sin abastecimiento de agua potable, almacenamiento y conservación de víveres, procedimientos de evacuación de residuos e inhumación de ca-

de control y protección de la salud, las demarcaciones locales de sanidad –asesoras del alcalde– que a su vez dependían de los respectivos institutos provinciales de sanidad en las capitales provinciales, organismos asesores del gobernador civil de la provincia que al final era la verdadera autoridad sanitaria.

Algunas innovaciones del breve período republicano las ignoró el franquismo que, en 1944, encomendaba una larga relación de competencias de protección de la salud y de prevención de enfermedades a las jefaturas locales y provinciales de sanidad, mediante la promulgación de la Ley de Bases de la Sanidad Nacional. Buena parte de ellas, sin embargo, ejercidas de modo burocrático más que efectivo.

En la cúspide, la Dirección General de Sanidad del Ministerio de la Gobernación que mantendría su naturaleza y adscripción hasta la creación del Ministerio de Sanidad el mes de julio de 1978. Aquel órgano gubernamental se convirtió *mutatis mutandis* en la Dirección General de Salud Pública⁴.

Una época de decadencia, facilitada por el éxodo del exilio y la pérdida de influencia política por otra, con una escasa profesionalización, bastantes responsabilidades formales, pero poco poder y desde luego recursos limitados. Eso sí, un estricto control político y procedimientos muy policíacos. Lo que tampoco resulta muy extraño a la salud pública (2). Hubo pocas iniciativas, aunque destaca la creación del centro nacional de virus gracias a Florencio Pérez Gallardo, encargado de la vacunación antipoliomielítica (3). Pero predominaba la caspa y las tinieblas. A pesar de que la prolongada permanencia de la dictadura supuso, sobre todo en los años postreros, la incorporación de personas ajenas y hasta contrarias al régimen político y, desde luego, maniobras de los más adaptables para subsistir a los inevitables cambios que se avecinaban.

dáveres. La primera institucionalización conocida de la salud pública la debemos a Augusto, que creó un cuerpo imperial de supervisores de acueductos que además inspeccionaban los mercados de alimentos. La asunción de la responsabilidad de la salud de la población por parte del poder civil, municipal en este caso, se produce, que se sepa, en la Ragusa de la república veneciana, actualmente Dubrovnick, en el siglo XIV mediante el establecimiento de una cuarentena a un navío procedente del Mar Negro afectado por la peste. El saneamiento no tenía un carácter formalmente sanitario, o mejor dicho no quedaba separado del conjunto de actividades cívicas básicas, va a recuperarse como iniciativa asociada a la salud durante el movimiento higienista de los siglos XVIII y XIX. La ley de 1885 refleja en parte la influencia de la Public Health Act de 1848.

4. Entre las muchas vicisitudes del período es de particular interés la pugna entre José Alberto Palanca, militar y catedrático responsable de la sanidad entre 1939 y 1957, y Alfonso de la Fuente Chaos, falangista, procurador en Cortes durante todas las legislaturas franquistas y presidente de la Organización Médica Colegial hasta 1976, que entre otras consecuencias abrió un abismo entre la salud pública y la asistencia. Circunstancia que influyó en el divergente desarrollo de la salud pública y la asistencia sanitaria. En otro orden de cosas vale la pena recordar la promulgación en 1961 del Reglamento de actividades molestas, nocivas, insalubres y peligrosas, cuya aplicación corría a cargo de las denominadas comisiones de actividades, clasificadas de ámbito provincial, en las que sanidad tenía una participación. Y ello por la importancia siquiera formal que se le daba a las potenciales consecuencias sobre la salud de las actividades económicas –lo que recuerda las actuales reivindicaciones de introducir la salud en todas las políticas– y también porque ilustra acerca del poco peso que le damos a las normas legales, dado que, aunque inútil, el reglamento ha estado vigente formalmente hasta el año 2007, cuando fue explícitamente derogado por la nueva Ley estatal de Calidad del Aire. Una situación parecida a la evolución de los funcionarios sanitarios locales, que han ido extinguiéndose de manera subrepticia ya sea al pasar a los equipos de atención primaria –básicamente los médicos– o debido a la aplicación de directrices europeas, como los veterinarios.

En 1978 faltaban ocho años para que se creara el Sistema Nacional de Salud y seis para el inicio de la reforma de la atención primaria. En aquellos años la proporción del PIB dedicada a la sanidad era poco más o menos del 4% (4). Y el importe del PIB rondaba los 147.000 millones de dólares, unas diez veces menos que el actual (5).

Evolución: cambios y persistencias

La salud pública generaba grandes expectativas. Tal vez porque se considerara que los cambios sociales y políticos requerían transformaciones sanitarias radicales y el imaginario colectivo era en ese sentido muy prometedor. Quizás por la incorporación al mercado laboral de las nuevas generaciones que veían en la salud pública un camino menos trillado en el que los obstáculos parecían menores que en otras vertientes profesionales. La influencia de iniciativas como la del GAPS del Colegio de Médicos de Barcelona, creado en 1976, permitió generar muchas ilusiones y aglutinar un número apreciable de profesionales inquietos. La organización de un curso de introducción a la salud de la comunidad con vocación de máster *avant la lettre* fomentó la orientación profesional de muchos de ellos. La convocatoria de unas oposiciones para jefes de sección de epidemiología al servicio de la sanidad nacional facilitó el nacimiento de la Sociedad Española de Epidemiología, que iba a jugar un papel sustantivo en el desarrollo de la salud pública. Poco después le tocaba el turno a la Asociación de Economía de la Salud, las dos sociedades que años más tarde constituyeron el núcleo duro de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), nacida formalmente en 1987 pero que ya organizó un congreso dos años antes de su constitución oficial.

Paralelamente se iban construyendo los servicios autonómicos que, con las excepciones de la Comunidad de Madrid y de Valencia, no implicarían modificaciones sustantivas del modelo decimonónico. En las dos comunidades citadas se despliegan nuevos centros periféricos de salud pública en el territorio de las regiones sanitarias en las que se va a distribuir el territorio según la Ley General de Sanidad. Una iniciativa que probablemente viene facilitada por el retraso en la transferencia de las competencias asistenciales gestionadas por el INSALUD. En cambio, en la comunidad catalana, en la que las transferencias fueron precoces, el proceso de desarrollo se ralentiza desde 1981 con la creación del Institut Català de la Salut, que va a responsabilizarse de la atención médica de la Seguridad Social. A partir de 1984 además la orientación de la salud pública catalana experimenta un giro desde una perspectiva más salubrista al planteamiento preventivista. Con la notable excepción del programa Cronicat, que va a integrarse en el proyecto Mónica de la OMS. Sin embargo, el Instituto Municipal de Sanidad de Barcelona desarrollará una notoria actividad, particularmente orientada a la mejora de los sistemas de información sanitaria, con la organización de la primera encuesta de salud a una muestra representativa de la población urbana y con la elaboración de un informe

anual de salud que viene presentándose ininterrumpidamente desde hace casi treinta años.

A pesar del énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, en la práctica, la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986 supone un freno al desarrollo institucional de la SP que queda marginada en el sistema (6). Porque no se reconoce como un estamento más del SNS (primaria y especializada) y sus dispositivos quedan en una localización distinta de la del resto de los proveedores sanitarios. La salud pública vendría a ser el “brazo armado”, la autoridad del sistema. Un cuerpo policial las más de las veces ignorado cuando no temido o despreciado por el conjunto. De hecho los salubristas acostumbran a ser identificados más como funcionarios que como profesionales, a pesar de ser tan médicos, farmacéuticos o enfermeras como los que trabajan en el sistema asistencial. A menudo, además, su papel viene condicionado por la dimensión política (7).

Por otro lado, son muchos quienes consideran su existencia anacrónica, dado que las actividades de protección de la salud requieren cada vez más conocimientos y destrezas muy especializadas. De hecho, algunas de ellas no han sido nunca territorio sanitario como la seguridad vial, que se ha desarrollado desde las responsabilidades de orden público y de ordenación del tráfico⁵, pero otras como la contaminación atmosférica fueron pronto transferidas a otros departamentos.

En cuanto a las de promoción de la salud, acostumbra a tratarse de actividades de prevención clínica, diseñadas bajo una perspectiva patogénica propia de la medicina preventiva. La concepción salutogénica al modo de Antonovsky (8) no acaba de cuajar en los dispositivos sanitarios de la salud pública. Quizá una de las actividades que menos discusión provoca sea la de la vigilancia epidemiológica, debido a la necesidad de una organización específica para gestionar la notificación de las enfermedades de declaración obligatoria y controlar los brotes epidémicos. Una organización que ha funcionado aceptablemente cuando se produjo la gripe pandémica (9), a pesar de las dificultades y limitaciones en sus actividades cotidianas.

La incorporación de nuevos profesionales a las administraciones de salud pública supondrá un impulso a la investigación que también se verá alentado desde la universidad, en la que una parte de los nuevos recursos humanos va a colaborar. Una influencia que desde la dimensión docente se ha extendido a muchas titulaciones en las que se imparte formación relacionada con la epidemiología, la salud pública y el sistema sanitario (10). No obstante, el interés que despierta en los estudiantes sigue siendo escaso (11).

También será un catalizador la creación de algunas escuelas autonómicas de salud pública (12), unas de naturaleza estrictamente administrativa como la Escuela Andaluza de Salud Pública, que empieza a funcionar en 1985 y es la única que ha continuado funcionando sin cambios en su denominación, además naturalmente de la

5. A pesar de los intentos de contribuir activamente de unos pocos sanitarios, entre los que destaca el grupo que lideró Plasencia cuando trabajaba en la actual Agencia de Salud Pública de Barcelona y que continúa hoy Catherine Pérez.

Escuela Nacional de Sanidad⁶, la ENS ha tenido un papel notorio en la formación de los salubristas y en la actualidad también de los médicos especialistas en preventiva y salud pública, además de agrupar a destacados profesionales de las diversas administraciones sanitarias. Hoy forma parte del Instituto de Salud Carlos III que, como es sabido, depende del Departamento de Ciencia e Innovación. Después de la EASP se creó el Instituto Valenciano de Estudios de Salud Pública, que actuará como tal desde 1987 hasta 1995, o el Centro Universitario de Salud Pública de Madrid, que nace como una institución mixta entre la administración autonómica y la universidad. Finalmente el Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya, un consorcio entre la administración local de Barcelona, la autonómica de Catalunya y la Universidad de Barcelona, la última de las creadas (1995) y la primera en desaparecer hacia el año 2000. La relación de las escuelas con las universidades no ha sido fácil, lo que merece siquiera un apunte para que en algún momento se analice adecuadamente. En algunos casos, por lo menos, el temor de los catedráticos de Higiene a ser desbancados tuvo su importancia. Todo ello llevará a una relativamente intensa actividad investigadora que alcanzará una calidad internacionalmente competitiva, definitivamente institucionalizada gracias a la creación de la RECESP y más tarde al CIBERESP (13). De modo que el prestigio académico de la salud pública española se reconoce internacionalmente. A lo que han contribuido las publicaciones específicas, desde la reconvertida *Revista de Sanidad e Higiene*, hoy *Revista Española de Salud Pública*, y desde luego, *Gaceta Sanitaria*, órgano de SESPAS y que cuenta con un apreciable factor de impacto (14). Aunque desde 2005 se dispone de un nuevo programa de la especialidad de medicina preventiva y salud pública que permite obtener una formación más allá de las actividades clínicas al incluir cinco áreas troncales y una etapa con rotaciones en los dispositivos de salud pública de las administraciones, queda por regular la colaboración con las otras profesiones que comparten las responsabilidades de la salud pública. Sin embargo, entre los retos pendientes destaca la falta de modernización que muchos autores vienen reiterando (15, 16, 17, 18) y que afecta particularmente a los proveedores de los servicios, básicamente las administraciones autonómicas y locales. También es necesario clarificar los papeles respectivos de la Administración General del Estado y de las autonómicas y disponer de órganos y procedimientos de gobernanza y gestión adecuados (19). Si exceptuamos las grandes ciudades, no se ha avanzado apenas en el desarrollo de la salud pública en el ámbito local (20). Ni en la aproximación al conjunto del sistema sanitario, del que la salud pública sigue siendo un apéndice extravagante, aunque últimamente destacan algunas iniciativas de aproximación con la atención primaria, ya sea en el ámbito del PACAP o de la red AUPA (21). Una aproximación muy conveniente para limitar la medicalización y la iatrogenia secundarias a la hiperbólica prevención clínica (22).

6. Nace en 1924 de la transformación del Instituto Alfonso XIII gracias a la influencia del informe Welch-Rose de la Fundación Rockefeller. Iniciativa que fomentó la creación de las modernas escuelas de salud pública independientes de las facultades de Medicina, empezando por la de la Johns Hopkins University. La ENS se encargó tradicionalmente de la formación de los cuadros sanitarios con el célebre curso de Diplomados en Sanidad, dirigido inicialmente a los sanitarios locales, y con el curso de oficial sanitario, que constituyó durante mucho tiempo la única formación de posgrado de los salubristas.

Desde las administraciones autonómicas se ha ido procediendo a elaborar normas legislativas para facilitar por lo menos algunas de las adaptaciones imprescindibles. Primero fue la Ley de Salud Pública de Valencia (2005), seguida de la catalana (2009) que ya introduce la figura de un plan interdepartamental. Más tarde se ha promulgado la de Castilla y León (2010) y la de las Islas Baleares (2011). Otras comunidades autónomas tienen proyectos en trámite parlamentario del mismo modo que el Gobierno, que finalmente presentó el pasado 18 de marzo un proyecto de Ley General de Salud Pública a las Cortes. Proyecto que ha recibido casi trescientas enmiendas. En su versión actual el proyecto provoca una sensación agrídulce, debido a la desaparición de algunas figuras organizativas instrumentales que parecen imprescindibles para llevar a la práctica las previsiones, entre otras una comisión interministerial capaz de asumir la propuesta de introducir la salud en cualesquiera política que influya en la salud de la población⁷.

Sugerencias para el futuro... inmediato

Aunque tenemos tendencia a restringir la salud pública a los dispositivos del sistema sanitario de carácter colectivo, desde sus orígenes la salud pública ha sido un empeño global de la sociedad. Lo que se pone de manifiesto en la definición seminal de Winslow de 1920 (23) que ha inspirado muchas otras después. Detels y Breslow la definen así: “El proceso de movilización e implicación de los recursos locales, nacionales e internacionales, que garantiza las condiciones para que la población pueda ser saludable. Las acciones a emprender dependen de la naturaleza y la amplitud de los problemas que afectan la salud de la comunidad. Lo que puede hacerse viene determinado por el conocimiento científico y los recursos disponibles. Lo que se hace es consecuencia de la situación social y política en cada momento y lugar” (24).

Una perspectiva que entre nosotros mantienen algunos que, como Luis Palomo, consideran que los salubristas deberían tener más presencia pública en los debates de política sanitaria, y que no deberían confundir la salud pública con las necesidades de los que vivimos de ella (25). Lo que posibilitaría una contribución de la salud pública para reorientar los sistemas sanitarios en el sentido que señalaba la Carta de Ottawa de promoción de la salud ahora hace 25 años. Orientación reformulada como “Salud en todas las políticas” que no debería implicar medicalización, sino más bien lo contrario. Y que, en el ámbito sanitario, debería conducir a equilibrar las intervenciones preventivas clínicas, excesivamente desarrolladas y complementarlas con intervenciones comunitarias sobre los determinantes colectivos de salud, los condicionantes más distales o las causas de las causas del modo sugerido por Ana Díez Roux (26).

Pero la salud pública no puede permanecer en los márgenes del sistema sanitario si queremos que contribuya a la reorientación. Conviene establecer alianzas con otros dispositivos sanitarios teóricamente orientados a la comunidad como la atención pri-

7. La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, texto publicado en el BOE nº 240 del miércoles 5 de octubre de 2011.

maria de salud (27) y desde luego abrirse efectivamente a la sociedad, tal vez mediante la promoción de intervenciones en pro de la salud comunitaria (28).

Llama la atención la ausencia de información que nos permita comparar los recursos, las actividades y los resultados obtenidos por los dispositivos sanitarios que se dedican a la salud pública en cada una de las comunidades autónomas y las administraciones locales correspondientes (29,30). De forma que convendría llevar a cabo un inventario actualizado de los recursos disponibles, incluyendo el personal; la organización funcional de los servicios, funcionamiento y actividades, así como del impacto atribuible a estas intervenciones sobre la salud. Algo que, además de un ejercicio elemental de transparencia en el consumo de recursos comunes, visualizaría la potencial importancia de los servicios sanitarios colectivos, habitualmente desconocida, y permitiría estimular la competencia por emulación entre las distintas administraciones proveedoras. Inventario y balance que podrían actualizarse periódicamente desde cada autonomía, que podría coordinarse con la participación del Ministerio.

En este mismo sentido convendría establecer una cartera mínima de servicios a modo de catálogo de prestaciones, descritas de forma que su cumplimiento pueda ser reclamado efectivamente. Más allá, pues, que los actuales epígrafes incluidos en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud que más bien parecen meros títulos de los apartados correspondientes.

A partir de ahí debería ser más fácil poner sobre la mesa las cuestiones de mayor enjundia política: la cooperación entre las administraciones responsables: la local, autonómica y general; la coordinación con los otros componentes del sistema sanitario para equilibrar esfuerzos en pro de la eficiencia social y de la equidad y, desde luego, la contribución de la salud pública a la emancipación de la población respecto de su salud –lo que no significa mitificarla–, sobre todo en cuanto al control de los determinantes sociales y colectivos, es decir asumir como ciudadanos las responsabilidades que comporta el ejercicio de la libertad.

Bibliografía

1. Mansilla PP. Coordinación general sanitaria. Madrid: Mondadori, 1988: 25-47.
2. Sigerist H. Johann Peter Frank: un pionero de la medicina social. *Salud Colectiva* 2006; 2: 269-79. Se trata de una reedición traducida del original de 1956.
3. Nájera R. El Instituto de Salud Carlos III y la sanidad española. *Rev Esp Salud Pública*. 2006; 80: 585-604.
4. Huber M. Health expenditure trends in OCDE countries, 1970-1997; *Health Care Financ Rev* 1999; 21: 99-117.
5. Gross Domestic Product. <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GDP.pdf> (accedido el 1 de junio de 2011).
6. Segura A. Aventuras, inventos y mixtificaciones de la salud pública, o la historia de una oportunidad. En: Ortega F, Lamata F (Dir): *La década de la reforma sanitaria*. Madrid: Exlibris Ediciones, 1998: 149-162.

7. Segura A. Salud pública, política y administración: ¿rehenes o cómplices? *Gac Sanit.* 2002; 16: 205-8.
8. Antonovsky A. Salutogenesis. Studying health vs studying disease. Lecture at the Congress for Clinical Psychology and Psychotherapy, Berlin, 19 February 1990. En http://www.ensp.unl.pt/saboga/soc/pulic/soc_AAconference_berlim_91.pdf (accedido el 1 de junio de 2011).
9. Segura A. ¿Qué se puede aprender de la gestión de la gripe pandémica? *Gac Sanit.* 2010; 24: 269-71.
10. Davo MC, Gil D, Vives C, et al. ¿Quiénes y qué pueden hacer salud pública? Las competencias profesionales como base para la elaboración de programas en el Espacio Europeo de Educación Superior. *Gac Sanit.* 2009; 23: 5-12.
11. Obradors N, Segura A. La salud pública en las facultades de Medicina y escuelas de Enfermería de Cataluña. La visión del alumnado. *Educ Med.* 2010; 13: 113-22.
12. Segura A. Las escuelas de salud pública: entre la nostalgia y el futuro. *Rev Admon Sanitaria (RAS).* 1998; 2 (6): 1-12.
13. CIBERESP Centro de investigación biomédica en red. Epidemiología y salud pública. Accesible en : <http://ciberesp.es/web>
14. Fernández E. Memorias de Gaceta Sanitaria. *Gac Sanit.* 2010; 24: 369-71.
15. Manzanera R, Segura A, Fernández JM. La organización de la salud pública: su reforma en las reformas. Informe SESPAS 1998: 93-119. Accesible en www.ses-pas.es
16. Winslow CEA. The unfilled fields of Public Health. *Science* 1920; 51:23-33.
17. Detels R, Breslow L. Current scope and concerns in public health. En: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, et al. (edit): *Oxford Textbook of Public Health.* Oxford: Oxford University Press, 2002. Vol 1.
18. Pasarín M.
19. Cofiño R, Pasarín M, Segura A. Informe SESPAS 2012, en prensa.
20. Villalbí JR, Aboal XL, González J. Los servicios de salud pública: progresos y problemas prioritarios. Informe SESPAS 2002: 545-62, accesible en www.ses-pas.es
21. Artundo C, Rivadeneyra A. Hacia una nueva organización de los dispositivos de salud pública en España. *Gac Sanit.* 2008; 22 (Supl.1): 96-103.
22. Buades M, Plasencia A, Cabeza E et al. La reforma de la salud pública. *Gac Sanit.* 2009; 23: 462-4.
23. Segura A, Oñorbe M. Cambios en la salud pública: el papel del Estado y de las autonomías. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit* 2010; 24 (Supl.1): 19-22.
24. Líndez P, Villalbí JR, Vaqué J. Funciones, actividades y estructuras de salud pública: el papel de los municipios grandes y medianos. *Gac Sanit* 2001; 15: 164-71.
25. Pasarín M, Forcada C, Montaner I, De Peray JL, Gofin J. Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 010. *Gac Sanit* 2010; 24 (Supl.1): 23-7.
26. Segura A. La impertinencia de la oferta y el consumo sanitario inapropiado. *Comunidad* 2011; 13: 16-9.

27. Winslow CEA. The unfilled fields of Public Health. *Science* 1920; 51: 23-33.
28. Detels R, Breslow L. Current scope and concerns in public health. En: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, et al. (edit): *Oxford Textbook of Public Health*. Oxford: Oxford University Press, 2002. Vol 1.
29. Palomo L. Salud pública en todas las políticas y respuesta profesional en todos los debates. *Salud 2000*. 2011; 130: 12-4.
30. Díez Roux AV. Residential environments and cardiovascular risk. *J Urban Health* 2003; 80: 569-89.
31. Segura A. Políticas de salud (actuaciones poblacionales) en los servicios asistenciales. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit*. 2008; 22 (Supl.1): 104-10.
32. Cofiño R, Pasarín M, Segura A. ¿Cómo abordar la dimensión colectiva de la salud de las personas? Informe SESPAS 2012 (en prensa).
33. Segura A, Villalbí JR, Mata E, et al. Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. *Gac Sanit*. 1999; 13: 218-25.
34. Pano E, Viñas A (coord.). *La gestió municipal de la salut pública. Ajuntaments de més de 10.000 habitants de la provincia de Barcelona*. Barcelona: Diputació de Barcelona, 2011.

CAPÍTULO 9

Periplo en torno a la gestión sanitaria

Francisco Angora Mazuecos¹ y María Jesús Salve Díaz-Miguel²

Resumen

Planteamiento: La existencia de la FADSP coincide en el tiempo con el desarrollo del INSALUD y las transferencias en materia sanitaria a las CCAA. Se ha logrado en pocos años una gestión sanitaria (GS) acorde a los países de la OCDE, si bien con un marcado distanciamiento entre profesionales y gestores, que aún persiste.

Existe consenso sobre la necesidad de innovar en GS, al tiempo que el mercado despliega su mejor marketing sobre las partes rentables del sistema en aras de su sostenibilidad, siendo sus adalides diferentes fórmulas de autogestión y la implantación del copago, facilitados por determinados posicionamientos cortoplacistas y oportunistas político-sindicales. Contra lo cual algunos autores preconizan la ejemplaridad y el buen gobierno como antídoto a la actual crisis ético-financiera.

Conclusiones: Predomina el modelo gerencialista con gran dependencia jerárquica y subfinanciación, sobre todo en AP; escasa participación de profesionales y ciudadanos en análisis, diseño y ejecución coste-efectiva; excesiva influencia de los objetivos de déficit cero y de paz social, a cualquier precio.

Quedan márgenes saludables de reajuste para la sostenibilidad desde lo público y con justicia distributiva.

Propuestas: Profesionalizar la GS. Actualizar criterios selectivos de personal del SNS. Desarrollo de la Ley de Cohesión. Garantizar la equidad asistencial en el Estado y en el desarrollo laboral del propio personal del SNS. Gestión integrada sociosanitaria por áreas. Redefinir roles, regulando la responsabilidad económica derivada de la función individual y de equipo. Educar en responsabilización social e individual para el uso adecuado de los servicios sociosanitarios.

1. Médico de Familia y gerente de Atención Primaria de Ciudad Real (SESCAM).

2. Enfermera del C.S. Ciudad Real I (SESCAM).

Dirección para correspondencia: fangoram@sescam.jccm.es

Revisión en la prehistoria de la FADSP (1908-1981)

- Durante la Segunda República, el Instituto Nacional de Previsión (INP) concibió una Ley de Coordinación Sanitaria que habría fraguado en SNS de no haber estallado la guerra del 36, que dejó al país en la más absoluta penuria económica e ideológica.
- En 1942 se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), para la asistencia curativa a trabajadores de rentas bajas y sus beneficiarios en hospitales bajo la dirección de un médico autodidacta y con los escasos recursos humanos, tecnológicos y materiales de la época.
- La Ley de Bases de Sanidad Nacional, aprobada en 1944, planteó una gestión fragmentada, encargándose el INP de la asistencia y del resto Gobernación con los municipios. Se creó la Red Sanitaria de la Seguridad Social, que abrió los “ambulatorios” en los que pasaban consultas de dos horas los médicos generales, algunos especialistas y los ayudantes técnico-sanitarios (ATS), lo que en el mundo rural correspondía a médicos y enfermeros de asistencia pública domiciliaria (APD). Los hospitales quirúrgicos funcionaban a través de la red del “18 de Julio”. Los sanatorios antituberculosos y hospitales psiquiátricos dependían de las Diputaciones, coexistiendo con los hospitales de la Beneficencia y otros dependientes y gestionados por la Iglesia católica. Además de la red de hospitales clínicos en que se formaba a los futuros médicos, de los hospitales militares y de varios centros privados en Cataluña.
- En plena bonanza económica se aprobó la Ley de Hospitales (1962), creando una red propia de la Seguridad Social, al tiempo que se expandía la de ambulatorios y consultorios y se refundían en la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA) los centros de beneficencia y los antituberculosos. Mejoró notablemente la asistencia hospitalaria y la formación de especialistas, no así la ambulatoria; con una masificación incalificable, en la que el médico era responsable de hasta 2.500 “cartillas”, cada una de ellas con un titular y una media de 4 beneficiarios, disponiendo de dos horas para su atención en consulta. El médico, imbuido del tradicional paternalismo, era en realidad una autoridad poco menos que indiscutible e intocable, con las figuras del jefe local y provincial de sanidad como supervisores, era gestor peculiar de su parte de la cosa sanitaria, si bien con dedicación a tiempo total a sus pacientes, especialmente en el caso de los médicos de APD con residencia en la localidad y disponibilidad absoluta, casi siempre compensada (?) con las **iguales**. Persistió sin embargo la desconexión entre las redes públicas, que dependían hasta de trece ministerios diferentes (1).
- En 1974, la Ley General de la Seguridad Social amplió las prestaciones sanitarias planteando una estructura organizativa simple para cada centro sanitario; bajo una dirección médica, un administrador y una jefatura de enfermería, se gestionaba de forma supeditada a la propia formación o conocimientos a varios servicios asistenciales, cada cual tutelado por un “jefe”.
- Hasta el año 1977 la sanidad dependía de la Dirección General de Sanidad del Mi-

nisterio del Interior, año en que el primer gobierno democrático tras la guerra civil creó el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y éste, por RDL 36/1978, sobre “Gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo”, con el objetivo de simplificar el número de entidades gestoras y de racionalizar sus funciones, descentralizó las tareas administrativas, extinguiendo el INP cuyas funciones pasaron a tres “institutos”: 1. Instituto Nacional de la Seguridad Social, gestión de prestaciones tipo pensiones, subsidios y ayudas; 2. Instituto de Servicios Sociales, gestión de servicios sociales a tercera edad y minusválidos, y 3. Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), para gestionar y administrar la prestación de los servicios sanitarios de la Seguridad Social a todos los colectivos, excepto a las mutualidades de funcionarios, los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. A partir de ese momento la gestión y administración de los servicios quedó bajo la dirección y tutela del Ministerio, desarrollándose la actividad en régimen descentralizado para cada ámbito territorial, con gestión y administración por entidades locales.

- En 1979, la reestructuración del INSALUD (RD 1855) vino a garantizar en función del SNS la cobertura universal y la descentralización, promoviendo una gran reforma de la atención primaria de salud (AP), con la filosofía inspirada en el modelo finlandés.

Revisión coetánea a la FADSP (1981-2011)

El papel del INSALUD

En 1985, el INSALUD implantó las direcciones, médica, de enfermería y de servicios generales. En el seno de una administración pública rancia y parasitada, apareció una hornada de gestores entusiastas con el mérito de “colar” una GS de tintes modernos que influyó en el nacimiento de la Ley General de Sanidad (LGS), con gran expectativa luego diluida, y se aprobó el Estatuto Marco (EM).

Durante el acmé del INSALUD de los primeros años 90, Cataluña y País Vasco se marcaron del resto del país, iniciando la ampliación de su red de centros. En el “haber” del INSALUD figuran algunos **pecados** originales y otros propios del desarrollo:

- Implantación de un modelo totalmente centralizado con dirección de hierro, que fue desconsiderado con los líderes médicos que previamente hacían funcionar los servicios sanitarios del país; lo que supuso el distanciamiento entre gestores y profesionales que hoy día persiste y que, adecuadamente abonado por cierta contaminación ideológica interesada y favorecido por el escaso desarrollo de la LGS, genera periódicas cosechas de desconfianza y desencuentro, que a nadie benefician, o quizá sí.
- Diseño de una estrategia social y profesional con escasa visión de futuro, en línea con la proyección cortoplacista habitual de nuestros políticos, incapaces de alcanzar pactos a medio y largo plazo, incluso para asuntos del máximo interés nacional;

los mismos que ralentizaron sistemáticamente cualquier atisbo de mejorar en eficiencia la GS, siendo constante de la era INSALUD la obsesión por el déficit cero del sector, aun estando por debajo de la OCDE en cuanto al porcentaje de PIB invertido en sanidad.

Lo cierto es que, sin acometer reformas de gran calado y sin apenas conflictos sociales (2,3), se lograron mejoras notables en GS, lo que fue posible por el florecimiento de un tipo de gestores dinámico y moderno, que sacaron a España del ostracismo posbélico del mundo de la salud, logrando consolidar en pocos años un SNS comparable a los países del entorno con ventaja económica y democrática sobre España, como Reino Unido, países escandinavos y Países Bajos.

El 14 de abril de 1986 la aprobación de la LGS puso fin a la fragmentación sanitaria, haciendo visible un SNS modelo integrador y de cobertura universal que incluye la salud mental y laboral, que dejó configuradas las Áreas de Salud como marco de actuación descentralizado y común para AP y hospitales en cuanto a asistencia, rehabilitación, prevención y promoción de la salud, si bien las dos últimas de tipo comunitario han seguido escaso desarrollo. La LGS facilitó el traspaso de competencias sanitarias a las CCAA que finalizó en el año 2001, constituyéndose 17 Servicios de Salud.

En 1989, la Ley de Presupuestos y de Medidas pasó el gasto sanitario a cargo del presupuesto estatal.

A finales del siglo XX e inicio del XXI, quizá fruto del “morir de éxito” de los años previos y de cierta confusión ideológica, surge la percepción de bloqueo y la necesidad de innovar y hacer cambios en el modelo, situación aprovechada por fuentes neoliberales de mercado para infiltrarse con excelentes estrategias de marketing en las corrientes de opinión sociales y especializadas del mundo de la GS, de la política y de los profesionales, intentando convencer a unos y a otros de las bondades de la privatización de la sanidad pública, para mejorar la propia gestión y evitar la supuesta hecatombe por la insostenible aceleración del gasto (?). Estrategia que adquiere carácter legal con la Ley 15/1997, de 10 de abril.

Esta ley de “Habilitación de nuevas formas de gestión” recoge gran parte de las recomendaciones del “Informe Abril” (4) de 1991 que ya propugnaba mejorar la eficiencia de los centros y del SNS. La denominada “contrarreforma sanitaria” ha conseguido destilar un goteo permanente de la propia ideología de mercado, a ritmo, intensidad y consecuencias desiguales en las diferentes CCAA, teniendo su *remake* en 2009 a través del “Informe MckInsey&Company” (5) y en 2011 con el “Informe Bernat Soria” (6). Se trata de propuestas que marcan un antes y un después en el desarrollo de la política sanitaria española y que se han convertido en el principal “caballo de batalla” de la FADSP, de cuyos análisis destacamos, como pruebas en contra, las dos siguientes propuestas/contrapropuestas (7):

- a) Aplicar el tique moderador o **copago** o gasto por desempeño, con idea de responsabilizar y disuadir a los usuarios de utilizar los servicios de salud, aun con la evidencia de países comunitarios que tienen implantada la “tasa por enfermedad” (8), como Alemania, Francia o Bélgica, con un gasto sanitario mayor y peores resultados en salud que España, donde ya tenemos copago por medicamentos que

quizá podría ser más justo sobre niveles de renta estratificados tanto para activos como pensionistas, si bien el sistema de control (el ajo) podría resultar más caro que lo ahorrado (el pollo).

- b) Implantar la **autogestión** de los centros sanitarios, reforzando la incentivación de los profesionales, si bien las experiencias que favorecen los excedentes económicos conllevan en general dosis más o menos altas de perversión que repercuten en la cantidad y calidad de las prestaciones y con frecuencia en las condiciones laborales de los trabajadores de los centros, sin mejorar las prestaciones o los resultados.

En 2006, fruto del malestar de los profesionales, el Ministerio publica la “Estrategia AP XXI” cargada de buenas intenciones incluso en materia de GS al preconizar la descentralización por centros, lo que en general no se ha producido al conllevar escaso control presupuestario. Hoy, cinco años después, la citada estrategia ha entrado por falta de liderazgo en vía muerta y ni está ni se la espera.

Nuevos modelos de gestión sanitaria. El Área Única

A raíz de la Ley 15/1997 han proliferado nuevos modelos de gestión (9), principalmente en CCAA gobernadas por PP y CiU, bajo fórmulas variopintas: **fundaciones sanitarias, concesiones administrativas, consorcios, iniciativas de financiación privada, organizaciones sanitarias integradas (OSI), entidades de base asociativa (EBA), empresas públicas, institutos e iniciativas de financiación privada**. A pesar de no haber demostrado sus bondades, son sistemas de privatización centrados exclusivamente en atender las demandas asistenciales que disocian a su suerte las políticas de educación, prevención y promoción de la salud, atentando directamente contra la equidad en aras de la supuesta eficiencia del libre mercado.

- En Madrid (10), la LOSCAM, con el modelo Einthoven de mercado público regulado, permite separar financiación y provisión, así el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) tras varios intentos ha implantado un Área Única sui géneris, con el desmantelamiento acelerado del propio servicio público, al apostar decididamente por la entrada de capital y por la gestión privada; reduciendo el presupuesto de AP, cuya organización asistencial ha desaparecido, lo que favorece más aún el hospitalocentrismo. La toma de decisiones es piramidal y alejada de los centros de trabajo. La plantilla basal y todo tipo de sustituciones están en retroceso y se abandonan las tareas de educación para la salud y los proyectos de participación comunitaria. En estas condiciones, la desorganización y el caos se han generalizado.
- En Valencia (10), la propiedad, financiación y el supuesto control siguen siendo públicos, pero la prestación es privada a través de las uniones temporales de empresas (UTE), que reciben una cantidad per cápita durante los siguientes 25 años. Se gestiona el conjunto del Área de Salud como “Unidades de Gestión Únicas” y como resultado la inversión real ha caído siendo de las menores de España, con el consiguiente deterioro de los indicadores de salud.

El caso de la “Gerencia Única de Alzira”, que es el modelo que preconiza en su informe la Fundación Bamberg (11), supuso la externalización completa del servicio sanitario del área de salud a una entidad privada con el objetivo de la plena coordinación entre niveles; ha logrado la hegemonía hospitalaria absoluta, quedando relegado el sistema público al papel de financiador, con el horizonte de limitar las prestaciones a “lo básico” y corriendo el resto por cuenta del ciudadano, aunque con desgravación fiscal.

- Andalucía implantó su modelo de tipo funcional y sin presupuesto independiente: Unidades de Gestión Clínica y Enfermeras Comunitarias de Enlace, con resultados discutidos, sobre todo por los profesionales.
- Cataluña apuesta por Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI), basadas en financiación capitativa y constituidas en torno a un hospital comarcal, que se responsabilizan de todos los servicios sociosanitarios para una población definida geográficamente. Un tipo de OSI son las Entidades de Base Asociativa (EBA), o sociedades de responsabilidad limitada con ánimo de lucro, en las que los excesos en gastos acaban significando pérdidas retributivas y los ahorros incremento de las mismas en forma de incentivos a servicios y a profesionales. De momento las evaluaciones son escasas y confusas.
- En Castilla-La Mancha, la experiencia más notoria corresponde al modelo de “Área Única” (12) de Puertollano para la gestión de todos los centros y servicios del área, a través de la **gestión pública total**, sobre un nuevo modelo de **gestión por procesos** con una dirección para las “rutas asistenciales” y con el “**foro participativo de salud del área sanitaria**”. Pendiente la evaluación interna de ciudadanos y profesionales, es dudosa la posibilidad de exportación del modelo por las peculiaridades del área. Las citadas experiencias no mejoran la situación previa en cuanto a eficiencia ni consiguen la integración que persigue la LGS para el Área de Salud, ni mucho menos el imprescindible cambio cultural de profesionales y ciudadanos; al tiempo que coinciden en el peligro de infradotar aún más a la AP y ocultan los enormes costes asociados a este tipo de colaboraciones, constatados en el Reino Unido, Valencia, Madrid, Cataluña, Murcia y Galicia.

La gobernanza

Entre las posibles definiciones se vislumbra la referida a la difícil tarea de gobierno en nuestro caso de la GS, que está sujeta al contexto de una sociedad plural y manifiestamente fragmentada incluso en cuanto a la normativa interautonómica, con expectativas desmesuradas, junto a la presión creciente del mercado fármaco-tecnológico, la desmotivación de los profesionales y la contracción del presupuesto sanitario.

Para Oteo y Repullo (13), “la ejemplaridad y el buen gobierno al servicio de la gestión clínica puede ser el mejor antídoto en tiempos de crisis económica, que es también crisis del capital ético y social”. Lo problemático es lograr el cambio de actitud polí-

tico-administrativa, así como la concienciación social y profesional; de tal modo que la exigible **coherencia del gobierno de lo público** debe pasar por la participación multisectorial local y autonómica y contar con la idea nacional y, en su caso, europea a la hora de definir problemas y ejecutar las respectivas decisiones.

En cuanto a los trabajadores socio-sanitarios, estimando necesaria la lealtad con los objetivos de la organización para garantizar en tiempo y forma una asistencia de calidad y eficiente, detectamos bolsas deficitarias en: definición de roles, condiciones contractuales, accesibilidad a dinámicas de innovación y excelencia para el conocimiento y la gestión clínica, así como herramientas justas y transparentes de evaluación para la compensación y la promoción profesional.

Connotaciones

El entramado de pactos y acuerdos sindicales de segunda línea da lugar a frecuentes ausencias de los profesionales por diferentes causas legítimas, lo que facilita la “inversión de la linealidad” asistencial y supone un ataque a la línea de flotación de la AP, echando en brazos del hospitalocentrismo la resolución de problemas de salud propios del primer nivel.

La denominada autoconcertación pone freno al aumento de plantilla y/o la rentabilización adecuada de las infraestructuras hospitalarias en horario completo.

La libre designación de cargos de responsabilidad en GS está vinculada en general al partido gobernante de turno, lo cual no necesariamente va ligado a la imprescindible formación específica del desempeño.

El vacío de liderazgo estatal en materia sociosanitaria permite diferencias interautonómicas en cuestiones esenciales de la cartera de servicios como el calendario vacunal, los salarios, la productividad y la carrera profesional, con aplicación de diecisiete modalidades.

Apuntes éticos

- La evolución de los costes sanitarios per se y la actual crisis financiera invitan al profesional a introducir en la toma de decisiones no sólo los valores estrictamente biológicos, sino también los económicos (14), lo que, siendo éticamente exigible por justicia distributiva, no deja de plantearle complejos dilemas morales en la microgestión o gestión clínica de la propia consulta, donde además se deben conocer y respetar los valores de los pacientes como principio de calidad y por derecho. Resulta arduo introducir los valores en la toma de decisiones de los gestores para aumentar la calidad en la mesogestión de los centros sanitarios. Sobre el tópico habitual de la improvisación, la falta de organización, de metodología y de continuidad en el esfuerzo, el camino a seguir estaría en la excelencia, la calidad y el trabajo bien hecho, lo cual sólo será posible desde la profesionalidad y “en comunidad”,

con la participación de la administración, los ciudadanos y los profesionales, en torno a lograr la confianza mutua, fidelidad y lealtad, para la mejora continua.

