

# cuaderno POLÍTICAS DE SALUD

ANÁLISIS, REFLEXIÓN Y DEBATE

OBSERVATORIO DE POLÍTICAS DE SALUD

## A MODO DE EDITORIAL

La sociedad civil por la defensa de la sanidad pública

Hacia un sistema integrado de servicios comunitarios

**MARCO MARCHIONI**

Salud pública: una ley en el límite

**GASPAR LLAMAZARES**

Cataluña: Impacto del Presupuesto de Salud 2011. Análisis y propuestas alternativas para mejorar el Sistema Público de Salud

**AGUSTÍ COLOM, SANTIAGO MARIMÓN, TONI TÚA**

Propuestas de CCOO para la sostenibilidad del Sistema  
**FEDERACIÓN SANIDAD CCOO Y SECRETARÍA CONFEDERAL DE POLÍTICA SOCIAL DE CCOO**

Reducir las desigualdades sociales en salud

**PROPUESTAS DEL MSCPS. Y DE UNA COMISIÓN DE ESTUDIOS**

Políticas de salud para reducir la siniestralidad laboral

**EDDY D' ORLEANS**

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

**LUIS PALOMO**

SEPTIEMBRE 2011

**Coordinador** | Eddy D'Orleans

**Consejo Editorial** | Marciano Sánchez Bayle, Alberto del Pozo, Carmen Mancheño, Elvira S. Llopis, Antonio Cabrera, José A. Serrano, Joan Canals, Merche Boix, Javier González Medel, Manuel Martín García, Araceli Ortíz.

# EDITORIAL

## LA SOCIEDAD CIVIL POR LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA.

Ante la alarma y las preocupaciones que han suscitado las últimas medidas tomadas y previstas para atajar los efectos de la crisis tanto a nivel nacional como en el ámbito europeo, medidas cuya viabilidad es incompatible con la pervivencia a medio plazo del Estado del Bienestar, concretamente uno de sus pilares fundamentales, la Sanidad pública, nos parece muy oportuno abrir las páginas de nuestra revista a algunas de las voces de la Sociedad civil que claman por **“otra sanidad posible”**.

### 15 M: MANIFIESTO EN DEFENSA DE LA SALUD Y LA SANIDAD PÚBLICA.

El siguiente manifiesto está elaborado por un conjunto de personas que forman el Grupo de Trabajo de Sanidad del Movimiento 15-M en Madrid.

Su contenido ha sido diseñado en las asambleas de este grupo, las cuales tienen carácter abierto y público; cualquier persona que desee participar en ellas será bienvenida.

Actualmente se encuentra pendiente de aprobación por consenso en la próxima asamblea general de Madrid, a pesar de lo cual, deseamos que se comience a difundir para ofrecer información sobre nuestro trabajo, colaborar con el despertar de conciencias y avanzar juntos hacia la defensa de la salud y la sanidad pública.

#### 1- Sanidad pública para todas las personas

— Por una atención sanitaria accesible y de calidad para todas las personas, independientemente de su situación legal, administrativa y laboral.

— Por una sanidad gratuita en el momento de uso, financiada a través de impuestos directos y de tipo finalista para cada una de las comunidades autónomas, de provisión y gestión pública.

— Fomento de la prevención y promoción de la salud. Promover que la Atención Primaria se convierta en el eje principal del Sistema Nacional de salud.

— Mantener el modelo de zonificación sanitaria en todas las comunidades autónomas (Áreas de salud y Zonas básicas de Salud), propugnado por la Ley General de Sanidad 14/86.

— Gestión y uso eficiente y responsable de los recursos humanos, materiales y económicos, desvinculando de esa gestión al poder político.

— Reconocimiento y regulación de los profesionales y de las terapias naturales y medicinas no convencionales.

— Potenciación de la Salud Mental, incluyendo tanto intervenciones farmacológicas como psicoterapia, terapias naturales y medicina no convencionales y otras intervenciones psicosociales orientadas a la rehabilitación, cuidados de apoyo, tanto en Atención Primaria como Especializada, organizada desde una red de dispositivos interprofesionales.

— Fomento de la investigación referente a las enfermedades raras, o no comunes y adecuación a los recursos públicos para la atención multidisciplinar a las personas que las padecen.

— Adaptación del Sistema Nacional de salud a las necesidades cambiantes de la población.

#### 2. Participación activa de las personas en la salud.

— Refuerzo de la inspección sanitaria y de la dirección de salud pública para una adecuada evaluación del sistema sanitario.

— Transparencia en el sistema: por una ley que garantice el acceso público a todos los datos relativos a la calidad del sistema sanitario.

— Por una ley que garantice la participación real de la población en la gestión de los servicios sanitarios, mediante órganos paritarios con carácter decisorio.

— Realización de diagnósticos de salud comunitarios, con participación real de la población, con vistas a diseñar las políticas sanitarias y poder actuar sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida.

— Aplicación efectiva del derecho de la persona a tomar parte en las decisiones sobre la atención que van a recibir.

#### 3. La salud no es un negocio. No a la mercantilización de la sanidad.

— No a la privatización de la sanidad: derogación de la ley 15/97 y las leyes autonómicas que de desarrollan. No a los conciertos privados. Establecimiento de turnos de tarde en todas aquellas categorías necesarias, lo cual permitiría utilizar la tec-

nología, quirófanos, medios diagnósticos, consultas y resto de servicios a pleno rendimiento. Rescate de los centros sanitarios ya privatizados (hospitales, ambulatorios, laboratorios...).

— No al copago / repago ni directo (con el pago en el momento de recibir la atención sanitaria) ni indirecto (excluyendo tratamientos de la cartera del Sistema Nacional de Salud para obligarnos a pagarlo totalmente o en parte).

— No al mercado sanitario. Frente al sistema de competencia entre centros sanitarios para “atraer” pacientes (“que el dinero siga al paciente”), vuelta al sistema de cooperación / coordinación entre ellos.

— Potenciación de la investigación sanitaria en el sector público y desarrollo de una industria pública para los medicamentos más habituales y necesarios, con una dispensación de los mismos dentro del sistema. Control y transparencia estrictos de la industria farmacéutica.

— Puesta en marcha de una central de compras para abaratar los costes.

— Garantizar que la formación continuada no responda a intereses privados o corporativos.

#### **4. -Salud en todas las políticas.**

— La salud de las personas depender no solo de la atención sanitaria, sino también de factores sociales (como las condiciones de vida, de trabajo, la educación), factores económicos o factores medioambientales, entre otros. Las diferencias de salud en la población debidas a desigualdades socioeconómicas, medioambientales o de género son injustas y evitables.

— Por todo ello, para mejorar la salud de la población, es necesario que desde todas las políticas públicas (como educación, política social, medioambiente, urbanismo, trabajo e inmigración, economía y hacienda) se analice evalúe el impacto sobre la salud de las personas, que tendrá el desarrollo de las mismas y que todas ellas se reorienten para evitar esas desigualdades en salud.

#### **MANIFIESTO EN DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (promueve la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública)**

La sanidad Pública universal y de calidad ha sido la base fundamental para el desarrollo del Estado de Bienestar y es uno de los pilares para asegurar la solidaridad y la equidad dentro de una sociedad pues supone el esfuerzo de las personas con mas poder económico y más sanas para permitir la aten-

ción sanitaria de los que tienen menos y están enfermos.

En los últimos años hay una campaña generalizada para desprestigiar y dismantelar los sistemas públicos de salud, coincidiendo con el auge del neoliberalismo que quiere privatizar los sistemas sanitarios públicos y que busca en ellos una oportunidad de negocio.

Esta tendencia internacional hacia el dismantelamiento de los sistemas sanitarios públicos afecta a todos los países en mayor o menor medida. En España se observan intentos por avanzar en la privatización de un sistema sanitario que goza de un gran aprecio internacional, precisamente por su universalidad fácil accesibilidad y carácter equitativo.

Sin embargo. La privatización no se realiza de la misma manera en todas las CCAA, porque depende en gran medida, tanto de la voluntad política de los gobiernos autonómicos como de la capacidad de los ciudadanos y de las fuerzas sociales para evitarlo. Son la CCAA gobernadas por el PP donde se han producido ataques mas serios contra la Sanidad Pública, como sucede en Madrid y Valencia por citar solo las más significativas.

En esta campaña privatizadora juega un papel fundamental la estrategia de convencer a la opinión pública de la ineficiencia y problemas de funcionamiento del sistema sanitario público, cuando son los neoconservadores y neoliberales los principales responsables de esta situación mediante la introducción de nuevas formas de gestión empresarial, que con la disculpa de innovar, lo que en realidad buscan es poner por delante el ahorro, olvidando la calidad de la atención sanitaria.

Además la introducción de fórmulas de gestión empresarial facilita la privatización de los centros manteniendo la financiación con dinero público y olvidando que estas nuevas formas de gestión son modelos ya ensayados en el Reino Unido, donde han conseguido encarecer la construcción y puesta en marcha de los nuevos hospitales cuatro o cinco veces más que los de modelo tradicional. El funcionamiento de los mismos, con dos empresas distintas coexistiendo en el mismo centro y el aumento de los gastos administrativos que suponen el incremento de la burocracia, ha demostrado deficiencias importantes en cuanto al cuidado de la salud de los paciente y un encarecimiento de los costes y problemas con la gestión, tal y como ha señalado la Organización Mundial de Salud.

Los grandes perdedores de estos cambios que se avecinan serán los ciudadanos porque la calidad de los servicios sanitarios empeorará, y porque los modelos privatizados tienen unos costes muy superiores. Los ciudadanos se verán obligados

a pagar para poder utilizar los centros asistenciales y a la postre una parte de la población, las más pobres y las más enfermas, se verá excluida de los sistemas sanitarios. Recordemos el ejemplo de EEUU donde 47 millones de personas no tienen derecho a ninguna atención sanitaria a pesar de ser el país del mundo que tiene un mayor gasto sanitario.

La falta de interés político por la sanidad Pública se concreta en la masificación y en las listas de espera para intervenciones quirúrgicas, para las consultas de los especialistas, las pruebas diagnósticas y más recientemente para los médicos geriatras y pediatras. Todo ello desde una política de premeditado descrédito de la sanidad pública, pues está claro que este es el primer paso para conseguir un apoyo ciudadano a la privatización.

Y se trata solo de los primeros pasos, puesto que hay una estrategia de avanzar de manera lenta y continuada hasta conseguir que el derecho a la protección de la salud deje de ser un derecho de todos los ciudadanos pase a ser un privilegio para aquellos que puedan pagársela, dejando para los demás un modelo similar a la antigua beneficencia.

### **ALTERNATIVAS PARA ASEGURAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SNS (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Junio de 2011)**

Desde la FADSP pensamos que para asegurar la sostenibilidad del SNS es necesario avanzar en las siguientes cuestiones.

#### **1- Asegurar la suficiencia financiera**

No tiene sentido continuar con presupuestos insuficientes que solo generan incumplimientos y deuda. Hay que establecer las necesidades financieras del SNS y dotarle de financiación suficiente. Entendemos que sería necesario un aumento de la financiación pública en torno 0.5 puntos más en % sobre el PIB.

Incrementar la recaudación: recuperar impuestos. La suficiencia financiera debe basarse en una recaudación de impuestos que la permita, eso significa incrementar la presión fiscal, especialmente la que recae sobre los segmentos de la sociedad con mayores ingresos.

Habría que recuperar los impuestos sobre patrimonio y sucesiones, incrementar la carga impositiva sobre el alcohol y tabaco y sobre las rentas más altas, así como sobre los beneficios empresariales.

#### **2- La financiación debe ser finalista**

Es imposible que se establezca un criterio finalista en la financiación sanitaria para que los incrementos impositivos no

acaben destinados a otros fines. Debe establecerse una financiación finalista a este control finalista de la Sanidad y controlar el gasto de las CCAA condicionando la provisión de nuevos fondos.

No a los copagos: en un momento de crisis tienen consecuencias devastadoras para la mayoría de la población y no contienen el gasto.

#### **3- Control del grupo farmacéutico.**

Hay que disminuir el gasto farmacéutico para situarlo al menos en el promedio del gasto de la UE en % sobre el total del gasto sanitario. Ello conllevaría un ahorro de unos 5.000 millones de € anuales. Debe establecerse la transparencia y publicidad del gasto farmacéutico hospitalario.

#### **4- Adecuación y racionalización de la prescripción**

Deben avanzarse medidas rigurosas para mejorar la prescripción: potenciar los genéricos, racionalizar y protocolizar la utilización de nuevas moléculas, financiación por grupos terapéuticos y control del marketing de las empresas farmacéuticas.

#### **5- Adecuación de la utilización tecnológica**

Debe avanzarse en la reducción de la variabilidad de la práctica médica, fomentar la medicina basada en la evidencia y el Benchmarking (búsqueda de las mejores prácticas mediante la comparación con otros servicios/ hospitales) recuperando la importancia de la práctica clínica.

