

cuaderno POLÍTICAS DE SALUD

ANÁLISIS, REFLEXIÓN Y DEBATE

OBSERVATORIO DE POLÍTICAS DE SALUD

A MODO DE EDITORIAL

MUFACE: una anomalía del Sistema Público de Atención Sanitaria

MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE

Participación ciudadana y desarrollo social comunitario

MARCO MARCHIONI

Precariedad laboral y desempleo: sus efectos adversos sobre la salud

EDDY D'ORLEANS

Los servicios sanitarios de las CCAA después de las transferencias

MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE

Evaluación de los riesgos psicosociales: el miedo al cambio

NARCISO SEVILLA

Las externalizaciones: un riesgo mortal para el Sistema Público de Salud

JUAN ANTONIO SÁNCHEZ SÁNCHEZ

CITAS SELECCIONADAS

LUIS PALOMO

MARZO 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.

A MODO DE EDITORIAL.

MUFACE: UNA ANOMALÍA DEL SISTEMA PÚBLICO DE ATENCION SANITARIA

Marciano Sánchez Bayle

**Director del Observatorio de Políticas de Salud y Portavoz de la
Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.**

Como es bien conocido los funcionarios tienen en España una situación especial a la hora de la cobertura sanitaria, son lo que se conoce como mutualidades: MUFACE (mutualidad general de funcionarios civiles del estado), MUGEJU (mutualidad general judicial) e ISFASS (instituto social de las fuerzas armadas). En conjunto atienden a algo más de 2,2 millones de personas con una distribución variable en todo el territorio y un elevado porcentaje en la Comunidad de Madrid (en torno al 20% del total).

La característica que mas diferencia al modelo de las mutualidades del resto de la cobertura sanitaria pública es la capacidad de los mutualistas para elegir anualmente entre un grupo de compañías aseguradoras (incluyendo el SNS) para su prestación sanitaria, aparte de un copago para los medicamentos que no discrimina entre funcionarios en activo y pensionistas. Por otro lado existen algunas prestaciones económicas más en temas ortoprotésicos, etc.

El modelo MUFACE con el que suele identificarse el de las mutualidades de funcionarios, puesto que es la mayor de ellas (agrupa en torno al 70% de sus afiliados), supone una extraña situación que resulta difícil de entender por tres motivos: el primero es que permite unas condiciones diferentes y mas beneficiosas a un colectivo de la población, que es precisamente el que tiene unas mejores condiciones socioeconómicas, y por lo tanto es discriminatorio; el segundo se debe a que con fondos públicos se esta subvencionando a empresas de seguros privados en unas condiciones muy especiales, que luego

se comentaran; y por fin que un sistema sanitario descentralizado en las CCAA no se compagina con una red centralizada con una gestión dependiente del gobierno.

De manera sistemática se suele utilizar el argumento de la elección mayoritaria de los funcionarios de los seguros privados para justificar el buen funcionamiento de la provisión privada y la desafección de la población de la red pública. Sin embargo hay algunos hechos llamativos que desmienten esta versión:

- Como es bien conocido los mutualistas pueden cambiar su cobertura anualmente, y los estudios realizados demuestran que estos cambios se realizan en el sentido de hacerlo hacia el SNS en los casos de personas mas mayores y con problemas mas serios de salud, es decir las compañías privadas están asumiendo los “buenos riesgos” y el SNS los “malos riesgos”.
- Existe un porcentaje elevado de “doble cobertura” que se identifica por las encuestas nacionales de salud (alrededor de un 30% de los pertenecientes a MUFACE declaran tenerla), de forma que frecuentemente los mutualistas tienen ya la cobertura asegurada del SNS por la vía familiar (cónyuges, hijos, etc) con lo que el elegir otra compañía alternativa solo ofrece ventajas. Así se emplean las compañías privadas para problemas menores y el sistema público para las enfermedades graves.
- La prestación sanitaria en el área rural (que lógicamente es poco rentable) sigue estando cubierta por la red de profesionales del SNS, y a tal efecto se realizan convenios entre MUFACE y el SNS a precios irrisorios y totalmente ajenos a su coste real, de esta manera se produce la paradoja de que el SNS atiende en las zonas rurales a personas que ha elegido otra alternativa.