- En plena marea de mercantilismo liberal los profesionales en general y los sanitarios en particular necesitamos mantener alta la autoestima y claros los principios éticos, lo cual en condiciones de gran carga burocrática y alta presión asistencial precisa del oportuno soporte institucional. Si bien la situación ha podido hacer pensar a algunos a título individual y a otros a título representativo que la ética era innecesaria o incluso inconveniente para según qué intereses, en todo caso obtusos, y que para ser buen profesional basta con respetar las normas legales vigentes. Como refiere Diego Gracia (14), “se acepta que las obligaciones profesionales son superiores a las meramente jurídicas o de mínimos, y que no decaen por el hecho de que los órganos públicos y de gestión no cumplan o cumplan mal con las suyas. Y ello en función de sus deberes privados o de beneficencia, que no tienen tope”.

Discusión/conclusiones

- En general persiste el modelo gerencialista en el tipo de organización y de GS heredados; con gran dependencia jerárquica, colgados del correspondiente alineamiento político y sin necesidad de responder ante órganos colegiados, o respuesta sólo de cara a la galería. Así, el modelo lejos de trabajar sobre la propia **política sanitaria** gira en torno a los intereses o necesidades de la **política general** de la CA, coincidiendo las 17 en la habitual subfinanciación, si bien al no tener carácter finalista se acaban distanciando notablemente los objetivos y los logros entre ellas.
- En hospitales y centros de salud existen dos tendencias empresariales (15); por un lado la de los médicos; que nada quieren saber de los costes de sus intervenciones en términos de justicia distributiva, con tal de evitar conflictos potenciales con los pacientes, aun cuando supusiera despilfarro manifiesto, y por otro la de los administradores, cuyo objetivo es no llegar al déficit, aun limitando recursos necesarios, persistiendo una fuerte separación entre los niveles de autoridad, financiación y provisión de servicios.
- Peculiaridad destacable del SNS es que acaba haciéndose cargo de todas las situaciones que no estén amparadas en algún seguro, o que estándolo no admitan la correspondiente cobertura, como ocurría con accidentes y enfermedades profesionales cuya cobertura real en España no es comparable a la esperada referida a los países de la OCDE. Persiste además la discriminación asistencial a los funcionarios y otras élites a través de MUFACE y MUGEJU. También es habitual el rescate a cargo de los Presupuestos Generales del Estado de los fracasos financieros de los diferentes “experimentos”.
- Generalizado para experiencias y ensayos es la no participación en su diseño y puesta en marcha de los profesionales y estamentos vinculados, tipo sindicatos, sociedades científicas y foros ciudadanos. No existiendo el prioritario consenso, para evaluar y contrastar resultados sobre la canalización de la satisfacción de los

- usuarios, los profesionales (ética y cuenta de resultados), la de la organización y la de la propia administración, y que deberían ser objetivos generales de cada comunidad autónoma, del país y de la UE.
- En la comunidad científica internacional existe consenso global, que no específico, sobre la necesidad de cambios adaptadores del aparato de GS, al estar el Servicio de Salud perfectamente adaptado y dotado para las contingencias agudas y las consultas a demanda, que constituyen el cajón de sastre en el que todo cabe, resultando cada día más difícil delimitar lo que es urgente y/o importante de lo que no lo es y, sin embargo, las necesidades reales o sentidas en AP están relacionadas en el 80% de los casos con la patología crónica y la comorbilidad, cada vez más habituales conforme aumenta la esperanza de vida, lo que también se relaciona con el 60% de los ingresos y un porcentaje elevado de revisiones hospitalarias.
 - Otro punto en la meso y microgestión que precisa adaptaciones innovadoras en función de las cambiantes necesidades sociales es la **variabilidad** o diversidad de criterios de actuación ante planteamientos similares, especialmente al abordar problemas aún no resueltos por la ciencia, o estados de disconfort no patológicos o las denominadas “no enfermedades”; situaciones en las que debería prevalecer el “primum non nocere” hipocrático, o mejor no actuar, sobre la medicalización indiscriminada, pues no es lógico que entre múltiples posibles decisiones todas sean correctas y eficientes.

Propuestas

- En gestión sanitaria pública macro: Intervención estatal sobre bases legales comunes de mínimos y el **correspondiente desarrollo autonómico, que garantice el funcionamiento en comunión** de los servicios sociosanitarios, a través de sus infraestructuras, recursos humanos, tecnología y la oportuna influencia en los estilos de vida de los ciudadanos, incluyendo el enfoque ecológico.
- En gestión meso de centros sanitarios: Interrelacionar armónica y eficazmente los diferentes estamentos internos y sus productos intermedios, para un resultado final y común eficiente, que responda a los objetivos diáfanos de una **única organización**. Incluyendo la necesaria integración entre centros de salud, hospitales, servicios de atención continuada y de urgencias, así como la descentralización presupuestaria por centros. En el caso de los hospitales, cuya cartera supone el 86% del presupuesto sanitario total, el interés es máximo por la necesidad de “normalizar” actuaciones en cuanto a su relación con mayoristas, aseguradoras y externalizaciones, de modo que se deben aprovechar al máximo sus potenciales para que sólo puntual y coyunturalmente se eche mano del mercado. Entre otras oportunidades tenemos la de “liberar” a millones de sanos y pacientes bien controlados, que nutren sus listas de espera, cuando deberían ser dados de alta y en su caso pasar sólo controles en AP, mientras ahora lo hacen en ambos niveles y de por vida, de manera fútil.

- En gestión clínica: Estimar de hecho el protagonismo real de la microgestión dentro de la GS global, actuando sobre la discrecionalidad de la que gozan actualmente los profesionales en la gestión clínica (16) por la que asignan directamente alrededor del 70% de los recursos sanitarios (17), sin regulación de ningún tipo de responsabilidad. Sólo existen variopintos estímulos a la productividad variable en las CCAA, que son entre sí diferentes y difíciles de medir objetivamente tanto el resultado como el esfuerzo invertido en su logro, y que, además de generar inquietud en el seno de los equipos, con frecuencia no neutralizan los efectos del marketing agresivo del mercado. En este sentido resulta inquietante el esfuerzo de algunos sindicatos mayoritarios en el sector por exigir permanentemente el “café para todos”, la distribución lineal de facto de la productividad variable y el desarrollo anodino de la carrera profesional, que es la gran oportunidad perdida. No todo puede valer, incluso matar la gallina de los “huevos de oro”, cuando atacamos a la calidad asistencial mediante pactos de diferentes ámbitos, con la única mira de la denominada “paz social”, y casi siempre con la miopía del corto plazo, mal este que afecta sobremanera también a buena parte de nuestros políticos coetáneos.
- En instrumentos de GS mejorables:
 - Gestión pública integrada a nivel de área, con participación colegiada de ciudadanos y profesionales en los órganos de gobierno (análisis, gestión y control).
 - Gestión integrada por procesos, con vías clínicas comunes, consensuadas.
 - Innovación organizacional de los centros sanitarios, adaptados a las necesidades actuales.
 - Normalización subsidiaria de la máxima capacidad de resolución en AP y hospital.
 - Cobertura de todas las plazas del SNS por capacitación, limitando el valor de la antigüedad.
 - Profesionalizar la GS: ejercicio en función de capacitación. Crear especialidad propia de GS y en evaluación de intervenciones sanitarias (18).
 - Tendencia a unificar por estamentos los criterios contractuales de todo el personal de SNS.

Bibliografía

1. Sánchez Bayle M. El sistema sanitario en España. Madrid: Los Libros de la Catarata; 1996.
2. Belenes R. Un balance personal de 25 años de gestión moderna en el SNS. Gac Sanit. 2003; 150-6.
3. Fernández A. Evolución, situación actual y perspectivas futuras de la gestión sanitaria en España. Rev. Adm San. 2010.
4. Abril F et col. Texto proposición parlamentaria de 25 de enero de 1990 “Informe Abril”. <http://www.riberasalud.com>. Acceso: 15-05-2011.
5. Informe FEDEA McKinsey&Company. Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario. Pub Med Book por Cuenca JA. Acceso: 16 nov 2009.

6. Informe Bernat Soria promovido por Abbot. <http://informebernatsoria-abbot.com>. Acceso: 15-05-2011.
7. FADSP. Unas perspectivas para el desastre: a propósito del informe sobre sanidad de McKinsey&Company. *Salud 2000*. 2010; 125; 13-15.
8. Repullo JR. La buena sanidad pública, ¿ni se compra ni se vende? En *Salud 2000*. 2009; 124: 15-20.
9. Jurado J, Chacón J, Martín G, Robledo M, Sáez FJ. Autogestión en la Atención Primaria española. Informe de la SEMG. www.semg.es. Acceso: 15-05-2011.
10. Sánchez Bayle M. Informe sobre la situación de la sanidad y de los servicios sanitarios de las CCAA. En *Salud 2000*. 2007; 109: 5-17.
11. Para I. El modelo de gestión de la salud. Propuesta para un debate. Fundación Bamberg, 2011.
12. Proyecto de Gerencia Única de Puertollano. www.gaplano.es. Acceso: 15-05-2011.
13. Oteo A, Repullo JR. El profesionalismo médico en los microsistemas clínicos: contribución a la sostenibilidad. www.médicosypacientes.com. OMC. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos 2010; 1081. 14-06-2011.
14. Gracia D. Consideraciones éticas de la gestión sanitaria. En *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona 1997: Masson, SA; pags. 147-162.
15. Llano J, Millán J. Reflexiones sobre la gestión en los servicios sanitarios. En *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona 1997: Masson, SA; pags. 165-196.
16. Ortún V, Llano J. Estado y mercado en sanidad. En *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona 1997: Masson, SA; pags. 4-15.
17. Meneu R, Ortún V. Innovaciones en los Servicios de Salud. *Innovación organizativa en sanidad, política y gestión sanitaria: la agenda explícita*. Barcelona: SG y Asociación de economía de la salud, 1996, 157-176.
18. Hidalgo A. La toma de decisiones en sanidad en base a la evaluación económica, situación internacional y en España. Documento docente del módulo IV del Curso de Especialista en Evaluación de Intervenciones Sanitarias (CEEIS), UCLM, 2010-2011.

Parte 3

Cambios en la dotación y prestación de servicios

CAPÍTULO 10

El gasto farmacéutico público en España durante los últimos treinta años, consideraciones para su valoración

Juan Simó Miñana¹

Resumen

En el presente capítulo se ofrece información para valorar la evolución del gasto farmacéutico público ambulatorio (recetas) español durante los últimos treinta años, especialmente en su comparación con los países europeos más desarrollados. Se consideran factores relacionados como el envejecimiento poblacional, el sistema de copago y el porcentaje efectivo de copago, el producto interior bruto per cápita, el precio de los medicamentos y el uso de los mismos, el porcentaje público del gasto farmacéutico ambulatorio y el gasto farmacéutico ambulatorio privado, entre otros.

El gasto farmacéutico dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS)

El gasto farmacéutico en recetas y el gasto en farmacia hospitalaria representaron el 23,0% y el 5,2% del gasto sanitario público, respectivamente, en el promedio del periodo 1999-2005 (1). Lo que significa que la parte destinada a medicamentos dentro del gasto sanitario público alcanzó el 28,2% en el promedio de dicho periodo, con la particularidad de que el gasto en farmacia hospitalaria creció entre 1999 y 2005 casi con el doble de intensidad que el gasto en farmacia de receta (15,8% vs. 8,7%) (1). Este mayor crecimiento del gasto en farmacia hospitalaria consigue que la parte del gasto farmacéutico público atribuible a este concepto haya pasado del 15,77% en 1999 al 21,52% en 2005 (1). Datos más recientes proporcionados por la patronal europea de la industria farmacéutica (EFPIA) referidos al gasto farmacéutico total (público y privado) sitúan la facturación de la farmacia hospitalaria en España en 2008 en un 25,02% de la factura total en medicamentos (2). Farmaindustria sitúa este porcentaje en el 26,39% en 2009 (3). Los publicados en 2007 por el Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público y referidos al periodo 1999-2005 (1) son los únicos datos oficiales sobre gasto en farmacia hospitalaria publicados en la página web del Ministerio de Sanidad. En la Estadística del Gasto Sanitario Público, el gasto

1. Centro de salud Rochapea, Pamplona (Navarra). Plataforma 10 Minutos; ju.simom@gmail.com

en farmacia hospitalaria se incluye sin desagregar dentro del capítulo de gasto en atención hospitalaria-especializada por lo que no es posible su identificación ni aislamiento. Algo que en un futuro próximo sí permitirá la adaptación de nuestras cuentas públicas sanitarias al Sistema de Cuentas en Salud de la OCDE (4). Por lo tanto, en lo que resta de capítulo, cuando se hable de gasto farmacéutico se referirá únicamente al gasto farmacéutico ambulatorio y no a la farmacia hospitalaria. El público es el gasto generado por la dispensación de recetas de medicamentos financiados públicamente que se identifica y aísla perfectamente en la Estadística del Gasto Sanitario Público a nivel nacional y en la base Health Data OECD (5) a nivel internacional. El privado es el gasto en medicamentos incluido dentro del gasto en salud en la Encuesta de Presupuestos Familiares que, a su vez, figura en la base Health Data de la OCDE. La aportación del paciente (copago) se incluye en el gasto farmacéutico privado.

Gasto farmacéutico español comparado con Europa, 1980-2007

Los gráficos 1 y 2 muestran la evolución desde 1980 hasta 2007 de distintos indicadores relacionados con el gasto farmacéutico español no hospitalario comparados con el promedio de los países europeos de la OCDE. Distinguiremos el gasto farmacéutico público, el gasto farmacéutico privado y el gasto farmacéutico total (público y privado). Los datos proceden de la base Health Data OCDE, 2009 (5).

Gasto farmacéutico público

El gasto farmacéutico público per cápita español en unidades monetarias comparables (\$PPA)² se sitúa en el promedio europeo o por debajo del mismo desde 1980 hasta 1990. A partir de 1990, el gasto farmacéutico público español inicia una etapa de claro y progresivo incremento respecto de la media europea que le lleva a superarla en un 40% en 2007. El gasto farmacéutico público como parte del gasto sanitario público y como parte del PIB ha sido siempre superior al promedio europeo, incluso entre 1980 y 1990 cuando el gasto farmacéutico público per cápita se encontraba en la media europea o por debajo de ella (gráficos 1 y 2).

Gasto farmacéutico privado

El comportamiento del gasto farmacéutico privado español respecto a Europa es en

2. El dólar estadounidense por paridad de poder adquisitivo (\$PPA) es una unidad monetaria común que tiene en cuenta el diferente poder adquisitivo relativo de las distintas monedas nacionales. Se obtiene mediante la evaluación de los costes de una cesta de bienes y servicios entre los diferentes países para todos los componentes del producto interior bruto (PIB). Como su nombre indica, el \$PPA iguala efectivamente la capacidad adquisitiva de las monedas entre sí y facilita las comparaciones entre países.

todos sus indicadores inferior al promedio europeo. Health Data OECD ofrece datos españoles desde 1995. Desde un 21% inferior a la media de la Europa de la OCDE en 1995, el gasto farmacéutico privado per cápita español (también en \$PPA) ha ido acercándose a dicha media hasta situarse en 2007 un 12% por debajo de ella. A pesar de ello, el gasto farmacéutico privado como porcentaje del PIB y como parte del gasto sanitario privado sigue una clara tendencia decreciente en relación con la media europea y se sitúan en 2007 un 16 y un 29%, respectivamente, por debajo de la misma (gráficos 1 y 2).

Gasto farmacéutico y riqueza en Europa

Entre los países europeos de la OCDE, la relación que muestra el gasto farmacéutico, especialmente el público, con el PIB per cápita difiere de la que exhibe el resto del gasto sanitario (6). Entre los países europeos más desarrollados, la parte del gasto sanitario público destinada a fármacos es menor en los países más ricos. También ocurre así con el gasto farmacéutico público como parte del PIB: los países más ricos destinan una menor parte de su riqueza a gasto farmacéutico público. Sin embargo, sus complementarios (el gasto sanitario no farmacéutico como parte del gasto sanitario público y el gasto sanitario público no farmacéutico como parte del PIB) son mayores en los países más ricos de Europa. Además, el gasto sanitario público per cápita no farmacéutico es mayor en los países europeos más ricos, pero no ocurre así con el gasto farmacéutico público per cápita (gráfico 3). Lo que induce a pensar que el comportamiento del gasto farmacéutico se aproximaría más al de un bien necesario mientras que el de su complementario, el gasto sanitario no farmacéutico, se acercaría más al de un bien de lujo (6,7).

Gasto farmacéutico y envejecimiento en Europa

Entre los países europeos de la OCDE, la relación con el envejecimiento que muestra el gasto farmacéutico, especialmente el público, difiere de la que exhibe el resto del gasto sanitario. El gasto farmacéutico público per cápita mantiene una correlación importante y positiva con el envejecimiento poblacional de los países (porcentaje de población de 65 o más años), mientras que el gasto sanitario público no farmacéutico per cápita no se relaciona con el envejecimiento poblacional (6) (gráfico 3).

Precio del medicamento en España y en Europa

La OCDE señala que el precio de los medicamentos en España era en 2005 un 77% de la media geométrica de los países de la OCDE (8). Otros autores lo situaban en el 93,5% (9) y 93% (10) de la media aritmética de los países de la Unión Europea (UE)

en 1993, y prácticamente en la media al considerar el poder adquisitivo de la moneda (10). El número de especialidades farmacéuticas en nuestro país, muy superior al de la mayoría de los países europeos (11,12), podría sesgar a la baja el precio medio de los medicamentos en España. Los bajos precios de aquellos medicamentos que prácticamente no se usan o se usan muy poco por obsoletos, aprobados hace muchos años, promediarían con los precios de los medicamentos nuevos, aprobados en los últimos quince años, más utilizados y con un precio comparable al europeo. Un ejemplo de ello lo constituye el número de medicamentos aprobados en España incluidos en la clasificación ATC dentro del grupo C10 (agentes reductores de los lípidos séricos). Con un total de 17, España era en 2002 el segundo país, junto con Italia, que más principios activos aprobados tenía dentro de este grupo. Cuatro de ellos (dultosilato de piperazina, filicol, piricarbato y binifibrato) no estaban autorizados en ningún otro país europeo, ni tan siquiera en Italia, y otros dos (detaxtran y probucol) sólo lo estaban, además de en España, en un segundo país más (13). Sin embargo, al igual que ocurre en la mayoría de los países europeos desarrollados, las estatinas representaban en España aproximadamente el 95% del total del consumo de hipolipemiantes entre 1997 y 2003 (14) y el gasto por DDD de estatinas en 2000 en España ocupaba un lugar intermedio entre los países europeos más desarrollados (15).

En 2009, el 48% de los medicamentos dispensados en las farmacias españolas llevaba quince años o menos en el mercado, pero representaba el 76% del importe total de ventas (16). Con muy ligera variación, estos porcentajes se mantienen al menos desde 1996 (17). Por lo tanto, es muy probable que este año 2011, entre el 45 y el 50% de las prescripciones representen entre el 75 y el 80% del importe total y correspondan a medicamentos autorizados durante los últimos quince años (desde 1996 a 2011) cuyo precio es progresivamente más “europeo” en la medida que más reciente sea su autorización (18). Consecuencia de ello, el precio medio por receta ha crecido muy rápidamente en los últimos años debido principalmente a que los nuevos medicamentos, con un precio más elevado y cercano al europeo, consiguen rápidamente una cuota importante de mercado (19).

La libre circulación de mercancías y la amenaza que supone el comercio paralelo están fomentando una convergencia al alza del precio de los nuevos medicamentos en la UE (20). Lo que contribuiría a que el precio de los medicamentos de reciente introducción en el vademécum público español sea comparable al de muchos de los países de nuestro entorno (18). Un estudio de la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) mostró en 2006 que cuando se consideran algunos de los medicamentos de prescripción más vendidos en oficinas de farmacia que suponen, además, un mayor gasto para la sanidad pública española, su precio se sitúa en una posición intermedia respecto al de otros países europeos como Reino Unido, Francia, Portugal, Países Bajos, Bélgica, Italia y Alemania (21). De hecho, el coste de la DDD de los antihipertensivos, hipolipemiantes y antitrombóticos antivitaminas K utilizados en España ocupaba una posición intermedia entre los países desarrollados entre 1989 y 2000 (22, 15). La posición era similar a la media europea o algo inferior en 2002 al considerar el precio unitario, ajustado por tamaño del envase y DDD, de determinados me-

dicamentos (importantes por su peso en la prescripción y el importe) antes de aplicarles el margen de la farmacia (20). También el estudio de la OCU (21) encontró precios algo inferiores antes de aplicar el margen de la farmacia, que se situaban en la media tras considerar dicho margen. Algo explicable si consideramos que el margen de la farmacia en España es todavía en 2004, y pese a las reducciones efectuadas (23), de los más altos de los países europeos (24, 8).

Situación de la industria farmacéutica en España

El importante volumen de ventas de medicamentos coloca a España como el séptimo mercado farmacéutico mundial (8). España fue en 2008 el quinto mercado europeo, lo que representó el 9,2% del total de ventas de medicamentos en Europa (2). Sin embargo, el empleo generado por la industria farmacéutica en España representó el 6,4% del generado en Europa y la inversión en I+D de la industria farmacéutica en España supuso el 3,4% de la inversión en I+D que dicha industria hizo en Europa en 2008 (2). Vemos, pues, cómo la industria farmacéutica en España tiene todavía margen para aumentar la parte correspondiente a generación de riqueza (empleo e inversión en I+D), desproporcionadamente inferior a la representada por las ventas que consigue en nuestro país.

Porcentaje efectivo de copago

La participación de los pacientes en la financiación del consumo farmacéutico público ha mantenido una inveterada tendencia decreciente durante las tres últimas décadas. En los medicamentos dispensados en las oficinas de farmacia se ha producido una reducción en la tasa efectiva de copago a cargo de los pacientes desde casi el 20% de los primeros años 80 (25) al 6% en 2009 (26). Este porcentaje de participación de los pacientes en el coste de los medicamentos financiados públicamente en España es uno de los más bajos de Europa. La media europea fue del 15,3% en el año 2002 (España, 7,8%) (27), del 17% en 2004 (España, 7,1%) (28), del 17,9% en 2006 (España, 7%) (29) y del 18,9% en 2008 (España, 6,6%) (2). Es decir, mientras Europa tiende al incremento de esta participación, la tendencia en España es hacia la reducción (gráfico 4). La causa de ello hay que buscarla en el sistema de copago farmacéutico español, invariable desde 1980, pensado entonces para hacer copagar una prescripción más orientada al proceso agudo del paciente activo. La historia es muy diferente treinta años después con el incremento de la esperanza de vida y de la comorbilidad, el progresivo envejecimiento poblacional español (superior al promedio de la Europa de la OCDE), la orientación que hace la industria de sus productos hacia el tratamiento de procesos crónicos, y la extensión de las pensiones. Así, los pensionistas consumían en 1980 un 52% del gasto farmacéutico público (30), porcentaje que ha ido creciendo desde entonces (30, 31) hasta llegar al 78% en 2009 (26).

Pero el envejecimiento y el aumento del número y proporción poblacional de pensionistas no son los únicos factores explicativos de la reducción del porcentaje efectivo de copago. Un elemento invocado desde hace años (30) es el uso fraudulento de recetas mediante el trasvase de las de no pensionista a pensionista: las familias evitarían una parte importante de los copagos trasladando el consumo a familiares pensionistas. Pero se trata de un factor cada vez menos explicativo dada las dimensiones de la reducción y la extensión de la prescripción informatizada o electrónica en la sanidad pública que reduce este tipo de fraude prácticamente a cero. El copago de los no pensionistas, la aportación que los activos hacen sobre su propio consumo, también se ha reducido desde el 36,6% en 1981 (30) hasta el 22% en 2009 (26). Es probable que la explicación se encuentre, más allá del fraude, en el aumento del número de medicamentos sujetos a aportación reducida (un máximo que oscila entre 0 y 2,64 euros por envase) sobre el total de incluidos en la financiación pública, y su mayor uso entre los pacientes activos. El 38% de los medicamentos incluidos en el vademécum público en 2008 estaba sujeto a aportación reducida (33). Este tipo de copago afecta al 100% de algunos grupos terapéuticos como el L (antineoplásicos e inmunomoduladores), a casi la totalidad de otros como el H (preparados hormonales sistémicos), grupos con no mucho peso en la prescripción pero que sí exhiben el mayor precio (33, 34). Los medicamentos sujetos a aportación reducida son mayoría en determinados grupos con gran peso en la prescripción y en el importe como el grupo C (sistema cardiovascular) y el grupo N (sistema nervioso), donde representaban el 65 y el 71% respectivamente (33, 34). Pero además, no sólo el número, también la proporción de medicamentos incluidos anualmente en la financiación pública sujetos a aportación reducida sobre el total de incluidos ha ido en aumento año tras año desde 1996, de modo que el número de los de aportación reducida incluidos en la financiación pública en 2006 ya superaba al de aportación normal (40% del PVP) (35). Consecuencia probable de ello es el aumento del número de envases de medicamentos de aportación reducida prescritos a pacientes activos en la misma cantidad que se reduce en ellos la prescripción de envases de medicamentos de aportación normal (32). Si además consideramos que el precio medio del envase del medicamento de aportación reducida es 2,5 veces mayor que el de aportación normal (32), la consecuencia es clara: descenso del copago efectivo en la prescripción efectuada al paciente activo que incrementa la factura farmacéutica por aumento de la parte financiada con fondos públicos. Por otro lado, también el precio medio del envase prescrito al pensionista (aportación nula) es un 55% superior al precio medio del envase de aportación normal prescrito al activo (32). Todo ello contribuye a que los medicamentos relativamente más caros tiendan a concentrarse en recetas prescritas a pacientes con aportación nula o reducida (32), lo que en un sistema de copago farmacéutico como el español trae consigo la reducción progresiva, irremediable si no se cambia el sistema de copago, de la participación de los pacientes en la financiación del consumo farmacéutico público y el consecuente incremento del gasto farmacéutico público per cápita. Y como cabe esperar, la relación entre el porcentaje efectivo de copago y el gasto farmacéutico público per cápita entre los países

Europeos de la OCDE es considerable, negativa y significativa ($r = -0,62$; $p = 0,006$) (gráfico 5).

Equidad del actual sistema de copago farmacéutico

La equidad del copago actual, entendida como igualdad de acceso a un tratamiento efectivo para una misma necesidad, queda en entredicho cuando se observa que la aportación exigida al paciente guarda escasa relación con su nivel de renta y riqueza. Los pensionistas, al margen de su situación económica, se encuentran exentos de aportación alguna, excepto los de las mutualidades de funcionarios que deben continuar pagando el 30% del PVP, lo cual ya constituye una inequidad. Por el contrario, los pacientes activos deben soportar cuando enferman, aunque sus recursos sean limitados, uno de los copagos más elevados en la UE: el 40% del PVP (30% en el caso de los mutualistas) (36). Sin que por ello dejen de existir pensionistas con una renta superior a la media, en general, los mayores tienen poca renta relativa (su pensión y unos pocos ahorros), pero vivienda en propiedad (sustitutiva de los gastos de alquiler) y unas necesidades de gasto primarias (educación, transporte, etc.) menores que la media, por lo que en términos reales sus ingresos les capacitan en mayor medida que a otros sectores de la población: familias monoparentales, desestructuradas, jóvenes con trabajo inestable y en precario, exclusión social en grandes urbes, paro de larga duración entre personas de más de 40 años, empleados en precario con importantes cargas familiares, etc., entre los que sí encontramos el espectro más duro de la pobreza española (37). Por lo tanto, la relación entre ser “pensionista” y ser “pobre” es cada vez menos evidente. Por otro lado, el copago entre los activos no se distribuye de manera uniforme entre toda la población de activos, sino que se detectan concentraciones de copago en pequeños porcentajes de población de forma más probablemente relacionada con la prevalencia de enfermedad que con la capacidad económica de los individuos o de las unidades familiares (38, 39). Probablemente, el regulador haya intentado reducir estas inequidades aumentando la proporción de medicamentos de aportación reducida especialmente entre los nuevos, y más caros, medicamentos destinados a procesos crónicos que pudieran afectar a los pacientes activos y a los pensionistas mutualistas. Esto ha conducido, como se ha señalado, a que el número de medicamentos con aportación reducida que anualmente se incluyen en el vademécum público se haya ido aproximando al de aportación normal hasta superarlo en 2006 (35).

Porcentaje público de gasto farmacéutico

Desde que se conocen datos comparables con Europa, la proporción del gasto total en medicamentos financiada de forma pública en España ha sido siempre superior al promedio europeo (gráfico 1). Esta superioridad es especialmente notable (un 10%

superior) desde la mitad de la década de 1990 y crece progresivamente hasta superar en un 20% el promedio europeo en 2007. En 2007, el 73% del gasto farmacéutico español fue público, mientras que en el promedio de la Europa de la OCDE fue público el 61% del gasto farmacéutico. En ello influye el relativo bajo gasto farmacéutico privado español y la baja participación efectiva del paciente en la financiación del consumo farmacéutico público en España. Ya se ha señalado que la tendencia en Europa durante los últimos años es al incremento de esta participación, pero la tendencia en España es hacia la reducción de la misma (gráfico 4), lo que también contribuye a aumentar las diferencias entre nuestro gasto farmacéutico público per cápita y el promedio europeo.

Intensidad prescriptora en España y en Europa

El hecho de que los medicamentos autorizados en España tengan, en su conjunto, un precio inferior al promedio de los países europeos más desarrollados (6, 7, 8) conduciría a la aparentemente lógica conclusión de que la superioridad del gasto farmacéutico español respecto a Europa tendría su origen en una mayor intensidad de uso (prescripción/dispensación/consumo) de los medicamentos en España. Cabría pensar más especialmente así en el caso de los medicamentos incluidos en nuestro vademécum público a la vista de la superioridad del gasto farmacéutico público per cápita español sobre el promedio europeo, destacable desde la mitad de la década de 1990 y muy notable desde 2003 hasta 2007 (gráfico 1). Una revisión (40) de los estudios y fuentes de consumo de medicamentos pudo comparar el consumo español de una serie de grupos terapéuticos (antidiabéticos, antitrombóticos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes, antiinflamatorios y antirreumáticos, antiulcerosos, antibióticos, antidepresivos, antihipertensivos, hipolipemiantes, analgésicos opioides, antipsicóticos y medicamentos contra padecimientos obstructivos de la vía aérea) con su consumo en Europa. Pese a los probables sesgos de infraestimación del consumo real, no parece que el consumo español de los grupos terapéuticos que fue posible comparar (y que probablemente signifiquen más del 50% del gasto farmacéutico público) explique la superioridad del gasto per cápita farmacéutico público español respecto a Europa (tabla 1) (40).

Conclusiones

Desde 1980, que se conocen datos comparables con Europa, el gasto farmacéutico público ambulatorio (recetas) español como parte del gasto sanitario (y como parte del PIB) ha superado el promedio de los países europeos de la OCDE, en consonancia con el relativo bajo nivel de renta español y el comportamiento del gasto farmacéutico entre este grupo de países más próximo al de un bien de primera necesidad que al

de un bien de lujo. En términos per cápita nuestro gasto farmacéutico público supera la media de la Europa desarrollada en 1990; desde entonces crece respecto de esta media hasta superarla en un 40% en 2007.

En su conjunto, el precio de los medicamentos en España es inferior al promedio de los países europeos más desarrollados. A ello podría contribuir el mayor número de medicamentos autorizados en nuestro país hace muchos años y cuya permanencia, pese a su práctica obsolescencia y nula utilización, promediaría a la baja el precio medio de los medicamentos en España. El precio de los medicamentos que en realidad se utilizan ya no parece tan inferior a dicho promedio, especialmente el de los autorizados en los últimos quince años que significan cerca del 50% de la prescripción, el 80% del importe, y tienen un precio muy similar al de los países europeos más desarrollados. El mayor envejecimiento poblacional de nuestro país, la baja participación de los pacientes en la financiación del consumo farmacéutico público (copago efectivo), de tendencia decreciente en España pero creciente en Europa, y un precio más “europeo” de los medicamentos realmente prescritos podrían influir en que nuestro gasto farmacéutico público per cápita supere sustancialmente la media europea más que una mayor prescripción, dispensación y consumo de medicamentos en España que en Europa.

Bibliografía

1. Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario Público. 2007. Ministerio Sanidad, Política Social e Igualdad. Portal Estadístico del SNS. Financiación y gasto. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/fin-GastoSanit.htm>
2. The Pharmaceutical Industry in Figures, 2010 edition. The European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. EFPIA. Disponible en: <http://www.efpia.eu/Content/Default.asp?PageID=559&DocID=9158>
3. Memoria anual 2009. Farmaindustria. Disponible en: http://www.farmaindustria.es/idc/groups/public/documents/publicaciones/farma_105428.pdf
4. Relaño JJ. Sistema de Cuentas de Salud: avances y perspectivas en la medición del gasto sanitario. Presupuesto y gasto público 2007; 49: 211-227 Disponible en: http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu_gasto_publico/49_sistemaCuentas.pdf
5. Organization for Economic Cooperation and Development: OECD Health Data 2009. A comparative analysis of 30 countries. CD ROM and User's Guide. Paris: OECD-CREDES, 2009.
6. Simó, J, Gervas, J. Gasto farmacéutico en España y en Europa (1995-2002): el 'despilfarro' español, un mito sin fundamento. Rev Adm Sanit 2007; 5: 1-15. Disponible en: <http://www.equipoceca.org/wp-content/uploads/2010/12/juan-simo-gasto-mito-2007-rev-adm-sanit.pdf>
7. Simó Miñana J, De Pablo González R, Ramos Maestre MJ, Gaztambide Ganuza

- M. ¿Gastamos demasiado en medicamentos? El gasto farmacéutico, un bien de primera necesidad entre los países europeos. *Aten Primaria*. 2004;33: 244-53.
8. Organisation For Economic Co-Operation and Development (OECD). *Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market*. Paris, France: OECD, 2008. Disponible en: http://www.oecd.org/document/44/0,3746,en_2649_37407_41382764_1_1_1_37407,00&&en-USS_01DBC.html
 9. Mossialos E. El impacto sobre los medicamentos de la contención del gasto y las reformas en la asistencia sanitaria. En: Lobo F, Velasques G. *Los medicamentos ante las nuevas realidades económicas*. Madrid: Editorial Civitas; 1997. p. 109-148. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2925s/6.1.2.6.html#Jh2925s.6.1.2.6>
 10. Bloor K, Maynard A, Freemantle N. Lessons from international experience in controlling pharmaceutical expenditure III: regulating industry. *BMJ* 1996; 313:33-35. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2351415/pdf/bmj00549-0037.pdf>
 11. Evolución del número de especialidades farmacéuticas en la Unión Europea y otros países. En: *El Médico*. Anuario de la Sanidad y del Medicamento en España 2001, pág. 211 *El Médico*. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/documentos/anuario01/199-212.pdf>
 12. PMFARMA. Portal Iberoamericano del marketing farmacéutico. Estadísticas del sector farmacéutico. Evolución del número de especialidades farmacéuticas en Europa 1997-2007. Disponible en: <http://www.pmfarma.es/estadisticas/download.php?id=34>
 13. The EURO-MED-STAT Group. EURO-MED-STAT: monitoring expenditure and utilization of medicinal products in the European Union countries: a public health approach. *Eur J Public Health*. 2003; 13 (Supl. 3): 95-100. Disponible en: http://eurpub.oxfordjournals.org/content/13/suppl_1/95.long
 14. Walley T, Folino-Gallo P, Stephens P, Van Ganse E. Trends in prescribing and utilization of statins and other lipid lowering drugs across Europe 1997–2003. *Br J Clin Pharmacol* 2005; 60: 543–51. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1884951/pdf/bcp0060-0543.pdf>
 15. EURO-MED-STAT – The Library of European Union Pharmaceutical Indicators: Expenditure and Utilisation Indicators. Final version, March 2004. Disponible en: http://www.euromedstat.cnr.it/pdf/EURO-MED-STAT3_utilisation.pdf
 16. Distribución de las ventas de especialidades farmacéuticas por fecha de comercialización. Año 2009. En: *Anuario del Medicamento 2010*. *El Médico*, suplemento del nº 1112. Pág. 112. Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/revista_el_medico_pdf_DB.php
 17. *Anuario de la Sanidad y el Medicamento*, ediciones 1997-2010. *El Médico*.
 18. Martikainen J, Kivi I, Linnosmaa I. European prices of newly launched reimbursable pharmaceuticals – a pilot study. *Health Policy*. 2005; 74: 235-46. Disponible en: [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/280205155909PN/\\$File/prices.pdf](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/280205155909PN/$File/prices.pdf)
 19. Puig Junoy J, Llop Talaverón J. Propuestas de racionalización y financiación del gasto

- público en medicamentos, Documento de Trabajo 50/2004, Fundación Alternativas, Madrid, 2004. Disponible en: http://www.falternativas.org/content/download/5714/163836/version/1/file/5351_12-09-05_50_2004.pdf
20. Kanavos P, Costa-Font J. Pharmaceutical parallel trade in Europe: stakeholder and competition effects. *Economic Policy* 2005; 20: 751–98. Disponible en: <http://www.interpharma.ch/de/pdf/KanavosHealth.pdf>
 21. El precio de los medicamentos. ¡No somos baratos! OCU-Salud, nº 68, octubre-noviembre 2006. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_26718_FICHERO_NOTICIA_50151.pdf
 22. Dickson M, Jacobzone S. Pharmaceutical use and expenditure for cardiovascular disease and stroke: a study of 12 OECD countries. OECD Health Working Papers No. 1. Organisation for Economic Co-operation and Development. Paris, 2003. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/61/8/2502315.pdf>
 23. Aportación de la oficina de farmacia al sistema sanitario español en el periodo de 1996 a 2010. Antares Consulting S.A. 2011. Disponible en: <http://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/22916d6f3e23091ed9b90c67b8c5045784c07418.pdf>
 24. EURO-MED-STAT – The Library of European Union Pharmaceutical Indicators: Price Indicators. Final version, March 2004. Disponible en: http://www.euromedstat.cnr.it/pdf/EURO-MED-STAT2_price.pdf
 25. Larruga Riera J. El sector farmacéutico. Medicamentos y ordenación farmacéutica. En: Informe SESPAS 2002, Invertir en salud, prioridades en salud pública. Cabasés JM, Villalbí JR y Aibar C, editores. Valencia, Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES): 2002, p. 257- 275. Disponible en: <http://www.ses-pas.es/informe2002/cap13.pdf>
 26. Indicadores de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud a través de receta. Año 2009. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2010; 34 (3): 100. Disponible en: http://www.msps.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol34n3IndicadoresPrestFarmacSNS2009.pdf
 27. The Pharmaceutical Industry in Figures, 2004 edition. The European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. EFPIA. Disponible en: [http://www.kpma.or.kr/download.asp?file=%C0%AF%B7%B42004\(efpia\)-1.pdf](http://www.kpma.or.kr/download.asp?file=%C0%AF%B7%B42004(efpia)-1.pdf)
 28. The Pharmaceutical Industry in Figures, 2006 edition. The European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. EFPIA. Disponible en: <http://www.efpia.eu/content/default.asp?PageID=559&DocID=7023>
 29. The Pharmaceutical Industry in Figures, 2008 edition. The European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. EFPIA. Disponible en: <http://www.efpia.eu/Content/Default.asp?PageID=559&DocID=7026>
 30. Puig Junoy J. Gasto farmacéutico en España: Efectos de la participación del usuario en el coste, *Investigaciones Económicas*. 1988; 12: 45-68. Disponible en: http://www.econ.upf.edu/~puig/publicacions/Any1988/1988Invest_Econ.pdf
 31. Costa-i-Font J. Pricing and reimbursement policies in Spain: current and future trends. En: *European medicines pricing and reimbursement: now and the future*.