#### **6- Agencia de compras.**

Deberá ponerse en marcha de manera inmediata una agencia de compras del SNS que permita aprovechar las ventajas de una economía de escala en el conjunto del SNS.

#### **7- Paralizar las privatizaciones.**

Las privatizaciones incrementan los costes y la deuda sin mejorar las prestaciones del SNS, por eso es preciso paralizar las privatizaciones y recuperar las empresas privatizadas para lo que se puede aprovechar las inyecciones de fondos de Estado en los bancos que han realizado estos préstamos.

#### **8- Plan Integrado de Salud**

La aprobación de el plan Integrado de salud, debe servir no sólo para marcar los objetivos comunes de todo el SNS, lo que es imprescindible, sino también para fijar y evaluar las necesidades financieras del mismo.

#### **9- Coordinación Primaria - Especializada**

La coordinación entre Atención Primaria y Especializada es

clave a la hora de mejorar la atención sanitaria, pero también para evitar la duplicación y realización de pruebas innecesarias y para mejorar y racionalizar las actuaciones terapéuticas.

### **10- Potenciar la Atención primaria de Salud**

Hay que recuperar el papel central de la Atención Primaria de Salud en el sistema sanitario, dotándola de los medios profesionales y técnicos adecuados y garantizando su capacidad de resolución de la mayoría de los problemas de salud. Hay además que recuperar las labores de promoción y prevención que a medio-largo plazo son fundamentales para favorecer la salud de la población y la eficiencia en la utilización de los recursos del sistema sanitario público.

### **11-Desarrollar una red de cama de media y larga estancia**

Es necesaria una red de camas de media y larga estancia que permita la atención de estos enfermos en el nivel adecuado y favorezca una utilización más racional de las camas hospitalarias de agudos.

### **Fomentar la participación de profesionales y usuarios**

Para el adecuado funcionamiento del SNS es imprescindible la implicación de profesionales y ciudadanos, y para ello es preciso poner en marcha mecanismos reales de participación ciudadana y profesional a todos los niveles del mismo: zonas básicas y áreas de salud, servicios de salud autonómicos y SNS.

**EN RESUMEN:** Nuestro sistema es el más barato y eficiente y no está en peligro, ni por la parte del gasto, que es un 15% inferior y ha crecido un 34% menos que la media de los países de la OCDE, ni por la de los ingresos ya que los ingresos fiscales son un 22% inferiores y han descendido un 56% más que la media de los países de la OCDE.

Si privatizamos el sistema sea más costoso e insostenible: dejará fuera de la asistencia a millones de españoles, a los que más lo necesitan.

**Hay alternativas para asegurar** la sostenibilidad del SNS sin perjudicar a los más enfermos y a los más pobres; solo depende de la voluntad pública de las administraciones públicas el llevarlas a cabo.

### **POLÍTICAS PARA ABORDAR EL IMPACTO EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN DE LA CRISIS ECONÓMICA (Comunicado de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA, 22 de Febrero de 2011).**

Ante la crisis económica la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA (SESPAS) manifiesta públicamente que:

1. Las condiciones socioeconómicas desfavorables tienen consecuencias perjudiciales sobre la salud de las personas y las poblaciones.
2. Los efectos sobre la salud dependen del tipo de políticas económicas, sociales y laborales que se adopten.
3. Las crisis son también oportunidades para la necesaria reorientación de las políticas sociales incluidas las sanitarias.

De forma que:

- La necesidad de reducir el déficit público comporta la oportunidad de mejorar la eficiencia y la equidad en todos los sectores públicos, incluido el sector sanitario, básicamente mediante la reducción del consumo inapropiado.
- La adopción de cambios en las políticas sectoriales debe tener en cuenta el previsible impacto que sobre la salud de las personas, sobre todo de las más desprotegidas, se pueda producir.
- Es necesario mejorar el buen gobierno, aumentar la transparencia y rendir cuentas sobre los resultados y los costes de las intervenciones, para contribuir así a la viabilidad de las políticas de bienestar y protección social en general y del sistema nacional de salud en particular.
- SESPAS apoya el desarrollo de la estrategia nacional de Equidad en Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, así como las recomendaciones de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.

Teniendo en cuenta las evidencias científicas del impacto de la crisis económica en la salud y del efecto beneficioso de las políticas sociales sobre la salud, y considerando que la misión de SESPAS es velar por la salud de la población, consideramos que tenemos la obligación de llamar la atención de las instituciones públicas, agentes sociales y sociedad en general acerca de:

- La necesidad de valorar la información científica disponible sobre el impacto previsible en la salud antes de tomar la decisión de llevar a cabo ninguna otra medida/política que previsiblemente pueda afectar la salud y la equidad en salud en la

población española, valorando siempre otras opciones alternativas.

- La necesidad de tener en cuenta en dicha valoración (previa a la implantación de políticas) los efectos a medio o largo plazo, prestando especial atención a:

- La población infantil actual, que serán los adultos dentro de una o dos décadas.

- Las poblaciones que viven en situación más desfavorecida y vulnerable, algunas de forma crónica, y que acumulan el mayor porcentaje de pobreza (particularmente, población mayor, personas inmigrantes, personas desempleadas de larga duración, trabajadores manuales no cualificados, mujeres y personas en situación económica y laboral precaria con hijos menores o personas dependientes a su cargo).

- La necesidad de evaluar las políticas de ajuste del gasto público que ya se ha implementado, en términos de sus consecuencias para la salud y la equidad en salud en la población española, con una especial atención a aquellos aspectos que pueden verse más afectados (como la salud mental).

- La necesidad en un mundo globalizado de replantar todos estos temas a nivel internacional. El gobierno de España podría contribuir a un debate internacional con objeto de revisar el impacto en salud de la población y en las desigualdades en salud de las reformas económicas y sociales que se están llevando a cabo en todo el mundo, ante la presión de los mercados y el sistema financiero.

- La necesidad de aprovechar la situación de crisis económica para mejorar el buen gobierno, la transparencia y la eficiencia en el sector público en general y el sector sanitario en particular:

- Dotar al Sistema Nacional de Salud de mecanismos de gobierno que mejoren la coordinación y cohesión, permitan gestionar el conocimiento, evaluar los servicios e identificar oportunidades de mejora del desempeño y la calidad.

- Buscar alianzas por la sostenibilidad del SNS con todos los agentes, promoviendo la revitalización del contrato social implícito con los profesionales para la garantía de un servicio público de calidad para todos los ciudadanos.

Además de todas estas medidas, SESPAS considera que en el contexto actual de crisis económica, es fundamental avanzar en:

- La implementación de la Estrategia Nacional de Equidad en Salud del Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, especialmente en las siguientes áreas prioritarias:

- Desarrollar sistemas de información sobre equidad en salud que permitan guiar las políticas públicas.

- Promover y desarrollar el conocimiento y las herramientas intersectoriales avanzando hacia el concepto de Salud y equidad en todas las políticas.

- Desarrollar un plan de apoyo integral a la salud infantil y juvenil que vele por la igualdad de oportunidades de desarrollo para todos los niños independientemente de las condiciones socioeconómicas de sus padres.

- Las recomendaciones de la OMS realizadas a través de su Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud:

- Mejorar las condiciones de vida

- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.

- Medir y analizar las desigualdades sociales en salud. ■

# Hacia un sistema integrado de servicios comunitarios<sup>1</sup>

**Marco Marchioni**

Trabajador e Investigador Social | [secretaria@institutomm.org](mailto:secretaria@institutomm.org)

La crisis económica y la crisis política constituyen un momento de extraordinaria importancia para repensar y para replantear críticamente una serie de cuestiones, entre ellas la que se refiere al llamado Estado Social.

Naturalmente este re-pensamiento habría que realizarlo desde una visión solidaria y de defensa el Estado Social. Hoy en día las adversas condiciones podrían imponer una modificación estructural aprovechando los errores por una simple lógica de funcionalidad y de ahorro de gastos.

En primer lugar repensar el Estado Social significa recuperar y defender lo fundamental y renunciar o eliminar lo superfluo; reforzar los derechos básicos y abandonar los privilegios y los abusos.

En lo esencial necesitamos un Estado Social como el elemento más prioritario y básico de una sociedad que, aun no pudiendo eliminar las diferencias sociales, sin embargo no renuncia a que éstas no impidan a las personas que actúen en una esencial paridad de condiciones en todos los ámbitos públicos. El Estado Social es la única garantía en la sociedad del capitalismo avanzado para garantizar la universalidad de las prestaciones y de los derechos. Cualquier recorte del Estado Social en esa dirección reforzaría la tendencia dicotómica ya existente (ricos y pobres, fuertes y débiles, estables y precarios, dependientes y autónomos, etc.). Para ello hay que cambiar muchas cosas, eliminar elefantiasis políticas y privilegios, reducir gastos superfluos, integrar los recursos y las competencias,... y, sobre todo, contribuir a que los 'usuarios/clientes/destinatarios' sean ciudadanas y ciudadanos conscientes y partícipes.

Evidentemente se trata de un planteamiento complejo y difícil que requiere tiempos largos; pero hay que poner manos a la obra y contribuir a ello desde la perspectiva —entre otras— de la intervención social comunitaria, avalada por muchos años de teoría y de praxis. Podemos individualizar algunos elementos que, aun no pudiendo ser utilizados por sí solos, sí pueden con-

tribuir a aclarar algunas cuestiones relacionadas con lo que estábamos planteando. Los enunciaremos sintéticamente y sin un orden de importancia.

— La crisis ha puesto en evidencia la insostenibilidad del Estado Autonómico<sup>2</sup>, no solo por cuestiones sustanciales (que hay que debatir y afrontar en profundidad), sino y sobre todo ahora por su mal funcionamiento y su mala gestión. Este mal funcionamiento tiene su principal causa en un proceso de patrimonialización partidista de las diferentes instituciones, niveles y ámbitos competenciales. Se ha ido cada vez más a competir en lugar de integrar, duplicando esfuerzos, trabajos y recursos. Esto ha ocurrido en todos los ámbitos pero en lo social ha tenido consecuencias desastrosas: proyectos e intervenciones paralelas, falta absoluta de coordinación, duplicidad de prestaciones, despilfarros, etc. pero, sobre todo, fragmentación de las respuestas y de las demandas, división de la población en gremios, categorías, 'usuarios', etc.

Parece claro que más allá de un reordenación del sistema autonómico, hay que ir a una integración de recursos, de programas, de prestaciones, de intervenciones, etc. a través de procesos de relación y de coordinación entre todos los servicios y recursos profesionales que existen en un territorio y que, desde el sector público y desde el sector privado, atienden a la misma población.

Desde hace muchos años diferentes experiencias 'comunitarias' trabajan este tema y documentan expresamente la posibilidad de esta relación ([www.institutomm.org](http://www.institutomm.org)). Desde un punto de vista institucional los Servicios Sociales municipales y el Ayuntamiento -aun no teniendo todas las competencias- podrían asumir el rol de abanderar este tema y avanzar en este terreno.

Desde un punto de vista más operativo aparece claro que hay que recuperar y poner en valor el eje —o núcleo central básico— representado por la triada<sup>3</sup>: servicios sociales municipales, servicios educativos y servicios sanitarios de atención primaria (o

Centros de Salud). La simple conjunción de una parte del trabajo de estos tres ámbitos de recursos garantizaría y reforzaría todo intento de relación y de coordinación que podría llegar a incluir el conjunto de recursos —públicos, privados y voluntarios— que operan en un mismo territorio<sup>4</sup>.

— Esta conjunción de esfuerzos y esta ‘integración institucional’ permitirían, por fin, realizar también una integración entre los diferentes ámbitos o diferentes niveles de intervención social (lo asistencial, lo promocional y lo preventivo así como lo individual, lo familiar/grupal y lo colectivo) que se han ido perdiendo a causa de la fragmentación y la parcelización antes aludida. Esta integración permitiría no sólo ahorrar recursos y atender a un mayor número de demandas (hecho absolutamente necesario en la crisis y por el desbordamiento sufrido por muchos recursos), sino y sobre todo: dar respuestas más adecuadas; atacar las causas y no solo atender a las consecuencias; asegurar sinergias positivas y valorizar los escasos recursos de prestaciones concretas.

— Por último pero no menos importante, esta integración y esta cooperación permitirán abordar —con una cierta implicación del conjunto de recursos profesionales existentes— la dimensión comunitaria y colectiva de los temas sociales (como el llamado ‘fracaso escolar’, el paro, etc.) que afectan al conjunto de las comunidades locales (barrios urbanos, pueblos, etc.) y que hasta ahora han sido afrontados exclusivamente en sus vertientes individuales y sectoriales, necesarias pero no suficiente.