Es decir Las compañías que trabajan con las mutualidades se benefician de una situación en la que seleccionan los riesgos y obtienen condiciones muy favorables por el sistema sanitario público.

Así las cosas parece que el modelo de mutualistas debería de desaparecer mediante su integración de la atención sanitaria en la red pública de los distintos servicios regionales de salud, y a tal efecto la Ley General de Sanidad emplazaba al gobierno a la integración. Como se sabe desde 1986 hasta acá no se ha avanzado en este sentido. Es evidente que se trata de una anomalía que habría que subsanar, teniendo en cuenta por supuesto que la atención sanitaria de 2 millones mas de personas supondría una carga importante en un SNS que ya sufre de saturación (especialmente significativo en el caso de Madrid donde se concentra una mayor proporción de funcionarios) y que o bien deberían de incrementarse sus efectivos, o bien podría adaptarse una media transitoria que hiciera que las nuevas incorporaciones a la función pública lo hicieran en iguales condiciones que el resto de los trabajadores, respetando las situaciones personales preexistentes, con lo que el tema se resolvería, sin efectos traumáticos, en el largo plazo.

Recientemente el decreto-ley 13/2010 establece que los funcionarios de nueva incorporación lo hagan en el régimen general de la Seguridad Social y no en el Clases Pasivas como hasta ahora, pero parece que esta norma deja intacto el funcionamiento de las mutualidades de funcionarios lo que resulta incomprensible y supone dejar sin resolver uno de los grandes problemas de inequidad de nuestro sistema sanitario.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y DESARROLLO SOCIAL COMUNITARIO: ESTRATEGIAS AVANZADAS A LA CRISIS¹ (Síntesis)

Marco MARCHIONI, Trabajador Social y Sociólogo.

La 'crisis económica' en la que nos hemos visto, como de golpe, implicados nos ha hecho tomar conciencia de que lo que teníamos organizado y que nos parecía cierto y seguro, en realidad no lo era. Algunas personas, una minoría - entre ellas, quien les habla- hemos tenido que aguantar críticas de todo tipo por llamar la atención sobre esta realidad. La más profundamente injusta de las críticas afirmaba que lo que planteábamos era cosa del pasado (es decir, que éramos 'nostálgicos') o, por el contrario, que éramos utópicos (es decir, que estábamos fuera de la realidad).

No recuerdo ni hago hincapié en esta cuestión por revanchismo o por reivindicar algunas primacías intelectuales, sino sólo para afirmar que ya había señales claras que lo que había de verdad no tenía nada que ver con lo que se afirmaba pomposamente (aspiraciones infundadas de grandeza, creencia de un crecimiento imparable e ininterrumpido...), ni con su sostenibilidad económica y social. De seguir por esta senda, decíamos algunos, llegaríamos a situaciones que no nos gustarían y que estarían en contradicción con los principios de avance social, de una efectiva paridad de oportunidades, de justicia social y de un desarrollo económico que no hubiera discriminado y penalizado las clases sociales -perdón: los sectores sociales- más débiles y precarios.

De manera sintética, podríamos resumir los elementos críticos a los que hacíamos referencia (sin un orden de importancia ni de prioridad):

1

a) El avance sustancial en la organización del Estado, pasando en poco tiempo de un estado centralizado y autoritario a uno democrático y 'autonómico', dejaba pendientes una serie de cuestiones cuya irresolución ha ido generando graves dificultades, despilfarro, sobreposiciones y hasta duplicidades, cuando no competitividad entre diferentes niveles institucionales o diferentes ámbitos de competencias. La visión 'patrimonialista' de los partidos con relación al gobierno de las diferentes parcelas del Estado ha ulteriormente agravado la situación haciéndola de hecho insostenible, ya antes de la 'crisis'.