- Garau M, Mestre-Ferrandiz J (editores). Abingdon, Oxford (UK). Radcliffe Publishing Ltd.: 2006, p. 79-94. Disponible en: http://www.radcliffe-oxford.com/books/samplechapter/184X/Garau_CHPT5-2fd80540rdz.pdf
32. Cabiedes L. Factores explicativos del gasto en la prestación farmacéutica en España (1997-2001). Presupuesto y gasto público 2005; 39: 293-307. Disponible en: http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu_gasto_publico/39_Factores.pdf
 33. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2008. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2010. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2008/informeAnualSNS2008.pdf>
 34. Real Decreto 1348/2003, de 31 de octubre, por el que se adapta la clasificación anatómica de medicamentos al sistema de clasificación ATC. BOE nº 264, del 4 de noviembre de 2003, pag. 38970-39019. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/04/pdfs/A38970-39019.pdf>
 35. Incidencia de las medidas adoptadas para la racionalización del gasto farmacéutico. Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios. Ministerio de Administraciones Públicas. 2007. Disponible en: <http://www.aeval.es/comun/pdf/evaluaciones/E02-2007.pdf>
 36. Tur Prats A, Planas Miret I. Un panorama de la contribución financiera del usuario sanitario en Europa. En: Puig Junoy J (Coord.). La corresponsabilidad individual en la financiación pública de la atención sanitaria. Informes FRC. Nº 1. Disponible en: <http://fcampalans.cat/images/noticias/Capitol%203.pdf>
 37. Casado Marín D, López Casasnovas G. Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Fundación La Caixa, 2001. Disponible en: [http://www.pdfs.lacaixa.comunicacions.com/webes/wpp0pdfp.nsf/vico/es06_esp.pdf/\\$file/es06_esp.pdf](http://www.pdfs.lacaixa.comunicacions.com/webes/wpp0pdfp.nsf/vico/es06_esp.pdf/$file/es06_esp.pdf)
 38. Ibern P. Copago farmacéutico: nivel de concentración en pocos usuarios y diseño de alternativas. En: López Casasnovas G, Callau Puente J (coord.). Necesidad sanitaria, demanda y utilización. XIX Jornadas Economía de la Salud, Zaragoza 2-4 de junio de 1999. AES 1999; p. 409-410.
 39. Ibern P, Inoriza JM, Coderch J. El gasto farmacéutico según morbilidad: una aplicación de los Clinical Risk Groups. XXIV Jornadas de Economía de la Salud, Junio 2004. Disponible en: http://www.fgcasal.org/aes/docs/pere_ibert.pdf.
 40. Simó J. Utilización de medicamentos en España y en Europa. Aten Primaria. 2012 (en prensa).

Tabla 1

Posición de España y consumo español de algunos grupos terapéuticos en relación con el consumo promedio del grupo de países europeos con el que se compara

Grupos terapéuticos	Posición ¹ de España	Consumo ² español respecto del consumo promedio ³ del grupo (100)	Periodo comparado	Grupo de países que se comparan ordenados de mayor a menor consumo
N02A	8/12	37	2005	Suecia, Noruega, Dinamarca, Islandia, Finlandia, Alemania, Países Bajos, Eslovenia, España, Portugal, Serbia, Hungría.
C07	16/17	40	2000-2007	República Checa, Alemania, Finlandia, Bélgica, Francia, Suecia, Hungría, Países Bajos, Islandia, República Eslovaca, Noruega, Luxemburgo, Reino Unido, Dinamarca, Grecia, España, Portugal.
B01AA	8/8	41	1989-1999	Francia, Países Bajos, Suiza, Alemania, Suecia, Reino Unido, Italia, España.
C03	13/16	70	2000-2007	Dinamarca, Suecia, Reino Unido, Alemania, Islandia, Finlandia, Países Bajos, Noruega, Bélgica, Portugal, Hungría, República Checa, España, Grecia, República Eslovaca, Luxemburgo.
N05C	9/15	72	2000-2007	Islandia, Finlandia, Luxemburgo, Suecia, Noruega, Dinamarca, Hungría, Países Bajos, España, Grecia, República Checa, Portugal, República Eslovaca, Reino Unido, Alemania.
C10	14/16	75	2000-2007	Reino Unido, Luxemburgo, Noruega, Francia, Bélgica, Países Bajos, Finlandia, Dinamarca, Islandia, Suecia, República Checa, Portugal, Hungría, España, República Eslovaca, Alemania.
C08	14/17	76	2000-2007	Hungría, Grecia, Reino Unido, República Checa, República Eslovaca, Alemania, Finlandia, Dinamarca, Noruega, Francia, Suecia, Bélgica, Portugal, España, Países Bajos, Luxemburgo, Islandia.
N05A	11/12	77	2005	Serbia, Finlandia, Islandia, Dinamarca, Noruega, Alemania, Suecia, Portugal, Eslovenia, Países Bajos, España, Hungría.
J01	11/22	97	2000-2007	Grecia, Francia, República Eslovaca, Luxemburgo, Italia, Bélgica, Portugal, Polonia, Islandia, Irlanda, España, Finlandia, Hungría, República Checa, Noruega, Suecia, Reino Unido, Dinamarca, Alemania, Austria, Países Bajos, Suiza.
N06A	11/17	98	2000-2007	Islandia, Suecia, Dinamarca, Bélgica, Noruega, Finlandia, Reino Unido, Francia, Portugal, Luxemburgo, España, Países Bajos, Grecia, Alemania, República Checa, Hungría, República Eslovaca,
C09	6/17	104	2000-2007	Alemania, Hungría, Reino Unido, Grecia, Finlandia, España, Francia, Portugal, República Checa, Noruega, República Eslovaca, Luxemburgo, Países Bajos, Bélgica, Suecia, Dinamarca, Islandia.
M01A	8/17	101	2000-2007	Finlandia, Islandia, Portugal, República Checa, Luxemburgo, República Eslovaca, Grecia, España, Suecia, Dinamarca, Noruega, Francia, Hungría, Bélgica, Alemania, Reino Unido, Países Bajos.
R03	9/16	101	2000-2007	Grecia, Dinamarca, Países Bajos, Noruega, Reino Unido, Bélgica, Suecia, Finlandia, España, Alemania, Islandia, República Checa, Hungría, República Eslovaca, Luxemburgo, Portugal.
C02	7/17	107	2000-2007	Hungría, Reino Unido, Francia, Alemania, República Eslovaca, República Checa, España, Noruega, Grecia, Bélgica, Luxemburgo, Países Bajos, Dinamarca, Suecia, Finlandia, Islandia, Portugal.
A10	6/17	114	2000-2007	Alemania, Finlandia, Países Bajos, Grecia, Hungría, España, Portugal, República Checa, Francia, Suecia, Luxemburgo, Bélgica, Reino Unido, Noruega, República Eslovaca, Dinamarca, Islandia.
N05B	5/16	137	2000-2007	Portugal, Francia, Luxemburgo, Hungría, España, Finlandia, Grecia, Reino Unido, Islandia, Dinamarca, Noruega, República Eslovaca, República Checa, Países Bajos, Suecia, Alemania.

Tabla 1 (continuación)

Posición de España y consumo español de algunos grupos terapéuticos en relación con el consumo promedio del grupo de países europeos con el que se compara

Grupos terapéuticos	Posición ¹ de España	Consumo ² español respecto del consumo promedio ³ del grupo (100)	Periodo comparado	Grupo de países que se comparan ordenados de mayor a menor consumo
A02B	1/17	150	2000-2007	España, Países Bajos, Islandia, Reino Unido, Luxemburgo, Francia, Portugal, Hungría, Suecia, Bélgica, Grecia, Alemania, Dinamarca, Noruega, Finlandia, República Checa, República Eslovaca.
C04	2/8	234	1989-1999	Alemania, España, Francia, Italia, Suiza, Reino Unido, Países Bajos, Suecia.

A02B: agentes contra la úlcera péptica y el reflujo gastroesofágico; A10: antidiabéticos; B01AA: agentes antitrombóticos antagonistas de vitamina K; C02: antihipertensivos; C03: diuréticos; C04: vasodilatadores periféricos; C07: betabloqueantes; C08: bloqueantes del canal del calcio; C09: agentes activos sobre el sistema renina-angiotensina; C10: agentes modificadores de los lípidos; J01: antibacterianos de uso sistémico; M01A: antiinflamatorios y antirreumáticos no esteroideos; N02A: analgésicos opioides; N05A: antipsicóticos; N05B: ansiolíticos; N05C: hipnóticos y sedantes; N06A: antidepresivos; y R03: agentes contra padecimientos obstructivos de las vías respiratorias.

¹ Posición: número de orden de España / total de países, ordenados de mayor a menor consumo.

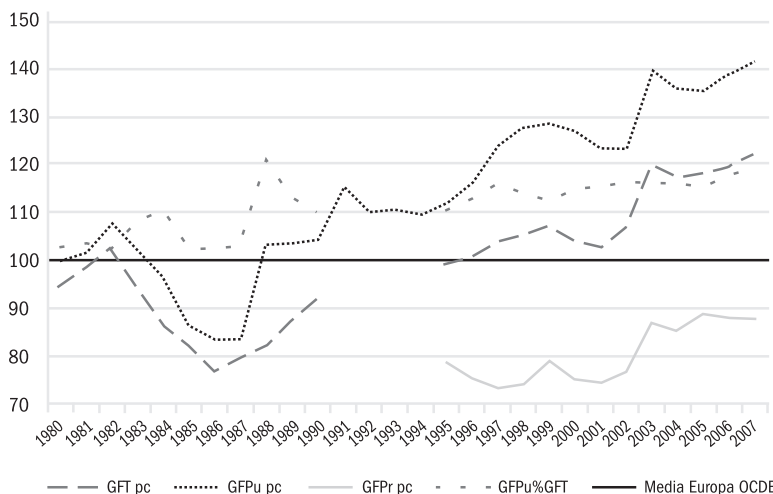
² Consumo medido en DHD (DDD/1.000 h/día).

³ España se incluye en el cálculo del consumo promedio de los países del grupo.

Fuente: Tomado de Simó J, Aten Primaria. 2012 (referencia bibliográfica n° 40).

Gráfico 1

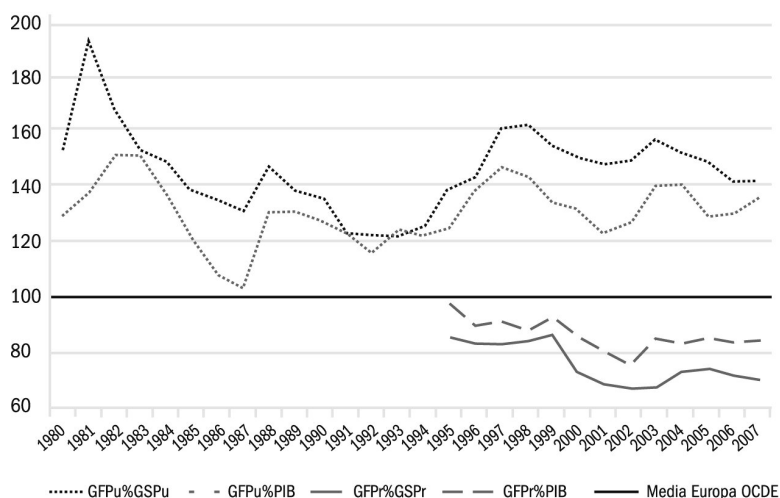
Evolución del gasto farmacéutico público, privado y total (público + privado) per cápita español en relación con el promedio de países europeos de la OCDE. Periodo 1980 - 2007



GFT pc: gasto farmacéutico total (público + privado) per cápita; GFPu pc: gasto farmacéutico público per cápita; GFPr pc: gasto farmacéutico privado per cápita; GFPu%GFT: gasto farmacéutico público como porcentaje del gasto farmacéutico total. Gastos per cápita expresados en unidades monetarias por paridad de poder adquisitivo (\$PPA).

Gráfico 2

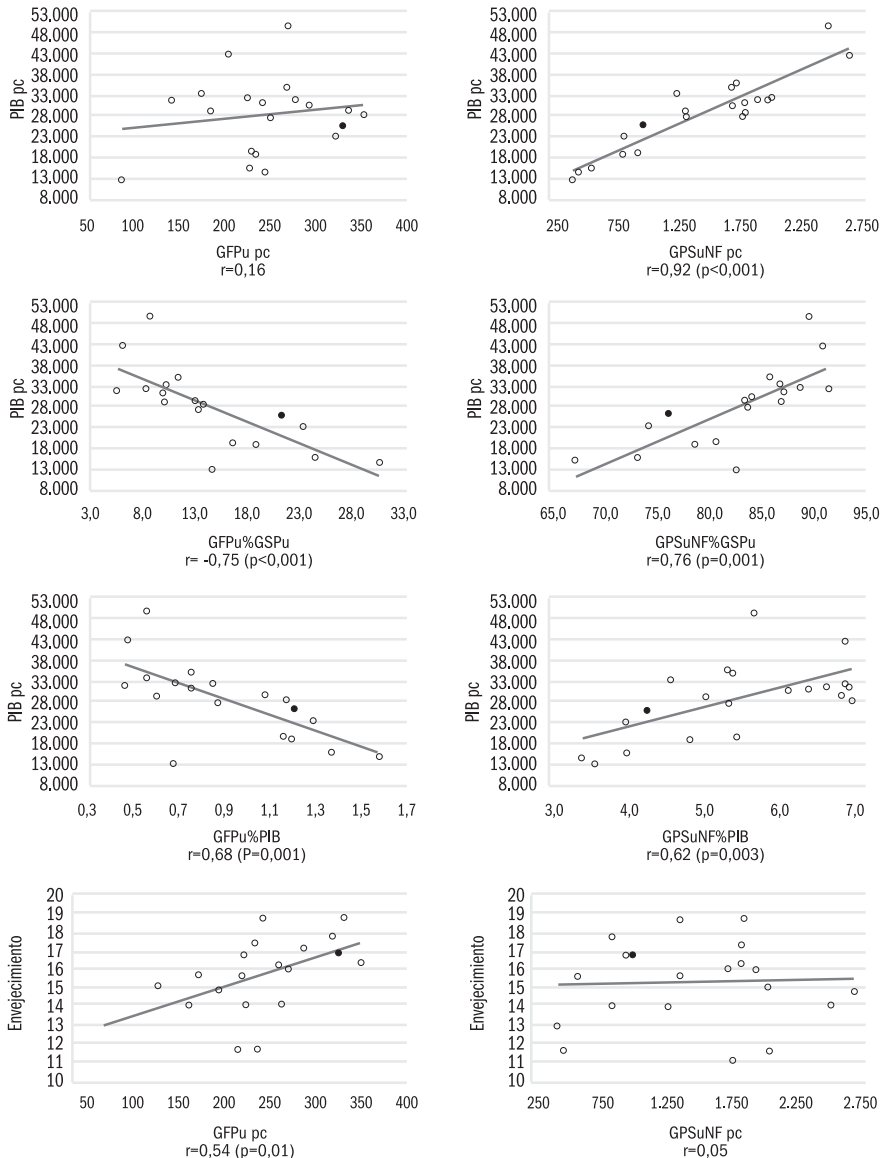
Evolución del gasto farmacéutico público y privado español como partes del gasto sanitario público y privado, respectivamente, y como parte del PIB en comparación con el promedio de países europeos de la OCDE. Periodo 1980-2007



GFPu%GSPu: gasto farmacéutico público como parte del gasto sanitario público; GFPu%PIB: gasto farmacéutico público como parte del PIB; GFPr%GSPr: gasto farmacéutico privado como parte del gasto sanitario privado; GFPr%PIB: gasto farmacéutico privado como porcentaje del PIB.

Gráfico 3

Correlaciones del gasto farmacéutico público y del gasto sanitario público no farmacéutico con el producto interior bruto per cápita y el envejecimiento (porcentaje de población con 65 o más años). Países europeos de la OCDE, promedio del periodo 2000-2007



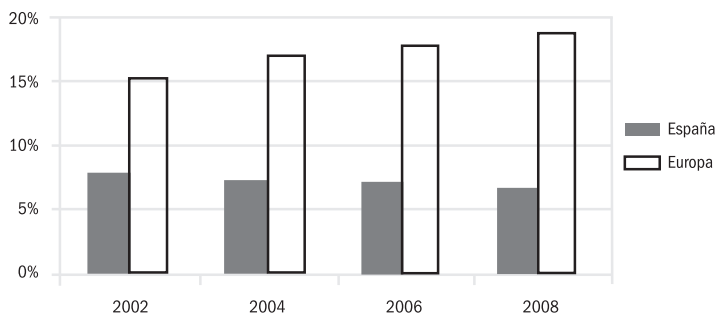
r: coeficiente de correlación de Pearson; p: valor de p; PIB pc: producto interior bruto per cápita; GFPu pc: gasto farmacéutico público per cápita; GFPu%GSPu: gasto farmacéutico público como porcentaje del gasto sanitario público; GFPu%PIB: gasto farmacéutico público como porcentaje del PIB; GPSuNF pc: gasto sanitario público no farmacéutico per cápita; GPSuNF%GSPu: gasto sanitario público no farmacéutico como porcentaje del gasto sanitario público; GPSuNF%PIB: gasto sanitario público no farmacéutico como porcentaje del PIB. Gastos y PIB per cápita expresados en unidades monetarias por paridad de poder adquisitivo (\$PPA).

● España.

Fuente: Elaboración propia a partir de Health Data OECD 2009 (5).

Gráfico 4

Evolución del porcentaje efectivo de copago español y del promedio de los países europeos con asociaciones de la industria farmacéutica miembros de EFPIA. Periodo 2002-2008



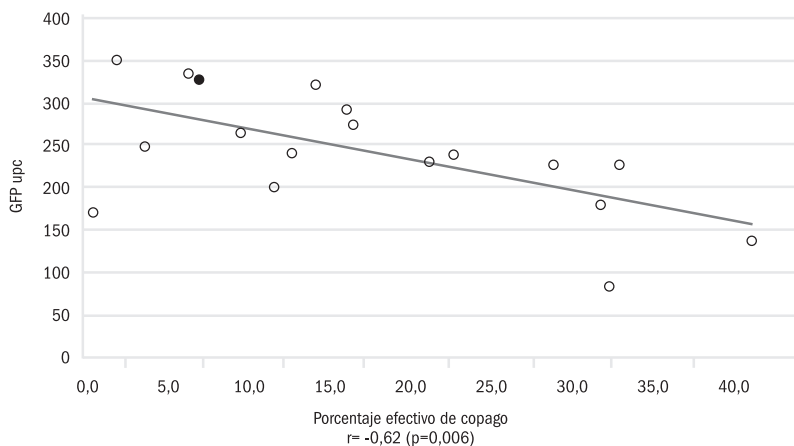
EFPIA: European Federation of the Pharmaceutical Industries and Associations.

Existen asociaciones miembros de EFPIA en los siguientes países: Alemania, Austria, Bélgica, Croacia, Dinamarca, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Italia, Irlanda, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, República Checa, República Eslovaca, Reino Unido, Rumanía, Suecia y Suiza.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos procedentes de EFPIA (referencias bibliográficas nº 2, 27, 28 y 29).

Gráfico 5

Correlación entre el gasto farmacéutico público per cápita y el porcentaje efectivo de copago. Países europeos de la OCDE, promedio del periodo 2000-2007



GFPu pc: gasto farmacéutico público per cápita expresado en unidades monetarias por paridad de poder adquisitivo (\$PPA).

Porcentaje efectivo de copago: participación de los pacientes en la financiación del consumo farmacéutico público.

Fuente: Health Data OECD 2009 (referencia bibliográfica nº 5) y EFPIA (referencias bibliográficas nº 2, 27, 28 y 29).

● España.

CAPÍTULO 11

Evolución del gasto farmacéutico hospitalario y de la incorporación de tecnologías

Lourdes Girona Brumós¹

Resumen

El desarrollo económico y tecnológico ha facilitado la innovación en el campo de la sanidad, innovación que genera riqueza, gracias a la protección de la propiedad intelectual y a la globalización del comercio mundial.

La innovación en el área del medicamento se ha dirigido especialmente a la terapia hospitalaria, que en los últimos diez años ha crecido un 12,7%, como promedio anual, frente a un 7,5% en primaria. Esto explica que sea ya el 32% de la factura farmacéutica total. Significativos son el incremento de la terapia antineoplásica e inmunomoduladores que ha pasado de 326 a 2.169 M€ y el de la terapia antiviral que ha pasado de 289 a 849 M€. En el primer caso, la no actualización de los precios tras aumentar el número de indicaciones aprobadas ha sido responsable en parte de este incremento y, en el segundo, la asociación de principios activos en una misma unidad galénica ha sido responsable de pasar de 126 a 337 M€. ¿Es esto innovación?

Las ofertas a hospitales de medicamentos de utilización domiciliaria pueden suponer un encarecimiento tramposo de la factura farmacéutica. Sirva de ejemplo el caso del inhalador Spiriva®, que en 2010 con un precio medio de 1,13 € el fabricante consiguió vender 1.307.250 unidades, mientras que en oficina de farmacia, al PVP de 52,76 €, consiguió vender 3.976.617 unidades. Un regalo perfecto, para el que lo hace: los pacientes salen del hospital con Spiriva® que luego deben comprar en la farmacia.

En el caso de las pruebas diagnósticas, una utilización inadecuada puede suponer un coste adicional para el sistema sin beneficio para los pacientes.

La opacidad sobre la utilización de recursos, el desconocimiento de los precios y de los costes son los grandes aliados de la ineficiencia del sistema.

Introducción

Uno de los sectores que más ha crecido en estos últimos treinta años ha sido el de

1. Doctora en Farmacia por la Universidad de Barcelona. Jefa de Sección del Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Vall d'Hebron.

la sanidad, quizás sólo superado por el de la información. El deseo de gozar de una buena salud y la idea de que la enfermedad se puede vencer hacen que cualquier avance tecnológico se introduzca en la oferta sanitaria, si el financiador y sus presupuestos lo permiten.

El desarrollo económico y tecnológico de los últimos años ha aumentado de forma espectacular la oferta diagnóstica, preventiva y terapéutica y, gracias a una promoción sobredimensionada, se han alimentado las expectativas, fomentándose la demanda con la finalidad de conseguir una mayor longevidad y/o una mejor calidad de vida, una aspiración que existe desde el inicio de la humanidad.

Con el auge tecnológico e industrial de estos últimos años y con las expectativas creadas con la globalización, la innovación ha adquirido una gran importancia, ya que quienes posean la capacidad innovadora tendrán asegurado su desarrollo económico y también la riqueza.

Pero esta innovación tiene una cara y una cruz. Una cara para los innovadores que reciben cuantiosos beneficios económicos tras el desarrollo industrial, gracias a la protección de la propiedad intelectual y a la globalización del comercio mundial, y también por los beneficios que se obtienen en el campo de la salud. Pero la cruz la tenemos en los recursos económicos que consumen. En nuestro caso, principalmente de los presupuestos públicos, recursos cada vez mayores que están haciendo peligrar la sostenibilidad del actual sistema sanitario. ¿Es ética, o incluso necesaria, una innovación que obtiene fármacos o productos que no pueden ser accesibles para la mayoría de los ciudadanos?

En el incremento del gasto hospitalario el papel protagonista recae en los nuevos medicamentos y en la incorporación de las tecnologías sanitarias, incluyendo el material protésico y otros productos sanitarios.

Medicamentos

A principios del siglo pasado la naturaleza y estructura del sector farmacéutico iniciaron una transformación radical. La fabricación de medicamentos se desplazó de las oficinas de farmacia, en las que se producía con una tecnología artesanal y a pequeña escala, a pequeñas industrias químico-farmacéuticas en las que imperaba la división del trabajo y la producción en serie. Las oficinas de farmacia se fueron orientando progresivamente hacia la distribución y dispensación de medicamentos fabricados por la industria, mientras que algunas de las nuevas industrias empezaron a dedicar recursos crecientes a la investigación y desarrollo de nuevos productos, convirtiéndose en el antecedente de las actuales multinacionales farmacéuticas. La concentración de capital y de recursos humanos les ha dado una relevancia económica que atrae el interés y facilita el apoyo por parte de los gobiernos nacionales que las ven como una importante fuente de empleo y de riqueza (1).

En los años 80, el proceso de mercantilización de la medicina se acelera enfatizando los valores del mercado como garantes de la libre elección. De esta manera hemos

asistido a una profunda transformación del sector farmacéutico que, dirigida desde la OMC, culminó en 1994 con la aprobación del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) para los medicamentos.

El reconocimiento de los derechos de propiedad intelectual de los medicamentos, y, más concretamente, el de patente de producto, ha sido la base en la que se ha sustentado el actual modelo, que favorece claramente el crecimiento del sector y el encarecimiento de los tratamientos farmacológicos.

A pesar de que los medicamentos son productos ampliamente regulados, se dan situaciones paradójicas que los hacen peculiares y difíciles de manejar. Desde su inicio, la investigación, el desarrollo y la promoción están en manos de la industria farmacéutica; mientras que la autorización, la prescripción y la financiación dependen fundamentalmente de las administraciones públicas y de las agencias reguladoras, de la decisión de sus políticos, de sus funcionarios y de sus profesionales.

Para poder dar respuesta a las necesidades farmacológicas en el nuevo escenario globalizado, los grandes laboratorios farmacéuticos se han lanzado a una descomunal campaña de crecimiento para lo que se han llevado a cabo importantes fusiones y adquisiciones (2) (ver gráfico 1).

Como ejemplo de la importancia y envergadura de estas fusiones está el caso de Pfizer, que proviene de la fusión de varios laboratorios. En 1995 Pharmacia, laboratorio con sede en Uppsala, Suecia, se fusiona con Upjohn, con sede en EEUU, denominándose Pharmacia&Upjohn. En diciembre de 1999 se une a Monsanto, de capital mexicano y con sede en EEUU, retomando la denominación inicial de Pharmacia. En paralelo, en 1970 Parke-Davis fue adquirido por Warner-Lambert, que, posteriormente, en 2000, fue comprado por Pfizer. En abril de 2003, Pfizer compra Pharmacia, convirtiéndose en la mayor compañía del mundo, un liderazgo que confirma en 2009 con la compra de Wyeth por 68.000 millones de dólares.

El tamaño de los actuales conglomerados farmacéuticos, su dimensión global y su capacidad de innovación les confieren frecuentemente una posición de superioridad respecto a unas administraciones nacionales a menudo fragmentadas y hoy en día con graves dificultades financieras.

La innovación está pues fundamentalmente en manos de la gran industria farmacéutica, que decide en qué campo se investiga y con qué expectativas de resultados. Valgan como ejemplo los siguientes datos: de los 945 ensayos clínicos aprobados por el Comité Ètic d'Investigació Clínica del Hospital Universitari Vall d'Hebron (CEIC-HUVH) desde 1997 a 2004, en el 84% el promotor era la industria farmacéutica y el 74,6% era de ámbito internacional. Siguiendo la Anatomical Therapeutic Chemical (Clasificación Anatómica Terapéutica y Química) (ATC) utilizada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), al grupo al que pertenecen la mayoría de los ensayos aprobados es el L (Terapia Antineoplásica y Agentes Inmunomoduladores) con 193; seguido del grupo J (Terapia Antiinfecciosa) con 147; del B (Sangre y Órganos Hematopoyéticos) con 76, y del N (Sistema Nervioso) con 70 (3). Como vemos en la tabla 1, curiosamente estos grupos son los líderes en gasto hos-

pitalario en medicamentos. También son las grandes farmacéuticas las que se benefician de las ventas hospitalarias, como puede verse en la tabla 2.

La innovación en la terapia hospitalaria ha experimentado por tanto un gran crecimiento. Desde 2002 a 2008 se comercializaron en España 169 nuevos principios activos financiados por el Sistema Nacional de Salud, de los que 70 eran de prescripción en atención primaria, con receta, y de dispensación en oficina de farmacia, 23 de diagnóstico hospitalario² y 76 de uso hospitalario³. Esto significa que el 59% ha de prescribirse en los hospitales y que el 45% sólo puede dispensarse en los hospitales (4). A la vista de estos datos podemos plantear dos hipótesis que no tienen por qué ser excluyentes: una, que la investigación y la innovación se dirigen a patologías que precisan atención especializada en los hospitales; y dos, que por ser medicamentos nuevos y más caros, la administración sanitaria quiere controlar su prescripción, y en ocasiones su dispensación, en los centros hospitalarios. Así, la factura farmacéutica hospitalaria, que actualmente alcanza el 32% de la factura farmacéutica total, ha crecido un 12,7% como promedio anual en los quince años analizados, frente al 7,5% en la factura de atención primaria, siendo importante la reducción observada en el último año, que ha presentado valores negativos, como puede apreciarse en el gráfico 2.

La pregunta que se nos ocurre es: ¿se investiga aquello que es necesario y por ello se introduce en el arsenal terapéutico hospitalario o, puesto que son los fármacos que sabemos que tienen cuota de mercado, seguimos por este rumbo y así nos aseguramos una parte de este mercado ya consolidado?

Siguiendo con los datos, para intentar explicar algunos de los motivos del encarecimiento de la factura farmacéutica hospitalaria, analizamos los distintos subgrupos de estos grupos de mayor consumo.

Terapia antineoplásica e inmunomoduladores

El intento de curar el cáncer, una enfermedad con elevados índices de mortalidad, si no se trata, ha hecho que sea una enfermedad diana en la investigación farmacológica. Debido al elevado precio de los fármacos, el tratamiento farmacológico se realiza en los hospitales, se administran en salas de hospital de día o se dispensan los fármacos a través de la dispensación ambulatoria hospitalaria.

De igual forma los inmunomoduladores y especialmente los inmunosupresores han experimentado un crecimiento espectacular por el tratamiento de distintas enfermedades, como la artritis reumatoide o la artritis psoriásica.

-
2. Medicamentos de diagnóstico hospitalario: Se prescriben por médicos de centros especializados que dispongan de los medios adecuados para realizar determinados diagnósticos, aunque su administración y seguimiento puedan realizarse fuera del hospital o centro, por lo que se dispensan en las oficinas de farmacia. Estas especialidades farmacéuticas se identifican por llevar las siglas DH al lado del Código Nacional del envase (RD 1345/2007, art. 24 y Circular 12/91 de la DGFPs).
 3. Medicamentos de uso hospitalario: Son los que requieren la atención del equipo multidisciplinar de atención a la salud; generalmente sólo se dispensarán en los servicios de farmacia de estos hospitales. Se identifican por llevar la sigla H junto al Código Nacional en el envase (RD 1345/2007, art. 24 y Circular 12/91 de la DGFPs).

En la tabla 3 podemos ver el gran crecimiento que han experimentado los citostáticos y los inmunosupresores en los periodos analizados⁴, 2000-2005 y 2005-2010, con crecimientos del 137,64% y del 144,57%, los citostáticos, y del 312,41% y 801,83%, los inmunosupresores.

En la tabla 4 se describen las 10 especialidades farmacéuticas con mayores ventas del subgrupo de los citostáticos.

El número uno en 2000 y en 2005 fue el Taxol[®], un taxano cuyo principio activo es el paclitaxel. En el año 2000 estaba aún bajo protección de la patente y el precio era el de las especialidades farmacéuticas Taxol[®], con varias presentaciones en el mercado. En el año 2005 compite ya con los genéricos, reduciéndose el precio de los 427 €, el vial de 102 mg, en el año 2000, a los 293 € de los genéricos con similar presentación en el año 2005. El aumento de laboratorios genéricos que tenían comercializado este principio activo, dos en 2005 y siete en 2010, ha favorecido, aún más, la reducción de precio, aunque no su consumo en unidades (en 2010 el paclitaxel alcanzó ventas por valor de 76.927.511 €).

Pero en la lista de 2010 aparece como número uno el Avastin[®], bevacizumab, de laboratorios Roche. ¿Cómo se explica que haya alcanzado unas ventas de más de 180 millones de euros?

Pues la historia puede explicarse, que no justificarse, de la siguiente manera: cuando las agencias reguladoras autorizan un nuevo medicamento, lo hacen para unas indicaciones determinadas. Posteriormente, tras negociaciones entre el laboratorio fabricante y la administración, y teniendo en cuenta los precios ya aprobados en otros países del entorno, se le asigna un precio, que permitirá al fabricante recuperar costes y obtener ciertas ganancias.

¿Pero qué pasa si aumentan las indicaciones? Pues que, al no modificarse el precio, el resultado previsto se transforma, ya que ahora nos encontramos en un nuevo escenario, muy beneficioso para el laboratorio fabricante y muy costoso para nuestros sistemas sanitarios.

El bevacizumab, anticuerpo monoclonal utilizado en el tratamiento de diversos tipos de cáncer, se comercializó en España en el 2005, para el tratamiento del cáncer colorrectal. Su precio es de 408,32 € el vial de 100 mg y de 1.381,95 € el de 400 mg. Pero actualmente tiene 5 indicaciones en su ficha técnica (5), cuatro más de las que había en aquel momento, cuando se le asignó el precio.

La evolución de su consumo se explica por los datos de las ventas de Avastin[®] de Roche, 6 millones de euros en 2005 (de agosto a diciembre), 39 en 2006, 55 en 2007, 107 en 2008, 157 en 2009 y 180 en 2010⁵, ya que el precio no ha variado. Pero, además, el aumento del coste del tratamiento del cáncer no siempre se traduce en un aumento más o menos proporcional de la supervivencia o de la calidad de vida de los pacientes tratados. Un caso significativo es el del tratamiento del cáncer colorrectal, que se ha disparado en los últimos cinco años, con la comercialización y su

4. No hemos podido acceder a datos completos de años anteriores.

5. Datos de IMS Health.

introducción en la terapia oncológica de los anticuerpos monoclonales. El cetuximab, Erbitux®, y el bevacizumab, Avastin®, han sido aceptados por la EMA (Agencia Europea de Medicamentos) y la AEMPS, entre otras indicaciones, como tratamiento de primera y segunda línea en pacientes con carcinoma metastásico de colon o recto, solos o en combinación con quimioterapia basada en irinotecán (cetuximab) o FOLFOX4 (ambos) (5, 6).

El aumento de la supervivencia hasta la progresión de la enfermedad ha sido, según los estudios pivotaes, de 4,7 meses, si se le añade cetuximab, y de 4,4 meses, si se añade bevacizumab. Sin embargo, en estos estudios no se indica la calidad de vida del paciente. El coste marginal por mes de vida ganado hasta progresión de enfermedad sería de 3.186 € con el cetuximab y de 6.701 € con bevacizumab. Teniendo en cuenta que en un hospital de nivel 3, con servicio de oncología de referencia, pueden tratarse unos 30 pacientes, el impacto presupuestario sería de 257.970 € o de 898.500 €, según se tratasen con cetuximab o con bevacizumab (7).

Desde hace unos años, para justificar el precio de los nuevos fármacos se relacionaba el coste con los beneficios en salud, normalmente expresados en AVAC (años de vida ganados ajustados por calidad), pero los precios actuales hacen que los costes superen lo que se considera más o menos aceptable (hasta 50.000 €/AVAC), y ante la dificultad de justificar los costes en oncología, algunas voces sugieren que se les deberían considerar como medicamentos huérfanos⁶, medicamentos que, según las mismas voces, deberían excluirse de las limitaciones económicas del AVAC, abriéndose un debate ético y de equidad sobre el acceso a los medicamentos. Pero, volviendo a los anticuerpos monoclonales, puesto que éstos se utilizan también en otras indicaciones oncológicas, difícilmente, si fuéramos rigurosos, podrían entrar en la clasificación de medicamento huérfano.

¿Qué ha ocurrido con los inmunosupresores para que sus ventas hayan pasado de 18 M€ en el año 2000 a 684 M€ en el 2010? Pues, además de aumentar las indicaciones aprobadas y por lo tanto su utilización, la mayoría de ellos son biológicos y no sustituibles, según el informe de la AEMPS del 30 de abril de 2009 en que se relaciona la lista de los medicamentos biológicos que considera no sustituibles (8) lo que impide que el beneficio de la competencia pueda reducir los precios de manera significativa.

El Revlimid®, el único de la lista de 2010 que no es biológico, la lenalidomida, ha sido aprobado por la EMA y por la AEMPS para el tratamiento del mieloma múltiple en recaída o refractario y para el síndrome mielodisplásico. El precio de una cápsula

6. Un medicamento huérfano, en la Unión Europea, es el que se destina a establecer un diagnóstico, prevenir o tratar una enfermedad que afecte a menos a cinco personas por cada diez mil habitantes. Los medicamentos huérfanos son fármacos no desarrollados por la industria farmacéutica por razones económicas, ya que van destinados a un reducido grupo de pacientes, y que sin embargo responden a necesidades de salud pública. Fue Estados Unidos el primer país que desarrolló una ley, la Orphan Drug Act en 1983, haciendo que el estatus de huérfano permita subvenciones para el desarrollo de estos productos, así como otras medidas de apoyo, hasta su aprobación comercial. La Unión Europea inició una política común en este ámbito en 1999.

de 10 mg es de 269,67 € y el de 25 mg de 311,36 €⁷. ¿Ha habido tanta investigación que justifique estos precios? Hay que tener en cuenta que la lenalidomida está estructuralmente relacionada con la talidomida, fármaco de triste historia por sus efectos teratogénos, que comparte la lenalidomida. De nuevo unos precios abusivos han sido la causa de que se haya vendido por valor de 75 M€.

Otro ejemplo difícil de entender es el del eculizumab, Soliris[®], comercializado por Alexion Pharma, e indicado en el tratamiento de la hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN). La EMA reconoce que la evidencia de beneficio clínico de Soliris en el tratamiento de la HPN se limita a pacientes con antecedentes de transfusiones (9). El coste del tratamiento asciende a 350.000 € por paciente y año, pero la enfermedad no se cura, sino que se mejora la sintomatología y se reduce el número de transfusiones (en el ensayo clínico la media de concentrados de hematíes fue de 9 por paciente y semestre), lo que mejora la calidad de vida de los pacientes⁸. El medicamento no ha demostrado mejorar la supervivencia ni reducir la tasa de trombosis, principal desenlace de la HPN (10).

Terapia antiinfecciosa

Si analizamos las ventas de los medicamentos de este grupo, los incrementos están en los antivirales sistémicos, antimicóticos sistémicos, antibacterianos sistémicos, e inmunoglobulinas. Las cifras se describen en la tabla 6.

Como puede verse por los datos de la tabla 6, los antivirales sistémicos son los que han consumido más de la mitad de los recursos del grupo. El miedo a la proliferación del sida y a la aparición de resistencias hacen que se hayan dedicado muchos recursos en investigación en este grupo. Actualmente, para favorecer la adherencia a los tratamientos existentes, se han comercializado especialidades farmacéuticas que reducen el número de unidades galénicas a administrar.

En la tabla 7 se detallan las 10 especialidades farmacéuticas con mayores ventas del subgrupo.

Sorprenden las cifras de Atripla[®], una asociación de 300 mg de efavirenz (Sustiva[®]), 300 mg de tenofovir (Viread[®]) y 200 mg de emtricitabina (Emtriva[®]), y las de Truvada[®], asociación de 300 mg de tenofovir y 200mg de emtricitabina. En total, si sumamos los consumos de estos tres principios activos y los de sus asociaciones, el coste ha pasado de ser de 125,6 M€ en 2005 a 336,7 M€ en 2010. Demasiado para sólo favorecer la adherencia. ¿Puede llamarse innovación a estas asociaciones? Pues no.

7. Según los informes realizados por distintos hospitales para evaluar su inclusión en las guías farmacoterapéuticas y publicados en la web de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, una de las dosis recomendadas en la primera indicación es de 25 mg/al día durante 21 días, en ciclos de 28 días, en la segunda, 10 mg al día. El coste del tratamiento anual sería de 78.533 € y de 95.314 €, respectivamente.

8. La pauta posológica comprende una fase inicial de 5 semanas en que se administrarán 600 mg de eculizumab semanales, pasando en la quinta semana a la dosis de mantenimiento de 900 mg cada dos semanas. El precio del vial de 300 mg es de 4.450 €.

Los falsos huérfanos

Hay otros casos que demuestran la debilidad del sistema para contener el gasto, como es la catalogación de medicamentos huérfanos a algunos que no deberían serlo⁹.

Así, en este escenario de encarecimiento de las novedades terapéuticas ha conseguido la etiqueta de medicamento huérfano una nueva presentación del dexrazoxano, comercializada recientemente en España. El dexrazoxano es un principio activo que ya contaba con una presentación en el mercado español, Cardioxane[®], aprobada por la AEMPS para la prevención de la cardiotoxicidad crónica acumulativa causada por antraciclina, y la otra, la nueva, Savene[®], aprobada para el tratamiento de la extravasación por estos fármacos. La diferencia de precio es importante. Cardioxane[®] se comercializa en viales de 500 mg y el PVP (+IVA) del vial es de 145,51 €. Savene[®], la comercializada recientemente como medicamento huérfano, se presenta en envases de 10 viales de 500 mg y el PVP (+IVA) del envase es de 10.140 € (11). Con pequeñas diferencias en la reconstitución de ambos fármacos, los dos se administran por vía endovenosa.

En el caso de utilizar Savene[®] para la extravasación de las antraciclina, su indicación aprobada, el coste del medicamento utilizado sería de 10.140 €, pero de utilizar Cardioxane[®], también dexrazoxano, pero sin la indicación aprobada, el coste sería de 1.455 €. Los 8.685 € son una diferencia difícil de justificar, ya que ambos se administran de la misma forma y a la misma dosis.

Abusos inexplicables

Por último, un ejemplo que vendría a demostrar las irregularidades que se producen en la asignación de precios, pieza clave en la evolución de la factura farmacéutica. Es el caso de los inyectables de efedrina.