Las experiencias comunitarias a las que hacíamos referencia llevan años demostrando en la praxis la posibilidad de abordar estas cuestiones de manera mucho más adecuada y más útil para la ciudadanía. Hasta ahora no se les ha hecho mucho caso, pero la situación lo requiere y lo posibilita. En este ámbito hay ya varias experiencias con la participación directa de profesionales de la salud —los equipos de atención primaria (PACAP<sup>5</sup>)—. Su incorporación en los procesos comunitarios es fundamental, bien por el prestigio social del que gozan, bien por la importancia

de los temas de salud en la vida colectiva. Siempre y cuando se trabajen las perspectivas de la salud comunitaria, de la salud pública y de la participación.

No cabe duda de que lo que planteamos es un tema de voluntad política e institucional. Pero también de la necesidad de la implicación y participación de la ciudadanía en estos procesos. Dejemos de pensar en usuarios/as y empecemos a pensar en ciudadanos/as. La participación de la ciudadanía no puede seguir siendo un elemento puramente decorativo. La participación es hoy una absoluta necesidad. ■

#### NOTAS:

<sup>1</sup> Personalmente me di cuenta de la “involución” de las políticas sociales en España cuando hace ya muchos años, en un ayuntamiento ‘progresista’ del Área metropolitana de Barcelona, descubrí que habían cambiado la nomenclatura de los ‘Servicios Sociales’ en ‘Servicios Personales’. Comprendí que ya las políticas sociales sólo se dedicaban a los problemas de las personas, que ya no existían causas sociales sino sólo consecuencias personales; que ya no existían cuestiones colectivas sino sólo demandas individuales.

<sup>2</sup> Este tema tiene particular relevancia en relación a lo que estamos tratando: la mayoría de los servicios, recursos y prestaciones de las políticas sociales son gestionados hoy no por el Estado, sino por las Autonomías y por los Ayuntamientos, aunque tengan una dependencia económica del Estado.

<sup>3</sup> Conjunto de tres seres o unidades estrechamente vinculados entre sí.

<sup>4</sup> Ya en el año 1995 junto con Joaquín García Rica, María Luisa Blanco y Enrique González araña publicábamos en Tenerife: “La gestión integrada. Nuevas fronteras de la políticas sociales”. Editorial Benchomo.

<sup>5</sup> [www.pacap.net](http://www.pacap.net) PACAP: ‘Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria’ de la ‘Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria’ (semFYC) para promover de forma activa un adecuado desarrollo de los contenidos comunitarios de la medicina de familia y de la atención primaria de salud.



# Salud pública: una ley en el límite

**Gaspar Llamazares Trigo**

**Diputado de IU y Presidente de la Comisión de Sanidad, Política Social y Consumo del Congreso de los Diputados.**

Escribo estas líneas cuando todavía se tramita en el Senado la Ley General de Salud Pública y sobre todo, cuando negros nubarrones se ciernen sobre nuestro estado social con la reforma constitucional que sacraliza el ajuste como política económica cuestionando con ello el bloque de derechos sociales de nuestra Constitución, entre ellos la sanidad pública.

Una mala muestra de los efectos inmediatos y graves de los ajustes es la escalada de recortes que encabezados por Cataluña, sufre la sanidad pública española; una de las más reconocidas en el ámbito internacional y apoyada por los ciudadanos por su amplia cartera de prestaciones, calidad del servicio y relación coste-efectividad. Con la Ley General de Salud Pública se trataba de superar el déficit de integración e integralidad de la atención sanitaria, a la vez que aprobar una asignatura pendiente de nuestro sistema sanitario en materias como prevención, promoción de salud, educación sanitaria, etc. Pero sobre todo, el objetivo esencial de la ley era convertir a la salud en un principio rector de todas las políticas, más allá de lo que se refiere al Ministerio de Sanidad y las Consejerías de las Comunidades Autónomas.

El anteproyecto intentó convertirse en un compendio de todos estos objetivos ganando en extensión y en profusión lo que se perdía en claridad y efectividad de los principios rectores y las medidas.

Con posterioridad, ya en plena crisis económica llegó el Ministerio de Economía con las tijeras y se dedicó a podar los escasos avances que podría suponer el estudio obligado de impacto en salud de los proyectos, el ámbito de evaluación interministerial, la Agencia de Salud Pública, etc. En resumen un trámite conflictivo que terminó con el cese del entonces Director de Salud Pública, inspirador y coordinador del proyecto.

En definitiva, el proyecto que finalmente entró en la Cámara había perdido su ambición inicial, mantenía cierta confusión y había sido convenientemente limado de sus aristas en todo cuanto podía afectar a la responsabilidad de los poderes públicos en la salud colectiva, así como de cualquier avance institucional que pudiese conllevar aumento del gasto o conflicto entre Ministerios, como por ejemplo ocurre con la Agencia de Salud Pública y por otro lado, los centros de salud pública pertenecientes al Instituto Carlos III.

Conocedores de las insuficiencias del texto y de que nos encontrábamos en la fase final de la legislatura y por tanto con restricciones de plazos pero también para el consenso político, optamos por desbloquear en unos casos y en otros buscar fórmulas de aproximación en la izquierda con los nacionalistas de CIU para obtener un texto de mínimos, conscientes de que era una oportunidad legislativa que la salud pública no podía perder.

En medio de la desazón por la crisis que nos golpea y la inquietud por la contumacia de algunos en volver a recorrer las mismas sendas que nos han llevado a una sociedad más injusta amenazando el bienestar de la mayoría, en medio de esta situación compleja, podría parecerle a algunos que ocuparse de la prevención y la promoción de la salud es un lujo. Sin embargo, las sociedades sensatas son las que reconocen cuando hay que hacer las cosas de forma distinta, saben trabajar para evitar los problemas de futuro y saben elegir bien el camino hacia la justicia social efectiva y hacia el bienestar.

La Ley general de Salud Pública nace de la sensatez y el acuerdo, excelente noticia en los tiempos que corren, para hacer ciertas cosas de forma distinta sentando las bases para que la población española gane en salud a través del conjunto de las políticas de gobierno al tiempo que contribuye a la sostenibilidad de los sistemas de protección social y sanitaria.

Porque si actuamos sobre los condicionantes de la salud, si cuidamos de qué respiramos, bebemos y comemos, cómo trabajamos, nos movemos o convivimos, si abordamos las causas socioeconómicas, ambientales y culturales de los problemas de salud tenemos mucho que ganar en términos sociales y económicos. La equidad y la salud en todas las políticas y actuaciones de las administraciones es el principio rector de esta ley que supone una innovación positiva en la forma de aproximarnos a los retos de salud de la sociedad española y, por cierto, es una contribución a un desarrollo social y económico distinto al actual y que además promueve otras formas de empleo que producen más bienestar y no únicamente mercancías para el consumo.

Tenemos, al menos hasta ahora, un excelente sistema de asistencia sanitaria, faltaba desarrollar el sistema de salud pública, aquellas actuaciones que se dirigen a las causas de los problemas de salud, no a su cuidado. Era necesario dotar al sector pú-

blico de mecanismos que hagan más fácil la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud pero que al mismo tiempo exijan a las propias administraciones garantizar la calidad y efectividad de las actuaciones de salud pública. De ahí que la ley haya precisado derechos y deberes de las personas como son los de información, participación e igualdad en los asuntos relacionados con los problemas de salud del conjunto de la población, sobre los riesgos para su salud y sobre las formas de evitarlos. También por ello la ley establece unos principios generales de obligado cumplimiento que aseguran que las actuaciones dirigidas a mejorar la salud del conjunto de la sociedad se hacen con la máxima calidad y seguridad y reduciendo las desigualdades sociales en salud.

Así mismo dispone de una nueva organización estatal del sistema de salud pública garantizando que los asuntos de salud se consideren de forma transversal en todas las políticas del gobierno -para que la movilidad sea no sólo sostenible sino también saludable, para que nuestra política energética tenga beneficios en términos de salud, para que nuestra política de empleo considere los efectos en la salud del trabajo y de su ausencia, para que la política de cooperación defienda los valores de los sistemas públicos de salud, etc.-. Al respecto la disposición que permite incluir la evaluación del impacto en salud de las políticas, planes y programas, supone un paso decisivo para conseguir un nuevo enfoque frente a las amenazas para nuestra salud. Este enfoque se plasmará en la Estrategia de Salud Pública dispuesta en la ley.

Un aspecto sin duda destacable de la Ley es que avanza en la cohesión territorial, tanto por establecer una estructura -El Centro Estatal de Salud Pública- que favorece que las mejores capacidades y saberes de cualquier parte de España están a disposición del territorio o de la persona que lo necesite sino también porque establece procedimientos para la equidad en la provisión de actuaciones en salud pública en todo el territorio, no solo de las vacunas -calendario vacunal único-, sino también de otras actuaciones como por ejemplo la detección precoz de enfermedad. Es relevante además que por primera vez se establezca explícitamente que deben interrumpirse aquellas actuaciones obsoletas, aquellas medicalizaciones innecesarias y perjudiciales.

Sin embargo, no debemos equivocarnos, es sólo un primer paso que debe concretarse. El apocamiento de unos y cortedad de otros obliga a seguir "arremangados" y habrá que seguir de cerca la implantación y desarrollo de esta norma. Esto es así, porque no ha habido la predisposición suficiente para concretar las obligaciones de la administración, para determinar las garantías de cumplimiento y la rendición de cuentas de forma que se facilite su cumplimiento y se hagan efectivos los derechos de los ciudadanos. También ha faltado valentía para encarar la organización completa del sistema de salud pública ahora disperso entre

Ciencia y Sanidad ni se ha querido poner la ganancia en salud a nivel comparable a otros asuntos en la organización del gobierno.

Es paradigmático de ésta la cortedad, la no inclusión en la ley de una disposición final que garantice que una parte de la inversión de la política estatal en salud debe ir a prevención y promoción de la salud de forma que podremos seguir en el futuro dedicando a prevención y promoción un raquíto presupuesto en torno al 2% del gasto sanitario mientras gastamos ingentes cantidades en cuidar y recuperar los problemas de salud que no hemos querido evitar.

Queda por delante pues una tarea de envergadura.

En definitiva fue fácil incorporar aspectos que habían sido suprimidos de forma arbitraria en el proceso de poda del texto legislativo como el principio de equidad, la red de vigilancia de Salud Pública, la transparencia e imparcialidad de las investigaciones, etc.

Más difícil fue desbloquear o dejar para desarrollo posterior cuestiones vetadas en el Gobierno como el Estudio de Impacto en Salud, la información y participación de los ciudadanos; el gobierno ha renunciado sistemáticamente a una transformación de las relaciones de poder dentro del sector salud y en la misma línea ha limitado escandalosamente estos temas en la presente Ley; o la dependencia del Instituto Carlos III.

Sin embargo, lo más laborioso fue buscar formulas de aproximación en lo relativo a las Instituciones de Salud Pública (centro Estatal de Salud Pública), la carrera profesional, la financiación de las prestaciones, etc.

Por último y cuando se veía venir el adelanto electoral y después de varios intentos fallidos incorporamos mediante una enmienda transaccional en la última Comisión de Sanidad, la asignatura pendiente de la universalización de la sanidad, aunque con plazos de aplicación en que se daba prioridad a la situación de desprotección de los desempleados.

Con ello, vuelvo al principio de mi reflexión, al peligro de los recortes para la calidad del sistema y sobre todo, a la injusticia de estos recortes cuando afectan a sectores como los desempleados que sufren por su situación problemas añadidos de salud psíquica y física, para la que requieren un Sistema de Salud integral e integrador de la salud individual y colectiva, así como de los determinantes de salud y no sólo de sus resultados.

En resumen, cuando la realidad social, económica y política se ve atrapada entre las más rancias propuestas de las políticas neoliberales, que están a punto de ahogar a la sociedad con su "formalismo contable" y un gobierno temeroso y sin política sanitaria, esta ley, a pesar de sus múltiples limitaciones, es un paso, aunque pequeño en la buena dirección. ■

# Cataluña: Impacto del Presupuesto de Salud 2011. Análisis y propuestas alternativas para mejorar el Sistema Público de Salud

Agustí Colom, Santiago Marimón, Toni Tuá<sup>1</sup>

El presupuesto de Salud de la Generalitat de Cataluña para 2011 es de 9188.61 M€, que respecto al presupuesto inicial del 2010 (9875,81 M€), significa una reducción del 6,96 % (687,7 M€); ésta es la cifra que presenta el Gobierno.

Pero, a esta cifra hay que sumar los 853 M€ de gasto desplazado del 2010, realizado y cuantificado por el Departamento de Salud. Por lo tanto, la reducción efectiva será de 1540.7 M€, es decir, una reducción del 15,6 %, esto significa un gasto público en salud per cápita de 1.094.86 € (nivel inferior de términos nominales al de 2006).