“... No hablo de una cuestión que pueda resolverse mediante un cambio de gobierno... sino de problemas varados por la contradicción entre un sistema constitucional diseñado para el acuerdo sobre cuestiones básicas y una lógica partidista que basa sus expectativas en abrir abismos de confrontación sistemática, a menudo más ficticios que reales.... con el resultado de paralizar decisiones básicas para el buen desempeño del país.” (Jordi Sevilla, Mercados del 17 de octubre de 2010).

Una de las consecuencias sociales más relevantes de esta situación -a la que haremos referencia más adelante- ha sido la fragmentación de las intervenciones de las diferentes administraciones en política social, dando lugar a una 'jungla' de proyectos, servicios, intervenciones, etc., sin coordinación, que no han podido contrarrestar los procesos de división social que ya estaban produciéndose en los barrios urbanos y en los pueblos debidos a los cambios laborales, sociales y, sobre todo, a los recientes e intensos procesos inmigratorios.

b) De ello se desprende de hecho una deriva asistencialista de las políticas sociales, sobre todo en sus elementos estructurales –los tres grandes pilares del Estado Social o Welfare State: servicios sociales, sanidad y educación-; y más allá de avances reales en ámbitos antes ignorados, como la dependencia, la igualdad de oportunidades, etc., pero sin llegar a determinar situaciones irreversibles.

Muchos de estos avances han sido realizados en el ámbito de una 'privatización' camuflada y confusa con las organizaciones de la llamada 'sociedad civil' (ONG's y empresas).

Pero lo que aquí interesa subrayar es que las políticas sociales han ido abandonado -salvo pocas excepciones- el campo de lo colectivo y de lo comunitario, es decir de lo educativo, de lo preventivo y de la intervención para luchar contra las causas de la exclusión y no sólo atendiendo a las consecuencias individuales de ellas.

Las grandes y avanzadas leyes sociales de los años 80 (la LOGSE en el terreno educativo, la de Servicios Sociales y la de la Reforma Sanitaria) han ido derivando así hacia una gestión asistencialista de las políticas sociales y se ha abierto el camino a la privatización, a la pérdida de horizontes progresistas y solidarios. La escuela pública se encuentra en gran medida dicotomizada, ya que los sectores sociales con poder adquisitivo medio y medio alto la han abandonado (hace veinte años hubiera sido imposible que el Presidente de la Generalitat tuviera sus hijos en centros escolares privados y elitistas); los servicios sociales atienden casi exclusivamente a los sectores dependientes de la población y han encerrado su teórica vocación 'universal' en unas prestaciones y atenciones cada vez más marginales; y la sanidad pública está siendo arruinada por el gasto farmacéutico y por el consumo indiscriminado de sus recursos...

c) Sustancialmente, a pesar de declaraciones enfáticas y oportunistas, el sistema democrático español se basa exclusivamente en métodos y funcionamientos típicos de la democracia representativa, sin conceder espacios algunos a lo que se entiende por democracia participativa. Este no es ningún drama, ni se aleja mucho de la realidad europea. Sin embargo en este tema no ha habido claridad ni pedagogía política y el resultado es que la palabra 'participación', hoy en día, no tiene una definición clara y los intentos participativos se quedan en ámbitos de escasa relevancia.

Los gobiernos -a todos los niveles- se han caracterizado en esta etapa democrática por gobernar fundamental y substancialmente *para* la ciudadanía y, desde luego, no *con* ella (es decir, contando con ella).

Los Reglamentos de participación que se hicieron en los primeros años de régimen democrático se limitaron a reglamentar las relaciones con la población a través de las Asociaciones de Vecinos y hoy resultan claramente obsoletos y superados por los cambios sociales y por el envejecimiento orgánico de aquellas organizaciones. Éstas jugaron un papel muy importante -de lucha y reivindicación para las clases trabajadoras en los territorios de vida, los barrios periféricos de las ciudades-, pero que han sido incapaces, salvo en unas pocas realidades, de evolucionar y seguir estando a la altura de las nuevas realidad social y política del país.