La efedrina es un fármaco comercializado en España como comprimidos de 50 mg desde los años 50. Al no haber inyectables muchos servicios de farmacia lo solicitaban como fórmula magistral y varias oficinas de farmacia preparaban inyectables de 1 ml que contenían 50 mg. El precio era de 0,8 €. Ante la demanda, Genfarma comercializó unos inyectables que contenían 50 mg en 5 ml y el precio de venta al público autorizado fue de 17,77 €, el inyectable, 13 € a los hospitales. ¿Alguien puede explicar un aumento del 1.625%? Para redondear la historia, en la página web de la AEMPS sólo aparecen los comprimidos, por lo que la opacidad es total. Actualmente, otro laboratorio la ha comercializado y, automáticamente, Genfarma ha bajado su precio a 3,35 €.

Otro caso parecido es el de la fenilefrina inyectable, comercializada también por Genfarma a precios algo superiores, y que tampoco aparece en la web de la AEMPS. Como no hay competencia, no ha bajado el precio.

9. Ver referencia 5.

¿Quiénes forman la comisión interministerial que asigna los precios? Pues no lo sé. Cuando se le ha preguntado a algún alto funcionario del Ministerio de Sanidad, se nos ha dicho que los nombres se mantenían en secreto para evitar influencias de la industria. Un ejemplo más de los beneficios que tienen algunos con la opacidad.

Cómo no hay que reducir la factura farmacéutica de los hospitales

Lo que no han de hacer los hospitales es reducir su factura farmacéutica si esto va a suponer un encarecimiento de la de primaria. Y para demostrar los riesgos de algunas rebajas citamos como ejemplo el caso de dos inhaladores aprobados para la misma indicación, pero de precios muy diferentes. Atroven® ipratropio y Spiriva® tiotropio. En el año 2010 se vendieron en España 290.025 u. de Atrovent® en hospitales y 2.413.091 u. en oficina de farmacia y 1.307.250 u. de Spiriva® en hospitales y 3.976.617 u. en oficina de farmacia. ¿Qué pasa con los costes? Pues, sorpresa, los datos no son los esperados. Mientras que la factura de Atrovent® ha sido de 1.289.002 € en los hospitales y 12.579.408 € en oficina de farmacia, los de Spiriva® han sido de 1.477.192 € en hospitales y 209.806.313 € en oficina de farmacia¹⁰. Para resumir, el inhalador de Spiriva cuesta, como promedio, 1,13 € en los hospitales y 52,76 € en oficina de farmacia. El motivo de estas diferencias está en que en los hospitales gracias a los concursos públicos y a las ofertas económicas pueden beneficiarse de una gran reducción de precio, que a veces incluso llegan a precio cero. Los pacientes salen de los hospitales con Spiriva® y continúan su tratamiento, que es crónico, en su domicilio, pagando religiosamente a precio de venta al público. ¿Tiene sentido que en el año 2010 se hayan pagado 209 millones de euros por un medicamento con una alternativa similar, si no más eficaz? Como vemos, la asignación del precio y las rebajas de Spiriva® en los hospitales son sumamente rentables para el laboratorio fabricante de ambos inhaladores, Boehringer Ingelheim España.

Algunos males a evitar

La falta de transparencia en la asignación de precios, en los datos de utilización y en los resultados en salud permite que la industria farmacéutica sea la que monopolice la información con las ventajas que eso conlleva. Con el dominio que de la información tiene el laboratorio fabricante, se facilitan las nuevas incorporaciones, algunas de escaso valor terapéutico, permitiendo la renovación de medicamentos antiguos por nuevos, generalmente mucho más caros y no más eficaces o seguros.

Los precios elevados, justificados por la industria como necesarios para mantener la investigación, nos conducen a la triste paradoja de excluir a amplios sectores de la

10. Datos de IMS Health.

población actual de los medicamentos innovadores. Y, si bien la cobertura sanitaria universal nos permitía alcanzar la terapia disponible, el encarecimiento de los nuevos fármacos en un entorno de crisis económica como la actual hace que ya estemos excluidos de parte de los beneficios de la innovación, como puede deducirse de algunos de los informes realizados por los servicios de farmacia a los que se pueden acceder a través de la página web de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (12). Con los datos disponibles parece evidente un cierto desequilibrio, debido al activismo de los lobbies de la industria farmacéutica y la dejadez o incompetencia de algunos responsables de las administraciones sanitarias.

La incorporación de las tecnologías

Paralelamente a la incorporación de las innovaciones farmacológicas en la oferta hospitalaria, también lo hacen otras tecnologías sanitarias, incluyendo los dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos, así como los nuevos sistemas organizativos.

La decisión política de dar un papel hegemónico a la atención hospitalaria frente a la atención primaria favorece sin duda la utilización e incorporación de las nuevas tecnologías. La publicidad y prestigio conseguidos gracias a series televisivas como *House*, donde la complejidad de las pruebas diagnósticas y de los tratamientos elegidos son los protagonistas subliminales de la serie, hacen que se magnifiquen sus resultados frente a opciones más conservadoras y en ocasiones más eficientes.

El proceso de cambio tecnológico en sanidad, incluidos los medicamentos, suele tener cuatro etapas, según ya publicó Dixon en 1990: desarrollo, difusión, dominación y desilusión (13). De las nuevas tecnologías se espera que produzcan un beneficio, en eficacia o en seguridad, y la empresa innovadora espera obtener beneficios económicos con ello. Tras el desarrollo de una nueva tecnología ésta se encuentra en las etapas de difusión-dominación, en gran parte gracias a líderes locales, que difunden las maravillas de la nueva opción y hacen que el colectivo se vea forzado a introducirlo en su práctica profesional, primero de forma tímida, por una cierta presión social o profesional, para luego, si el avance es significativo, incluirse en la rutina. Esta penetración en el mercado permite olvidar en ocasiones su verdadero papel en la clínica, y su utilización se extiende a áreas donde no está establecido su beneficio respecto a las alternativas ya existentes. Pero posteriormente puede darse una etapa de desilusión, si con la experiencia personal no se han cubierto las expectativas, si los resultados de nuevos ensayos clínicos no han sido tan esperanzadores como se esperaba o si han surgido nuevas alternativas que han mejorado lo ya existente, aunque en ocasiones, una vez han dominado la práctica, se convierten en hábito y difícilmente se reevalúan.

Los cambios tecnológicos en sanidad son heterogéneos y pueden afectar a la práctica totalidad del sector salud. González López-Valcárcel (14) especifica que el cambio tecnológico modifica el concepto y el alcance de la atención sanitaria, el propio con-

cepto de salud y enfermedad, los estilos de práctica clínica, la cualificación del capital humano del sector, el gasto sanitario, la cobertura aseguradora, el bienestar social de las poblaciones, la equidad de los sistemas de salud, la convergencia entre sistemas y la organización de la atención sanitaria.

La alta tecnología se caracteriza por tener unos costes fijos altos, y hay un entramado de factores sociales, profesionales, financieros e institucionales que afecta el ciclo de la innovación tecnológica en sanidad.

Las tecnologías de la información y la comunicación

Las tecnologías de la información y comunicación (TIC) han experimentado un desarrollo impensable en tan sólo pocos años. Meneu (15) recoge la valoración que la Office of Technology Assessment (OTA) hace de las TIC: *“Las tecnologías de la información están transformando el modo en que se presta la asistencia sanitaria. Innovaciones como registros de pacientes informatizados, sistemas de información hospitalaria, herramientas computarizadas de ayuda a la decisión, redes comunitarias de información, telemedicina, o los nuevos medios de distribuir información sanitaria a los consumidores, comienzan a afectar al coste, la calidad y la accesibilidad de la asistencia sanitaria. Las tecnologías que sustentan esas aplicaciones (bases de datos relacionales, redes de comunicación, arquitecturas de distribución de procesos, discos de almacenamiento ópticos y otras) son usadas hoy por algunos proveedores sanitarios. Todavía la tecnología de la información se encuentra a menudo en salas de automatización desconectadas del conjunto del sistema sanitario”*. Estas afirmaciones son de 1995.

Actualmente ya es posible la comunicación a tiempo real entre varios profesionales alejados físicamente, se puede acceder a pruebas diagnósticas o de laboratorio, sin necesidad de duplicar las pruebas, realizar reuniones o conferencias a través de videoconferencias sin necesidad de costes de desplazamiento.

Las TIC de ayuda a la prescripción son herramientas ya disponibles en la mayoría de centros de salud. La elaboración y actualización de las bases de datos sobre normas de administración de medicamentos, interacciones farmacológicas, alertas para ajuste de dosis en situaciones clínicas de riesgo..., son uno de los pilares sobre los que se asienta la atención al paciente.

La centralización de la información tiene sus ventajas, como es obvio. La posibilidad de que la información la realice un grupo de expertos y que la puedan utilizar un amplio abanico de profesionales es un claro ejemplo de los beneficios que puede generar. Pero si esta información está sesgada, el peligro de una mala utilización puede alcanzar grandes dimensiones y puede afectar la salud de los pacientes, la formación de los profesionales y la sostenibilidad del sistema, si la presión tiende a introducir novedades terapéuticas sin tener en cuenta consideraciones económicas.

Sería importante que esta información pudiese estar avalada por las administraciones sanitarias.

Las tecnologías diagnósticas

El diagnóstico por imagen es un claro ejemplo de la innovación en el campo de la salud en los últimos años gracias al desarrollo de la investigación en el campo de la física y de la informática, y no sólo por el perfeccionamiento de la imagen, sino también por la aplicabilidad de su utilización.

Del aparato de rayos X, que podía tenerlo en su consulta el médico de atención primaria, se pasó a la placa radiográfica para reducir las emisiones de rayos X, luego a la tomografía axial computarizada (TAC), a la resonancia magnética (RM) y más recientemente, en la década de los 90, a la tomografía por emisión de positrones (PET), que se encuentran sólo en hospitales y en centros diagnósticos especializados. Las pruebas que se realizan son cada vez más precisas, pero también más caras.

La accesibilidad a esta tecnología médica facilita su utilización, pero también su sobreutilización.

En la tabla 8 se reflejan los equipos de RM financiados con recursos públicos por los Servicios de Salud de las comunidades y ciudades autónomas¹¹.

En el gráfico 3 puede verse el número de equipos por millón de habitantes, siendo País Vasco, Extremadura, Galicia, Madrid, Asturias, Murcia, Canarias, Andalucía y Comunidad Valenciana las comunidades con un índice superior a la media de España, que es de 6,49.

El número de estudios de RM que se realizaron en 2004 en los Servicios de Salud de las comunidades ascendió a 1.266.758, es decir, 30,91 estudios por mil habitantes. Las comunidades donde se realizaron estudios de RM por encima de la media fueron País Vasco, Comunidad Valenciana, Galicia, Canarias, Murcia, Asturias, Andalucía y Castilla-La Mancha. Excepto Castilla-La Mancha, el resto de comunidades tiene también un número elevado de equipos de RM en relación con la población.

Para evitar la sobreutilización se han elaborado unas directrices y criterios de indicación de pruebas radiológicas (16). En la introducción se citan las causas principales de una utilización innecesaria: a) repetir pruebas que ya se habían realizado, en otro hospital, en consultas externas o en urgencias; b) pedir pruebas complementarias que seguramente no alterarán la atención al paciente; c) pedir pruebas con demasiada frecuencia, por ejemplo, antes de que la enfermedad haya podido evolucionar o antes de que los resultados puedan servir para modificar el tratamiento; d) pedir pruebas inadecuadas; e) no dar la información clínica necesaria, o no plantear las cuestiones que las pruebas de diagnóstico por imagen deben resolver; f) exceso de pruebas complementarias.

El estudio realizado por un equipo de investigadores de la Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda y financiado por la Fundación Kovacs puede darnos una idea de la magnitud del problema de la sobreutilización (17). Partiendo de

11. Estos datos no incluyen las pruebas realizadas por aseguradoras privadas, y sí por las entidades concertadas, por lo que la actividad puede ser superior en aquellas comunidades con gran implantación de la asistencia privada, como es el caso de Cataluña.

los datos de que las dolencias de la espalda son uno de los principales motivos por los que se hacen RM, se estima que cada año se realizan en España entre 360.000 y 948.420 RM lumbares, aunque la prueba sólo es moderadamente fiable para el diagnóstico de la mayoría de las alteraciones de la columna vertebral, por lo que las imágenes observadas en la RM no pueden ser el factor decisivo para diagnosticar el origen del dolor, decidir si tiene que ser intervenido quirúrgicamente o pronosticar su evolución. Arana asegura que con los datos disponibles sólo se indica el motivo por el que se pide una RM en el 38% de ellas. Y de aquellas en las que se indica el motivo, se considera que es inapropiado entre uno y dos tercios de ellas.

Esto significa que en nuestro país se podrían estar realizando innecesariamente de 120.000 a 630.000 RM lumbares cada año. Teniendo en cuenta que su precio oscila entre 130 y 140 €, según las distintas comunidades autónomas, el Sistema Nacional de Salud podría haber ahorrado entre 15 y 88 M€, gastados innecesariamente sólo en RM lumbares.

Automatización

Otro cambio importante en la organización sanitaria se encuentra en la automatización de algunos procedimientos. Armarios dispensadores de medicamentos, máquinas que automatizan los laboratorios de bioquímica y de microbiología, han modificado la estructura de los llamados servicios centrales, servicios de soporte para la actividad clínica. Sólo en un futuro cercano podremos conocer el verdadero papel que han tenido en la nueva estructura sanitaria.

La innovación en tiempos de crisis

Si con los medicamentos las administraciones sanitarias toman medidas, con mayor o menor éxito, con el resto de innovaciones las decisiones deben tomarse a un nivel más local. Una vez introducidas en el sistema sanitario y si el desembolso inicial de adquisición de aparatos, de sistemas de soporte, o en formación del personal ha sido elevado, parece que su utilización sea necesaria para amortizar la inversión. El Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud incluyó en su lista de prioridades de evaluación algunas nuevas tecnologías. Reconoce la necesidad de generar evidencia sobre efectividad y coste-efectividad de TAC, endoprótesis coronarias.

Sin duda, la opacidad sobre la utilización de recursos en el ámbito sanitario es la gran aliada de la ineficiencia del sistema. El desconocimiento de los precios y de los costes y del grado de utilización de los recursos de los que disponemos, de lo que es necesario o de lo que creemos que puede ser necesario para mejorar la salud de los ciudadanos, ayuda a una sobreutilización de los mismos que en ocasiones, como hemos citado anteriormente, no mejoran la salud de los pacientes, pudiendo en ocasiones empeorarla.

Bibliografía

1. Rovira J, Espín J. Acceso, financiación y regulación económica de los medicamentos. En Girona L, Rovira J y Homedes N (Eds). En Medicamentos. Entre la salud y el mercado: 65-82. Ed. Icaria. Barcelona 2009.
2. Weinmann N. Les acteurs mondiaux: une redistribution des cartes. En L'Industrie pharmaceutique en mutation. Moreau A, Rémond S, Weinmann N. Eds. Colección Les études de La documentation française. Paris 2002.
3. Pilar Suñé. Avaluació prospectiva de la taxa de publicació dels resultats dels assaigs clínics i anàlisi del biaix de publicació. Tesis Doctoral. Departament de Farmàcia i Tecnologia Farmacèutica. Facultat de Farmàcia. Universitat de Barcelona 2011: 93-125.
4. Girona L. Gasto farmacéutico en Atención Primaria y en hospitales. En Expectativas y realidades en la Atención Primaria española: 85-103. Coordinador Luis Palomo. Eds. Fundación 1º de Mayo y Ediciones GPS. Madrid 2010.
5. Ficha técnica de Avastin. <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/avastin/H-582-Pl-es.pdf> (consultado el 12 de mayo de 2011).
6. Ficha técnica de Erbitux. http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000558/WC500029119.pdf (consultado el 12 de mayo de 2011).
7. Cetuximab y bevacizumab. Informes para la Comisión de Fármaco terapéutica. <http://genesis.sefh.es> (consultado el 10 de mayo de 2011).
8. AEMPS. Nota informativa de la AEMPS sobre Medicamentos que no deben ser objeto de sustitución 24/04/09. <http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/2009/NI-medNoSustituibles.htm>
9. Ficha técnica de Soliris. http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000791/WC500054208.pdf (consultado el 12 de mayo de 2011).
10. Eculizumab. Informe para la Comisión Fármaco terapéutica Hospital Universitario Vall d'Hebron. Consultado en <http://genesis.sefh.es>
11. Dexrazoxano. Informe para la Comisión de Fármaco terapéutica Hospital Universitario Vall d'Hebron. <http://genesis.sefh.es> (consultado el 10 de mayo de 2011).
12. Sumario de los informes publicados por los hospitales en internet. http://gruposdetrabajo.sefh.es/genesis/genesis/Enlaces/InformesHosp_abc.htm (consultado el 18 de mayo de 2011)
13. Dixon AS, The Evolution of clinical polices. Med Care. 1990; 28: 201-220.
14. González López-Valcárcel B. Adopción y difusión de tecnologías en sanidad. En V. Ortún (ed). Gestión clínica y sanitaria. De la práctica a la academia, ida y vuelta: 143-160. Ed Masson. Madrid. 2003.
15. Meneu de Guillerna R. El impacto de las tecnologías de información y comunicación en los profesionales y usuarios de la sanidad. En V. Ortún (ed). Gestión clínica y sanitaria. De la práctica a la academia, ida y vuelta: 89-142. Ed Masson. Madrid. 2003.

16. Comisión Europea. Dirección General de Medio Ambiente. Guía de indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen. <http://www.ucm.es/info/fismed/pr118.pdf> (consultado el 10 de julio de 2011).
17. Estanislao A, Royuela A, Kovacs FM et al. Lumbar Spine: Agreement in the Interpretation of 1.5-T MR Images by Using the Nordic Modic Consensus Group Classification Form. *Radiology* March 2010 254:640-641; doi:10.1148/radiol.09092250

Tabla 1**Consumo de medicamentos en hospitales según Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) (en miles de euros)**

	2000	2005	2010
Antiparasitarios, insecticidas y repelentes	295	162	251
Varios	3.724	5.084	7.065
Terapia genitourinaria	6.529	14.690	30.403
Terapia dermatológica	18.334	21.284	33.080
Órganos de los sentidos	6.820	25.966	52.960
Aparato respiratorio	27.075	32.748	64.710
Sistema musculoesquelético	27.581	169.979	99.267
Terapia hormonal	29.126	70.526	121.880
Aparato cardiovascular	30.098	60.424	128.534
Aparato digestivo y metabolismo	107.203	188.070	250.414
Sistema nervioso	101.980	171.493	269.256
Sangre y órganos hematopoyéticos	291.043	503.584	677.270
Terapia antiinfecciosa	683.521	962.855	1.525.812
Terapia antineoplásica y agentes inmunomoduladores	326.749	829.533	2.169.400

Fuente: IMS Health.

Tabla 2**Venta de medicamentos a hospitales según laboratorios de mayor venta (en euros)**

	2000	2005	2010
Roche	135.602.258	284.630.948	650.483.456
MSD (Schering Plough)	103.829.071	149.166.701	372.515.562
Abbott	44.058.584	142.043.808	370.413.801
Gilead Sciences	23.166.815	96.223.330	344.033.466
Pfizer (Wyeth Farma)	54.049.910	160.033.929	295.101.327
Sanofi-Aventis	114.864.293	244.067.112	250.719.717
Amgen	15.852.704	141.042.335	242.211.590
Janssen Cilag	48.348.237	116.090.901	240.102.772
Novartis	23.182.937	100.613.663	216.510.065
Grifols	90.329.999	130.578.317	213.645.473
Glaxosmithkline	185.087.967	213.751.904	177.887.234
Bristol Myer Squib	194.526.392	236.516.398	148.183.643
Bayer	19.315.899	119.210.001	142.118.458
Pharmacia	34.342.555	58.947.171	118.107.343
Baxter S.L.	54.725.871	52.445.801	112.702.260
Lilly Sae	31.972.153	64.854.608	104.255.612

Fuente: IMS Health.

Tabla 3

Consumo de antineoplásicos e inmunomoduladores (valores expresados en euros)

ATC / AÑO	2000	2005	2010
L01 CITOSTÁTICOS	202.650.149	481.568.818	1.177.753.095
L02 TERAPIA ENDOCRINA	1.258.314	2.724.239	2.952.865
L03 INMUNOESTIMULANTES	104.432.399	269.321.621	304.036.950
L04 INMUNOSUPRESORES	18.408.566	75.918.672	684.657.344
TOTAL GRUPO L	326.749.428	829.533.350	2.169.400.254

Fuente: IMS Health.

Tabla 4

Citostáticos más vendidos (valores expresados en euros)

	2000	2005		2010
TAXOL	61.993.454	TAXOL 64.584.114	AVASTIN	180.103.954
TAXOTERE	20.409.509	MABTHERA 58.092.318	HERCEPTIN	139.870.208
GEMZAR	17.946.612	ELOXATIN 54.478.045	MABTHERA	113.619.844
CAMPTO	14.258.669	TAXOTERE 46.835.784	TAXOTERE	70.598.547
ELOXATIN	12.202.460	HERCEPTIN 41.501.736	ERBITUX	66.366.382
PARAPLATIN	6.085.184	GLIVEC 26.212.538	GLIVEC	61.358.005
NIPENT	5.530.564	GEMZAR 24.190.669	VELCADE	56.386.724
FARMORUBICINA	5.221.846	ERBITUX 20.778.794	ALIMTA	56.079.388
TOMUDEX	4.989.726	VELCADE 16.594.219	ELOXATIN	32.632.210
MABTHERA	4.636.704	TEMODAL 16.473.723	PACLITAXEL HOSPIRA	30.556.989

Fuente: IMS Health

Tabla 5

Inmunosupresores más vendidos (valores expresados en euros)

	2000	2005		2010
REMICADE	7.996.370	REMICADE 62.294.988	HUMIRA	220.433.578
PROGRAF	2.774.796	CELLCEPT 3.341.146	REMICADE	160.449.072
CELLCEPT	1.744.022	PROGRAF 3.230.343	ENBREL	145.252.287
SANDIMMUN NEORAL	1.732.149	SIMULECT 2.353.498	REVLIMID	75.246.381
SIMULECT	1.627.092	TIMOGLOBULIN 1.523.923	TYSABRI	37.608.448
ATGAM	1.309.569	ZENAPAX 1.121.163	SOLIRIS	17.448.450

Fuente: IMS Health.

Tabla 6

Consumo de antiinfecciosos (valores expresados en euros)

ATC / AÑO	2000	2005	2010
J01 ANTIBACTERIANOS SISTÉMICOS	205.902.664	288.309.051	359.040.532
J02 ANTIMICÓTICOS SISTÉMICOS	34.685.704	71.185.128	127.014.312
J05 ANTIVIRALES SISTÉMICOS	389.487.480	500.068.533	849.789.153
J06 INMUNOGLOBULINAS	48.002.400	89.408.660	160.319.774
J07 VACUNAS	3.409.558	8.356.350	24.443.108
OTROS GRUPO J	2.032.734	5.346.148	5.029.086
TOTAL GRUPO J	683.520.540	962.855.277	1.525.811.626

Fuente: IMS Health.

Tabla 7

Antivirales sistémicos más vendidos (valores expresados en euros)

	2000		2005		2010
ZERIT	52.887.144	VIREAD	63.423.380	ATRIPLA	153.164.304
VIRACEPT	51.891.062	SUSTIVA	60.732.092	TRUVADA	123.274.800
EPIVIR	49.705.602	KALETRA	50.428.990	KALETRA	56.034.093
CRIXIVAN	35.524.624	EPIVIR	43.477.908	PREZISTA	54.970.647
SUSTIVA	34.069.127	TRIZIVIR	32.846.678	ISENTRESS	48.770.028
REBETOL	31.479.490	REBETOL	30.774.546	KIVEXA	48.484.912
COMBIVIR	30.672.576	COMBIVIR	29.022.718	REYATAZ	46.484.535
VIRAMUNE	23.837.552	REYATAZ	23.311.316	PEGASYS	41.499.024
VIDEX	18.889.358	VIRAMUNE	21.965.323	VIREAD	31.768.280
NORVIR	10.980.042	VIDEX	21.054.352	SUSTIVA	28.039.316
		EMTRIVA	1.450.857	EMTRIVA	432.015

Fuente: IMS Health.

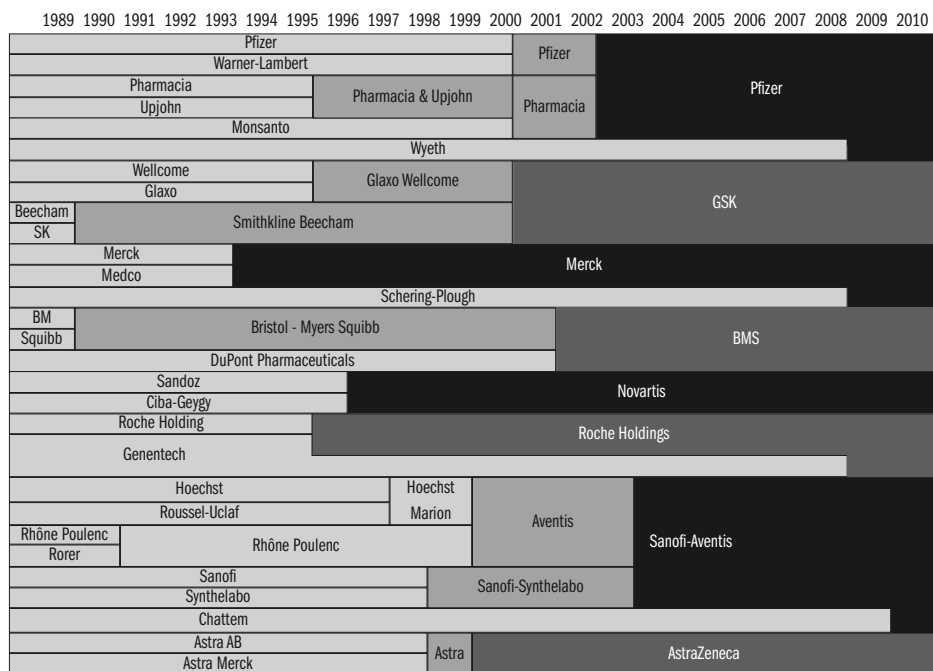
Tabla 8

Número de equipos de RM en funcionamiento financiados con recursos públicos

C. AUTÓNOMA / AÑO	1999	2000	2001	2002	2003	2004
ANDALUCÍA	32	30	30	36	49	49
ARAGÓN	2	2	6	7	7	7
ASTURIAS	4	6	6	7	8	9
BALEARES	1	1	1	2	2	2
CANARIAS	3	4	9	11	9	14
CANTABRIA	1	1	2	2	1	1
CASTILLA - LA MANCHA	n.d.	n.d.	1	3	7	7
CASTILLA Y LEÓN	2	2	3	3	3	3
CATALUÑA	n.d.	7	8	17	20	21
CEUTA	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0
COMUNIDAD VALENCIANA	12	16	22	23	24	29
EXTREMADURA	1	1	4	10	10	10
GALICIA	18	20	22	23	23	25
LA RIOJA	0	1	1	1	1	1
MADRID	27	32	34	37	44	51
MELILLA	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0	0
MURCIA	1	1	2	5	8	10
NAVARRA	1	1	1	2	3	3
PAÍS VASCO	20	20	20	21	21	24
TOTAL	125	145	172	210	240	266

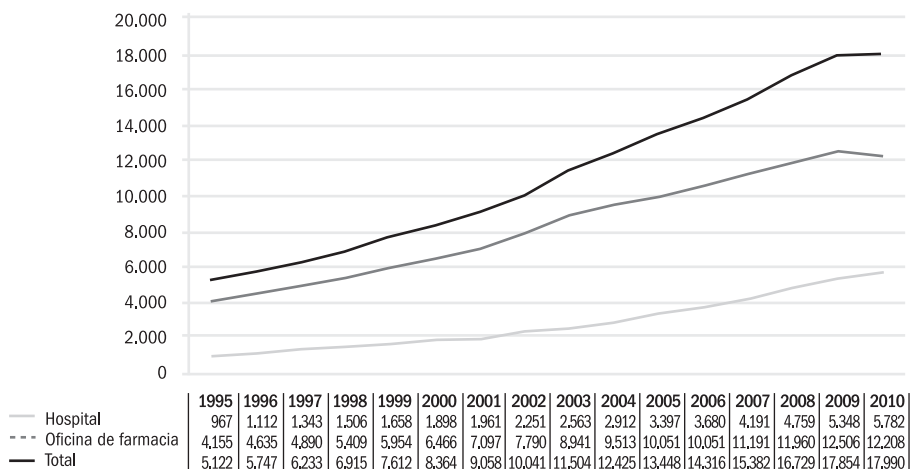
Fuente: Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario e Indicadores clave del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Gráfico 1
Principales fusiones de la industria farmacéutica



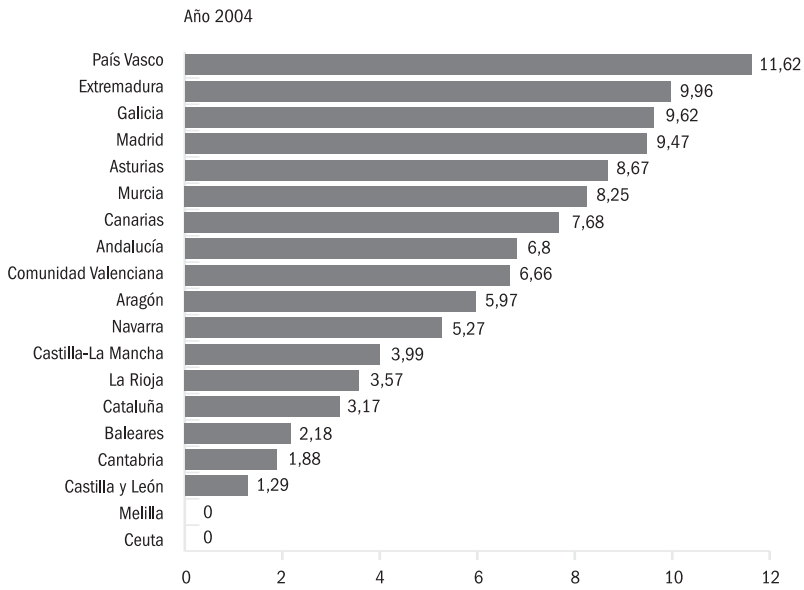
Fuente: Elaboración propia con datos de Thomson Financial Securities en *L'Industrie pharmaceutique en mutation* y prensa.

Gráfico 2
Gasto de medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud



Los datos de oficina de farmacia se obtuvieron de información publicada por el Ministerio de Sanidad y los de hospitales de IMS Health.

Gráfico 3
Equipos de RM en funcionamiento por millón de habitantes



Fuente: Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario e Indicadores clave del SNS. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

CAPÍTULO 12

Cambios en la dotación y en la distribución de personal

Marciano Sánchez Bayle¹

Resumen

Se analizan algunos componentes que influyen en la dotación de personal asistencial, como son la densidad profesional, la desigual distribución, el déficit de enfermería, la feminización de las profesiones, el incremento y diversificación de competencias, con la consecuente aparición de nuevas especialidades, o los fenómenos migratorios. La densidad en el caso de los médicos ha crecido sólo discretamente. El sistema de especialidades, por su excesiva rigidez, favorece que existan déficits y excesos de algunas especialidades concretas. La falta de profesionales de enfermería probablemente se vea agravada por la nueva titulación de enfermería que prolonga un año la formación.

Introducción

Abordar los problemas de dotación y distribución del personal del Sistema Nacional de Salud en España (SNS) tiene un serio problema de partida y es que, a pesar de que se trata de empleados de las administraciones públicas, no existe un registro actualizado de datos y siempre hay que utilizar datos indirectos (el número de colegiados), que tienen el problema de que incluye a los jubilados y además a profesionales que no trabajan en la atención sanitaria pública, o lo hacen sólo en el sector privado, o simplemente no trabajan. También incluye en ocasiones a personas que están colegiadas en varias provincias a la vez y aparecen repetidas, al menos hasta los últimos años en que se cambió la regulación y se permitía mantener la colegiación en una sola provincia y ejercer en el conjunto del país. Esta situación no ha cambiado a pesar de que la Ley de Cohesión (16/2003) y la de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (1,2) establecían un registro de profesionales del SNS y que incluso las comunidades autónomas (CCAA) han recibido unas subvenciones específicas para desarrollar este registro a nivel autonómico (3).

1. Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) y presidente de la International Association of Health Policy (IAHP).

Con estas limitaciones conviene hacer algunas consideraciones sobre cuatro temas: la densidad de profesionales de la salud y su evolución; la feminización de las profesiones sanitarias, las competencias profesionales y el desarrollo de nuevas profesiones; las especialidades (fundamentalmente médicas y de enfermería), y la inmigración/emigración de profesionales.

Densidad profesional

Las tablas 1, 2 y 3 recogen la situación (o lo que se conoce de ella) respecto a la densidad de los profesionales de la salud con los datos disponibles (OCDE e INE), en ellas se observan algunas cuestiones que merece remarcar.

Incremento neto del número de profesionales

Se ha producido un aumento del número de profesionales de la salud en España, con una intensidad variable según la profesión, que va desde el 101,81% de los odontólogos al 35,13% de los médicos (comparando los quince últimos años), lo que hace que también haya aumentado la densidad a pesar del aumento de población, con un ligero incremento de la densidad de médicos y mayor en enfermería. La densidad de profesionales médicos en España está por encima de la media de la OCDE y está situada entre los países con densidad elevada en el último informe de la OMS (4, 5, 6), lo que contradice la campaña mediática sobre la supuesta falta de médicos, que en realidad lo es de profesionales de enfermería (tabla 1).

Una preocupante expectativa

Aunque no hay establecida una densidad óptima de profesionales de la salud (las recomendaciones de la OMS sólo establecen mínimos que son ampliamente superados en la mayoría de los países desarrollados), parece que la única manera de evaluar las necesidades está en las comparaciones internacionales y según ellas, y como ya se ha dicho, en España hay bastantes médicos (en ningún caso déficit) y pocos profesionales de enfermería. La evolución del número de médicos es bastante significativa de cómo se produce una especie de movimiento pendular al respecto, que acaba presionando para adoptar medidas a veces contradictorias. En los años 70 y 80 del siglo pasado, el número de licenciados en Medicina que salían anualmente en España era bastante elevado (10.476 en 1983), cifra que se redujo a finales de los 80 y primeros de los 90, hasta llegar a los 4.100 licenciados en 1994 (7). A pesar de ello, y como ya se ha visto, el número de médicos y la densidad de éstos en España ha seguido creciendo (tablas 2 y 3).

Lo realmente preocupante es que debido a la campaña mediática de supuesta falta

de médicos se ha incrementado notablemente el número de admisiones en las facultades de Medicina, incluso se han creado algunas más, por lo que es de esperar que a medio plazo los médicos y su densidad en España crezcan de una manera preocupante, generando un paro profesional que existió en los años 90 y que ya había desaparecido (en 1993 había registrados 15.453 médicos en las bolsas de desempleados) (7).

Antes de este último aumento de facultades y de admisiones, los datos de crecimiento anual del número de médicos ya nos situaban en una posición preocupante, tal y como se ve en la tabla 4.

Enfermería, como ya se ha señalado, es una profesión muy deficitaria. El problema es previsible que se agrave al incrementarse el periodo de los estudios de tres a cuatro años para adaptarse a las normativas de Bolonia, lo que obviamente producirá dos años con promociones reducidas aproximadamente a la mitad (la posibilidad de que un año no saliera ninguna promoción se ha eliminado al adoptar los planes de estudios de manera escalonada según las universidades).

Feminización de las profesiones sanitarias

Las profesiones sanitarias tienen una progresiva feminización, no sólo farmacia y enfermería, que han sido tradicionalmente profesiones feminizadas, sino que este predominio de las mujeres se produce en todas ellas (tabla 3), superando el 40% de las mismas en 2009 (el 53% de la población total del país en este año eran mujeres). Esta feminización responde a la que se produce en todas las profesiones y en el conjunto de la sociedad, así como a una mejor posición de las mujeres en los estudios y en la selectividad (conviene no olvidar que las profesiones sanitarias tienen notas de acceso elevadas). Lo que no se ha producido todavía es el traslado de este predominio de mujeres a los cargos de responsabilidad dentro del sistema sanitario. Por otro lado, los problemas derivados del abandono de la profesión de las mujeres, que señala la OMS, han ido en descenso en los últimos años, a pesar de que la compatibilidad entre la vida personal y familiar está poco desarrollada en la práctica.

Las competencias profesionales y el desarrollo de nuevas profesiones

El desarrollo del SNS ha venido aparejado con un notable incremento de los profesionales que trabajan en el sistema sanitario público y con la aparición de nuevas titulaciones, como son los técnicos que están incorporándose a los centros sanitarios (anatomía patológica, dietética, farmacia, radioterapia, laboratorio, radiología, etc). Como suele suceder, ello ha supuesto algunos problemas en cuanto al encaje de las nuevas competencias con las profesiones preexistentes.

Seguramente es la enfermería la profesión que ha tenido más transformaciones en este periodo, tanto en cuanto a la formación como en sus funciones y autonomía. La

transformación de los “ayudantes técnicos sanitarios” (ATS), primero en “diplomados de enfermería” (DUE) y ahora en graduados, supone no sólo un reconocimiento de la importancia crucial de la enfermería en los sistemas de salud, sino también en la formación, aunque aún está por desarrollar una transformación de su autonomía y funciones que sea consecuente con la nueva titulación. Tal y como pasó en el paso de ATS a DUE, es posible que se produzca de una manera poco reglada y más como el resultado de la presión de los propios profesionales. En todo caso parece evidente que no se pueden desperdiciar las mejoras y transformaciones en la formación y que es preciso asignarles un papel más relevante y autónomo en la práctica del sistema sanitario, aunque por supuesto sean de esperar las resistencias de otros colectivos profesionales, especialmente de las corporaciones médicas, y de las administraciones sanitarias porque asumir más funciones tendrá, a corto o medio plazo, un correlato económico.

El desarrollo de las especialidades

En el tema de las especialidades merece la pena destacar tres cuestiones: la regulación de la formación de especialistas, las especialidades médicas y las de enfermería.

- El sistema de formación de especialistas es un desarrollo del que se denominó sistema MIR (médicos internos y residentes), que posteriormente se ha ampliado a otros colectivos profesionales (farmacéuticos, psicólogos, biólogos y enfermería), que se puso en marcha en España en los años 70 como una copia de los sistemas de formación implantados en EEUU y Reino Unido y que recogía una formación eminentemente práctica en los centros sanitarios. La prueba de acceso al sistema ha demostrado también su alto grado de equidad, aunque tiene algunas limitaciones.
- La especialidad médica posgrado es obligatoria para ejercer en el SNS desde 1995 en aplicación de la normativa de la UE. Las especialidades médicas son en España muy elevadas en número, de hecho es el país europeo que tiene más. Un hecho muy relevante es que no hay un mecanismo de conexión entre ellas, de manera que para pasar de especialidad hay que volver a realizarla íntegra, aunque una gran parte de la formación sea idéntica. Esta es seguramente la principal causa de la supuesta falta de médicos: una inadecuación entre los especialistas formados y las necesidades del sistema sanitario. Desde hace mucho tiempo (se contemplaba en la Ley General de Sanidad en 1986) está prevista la organización troncal de la especialización médica, pero por ineptitud y falta de voluntad política de los diferentes responsables del Ministerio de Sanidad todavía no se ha aprobado esta troncalidad, aunque existe un proyecto ya prácticamente ultimado (ya hubo otro en los años 90). Se trata de un paso clave si se quiere avanzar en la adecuación de los recursos profesionales a las necesidades de salud de la población.
- Las especialidades en enfermería están poco desarrolladas. Existen por la vía EIR la de salud mental y matrona. Más recientemente se han aprobado las de pediatría,

geriatría, del trabajo, médico-quirúrgica y familiar y comunitaria, aunque todavía están por desarrollar, si bien empiezan ya a incorporarse las primeras promociones de formación. Dos aspectos importantes hay que tener en cuenta, el primero es si se va a establecer la troncalidad como en el caso de las especialidades médicas, lo que hasta el presente no ha sucedido y puede provocar a largo plazo una situación parecida a la de las especialidades médicas, y el segundo es la conveniencia de que la especialidad sea tenida en cuenta a la hora de la provisión de plazas, lo que hasta ahora tampoco sucede, ni siquiera en las especialidades más consolidadas.

Inmigración/emigración de los profesionales de la salud

Otro de esos mitos que tanto éxito tienen en los medios es la emigración masiva de los profesionales de la salud, que según estas versiones “huirían” de España buscando mejores condiciones salariales y laborales. Nada más lejos de la realidad: la emigración de médicos españoles es muy discreta. Aunque los datos oficiales son escasos, se calcula que en torno a 9.000 médicos españoles trabajan en el extranjero (alrededor de un 4%), mientras que unos 20.000 extranjeros lo hacen en España (9% sobre el total). En cuanto a la enfermería los datos son parecidos, pero en ambos casos, y como es habitual en este tema, no existen datos oficiales plenamente contrastables (8). En cualquier caso hay que asumir que España es un país de alto desarrollo económico que tiene una gran capacidad de atracción para los profesionales de la salud de los países con menor desarrollo, significativamente desde Europa del Este (por la libre circulación de profesionales establecida en la UE) y desde Latinoamérica (en este caso desde hace muchos años, por las ventajas del idioma y por los convenios bilaterales de reconocimiento de las titulaciones).