Si analizamos la evolución de las cifras del gasto público en salud per cápita en euros constantes- descontando la evolución de la inflación-, tenemos que los 1094.86€ de 2011 son 965.48€ de 2006 (año base). El gasto per cápita correspondiente al año 2003 en euros constantes es 1043.92€; por lo tanto nos situamos a niveles de finales del siglo pasado. Por lo tanto la realidad de los presupuestos es de un recorte en salud mucho más profundo de lo que se ha querido aparentar. Los recortes presupuestarios, obviamente, tendrán importantes efectos sobre el modelo sanitario y la salud de los ciudadanos y ciudadanas.

Con respecto al personal, hemos calculado que si en los Centros concertados se aplica una disminución del presupuesto de personal similar en términos porcentuales (-7,41 %) a la del ICS ( Instituto Catalán de la Salud ) estaríamos hablando en total de una reducción de unos 356 M€ (126M€ ICS y 230

M€ XHUP- Red hospitalaria de utilización pública). Esto nos lleva a prever que este recorte tendrá unos efectos de reducción de la ocupación que afectará el equivalente de 7000 profesionales y trabajadores de sanidad con dedicación a tiempo completa. Los efectos laborales, sociales y económicos son tremendamente relevantes.

El efecto de los recortes sobre la degradación de los servicios públicos de Salud es evidente y actúan por dos vías: la menor actividad realizada y el deterioro de la calidad de la atención. Se cierran plantas en los centros de atención hospitalaria, se reduce el la utilización de quirófanos, se retrasan intervenciones no diferibles, se suprimen servicios como los de atención continuada en varios CAPs ( Centros de Atención Primaria ), se reduce la prestación de los servicios de transporte sanitario ( SEM), etc.; no se trata pues, de medidas que generan una cierta incomodidad. No, algunas medidas adoptadas ya y otras en fase de adopción tienen sus efectos: reducción de las prestaciones y, por lo tanto, aumento de las listas de espera y el deterioro de la actividad sanitaria afectando en mayor medida a los enfermos crónicos y a la población más vulnerable.

Los recortes no solo constituyen una involución en el nivel de prestación sino también en las mejoras de eficiencia en el modelo sanitario gestadas en los últimos años ( primaria y atención hospitalaria son vasos comunicantes); la reducción del gasto del 12% en atención primaria colapsará de nuevo los centros de urgencia de los hospitales, por lo que también se

---

Agustí Colom es Profesor de la Facultad de Economía y Empresa de la Universidad de Barcelona; Santiago Marimón y Toni Tuá son miembros del Centro de Análisis y Programas Sanitarios.

Este texto, publicado anteriormente en la revista digital **sinpermiso** el 7/08/2011 es extraído del documento "Análisis del presupuesto de salud 2011 y propuestas alternativas para mejorar el sistema público de salud" elaborado por el Centro de Análisis y Programas sanitarios ([www.caps.cat](http://www.caps.cat)).

produce un retroceso en los niveles de eficiencia de la atención sanitaria. Una medida no adquiere la categoría de eficiente porque simplemente la enunciamos como tal, ni pronunciar la palabra reiteradamente - a modus de "mantra" - otorga su propiedad.

### ¿ESTAMOS GASTANDO DEMASIADO EN SALUD?

Una forma de evaluar la suficiencia del nivel de gasto es efectuar su comparación con los importes públicos que se dedican a salud en el resto de países adelantados.

Si se mide en términos de gasto respecto al PIB, de acuerdo con los datos de Eurostat, se comprueba que en España en el año 2009 el sector público dedicaba unos recursos a salud equivalentes al 6,7% del PIB, cuantía inferior al gasto público medio en salud de los 27 países europeos que fue del 7,4% del PIB Europeo, diferencia que se acentúa si la comparación se efectúa con países como Francia (8,3%), Bélgica (8%), Reino Unido (8,5%), por ejemplo. En Cataluña, el gasto público en salud lo hemos cuantificado en el 5,86 % del PIB para el año 2009, claramente inferior tanto a la media española - es el 82,46% - como a la europea que es del 79,18%.

Aun así, si el análisis se efectúa en términos de gasto per cápita los resultados para España y Cataluña son todavía más decepcionantes. Con los datos del ejercicio 2008, España con un gasto público per cápita en salud de 1554— de acuerdo con los datos de Eurostat se encontraba en el lugar 21 del ranking de países de la OCDE clasificados por la cuantía de los recursos públicos per cápita destinados al área de salud, y Cataluña por debajo, el 94,6 de la correspondiente española. El gasto público en salud per cápita española es el 18,8% de la media europea estimada en 1900 euros.

Una posible matización a estos resultados es contrastarlos con los niveles de renta relativos, lo cual vendría a señalar si nuestro nivel de estado de bienestar con respecto a salud corresponde con nuestro nivel de renta relativo. Pues bien, España presentaba un nivel de renta per cápita el año 2008 del 103%, respecto a la media europea (UE-27) muy similar a la de Italia (104%) y de Francia (106%) y, en cambio, como ya se ha visto que la distancia respecto a los recursos públicos que se dedica en estos países a salud son extremadamente significativos: se dedica por persona en términos de paridad de poder adquisitivo un 32% menos que en Francia y un 23% menos que en Italia. El nivel de renta de Cataluña está situado en el 120 % de la media europea.

Así que los datos muestran que nuestro nivel de gasto público

en salud es inferior al que correspondería respecto a nuestra posición de renta relativa en el marco de los países de la Unión Europea. En otras palabras, tenemos un Estado de Bienestar en el área de salud inferior a nuestro nivel de riqueza relativa respecto a nuestro entorno europeo ¿Qué podemos hacer ?

### LOS INGRESOS TRIBUTARIOS: ÉSTA ES LA CUESTIÓN:

No se puede hablar de gasto, sin hablar de recursos, es decir de ingresos. Precisamente ésta es la cuestión clave del Estado del Bienestar en España y Cataluña: su clara y grave insuficiencia. Los datos hablan por sí solos. Para la media de los países de la Unión Europea, EU-16, el total de ingresos del año 2009 sumaba el 40,2 % del PIB, en España llegaba apenas al 32%, es decir 8,2 puntos porcentuales inferiores. En la EU-27 se estaba 7.6 puntos porcentuales por debajo. Éste es el grave problema de las finanzas públicas estatales y catalanas: la insuficiencia de los recursos.

Los menores recursos actuales, obviamente, son resultado de los efectos de la crisis en términos de menor recaudación influida gran parte por el hecho que en algunas comunidades autónomas, Cataluña entre ellas, el sistema impositivo se fue configurando excesivamente dependiente de los ingresos generados por las actividades inmobiliarias con lo cual han caído paralelamente con el estallido de la burbuja inmobiliaria y el hundimiento de la actividad en este sector. Esta sería el componente que ha afectado a todas las administraciones europeas, pero aquí tenemos elementos propios: la desfiscalización de las diversas figuras impositivas, la continua introducción de privilegios que benefician profundamente a las rentas más elevadas hasta el punto que los ricos prácticamente no contribuyen o lo hacen en insuficiente medida al erario público y la permisividad con el elevado fraude fiscal que se ha calculado en niveles de más del 5 por ciento del PIB.

Reducir el gasto público en situación de grave crisis económica es una irresponsabilidad; disminuir el gasto público en salud una injusticia social; recortar el gasto público en salud mientras se elimina parte del impuesto de sucesiones en inmoral.

La reducción de 150 millones de euros en el impuesto de sucesiones equivale a un tercio del presupuesto del Hospital Clínico de Barcelona, a la mitad del presupuesto del Consorci Mar Parc de Salut, a un 10 % superior al presupuesto del Consorci Sanitario de Tarrassa. Los 150 millones dejados de recaudar del impuesto de sucesiones nos daría para gestionar el presupuesto de dos entidades y media como el Consorcio Sanitario de la comarca de Anoia o construir y equipar dos hos-

pitales o comprar seis edificios a razón de 25 M€ cada uno ( como el 2 de Mayo ).

### **IMPLANTAR MEJORAS DE GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN QUE GENEREN AHORRO DE GASTO:**

Obviamente, hay recorrido para implantar mejoras de gestión y organización que generen ahorros de gasto. Una de las fuentes que permitiría un mayor ahorro se encuentra en el campo de los medicamentos. En Cataluña, en el año 2010 el gasto en medicamentos. En Cataluña en el año 2010, el gasto en medicamentos de dispensación ambulatoria, fue de 1849 M €. Esta cifra supone un 20 % del presupuesto del CatSalut. A esta cifra haría falta añadirle el gasto en medicación hospitalaria, que para el ICS supuso 222.25 M €, de forma que se puede suponer que el gasto de medicación hospitalaria en cargo al Catsalut fue entre 350 y 500 M €.

En España y Cataluña el consumo de medicamentos supone entre un 25 y un 30 % del gasto sanitario total, un porcentaje entre 5 y 15 puntos porcentuales más elevado que el de otros países de la UE-15.

En los últimos 20 años el coste de los medicamentos para el sistema de salud ha crecido a tasas interanuales siempre más altas que el IPC, pese a las diferentes medidas aplicadas, incluido los copagos.

### **HAY PROPUESTAS SOBRE LA POLÍTICA DE LOS MEDICAMENTOS:**

- Selección centralizada de los medicamentos más idóneos para el conjunto del sistema de salud, con negociación de sus precios. Introducción de sistemas de precios relacionados con el valor terapéutico de los medicamentos.
- Prohibición total de la promoción comercial en los centros del SNS, públicos y concertados.
- Sistemas de información sobre medicamentos y terapéutica independientes de la industria farmacéutica, propios del Sistema de salud.
- Formación continuada organizada desde el mismo Sistema de salud. Dejar de acreditar oficialmente los cursos organizados o patrocinados por compañías farmacéuticas.
- Creación de comisiones farmacoterapéuticas en todas las áreas sanitarias, con la función de garantizar la participación profesional y la gestión clínica, seleccionar las recomenda-

ciones terapéuticas y los medicamentos de elección, garantizar y acordar la continuidad asistencial entre hospitales, atención especializada y atención primaria, concretar la formación continuada y hacer un seguimiento de las prácticas preventivas y terapéuticas y sus resultados.

- Establecimiento de sistemas de incentivos según indicadores de prescripción de medicamentos y uso de otras tecnologías sanitarias.
- Potenciar la implicación de la ciudadanía y en especial de las personas usuarias.

Hay más temas en los que seguir trabajando (el Centro de Análisis y Programas sanitarios está trabajando en un informe para otoño):

- Reducción, sinergias, fusiones entre proveedores. Optimizando ofertas de terciarismo de compras, servicios comunes, innovación, etc.
- Potenciar la Primaria con más capacidad para ser más resolutive y hace el papel de coordinación de la atención sanitaria obteniendo ganancia de eficiencia.
- Implicar a los profesionales y a la ciudadanía con instrumentos de participación real en el sistema.

Pero de todo esto no se habla a la hora de proponer recortes. Está claro que recortando de forma lineal y generalizada se aborda ni se atiende a ninguna posible fuente de ineficiencia. No hemos visto ningún estudio, ningún análisis, ningún informe por parte del Departamento de Salud que guíe los recortes, donde se hayan detectado las ineficiencias reales existentes, los problemas de desigualdad presentes y que proponga las soluciones adecuadas.

Pero quizás sí que no se trata de esto, quizás no se trata de ahorrar detectando ineficiencias, aprovechando la fuerza de la situación para afrontar la mejora de las prestaciones. Quizás se trata de otra cuestión, se trata del deterioro de la reputación del Sistema público de salud.

¿Y por qué? Porque 9.000 millones de euros en salud son insuficientes para tener un Estado del Bienestar homologable a la media europea, pero paradójicamente son muchos millones para la codicia del capital financiero. Para obtener oportunidades de negocio y para adoptar soluciones dramáticas, primero debemos tener un problema gordo. ¿Lo teníamos? Quizás estemos en la fase en que intentan generar este problema. No lo debemos permitir. ■

# Propuestas de CCOO para la sostenibilidad del SNS\*

Federación Estatal de Sanidad y Secretaría Confederal de Política Social de Comisiones Obreras (CC.OO)

## PROPUESTA DE CCOO DE ASPECTOS RELEVANTES PARA GARANTIZAR LA VIABILIDAD DEL SISTEMA

- Apuesta por una suficiencia financiera que garantice que los fondos destinados a Sanidad sean finalistas y, por tanto, suficientes para cubrir el gasto sanitario.
- Reformar el fondo de cohesión en la línea de ampliar objetivos y finalidades al objeto de garantizar la cohesión y la equidad.
- Reconocimiento y compensación por los gastos generados en el Sistema por usuarios de accidentes de trabajo, accidentes de tráfico y ciudadanos europeos.
- Establecimiento de mecanismos de toma de decisiones en el CISNS que garanticen el cumplimiento de los Acuerdos que se adopten. Algo que queda pendiente.
- Evaluación de los distintos modelos de gestión desde la Agencia estatal de Calidad, atendiendo resultados económicos de calidad de las prestaciones y resultados de salud.
- Una mayor coordinación sociosanitaria buscando una mayor eficiencia, calidad e integridad de las atenciones sociales y de salud desde los sistemas públicos.
- Una mayor eficiencia en el gasto, sobre todo en lo que afecta a la alta tecnología y productos farmacéuticos, con una política adecuada de centralización de compras, utilización de genéricos, unidosis, mayor información a los profesionales y a los usuarios, etc. Quedaría pendiente la necesidad de que la formación impartida a los profesionales se gestione al margen de las empresas farmacéuticas o el control del marketing de éstas. El ahorro farmacéutico no debe implicar reducción presupuestaria.
- Una mejora clara y coordinada del sistema de información para poder compartir información entre las distintas CCAA.