La llamada Ley de Grandes Ciudades es realmente un intento de racionalización de las relaciones 'gobierno local - ciudadanía', pero sigue asignando exclusivamente a los partidos políticos la representación de los intereses ciudadanos...Con ello el tema no avanza, sino se sigue creando confusión.

Pido disculpas por citar algo ya escrito, pero:

‘...Necesitamos urgentemente modificar muchas cosas para que nuestras sociedades no estallen en profundas e insanables contradicciones. Y la más profunda y la más necesaria modificación tiene que ver directamente con el tema de la participación: o implicamos correcta y paulatinamente a la ciudadanía en un papel de corresponsabilidad (para definirlo por ahora de alguna manera) en el gobierno y en la gestión de los asuntos públicos, o los individualismos, los territorialismos, los más diferentes corporativismos, llevarán inevitablemente a la insostenibilidad. Desde un punto de vista medioambiental esto ya parece evidente y en parte asumido. Pero también tendrá que serlo desde un punto de vista social y político. Dicho de otra manera y muy escuetamente: la participación ya no puede seguir siendo un

elemento 'decorativo' de la política y de los procesos sociales. La participación ya es una necesidad.

En síntesis, la participación activa y consciente de la ciudadanía es el elemento clave del futuro, el único que puede asegurar la sostenibilidad en sentido global y general y garantizar también la posibilidad de seguir luchando para una sociedad que garantice un cierto equilibrio y una real paridad de oportunidades; a pesar de las insuperables –por el momento- diferencias de clases, de la lógica del capitalismo sin controles (como ha evidenciado la “crisis”) y de la no contención de los planteamientos y principios del “libre mercado” y del pensamiento liberalista más descarnado...’

Así los grandes cambios sociales del final del Siglo XX nos han cogidos “impreparados” y con muchos instrumentos, planteamientos, métodos... que podríamos definir obsoletos. Esto y la llegada de una 'crisis', cuyos caracteres aparecen cada día más estructurales y no simplemente coyunturales (por ejemplo, como el paro), nos obligan a retomar algunas cuestiones que, de manera también muy sintética, aquí recordamos, subrayando que se están dando ya algunas experiencias en la práctica.

Ellas son:

- La necesidad absoluta de ir integrando los ‘escasos’ recursos a través de la coordinación y de la programación compartida entre varios agentes (públicos y privados), instituciones y administraciones... eliminando despilfarro y duplicaciones; sobre todo garantizando respuestas sociales más globales, más adecuadas a la complejidad de la realidad del mundo de hoy

- Asumir la participación de la ciudadanía como un eje estructural de los procesos decisionales, sin confusión de papeles: no se trata de sustituir a quien decide (que ha sido elegido democráticamente), sino de modificar el modo con el que se llega a tomar las decisiones que afectan a todo el mundo. Dar vida a espacios y órganos de participación abiertos a las organizaciones sociales de todo tipo y a las personas que quieren hacerlo a título individual. Eliminar de

estos espacios y órganos mecanismos de participación derivados de la democracia representativa, que contaminan la participación y alejan los ciudadanos y las ciudadanas que quieren aportar libremente su contribución...

Hay que reconocer que la participación -constante, permanente, sostenible- siempre será un tema relacionado con minorías y no con masas de personas. Pero ahora los espacios y los procesos tienen que ser abiertos y no reclusos por una minoría que transforma su participación, no ya en un derecho, sino en un privilegio.