Los problemas de las migraciones de los profesionales de la salud son bien conocidos y han sido señalados por la OMS, que ha propuesto una serie de medidas de “buena práctica” para los países desarrollados en la línea de evitar la descapitalización (económica, social e intelectual) que supone estas migraciones para los países en vías de desarrollo (9). España, por su posición intermedia, favorece unas migraciones de salida hacia países más desarrollados y la entrada desde los países con menor nivel económico y social. Hasta ahora, como se ha señalado, tiene un balance netamente positivo, aunque es probable que en el futuro se incrementen el número de salidas merced a la movilidad de profesionales en la UE. En todo caso, la planificación de recursos profesionales no tiene mucho sentido a nivel de cada país, y en parte tendría algún sentido en el marco de la Unión Europea, lo cual como es sabido resulta bastante difícil (8).

En conclusión, los profesionales de la salud han tenido un crecimiento importante en los últimos años, aunque su densidad en el caso de los médicos ha crecido sólo discretamente. Comparada con otros países (UE, OCDE), la densidad de profesionales médicos es elevada y baja la de enfermería. Existió una plétora de médicos en los

años 80 y en la actualidad la situación se ha equilibrado, aunque el sistema de especialidades por su excesiva rigidez favorece que existan déficits y excesos de algunas especialidades concretas. La apertura de nuevas facultades de Medicina y la ampliación del número de ingresos en las ya existentes parece presagiar una nueva plétora de médicos en 15-20 años, aunque los fenómenos migratorios pueden compensar esta situación. La falta de profesionales de enfermería probablemente se vea agravada por la nueva titulación de enfermería que prolonga un año la formación. En este periodo han aparecido nuevas titulaciones entre las profesiones sanitarias cuya incorporación al SNS se está produciendo con lentitud, pero de manera continuada. La formación de especialistas en España tiene un sistema, el MIR, que posee una elevada calidad y un gran reconocimiento internacional. Las especialidades en enfermería están aún por desarrollar, pero sobre todo por fijar un escenario de futuro. La especialización médica necesita urgentemente el establecimiento de la troncalidad que está pendiente desde la aprobación de la Ley General de Sanidad (1986). Las profesiones sanitarias han continuado una progresiva feminización que hasta ahora no ha producido problemas significativos ni en la dedicación ni en el funcionamiento de los servicios sanitarios.

Bibliografía

1. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Disponible www.mspsi (acceso 1/5/2011).
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE 22/11/2003.
3. Real Decreto 1269/2007, de 21 de septiembre, por el que se regula la concesión directa de subvenciones a las comunidades autónomas para la implantación de los registros de profesionales sanitarios. BOE 11/10/2007.
4. OECD Health Data 2010 - Version: June 2010: www.oecd.org (acceso 1/5/2011).
5. INE: www.ine.es (acceso 3/5/2011).
6. WHO: Health statistics. www.who.org (acceso 3/5/2011).
7. Sánchez Bayle M: Crisis de la Medicina y de la profesión médica en España. Madrid: Cydan, 1995.
8. Del Pozo A, Sánchez-Bayle M (ed). Los profesionales de la salud en España. Madrid: Ediciones GPS, 2008.
9. Acción por la salud global: Más trabajadores de la salud para cumplir con la ODM de salud. Disponible en <http://www.fadsp.org/pdf/mas%20trabajadores%20de%20la%20salud%20para%20cumplir%20los%20ODM%20de%20salud%5B1%5D.pdf> (acceso 1/5/2011).

Tabla 1
Médicos y profesionales de enfermería en ejercicio y graduados
(densidad/1.000 habitantes)

	1980	1995	1996	2008
Médicos			3,08	3,88
Profesionales enfermería		3,11		5,17
Médicos graduados	20,7			8,90
Profesionales enfermería graduados	14,0			20,30

Fuente: OCDE Health Data 2010 (4).

Tabla 2
Evolución de profesionales colegiados y % de mujeres

	1994	% mujeres 1994	2009	% mujeres 2009
Médicos	162.089	33,48	219.031	45,11
Odontólogos y estomatólogos	13.242	29,54	26.725	43,30
Farmacéuticos	40.323	63,34	63.593	70,37
Veterinarios	18.750	23,44	28.403	41,21
Enfermería	167.957	78,83	255.455	83,51

Fuente: INE 2011 (5).

Tabla 3
Densidad de profesionales/1.000 habitantes. Comparación internacional
(año 2009)

	Media OCDE	España	Máximo	Mínimo
Médicos	3,02	3,8	5,5 (Grecia)	1,0 (Australia)
Enfermería	8,30	6,6	16,3 (Noruega)	1,9 (Turquía)

Fuente: OCDE Health Data 2010 (4).

Tabla 4
Crecimiento anual del número de médicos en la OCDE (4)

	Crecimiento (%)
Media OCDE	2
España	3,3
Máximo	4,5 (Corea)
Mínimo	- 0,3 (Italia)

CAPÍTULO 13

La Atención Primaria, antes y después de la Ley General de Sanidad

Manuel Martín García¹

Resumen

Se describen los cambios habidos en la Atención Primaria (AP) española en los últimos treinta años, con especial referencia al significado de la Ley General de Sanidad y de la reforma de la AP. De una gran aceptación popular y de evidentes mejoras en el proceso asistencial se pasó, con los gobiernos conservadores, a limitación de los recursos económicos, un deterioro progresivo de los centros, la paralización de la creación de nuevas plazas, el aumento de la provisionalidad laboral y la congelación de los salarios de los profesionales.

A pesar del papel de la Plataforma 10 Minutos y de la Estrategia AP21, actualmente se mantiene la escasez de recursos (situación acentuada por los recortes presupuestarios de la crisis, más intensos en AP); no se ha reducido la burocracia, al no modificarse la gestión de las bajas laborales por enfermedad o la exigencia irracional de certificación médica; se mantiene la presión de la burocracia delegada desde los hospitales y, aunque la receta electrónica ha aliviado la gestión de las recetas, los problemas relacionados con el modelo se mantienen, y siguen sin poderse gestionar las listas de espera desde la AP.

Resulta irracional y paradójico que en un escenario de reducción del gasto se abandone a su suerte a la AP cuando la potenciación de la misma sería la gran oportunidad para poder garantizar la sostenibilidad de los servicios sin reducir prestaciones a los usuarios y mantener el carácter universal y gratuito del sistema sanitario público.

La Atención Primaria, antes de la reforma de la Ley General de Sanidad

Hasta finales de los años 70 del pasado siglo la Atención Primaria (AP) corría a cargo de los denominados médicos de cabecera, que practicaban una medicina curativa, individual, sin apenas recursos diagnósticos y bajo dos modalidades organizativas: la Asistencia Pública Domiciliaria (APD), que trabajaba fundamentalmente en el medio

1. Médico de Familia. Secretario de la FADSP.

rural y en las casas de socorro, con funciones de salud pública y de asistencia a funcionarios municipales y a personas acogidas a la beneficencia (posteriormente se les asignó cupos de la Seguridad Social), y la prestada en los ambulatorios del Instituto Nacional de Previsión. Ambos colectivos carecían de formación específica y su actividad se limitaba a consultas de dos horas y media y practicaban una atención de bajo nivel técnico, orientada esencialmente a remitir pacientes a los especialistas, emitir recetas y tramitar bajas laborales.

Con la llegada de la democracia, que coincidió con las propuestas de reforma de la Organización Mundial de la Salud 1978 (estrategia “Salud para todos en el año 2000”), que asignaba a la AP el rol de puerta de entrada y eje de los sistemas de salud, se inició un proceso de cambio en profundidad de la misma.

Esta reforma se inició con el Real Decreto 137/1984, sobre Estructuras Básicas de Salud, que definió un modelo de AP basado en la zonificación de la atención, el trabajo en equipo multidisciplinar en centros de salud y la coordinación de los niveles asistenciales. Con estos cambios la AP pasó a ser un nivel asistencial orientado a la atención integral de salud, con funciones asistenciales, docentes, investigadoras y de trabajo con la comunidad (tabla 1).

Posteriormente, la Ley General de Sanidad (LGS) ratificó las líneas generales de esta propuesta en las que la AP asumía la función de puerta de entrada y eje coordinador de las actividades del sistema. Esto permitió que la AP se hiciera cargo de actividades que realizaban los hospitales o los servicios de salud pública como educación para la salud, vacunaciones o protección del medio ambiente.

Para capacitar a los nuevos profesionales en sus nuevas funciones se creó la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria por vía MIR, que mejoraba y ampliaba el nivel de conocimientos de los médicos de AP adaptándolos a las nuevas funciones y actividades. Para impartir esta formación se crearon las Unidades Docentes de MFyC, que compaginaban la formación en los hospitales y centros de salud.

La reforma de la AP tuvo una gran aceptación social, como demuestra que entre 1985 y 1995 creciera la población satisfecha, siendo los aspectos más valorados el incremento de la duración de las consultas, la información y las mejoras en instalaciones y equipamiento de los centros de salud.

Pese a estos éxitos iniciales, fruto en gran parte del entusiasmo de los primeros profesionales, la falta de apoyo político hizo que la reforma no contara con el apoyo legislativo ni los recursos económicos y humanos necesarios para desarrollar plenamente sus nuevas funciones.

La Atención Primaria bajo gobiernos conservadores

A partir de 1995, con la llegada del gobierno conservador del Partido Popular, la reforma, que ya había sufrido una importante ralentización de su desarrollo, experimentó un parón definitivo.

La situación generó dos importantes problemas en la AP:

A) El crecimiento de la frustración y malestar profesional

Las reformas previstas por la LGS no se desarrollaron plenamente ni los centros de AP llegaron a contar con los recursos previstos. Al mismo tiempo se congelaron los presupuestos de la AP, en torno al 14% del gasto sanitario total. El gasto farmacéutico, además de suponer el 90% del gasto corriente de AP, experimentó en este período un crecimiento en torno al 10% anual (resultado de la deriva medicalizada-asistencialista del modelo). Esta limitación de los recursos económicos se tradujo, además de en un deterioro progresivo de los centros, en la paralización de la creación de nuevas plazas, en el aumento de la provisionalidad laboral y en la congelación de los salarios de los profesionales (los médicos cobran 50% menos que la media de la UE). La situación acabó generando un clima de malestar y desmotivación en los centros de salud. Una parte muy importante de los nuevos médicos de familia y de personal de enfermería quedaron abocados al paro, a la precariedad laboral, a trabajar en los servicios de urgencias, por lo que muchos emigraron a otros países.

B) Una importante pérdida de prestigio social

La masificación, el poco tiempo de consulta y la baja capacidad resolutive (falta de tiempo, el pobre equipamiento y limitaciones de acceso de los recursos diagnósticos) deterioraron la AP impidiendo que ejerciera su papel de eje del sistema.

Principales deficiencias de la AP actual

1. *Una reforma inacabada que imposibilitaba a la AP realizar su función coordinadora del sistema*, al no haber dotado a las áreas de salud de las estructuras para la gestión integral e integrada de los recursos, de acuerdo a las necesidades y problemas de salud de cada demarcación territorial. Además se produce el abandono de los planes de salud: la ausencia de planificación y de diagnósticos de salud impedía asignar los recursos con criterios de racionalidad y poner en marcha programas de salud orientados a los problemas y necesidades de salud prevalentes.

2. *Escasez y limitación de recursos*. La AP, además de pocos recursos (12-14% del gasto total), redujo su presupuesto sanitario y su participación en el mismo 12 veces respecto del hospitalario entre los años 1995-2006. La congelación de plazas hizo que la proporción del personal de AP se redujera al 35% del total (lo ideal es 50%), que es un 20% inferior a la media europea (44% en enfermería), lo que limita el tiempo para la atención (el 87% de las consultas dura menos de 10 minutos), para la promoción de la salud, la investigación y la docencia.

La escasez de recursos humanos, de equipamiento y de tiempo obligaba a remitir al nivel hospitalario a pacientes que podrían ser tratados en AP y explican en parte el elevado gasto farmacéutico (25% del total).

3. *Problemas organizativos y funcionales:*

- Retraso en la informatización de los centros y en la historia electrónica compartida con los hospitales que dificultaba la comunicación entre niveles.
- Ausencia de infraestructuras para realizar cirugía menor.
- Indefinición de los roles profesionales que generaba problemas de competencias y enfrentamientos.
- Ausencia de formación específica para trabajar en equipo y para desarrollar la medicina integrada.
- Indeterminación de funciones de los coordinadores (equivalente a los jefes de servicios hospitalarios) que impedía una gestión racional del personal.

4. *Poco desarrollo de la investigación:*

Existe poco interés por potenciar la investigación en AP (el 4% de los ensayos clínicos y el 5% de la financiación del FIS procede de AP) y los contenidos están orientados a temas clínicos en detrimento de promoción de la salud o la intervención comunitaria.

5. *Deficiencias en la formación y docencia:*

Pregraduada: la Atención Primaria apenas tiene presencia en la formación pregraduada. Las cátedras de AP son excepcionales, y las pocas que hay son controladas por la industria farmacéutica. Como consecuencia, la AP perdía prestigio entre los estudiantes de Medicina siendo la especialidad elegida en último lugar en las convocatorias MIR.

Especializada: las unidades docentes centran la formación en los aspectos clínicos-asistenciales en detrimento de la promoción de la salud y la orientación comunitaria, que debería ser eje central de esta especialidad.

Continuada: controlada en gran parte por la industria farmacéutica que financia congresos, reuniones, charlas, etc., lo que explica la orientación clínico-curativa, la medicalización de la práctica asistencial, el afán por utilizar los nuevos recursos tecnológicos y la prescripción farmacológica. La promoción de la salud, la educación y la colaboración con la comunidad apenas ocupaban espacios en la actividad de los centros de salud.

6. *Ausencia de política de personal incentivadora y racional:*

- Los coordinadores limitaban su actuación a transmitir información a los niveles superiores, a fijar horarios, guardias y permisos.
- Los profesionales no participaban en la gestión de los centros ni en la evaluación de sus resultados. Los objetivos que deberían determinar la actividad y la incenti-vación profesional se establecen sin negociación, mientras que los salarios están un 50% por debajo de la media de los países de la UE.
- Apenas se desarrollaba la carrera (incentivo profesional clave), y donde existe el mérito fundamental es el tiempo trabajado.

Como resultado, los profesionales rechazan implicarse en la mejora de la calidad, no comparten los objetivos institucionales y se muestran reacios, cuando no hostiles, a colaborar con las políticas y planes puestos en marcha por las administraciones.

7. *Problemas organizativos y de coordinación entre niveles.* Descoordinación entre los niveles del sistema:

- *Entre la AP y la hospitalaria:* la falta de gerencias de área y de canales de comunicación entre AP y hospitales, el retraso en la informatización de los centros y del despliegue de la historia clínica compartida y la resistencia de los servicios hospitalarios a ceder parcelas de poder impiden a la AP desempeñar su función de agente del paciente en todo el sistema.
- *Entre la AP y los servicios de salud pública:* la debilidad y aislamiento de la salud pública dificulta actuaciones de prevención y de mejora de los riesgos medioambientales y laborales.
- *Entre la AP y los servicios sociosanitarios:* el “Informe sobre AP del Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios” (dependiente de la Oficina Europea de la OMS) señala que España tenía serias deficiencias en la coordinación de la AP con los servicios de salud pública y atención sociosanitaria a ancianos y discapacitados. Esto limita la atención integral de los enfermos crónicos y discapacitados.

En resumen, el nuevo modelo de AP mejoró los recursos, organización y funcionamiento de la AP, pero la falta de desarrollo del *modelo de medicina comunitaria* condicionó que sus actividades se dirigieran preferentemente a la reparación de la salud en detrimento de la promoción de la salud y la búsqueda de la implicación de la comunidad, como contemplaba el modelo original. Esta situación perpetuó los problemas de uso intensivo de recursos tecnológicos y medicamentos que generaban la consiguiente iatrogenia, irracionalidad e ineficiencia. No parece lógico mantener una orientación a tratar problemas agudos de salud cuando el patrón epidemiológico cambió a otro de naturaleza crónica y degenerativa y cuando los principales determinantes de salud están relacionados con los hábitos de vida, los riesgos laborales y medioambientales.

La reacción profesional

El escaso apoyo político y económico de los gobiernos y administraciones, unido a la resistencia de los hospitales a ceder poder, los problemas de capacidad resolutive y la falta de perspectivas de desarrollo profesional generaron la frustración entre los profesionales y un estado de descontento que se tradujo en la creación de *la Plataforma 10 Minutos*, que agrupó a la práctica totalidad de las organizaciones del nivel. Esta plataforma fue capaz de movilizar a los profesionales y de mostrar a los ciudadanos y a los responsables políticos la marginación de la AP y sus problemas de calidad y capacidad resolutive. Gracias a ella, y por primera vez, la AP fue capaz de movilizarse de manera unitaria y generar un estado de opinión favorable a sus intereses, obligando a los partidos políticos y a los responsables sanitarios a tomar en consideración los problemas del nivel.

Las movilizaciones obligaron al Ministerio de Sanidad y al Consejo Interterritorial a crear una comisión para analizar y proponer cambios en la AP denominada Estrategia

AP21. Ésta integró a las organizaciones de la AP, Ministerio de Sanidad y del Consejo Interterritorial de Sanidad, con la finalidad de elaborar un conjunto de propuestas de mejora. La coordinación corrió a cargo del Ministerio de Sanidad y en ella participaron expertos propuestos por sociedades científicas, CCAA, asociaciones de pacientes y el propio Ministerio. El resultado fue un conjunto de propuestas y líneas de actuación agrupadas en 5 grandes áreas y 44 estrategias, que cada CA debería aplicar con planes de mejora (dado que la descentralización ponía esta responsabilidad en sus manos). La evaluación de su desarrollo corrió a cargo de una comisión de seguimiento que debería reunirse periódicamente para vigilar el seguimiento de su aplicación mediante una serie de indicadores.

El desarrollo de la AP21 ha sido variable dependiendo de la implicación y capacidad de movilización de las organizaciones profesionales, del grado de implicación de los responsables de las administraciones sanitarias e incluso de la orientación ideológica de los gobiernos autonómicos.

Aunque, en general, el impulso de su aplicación ha ido decayendo como consecuencia de:

- La debilidad organizativa y la escasa capacidad de influencia de las organizaciones profesionales de AP, que apenas se han implicado en el proceso de informar y motivar a los profesionales y hacerles partícipes y colaboradores de su aplicación.
- El intento de capitalización del proceso por sectores corporativos que ha fracturado la unidad inicial, debilitando la capacidad de presión sobre las administraciones para exigir los cambios acordados.
- El desinterés de los responsables políticos por la reforma de la AP, una vez pasado el ruido mediático.
- La crisis económica y su utilización por los grupos de presión neoliberales como excusa para recortar gasto y privatizar el sistema sanitario público.

Las evaluaciones realizadas constataron mejoras en los cupos de personas por médico de familia y pediatra, especialmente en los tramos de mayor masificación, aunque el 40-50% de los cupos sigue con más de 1.500 personas; se utiliza más la historia clínica; la participación en el gasto sanitario apenas ha variado, manteniéndose en torno al 14% el gasto por habitante en AP, que está en torno a 156 euros; la participación de la AP en el PIB ha mejorado discretamente, pasando del 0,6 al 0,7 en 2006; se han desarrollado algunas iniciativas para reducir la burocracia como la informatización de las consultas, la historia clínica o la receta electrónica; los problemas de coordinación AP-hospitales se pretenden afrontar con medidas parciales como la introducción de los recursos informáticos o contratos programa que promueven actuaciones de probada eficacia a desarrollar de manera conjunta por los dos niveles; se han aprobado medidas de acreditación y certificación de centros y programas para mejorar la calidad y la seguridad de los pacientes; se han elaborado algunos protocolos y guías de práctica clínica integrada; se han diseñado planes y acciones de formación del personal. En cuanto a los aspectos negativos destacar que el tiempo medio de consulta está empeorando, probablemente como consecuencia del incremento de la población; sigue habiendo problemas de coordinación con los hospitales con tendencia

a empeorar; la frecuentación sigue siendo elevada, aunque ha descendido (de 9 a 5,6 consultas por persona al año), con importantes diferencias entre CCAA (las diferencias con los países de nuestro entorno reflejan la mayor carga de trabajo burocrático que soporta la AP en España). En algunas CCAA se han implantado nuevos modelos de gestión privada cuyos resultados no han sido aún evaluados.

En resumen se mantiene la escasez de recursos (situación acentuada por los recortes presupuestarios de la crisis, más intensos en AP); no se ha reducido la burocracia al no modificarse la gestión de las bajas laborales por enfermedad o la exigencia irracional de certificación médica; se mantiene la presión de la burocracia delegada desde los hospitales y, aunque la receta electrónica ha aliviado la gestión de las recetas, los problemas relacionados con el modelo se mantienen; sigue sin poderse gestionar las listas de espera desde la AP; se mantienen las limitaciones en el acceso a las pruebas diagnósticas; apenas se ha avanzado en la integración de los procesos asistenciales por falta de guías clínicas comunes; los servicios hospitalarios siguen acaparando el seguimiento de los pacientes, y sobre todo no hay voluntad política para impulsar la promoción de la salud desde la AP para modificar los hábitos de vida (tabaquismo, alimentación, obesidad, ejercicio...) ni para hacer realidad la participación e implicación social.

Ha habido avances en la informatización de los centros y de la receta electrónica y, en menor medida, en la mejora de los recursos, pero existe un olvido clamoroso de la promoción de la salud y la participación social; sigue paralizado el desarrollo de las gerencias únicas de área, incluso con su desaparición como tales en Madrid; no hay planes para dotar de autonomía la gestión de los centros; y, lo peor de todo, avanza la privatización de la AP con iniciativas de creación de empresas a las que se asigna la atención de áreas sanitarias en Cataluña o se ceden los centros de salud a empresas multinacionales, como en Madrid.

Conclusiones

La crisis económica y las políticas de restricción del gasto sanitario público impuestas por la UE están determinando importantes recortes en el gasto sanitario de las CCAA. Estas reducciones afectan de manera más acusada a la AP por su menor peso político y profesional, lo que ha paralizado el desarrollo de la Estrategia AP21.

Resulta irracional y paradójico que en un escenario de reducción del gasto se abandone a su suerte a la AP, cuando la potenciación de la misma sería la gran oportunidad para poder garantizar la sostenibilidad de los servicios sin reducir prestaciones a los usuarios y mantener el carácter universal y gratuito del sistema sanitario público. Una parte importante de las actividades desarrolladas hasta ahora por el nivel especializado podría ser asumida por la AP, siempre y cuando ésta pueda desplegar su potencial para la promoción de la salud, mejorar sus recursos y asumir su función como coordinadora de los procesos asistenciales.

La crisis puede ser la puntilla de la AP o su oportunidad para convertirse en el eje del

sistema sanitario, pero para ello es necesario que los profesionales y las organizaciones que los representan asuman un papel protagonista en el cambio, aliándose con los ciudadanos y sus agentes sociales para obligar a las administraciones a realizar los esfuerzos necesarios.

La AP tiene la palabra.

Tabla 1

La Atención Primaria, antes y después de la reforma

Modelo clásico medicina general	Modelo de medicina de familia
Centrado en las necesidades del colectivo médico	Centrado en las necesidades de los ciudadanos
Orientado a la curación	Orientado a la promoción y prevención de la salud
Actuación exclusiva sobre paciente individual	Intervención sobre el paciente, la familia y la comunidad
Trabajo individual y en consulta propia con escaso equipamiento	Trabajo en equipo multidisciplinario en centros de salud con equipamiento
Médicos y enfermeras aislados entre sí	Médicos, enfermeras, auxiliares, personal administrativo, dentistas, fisioterapeutas, trabajadores sociales, psicólogos...
Horario 2,30 horas	Horario 7 horas
Falta de acceso a recursos diagnósticos	Acceso a pruebas de laboratorio, diagnóstico por imagen, etc.
Toma de decisiones individuales basadas en criterios personales	Trabajo por programas, guías y protocolos basados en evidencia
Ausencia de gestión	Medicina gestionada
Actuación basada responder a la demanda	Actuación orientada a satisfacer necesidades y problemas previamente identificados
Ausencia de control y evaluación de resultados	Evaluación resultados en términos de salud
Barreras físicas y económicas de acceso de los pacientes	Proximidad y continuidad con los usuarios
Oferta servicios según su interés y cualificación	Oferta de cartera de servicios universal
Desinterés por la equidad	Busca equidad y la solidaridad del SNS
Fuertes relaciones con los laboratorios farmacéuticos	Mayor independencia con intermediarios
Sometimiento jerárquico a otras especialidades	Relaciones de igualdad y cooperación con otras especialidades
Carencia de formación reglada	Formación MIR
Formación continuada individual	Acreditación y reacreditación periódica de los profesionales
Desinterés y falta formación para la investigación	Incorporación de la investigación a actividades
Ausencia de docencia	Actividades docentes incorporadas a la actividad de los centros
Ausencia de participación social	Participación teórica de la comunidad en la gestión y evaluación de los centros

CAPÍTULO 14

Incorporación, estancia y predominio de los sistemas de información

Enrique Gavilán Moral¹ y Javier González Medel²

Resumen

Desde 1981 a nuestros días, los sistemas de información han cambiado enormemente, no sólo por sus formas sino por sus contenidos, objetivos, alcance y por su densidad de uso. De comenzar inicialmente como meros registros de actividad se pasó a dar una predominancia al soporte clínico que suponía la historia de salud, posteriormente a un complejo sistema de generación de información con más utilidad en los despachos que en las consultas, y finalmente a un entramado de herramientas virtuales con multitud de fines y protagonistas implicados. La informatización de los sistemas de información, en cualquier caso, ha revolucionado enormemente el panorama y seguirá haciéndolo en el futuro, en muchas ocasiones con claros efectos positivos. Sin embargo, los caminos por los que discurre este devenir tecnológico a veces no logran colmar las necesidades reales de la sanidad de nuestro país. El alto coste de estas tecnologías no se corresponde del todo con el potencial que poseen de poder facilitar la información y comunicación, y su implementación la mayoría de las veces no se ha acompañado de las reformas precisas de los modelos de gestión y organización de la asistencia sanitaria necesarias para conducir a verdaderos y profundos cambios que conduzcan a mejorar la calidad de la atención clínica, la salud de la población y equilibrar las desigualdades en materia sociosanitaria.

Introducción

En 1981 eran muy pocos los profesionales sanitarios que escribían en las historias clínicas: los únicos registros que se mantenían actualizados eran los relativos a la salud pública (certificados de defunción, vacunas, enfermedades de declaración obligatoria...) o de actividad clínica (listados de pacientes atendidos). De hecho, el uso

1. Médico de Familia. Editor del blog “El nido del Gavilán”.

2. Médico de Familia. Miembro de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

de historias clínicas y la posterior implantación de sistemas de información en base a éstas ha sido uno de los mayores avances que introdujo la Ley General de Sanidad, pero su densidad de uso ha sido muy desigual entre los diferentes niveles asistenciales y comunidades autónomas.

Entre finales de los 90 del pasado siglo y principios del actual, de forma progresiva fueron poniéndose en marcha distintos prototipos de historias informatizadas, que buscaban integrar la información y facilitar su registro de una forma más sistematizada, y que han crecido de forma paralela a sistemas de identificación de usuarios.

Estos sistemas han ido dejando paso a herramientas mucho más sofisticadas, costosas y versátiles, que pretenden acercar al paciente al mundo sanitario, así como facilitar la tarea de los clínicos, pero sobre todo poder ejercer un mayor control desde la gestión. En este capítulo analizaremos las luces y las sombras de estos treinta años de sistemas de información e informatización de nuestra sanidad, poniendo finalmente el acento en las líneas de futuro por las que probablemente nos tocará en breve vivir.

Cambios más importantes

De dónde partimos. Del bolígrafo al teclado

En estas tres últimas décadas hemos pasado del predominio del papel a la progresiva migración hacia sistemas de información más o menos integrados e informatizados. Tal ha sido la impregnación de las tecnologías de información y comunicación (TIC) que en la práctica “información” es sinónimo de “informatización”. Este fenómeno ha afectado no sólo a las consultas (historia clínica y receta electrónica), sino también a las unidades administrativas (sistemas automatizados de citación, bases de datos de usuarios, tarjetas sanitarias con almacenaje de información), gerencias y servicios de salud (control de agendas, módulos de explotación de datos, cuadros de mando). En la mayoría de las ocasiones, la evolución del papel a la pantalla del ordenador ha conllevado indudables beneficios, pero no sin ocasionar problemas.

La disponibilidad casi inmediata, problemas técnicos y de conexión aparte, de información es una de las principales ventajas de la informatización. El haber integrado en un mismo sistema herramientas de registro clínico, programas de gestión de agendas y de la actividad asistencial, comunicación entre profesionales, petición y recepción de pruebas complementarias y sistemas de apoyo para la decisión ha facilitado la tarea de los clínicos. Pero donde ha supuesto una mayor ventaja es a la hora de la contabilidad y la gestión de los datos. Un buen ejemplo serían las auditorías clínicas. Tanto es así que algunos autores han visto en este hecho una amenaza a la autonomía profesional y una forma excesiva de control de la actividad clínica (1).

Más información tampoco significa mejor información. Y, sobre todo, tampoco mejor aprovechamiento de la misma. En este sentido, los indicadores de la actividad clínica parecen centrarse más en criterios económicos, de satisfacción del cliente o de proceso asistencial, o como mucho en resultados intermedios, obviando la mayoría de

las veces los resultados finales en la salud o el bienestar en las personas. En escasas ocasiones se procesa la información que genera el sistema sanitario más allá de lo mínimamente necesario para llevar a cabo la evaluación de la actividad de cara al cálculo de la productividad de los profesionales, a pesar de que el procesamiento estadístico de la información puede ser muy útil en múltiples escenarios: predicción de necesidades de recursos futuros, identificación de problemas de salud emergentes y sus factores asociados o detección de deficiencias en la accesibilidad a los servicios o la equidad. Además, a pesar de disponer de incontables canales de comunicación, en ocasiones falta un necesario retorno de la información procesada por parte de las gerencias a los profesionales de los centros sanitarios, si de lo que se trata es, en definitiva, de establecer una cultura de la mejora.

La transición del bolígrafo al teclado de un ordenador ha generado también inconvenientes en los puntos de atención sanitaria. Leer datos en una pantalla es un 40% más lento que sobre un papel (2). Algo similar ocurre al escribir. Además, la carga cognitiva asociada al registro de los detalles de una consulta es mayor en una HCE, no ya por el cansancio que genera estar permanentemente pegado a una pantalla que quema nuestros ojos, sino por la incontable sucesión de pantallas, campos, enlaces, recordatorios, advertencias, etc., que tenemos que ir sorteando. Todo esto provoca un retraso medio por paciente de 42 segundos (3), lo cual no es poco dada la presión asistencial que soportamos. Además, se ha observado que los profesionales tienden a centrarse más en tratar de dominar la aplicación informática que en lograr una mayor profundización en los problemas que presenta el paciente y trabar conversaciones de mayor contenido social (3). A pesar de todo esto, la percepción del paciente sobre la introducción del ordenador en la consulta no siempre es negativa (4). Otro hito en la historia de los sistemas de información ha sido la introducción de la receta electrónica, que ha reducido sensiblemente la presión asistencial, además de ayudar a la adherencia terapéutica (5). La informatización ha acortado los trámites de visado de medicamentos por la inspección médica, en algunos territorios donde se ha implementado este procedimiento, y agilizado el proceso de gestión de las incapacidades laborales, medidas que han sido jaleadas por la administración por haber contribuido a reducir la carga burocrática de las consultas médicas. Pero esto también ha servido como vía para la toma del control del proceso de incapacidad temporal, la entrada indiscriminada en las bases de datos de las historias clínicas y eventualmente el desplazamiento y ninguneo del médico de familia y de la propia inspección de servicios sanitarios de las Consejerías de Sanidad de las respectivas CCAA. Este proceso ha supuesto un trasvase de competencias a administraciones ajenas al proceso asistencial, sin actividad sanitaria y con funciones de control económico, como es la inspección del INSS y sus respectivas delegaciones provinciales, lo cual ha ido en aumento en los últimos años a golpe de decreto por parte del Ministerio de Trabajo y la administración de la Seguridad Social. Por otro lado, los modelos de receta y de gestión de las incapacidades siguen siendo prácticamente los mismos: lo que ha cambiado es el canal por el que se gestiona. Muchos clínicos nos preguntamos si reducir el volumen de actividades que nunca debieron formar parte de nuestras obliga-

ciones es suficiente o si, por el contrario, los esfuerzos deberían ir encaminados a cambiar unos modelos obsoletos, aliviar los requisitos burocráticos asociados a la asistencia sanitaria y reasignar adecuadamente las responsabilidades en su gestión. A nadie se le escapa la importancia de las cuestiones éticas y legales ligadas a la confidencialidad, uso y custodia de los datos clínicos. Los diseñadores de los sistemas informáticos han puesto especial cuidado en estos aspectos, de manera que existen filtros y niveles de acceso según el grado de responsabilidad de cada profesional implicado en la asistencia, y se ha garantizado la trazabilidad en el acceso a los registros. Sin embargo, la mayoría de los sistemas son centralizados, lo cual favorece el acceso, sin consentimiento del afectado, de los facultativos, de personal administrativo o gerencial, e incluso de departamentos ajenos al servicio de salud, como es el caso de la autorización de acceso a las historias clínicas sin restricciones al personal del INSS desde sus propios despachos y puestos de trabajo a cualquier historia clínica, aunque dicho acceso deje huella. En definitiva, de lo que estamos hablando es de años y años de acumulación de datos clínicos y personales, algunos de ellos especialmente sensibles, en sistemas informáticos alejados del paciente y en la inmensa mayoría de las ocasiones sin la debida autorización del mismo...

Al igual que ha ocurrido en otros países (6), la existencia de múltiples sistemas informáticos sin ninguna garantía de interoperabilidad entre sí está generando problemas que afectan a ciudadanos que se movilizan con frecuencia entre diferentes comunidades autónomas. Entre ellos, problemas relacionados con los fármacos (duplicidades, problemas infra o sobremedicados) ocasionados por defectos en la conciliación de los medicamentos y que potencialmente pueden generar daño a las personas. En este y en muchos otros ejemplos, los potenciales beneficios de la informatización de los sistemas sanitarios se diluyen por la incompatibilidad de los sistemas utilizados en las diferentes comunidades autónomas (7).

Por último, la implantación de la informatización ha sido desigual entre niveles asistenciales. Si bien la HCE y la receta electrónica se han introducido muy precozmente en la atención primaria, de la mano del control gerencialista y el afán de la contención del gasto, en los hospitales ha sufrido retrasos más o menos justificados que han limitado el potencial de mejora de la comunicación y coordinación entre profesionales de la que hacen gala las TIC. La tendencia a disponer de historias unificadas parece, sin embargo, imparable.

Quizá por todos estos motivos, el inicial entusiasmo que acompañó a la implantación de las TIC en la sanidad ha ido dando paso a un estado de escepticismo al contemplar la ingente cantidad de esfuerzo económico y en recursos humanos invertidos para la escasa evidencia de mejoras tangibles en la seguridad y en la calidad de la asistencia prestada (8).

A dónde vamos. Tendencias, oportunidades y amenazas

Las herramientas que se han ido generando en torno a las TIC aplicadas a la salud han evolucionado y han dejado de circunscribirse al ámbito de la consulta clínica. Así, se

pueden agrupar básicamente en cuatro, según su objetivo: 1) almacenamiento, gestión y transmisión de datos, 2) apoyo a la decisión clínica, 3) atención a distancia y 4) comunidades y redes sociales. Es probable que las innovaciones en estos campos modifiquen en cierta manera la forma en que la asistencia sanitaria se pone en práctica en el futuro.

Gestión de datos

Uno de los principales retos será buscar la interoperabilidad de los distintos sistemas informáticos utilizados entre los diferentes proveedores de servicios sanitarios, no sólo en nuestro país, sino en el ámbito de la Comunidad Europea. Este objetivo pasa por buscar estándares compatibles y protocolos que permitan el intercambio de información clínica entre diferentes profesionales y dispositivos asistenciales, así como garantizar la accesibilidad desde cualquier punto a partir de nodos descentralizados. Sin duda, la confidencialidad y la privacidad de datos serán determinantes en este paso, de manera que el paciente decida quién y dónde se pueda acceder a su historial. Asimismo, necesariamente deberá favorecerse que los sistemas de información tengan una disposición más orientada a los profesionales de a pie, dotando a las herramientas una configuración acorde con la forma en que éstos procesan cognitivamente la información y toman operativamente las decisiones clínicas (2). La no intrusividad de los sistemas de registro es otra asignatura pendiente. Los sistemas de reconocimiento de voz, por ejemplo, permitirían al profesional olvidarse del teclado, tendiendo a centrarse más en escuchar y atender al paciente (2).

La actual toma sistematizada, codificada y fragmentada de datos clínicos debe dar paso a complejos sistemas de campos abiertos donde se entremezclarían datos objetivos (hallazgos de exploración, resultados analíticos) y subjetivos (comentarios clínicos, elementos narrativos) en diferentes formatos de datos (texto, imágenes, videos, registros de voz), que luego puedan ser archivados y recuperados con relativa facilidad y efectividad en pequeños segmentos con significado propio y que pudieran estar vinculados entre sí (9). De esta manera se podría conseguir un más rico y fiel retrato del paciente y su biografía (10).

Otro campo de desarrollo serán los portales de pacientes (los *Personal Controlled Health Records*) (11). Repositorios a través de Internet, controlados y mantenidos por el propio paciente, que incluirían datos esenciales de su historia clínica aportados tanto por los profesionales sanitarios como por él mismo (detalles autobiográficos, autocontroles de signos vitales, aspectos vivenciales), y que éste podría compartir con otros pacientes o con expertos a través de comunidades virtuales. Aunque visto como una herramienta que responde a la disposición más activa y empoderada de ciertos colectivos de pacientes, está por ver aún la verdadera capacidad de éstos para asumir la responsabilidad de mantener y custodiar su propio historial clínico. Además, como todo lo concerniente al disfrute de las TIC, la brecha digital puede generar desigualdades en el uso de las historias clínicas personales (12). Por otro lado pueden suponer una amenaza a la exactitud y fiabilidad de los datos en ellos introducidos, aunque también, al ser la propia persona la que controla los datos de su historia, ésta ten-

dería a contener información más relevante y válida desde la óptica del paciente. Tampoco es aún conocido si los profesionales sanitarios van a adoptar el cambio cultural conceptual que suponen estos portales, ni si a la hora de la verdad demostrarán ser coste-eficientes o servirán para mejorar la asistencia sanitaria. Incluso está por ver si cumplirán su promesa de ser elementos que equilibren el juego de poder y control entre profesionales y pacientes y que faciliten la toma compartida de decisiones.

Apoyo a la decisión

Los medios tecnológicos pueden ofrecer sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas en el punto de atención de forma inmediata, tanto para el diagnóstico o para el tratamiento o medidas de salud pública. Suelen presentarse de forma activa como ventanas que informan de alertas epidemiológicas o de farmacovigilancia, así como recordatorios sobre actividades preventivas que procederían ejecutar en función de las variables clínicas del paciente. También se incluirían en este apartado programas complementarios (como el de dosificación de anticoagulantes orales), así como el acceso directo a actualizaciones o guías clínicas basadas en la evidencia.

Aunque la teoría nos lleva a pensar que la disponibilidad inmediata y directa de información sobre las actividades que han demostrado su efectividad clínica mejoraría la calidad y los resultados en salud, después de más de una década de utilización de estos sistemas diversas evaluaciones realizadas no dejan clara esta asociación.

Determinados servicios, como los recordatorios de actividades preventivas y las de administración de medicamentos, parecen mejorar ciertos aspectos del proceso, como mejorar la seguridad del paciente y la adhesión a guías y recomendaciones. Sin embargo, la mayoría de las herramientas no han evaluado resultados en términos de resultados en salud o, si lo han hecho, no han obtenido resultados relevantes o consistentes (13-15).