Queda pendiente extender el sistema de información a los centros concertados y otras modalidades de gestión, y extraer informes desagregados por CCAA.

- Una mayor eficiencia de los recursos que dispone el sector público, mayor utilización de la alta tecnología propia, quirófanos, etc. Es un asunto pendiente a desarrollar en el contexto del Diálogo Social reforzado.
- Una apuesta decidida por la Atención Primaria, dotándola de mayor capacidad de respuesta, (mejoras en medios diagnósticos), aumentando las plantillas, y con una mayor apuesta por los programas y la prevención como forma de desmasificar la red hospitalaria.
- Consolidación de la Atención Primaria desde el fortalecimiento del actual modelo sanitario, pero incidiendo en aquellas cuestiones que han de mejorarse en esta; como aspectos relacionados con la financiación; mayor dotación de recursos tanto humanos como materiales y diagnósticos; así como una mejor organización de la actividad.
- Una mayor corresponsabilidad en la toma de decisiones por parte de los profesionales; una medicina basada en la evidencia científica, acompañado de un modelo retributivo más incentivador que haga más eficiente el Sistema.
- Profesionalizar la gestión, y a su vez despolitizarla.
- Universalizar las prestaciones sanitarias, vinculando el derecho sólo a la ciudadanía y a la residencia.
- Garantizar un tiempo de espera máximo, según patología, tanto para procesos quirúrgicos, médicos o diagnósticos. Se debe tender a la protocolización de todo lo relacionado con la gestión de las listas de espera.
- A parte de la valoración positiva que hace CC.OO de la reciente aprobación de una norma estatal que garantice este de-

\* El texto que reproducimos a continuación es un resumen de algunas propuestas para garantizar la viabilidad del Sistema Nacional de Salud en el contexto de la valoración que hizo CC.OO del Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del 18 de Marzo de 2010.

recho a los ciudadanos, creemos que se debería avanzar en la elaboración y en el consenso de protocolos comunes en el conjunto del Estado, y de evaluación de las patologías para determinar la priorización de los casos.

- Una apuesta clara y decidida de impulsar la investigación y el desarrollo tecnológico en el sector sanitario, como motor de generación de conocimiento, de empleo, e incluso de generación de riqueza en el sector sanitario y el motor de generación de empleo que supone.
- Se debe avanzar en la elaboración de un Plan Integral de Salud para coordinar políticas de salud entre las CC.AA, algo ya recogido en la Ley General de Sanidad, paralelamente a la necesidad de seguir incidiendo en estrategias de salud comunes en el conjunto del Estado.
- Todas estas medidas estarían tendentes a conseguir un Sistema Sanitario Público sostenible, eficiente, equitativo, solidario, donde el ciudadano sea el eje del Sistema. Se tiene que trabajar para hacer valer el derecho de ciudadanía, que es quién al fin y al cabo legitima el Sistema.

## DOCUMENTO DE PROPUESTAS:

### 1. SOBRE FINANCIACION

- El SNS debe mejorar aún más su eficiencia y eficacia, además de producirse una financiación adicional que debiera ser financiera el SNS, y de estableciendo como prioridades del Sistema: la equidad, la seguridad, la calidad y la eficiencia.

### 2. SOBRE COMO MEJORAR LA COORDINACIÓN INTERNIVELES (ATENCIÓN HOSPITALARIA Y ATENCIÓN PRIMARIA)

- Dirigir la gestión, con independencia del modelo por el que se opte, hacia estrategias que garanticen: acceso a información clínica electrónica, tecnologías de información y comunicación, guías clínicas, potenciación de la enfermería e inclusión de lo sociosanitario.
- Fortalecer la Atención Primaria; en recursos, pero también en prestigio y relevancia profesional, lo que implica un cambio cultural. Para ello, se deberá invertir el actual desequilibrio en el peso que representa la AP en el presupuesto global sanitario, avanzando hacia, al menos un 20 % del total del gasto sanitario.
- Para gestionar los cambios se precisan directivos. La profesionalización es esencial para estabilizar y dar calidad a esta función, pero también hay que cambiar normas para desburocratizar organizaciones clínicas que en nasa se benefician de los modelos de gestión administrativa tradicional.

• Por lo tanto, modelos diversos, aún no evaluados; estrategias similares, pendientes de avance real. La buena noticia es que podemos integrar procesos sin tener necesariamente que unificar estructuras. Podemos avanzar en la integración que más interesa al paciente, la de la respuesta coordinada de todos los profesionales, servicios y niveles asistenciales a sus problemas de salud, avanzando en la integración clínica. Se puede dejar un margen de variación y comparación en los modelos organizativos desde los cuales se aborda esta integración clínica.

- La AP, eje básico del SNS debe desarrollarse aplicando de forma inmediata lo contenido en la estrategia AP-21.

### 3. SOBRE COMO IMPULSAR REFORMAS EN EL SISTEMA:

- Más que proponer nuevas reformas, el objetivo debería parar por desarrollar los criterios definidos en la estrategia AP-21, a través de sus cinco ejes; mejorando la calidad de los servicios al ciudadano, la efectividad y la resolución, la continuidad asistencial, la participación y el desarrollo profesional y la eficiencia en la gestión y la organización.
- Transformar la AP en Agencia de Salud de los ciudadanos, adecuar los RRRRH y la gestión de la organización para garantizar demora cero en la atención a los ciudadanos, impulsar la participación ciudadana, optimizar la cartera de servicios, potenciar las actividades de promoción y prevención.
- Garantizar la accesibilidad de las pruebas diagnósticas a los Facultativos de Atención Primaria, mejorar las tecnologías de la información y la efectividad en los procedimientos administrativos desarrollados por los profesionales sanitarios, impulsar la elaboración e implantación de guías clínicas, así como uso racional y de calidad de los medicamentos.
- Estimular todos los cambios que favorezcan la continuidad asistencial entre A. Primaria y Atención hospitalaria, y potenciar la coordinación con salud pública. Impulsar modelos resolutivos de atención continuada/ urgencias. Aumentar la implicación de los profesionales en la atención domiciliaria y en la atención a las personas con problemas de dependencia.
- Favorecer la formación continuada y la actividad docente. Incentivar actividades de investigación. Aumentar la motivación y promover la evaluación de las competencias profesionales y de la calidad de los centros.
- Generalizar un modelo de calidad total. Impulsar la planificación sanitaria con la participación de los profesionales sanitarios y los ciudadanos. Impulsar el liderazgo en la organización como una herramienta fundamental de calidad. Impulsar los órganos de gobierno en las áreas de salud con

representación de los profesionales y ciudadanos. Incrementar la descentralización de la gestión en los centros de salud para mejorar los resultados. Impulsar el trabajo conjunto y el desarrollo profesional compartido entre médicos de familia, pediatras y enfermeras. Impulsar los sistemas de información sanitaria.

#### 4. DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS:

Otro pilar importante en la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público son los profesionales. Un sistema se puede ver dañado de forma importante por un proceso de descapitalización del capital inteligente, como son sus profesionales. Por ello, CC.OO apuesta por:

- Abrir un proceso en el conjunto del Estado de equiparación y homologación a medio plazo, de las condiciones laborales y retribuidas en el conjunto de las CCAA, para evitar relaciones adversariales indeseables entre CCAA para captar profesionales. Se avanza tímidamente en la necesidad de establecer criterios comunes para las retribuciones. En cualquier caso para CC.OO este aspecto deberá abordarse en la mesa sectorial de Sanidad, más allá del consejo Interterritorial.
- Conjuntamente entre el Ministerio de Sanidad y de Educación, se acuerda ampliar el número de plazas en las facultades de Medicina, por un lado y por otro, adecuar las ofertas de plazas MIR a las necesidades de especialistas según el estudio publicado por el Ministerio de Sanidad, que deberá ser ampliable a otros colectivos profesionales, para evitar abordarlo cuando sea tarde y se encuentren dificultades reales de cobertura de plazas.
- CC.OO reclama la necesaria colaboración y coordinación entre los Ministerios de Educación y Ciencia para aumentar el número de plazas en las Universidades, así como adecuar las plazas MIR a las necesidades de profesionales determinadas por el propio Ministerio.
- Trabajar en la elaboración del Registro de Profesionales, y la elaboración de los Planes de Ordenación de Recursos en el ámbito de las CCAA donde se prevén las necesidades de profesionales, no solo a corto plazo, con una capacidad de previsión importante si mejoramos los sistemas de información. Si se avanza en la necesidad de los Registros de Profesionales, es necesario también establecer un sistema común para la planificación de los recursos humanos.
- Trabajar de forma consensuada en la troncalidad de la formación postgraduada, garantizando en este proceso la creación de las especialidades de urgencias y psiquiatría infantil. A parte de avanzar en la troncalidad de la formación, aboga-

mos para que se incluya la creación de las nuevas especialidades de urgencia y psiquiatría infantil.

- Desarrollar las especialidades de Enfermería.
- Negociación de la Ley de Salud Pública en el contexto del Diálogo Social.
- Trabajar en el reconocimiento del Nivel III y Nivel IV de cualificación para los TCAEs y Técnicos Superiores, respectivamente.
- En el caso de TCAEs, es evidente que con la aplicación del modelo Bolonia no debería haber un salto tan importante en la delegación de funciones entre el Enfermero (personal licenciado) y los TCAEs (en la actualidad formación profesional de primer grado), a pesar de que el INCUAL ya reconoció la necesidad de situar en el nivel III a estos profesionales por los contenidos profesionales que en la actualidad desarrollan. En el caso de los Técnicos Superiores el reconocimiento del nivel IV permitiría una mejor adecuación y homologación a los estudios de estos profesionales en Europa, y que nuestros profesionales pudiesen trabajar en el ámbito europeo.
- Para el personal de Gestión y Servicios, trabajar en un proceso de cualificación profesional que permitiera la adecuación de su categoría profesional al nuevo modelo de clasificación profesional.
- Eliminar la disposición transitoria del EBEP, y permitir la negociación del nuevo sistema de clasificación profesional en el Sector Sanitario.
- En cuanto a la formación continua, uno de los ejes importantes en la cualificación y promoción de los profesionales, CC.OO reivindica homogeneizar la acreditación de la formación tanto para el personal acogido por la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias como para el Personal de Gestión y Servicios. Homogeneizar el valor del crédito horario en el conjunto del Estado, situar horquillas en los baremos de selección y provisión de plazas del peso que han de tener los siguientes apartados del baremo (experiencia profesional, formación, otros méritos, etc).
- Habrá que garantizar el derecho a la movilidad en el conjunto del Estado de todos los profesionales del Sistema Nacional de Salud, para ello se debe:
- Unificar y homologar un catálogo de categorías profesionales.
- Establecer un modelo de carrera profesional que permita la circulación de profesionales por el conjunto del Sistema sin necesidad de merma económica, inseguridad en cuanto a su aplicación, etc.
- Fijar unas retribuciones y unas condiciones laborales similares en el conjunto del Estado. ■



# Reducir las desigualdades sociales en salud

## PROPUESTAS DEL MSCYPS. Y DE UNA COMISIÓN DE ESTUDIOS

(Comisión Para reducir las desigualdades en salud en España y Ministerio de Sanidad y Política Social).