- Vincular los procesos e itinerarios participativos a diagnósticos reales y participativos de las realidades sobre las que hay que tomar decisiones y aportar soluciones. La participación de 'todo el mundo' en la realización del diagnóstico y, luego, en la definición de las prioridades o de las líneas de acción a seguir constituye un elemento fundamental para que los procesos participativos no fomenten los intereses particulares o el populismo.
- Durante muchos años la participación de la ciudadanía se vio de hecho relegada a jugar un papel exclusivamente reivindicativo hoy claramente insuficiente. Actualmente se debería de vincular a proyectos y procesos de mejora de las condiciones de vida de la población y a los retos que plantea la sociedad de la información, de las comunicaciones y de la Aldea Global. Esto permitiría asumir la gran tarea de evitar (o impedir o limitar) el hecho de que la nueva realidad y los cambios sociales que se han producido de manera tan drástica no lleven a una definitiva dicotomización social -ya en acto- y a la pérdida de la perspectiva igualitaria y solidaria que ha sido y es el patrimonio más importante que nos ha dejado la lucha del Movimiento Obrero en la época, en vía de extinción, de la industrialización y del capitalismo industrial y productivo.
- Naturalmente esto requiere que los mismos procesos sean irrigados por un constante y claro flujo informativo (la misma información para todo el mundo en cuanto al contenido se refiere, aunque con formas y lenguaje diferentes) y que los temas sean afrontados con el auxilio de las ciencias y

de los conocimientos científicos. Este hecho hace sí que los procesos, ámbitos y órganos de participación deberían incluir espacios 'técnico-científicos' con funciones de asesoramiento, tanto a la ciudadanía participante, como a las instituciones que toman las decisiones.

- El territorio vuelve a asumir un papel fundamental, convirtiéndose por un lado, en un espacio de referencia de programas, intervenciones económicas, sociales, etc.; y, por el otro, en espacios de participación de la ciudadanía en la vida pública.

En las ciudades -y aquí, en Las Palmas, concretamente- ya se tienen en cuenta tres niveles o ámbitos de participación claramente definidos: el ámbito de los grandes temas ciudadanos con la creación del Consejo Social de la Ciudad; el ámbito sectorial o de área, coincidiendo con la organización municipal; y el ámbito del territorio según la organización administrativa de los Distritos. La Ley estatal de Desarrollo Sostenible así como, por ejemplo, la ley extremeña con el mismo título, dividen, por fin, el territorio regional en Zonas, asumiendo éstas como espacios de programación y de participación (aunque este segundo aspecto queda todavía por definir).

Por todo ello la perspectiva del desarrollo comunitario, de la participación activa y consciente de la ciudadanía, de la coordinación de recursos, de la integración de las instituciones, de la programación comunitaria, del diagnóstico participativo... todo esto vuelve a asumir un protagonismo que muchos han querido relegar al ámbito de los sueños.

Naturalmente somos conscientes de que la forma de ponerlo en práctica tiene que adaptarse a los cambios tecnológicos que se han producido (lo contrario, sí sería estupidez), pero, conviene recordar lo que decía mi maestra Angela Zucconi: 'hay que ser rígidos en los principios y muy flexibles en la aplicación'.

EVALUACIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES. EL MIEDO AL CAMBIO.

Narciso SEVILLA, Enfermero y Sociólogo.

Desde los inicios de la revolución industrial la preocupación de los trabajadores asalariados así como la reivindicación permanente de sus organizaciones políticas y sindicales se ha estructurado en torno a la consecución de tres objetivos principales: la mejora salarial, la limitación de los tiempos de trabajo y la seguridad en las condiciones materiales de la prestación del mismo. ⁱ

Será a partir de la segunda guerra mundial y tras la victoria de las potencias democráticas aliadas con las fuerzas populares (sindicatos y organizaciones políticas socialistas y comunistas principalmente) frente a las potencias del eje (Berlín, Roma, Tokio), cuando surge la necesidad de reconstruir una sociedad civil devastada. Esta situación junto a la práctica inexistencia de las organizaciones patronales crean un escenario proclive al PACTO SOCIAL, que da lugar al estado social, democrático y de derecho tal y como lo hemos conocido hasta el momento. En este contexto la práctica totalidad de las antiguas formaciones políticas y sindicales de resistencia se integran en el juego democrático priorizando el consenso frente al conflicto social y relegando a un segundo plano la transformación social en función de la lucha de clases.