Entre los motivos por los que este tipo de herramientas no terminan de dar buenos resultados está su bajo nivel de uso, la falta de tiempo, la escasa participación del paciente, discrepancias con la recomendación planteada y problemas técnicos en el sistema. Para que estos sistemas tuvieran más uso y maximizar sus potenciales efectos beneficiosos, lo deseable es que el acceso fuese directo desde el punto de atención, y que se permitiera personalizar los contenidos (a las características y preferencias del paciente y del profesional) y contextualizarlos al ámbito de la asistencia que se trate (atención primaria u hospitalaria). Asimismo, estos instrumentos deben fundamentarse en el razonamiento clínico y el proceso cognitivo que siguen los profesionales sanitarios para tomar las decisiones, y basarse en reglas heurísticas que simplifiquen y hagan más ágil e intuitivo el proceso. Aunque, lógicamente, lo primordial y primero que habría que resolver es la falta de consistencia entre las diferentes recomendaciones de las distintas guías (16) y los problemas de conflictos de interés que los autores de éstas presentan habitualmente (17). La disponibilidad de información local (por ejemplo, prevalencia en el área de cretinismo) se hace imprescindible para poder aplicar juiciosamente los resultados de la investigación biomédica a poblaciones concretas.

Teleasistencia y telemedicina

Los sistemas, programas, utilidades y servicios encaminados a la atención sanitaria a distancia (telemedicina) o a la monitorización remota (teleasistencia) han cobrado un protagonismo creciente, ya que permiten la conexión, directa o asincrónica, entre el paciente o sus familiares con los profesionales sanitarios, siendo en teoría un instrumento para facilitar la accesibilidad, mejorar la autonomía e independencia. Un paso más allá es la domótica, que es una combinación de las anteriores y su integración en la arquitectura del hogar.

La teleasistencia permitiría monitorizar constantes vitales, como la glucemia o el ritmo cardíaco, a través de canales que favorecen a su vez el seguimiento telemático del estado de salud del paciente, el asesoramiento o la emisión de alertas o mensajes periódicos de consejos y el acceso personalizado a información para la promoción del autocuidado. Asimismo, la posibilidad de establecer comunicación directa con el profesional sanitario a través de la línea telefónica o de videconferencia, la activación de dispositivos asistenciales en caso de emergencia (botón de pánico) y la integración con los sistemas de registro electrónico (historia clínica) facilitarían una asistencia domiciliaria tanto por parte de profesionales del primer o segundo nivel asistencial. Se conseguiría no sólo detectar la ocurrencia de situaciones de peligro para la salud, sino anticiparse a ellas gracias a la identificación de una serie de indicadores que permitirían evaluar el riesgo de una forma individualizada y contextualizada.

Con los servicios de telemedicina, por el contrario, se pretende diagnosticar, valorar y tratar personas con problemas de salud en su domicilio o allá donde se encuentren. También se utilizan para la educación médica y la consultoría clínica, siendo especialmente útil para acceder a lugares remotos.

La provisión de estos servicios suele ir ligada a programas cuyos objetivos son el bienestar y la mejora de las condiciones de vida en personas con especiales necesidades, como ancianos frágiles, enfermos crónicos o discapacitados, habitualmente excluidos de este tipo de tecnologías. Pero también están proliferando sistemas diseñados para personas sanas con alto nivel adquisitivo preocupadas por mantener su salud. Tanto en uno como en otro caso, la utilización de estas tecnologías puede tener ventajas e inconvenientes, aunque en el segundo caso la rentabilidad en términos de salud es más baja.

Las evaluaciones iniciales de este tipo de servicios están siendo positivas, pero evidencian que aún estamos lejos de conseguir mejorar el bienestar real y promover verdadera autonomía a las personas a las que están dirigidos estos programas (18), cuanto más resultados clínicos o asistenciales (19). Para lograr mejores resultados será necesario tener en cuenta las verdaderas necesidades de este tipo de personas y adaptar las tecnologías para darles respuesta, y no al contrario, con el fin de mejorar las condiciones de vida y poder actuar sobre diversos determinantes en salud.

Comunidades y redes sociales

Comunidades virtuales, redes y marcadores sociales interactivos, blogs, microblogs y plataformas que los engloban, wikis, mundos virtuales..., todos ellos tienen carac-

terísticas teóricas comunes que fueron definidas por Eysenbach en su ya clásico artículo “Medicine 2.0” (20). La implementación de estos dispositivos y herramientas potencialmente promueve la interacción entre sus participantes (entre los que pueden entremezclarse profesionales sanitarios, pacientes y sus familiares), aumentando la capacidad para poder compartir información y vivencias con otras personas, lo cual proporciona un ambiente de soporte emocional, apertura y de participación colaborativa que contribuye al reequilibrio del control de la información y complementa la asistencia sanitaria que se presta a través de los canales de provisión tradicionales.

La utilidad real de las comunidades sociales virtuales en el mundo de la salud ha sido evaluada en diversas ocasiones, aunque no se han tenido en cuenta generalmente nada más que sus potenciales beneficios y no sus posibles riesgos, inconvenientes y costes. Así, algunos estudios incluso apuntan que pueden mejorar la calidad de vida o los síntomas asociados con el proceso patológico (21), además de variables como la satisfacción y la sensación de apoyo.

Para los profesionales sanitarios, la utilización de las TIC puede ser útil para la comunicación y generación de conocimiento colectivo. Esto pasa por que el trasvase de información sea multidireccional y abierto, sin restricciones ni controles externos. Además, debe ayudar a generar masa crítica y a construir alternativas que traten de resolver los conflictos y contradicciones del sistema. Sin embargo, tras un ilusionador comienzo en el que han proliferado nuevos líderes de opinión independientes empeñados en cambiar el panorama del mundo sanitario al aportar una óptica alternativa de la realidad, los canales habituales de información científica, integrados en ocasiones por grandes corporaciones multinacionales, o bien empresas de nueva creación en busca de nuevas formas de negocio, no parecen querer ceder en su afán de control de la generación de conocimiento: los intentos por centralizar y agregar en pocas plataformas los flujos de información parecen estar creando oligopolios y grupos más manejables donde el discurso sea más conciliador y condescendiente.

Conclusiones y recomendaciones

Es indudable que los cambios acaecidos en los últimos treinta años en los sistemas de información, sobre todo en lo concerniente a la digitalización de los mismos, han aportado importantes ventajas sobre los sistemas aislados de registro en papel y los primeros prototipos de herramientas informáticas. Estos cambios han favorecido tanto al ciudadano como a los profesionales. En síntesis, los puntos fuertes de estos sistemas informatizados son:

- Proporcionar disponibilidad inmediata de la información clínica relevante en el punto de atención clínica.
- Aportar un mayor control de los profesionales sobre la asistencia prestada.
- Facilitar la evolución y el seguimiento de los objetivos y resultados.
- Permitir a los ciudadanos el acceso a sus datos de salud y un mayor empoderamiento de éstos.

- Facilitar la realización de estudios epidemiológicos y a nivel de micro, meso y macrogestión.
- Integrar en un mismo sistema todas las actividades de registro clínico, gestión de agendas y actividad asistencial, comunicación y peticiones de pruebas, y la incorporación de herramientas online que ayuden al diagnóstico y la prescripción de manera inmediata.
- Permitir la planificación y la notificación de actividades preventivas sobre los pacientes individualizadamente.
- Aumentar de manera muy importante las posibilidades de intercambio de información y la colaboración entre profesionales sanitarios y con los pacientes.
- Mejorar, en parte, la accesibilidad al servicio sanitario por parte de los ciudadanos: cita online, correo electrónico, blogs interactivos...
- Permitir el desarrollo y mejora en la continuidad asistencial dentro del mismo nivel asistencial y entre niveles o territorios, tanto nacionales como internacionales, por donde transite el paciente.
- Disminuir los tiempos dedicados a una parte de la burocracia tradicional (papeleo) y las tareas administrativas, especialmente en aquellos entornos en los que se cuenta con receta electrónica y las aplicaciones están más orientadas al desempeño clínico. Sin embargo, este ahorro de tiempo puede ser absorbido por la nueva tecnoburocracia que los sistemas informáticos mal diseñados implican (los clicks).

En cualquier caso, la implementación de estos sistemas de información ha ocasionado una serie de problemas:

- Exige una inversión económica muy importante, que es detraída de áreas asistenciales.
- En general, las historias digitales existentes en España no han sido desarrolladas para la mejora de la actividad asistencial, sino en función de las necesidades gerenciales, lo que se refleja en su arquitectura y servicios disponibles.
- No está comprobado que mejore la asistencia ni los resultados en salud.
- Requiere una inversión de tiempo muy importante en la introducción de datos en los registros electrónicos, a costa de la atención directa al paciente.
- Cambia el entorno de trabajo introduciendo un elemento, el ordenador, altamente distorsionador y con exigencias muy importantes en cuanto a pericia en su manejo y desempeño tecnoburocrático.
- En la práctica se ha aumentado la fragmentación de la HCE, al introducir en la herramienta informática múltiples filtros, accesos restringidos o protocolos específicos para actuaciones o detección de algunos problemas de salud por diversos profesionales.
- Es muy vulnerable a los problemas de confidencialidad dado el alto grado de almacenamiento masivo de datos muy sensibles, a pesar de las salvaguardas instaladas.
- Puede crear una falsa expectativa de control externo de la salud y fomentar la delegación de la responsabilidad individual de los pacientes sobre su propio estado de salud.

Estos sistemas se están utilizando fundamentalmente para medir actividad asistencial, habitualmente se devuelve muy poca información a los profesionales que podría ser útil para la mejora de su práctica, y se está explotando muy escasamente para medir resultados en salud.

La informatización y el empleo de las tecnologías de comunicación en el ámbito sanitario pueden suponer importantes oportunidades para optimizar la calidad ofrecida por los servicios públicos de salud, contribuyendo con ello a mejorar la salud poblacional. Asimismo puede fomentar la democratización y la participación de los ciudadanos y los profesionales, aumentando su autonomía organizativa y asistencial, y adaptándolas a las necesidades locales de salud de la población a la que se atiende. Sin embargo, el actual enfoque gerencialista de la mayoría de las aplicaciones informáticas y de comunicación telemática existentes en nuestro territorio, orientadas al control del gasto y de los aspectos laborales y de productividad de servicios y profesionales, sigue un camino erróneo e ineficiente para conseguir estos objetivos. Sus intereses y objetivos se encuentran habitualmente fuera del ámbito de la salud, y en la práctica han derivado en un instrumento de fiscalización de la actividad asistencial y de cumplimientos de planes administrativos.

Por tanto, nuestra recomendación es que se lleve a cabo un uso inteligente de estas herramientas, aprovechando todo su potencial y fomentando su extensión a todos los ámbitos, desde el domicilio hasta el hospital y la administración sanitaria. Es imprescindible que se avance en la factible línea de adaptarlas a la mejora de la atención clínica, de la comunicación e interacción con los pacientes y entre niveles asistenciales y sociosanitarios, contribuyendo al empoderamiento profesional y ciudadano de la salud.

Para ello parece necesaria la homogeneización de todas las herramientas informáticas existentes en nuestro territorio, de manera que se asegure la compatibilidad y la presencia de la historia clínica digital y los mecanismos telemáticos de información y comunicación en el punto de atención.

Por último, el control social de estas herramientas y el máximo respeto a la confidencialidad de la historia digital es un deber inexcusable en el que se debe mejorar de manera ostensible, dotando a los ciudadanos de un verdadero control sobre la utilización de sus datos.

Bibliografía

1. Irigoyen J. La metamorfosis de la evaluación. *Salud 2000*. 2010; 129: 16-19.
2. Walsh SH. The clinician's perspective on electronic health records and how they can affect patient care. *British Medical Journal*. 2004; 328: 1184-7.
3. Sullivan F. Has general practitioner computing made a difference to patient care? A systematic review of published reports. *British Medical Journal*. 1995; 311: 848-52.
4. Hsu J, Fung V, Robertson N, Jimison H, Frankel R. Health information technology and physician-patient interactions: impact of computers on communication during

- outpatient primary care visits. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2005; 12: 474-80.
5. Baena-Díez JM, Vilató-García M, Vázquez-Lazo EJ, Olivia Byram E, Vidal-Solsona M. Registro del historial farmacoterapéutico de la historia clínica informatizada en pacientes con hipertensión arterial: un nuevo instrumento para valorar la adherencia terapéutica. *Aten Primaria*. 2011 (en prensa): 10.1016/j.aprim.2010.04.018.
 6. Bristol N. The muddle of US electronic medical records. *The Lancet*. 2005; 365 (9471): 1610-1611.
 7. Schnipper JL, Ndumele CD, Liang CL, Carty MG, Karson AS, Bhan I, et al. Effect of an electronic medication reconciliation application and process redesign on potential adverse drug events: a cluster-randomized trial. *Archives of Internal Medicine*. 2009; 169: 771-80.
 8. Black AD, Pagliari C, Anandan C, Cresswell K, Bokun T, McKinstry B, et al. The impact of eHealth on the quality and safety of health care: a systematic overview. *PLoS Medicine*. 2011; 8: e1000387.
 9. Tange HJ, Schouten HC, Kester AD, Hasman A. The granularity of medical narratives and its effect on the speed and completeness of information retrieval. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 1998; 5: 571-82.
 10. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. La historia clínica electrónica: ¿comer sopa con tenedor? *Cuadernos de Gestión* 2004; 10 (4): 175-88.
 11. Steinbrook R. Personally controlled online health data: the next big thing in medical care? *New England Journal of Medicine*. 2008; 358: 1653-6.
 12. Yamin CK, Emani S, Williams DH, Lipsitz SR, Karson AS, Wald JS, et al. The digital divide in adoption and use of a personal health record. *Archives of Internal Medicine*. 2011; 171: 568-74.
 13. Garg AX, Adhikari NKJ, McDonald H, Rosas-Arellano MP, Devereaux PJ, Beyene J, et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes. *Journal of the American Medical Association*. 2005; 293: 1223-1238.
 14. Heselmans A, Van de Velde S, Donceel P, Aertgeerts B, Ramaekers D. Effectiveness of electronic guideline-based implementation systems in ambulatory care settings - a systematic review. *Implementation Science*. 2009; 4: 82.
 15. Owens DK, Bravata DM. Computer-Based Decision Support: Wishing on a Star? *Effective Clinical Practice*. 2001; 4: 34-38.
 16. Frykman V, Beerman B, Rydén L, Rosenqvist M. Management of atrial fibrillation: discrepancy between guideline recommendations and actual practice exposes patients to risk for complications. *European Heart Journal*. 2001; 22: 1954-9.
 17. Guyatt G, Akl EA, Hirsh J, Kearon C, Crowther M, Gutterman D, et al. The vexing problem of guidelines and conflict of interest: A potential solution. *Annals of Internal Medicine*. 2010; 152: 738-41.
 18. Kuneva M. Interim Evaluation of the Ambient Assisted Living Joint Programme. Unlocking innovation in ageing well. Commissioner of Consumer Protection. Eu-

- ropean Commission. Disponible en: http://ec.europa.eu/information_society/activities/einclusion/docs/aal/interim_evaluation_report.pdf. Acceso 18-09-10.
19. Chaudhry SI, Mattera JA, Curtis JP, Spertus JA, Herrin J, Lin Z, et al. Telemonitoring in Patients with Heart Failure. *New England Journal of Medicine*. 2010; 363: 2301-9.
 20. Eysenbach G. Medicine 2.0: Social Networking, Collaboration, Participation, Apomediation, and Openness. *Journal of Medical Internet Research*. 2008; 10:e22. Disponible en: <http://www.jmir.org/2008/3/e22/>. Acceso 18-09-10.
 21. Idriss S, Kvedar JC, Alice AJ. The role of online support communities. Benefits of expanded social networks to patients with psoriasis. *Archives of Dermatology*. 2009;145: 46-51.

CAPÍTULO 15

Luces y sombras en la participación comunitaria en salud

Juan L. Ruiz-Giménez Aguilar¹

Resumen

La participación comunitaria en salud (PCS) constituye una característica del Sistema Nacional de Salud (SNS) español que analizamos dentro del contexto histórico de los treinta años desde la creación de la FADSP (1981- 2011).

El derecho a participar en salud supone reconocer que la población, tanto en un ámbito individual como colectivo, debe lograr una mayor autonomía y responsabilidad en la gestión de lo social, entendiendo a la sociedad como protagonista y responsable de su desarrollo. Nunca ha sido una prioridad política, profesional, ni organizativa y operativa del sistema sanitario español, y ha tenido un desarrollo heterogéneo a la vez que ha estado sujeta, como no podía ser de otra forma, a los procesos dominantes, valores hegemónicos y a las transformaciones económicas, políticas, culturales y sociales vividas en dicho periodo.

Se señalan algunos problemas conceptuales, su enmarque histórico con dos etapas diferenciadas, los cambios y logros más significativos, el marco legal establecido, la introducción de instrumentos de promoción de la salud, actividad comunitaria y los órganos de participación, así como la formación, a la vez que planteamos una reflexión sobre las luces y sombras de la PCS mediante análisis DAFO (dificultades, amenazas, fortalezas y oportunidades) para finalizar con algunas reflexiones sobre su replanteamiento.

Introducción

La participación comunitaria en salud (PCS) se justifica, por un lado, como una necesidad técnica en la mejora de la resolución de los problemas de salud multifactoriales en el marco de una concepción biopsicosocial y ecológica del proceso salud/enfermedad y, por otro, como un derecho democrático en el que el ciudadano, a nivel individual y colectivo, debe adquirir un papel de sujeto activo, autónomo y responsable en los temas de salud y de los servicios sanitarios.

1. Médico de MFYC. Centro Salud Vicente Soldevilla. Territorio Sureste Sermas. Responsable del grupo Pacap Madrid de la So-mamfyc y miembro de la ADSPM. Correo-e: jluis@nodo50.org

Problemas conceptuales

Los conceptos que se manejan sobre participación ciudadana y comunitaria presentan diversas connotaciones e interpretaciones que hacen difícil y complejo su análisis y ello ha sido planteado como uno de sus problemas. Existen aportaciones significativas de autores como Juan Irigoyen (1), Pedro Marset et al. (2), Andreu Segura (3) y M^a José Aguilar (4) que plantean encuadres sin duda de valor.

El concepto de participación comunitaria (PC) aflora en los años 50 promovido por organizaciones internacionales (ONU, OMS, PNUD) y forma parte de una estrategia en la promoción del desarrollo de las comunidades.

El concepto de PCS se formula de forma ambigua e imprecisa y se concreta en diversas conceptualizaciones. Se ha mantenido, en general, en el ámbito de marcos teóricos e ideológicos y ha suscitado vivencias y reacciones dispares según los diversos actores. Su origen lo ligamos en el marco teórico que emerge en los 70 en el ámbito internacional de las organizaciones como la OMS (5-7) dentro de la corriente salubrista de la nueva salud pública y la reorientación de los servicios sanitarios hacia la Atención Primaria de la Salud (APS), tal como señalan Vuori (8) y Ramos et al (9). Pensada inicialmente para los “países en desarrollo” para luego con posterioridad trasladarse al “desarrollado”.

En la tabla 1 se recogen definiciones de PCS, que no son las únicas existentes. El criterio de análisis para diferenciar PCS, intervención comunitaria y acción social en salud radica en quién tiene el protagonismo en salud, como bien señala Irigoyen (1). Podemos establecer varias dimensiones de la PCS o ámbitos a tener en cuenta:

- Ciudadano individual como agente activo de su propia salud. Cambio en el concepto de paciente pasivo receptor de cuidados por el de autonomía, autocuidado y responsabilidad en el uso de los servicios, y en la relación ciudadano-profesional así como con el sistema sanitario como organización. Supone el reconocimiento de derechos y deberes individuales.
- Dimensión política como derecho democrático y su papel en la toma de decisiones en el sector salud, compartiendo poder con los profesionales y la administración sanitaria.
- Dimensión de salud comunitaria (agentes de salud hacia la comunidad) en la que se abordan los problemas de salud desde los determinantes sociales de la salud canalizando iniciativas de cambios sociales, ambientes y contextos, participando en organizaciones ciudadanas, de defensa del usuario, del paciente y sindicales con incidencia en el sector.

Enmarque histórico de la PC en España

La participación es un concepto que adquiere su significación en contextos socio-históricos específicos. De acuerdo con algunos autores como J Irigoyen (10), se podrían diferenciar al menos dos etapas:

1. *Época de transformación democrática, ganancia y consolidación de derechos y primera reforma del sistema sanitario español. Finales de los 70 y parte de los 80.*

Se producen cambios democráticos así como la conquista de un sistema público hegemónico, motivado por la presión y conciencia colectiva en aras al establecimiento y desarrollo del modelo del Estado de Bienestar de la UE, en la que nos insertamos, y la crisis de los sistemas sanitarios a nivel internacional.

Las reformas emprendidas están lógicamente influidas por el contexto nacional e internacional. En esencia se planteaba garantizar por el poder público, mediante financiación pública, el derecho a la salud y asistencia sanitaria de carácter integral, programada y universal a toda la ciudadanía residente en España, orientado a la satisfacción de sus necesidades, con servicios regionalizados con varios niveles asistenciales, con recursos fundamentalmente públicos y la participación de la ciudadanía en el proceso, si bien este elemento no queda bien definido. En esta época, los agentes más implicados en el proceso fueron el movimiento social y sindical, los partidos políticos de izquierda y un sector minoritario de profesionales de orientación más salubrista y con la visión de la APS. La participación se orienta en la construcción de un dispositivo de encuentro entre el sistema sanitario y la población. En esta idea radica el consejo de salud.

Es en la PCS donde se condensan todas las paradojas y ambivalencias de la reforma sanitaria en España. El marcado carácter ideológico de la PCS, la imposición de un modelo externo a la organización sanitaria, la indefinición de aspectos esenciales de los órganos de participación, la inexperiencia organizacional, la no adecuación a las características de un sociedad compleja y en proceso de cambio y las resistencias de la profesión médica al cambio de las prácticas asistenciales hegemónicas del modelo biomédico conducen al fracaso de la reforma planteada.

2. *Reestructuración económica internacional y cambios sociales con la configuración de una sociedad dual y fragmentada. Crisis de crecimiento del capitalismo en su fase de globalización. Irrumpe el neoliberalismo a la vez que se consolidan alianzas internacionales como la Unión Europea.*

En nuestro país se centra en la década de los 90, y se inicia con el conocido “Informe Abril” de 1991, en el que se trazan las líneas por donde dirigir el proceso de la segunda reforma del sistema sanitario, la misión del sistema como productor de servicios y prestaciones, y en donde el salubrista es reemplazado por el gerencialismo, en una gestión basada en la búsqueda de eficiencia y calidad, adoptando el modelo de empresas de servicios e instaurando la clientelización que satisfaga el consumismo y la “libertad” del consumidor, impulso del mercado y orientación hacia la colaboración pública-privada y los procesos privatizadores y su descentralización. Se generan desigualdades territoriales evidentes. Se producen cambios en la correlación de fuerzas de los actores intervinientes con mayor peso de las clases medias y altas así como de los sectores financieros, industriales y empresariales y la tecnoestruc-

tura. En esta fase desaparece prácticamente la PCS y los órganos de participación dentro de las prioridades de la política sanitaria a nivel macro, mezo y micro, permaneciendo únicamente algunas experiencias de salud comunitaria voluntariosas.

Cambios y algunos “logros”

Aprobación y reconocimiento de un marco legal que lo avale

Existe un marco legal que ha sido aprobado de una forma lenta y progresiva en las Cortes Españolas, como se refleja en la tabla 2.

Existen leyes y decretos de las comunidades autónomas. Todas han desarrollado normativas legales sobre tal materia, tanto sobre los derechos de los ciudadanos como sobre órganos de participación de los distintos niveles territoriales, zona básica, distrito o área regional, si bien existen claras diferencias de lo realizado entre ellas y el apoyo político recibido.

En la estrategia AP XXI (11) del Ministerio de Sanidad y Consumo de 2008, en 8 estrategias de las 44 planteadas se recogen objetivos relacionados con lo “comunitario” y la participación, si bien han impregnado poco en las políticas sanitarias de las CCAA y del Ministerio.

Los distintos gobiernos españoles han suscrito los acuerdos internacionales en materia de salud, fundamentalmente la estrategia de “Salud para todos en el año 2000” de la OMS y la del siglo XXI y sus acuerdos específicos para la Región Europea, en donde se insiste en la importancia de la PCS.

Las características definidas en la legislación del Estado y de las CCAA dibujan el modelo de participación siguiente:

- Reconocimiento teórico de los derechos de la ciudadanía en temas de salud y servicios sanitarios y el de la participación como principio general.
- El sistema político, aun reconociendo la constitucionalidad de la participación democrática, opta por potenciar la participación indirecta y delegada y únicamente con carácter consultivo y legitimador del poder.
- En el conjunto del Estado español la competencia legislativa y normativa para la puesta en marcha y desarrollo de los órganos competentes pertenece a los cuerpos legislativos y de gobierno de las CCAA. Una gran mayoría de CCAA ha aprobado legislación sobre el particular, si bien su desarrollo y cumplimiento dejan mucho que desear.
- La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud establece la composición del Comité Consultivo del Consejo de Participación Social del Sistema Nacional de Salud (SNS), órgano dependiente del Ministerio de Sanidad destinado a hacer *“efectiva, de manera permanente, la participación social en el SN”*. Se debe resaltar que en su composición se excluyó a los representantes de los consumidores y usuarios, quedando únicamente representados las administraciones general y autonómica, las organizaciones empresariales y los sindicatos.

- En los órganos de decisión, consejos de dirección y comisiones de participación de área se opta por una representación delegada indirecta a través de corporaciones locales y organizaciones sindicales y empresariales, y su capacidad de poder queda limitada a la obligación de ser consultado e informado, o al posible voto discrepante siempre en minoría respecto a la representación de las administraciones sanitarias. No existe el derecho al veto.
- En general, la legislación autonómica otorga la posibilidad de participación en la política sanitaria (*con nivel decisorio*) a los representantes de las corporaciones locales en los dos niveles superiores de gestión (CCAA y área sanitaria), mientras que los agentes sociales (sindicatos, asociaciones vecinales, asociaciones de consumidores y otros agentes sociales y profesionales, como corporaciones profesionales, entidades científicas, universidades y organizaciones sectoriales de ciudadanos) ven su papel reducido a participar en los órganos de seguimiento (*no decisorio*). El modelo diseñado es poco operativo, más simbólico que real, no resuelve bien quién representa a los ciudadanos y usuarios y la caracterización de la “comunidad”.
- En todo caso es obvio que la existencia de una normativa específica no supone necesariamente su cumplimiento. Creemos que su desarrollo e implantación son heterogéneos y en conjunto muy deficitarios, por lo que puede decirse que existe un déficit generalizado de participación en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- En la última década aparece cierta voluntad política en algunas CCAA de establecer una legislación más consistente y pormenorizada sobre los derechos individuales de los ciudadanos en materias sanitarias como libre elección de recursos, segundas opiniones, garantías de acceso a los recursos...
- Los órganos de participación comunitaria de ámbito territorial de zona o distrito han sido desarrollados legislativamente, de forma lenta y progresiva, en todas las CCAA, pero su puesta en funcionamiento y mantenimiento es muy heterogénea en el tiempo y en la forma y en los contenidos, hasta su desaparición y derogación en el caso de la Comunidad Autónoma de Madrid. En la última década en Aragón (12), Asturias, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha (13), Cataluña, Extremadura, que conozcamos (tabla 3), distintos gobiernos de las CCAA han planteado una evaluación, debate y reforma, pero está pendiente todavía de una implantación generalizada. En estas experiencias se amplían funciones y se introducen nuevos instrumentos de participación como foros participativos, utilización de las nuevas tecnologías de comunicación y los presupuestos participativos (14-16).

Desarrollo de experiencias de un enfoque de “salud comunitaria” en la red del SNS

Antes de nada reseñar que existe en España un proceso amplio de implicación y participación ciudadana en los temas de la salud, denominado “acción social en salud”, comenzando por el ámbito más personal de cuidarse y cuidar al entorno familiar y social como en intervenciones más sociales y políticas.

Señalar también que, aunque el Estado establece la actividad comunitaria como una de las prestaciones sanitarias del SNS, muy pocas CCAA lo han desarrollado en sus contratos programas de gestión y/o en la cartera de servicios.

Si nos centramos en lo realizado en Atención Primaria y desde los servicios sanitarios, sin pretender abarcar la totalidad de lo que engloba la participación y el desarrollo comunitario, nos encontramos desgraciadamente que existen escasos estudios o investigaciones sobre la situación. Señalamos de valor los propiciados por profesionales de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc) y del *Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria* (Pacap) sobre la “Situación de las actividades comunitarias en AP” (17-19) y la investigación FRAC financiada por el FIS, pendiente de publicación. El sistema de registro y de información sanitaria del Estado sobre estas materias SIPES (Sistema de Información en Promoción y Educación para la Salud) del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad es incipiente, poco conocido y todavía con muy escaso desarrollo.

Por otro lado existen algunas redes de actividades comunitarias y de PS de ámbito autonómico (Aupa en Cataluña, Mapa y Observatorio de Salud de AC en Asturias, Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud (RAPPs) y red de Escuelas Promotoras de Salud, Proyectos de Eps Navarra, Escuelas de PS de Andalucía) con apoyo institucional. También en la Semfyc se crea el Pacap (19) como grupo de trabajo permanente destinado al enfoque del trabajo orientado a la comunidad. Se constituye la Red de Actividades Comunitarias (RAC) que agrupa a más de 200 centros de salud que ponen en práctica el enfoque comunitario. En la revisión documental de experiencias de actividad comunitaria (AC) en las que participan los EAP de los centros de salud de España realizada por el Pacap en 2007 (19) se identificaron 472 AC que cumplían criterios. Se identificaron sobre todo en Madrid, Cataluña y Andalucía. La mayoría de las AC documentadas se encuentran en redes y su presencia por CCAA es desigual. Se detecta falta de trabajo intersectorial, escasa participación real de la ciudadanía y poco apoyo de las administraciones públicas.

La PC en Atención Primaria, nivel asistencial en el que mayor desarrollo ha experimentado, se sostiene gracias al voluntarismo y activismo de grupos de profesionales, fundamentalmente médicos con enfoque salubrista y de APS, personal de enfermería y de trabajo social, que ha encontrado apoyo en algunas organizaciones profesionales y ocasionalmente a nivel institucional. Muestran gran heterogeneidad en el conjunto del Estado con diversidad de características de tiempo, duración, continuidad, participantes, objetivos, metodologías utilizadas y calidad propiciada por diversos factores del entorno e internas de los propios profesionales de los EAP.

No se conocen experiencias en nivel secundario de la red asistencial de los Servicios Regionales porque creemos que o no las hay o son excepcionales. Sí existe sin embargo cierta aplicación del enfoque comunitario en las pocas redes de centros de salud de dependencia municipal que quedan, como en el caso de Madrid, Barcelona, o de salud pública de algunas comunidades como Andalucía, Valencia y Madrid.

Se han podido identificar algunas tipologías de actividades comunitarias, que son sintetizadas en la tabla 4.

Las más importantes, en volumen, son las relativas a la educación para la salud en grupos

o en centros educativos. Las mismas están incluidas en la cartera de servicios de AP de la gran mayoría de los Servicios Regionales. Se trabajan comportamientos y estilos de vida, crisis psicosociales en etapas vulnerables, cómo cuidarse en las patologías crónicas y el desarrollo comunitario en salud. A nivel general, la cobertura de tales servicios es baja y, aunque existe gran diversidad de temas y grupos de población abordados, sufren en el momento actual dificultades para su desarrollo. Se piensa que alrededor del 40% de los centros de salud realizan cierta actividad educativa. Las metodologías de Eps aplicadas son de enfoques diversos, preventiva, informativa, educadora, procesos correctores comunitarios, aprendizaje significativo y capacitadora, que no siempre cumplen el objetivo de capacitar en habilidades personales y sociales para los cambios ni cumplen los criterios de valoración de calidad de la PC establecidos por el Pacap (19).

El apoyo a la “acción social en salud” es muy diverso y variado, pero en general son limitadas y cortas en duración. Existen experiencias de acciones de promoción de salud, de abogacía de la salud y movilización social por la defensa y mejora de los servicios sanitarios, efectuadas desde la sociedad civil como en el caso de “plataformas cívicas” y de organizaciones sociales en diversos territorios del Estado (Galicia, Asturias, Madrid, Barcelona, etc.).

La colaboración con los medios de comunicación social es en todo caso puntual.

Los procesos y planes de desarrollo comunitario, considerados como óptimos y de mayor cualificación, se pueden contar con los dedos de las manos en estos treinta años, si bien los consideramos de gran valor. Entre ellos señalamos el Plan Comunitario de Carabanchel, Tetuán y Moratalaz de Madrid; el proceso comunitario del Área 9 de Madrid en Leganés y Fuenlabrada; Plan en Carranza (Ferrol 1987) y Distrito Quinto de A Coruña; Casco Viejo de Pamplona; Palo Blanco (Tenerife) y El Patio, Telde de Canarias; Margen Derecho de Badajoz (2008); Son Gotleu, Polígono del Llevant Pere Garau en Mallorca; Trinitat Nova (1966) y Verdun en Nou Barris de Barcelona, y de participación ciudadana de Avilés. Un referente clave dentro de esta línea de trabajo es Marco Marchioni, que dirige un instituto de formación (20).

Respecto a los que se dirigen a la reorientación del sistema sanitario, los programas de salud de atención integral tuvieron su impulso en la primera época de la reforma de la APS, pero pronto pasaron al olvido y se reconvirtieron en protocolos y guías clínicas para la atención personalizada, las acciones intersectoriales quedaron limitadas a mesas de coordinación de recursos ante problemas de sectores como infancia, mayores dependientes o poblaciones excluidas.

Por último, los órganos de participación, como los consejos de salud de zona básica, prototipo de PC, son de orígenes diversos. En algunos casos la iniciativa partió de las propias comunidades autónomas y son ellas las que han regulado la composición y las funciones de los consejos de salud de zona básica. En otros son los propios equipos de Atención Primaria quienes han promovido su desarrollo, como en el caso de las Unidades Docentes de Medicina Familiar y Comunitaria (21) y EAP con visión más integral y comunitaria (22). Por último, en otros la iniciativa ha partido de los propios ayuntamientos o de las asociaciones de vecinos de la zona.

Se conoce la existencia de algunos consejos de salud en Andalucía, Asturias, Casti-

Illa-La Mancha, Castilla y León, Navarra, Canarias, Madrid y Extremadura, pero no están generalizados (tabla 3).

Se han realizado pocos estudios de evaluación, siendo el más completo el efectuado en Castilla-La Mancha por M^a José Aguilar (23), el de Juan Irigoyen en su libro ya señalado y por Turabian (24-26). Existe un amplio debate sobre su justificación, objetivos, utilidad, funcionamiento, composición y sus fortalezas y debilidades.

Formación de los profesionales de las ciencias de la salud en competencia comunitaria

Lo más importante de lo realizado ha sido la creación de la especialización en dichas materias en los especialistas de MFYC (1979) y de salud pública, así como en la de enfermería con la especialidad de enfermería familiar y comunitaria (2010). Es un logro, aunque la orientación y actitud dominante de los nuevos especialistas es hacia la práctica clínica asistencial individual.

Desgraciadamente se ha avanzado muy poco en la formación tanto en grado como de continuada, en donde el enfoque comunitario aparece de una forma puntual en materias como la metodología en Eps y de intervención social y comunitaria.

Discusión, expectativas y/o recomendaciones

Si bien se han dado pasos indudables en la reorientación del sistema sanitario español, no son suficientes ni acordes con las líneas establecidas y los compromisos adquiridos con la estrategia de la PS.

Para identificar la situación de “*lo comunitario*”, Domínguez y Ruiz-Giménez (27) aportan un análisis DAFO sobre ¿cuáles son las amenazas y oportunidades de entorno y cuáles las fortalezas y debilidades internas a nuestra organización más importante que encontramos para desarrollar este enfoque? (tablas 5 y 6).

Conviene resaltar que **las oportunidades** que nos ofrece el “entorno” son de peso y en especial remarcamos el marco legal vigente del Estado y CCAA sobre la materia, los compromisos adquiridos con la estrategia de PS de la OMS y la Estrategia AP XXI del Consejo Interterritorial. Igualmente, el reconocimiento progresivo del modelo biopsicosocial en la formación de los profesionales, y en la práctica de los servicios sanitarios, la mayor conciencia social y las consecuencias que las transiciones sanitarias, tanto demográficas como las epidemiológicas, educativas y tecnológicas, se afianzan cada vez más dentro del modelo de atención a la salud.

Pero también las “**amenazas**” son relevantes. Entre ellas, en el ámbito político, las políticas neoliberales con el deterioro de lo público, la hegemonía del mercado y el valor dado al consumismo y asimismo las limitaciones para la participación comunitaria del modelo actual de democracia, el poder y los intereses de sus partícipes hegemónicos y el escaso peso real dado a la estrategia de PS.

En el ámbito institucional, la multiplicidad de administraciones y servicios, la prepotencia y el protagonismo hegemónico de las instituciones así como la escasa cultura de la intersectorialidad y la coordinación. En el sector sanitario, las limitaciones y problemas actuales del modelo de Atención Primaria implantado en el Estado, que le han ido apartando del papel central que debiera tener en el SNS.

Por último, en el ámbito social existe dificultad de delimitación de la “comunidad” y su complejidad, la amplia fragmentación y la disparidad de organizaciones así como el proceso de desmovilización social y deficiente capacitación y empoderamiento.

En lo que respecta al ámbito más “interno” de la organización, **las fortalezas** las situaríamos principalmente en lo que supone de enriquecimiento, mayor competencia y satisfacción profesional al aplicar este enfoque en la dinámica de equipo multidisciplinar con su distribución de roles y tareas, y en la incorporación de actividades de PS y actividad comunitaria, así como en la formación en los programas de actuación del EAP.

En contraposición, las **debilidades** más importantes son todavía, a nivel profesional, la hegemonía del modelo biomédico en la formación y práctica de los profesionales de los centros de salud, la deficiente capacitación en dinámicas grupales, educación para la salud, promoción de la salud, participación comunitaria y coordinación, y las actitudes poco participativas de los profesionales así como los miedos y resistencias relacionados con la revisión del rol profesional y la pérdida de poder y protagonismo. En el ámbito organizativo, la sobrecarga de trabajo y masificación de los servicios unida a la excesiva mirada hacia dentro, la deficiente cultura organizacional de los profesionales, las rigideces en la gestión de tiempos, en realización y distribución de tareas y en las dinámicas de los equipos, en el desconocimiento de las necesidades y recursos de la comunidad y la no articulación de mecanismos de escucha.

A modo de conclusión

Es una paradoja que la participación comunitaria se considere un principio fundamental en cualquier texto legislativo a nivel internacional, estatal o autonómico y suela ser un leitmotiv destacado en las intervenciones de todos los políticos, sea cual sea su adscripción ideológica, a la vez que apenas existen medidas concretas y apoyo institucional real que permitan su desarrollo.

Conscientes de las dificultades que supone avanzar en este ámbito, se pueden proponer las siguientes líneas generales:

1. Promover el compromiso y la responsabilidad de la población y de sus organizaciones con su salud y con el sistema sanitario.
2. Abrir un debate en la sociedad sobre el modelo de participación necesario para el siglo XXI. Se recogen los retos planteados en artículos de Ruiz-Giménez (28), de Irigoyen (29) y de Martín-García et al. (30).
3. Desarrollar la legislación sobre participación así como exigir el cumplimiento de las normas de participación social.

4. Garantizar la participación en todo proceso de planificación, gestión y evaluación de las políticas de salud sanitarias y de los centros sanitarios, con suficientes atribuciones y carácter ejecutivo.
5. Fortalecer y apoyar la creación y el desarrollo de las organizaciones de participación social.
6. Priorizar las estrategias de promoción de la salud.
7. Incorporar en las prestaciones del sistema, y en concreto en Atención Primaria, la actividad comunitaria y la Eps con grupos y en centros educativos.
8. Incrementar el gasto sanitario y el gasto social: educación, vivienda, medio ambiente, con prioridad para los programas y actividades destinados a los grupos de mayor riesgo y para disminuir las desigualdades.
9. Incorporar con carácter prioritario dentro de los programas docentes de los profesionales sanitarios la orientación comunitaria, la promoción y la participación.
10. Desarrollar las áreas sanitarias en la perspectiva de la descentralización, la atención comunitaria y participación social.
11. Ampliar la capacidad de *empoderamiento* comunitario e individual, mejorando la información, la formación y el acceso a las instituciones donde se decide la política sanitaria y la gestión de los servicios.
12. Mejorar la situación de la Atención Primaria y potenciar su papel de eje del sistema y de promoción de la salud.
13. Apoyar la acción intersectorial y la coordinación de todos los sectores implicados en la salud.

Agradecimientos

En especial a los profesionales de las comunidades autónomas integrados en la FADSP y en la red de responsables autonómicos del Pacap de la Semfyc que facilitaron información y contestaron al cuestionario remitido para elaborar este capítulo.

Bibliografía

1. Irigoyen, J. La participación comunitaria en salud: una reformulación necesaria, Cáp. 7. p. 183-222 del libro Nuevas perspectivas en Atención Primaria de salud. Díaz de Santos. Madrid, 1994.
2. Sánchez Moreno A, Ramos E, Marset P. La actitud participativa en salud entre la teoría y la práctica. Murcia: Secretariado Publicaciones Universidad; 1994.
3. Segura A. La participación ciudadana, la sanidad y la salud. Ges.Cli Sanitaria 2010; 12 (2), 55-62. Disponible en <http://www.iiss.es/gcs/gestion44.pdf>. Acceso mayo 2011.
4. Aguilar MJ. La participación comunitaria en salud: ¿mito o realidad? Madrid: Díaz de Santos; 2001.