### PROPUESTA DE POLÍTICAS E INTERVENCIONES PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES EN SALUD EN ESPAÑA

1. Establecer una red estatal de vigilancia de la equidad con información sobre indicadores de determinantes sociales, y de desigualdad en salud y en la atención sanitaria, y difundirlos periódicamente a sectores gubernamentales y de la sociedad civil.
2. Impulsar la evaluación del impacto en la salud y en las desigualdades en la salud de las políticas públicas tanto del sector sanitario como del no sanitario (ejemplos: gestión sanitaria, trabajo, economía, dependencia, igualdad, planificación entornos, movilidad, acuerdos internacionales).
3. Elaborar por parte del Ministerio de Sanidad y Política Social, con una periodicidad no superior a cuatro años, un informe sobre Desigualdades Sociales y Salud en España, con recomendaciones y propuestas de intervención.
4. Crear órganos o comisiones interministeriales con suficiente autoridad delegada y capacidad para : a) identificar las actuales áreas y acciones de gobierno ( políticas públicas ) con mayor incidencia potencial sobre las desigualdades sociales en salud, b) identificar y proponer periódicamente acciones de mejora para la reducción de estas desigualdades, y c) estimar los recursos necesarios para acometerlas. Similares órganos interdepartamentales deben crearse a nivel autonómico y local.
5. Incluir en todos los Planes de salud y Planes Directores estatales, autonómicos y locales objetivos específicos de disminución de las desigualdades en el estado de salud y en el acceso, calidad y efectividad de los servicios sanitarios.
6. Incorporar el conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud como una parte obligatoria de la formación pre y postgrado en las carreras de ciencias de la salud, y en la formación continuada de los profesionales sanitarios, incluidos planificadores y gestores de servicios.
7. Crear una Comisión de Desigualdades en el seno del Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
8. Promover planes comunitarios de reducción de las desigualdades en la salud mediante la participación de la ciudadanía, los servicios sanitarios, los servicios sociales y otros posibles agentes con implicaciones para la salud. Estos planes deben desarrollar este proceso participativo en todas sus fases, desde el momento de su diseño.
9. Dedicar presupuesto por parte de las agencias financiadores para fomentar la investigación sobre la evidencia y las causas de las desigualdades en salud y en la atención sanitaria, así como sobre la efectividad de las intervenciones para reducirlas.
10. Promover y liderar la orientación de las políticas hacia los determinantes de las desigualdades sociales en salud por parte del Ministerio de Sanidad y Política Social y de los correspondientes departamentos de sanidad o salud de los gobiernos autonómicos y locales. Para ello es necesario no solo la voluntad política sino también disponer de recursos necesarios y personal capacitado para llevarlo a cabo.
11. Introducir e impulsar planes y programas de apoyo integral a la infancia que permitan un seguimiento y acompañamiento del proceso de crecer, especialmente para niños y niñas en situación más desfavorecida y en situaciones de riesgo de exclusión, en colaboración entre servicios educativos, sanitarios y sociales, implementando sistemas de detección, atención y estimulación temprana, información y formación a padres, abuelos y cuidadores, y programas domiciliarios, basándose en las experiencias internacionales.
12. Fomentar políticas de envejecimiento activo en el plano educativo, cultural, deportivo y laboral, diseñadas para que sean especialmente efectivas en personas de menor nivel socioeconómico.
13. Fomentar las iniciativas de alfabetización y empoderamiento en salud para la población general, y en las instituciones que permitan la participación efectiva de ciudadanos/as y usuarios/as en el sistema sanitario. En ambas políticas debe velarse por la inclusión preferente de los sectores más desfavorecidos.

14. Sensibilizar sobre la importancia de los determinantes sociales de la salud a la población general y a los profesionales no sanitarios.

15. Introducir en la planificación de los entornos la perspectiva de equidad en salud utilizando los marcos de la evaluación del impacto en salud y planificación urbana saludable ( que implican la participación ciudadana ).

16. Impulsar estrategias sistemáticas para garantizar escuelas seguras, no violentas, que promueven la alimentación saludable, la actividad y el ejercicio físico, la salud sexual y la prevención del consumo de drogas y de las lesiones de tráfico. Se deben centrar en la mejora de la estructura física y social para conseguir que los estilos de vida saludables de la comunidad escolar se conviertan en la opción más fácil.

17. Garantizar la plena universalización de la atención sanitaria de todos los residentes en España, con una cobertura del 100 % y sin discriminación en función del tipo de afiliación a la Seguridad Social.

18. Revisar el actual marco de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales para garantizar una correcta atención de todos los problemas de salud relacionados con el trabajo, tanto desde el punto de vista de la asistencia médica como de la prevención de riesgos laborales.

19. Los procesos de toma de decisiones en salud (priorización de problemas para la elaboración de planes, determinación de necesidades, distribución de recursos, etc. ), deben incluir el criterio de equidad social, y en ocasiones se deberán poner en marcha medidas específicas( ej: para evitar las barreras de acceso económico ) dirigidas a grupos concretos.

20. Garantizar condiciones de empleo y trabajos dignos y justos a todas las categorías profesionales del sector salud, incluyendo los trabajadores de las empresas contratadas.

## **POLÍTICAS E INTERVENCIONES PRIORITARIAS DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS**

1. Incluir en todos los Planes de Salud y Planes Directores estatales, autonómicos y locales objetivos específicos de disminución de las desigualdades en el estado de salud y en el acceso, calidad y efectividad de los servicios sanitarios.

2. Incorporar el conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud como una parte obligatoria de la formación pre y postgrado en las carreras de ciencias de la salud, y en la formación continuada de los profesionales sanitarios, incluidos planificadores y gestores de servicios.

3. Crear una comisión de Desigualdades en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema nacional de salud.

4. Evitar que las áreas socio-económicamente menos favorecidas o los grupos sociales más desfavorecidos tengan menos servicios y/o de peor calidad que las más ricas. Las infraestructuras preferentemente deberían ser de propiedad y gestión públicas.

5. Ampliar la cobertura pública de prestaciones que actualmente son deficitarias ( ej.: bucodental, rehabilitación, ayudas visuales y auditivas ) priorizando , según criterio de equidad, aquellos procesos que , por su prevalencia e ineludibilidad, provocan en mayor medida el recurso al sistema privado por parte de la población con recursos limitados.

6. Mejorar la respuesta sanitaria a la dependencia con más y mejores servicios de rehabilitación, sociosanitarios y de atención domiciliaria.

7. Garantizar la equidad en el acceso y calidad de los servicios sanitarios empezando por el embarazo e infancia. Promover una atención multidimensional a las mujeres embarazadas (nutrición, educación para la salud y acceso a recursos sociales y económicos adecuados ), y favorecer la implementación de medidas de intervención con evidencia demostrada como la lactancia materna los primeros 6 meses de vida, con particular énfasis en las mujeres en situación más vulnerable.

8. Fomentar las iniciativas de alfabetización y empoderamiento en salud para la población general, y las instituciones que permitan la participación efectiva de ciudadanos /as y usuarios /as en el sistema sanitario. En ambas políticas debe velarse por la inclusión preferente de los sectores más desfavorecidos.

9. Garantizar la plena universalización de la atención sanitaria para todos los residentes en España, con una cobertura del 100 % y sin discriminación en función de tipo de afiliación a la Seguridad Social.

10. Desaconsejar el recurso al copago como instrumento para paliar los problemas de financiación de la atención sanitaria, por sus impactos regresivos en la equidad económica y en salud.

11.17 Vigilar por la existencia de buenos criterios de acreditación de la calidad de los servicios de los proveedores de servicios sanitarios y reforzar las políticas evaluadoras incorporando criterios de equidad.

12. Mejorar el acceso y la calidad de la atención psicológica, sanitaria y/o educativa para menores con déficits físicos, cognitivos o sensoriales. ■

# Políticas de salud para reducir la siniestralidad laboral

**EDDY D'ORLEANS**

**Médico. Licenciado en Derecho. Doctor en Sociología y Ciencias Políticas. Máster en Economía de la Salud y en Gestión de Servicios sanitarios. Técnico superior en Salud Laboral.**

Existe en la mayor parte de los países del mundo un consenso evidente sobre el aumento creciente de la siniestralidad laboral año tras año hasta situarse hoy en día en niveles "insostenibles". En España, según el Prof. Castelló, se produce el 20% de los accidentes laborales de la UE (958.493). Por ello, España aparece en las estadísticas de Eurostat con el índice más elevado de siniestralidad laboral de toda la Unión, con 7.600 accidentes por cada 100.000 trabajadores, cifra que dobla la media comunitaria. Expresado en otros términos, el 7,6% de los trabajadores españoles han sido víctimas de un accidente, frente al 4,1% de los de los quince demás países de la UE (antes de la ampliación a 25 países en 2004).<sup>1</sup>

No cabe duda que en España se han hecho esfuerzos dirigidos a reducir la siniestralidad laboral. Concretamente se ha reforzado la legislación en materia de prevención de riesgos laborales; todo ello acompañado de instrumentos técnicos al servicio de la prevención, los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales. Sin infravalorar los avances obtenidos en esta materia, los resultados se han revelado relativamente pobres porque no han conseguido frenar el imparable incremento de la siniestralidad.

Esta situación, arriba descrita y cuantificada, es insostenible. Además, no se la puede permitir ninguna sociedad que se mueva en el contexto del liderazgo económico y social que supone la pertenencia al núcleo fuerte de la Unión Económica y Monetaria y a la UE. Por eso creemos que es necesario un nuevo enfoque de la seguridad y salud en el trabajo desde la formulación de unas **políticas de salud**, las cuales tendrían carácter de complementariedad a otras estrategias ya formuladas por los distintos Agentes sociales y por la Administración. Su contenido incluye algunas medidas estructurales.

## **MEDIDAS ESTRUCTURALES :**

Una vez admitida la premisa de que la salud del individuo-trabajador es un todo determinado por múltiples factores tanto socioeconómicos, laborales, medioambientales, etc... cualquier formulación de política preventiva tendente a promover la op-

timización de la situación de salud del trabajador, debe superar ampliamente el ámbito de la mejora de las condiciones de trabajo y abarcar también lo social. Por eso hablamos de medidas estructurales, que son las ligadas tanto a las condiciones sociales como laborales.

## **1. Corrección de las desigualdades en salud:**

Si queremos mejorar la salud de los trabajadores, además de actuar eliminando o reduciendo los riesgos existentes en el lugar de trabajo, tenemos que articular nuestras intervenciones sobre los factores o variables determinantes de la salud. Ya vimos en uno de los capítulos anteriores que los principales determinantes de la salud eran los estilos de vida, la biología humana, las condiciones de trabajo y el medioambiente. Y de la interacción de dichos factores, cada uno influyendo con su peso específico, e incluso de la acción autónoma de cualquiera de ellos puede resultar un status determinado de salud en un sentido negativo o positivo.

Algunos autores incluyen también la organización sanitaria en la lista de los determinantes, pero coincidimos con Evans que los sistemas sanitarios son sólo una respuesta (políticas públicas) para corregir los efectos o consecuencias negativas de dichos determinantes. En este sentido, podemos afirmar que una mejora de la organización sanitaria podría ayudar a reducir las desigualdades en salud de los individuos, trabajadores o no. Si solamente nos limitamos a un registro estadístico de los trabajadores muertos o incapacitados como consecuencia de desgraciados accidentes laborales, estaremos haciendo un enfoque parcial de la realidad, en suma, un **enfoque siniestralista**.

Un análisis global y riguroso de la situación nos obliga a incluir en nuestro estudio las muertes, enfermedades o incapacidades que son evitadas gracias a la intervención de los servicios sanitarios (muertes evitadas, incapacidades corregidas, enfermedades curadas o paliadas). De aquí la necesidad de una reforma de nuestra Atención Primaria de Salud en el sentido de orientar parte de sus actuaciones a la reducción de las desigualda-

des. "El Sistema Nacional de Salud debe cambiar su actual orientación centrada en la curación de la enfermedad y el empleo abusivo de recursos especializados, para priorizar la promoción de la salud, y la participación de la población en todas las actividades planificadoras y evaluativas que desarrolle el sistema en línea con la *Estrategia de Salud para Todos* propugnada por la OMS".<sup>2</sup>

Se debería poner en marcha las siguientes medidas:

• **Promover y desarrollar la Medicina Preventiva en todos los Centros de trabajo:**

Partiendo de la creencia de que la prevención está poco divulgada (y por lo tanto menos aprovechada) entre las categorías laborales más modestas y "más bajas". Ésta se articularía en torno a las siguientes actuaciones:

— *Planificación y desarrollo de campañas de prevención de los riesgos cardiovasculares* (Hipertensión arterial, Hiperlipidemia, hipercolesterolemia) y *campañas para la mejora de los estilos de vida* específicamente destinadas a los trabajadores de cualesquiera sectores productivos. No hay que olvidar que la prevalencia de la HTA refleja ampliamente el impacto de algunos hábitos alimentarios (obesidad, consumo excesivo de alcohol), estilos de vida y de factores sociales y ambientales. Su asunción terapéutica es una actividad de prevención secundaria que constituye un elemento fundamental de reducción de la mortalidad cardiovascular.

— *Potenciar la coordinación de las Unidades de Salud Laboral* (ya existentes en el Sistema Nacional de Salud) con los *Equipos de Atención Primaria* estableciendo protocolos asistenciales que prioricen el aspecto preventivo y de promoción de la salud sobre el puramente asistencial. Ello permitiría a dichas Unidades de Salud Laboral superar su discurso y su dinámica de actuación fundamentalmente orientada a la prevención de riesgos físicos y ambientales en el lugar de trabajo hasta convertirlo en prevención de riesgos (en mayúsculas) para la salud integral de los trabajadores.