Por su parte las organizaciones patronales se han ido fortaleciendo, desarrollado y puesto en práctica nuevas formas de organización del trabajoⁱⁱ destinadas a reducir los costes de la producción y a incrementar sus beneficios que con frecuencia entra en conflicto con los intereses de los trabajadores y sus organizaciones.

El inicio y posterior avance de la crisis económica permite poner en cuestión la percepción social de consenso y por tanto de intereses compartidos que existía hasta el momento. Las organizaciones patronales son capaces de coger al vuelo esta oportunidad, es decir “la crisis” les permite retomar un terreno

compartido que gran parte de ellos consideran como propio. Se cuestiona el estado social (y por tanto el democrático y de derecho) logrando imponer su “visión de la realidad” desde todos lugares donde pueden influir: universidades, medios de comunicación y la practica totalidad de las organizaciones políticas parlamentarias.

Consiguen de este modo que una gran parte de los trabajadores integren como propios sus argumentos políticos, poniendo las bases para empujar en el estado español hacia a unas condiciones laborales anteriores a la transición política.

En este contexto las EVALUACIONES DE LOS RIESGOS DE CARÁCTER PSICOSOCIAL aparecen como una importante medida para **censar** el momento actual en el mundo del trabajo. “Radiografían” la organización para identificar aquellas situaciones que pueden afectar de manera negativa la salud de las personas que la integran. Aunque Indirectamente también identifica y evalúa las disfunciones de la organización que la hacen menos eficiente al disponer de dimensiones que permiten prescindir de las encuestas de clima laboral.

En este caso paradójicamente si que nos encontramos con una verdadera OPORTUNIDAD para los que estén interesados tanto en la salud como en la motivación de los trabajadores y la productividad en la empresa.

Por otra parte crea espacios de consenso real en entre representantes de los trabajadores y de la empresa. Ayuda a trabajar sobre los conflictos interpersonales y el maltrato, y fortalece el estado social, democrático y de derecho al permitir que se introduzcan elementos democráticos en las relaciones laborales.

¿Qué es y qué mide la EVALUACION DE LOS RIESGOS DE CARÁCTER PSICOSOCIAL?. Método CoPsoQ (Istas21-PSQCAT21)

El CoPsoQ (Istas21-PSQCAT21) Identifica y mide aquellas características de la organización del trabajo para las que hay evidencia científica suficiente de que pueden perjudicar la saludⁱⁱⁱ. (...):

- Evalúa la **calidad de la organización** a partir de una serie de dimensiones agrupadas en 5 grandes bloques:

1) Exigencias psicológicas (cuantitativas -cantidad de trabajo en relación al tiempo disponible-, cognitivas, sensoriales, emocionales y de ocultar emociones).

2) Influencia y desarrollo de habilidades (influencia, posibilidades de desarrollo, control sobre el tiempo de trabajo, sentido del trabajo -compromiso-, integración en la empresa).

3) Relaciones sociales en la empresa y calidad de liderazgo (previsibilidad, claridad de rol, conflicto de rol, calidad de liderazgo, refuerzo, apoyo social, posibilidades de relación social, sentimiento de grupo).

4) Compensaciones (inseguridad frente a cambios no deseados, estima -refuerzo y reconocimiento-)

5) Doble presencia. (exigencias psicológicas de carácter sincrónico casa/trabajo):

- Aborda el posible **efecto sobre la salud**:

Se ha investigado sobre todo enfermedades crónicas, especialmente cardiovasculares^{iv} , trastornos músculo esqueléticos (ME) y trastornos psicológicos menores (síntomas depresivos, agotamiento o fatiga psicológica, insatisfacción laboral, consumo de píldoras y absentismo)^v

La percepción de salud se aborda desde una serie de preguntas relacionadas con la **satisfacción en el trabajo** (perspectivas, ergonomía ambiental y empleo de capacidades), **salud general** (percepción de la propia salud) , **salud mental** (percepción de tristeza, felicidad, tranquilidad, nerviosismo) , **y vitalidad**

(agotamiento, vitalidad, cansancio, nivel de energía) y los síntomas **cognitivos** (problemas para concentrarse, tomar decisiones, memoria, pensar de manera clara), **conductuales** (irritabilidad, ganas de estar con la gente, insomnio, sensación de agobio) y **somáticos de estrés** (opresión o dolor de pecho, falta de aire, tensión en los músculos y cefaleas).