5. Vuori H. La participación comunitaria en Atención Primaria: un medio o una finalidad en sí misma. *Aten Primaria*. 1992; 10 (9): 1036-1048.
6. Ramos, E, Sánchez A y Maset P Paradojas y posibilidades de la participación comunitaria en la Atención Primaria de Salud. I: Problemas históricos. II Alternativas, críticas y emancipatorias. *Atención Primaria*. 1992; 9 (6 y 7): 398-400 y 334-336.
7. Irigoyen, J. La crisis del sistema sanitario en España: una interpretación sociológica. Granada: Servicio Publicaciones Universidad; 1996.
8. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: Estrategia AP XXI. Disponible en http://www.msc.es/profesionales/.../AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf
9. Gobierno de Aragón. Borrador de propuesta del modelo de participación en salud. Sistema de Salud de Aragón. Zaragoza; Publicaciones Gobierno; diciembre 2009.
10. Bleda JM, Santos A, Fernández C. Diseño de un modelo de participación ciudadana en salud en la comunidad de Castilla-La Mancha e implantación del mismo en Area de Salud de Puertollano (2005-2008). *Rev. Adm. SALT* 2008; 6 (4) 699-714.
11. Bleda JM, Fernández C, Santos A., El modelo de participación deliberativa en salud en el Area sanitaria de Puertollano, Ciudad Real. *Evaluación y proyección. Comunidad*. 2010; 12:56.
12. Soler M, March S, Ramos M, Ruiz-Giménez JL, Pérez MJ, Muntaner I et al. Situación de las actividades comunitarias en Atención Primaria. Informe final 2008. Disponible en <http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2008/12/informe-final-pacap.pdf>
13. March S, Bauzá ML, Ruiz-Giménez JL, Soler M, Ramos M. Consideraciones sobre el informe de la situación de las actividades comunitarias en AP. *Comunidad*. 2010; 12: 6-9.
14. Programa de actividades comunitarias en Atención Primaria (Pacap). SEMFYC. 2006. Disponible en www.pacap.net. Acceso 12 mayo 2011.
15. Ramos M, March S, Soler M, Ruiz-Giménez JL, Miller F, Domínguez, J. Revisión documental de experiencias de actividad comunitaria en Atención Primaria. *Gac. Sanit Especial Congreso* 1. 2009; 23 (37).
16. Pacap. Criterios acreditación. Disponible en <http://www.pacap.net/es/criterios.html>) Acceso en mayo 2011.
17. Instituto Marco Marchioni: Disponible en: http://institutomm.ning.com/?xg_source=msg_mes_network. Acceso en 14-5-2011.
18. De la Revilla L, Gálvez M y Delgado A. El Consejo de Salud del barrio de La Cartuja (Granada): Una experiencia de participación comunitaria. *Atención Primaria*, 1985; 2 (2): 63-67.
19. Uriarte A; Ruiz-Giménez, JL. Organización de un centro de salud a partir de la participación ciudadana. El ejemplo del Centro de Salud Vicente Soldevilla. *Atención Primaria*, Marzo 1993; 11 (5): 253-257.
20. Aguilar MJ. Participación comunitaria en salud: balance crítico sobre los consejos de salud y otras experiencias participativas en Atención Primaria. *Comunidad*, 2006; 7: 66-81.

21. Turabián JL. Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en salud. Madrid: Díaz de Santos; 1992.
22. Turabian JL; Pérez Franco B: Actividades comunitarias en Medicina de Familia y Atención Primaria. Madrid: Díaz de Santos; 2001.
23. Turabian, JL; Pérez Franco B. Modelos de participación comunitaria en la salud en el contexto del mercado sanitario. *Atención Primaria*, 1998; 21 (5): 321-324.
24. Ruiz-Giménez JL, Domínguez J. Reflexiones sobre lo “comunitario” en nuestro sistema sanitario. *Aten Primaria* 2006; 38 (8): 421-428.
25. Ruiz-Giménez JL. Participación comunitaria: Documento de discusión sobre un modelo de participación comunitaria en el Sistema Nacional de Salud del Estado español. *Comunidad*, 2005; 6: 62-72.
26. Irigoyen, J. El declive de los discursos comunitarios en la reestructuración de la Atención Primaria en España. En *Expectativas y realidades de la AP en España*, Madrid: Fundación 1º de Mayo. GPS; Cap. X, 2010 p. 221-243.
27. Martín-García M, Ponte-Mittelbrum C, Sánchez Bayle M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gac Sanit* 2006, 20 (Supl. 1): 182-91.

Tabla 1

Conceptos sobre PCS

Participar: Tomar parte en algo con poder para influir en la toma de decisiones.

Comunidad:

“Una agregación social o conjunto de personas que, en tanto que habitan en un espacio geográfico delimitado y delimitable, operan en redes estables de comunicación dentro de la misma, pueden compartir equipamientos y servicios comunes, y desarrollan un sentimiento de pertenencia o identificación con algún símbolo local: y, como consecuencia de ello, pueden desempeñar funciones sociales a nivel local, de tipo económico (producción, distribución y/o consumo de bienes y servicios), de socialización, de control social, de participación social y de apoyo mutuo”.

M^a José Aguilar

Participación comunitaria (PC)

“Es la creación de oportunidades accesibles a todos los miembros de una comunidad y en conjunto a toda la sociedad, para contribuir activamente e influir el proceso de desarrollo y compartir equitativamente los frutos de este desarrollo”.

Naciones Unidas. 1981

Participación comunitaria en salud (PCS)

“El proceso en virtud del cual los individuos y familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propio y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y el comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivos para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de ser beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo”.

Conferencia Internacional de Alma Ata. 1978

Actividad o Intervención comunitaria en salud:

“Toda aquella actividad de intervención y participación que se realiza con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus problemas, demandas o necesidades”.

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Pacap

Acción social en salud

“Acciones relacionadas con el sector salud de múltiples actores, desde organizaciones formales a toda la gama de asociaciones y grupos con un grado variable de formalización y continuidad a los individuos”. Se genera en el exterior del sistema sanitario, es de hegemonía social y se traduce en necesidades que no siempre se hacen explícitas o se resuelven autónomamente. En su más alta expresión es capaz de transformar la organización social y la organización de los servicios.

Juan Irigoyen

Órganos de participación:

Incluye todas las interacciones que tienen lugar en los mecanismos formalizados del sistema sanitario para su gestión como consejos de salud, comisiones de participación, comités de dirección, comisiones de coordinación intersectorial, reclamaciones, etc. Aquí se incluyen una trama de instrumentos muy diversos en los que se deben contemplar la capacidad de control y la toma de decisiones que tienen y mejorar su identificación y valoración. En su forma más madura daría lugar a una coordinación -de alguna forma supeditada- de los servicios sanitarios con la acción social.

Juan Irigoyen

Empoderar (*empowerment*)

“Acción de facilitar que los pacientes ejerzan su poder. Empoderar supone capacitar para permitir tomar decisiones más autónomas, más saludables y también más responsables. Tiene un sentido de “fuerza Interior”, “poder para decidir”, de capacidad para tomar decisiones sobre sí mismo”.

Concepto novedoso y puesto en escena en la Estrategia de PS, ligado a la educación y alfabetización en salud.

Tabla 2**Marco legal estatal de la PCS**

Leyes/ Real Decreto	Articulado	Comentario
Constitución 1978	9,22, 23, 29 129	Reconoce derecho PC como derecho fundamental
26/19 julio 1984 General de consumidores y usuarios	Cap. VI, Arts. 20,21 y 22	Derecho a la participación
7/2/1985 Bases Régimen Local	18, CAAP IV, 69,70,71 y 72	Municipio como cauces para la PC en asuntos públicos
14/1986, de 25 abril, General de Sanidad (LGS)	Cap.I arts. 3,6,9, 10 Cap II-III 53,57,58	Derecho participar en salud Órganos dirección y participación
41/02,14 noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materias de información y documentación	Cap I, arts. 1,2 Cap II, arts. 4, 6... Cap III, IV	Principios básicos Desarrollo derechos y deberes del ciudadano: información, autonomía, intimidad, documentación
16/2003, 28 mayo. Cohesión y Calidad del SNS de 2003	Cap. Pret arts. 1,2 Cap. I art. 12 Cap. V art. 53 Cap. IX	Coordinación y participación Prestaciones comunes AP Sistema información sanitaria Consejo Participación Social
RD 1013/2006,15 septiembre. Se establece cartera de servicios comunes del SNS y procedimiento actualización	Arts. 1, 2 ,6 Anexo 1, 2	Cartera servicios comunes Salud pública y atención comunitaria como oferta de AP

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3

Estado actual de los órganos de participación en AP en el SNS

Comunidad autónoma	Consejo AP Legal(1)	Funcionan (2)	Evalúan (3)	Reformas actuales (4)	Nuevas formas de PC (5)	Actividad comunitaria (6)
Andalucía	No.	No	No	No	Sí	Baja
Aragón	Sí	Sí 30%	Sí	Sí	Sí	Media
Asturias	Sí	Sí aislados	Sí	Sí	Sí	Baja
Baleares	No	No	Sí	Sí	Sí	Media
Cantabria	No	No	No	No	No	Muy baja
Castilla-La Mancha	Sí	Sí 20 %	Sí	Sí	Sí	Media
Castilla y León	Sí	Sí 20%	No	Sí	Sí	Alta
Canarias	Sí	Sí 30%	Sí	Sí	Sí	Media
Cataluña	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Media
Extremadura	Sí	Sí 30%	Sí	Sí	Sí	Baja
Galicia	No	No	No	No	No	Baja
La Rioja	Sí	No	No	No	No	Baja
Madrid	Derogados	Sí aislados	Sí	No	No	Alta
Murcia	Sí	Sí aislados	Sí	No	No	Alta
Navarra	Sí	Sí aislados	Sí	No	No	Alta
Valencia	No	No	No	No	No	Baja
P.Vasco	No	No	No	Sí	Sí	Baja
Ceuta-Melilla	No	No	No	No	No	Muy baja

Fuente: Elaboración propia con ayuda de informantes claves de las CCAA.

(1) Existencia legal de consejos de salud de zona o distrito en normativa vigente.

(2) Funcionan. Se reúnen periódicamente y realizan actividades. Categorías: No, aislados, alrededor del 20-30%, más del 50%.

(3) Estudios de evaluación de los consejos. De la institución o de investigadores.

(4) Reformas actuales de los últimos cinco años: Nuevas normativas, apoyo institucional, innovaciones.

(5) Nuevas formas de PC: Foro pacientes, sistema de información con nuevas tecnologías, escuela pacientes.

(6) Actividad comunitaria: Grado de desarrollo de la AC en los EAP en sus diversas tipologías. Categorías: Muy baja (< 20%), Baja (20-30%); Media (30-50%); alta (50-70%); Muy alta (> 70%).

Tabla 4

Instrumentos de promoción de la salud y actividades comunitarias desarrolladas en el sistema sanitario nacional

Educación para la salud

- Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales y sociales que conduzcan a la mejora de la salud y cambios en los determinantes de la salud.
- Se llevan a cabo consejo y asesoramiento, la Eps individual y la grupal y/o colectiva.

Medios de comunicación social e información

- Elaboración y utilización de información (folletos, carteles, murales, cómica, grabaciones, calendarios...).
- Participación en los medios de comunicación (prensa, radio, TV, Internet), especialmente de carácter local.

Acción social en salud

- Proceso por el cual los grupos, agentes y personas implicados en la promoción de la salud trabajan en la identificación y mejora de aquellos aspectos de la vida cotidiana, la cultura y la actividad política relacionados.
- Propician el contexto comunitario y promueven el desarrollo comunitario, modificación de normas sociales y el trabajo cooperativo en redes, alianzas y plataformas con asociaciones y grupos de distintos tipos.
- Tiene su propia dinámica y el protagonismo es de la comunidad. Los servicios sanitarios contactan con ellos, colaboran, apoyan, solicitan colaboración y asesoran.
- Existen diversas actividades como contactos con diversos tipos de asociaciones, organizaciones y redes sociales, líderes y agentes comunitarios en salud, relaciones con otros sectores sociales y apoyo a los grupos de ayuda mutua.

Procesos y planes comunitarios

- Su finalidad es la de promocionar el desarrollo comunitario integral de la comunidad con la participación necesaria de los tres protagonistas claves, la población, los profesionales y técnicos de los servicios comunitarios y las administraciones.

Reorientación de los servicios sanitarios

- Programas integrales de salud con enfoque promotor. Atención al niño, mujer y mayor. Inclusión en cartera servicios.
- Acciones intersectoriales con procesos de coordinación.
- Programas de mejora de calidad de los servicios con participación comunitaria.
- Formación profesional en PS, EPS, intervención comunitaria.
- Órganos de participación comunitaria como consejos de dirección de Servicio Regional y Área, consejos de salud de zona.

Tabla 5

Entorno: Amenazas y oportunidades**Amenazas****Ámbito político:**

- Neoliberalismo.
- Hegemonía del mercado.
- Consumismo como valor.
- Democracia delegada.
- Distribución del poder en los agentes intervinientes.
- Poco compromiso con Estrategia de PS.
- Escasa asignación presupuestaria al sector y su distribución.

Ámbito institucional:

- Multiplicidad de administraciones y servicios.
- Prepotencia y protagonismo hegemónico de las instituciones.
- Jerarquización excesiva.
- Modelo gerencialista de gestión de los servicios.
- Información limitada y no transparencia.
- Escasa cultura y metodología de participación y coordinación intersectorial.

Ámbito social:

- Fragmentación social.
- Desmovilización social.
- Limitada capacitación en habilidades comunitarias (empoderamiento).
- Diversidad y complejidad de la "comunidad"

Oportunidades**Marco legal vigente.**

Estrategia de PS de la OMS para siglo XXI y la de AP XXI del Consejo Interterritorial Ministerio Sanidad.

La reorientación de los servicios sanitarios hacia modelos más integrados y en especial la reforma de AP y el modelo de EAP.

Actualización en la formación de los profesionales de las Ciencias de la Salud. Nuevos currículos de medicina y enfermería. Especialidades vía MIR. Planes de formación continuada.

Conciencia política y social sobre la participación y el apoyo a los sistemas sanitarios públicos.

Necesidad de reformas democráticas hacia modelos más participativos.

Las transiciones sanitarias que obligan a cambios en el modelo de atención:

- La demográfica.
- Epidemiológica.
- Educativa.
- Tecnológica.
- Económica.
- Política y de derechos.

Tabla 6

Fortalezas y debilidades en el “interno” de la organización

Fortalezas

A nivel profesional:

- Mayor competencia profesional.
- Satisfacción y enriquecimiento.
- Integralidad.
- Redes de actividad comunitaria.
- Programas sociedades científicas.

A nivel organizativo:

- Estructura de los centros.
- EAP multidisciplinar.
- Incorporación al PAS del centro.
- Autoformación continuada.
- Capacidad de autogestión.
- Proceso interno.

Apoyo institucional:

- Incentivación.
- Cartera servicios.
- Formación con recursos.
- Asesoramiento metodológico.

Inserción en la “comunidad”

- Accesibilidad.
- Conocimiento.
- Fichero recursos.
- Sistema de relaciones.
- Acciones conjuntas.

Debilidades

Hegemonía del modelo biomédico.

Deficiente formación y escaso desarrollo de investigación y publicaciones.

Desmotivación.

Miedos y resistencias:

- Revisión rol profesional.
- Pérdida de poder.
- Cuestionamiento capacidad.
- Inseguridad.
- Falta de recursos.
- Invasión de la comunidad.

Organización del centro de salud:

- Rígideces en la gestión y distribución tareas.
- Limitación trabajo multidisciplinar.
- Masificación de los servicios.
- Prioridades clínicas.
- Excesiva mirada interna.
- Deficiencia sistema de registro.
- Ausencias de espacios de reflexión y encuentro.

Lejanía respecto a la comunidad:

- Ausencia de diagnóstico.
- No instrumentos de encuentro y escucha.
- No fichero ni relaciones externas.
- Deficiencias metodológicas.

Recuerdo histórico

CAPÍTULO 16

La FADSP en sus noticias y actividades de los últimos diez años¹

Tomás Hernández de las Heras²

Resumen

En los últimos diez años, la FADSP ha continuado preocupándose de la situación de la sanidad pública a nivel de todo el territorio, denunciando aquellas situaciones que ponen en peligro un sistema sanitario del cual la población española ha expresado su satisfacción, así como proponiendo constantemente aquellas mejoras más importantes para el mantenimiento de un sistema público de salud de calidad.

Intentar realizar un resumen de las actividades en esta última década es una tarea casi imposible, ya que, entre notas de prensa, artículos para publicaciones propias o ajenas, convocatorias, eventos, etc., se han generado más de 1.400 actividades (pongo a disposición de cualquier interesado una relación de todas ellas). Por ello voy a tratar de exponer lo que, desde mi punto de vista, ha tenido más relevancia, destacando los eventos y publicaciones realizados por la Federación, tomando como punto de partida el devenir de la Federación desde el artículo “XX Aniversario de la FADSP” (publicado en la revista *Salud 2000* de noviembre de 2001) y como final la mitad del año 2011. Pido de antemano disculpas por cualquier omisión o error que haya podido cometer.

2001

En la segunda mitad de este año se celebraron las Jornadas sobre Sanidad y Transferencias organizadas por UGT y FADSP, en las que se concluía que no sólo por razones de equidad, sino también de eficiencia era necesario un compromiso explícito y controlado de prestar asistencia sanitaria a toda la población española en cualquier territorio, así como que debía definirse la constitución de la entidad encargada del mantenimiento y control de alguna de las características esenciales de nuestro sis-

1. La relación de las actividades de los veinte primeros años de la FADSP se puede localizar en: De Mingo N, Hernández T. “La FADSP y la sanidad española”. *Salud 2000*. 2001; 84: 21-25.

2. Médico de Atención Primaria, Centro de Salud Buenos Aires, Madrid.

tema sanitario universal. En la misma línea se publica un libro sobre las Jornadas sobre Descentralización y Transferencias Sanitarias, fruto de las aportaciones de las jornadas organizadas por FADSP y CCOO.

A finales de ese año tuvo lugar el Congreso FADSP, en Robregordo (Madrid). Sus debates giraron en torno a modelos organizativos y excelencia profesional; equidad y financiación, y la globalización y la salud.

2002

Conscientes de las consecuencias de la globalización sobre la salud surgidas en el congreso de Robregordo, la FADSP decide formar un grupo de trabajo dedicado a los temas de salud internacional, cooperación, equidad y demás aspectos relacionados con la creciente mundialización de los problemas económicos, sociales y sanitarios. Como primer paso se decidió trabajar sobre la Carta de Derechos a la Salud de los Ciudadanos de la UE.

El 8 de junio se celebró, en Cádiz, la II Jornada sobre Desigualdades Sociales y Salud, en la que se destacó la importancia de avanzar en el conocimiento científico de las desigualdades en salud. Se analizaron las diferencias en este sentido que se dan en barrios de diferentes ciudades, así como su correlación con desempleo, embarazos en adolescentes y muertes por sobredosis.

Los días 8 y 9 de noviembre tuvo lugar el encuentro de las ADSP del norte bajo el lema “Experiencias y políticas de intervención sobre problemas actuales del sistema sanitario público”. En él se debatieron las diferencias legislativas entre las CCAA, los problemas de las listas de espera, la situación sanitaria en Galicia y Euskadi, la importancia del uso de genéricos y la crisis del modelo hospitalocentrista. Se estudió la estrategia de la FADSP ante la política de control/reducción del gasto público en la UE y la carta de derechos de los ciudadanos. Conclusión final fue resaltar la necesidad de continuar profundizando el aunar esfuerzos contra los intentos de privatización del sistema sanitario público.

Entre el 21 y el 24 de mayo de 2002 se celebraron en Palma de Mallorca el XII Congreso de la Asociación Internacional de Políticas de Salud (IAHP) y las XIV Jornadas de Debate de la FADSP. Profesionales de la salud de todo el mundo debatieron sobre el impacto de la economía globalizada en los sistemas sanitarios, los problemas de la salud que sufren los emigrantes y las mujeres o la necesidad de una política de salud europea. De este encuentro salió la Declaración de Baleares en defensa de la Sanidad Pública (SP), y en clave interna se produjo el nombramiento de Calos Ponte como presidente de la FADSP.

El 16 de noviembre se celebra en Barcelona, y organizada por la ADSP de Cataluña, una jornada para reivindicar la participación ciudadana en los consejos de salud. Se constató la necesidad de asumir la responsabilidad de administración y ciudadanos en la pérdida de esta y otras conquistas sociales. La conclusión fue que instituciones, profesionales y comunidad organizada son los tres puntales de la promoción de la

salud, necesitándose reorientar los servicios hacia la participación de los ciudadanos. Por último, en diciembre y en Toledo, la FADSP y la Comunidad de Castilla-La Mancha organizaron unas jornadas bajo el título “La coordinación sanitaria, oportunidad de una ley para el nuevo SNS”. Se destacaron que la equidad y la accesibilidad son más viables desde la descentralización y la necesidad de la creación de un catálogo de prestaciones mínimas para todos los ciudadanos de la UE.

2003

A primeros de año, y fruto de las jornadas sobre el proyecto de Ley de Cohesión y Calidad del SNS celebradas en Madrid, la FADSP publica varios informes sobre la valoración y las propuestas alternativas al proyecto de esta ley, centrándose en aspectos como la financiación, la necesidad de planes de salud y la formación. Asimismo edita un informe sobre los proyectos de Estatuto Marco y de Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, criticando los mecanismos de selección a las jefaturas y la inaceptable excepción de las profesiones sanitarias a la hora de la jornada laboral. El 9 de mayo falleció Pedro Zarco, primer presidente de la FADSP. Implicado en tantos y tantos proyectos, nunca se dejó dominar por dogmatismos y centró su vida en la defensa de diversos colectivos sin obtener ningún beneficio personal.

El 10 de octubre se celebraron en Bilbao las XXII Jornadas de Debate de la FADSP y el XX aniversario de la OP País Vasco. Se puso en evidencia la pérdida de rumbo en las organizaciones sanitarias y específicamente en la Atención Primaria (AP), atendiendo a la escasez de recursos, los cambios de valores de los profesionales, el alejamiento de las necesidades de la población y la pérdida de la promoción. Se propugnó la necesidad de establecer estrategias de cooperación entre sociedades de AP y se apeló a la responsabilidad de los profesionales para coordinarse entre ellos, mejorando el trabajo en equipo y aumentando el compromiso con pacientes y ciudadanos.

En noviembre y diciembre se celebraron en Santiago de Compostela y Palma de Mallorca sendas jornadas sobre evaluación de las fundaciones sanitarias y nuevas formas de gestión. Las conclusiones se centraron en que, por la merma en el personal y las deficientes condiciones de trabajo, estas nuevas formas de gestión no mejoran la eficiencia de los centros sanitarios, sino que incrementan las desigualdades y empeoran la calidad de la asistencia.

La III Jornada sobre Desigualdades Sociales y Salud se desarrolló bajo el título “Paro, precariedad laboral y salud”. Se realizó un recorrido por los aspectos epidemiológicos del desempleo, la relación entre accidentabilidad y precariedad, la exclusión social y los malos tratos en la sociedad actual, haciendo énfasis sobre su clara incidencia en la salud.

Organizadas por FADSP y otras entidades se celebraron en Toledo en diciembre de 2003 unas jornadas de debate sobre “El futuro del derecho a la salud en Europa”. El resultado más importante fue la aprobación de un manifiesto por el derecho a la salud en condiciones de equidad de los ciudadanos de la UE.

A destacar también fue la presentación del estudio de las listas de espera en las CCAA, así como la conferencia “Los efectos sanitarios del embargo sobre Irak”, organizada por FADSP y Médicos del Mundo.

Durante el año, entre las asociaciones se desarrolló una importante actividad. Merecen destacarse las Jornadas sobre Financiación Sanitaria en Galicia, el análisis de las emergencias extrahospitalarias en Madrid y la valoración de la situación de la sanidad pública en esta comunidad, así como la declaración de la ADSP de Valencia ante la política sanitaria de la Generalitat valenciana.

2004

Un hecho que, a mi parecer, resulta de gran interés es que, en el intento de evolucionar dentro de la organización, se crean este año varios grupos de trabajo en FADSP, a saber: de gestión, de AP, de desigualdades, de la mujer y de política sanitaria internacional. Fruto de sus trabajos sale a la luz el libro que prepara un grupo de personas vinculadas a la Secretaría de la Mujer de la FADSP, lleva por título *La violencia contra las mujeres, prevención, detección*, en el que se realizan diferentes reflexiones en cuanto a cómo promover desde los servicios sanitarios las relaciones autónomas, solidarias y gozosas. También, el grupo de trabajo específico de FADSP publica importantes conclusiones sobre la AP del futuro en lo referente a sus innovaciones estructurales y organizativas.

A primeros de año se elaboran tres comunicados de la Comisión de Libertades e Informática, uno sobre la vulneración del derecho a la privacidad por EEUU en los países de la Unión Europea, un segundo advirtiendo del

peligro de la creación de bancos genéticos y, por último, un tercero en el que se alerta sobre el desvanecimiento de los derechos fundamentales frente a la seguridad del Estado.

En mayo se celebran las IV Jornadas sobre Desigualdades Sociales y Salud, debatiéndose la influencia que tienen en ellas los sistemas sanitarios y los cambios demográficos, así como la asistencia sociosanitaria a la población reclusa.

Durante el año, la FADSP se adhiere a la declaración de Toledo sobre Derecho a la Salud de los Ciudadanos de la Unión Europea y apoya y participa en la conferencia internacional sobre Salud Pública y Desarrollo Humano en Centroamérica.

<p>LA POLÍTICA SANITARIA A LA NOVA EUROPA</p> <p>XXI JORNADES DE LA FADSP</p> <p>Organitzades per: Associació Catalana per a la Defensa de la Sanitat Pública (ACDSP-FADSP)</p> <p>Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS)</p> <p>18 - 19 de Novembre de 2004 Residència d'investigadors CHospital 64 Barcelona</p> <p>Amb la col·laboració de: Agència de Salut Pública de Barcelona Regidoria de Salut Pública Ajuntament de Barcelona Consell de Salut Pública de Catalunya</p>	<p>Europa i l'Estat de Benestar</p> <p>La Nova Unió Europea que va sorgir l'1 de maig de 2004, serà l'escenari on es desenvoluparan àmplies transformacions socials i econòmiques que afectaran sense dubte les estructures sanitàries i l'atenció mèdica i farmacèutica dels ciutadans europeus.</p> <p>Per als nous socis, les transformacions poden ser molt més importants degut al seu diferent nivell de vida i a l'eliminació de les fronteres per a alguns serveis sanitaris i per als nous medicaments.</p> <p>Per a la vella Europa les amenaces contra els sistemes sanitaris públics, un dels pilars d'Estat del Benestar, s'agrandeixen i es justifiquen sense prendre mesures que realment millorin la eficiència del sistema.</p> <p>En aquest escenari organitzem aquestes jornades per a conèixer millor els problemes de la nova Europa i per a contribuir al debat sobre el futur en la defensa del dret a la salut.</p> <p>ACDSP-FADSP, CAPS</p> <p>Dijous 18 de novembre</p> <p>16:00 LA NOVA EUROPA I LA SALUT Ignasi Fina Regidor, Salut Pública Barcelona Ma Jose Auber, Filòsofa Manuel Martín, Metge A Primària - SERGAS Modera Roger Bernat</p> <p>18:00: Café</p> <p>18:30 REFORMES SANITÀRIES A EUROPA Marina Gel, Consellera de Sanitat de Catalunya Fernando Lantada, Secretari General de Sanitat MSC Modera Higinio Balzas</p>	<p>Divendres 19 de novembre</p> <p>09:00 DESIGUALTATS EN SALUT Carme Borràs, Metgessa IMSB Roser Pérez, Sociòloga EU Creu Roja Carme Cebà, Ginecòloga A Primària Modera Jordi Delàs</p> <p>11:00 Café</p> <p>11:30 LES ESTRUCTURES SANITÀRIES Carles Ponté, Metge H General Dovedo Luis Capacete, Metge A Primària -ICS Eva Fernández, Presidenta FAVG Modera Carme Vall</p> <p>16:00 POLÍTICA FARMACÈUTICA Joan Rovira, Economista UB Lourdes Gilera, Farmacòloga H Vall Hebron -ICS Alexandre Blouise Duplan, C. Europa Medicamentos Modera Assaí Amelivia</p> <p>18:00 Café</p> <p>18:30 LA FINANCIACIÓ DE LA SANITAT Antoni Barberà, Metge Regidoria Salut Pública Mariano Sanchez-Raya, Metge FADSP Vicent Navarro, Catedràtic de Politiques Públiques i Societat de la UPF i IJBU Modera Josep Adriansolo</p> <p>Disàbte 20 de Novembre (FADSP)</p> <p>Reunió anual de la FADSP</p> <p>9:00 Reunió Grup de Treball: A. Primària Internacional Farmàcia</p> <p>11:00 ASSEMBLEA DE LA FADSP</p>
---	---	---

I JORNADA/DEBAT DE LA PLATAFORMA EN DEFENSA DE LA SANITAT PÚBLICA DE CATALUNYA

**Dissabte 24 d'abril
Ateneu de Cerdanyola del Vallès
C/ Indústria 40
De 9:30 a 14 hores**

Anàlisi de la situació de la Sanitat Pública a Catalunya després dels canvis polítics

Els més de vint anys de governs de dretes han deixat una Sanitat Pública greument malalta.

Ara més que mai hem de coordinar esforços per a:

- Aconseguir que se posin ràpidament en marxa les promeses electorals dels nous governants a favor de la sanitat pública.
- Evitar que les polítiques europees posin en perill el model sanitari que volem.

PROGRAMA

1. Conferència introducció al debat
 - Congrés del Fòrum General de Serveis de la Organització Mundial del Comerç (OMC) en relació a la privatització de la sanitat pública.
Ponent: Miquel Miras
 - El dret a la salut al Projecte de Constitució Europea.
Ponent: M^{re} José Auzat
 - Diferents models de gestió a Catalunya.
Ponent: Toni Tuà
2. Debat obert.
3. Conclusions de la jornada.

Per tal de preveure el número de participants a la Jornada us demanem enviar a la plataformasantat@lafavb.com un correu amb el vostre nom, telèfon i e-mail.

També podeu trucar al telèfon 93 412 76 00 o consultar: www.lafavb.com

Plataforma en Defensa de la Sanitat Pública de Catalunya:

ACCIOA, Assoc. Planificació Familiar de Catalunya, ATTAC, BATZAC, CAPS, CAPSA, CIB, COCOS, UGT, CO 3RS, COFRIC, Coordinadora de Salut, Els Verdes-Esquerra Ecològica, EN LLUITA, ERG, ELM, Associació Catalana en Defensa de la Sanitat Pública, FAN, Federación ProUrgencia, ICN, Intermunicipal de Catalunya, Intermunicipal CSC, Junta Personal Primària Bon, Maria Mundial Dona Bon, PCPC, Plataforma en Defensa de la Sanitat Pública Bon, PCPC, PCPC, IRIE, TAMBÀ Assoc, Bonas Contra Violència Familiar, UGT, USCOB, USOC, Plataformes en Defensa de la Sanitat Pública de Mollet, de Cerdanyola, de Maresme i de L'Hospitalet de Llobregat.

Dentro de las diferentes asociaciones se edita el documento sobre la situación laboral en las fundaciones sanitarias en Galicia y se celebra en Oviedo el curso de verano “El servicio de salud: entre los derechos y los conflictos de intereses”, abordándose aspectos de farmacia, integración de cuidados de salud, provisión y gestión e investigación en los servicios de salud. En Madrid se realiza un exhaustivo estudio sobre la evolución de las listas de espera en la región. De gran interés resulta la participación de diferentes miembros de FADSP en la redacción de un análisis de las fundaciones en la revista *Cuadernos de Atención Primaria*.

En noviembre se celebran en Barcelona las XXI Jornadas de la FADSP bajo el lema “La política sanitaria en la nueva Europa y el Estado de Bienestar”. En

ellas se debatieron diferentes temas como la Constitución Europea, la política farmacéutica, los cuidados sociosanitarios y las desigualdades.

Por último, FADSP interviene en otros eventos como son las Jornadas de Análisis de la Política Farmacéutica en Madrid, el debate “El hospital que queremos” en San Fernando de Henares y las Jornadas Plataforma de Defensa de la SP en Barcelona.

En su línea de diálogo con otras asociaciones, FADSP y semFYC promueven un acuerdo basado en el compromiso de los profesionales y la participación de los ciudadanos y presentan un documento de propuestas para el futuro Pacto de la Sanidad. En este último, ambas entidades apuestan por un sistema sanitario que no pase por alto la prevención en beneficio casi exclusivo de la curación y que sepa implicar al paciente en la toma de decisiones, y en el documento *Pacto por la Sanidad Pública* proponen una mejor gestión en la selección y prescripción de medicamentos, un impulso a la AP y una asistencia más orientada a las necesidades de la población.

En la misma línea de trabajo conjunto se publica la declaración de UGT y FADSP criticando las nuevas formas de gestión y las concesiones administrativas, resaltando los perjuicios que conllevan sobre población y profesionales.

2005

Se cumple este año la edición del número 100 de *Salud 2000*, revista de FADSP que ha mantenido su espíritu inicial de análisis y evaluación de la política sanitaria a nivel nacional e internacional.

A través de los últimos años la sombra del copago ha aparecido periódicamente en el debate sobre la financiación de la sanidad española. En este año aparecen varios informes y artículos de FADSP sobre este tema que surgen como notas de prensa, comunicaciones a congresos, etc. Otro aspecto importante desarrollado en esta

época es la valoración que FADSP realiza sobre el Plan Estratégico de Política Farmacéutica. Considerándose en lo esencial positivo, aunque se echan de menos algunos avances más profundos como lo relacionado con el sistema retributivo de las oficinas de farmacia.

En tiempo de debate sobre desigualdades y su influencia en la salud, la revista *Salud 2000* inaugura una sección de información al respecto, centrándose en aspectos como mujer, trabajo, tabaco y obesidad.

En abril, la ADSP de Ceuta celebra las III Jornadas de Salud Pública, donde se estudian temas como vacunaciones, desinfección, incidencia de tuberculosis e insuficiencia renal crónica, además de debatir las características de la sanidad local centradas en la necesidad de un Plan Integral de Salud en Ceuta.

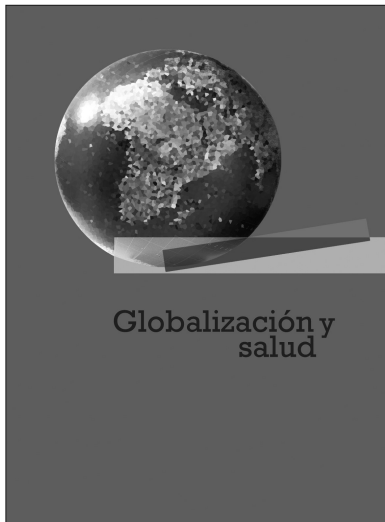
El 23 de abril se dio un importante paso en el desarrollo de la AP al formalizarse el

“compromiso de Buitrago”, documento que insiste en la importancia de tener siempre presente la meta del sistema sanitario público en resolver los problemas de salud de forma eficiente, equitativa, humanista y satisfactoria, particularizándose en la recuperación de una AP cuyo abandono es notorio y progresivo; la FADSP se adhiere a este evento de una forma predominante. Asimismo nace el I Foro Médico Nacional de AP, con la implicación de FADSP a través de la Plataforma 10 Minutos, sobre la base de elaborar una imagen simultánea del sector basada en la fortaleza, la claridad de ideas, el compromiso con el paciente y la sociedad y la búsqueda de la mejor alternativa en lo científico, político y profesional. En este sentido, y en marzo, nace el libro *AP del Futuro*.

Es el año de la alarma social injustificada creada por la Consejería de Sanidad de Madrid por las sedaciones presuntamente irregulares en el Hospital Severo Ochoa de Leganés. Diversas tomas de posiciones de la FADSP se publican en diferentes foros, defendiendo la actuación de los profesionales implicados.

Destacan en este año los informes sobre el papel del sistema público de salud y de la AP, la participación de los ciudadanos en el sistema sanitario y la integración de los cuidados de salud, además de realizarse una nueva comparación entre los servicios de salud de las CCAA.

Durante los meses de marzo y abril se desarrolló el ciclo de talleres y conferencias “Salud, enfermedad y cultura”, organizado por la ADSP de Euskadi, dirigido a los profesionales de AP, para debatir sobre interculturalidad, género y antropología de la salud. En mayo se celebran las V Jornadas sobre Desigualdades Sociales y Salud, planes de salud, atención al anciano debatiéndose las repercusiones sociopolíticas del envejecimiento y la salud.



Promovida por la ADSP catalana se desarrolla en junio la jornada de “Globalización y salud: alternativas a la industria farmacéutica”, debatiéndose aspectos como propiedad, investigación e innovación y globalización y uso de medicamentos.

En mayo se celebra en Madrid la jornada FADSP sobre los sistemas de salud en la perspectiva de 2020, destacando conclusiones como la progresiva medicalización de la sociedad y, por tanto, el previsible aumento de la iatrogenia, el gasto farmacéutico, la necesidad de participación en la gestión de los profesionales y la mejor preparación de los sistemas sanitarios públicos para integrar la atención sanitaria.

Como fruto del interés de la FADSP por desentrañar las consecuencias que tienen sobre la salud las estrategias globalizadoras neoliberales, se edita en marzo el libro *Globalización y salud*, donde se expone el discurso alternativo al dominante, defendiendo un desarrollo mundial sostenible y respetuoso en los valores de la paz, solidaridad, lucha contra la desigualdad y protección social.

En noviembre, FADSP e IAHP organizan la mesa sobre la salud en Europa y África dentro del XI Congreso SESPAS sobre salud pública y administración sanitaria bajo el título “La salud sin fronteras, el continente europeo”.

También en noviembre se celebra el Congreso FADSP y las XXII Jornadas de Debate sobre SP: “El SNS después de las transferencias”. Aspectos debatidos fueron el desarrollo de los Servicios Autonómicos de Salud, la financiación y cohesión territorial, la formación especializada en el SNS y los modelos de carrera profesional.

Otros eventos que se desarrollan durante el año fueron las jornadas de debate: “Propuestas por un modelo de SP de calidad”, las XXII Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública “El SNS después de las transferencias”, la jornada “Impacto de las formas de gestión en la cohesión del Sistema Sanitario Público”, la jornada “Los nuevos hospitales de la CAM, perspectiva municipal”, y la jornada sobre la Ley del Medicamento.

2006

Se cumplen 25 años de la FADSP como foro de participación activa por la transformación sanitaria, destacándose los grandes retos futuros en el trabajo de la Federación, como son la geriatría, la salud mental, farmacia, hospitales y AP, coordinación entre niveles, atención sociosanitaria y la participación social y profesional.

En marzo se celebra en Barcelona una conferencia debate sobre el Proyecto de Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento organizada por la ADSP catalana, concluyéndose la necesidad de potenciar la utilización de genéricos, la polémica sobre la reducción de precios del 20%, sanciones y territorialidad, con escasas atribuciones a las CCAA.

FADSP publica un informe sobre el proyecto de decreto de Cartera de Servicios Básicos y Comunes para todo el SNS, donde se destacan aspectos positivos (papel del Consejo Interterritorial, actualización de la Cartera de Servicios, inclusión de salud ambiental, laboral y alimentaria, y violencia de género) y otros negativos (escasa mención a la coordinación entre niveles y nula a la segunda opinión especializada).

En marzo se publica el informe SESPAS “Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado”, con intervención de FADSP, en el que se analizan las consecuencias de la sociedad de consumo en la salud de las poblaciones.

En mayo se celebra en Madrid la Jornada sobre la Ley del Medicamento, considerándose un paso positivo, aunque quizás insuficiente, en su regulación.

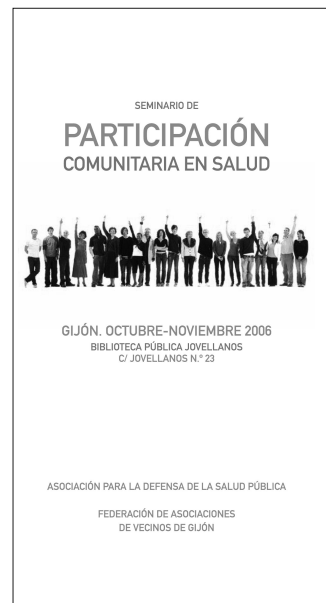
En las VI Jornadas sobre Desigualdades Sociales y Salud: “Alimentación y salud, pobreza y exclusión social”, celebradas en mayo en Cádiz y organizadas, como las anteriores, por la ADSP de Andalucía, se habló de la pobreza, la dependencia y el aislamiento como vectores más importantes en la exclusión social, así como se criticó “la segunda modernización de Andalucía” como la acentuación de la subalternidad. En este año se desarrollan diferentes actos de concienciación sobre la pobreza, como la Semana de Movilización contra la Pobreza, diferentes manifestaciones en muchas ciudades y el consecutivo manifiesto contra la pobreza; en todos ellos la FADSP tiene un papel relevante.