• **Promover una Oferta Asistencial Preventiva ;**

Estableciendo en los Centros de Salud lo que llamaríamos "**Consultas Preventivas**" durante las cuales las actuaciones de los profesionales sanitarios irían enfocadas solamente a hacer educación preventiva y de promoción de hábitos saludables de vida. Dicha OAP se haría según el lema "*la OAP sigue al individuo*", es decir, se trataría de llevar la prevención al usuario: citas concertadas para "sesiones de prevención" con algunos colectivos de trabajadores (priorizando de acuerdo con su situación de desigualdad respecto a otros colectivos [discrimi-

nación positiva); visitas domiciliarias programadas, reuniones periódicas con los Equipos de Salud Laboral, etc.

• **Priorizar la creación de Unidades de Rehabilitación en Atención Primaria:**

Rehabilitación motora para paliar las incapacidades físicas, consecuencia de los accidentes de trabajo; rehabilitación psicosocial para recuperar y reeducar a los drogodependientes (alcohólicos y otros drogodependientes); educación ocupacional.

• **Promover la vertiente preventiva en la asistencia hospitalaria:**

Es evidente que los Centros de Salud no pueden jugar el papel de interlocutor exclusivo y privilegiado entre el Sistema de Salud y los grupos socioprofesionales menos privilegiados, los que se encuentran, de alguna manera excluidos (no sólo por voluntad propia, quizás también por problemas de los canales de información) del circuito de la Medicina Preventiva. Creemos que se debería explotar sistemáticamente otros contactos episódicos que dichos usuarios suelen tener con los servicios sanitarios, por ejemplo durante una estancia hospitalaria. Sabemos que los colectivos de trabajadores más expuestos a los riesgos en el lugar de trabajo hacen, a veces, más uso de la asistencia hospitalaria que de los Centros de Salud debido a que son más fácilmente víctimas de accidentes de trabajo más o menos graves. Pues el hospital puede ser un lugar privilegiado para establecer un diálogo preventivo con ciertas categorías de pacientes, los cuales no acudirían nunca a una "sesión de prevención" porque su prioridad es defender día a día el puesto de trabajo y no su situación de salud. Habría que aprovechar la "debilidad psicofísica" y su aparente "entrega militante" a las órdenes del Médico hospitalario en ocasión de una hospitalización para orientar al paciente sobre la necesidad inaplazable de reorientar sus hábitos alimentarios y su estilo de vida y de hacer un planteamiento de autogestión de su propia salud.

Si todo esto se hace en perfecta coordinación con los Médicos de cabecera queremos o deseamos augurar resultados mucho más positivos que los que se podría conseguir como consecuencia de una actitud pasiva.

• **Promover un sistema de vigilancia de la salud y de vigilancia epidemiológica:**

*Vigilancia de la salud:*

Ya analizamos en algún capítulo anterior la complejidad del proceso de construcción social de la salud, un proceso además en

constante movimiento y evolución. Por otra parte, siendo la salud un edificio expuesto a múltiples riesgos, eso implica el reforzamiento del proceso de su construcción por unos mecanismos muy estrictos de vigilancia de la misma. Más aún, siendo el medio laboral una "reserva de almacenamiento de riesgos", la vigilancia de la salud debe extremarse más en dicho entorno.

Vigilar significa estar alerta a la espera de que se produzcan eventos indeseados para poder evitarlos. Y en este contexto, vigilar la salud de los trabajadores es, pues, estar atentos para evitar que ésta se vea dañada por los riesgos existentes en el entorno laboral y determinados por las condiciones de trabajo. Igualmente puede servir tanto para detectar nuevos problemas como para saber si algo está fallando en la prevención.

"La vigilancia de la salud es un componente esencial de la prevención de riesgos laborales y, como tal, una actividad que debe integrarse necesariamente en todas las fases de la intervención preventiva y debe formar parte integrante de la actividad multidisciplinar de los Servicios de Prevención. La vigilancia de la salud, como sistema de recogida sistemática de información sobre el estado de salud de los trabajadores, es una fuente de información imprescindible para la evaluación de los riesgos y de la eficacia de las medidas preventivas. La información proporcionada por la vigilancia de la salud permite, además, detectar precozmente pérdidas de salud individual, formular hipótesis de causa-efecto y facilitar la adaptación del puesto de trabajo a la persona.

La vigilancia de la salud no se agota en los reconocimientos médico-diagnósticos individuales sino que abarca un conjunto de actividades de recogida de información sobre el estado de salud de los trabajadores. Además de los exámenes médicos, otros procedimientos como el control de indicadores biológicos, las encuestas de salud, la utilización de técnicas cualitativas o los estudios epidemiológicos, constituyen fuentes de información muy importantes.

Un sistema completo de vigilancia de la salud no sólo incluye una valoración individual del estado de salud de los trabajadores, sino también el estudio sistemático de los patrones epidemiológicos en los diferentes colectivos laborales. El tratamiento epidemiológico sistemático de los resultados de estos exámenes permite, además, un mejor conocimiento sobre las relaciones entre trabajo y salud no sólo en un sentido negativo (detección de riesgos a partir del daño) sino también positivo (verificar la eficacia de la prevención comprobando la disminución o ausencia de daños)"<sup>3</sup>.

El objetivo final de la vigilancia de la salud es impedir el deterioro o la merma de la salud o, en todo caso, detener cuanto antes los efectos de dicho deterioro si es que no se pudo evitar.

*Vigilancia epidemiológica de la salud:*

Este sistema permite "conocer, analizar y actuar sobre las condiciones laborales y como han señalado Langmuir y Foege et al., "el objeto de la vigilancia consiste en, además de recoger una serie de datos, diseñar, establecer y dirigir programas activos de prevención para controlar y cuando sea posible, eliminar la aparición de trastornos prevenibles".<sup>4</sup>

Un sistema de vigilancia diseñado por el NIOSH, contrastado en Estados Unidos y que se ha revelado muy útil es el denominado *Sentinel Event Notificación System for Occupational Risk (SENSOR)*<sup>5</sup>. Este sistema "se basa en el concepto de enfermedad (Sentinel Health Event) descrito por Rutsein et al)<sup>6</sup> y en la existencia de médicos informadores voluntarios que notifican a unas unidades de referencia los casos observados de una serie de enfermedades, previamente seleccionadas y protocolizadas. Estas unidades analizan la información recibida, investigan los antecedentes laborales del paciente y la situación que ha generado la patología notificada. Esta actividad permite la identificación de lugares de trabajo con riesgo, la detección de otros individuos potencialmente expuestos al mismo riesgo (compañeros de trabajo), y el desarrollo de actividades orientadas a la modificación del puesto de trabajo por parte de los organismos competentes"<sup>7</sup>

La aplicación y adaptación del "sistema de notificación preventiva de riesgos laborales" a algunos sectores productivos, en particular al sector de la Construcción en España sería de gran utilidad debido fundamentalmente a la gran fragmentación del mismo y a que gran parte de la patología laboral generada en el sector, cuya identificación etiológica laboral es muy compleja, es atendida en el sistema sanitario. Por otra parte "una vez efectuado el diagnóstico etiológico no existen circuitos de notificación ágiles y que sean útiles para identificar problemas a riesgo y, en definitiva, iniciar actuaciones preventivas". (J. Castejón, *ibidem*)

#### • Educación para la salud laboral y la seguridad en el trabajo.

La educación para la seguridad y salud laboral (en adelante, ESSL) deberá servir como instrumento para optimizar el conocimiento sobre la existencia de riesgos laborales y contribuir a *eleva la conciencia de los riesgos del ambiente de trabajo*, iniciando en estrategias para reducir los riesgos y mejorar la seguridad. Además de suscitar en el trabajador una mayor toma de conciencia del problema de los riesgos, la ESSL deberá articular sus actuaciones en torno al papel de la organización y del ambiente de trabajo en la producción de riesgos para la salud y seguridad.

La ESSL "debe partir de un conocimiento en profundidad de por qué ocurren los accidentes en el seno de los escenarios y con-

textos de trabajo. Nos interesa conocer *por qué ocurren* y, sobre todo, *por qué continúan ocurriendo* a pesar de cuantas advertencias, amonestaciones e información se suministra. Conocer las circunstancias que promueven y facilitan los accidentes nos permitirá prevenirlos y hacer difícil su ocurrencia... La ESSL ha de ser una estrategia global de cambio del ambiente de trabajo tendente a *hacer fácil la seguridad*".<sup>8</sup>

Se trata de un **rediseño del ambiente de trabajo** creando las condiciones que hagan posibles elecciones y prácticas seguras en la población trabajadora. Citaremos algunas de esas acciones:

- adecuada información en cuanto a los riesgos y normas de seguridad que orienten las conductas seguras.
- participación de la población diana en la toma de decisiones de modo tal que se sientan comprometidas con los cambios, normas de seguridad y se sientan satisfechos con la organización y ambiente de trabajo.
- entrenamiento en la toma de decisiones y en el afrontamiento de tareas y situaciones críticas que puedan entrañar riesgos para la salud y seguridad.
- diseño ambiental que logre aumentar los esfuerzos requeridos para realizar actos inseguros y disminuya la cantidad de esfuerzo requerido por los individuos para ejecutar conductas seguras.
- señalización adecuada para las elecciones seguras.
- organización del trabajo de modo tal que se restrinja el trabajo a destajo y se facilite la autonomía, el desarrollo y la satisfacción de los trabajadores.
- política de formación de mandos de modo que éstos se impliquen con la salud y seguridad de los trabajadores y desarrollen una gestión de las tareas con un estilo participativo.
- restringir toda política que recompense los riesgos (ej. plus de peligrosidad).
- política de mandos tendente a desarrollar una gestión que se comprometa a cambiar la cultura de la organización. Este cambio cultural ha de comprender la costumbre por estimar el trabajo seguro y recompensar los comportamientos de seguridad". (M Costa Cabanillas et al., ídem).

#### • Prevención del estrés laboral:

A parte del rediseño de los puestos de trabajo y de la forma en la que están organizados (como vimos anteriormente), se deberían tomar algunas otras medidas de prevención del estrés laboral, tales como:

- la eliminación del trabajo estrictamente controlado y pautado,

- proporcionar oportunidades para la variedad y para la continuidad entre las tareas individuales,
- dotar al trabajador de un mayor control sobre el ritmo y el orden de sus tareas,
- eliminar el trabajo en condiciones de aislamiento social.
- favorecer el trabajo en equipo, proveyendo oportunidades para el apoyo y la cooperación,
- proporcionar estabilidad en el empleo,
- promocionar el desarrollo personal y profesional,
- asignar categorías y salarios justos, acordes con las tareas del puesto,
- facilitar al trabajador el que pueda acogerse a un sistema de flexibilidad horaria y de jornada acorde con las personas y no sólo de la producción y, finalmente,
- promover una participación creciente de los trabajadores tanto en la planificación como en la ejecución de la producción.<sup>9</sup>

#### • Mejorar la negociación colectiva:

- a) "Se ha de intervenir en la regulación del mercado de trabajo, que devuelva más capacidad de negociación, de la propia venta de la fuerza de trabajo en condiciones propias de una potencia industrial como España, o simplemente que permita a los trabajadores expectativas de conseguir un trabajo decente, como propugna la Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- b) Simultáneamente, se deben regular, y negociar con los interlocutores sociales, y especialmente los Sindicatos, las formas que puede adoptar la organización empresarial y productiva, garantizando la creación de puestos de trabajo que reúnan rasgos y características que permitan, para decirlo como Charles Perrow, que los accidentes no sean "normales", esto es, que no sean perfectamente previsibles, dadas las negativas condiciones de los puestos de trabajo.
- c) Se ha de intervenir tanto en lo que concierne a la creación y modificación de las tramas productivas (descentralización de la producción, subcontrata, etc.) como en las formas de división y organización internas a cada empresa o sistema productivo". (J.J.Castillo, íbidem.)
- d) Intervenir decididamente en la Construcción de la salud del individuo-trabajador, la cual está directamente ligada a la *Prevención Primaria* que, a su vez, se materializa a nivel de dos subprocesos:
  - la **autoprevención** o medidas de autoprotección de la salud a cargo del propio individuo y,
  - la **prevención inespecífica**, la cual comprende "todas

aquellas medidas que se toman sobre el individuo, la colectividad o el medioambiente con el fin de evitar la producción de enfermedades en general, es decir, inespecíficamente. La mejora del nivel socioeconómico de la población, la educación sanitaria, la mejora del status nutricional, la actividad física, la planificación de la familia, el saneamiento ambiental y la higiene alimentaria son ejemplos de medidas de prevención inespecífica. Todas ellas son actividades de promoción de la salud de la población que tienden a aumentar la resistencia del huésped y a evitar la ocurrencia, de forma general, de enfermedades y afecciones.

e) Combatir eficazmente los problemas psicosociales: Partiendo de la base de que gran parte de los problemas psicosociales son de origen social, político, económico y laboral, la manera más eficaz de combatirlos es la prevención. Prevención que requiere preceptivamente "la determinación de los factores de estrés que actúan en el medio laboral; el reconocimiento oportuno de las alteraciones del comportamiento; la adopción de medidas para prevenir comportamientos negativos; y la coordinación con otros servicios, la dirección y los sindicatos de trabajadores, con fines de prevención".<sup>10</sup>

En cualquier caso, podemos añadir que la eficacia de las actuaciones preventivas capaces de reducir sensiblemente la siniestralidad laboral depende de los siguientes condicionantes:

1. la aplicación de la legislación vigente en materia de prevención necesita que las empresas implanten sistemas avanzados de gestión.

2. En todos los sectores productivos, de servicios y de la administración pública ha de implantarse la cultura preventiva a todos los niveles. Esta cultura de seguridad y buena salud en las empresas se enfocaría a promover la conciencia de que las lesiones y la mala salud no solamente pueden significar pérdidas de vidas humanas, sino que, en realidad, generan un coste superior a la prevención. Ha de actuarse sobre las causas básicas, y eliminar las graves dificultades que tienen las empresas, facilitando medios y recursos para las empresas que se comprometan a mejorar su capacidad de gestión preventiva. Para ello es necesaria la actuación conjunta de todos los agentes que intervienen en la actividad productiva, empresas y trabajadores.

3. Articular medidas para hacer frente a los problemas que plantea la economía dentro del marco de la globalización:

— fomentando la investigación sobre los efectos que las nuevas relaciones laborales tienen sobre la salud;

— impulsando la evaluación y la prevención de los factores de riesgo psicosocial en la empresa desde una óptica preventiva centrada no en el individuo, sino en el entorno de trabajo;

— desarrollando sistemas de información con indicadores sen-

sibles a la mayor complejidad del mundo laboral y al amplio abanico de trastornos de la salud relacionados con el trabajo (más allá de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales.

4. Finalmente, hay que concluir que las desigualdades en salud (tanto las originadas por las condiciones socioeconómicas como por las situaciones laborales) son cualitativamente uno de los principales indicadores disponibles para que un país valore y mida sus logros sociales. Dada la consistencia y las evidencias del saber científico, y sabiendo a ciencia cierta que los factores sociales y laborales que las generan y alimentan pueden eliminarse algunos, reducirse y evitarse otros, tendremos que convenir que las desigualdades sociales y laborales pueden reducirse sustancialmente. Evidentemente, son necesarios muchos recursos y un cambio de cultura de la salud de toda la sociedad pero, sobre todo, acciones políticas decididas, claras e inequívocas que puedan evaluarse pública y periódicamente. ■

#### NOTAS:

<sup>1</sup> CASTELLÓ ROSELLÓ V, "Insoporable siniestralidad laboral", ver en [www.ugt.es/informes/insoporable..htm](http://www.ugt.es/informes/insoporable..htm). (idem)

<sup>2</sup> FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SALUD PÚBLICA (FADSP), Revista *Salud 2000*, Nov. 2002.

<sup>3</sup> Gabinete de Salud Laboral de CC.OO del País Valenciá, Junio 2000.

<sup>4</sup> LANGMUIR AD, Foegen WH et al., Founder of modern concepts of surveillance. *Int J Epidemiol* 1976; 5:13-27.

<sup>5</sup> BAKER EL. Sentinel Event for Occupational Risks: The concept. *Am J Public Health* 1989; 79 (suppl): 18-20.

<sup>6</sup> RUTSEIN DD et al. Sentinel Health Events (Occupacional): a basis for physicians recognition and public health surveillance. *Am J Public Health* 1983; 73: 1.054.

<sup>7</sup> Recogido de J.CASTEJON et al., "Sistema sanitario público y salud laboral"; *Rev. Atención Primaria*, vol 8, nº8, Sept. 1991.

<sup>8</sup> M COSTA CABANILLAS et al. "Educación par la salud en Seguridad laboral"; *Rev San Hig Púb*, 1995; 65:187-204

<sup>9</sup> DÍAZ D, M.C.; "Los riesgos psicosociales en el trabajo: el estrés laboral, el Síndrome del quemado y el acoso laboral. Su consideración como accidente de trabajo". *Rev. de Derecho Social*, nº 17, 2002:186.

<sup>10</sup> El-Batawi M.A, "Problemas de salud psicosociales de los trabajadores en los países en desarrollo". OMS, Ginebra, 1988.

# Citas bibliográficas

LUIS PALOMO. FADSP.

## ES NECESARIO APOSTAR POR LA ATENCIÓN PRIMARIA

### **The future of primary healthcare in Europe III, Pisa 2010**

Diederik Aarendonk Coordinator of the European Forum for Primary Care

Jan De Maeseneer Chair of the European Forum for Primary Care

### **Quality in Primary Care, Volume 19, Number 2, April 2011**

Available online at: <http://bit.ly/ivaEKa>

Todos los sistemas sanitarios europeos enfrentan su futuro con la incertidumbre del efecto de varios factores, como el aumento de las enfermedades crónicas, los cambios en los estilos de vida, las desigualdades en salud y las consecuencias de los cambios sociales (envejecimiento, paro,...).

La atención primaria puede ayudar a afrontar estos retos mediante la contribución de la investigación en servicios de salud (ISS). Como la financiación de este tipo de investigación es limitada, se deben definir las prioridades.

Se han identificado varias áreas prioritarias para el cuidado de la salud en toda Europa, como la evaluación de las reformas de la atención primaria; la influencia de la financiación y de la cooperación entre proveedores de atención primaria; la administración de personal y la migración. En la relación entre atención primaria y hospitalaria se debe insistir en el efecto de la organización interna de los centros de atención primaria; en la participación del paciente y en la orientación comunitaria de la atención sanitaria. También la relación profesionales-gestores, o el papel de la atención primaria en la equidad y en los resultados en salud.

## LOS SEGUROS PRIVADOS NO SON LA SOLUCIÓN

### **Managed Competition for Medicare? Sobering Lessons from the Netherlands**

**Kieke G.H. Okma, Theodore R. Marmor, Jonathan Oberlander.**

NEJM. June 15, 2011 Doi:10.1056/NEJMp1106090

A raíz de las discusiones sobre la reforma sanitaria en EEUU, en concreto sobre la posibilidad de eliminar el Medicare tradicional y facilitar a los beneficiarios la adquisición de seguros, algunas miradas se han dirigido hacia Holanda por su modelo de competencia regulada entre las compañías de seguros privados. Sin embargo, la experiencia holandesa muestra que la competencia de seguros no ha producido los beneficios esperados y, de hecho, ha creado nuevos problemas, poniendo en duda los méritos del modelo y su idoneidad para el Medicare.

Antes de 2006, Holanda tenía un sistema de seguro de salud mixto, con más del 60% de la población cubierta por el seguro social obligatorio y el resto tenía seguro privado, voluntariamente adquirido, y la tasa de no asegurados era del 1,5%. En 2006 se sustituye este equilibrio por un sistema de seguros privados similar al de Suiza. Sus características eran: todos los residentes legales de los Países Bajos están obligados a comprar el seguro básico de las aseguradoras privadas; los planes privados están fuertemente reguladas, de forma que no pueden rechazar candidatos, independientemente de su estado de salud (un esquema varía el pago según los perfiles de riesgo de la población inscrita); los planes de seguro compiten sobre la base del precio y la calidad la contratación con las redes de hospitales, médicos y otros proveedores de atención médica.

En 2011, las primas de seguros fueron en promedio de 1.200 € por persona. Los trabajadores contribuyen además con un 7,75 % de su salario. Los impuestos estatales contribuyen a la asistencia, por ejemplo pagando las primas de todos los menores de 18 años. La odontología y la fisioterapia se compran a parte.



Los defensores de este sistema argumentaban que la competencia entre las aseguradoras privadas reduciría los gastos de salud, y mejoraría la elección del consumidor, la calidad de la atención y la capacidad de respuesta del sistema de salud. La realidad ha sido otra.

En primer lugar, la competencia no ha disminuido la tasa de crecimiento del gasto sanitario. Los gastos de salud continúan superando la inflación general, que aumentó a una tasa promedio anual del 5% desde 2006. Al mismo tiempo, el costo total del seguro de salud para las familias holandesas, incluidas las primas y deducibles, aumentó en un 41%. Según la Estadística de los Países Bajos, en 2010 el país gastó el 14,8% de su producto interno bruto en el cuidado de la salud y el bienestar (incluido el cuidado a crónicos y otros servicios sociales). Además, mantener la competencia y la gestión producen altos costos administrativos. Por ejemplo, se han tenido que contratar más de 600 personas para administrar las subvenciones de primas para personas de bajos ingresos (el 40% de las familias holandesas).

En segundo lugar, sigue habiendo holandeses sin seguro (150.000) y crece el número de morosos (319.000 en 2010). En conjunto representan el 3 % de la población.

En tercer lugar, la libre elección del consumidor no ha funcionado según lo previsto. Desde 2007, sólo el 4% de la población holandesa, en promedio, ha cambiado los planes de cada año, de ellos el 80 % condicionados por las empresas, más que por decisiones individuales. Además la elección está restringida por la concentración del mercado de seguros, ya que, actualmente, cuatro consorcios controlan cerca del 90 % del mercado de seguros de salud holandés. La situación es tal que el 65 % de los asegurados están insatisfechos con los planes privados.

En cuarto lugar, la libre competencia es más retórica que real, porque se necesitan medidas reguladoras a nivel de gobierno central. Se precisa un control burocrático de la atención médica sobre aspectos como los presupuestos generales, la fijación de precios y el reparto de costes al paciente (honorarios de los médicos, costes de los servicios de hospital).

El contraste entre la situación holandesa y las propuestas para Medicare es importante, así mientras la cobertura de las primas en Holanda es tal que se reduce a menos del 10 % lo que pagan los pacientes, los planes para Medicare supondrían que los beneficiarios de 65 años de edad tendrían que pagar 2/3 de sus gastos médicos.

La libre competencia en salud es un mito porque no tiene en cuenta una realidad crucial: los sistemas de salud de Europa, Canadá y Japón gastan mucho menos que los EEUU en servicios médicos porque se basan en la regulación de precios, en los pagos coordinados, en presupuestaciones generales y en la contención de tecnologías costosas. En este contexto, las reformas holandesas se quedaron muy por debajo de las expectativas, porque las intenciones políticas no pueden confundirse con los resultados, y porque la competencia no es la panacea.

## EL SISTEMA DE SALUD PUEDE SER SOLUCIÓN O PROBLEMA EN LA EQUIDAD

### Health Equity Impact Assessment

A primer / Haber, Rebecca. — Toronto: Wellesley Institute (2010)

Available online PDF [6p.] at: <http://bit.ly/knvM3q>

Las desigualdades en salud son omnipresentes en Ontario y en todo el mundo. En Ontario las personas con bajos ingresos perciben su salud como mala o regular tres veces más que las personas con altos ingresos. Las personas con ingresos más altos viven más tiempo y con una mejor calidad de vida que las personas con bajos ingresos.

Las raíces de estas desigualdades se encuentran en determinantes sociales de la salud tales como la diferencia de ingresos, el trabajo precario, el racismo y la exclusión social, el acceso desigual a la protección infantil de calidad o la vivienda inadecuada. No sólo las poblaciones desfavorecidas terminan más enfermas y necesitadas de atención, también se enfrentan a un acceso desigual y a peor calidad de la atención, por eso el sistema de salud puede amortiguar el impacto de los determinantes sociales negativos en la salud, pero también puede ampliar aún más las disparidades de salud si el acceso no es equitativo y la calidad de la atención es desigual.

Es necesario que el sistema de salud comprenda los obstáculos específicos a la atención equitativa y de apoyo, y las necesidades de salud de las poblaciones desfavorecidas, y esto requiere planificación centrada en la equidad con herramientas efectivas y prácticas, y la evaluación del impacto en salud de las medidas favorecedoras de equidad.

### SABER MÁS SOBRE EL EFECTO DE LA CRISIS

---

#### **The Global Social Crisis. Report on the World Social Situation 2011**

**Department of Economic and Social Affairs - ST/ESA/334**

United Nations - New York, 2011

Available online PDF [129p.] at: <http://bit.ly/jgdUOk>

La crisis económica mundial ha tenido una gran repercusión social con resultados negativos para los individuos, familias, comunidades y sociedades. Su impacto en el progreso social en áreas como la educación y la salud sólo será plenamente evidente a través del tiempo. En tiempos de crisis financiera y económica, las familias suelen adoptar estrategias de supervivencia, tales como realizar cambios en los patrones de gasto de los hogares, sin embargo, estos pueden influir negativamente en los resultados de la educación, la salud y la nutrición, lo que puede conducir a déficits de por vida para los niños afectados y así perpetuar la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Dada la fragilidad de la recuperación económica y el progreso desigual en las principales economías, las condiciones sociales se espera que se recuperen lentamente. El aumento de los niveles de pobreza, el hambre y el desempleo seguirán afectando a miles de millones de personas en los próximos años. Mientras tanto, las medidas de austeridad en respuesta a la deuda pública en algunas economías avanzadas también están haciendo la recuperación más incierta y frágil. ■