Un año más se publica en noviembre el “Informe sobre la situación de la salud y de los servicios sanitarios de las CCAA”, detectándose muy importantes diferencias en el nivel de salud y en el funcionamiento y recursos, además de proponerse recomendaciones basadas en el tratamiento de la información, desarrollo de un Plan Integrado de Salud, la necesidad de aumento de los fondos de cohesión y de evaluar las desigualdades de salud.

Se edita el folleto sobre participación comunitaria, destacándose la necesidad de profundizar en su desarrollo hasta conseguir que sea real.

En marzo se publica el segundo informe de comparación de los servicios de salud de las CCAA, basado en 17 criterios diferentes como gasto per cápita y farmacéutico, camas, recursos humanos, valoración por los ciudadanos, presencia de nuevas formas de gestión, habitantes por médico en AP, etc., y en noviembre se edita el informe sobre política sanitaria en la Comunidad de Madrid, en el que se realiza un estudio crítico y pormenorizado de recursos económicos, la inexistencia de un plan de salud, los riesgos que para la confidencialidad representa el almacenamiento de los datos clínicos en una megabase única, el abordaje inadecuado de una nueva zonificación, la falta de políticas sanitarias activas que tienen en cuenta la variable del género, el retroceso en el desarrollo y progresiva privatización de la AP, la falta de participación en la gestión, presión asistencial y política de personal de la atención hospitalaria, la casi inexistente atención sociosanitaria y la modificación de las urgencias.

De máximo interés son las publicaciones de la campaña de formación e información que lleva a cabo en noviembre la ADSP de Euskadi y sobre el análisis del estado de salud de la población del Área I de Madrid que organiza la Plataforma en Defensa y Mejora de la SP de la zona, donde está integrada la ADSP de Madrid.



En noviembre se desarrollan las XXV Jornadas de Debate de la FADSP sobre SP en Santiago. Aspectos debatidos fueron las necesidades de los profesionales, la necesaria especialización, desigualdades en salud, la priorización del retraso en la institucionalización de los mayores. Se realizó un emocionado homenaje a Diego Reverte por su encendida defensa de la SP muchos más años de los 25 que cumplía la FADSP este año y se nombra a Carmen Ortiz Ibáñez presidenta de FADSP

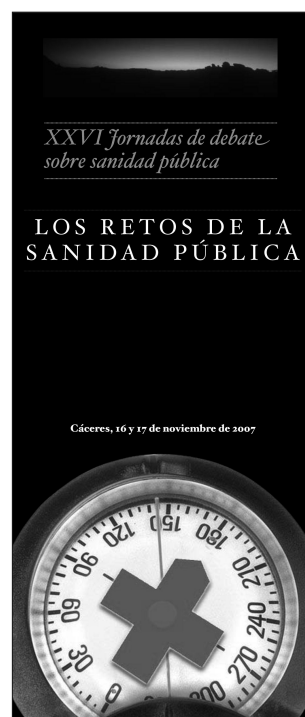
Otros actos de interés que se celebraron en 2006 fueron la charla-debate “Efectos de la globalización sobre la salud” en Madrid, el seminario que sobre participación comunitaria se celebró en Gijón, la jornada “La AP frente a los efectos secundarios del progreso”, organizada por la ADSP vasca en Bilbao, la jornada sobre SP “¿Son necesarios los consorcios?”, organizada por la ADSP aragonesa, la Jornada sobre Financiación Sanitaria celebrada en Santiago de Compostela y el III Encuentro de la Plataforma Gallega 10 Minutos.

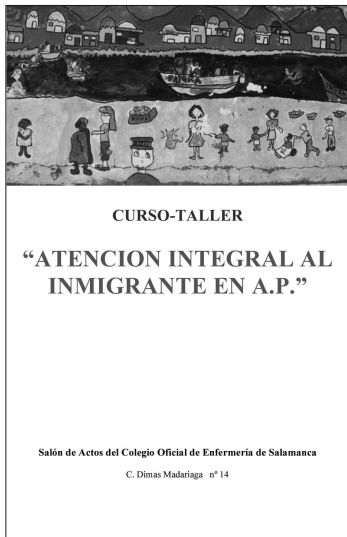
Se edita el libro *La sanidad en la Comunidad de Madrid, 2006*, con una visión crítica sobre su progresivo deterioro, proceso que seguirá en aumento, entre otros hechos, con la constitución de empresas públicas para la gestión de los nuevos hospitales previstos.

2007

Las iniciativas de financiación privadas dominan el debate a primeros de año, por lo que surgen sendos informes a través de la FADSP. Se destacan aspectos positivos (entrega de obra en tiempo estipulado, evita desviaciones presupuesto, se gana especialización en los proyectos) y negativos (costes mucho más elevados, los gobiernos quedan hipotecados durante años, se renegocian las financiaciones de los proyectos, incrementándose aún más los costes, los hospitales no son planificados para atender las necesidades de la población sino para evitar riesgos económicos para las empresas adjudicatarias, etc.), además de compararse la evolución española a los resultados de similares políticas en el NHS inglés. También surgen informes sobre la gestión privada en Cataluña, concluyéndose que lo que legitima y refuerza los servicios públicos es la capacidad de dar servicios de calidad al ciudadano.

En febrero se celebra la jornada de debate sobre gestión privada de los hospitales públicos en Madrid, auspiciada por CCOO y FADSP. Se destaca el riesgo que supone el nuevo modelo de financiación de la sanidad que amenaza la equidad del sistema, y se sospecha que pueda





acabar en un nuevo mercado de favores económicos y políticos.

En marzo, y organizado por FADSP y la Consejería de Sanidad extremeña, tiene lugar un seminario sobre la evolución solidaria de los servicios autonómicos de salud, destacándose la disociación que hay entre riqueza y decisiones políticas, los problemas de financiación, la necesidad de mejora de la eficiencia global así como la calidad, la seguridad y la orientación más social.

Dentro de las VII Jornadas sobre Desigualdades Sociales y Salud, celebradas en Cádiz, bajo el lema “La salud y la desigualdad social y de género en Andalucía”, se presentaron diversas conclusiones: persistencias del latifundio andaluz, necesidad de una reforma agraria andaluza y de vigilancia en la aplicación de la Ley de Dependencia. Fruto de estos debates se edita el primer informe sobre este tema

(INDESAN-1), centrándose en los orígenes de la pobreza en Andalucía, las desigualdades sociales en la mortalidad de la región, el género como determinante de desigualdad en salud y utilización de servicios sanitarios, así como en la distribución de los determinantes sociales de la salud. En octubre se celebra en Madrid un encuentro de profesionales de AP sobre sus valores tradicionales, los contenidos del plan estratégico para su mejora consensuado en Galicia, los sistemas de información en el medio y la situación actual de los profesionales.

Se edita por la ADSP de Euskadi el libro *Introducción a la antropología de la salud*, en torno a aspectos como la atención sanitaria alternativa, la desigualdad de género, las adicciones, el determinismo biomédico o la relación antropología-epidemiología.

En noviembre salen a la luz interesantes informes y posicionamientos de FADSP sobre la situación de la enfermería en Europa, la prescripción enfermera, sobre el uso y

disfrute de los incentivos en AP, y los ya clásicos informes sobre la evaluación de la sanidad y del gasto farmacéutico en las CCAA.

También en noviembre se celebran en Cáceres las XXVI Jornadas de Debate sobre SP: “Los retos de la SP”, con diferentes mesas que trataron temas como la planificación y la gestión, análisis de las prestaciones asistenciales y retos tecnológicos. En el Congreso FADSP consecuente se constata el aumento de actividad de la Federación, su mayor presencia en los medios y la necesidad del debate futuro sobre glo-



balización, privatización, cohesión, actividades académicas, política farmacéutica y análisis de la inmigración.

Otros eventos de interés son el curso de formación y capacitación de agentes sociales para el desarrollo y la participación de los ciudadanos en la política sanitaria y en la gestión asistencial, la mesa redonda celebrada en Madrid “La Inspección de Servicios Sanitarios en el Sistema Nacional de Salud (SNS)” y el curso sobre globalización y medicamentos que tuvo lugar en Barcelona.

2008

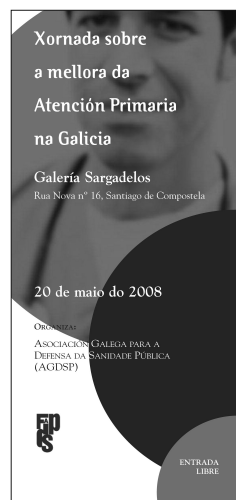
Comienza el año con el informe FADSP sobre la financiación del SNS, en el que se constata que uno de los principales problemas es la falta de información sobre las necesidades reales de salud de la población, por lo que la nueva financiación deberá obedecer al análisis de dichas necesidades objetivas en cada comunidad autónoma. Asimismo se presenta una estrategia de futuro para la AP centrada en la necesidad de liderar cambios que fortalezcan su protagonismo en el sistema sanitario, a través de la ampliación de la oferta de servicios y el progreso en la eficacia.

En el creciente debate entre hacer con el paciente “todo lo que puede hacerse” o “lo que debe hacerse” se publica el informe “Voluntades anticipadas versus instrucciones previas en AP”, en el que se destaca que respetar la autonomía de las personas pertenece al principio de no maleficencia y es por tanto exigible, además de que facilitar información para que las personas puedan decidir es marcador de excelencia profesional.

Otro informe de interés es “La sanidad en los momentos de crisis”, en el que se afirma que debe cambiarse el modelo actual de financiación, basado en impuestos que gravan el desarrollo y la actividad económica a nivel autonómico, por otro de naturaleza más equitativa.

En febrero se inauguró la primera jornada sobre salud y sociedad organizada por ADSP Madrid y CCOO, concluyendo en la necesidad de mejorar la gestión y racionalizar los recursos sin olvidar los fundamentales factores humanos.

Promovida por FADSP contra el acoso que los médicos sufren por parte de la industria farmacéutica, se constituye la plataforma “No, Gracias”, que es presentada en el mes de marzo.



Xornada sobre a mellora da Atención Primaria na Galicia

Galería Sargadelos
Rúa Nova nº 16, Santiago de Compostela

20 de maio do 2008

ORGANIZADA POR:
ASOCIACIÓN GALIÇA PARA A DEFENSA DA SANIDADE PÚBLICA (AGDSP)

FADSP

ENTRADA LIBRE



Jornada sobre Inmigración y Salud

Dirigido a profesionales de la salud y entidades y organizaciones que trabajan en temas relacionados con inmigración y salud

Madrid, 4 de diciembre de 2008

Hotel Colón (Salón Ingeniero Denaro)
C/ Pez Volador, 1-11

Organiza **FADSP**

Colabora **FEGAS**
Federación Española de Geriátricos y Gerontólogos

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)

Este año, a propuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo, se concede a FADSP la Encomienda con placa de orden civil de Sanidad dedicada a las asociaciones destacadas por su labor al servicio de la SP. Decenas de profesores universitarios, actores, escritores, directores de cine y otros intelectuales son algunas de las 44.000 personas que apoyan el manifiesto en defensa de la SP que auspicia FADSP junto con otras organizaciones y grupos sociales y que fue presentado al Ministerio de Sanidad en mayo. Más adelante, la Federación redacta el informe "Privatización de la Sanidad Pública, responsables y consecuencias".

También en mayo se celebran en Bilbao las Jornadas XXV de la ADSP de Euskadi con el lema "La defensa del derecho a la salud, una tarea permanente", en la que se trataron temas como la medicalización de la vida, el derecho a la IVE, el derecho a una muerte digna, etc.

Ese mismo mes se celebran las ya clásicas VIII Jornadas sobre Desigualdades Sociales y Salud, como fuente de ruptura de justicia y equidad.

Se publica el libro colectivo

Los profesionales de la salud en España, que trata de analizar la adecuación de profesionales a las necesidades del SNS. Incluye el déficit de médicos y enfermeras en AP, la falta de homogeneidad en el reparto de profesionales en España, la emigración de éstos y la necesidad de volver a la dedicación exclusiva.

En los últimos años crecen los incidentes violentos en los centros sanitarios, tanto agresiones a profesionales como distintas formas de exigencias o demandas desmesuradas. Es por ello que FADSP publica un par de informes que critican estas actuaciones y propone fórmulas para minimizarlas.

Ante los crecientes ataques a la SP en Canarias se forma la ADSP de esas islas, que en los próximos años deberá realizar importantes movilizaciones contra los intentos crecientes de privatización. Inicia sus trabajos con el manifiesto para la defensa de la SP en Canarias.

La jornada de debate FADSP sobre AP celebrada en Madrid en octubre analizó el



VIII Jornada

DESIGUALDADES SOCIALES y SALUD

Cádiz, 24 de Mayo de 2008
 Facultad de Ciencias Económicas (UCA). (Antiguo Hospital de Mora)

Organiza:
Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP). Andalucía

* Información
 956254669; lolamaru@telefonica.net

Colaboran:
 • Sociedad Española de Epidemiología.
 • Universidad de Cádiz.

TEMAS a DEBATE :

- **DESIGUALDADES y SALUD en ANDALUCÍA.**
- **DETERMINANTES de las DESIGUALDADES.**
- **POBREZA en ANDALUCÍA.**

Declarada de interés científico-sanitario. Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

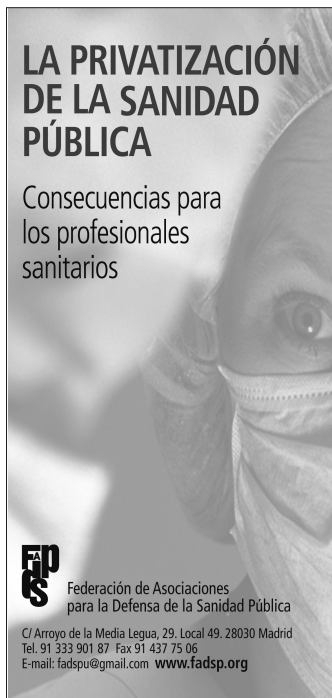


**PRIVATIZACIÓN
DE LA SANIDAD
PÚBLICA**

Responsables y
consecuencias

FADSP
Federación de Asociaciones
para la Defensa de la Sanidad Pública

C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid
Tel. 91 333 901 87 Fax 91 437 75 06
E-mail: fadspu@gmail.com www.fadsp.org



**LA PRIVATIZACIÓN
DE LA SANIDAD
PÚBLICA**

Consecuencias para
los profesionales
sanitarios

FADSP
Federación de Asociaciones
para la Defensa de la Sanidad Pública

C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid
Tel. 91 333 901 87 Fax 91 437 75 06
E-mail: fadspu@gmail.com www.fadsp.org

efecto de la crisis en los servicios públicos debido a las medidas restrictivas al gasto público, el aumento de los Presupuestos Generales del Estado por debajo de la inflación y la menor recaudación por impuestos indirectos por la reducción de la capacidad de gasto de los ciudadanos.

Otras publicaciones de interés en 2008 son el informe sobre los presupuestos sanitarios de las CCAA, la petición de la reversión del patrimonio de la Seguridad Social cedido a la Comunidad de Madrid y los informes sobre diversos atentados contra la gestión pública de la sanidad en esta región (Área única, cambios en la regulación de la libre elección de médico y centro, privatización de los nuevos hospitales –tema del que se edita el folleto “Privatizando lo que es de todos”–, acuerdo Consejería y la Iglesia católica para la integración de sacerdotes en los comités de ética y la desaparición de la Dirección General de Salud Pública). En cuanto a otros eventos destacan la jornada “SP madrileña, la oportunidad para la salud de todos/as”, la charla-debate contra la privatización sanitaria en Zaragoza, las jornadas sobre la mejora de AP en Galicia, las jornadas de debate sanitario “Situación y mejora de la atención hospitalaria en Galicia”, en Santiago.

Asimismo se celebran en Madrid las Jornadas sobre Inmigración y Salud con diferentes mesas cuyas conclusiones fueron que los inmigrantes aportan más dinero que gastos realizan en el sistema sanitario, que las enfermedades que presentan son iguales que las de la población española con similar renta, aunque las diferencias estriban en que los inmigrantes suelen ser más pobres y que la demanda de asistencia es menor entre inmigrantes que entre españoles, aunque la percepción de los profesionales es justo la contraria. Por último, en las XXVII Jornadas de Debate sobre SP, celebradas en Zaragoza en noviembre, se repasaron temas candentes como los mecanismos de participación ciudadana, conflictos artificiales que se plantean en relación a la salud con la excusa de la inmigración y papel de la industria farmacéutica. Carmen Ortiz fue reelegida presidenta de FADSP por otros dos años.

2009

Comienza el año con la edición del informe sobre la evaluación del desarrollo de planes de mejora de AP en las CCAA. Se objetivan escasos fenómenos de privatización directa, con excepción de Cataluña y Valencia, y se concluye que la responsabilización de ciudadanos y profesionales es clave para mejorar la calidad, la racionalidad y la sostenibilidad de la AP. Se publica el VI informe de servicios sanitarios de las CCAA. FADSP también publica la evaluación preocupante del gasto farmacéutico en el año anterior, haciendo hincapié en la necesidad de implantar medidas para contener el gasto como el uso de genéricos, el control de actividades de marketing de la industria, formar/informar a los prescriptores, centralizar la compra de medicamentos a nivel de las CCAA, potenciar las comisiones de farmacia de área y hacer partícipe a la población de la necesidad de reducir el consumismo sanitario.

En mayo se celebran las IX Jornadas sobre Desigualdades y Salud, esta vez bajo el lema “Privatización y desigualdades en salud”, algunas de cuyas conclusiones fueron: los sistemas sanitarios son un reflejo de la organización social, todas las evidencias científicas demuestran que la acción del mercado y la desregulación de los sistemas públicos sólo llevan a un empeoramiento de los niveles de salud y la oposición social no ha bastado para frenar estos riesgos, la medicina contribuye a superar las desigualdades desde la reflexión teórica y desde el trabajo en los servicios sanitarios.

Por otra parte destacan los informes basados en las irregularidades e infracciones legales que cometen las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en el uso de recursos y fondos públicos (incluso con reparto de beneficios, circunstancia prohibida en la normativa) y en la cohesión del SNS.

Es una época en que se ciernen peligros sobre la SP en Galicia (hospital de Pontevedra, privatización AP),

Crema®
684142.6
OX
USO CUTÁNEO

30 g Medicamento genérico

CON RECETA MÉDICA

COMPOSICIÓN: Cada 100 gramos de crema contienen 0,1 g de Betametazona (valerato) y 2 g de Ácido hialúrico. Excipientes: clorocresol, éter cetosteárico del metacrilato, alcohol cetosteárico, dihidrogenofosfato de sodio dibásico, parafina líquida, vaselina blanca y agua purificada.

MANTÉNGASE FUERA DEL ALCANCE Y DE LA VISTA DE LOS NIÑOS

530536982627-02

Paracetamol
650

Solución inyectable
5 ampollas de 5 ml
Via intramuscular o intravenosa

061.2729061.2

Medicamento

Nombre genérico:
Solución inyectable

5 ampollas de 5 ml
Via intramuscular o intravenosa

JORNADA DE DEBATE

**Crisis económica,
gasto farmacéutico y
medicamentos genéricos**

19 de noviembre [jueves] de 2009
Salón de Actos. Organización Médica Colegial
Plaza de las Cortes, 11. Madrid

Organiza: Colabora:

Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
Ministerio de Sanidad y Política Social

Entrada libre hasta completar aforo
Confirmar asistencia en: fadspu@gmail.com

IX Jornada
DESIGUALDADES SOCIALES y SALUD

Cádiz, 23 de Mayo de 2009

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales (UCA)
(Antiguo Hospital de Mora)

Decreto de Intervención Científico-Sanitaria. Acreditada por la Agencia ACSS.
Comisión de Salud. Junta de Andalucía.

Privatización y DESIGUALDADES en SALUD

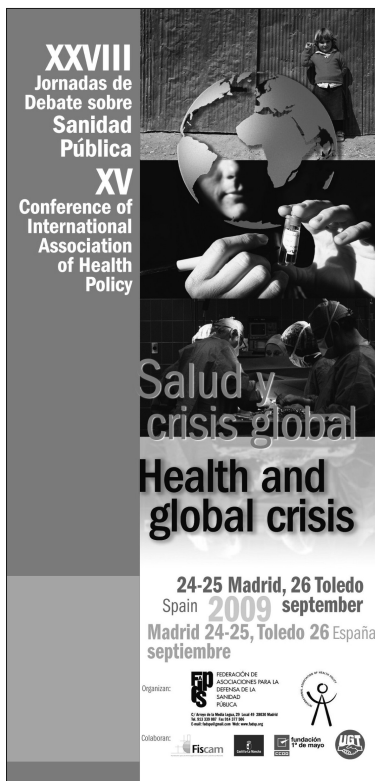


Organiza:
Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública

Andalucía

- Colaboran:
Asociación Profesional de Colegios de Farmacéuticos de Andalucía
Instituto Español de Epileptología

Información:
956254669 | blomar@telefonica.net



Canarias (hospitales de Tenerife) y Madrid (nuevos hospitales demuestran empeoramiento en listas de espera) y la FADSP produce numerosa documentación informativa, así como se adhiere a todas las movilizaciones que se convocan para intentar frenar estos peligros.

En septiembre se celebraron en Toledo la XV Conferencia de la IAHP y las XXVIII Jornadas de Debate sobre SP bajo el lema “Salud y crisis global”, denunciándose la ofensiva privatizadora en la que han tenido un papel preponderante la Organización Mundial de Comercio, el Banco Mundial y el FMI, promoviendo la reducción de gastos sociales y sanitarios, la precariedad de las condiciones laborales y la eliminación de las reglas que controlaban la circulación de capitales, favoreciendo la especulación; de estas jornadas surge una declaración en la que se solicitan instrumentos que faciliten información sobre la situación de la salud y los riesgos que la amenazan, facilitar la participación social en los sistemas sanitarios y crear alianzas que incluyan a organizaciones representativas de los diferentes grupos de población. Se eligió a Marciano Sánchez-Bayle, portavoz de la FADSP,

como presidente de la IAHP para dinamizar su actividad y dar a conocer públicamente sus posicionamientos dentro del debate político sanitario internacional.

La ADSP madrileña presenta el Observatorio Sanitario de Madrid a través de Internet, que nace como una iniciativa para analizar y debatir los problemas del sistema sanitario público madrileño.

Fruto de la colaboración entre la Fundación Sindical de Estudios y la FADSP se publica el libro *Globalización y salud, 2009*, donde se pone en evidencia que el mercado y el liberalismo político son incapaces para garantizar el avance de la economía y para mantener la producción y la eficacia del sistema financiero; por ello se propone conseguir elaboraciones y grupos de presión alternativos a la corriente neoliberal, coordinar las organizaciones de apoyo existentes, incluir objetivos de salud en los tratados y conferencias internacionales y proponer grandes acuerdos en temas clave como farmacia y tecnología, coberturas sanitarias mínimas o planificación y recursos para la sanidad.

Otros eventos de interés son la mesa redonda que sobre transgénicos se celebra en Zaragoza y la presentación del libro *La economía política de la sanidad, una perspectiva clínica*, con la colaboración de FADSP, y las I Jornadas sobre Desigualdades Sociales en la Salud de la Comunidad de Madrid, celebrada en Alcalá de Henares en noviembre.

2010

En enero se reúne el II Foro Social Mundial: Salud y Género, con destacada participación de FADSP.

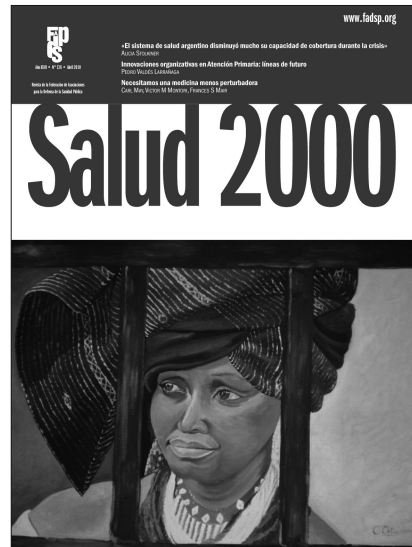
La actuación desproporcionada ante la gripe A es objeto de un informe en que se demuestra el servicio a los intereses de las multinacionales farmacéuticas en la gestión de esta crisis y que firman IAHP y FADSP.

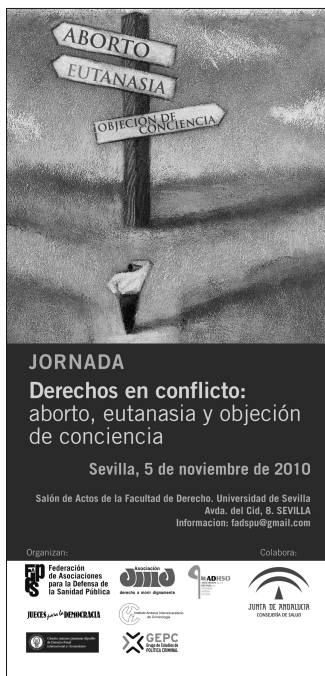
Diversos integrantes de FADSP intervienen en el libro *Expectativas y realidades en la AP española*, donde se trata de analizar su situación temporal y conceptual, enfrentando lo comunitario a lo individual, la perspectiva salubrista a la asistencial, etc.

En abril, la FISCAM y la FADSP organizaron en Toledo un seminario sobre la reforma sanitaria en Estados Unidos, en la que diferentes expertos internacionales analizaron el presente y futuro de esta reforma planteada por el gobierno de Obama.

En mayo tiene lugar en Cádiz la XXIX Jornada de Debate sobre SP de la FADSP, en la que se concluye que el reciente recorte social del Gobierno puede reducir el actual gasto sanitario por habitante, disminuye el nivel de renta de los pensionistas siendo éste un determinante del estado de salud, retrasa la aplicación de las prestaciones de la Ley de Dependencia, además sería un grave error la aplicación de copagos en la asistencia sanitaria como impuesto a la enfermedad y barrera al acceso a la atención sanitaria de las personas más enfermas. Al final de los debates se celebró el Congreso FADSP, donde se eligió a Manuel Martín como secretario.

En el mismo enclave gaditano y a continuación se celebró la X Jornada sobre Desigualdades Sociales y Salud, donde se debatió cómo importantes indicadores de salud están relacionados con la clase social, el género, el medio ambiente, la inmigración o la situación de regularización; otras mesas versaron sobre biopolítica y salud, la propuesta de la variable “dificultad para llegar a fin de mes” en los estudios epidemiológicos y sobre crisis y desigualdades, donde con la llegada del neoliberalismo se plantea la transformación





del individuo en cliente consumidor de servicios que prestan empresas que compiten entre sí en un mercado artificial de proveedores públicos privados, finalizando con la mesa redonda sobre desigualdades mujeres-hombres en la crisis financiera.

Nuevos problemas se ciernen durante el año sobre la sanidad de Madrid (sistema de citación de especialistas, anillo central radiológico, centralización del laboratorio, supresión de organismos relacionados con la salud, incentivos económicos por reducción de la IT), Galicia (reforma hospital de Pontevedra y otras formas de PFI, presupuestos de la Xunta, privatización centros de AP, anillo radiológico, privatización del hospital de Vigo) y Canarias (se crea el foro social de defensa de la SP y se alerta ante la entrada de capital privado para financiar hospitales), y a todo ello la FADSP responde con oportunos informes y apoyo a movilizaciones. Ante similares amenazas se celebra en Cartagena la Jornada en Defensa de la SP regional, en la que participa la Federación, insistiendo en la participación ciudadana, la defensa del estado de bienestar, la necesidad

de estudios sobre fórmulas que mejoren la gestión, las iniciativas de creación de observatorios sobre el sistema sanitario público y la necesidad de una movilización social amplia.

En Barcelona se celebra en junio la jornada de Dempeus contra el copago con la participación de FADSP, concluyéndose un rechazo de esta medida por cuanto significa una barrera económica para el acceso a los servicios de salud, es una forma de discriminación injusta hacia las personas con mayo-



res problemas de salud que, coincide, suelen tener menor renta salarial o pensiones más bajas. Los ingresos fiscales deben sostener todo el gasto sanitario actual, es aconsejable eliminar las desgravaciones fiscales por tener aseguramiento sanitario, el copago ha demostrado con evidencias científicas que es un instrumento débil para mejorar la eficiencia y reducir los gastos sanitarios.

En agosto se desarrolla el Seminario Internacional sobre Sistemas de Salud en Brasil y España, celebrado en el XXVI Congreso de CONASEMS en colaboración, entre otras entidades, con FADSP, en el que se busca compartir experiencias en materia de salud entre ambos países que comparten desafíos a la hora de superar los obstáculos a la

consolidación de sus sistemas de salud. Elementos comunes serían las características perspectivas de la AP, la descentralización y la regionalización de la salud, las formas de participación público-privado en sanidad, los criterios de asignación de recursos públicos, la gestión clínica basada en la evidencia científica, las redes de atención a la salud y la monitorización del funcionamiento de los servicios.

Una noticia interna de relevancia es la creación en Aragón del Observatorio de la SP con participación de la ADSP aragonesa, a fin de compartir y difundir la información relativa a la situación de la SP de la región. También esta ADSP local participó en junio en la reunión internacional sobre “El derecho a la salud sexual: participación de la sociedad civil”. En el mismo sentido, la ADSP de Canarias participa en el Foro Social Canario por la Salud y la SP, una de cuyas iniciativas fue la recogida de firmas para que la Cámara regional inicie la discusión de ley sanitaria para que modifique la actualmente en vigor, llegando a lograr más de 15.000 firmas como forma de iniciativa legislativa popular.

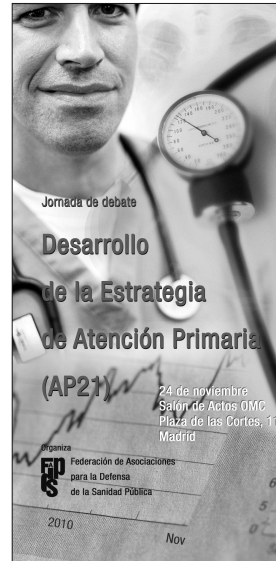
Editado por la Fundación 1º de Mayo se publica el informe sobre la situación de la salud y el sistema sanitario en España, en el que intervienen un buen número de miembros de FADSP. Destaca que los niveles de salud en nuestro país están entre los mejores del mundo y que el fortalecimiento de la AP es fundamental para mantener e incrementar este buen estado de salud de la población.

Diversos profesionales sanitarios y juristas se reunieron en Sevilla para debatir sobre “Derechos en conflicto: aborto, eutanasia y objeción de conciencia”. Fruto de este encuentro fue el manifiesto sobre la objeción de conciencia al que se sumó FADSP, destacando en él conclusiones como que se puede decir que los servicios, los centros sanitarios o las oficinas de farmacia no tienen conciencia y que el respeto a la conciencia individual no puede llegar a impedir el ejercicio de derechos legalmente reconocidos al conjunto de la ciudadanía.

La Federación publica diferentes estudios de interés, como son “33 medidas para mejorar el sistema sanitario”, “Crisis y perspectivas del mercado farmacéutico”, “Investigación clínica y biomédica en España”, “La salud laboral en España”, “Las mutualidades de funcionarios”, “Evolución del gasto farmacéutico en 2009: lo que parece un buen dato en realidad no lo es”, además de los que con periodicidad prácticamente anual reflejan la situación de la AP y los hospitales en España, así como el informe de la situación sanitaria de las CCAA.

En noviembre tiene lugar la jornada de debate “Crisis económica, gasto farmacéutico y genéricos” y se edita en Madrid el folleto “La salud y la situación sanitaria en la Comunidad de Madrid”.

También en noviembre se celebra la jornada de debate de AP “Análisis de la evaluación de la estrategia AP XXI”, objetivándose que sigue en plena vigencia pero no ha



sido desarrollada de manera homogénea y con la intensidad necesaria por las CCAA, ya que se observa una reducción de su financiación de la AP, existiendo la necesidad de que ésta se convierta en alternativa para resolver los problemas de recursos sin reducir la calidad ni efectividad del sistema sanitario,

2011

Comienza el año con la publicación del informe FADSP sobre 12 propuestas para garantizar las sostenibilidad del sistema sanitario público: Mejora de la financiación con carácter finalista de ésta, mejorar la cohesión del SNS mediante el Plan Integrado de Salud, rechazo al copago, reducción del gasto de farmacia y de la utilización de tecnología ineficiente, incremento del número de camas de media y larga estancia, potenciación de la AP favoreciendo su integración con la Atención Especializada, despolitización de la gestión sanitaria y creación de una agencia de compras del SNS. Estos planteamientos son publicados en forma del libro, *Otra gestión sanitaria es posible*, de la Fundación 1º de Mayo. Asimismo merece destacar el posicionamiento crítico de la organización al proyecto de Ley General de Salud Pública, con aspectos positivos (objetivo de reducción de las desigualdades, promoción de la investigación, etc.) y otros negativos (no parece que sirva para calidad de la salud pública, no se crea órgano estable de coordinación entre Ministerio y CCAA, etc.).



Se presenta la Carta del Derecho a la Salud de la Ciudadanía de la Unión Europea como iniciativa desarrollada, entre otros, por FADSP e IAHSP, en la que destacan aspectos como la importancia de favorecer entre los europeos un sistema de protección a la salud que tenga características similares en garantía de prestaciones sanitarias, accesibilidad y compromiso con el derecho a la salud, el acceso universal y de calidad a la atención de salud, un sistema de aseguramiento público, la integración de los servicios en un sistema único y la prestación de servicios públicos con finalidad social y no comercial.



Como consecuencia del seminario celebrado en abril en Mérida y organizado, entre otras entidades, por FADSP, al que acudieron 100 profesionales de países iberoamericanos, en el que se trataron

temas como financiación, coordinación sanitaria, evaluación de calidad, colaboración público-privado, etc., se constituye el Observatorio de Políticas de Salud, que pretende ser un instrumento útil para avanzar en la calidad de los sistemas pú-

blicos de salud en Iberoamérica, a través del estudio comparativo de las distintas áreas y la elaboración de propuestas de mejora, intercambiándose experiencias entre países.

La Plataforma gallega para la Defensa de la SP, de la que forma parte FADSP, recibe el premio de Viguesa Distinguida que le otorgó el concejo como reconocimiento a la sociedad que se organizó para defender la SP y para lograr la construcción de un nuevo hospital. Otros eventos desarrollados en la primera mitad de 2011 han sido la jornada gallega de análisis de las iniciativas de financiación privada en sanidad, las jornadas de Zaragoza por el reparto equitativo de la riqueza: por un nuevo modelo social y productivo, la jornada en Toledo sobre “Los retos en la atención sanitaria y social: ante el envejecimiento y la dependencia”.

Como paso a la adecuación a las nuevas vías de comunicación en las redes sociales, FADSP aparece ahora también en Facebook y Twitter.

A mediados de año surge una noticia preocupante: la salud española está por debajo de la media en el ranking europeo sobre atención sanitaria; seguro que en ello tiene mucho que ver la evolución de un sistema sanitario público cada vez más amenazado. Contra ello seguirá luchando FADSP en los próximos años..., pero esto ya será objeto del artículo “40 años de la FADSP” que, seguro, se redactará en 2021, ¿verdad?

XI Jornada
DESIGUALDADES SOCIALES y SALUD

Cádiz, 28 de Mayo de 2011
Facultad de Ciencias Económicas (UCA)
(Antiguo Hospital de Mora)

• Colaboran:
Diputación Provincial de Cádiz
Universidad de Cádiz
Sociedad Española de Epidemiología

• Declarado de Interés Científico-Sanitario
Consejería de Salud, Junta de Andalucía

Organiza:
Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública
Andalucía
• Información
956254669; lolamartinez@gmail.com

El impacto de las “Reformas” sobre las desigualdades sociales en salud



Y yo, a tu edad abuela, estare todavía trabajando.
Dibajo de Kalfellido.

Direcciones útiles

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid.

Tel.: 91 333 90 87. Fax: 91 437 75 06.

E-mail: fadspu@gmail.com

Web: www.fadsp.org

Facebook: Federación de Asociaciones para la Defensa de a Sanidad Pública

No al copago de la asistencia sanitaria

Twitter: @fadspu

Andalucía

Web: <http://sites.google.com/site/adspandalucia>

■ ADSP de Almería

Av. Cabo de Gata 33, p. 3, 4º dcha. 04007 Almería

■ ADSP de Cádiz

Apartado de Correos 4. 11080 Cádiz

■ ADSP de Córdoba

C/ Alonso Uclés 8, 2º izda. 14940 Cabra. Córdoba

■ ADSP de Huelva

Urbanización Dehesa Golf. Parcela 101. 21110 Aljaraque. Huelva

■ ADSP de Jaén

C/ Eduardo Arroyo 3. 23008 Jaén

■ ADSP de Málaga

C/ Pinomar 4. 29620 Torremolinos. Málaga

Web: www.adspmalaga.org

■ ADSP de Sevilla

Plaza de Edipo 7, 5º. 41009 Sevilla

Aragón

■ ADSP de Aragón

C/ Margarita Xirgú 13, 4º B. 50015 Zaragoza

Asturias

■ ADSP de Asturias

C/ Cimadevilla 19, 2º A. 33003 Oviedo. Asturias

Web: www.adspa.org

Baleares

■ ADSP de Ibiza

Hosp. Can Mises (Digestivo). 07800 Ibiza. Baleares

■ ADSP de Mallorca

C/ Bartolomé Pons i Coll 3-C. 1º E. 07015 Palma de Mallorca. Baleares

Canarias

■ ADSP de Canarias

Centro Municipal San Agustín. C/ San Agustín 54, 2ª planta. 38201 La Laguna.
Santa Cruz de Tenerife
Web: www.defensanidadpublicanaria.org

Cantabria

■ ADSP de Santander

C/ Canalejas 17, 1º B. 39004 Santander. Cantabria

Castilla-La Mancha

■ ADSP de Ciudad Real

C/ Záncara 22. 13002 Ciudad Real

■ ADSP de Cuenca

Av. de los Alferes 24, 2º A. 16002 Cuenca

Castilla y León

■ ADSP de Burgos

C/ Santiago 4, 5º A. 09007 Burgos

■ ADSP de León

C/ Maestro Nicolás 39, 6º A. 24005 León

■ ADSP de Palencia

C/ Felipe Prieto s/n. C. Bigar 8, 3º. 34002 Palencia

■ ADSP de Salamanca

C/ Canteras 11. Urb. Valdelagua. 37194 Salamanca
Web: www.adspsalamanca.org

■ ADSP de Valladolid

Plaza Mayor 3, 6º A. 47001 Valladolid

Cataluña

Web: <http://gestiodelasalut.blogspot.com>

■ Associació Catalana per la Defensa de la Sanitat Pública

C/ Cerdeña 399 5º 1ª. 08075 Barcelona
E-mail: acdspbcn@hotmail.com

■ ADSP de Lleida

C/ Noguera de Tor 1. 25520 Pont de Suert. Lleida

Extremadura

■ ADSP de Extremadura

Avda. de París 30, 5º Dcha. 10005 Cáceres

Euskadi

■ OSALDE

C/ Araba 6. 48014 Bilbao (Deusto)
Apartado de Correos 20130
E-mail: ope.paisvasco@gmail.com
Web: www.osalde.org

- ADSP de Guipúzcoa
C/ Prim 10, 6º izda. 26006 San Sebastián

Galicia

- ADSP de A Coruña
C/ Alfredo Vicenti 17-19. 15004 A Coruña
- ADSP de Lugo
Rúa da Bouza 10, 4º B. 27002 Lugo
- ADSP de Ourense
Av. de Portugal 67, 6º F. 32002 Ourense
- ADSP de Pontevedra
Pza. de Riestra 5, 3º dcha. 36005 Poio. Pontevedra
- ADSP de Pontevedra
Apartado de Correos 518. 36080 Pontevedra

La Rioja

- ADSP de La Rioja
C/ Vara del Rey 33, 3º C. 26002 Logroño

Madrid

- ADSP de Madrid
C/ Arroyo de la Media Legua, 29. L-49. 28030 Madrid

Murcia

- ADSP de Murcia
C/ Doctor Luis Valenciano Gaya 13. Santo Ángel. 30151 Murcia
Web: <http://adspmurcia.blogspot.com>

Navarra

- ADSP de Navarra
C/ Consejo de Egües 1. 1º B. 31016 Pamplona

Valencia

- ACDESA-PV
Partida La Solana, s/n. 46667 Barxeta. Valencia
E-mail: acdsa@ono.com
Web: www.acdesa.com