Toda esta información se explota sobre una serie de variables sociodemográficas que nos hacen “ver y vivir” la organización desde lugares diferentes: género y edad, categoría, lugar de trabajo, relación contractual, salario, turno y antigüedad en el puesto.

La participación debe de ser al menos del 50% de los trabajadores evaluados y se debe de garantizar la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos. Posteriormente los resultados se entregan a un grupo de trabajo paritario representantes sindicales y de la empresa que los trabajaran con la finalidad de acordar las acciones correctoras y planificar su aplicación.

La EVALUACION DE LOS RIESGOS DE CARÁCTER PSICOSOCIAL es necesaria y factible. No solo es un imperativo legal sino una necesidad sentida por el conjunto de los trabajadores ante el aumento del estrés^{vi} en los puestos de trabajo.

Es factible. En estos momentos de manera constante y discreta las evaluaciones de riesgos psicosociales comienzan a ser una realidad imparables en todo el panorama laboral del estado español.

Un ejemplo interesante en el sector sanitario es la experiencia del Institut Català de la Salut^{vii}. La evaluación se ha realizado a partir de cuestionarios siguiendo el método CoPsoQ (Istas21-PSQCAT21), sobre una población de 40.000 trabajadores integrados en 10 áreas de asistencia primaria y 8 hospitales. La tasa de respuesta se sitúa en torno al 68% (63% en hospitales y 72% en asistencia primaria) la entrega de los cuestionarios se ha realizado en mano a cada trabajador (por puesto y turno de trabajo) al 88 % de la plantilla en un periodo total de 4 años (2007 a 2010).

La evaluación se ha realizado de manera íntegra por el servicio de prevención propio, la participación activa de los representantes de los trabajadores (9 organizaciones sindicales) y la estructura directiva de la empresa (gerencia, dirección de recursos humanos y la práctica totalidad de las direcciones médicas y de enfermería) tanto a nivel central como en cada uno de las direcciones territoriales a través de 18 Grupos de Trabajo, uno por cada ámbito electoral.

La duración media de cada grupo suele ser de 9 meses y entre 15 y 20 reuniones de dos horas cada una. Casi la mitad de los grupos ya han aprobado el informe final y la planificación de las medidas correctoras implica enfrentarse al reto de abordar una multitud de soluciones acordadas en cada uno de los ámbitos. En ocasiones no excesivamente complejas: mejoras de la ergonomía ambiental, elaboración y/o actualización de procedimientos de trabajo específicos, potenciación de espacios ínter estamentales de reflexión compartida, establecimiento de sistemas de comunicación que expliciten los objetivos y funciones de cada lugar de trabajo, creación de pools de enfermería polivalente (enfermeros expertos), etc..

En otras las soluciones implican enfrentarse a situaciones difíciles de abordar: soporte a la gestión emocional, asimetrías retributivas y de control, doble presencia (soporte para guarderías y centros de día), etc..

No obstante la experiencia de reflexión compartida acumulada en los grupos de trabajo a lo largo de estos años nos permite enfrentarnos de una manera más atrevida a la vez que más consciente a las situaciones del estrés en los puestos de trabajo y hacer propia la inscripción gravada en los muros del edificio originario de la OIT, en Ginebra, "Si vis pacem, cole iustitiam" "Si deseas la paz, cultiva la justicia.

DESEMPLEO Y PRECARIEDAD LABORAL: sus efectos adversos sobre la salud .

Eddy D´Orleans Julien

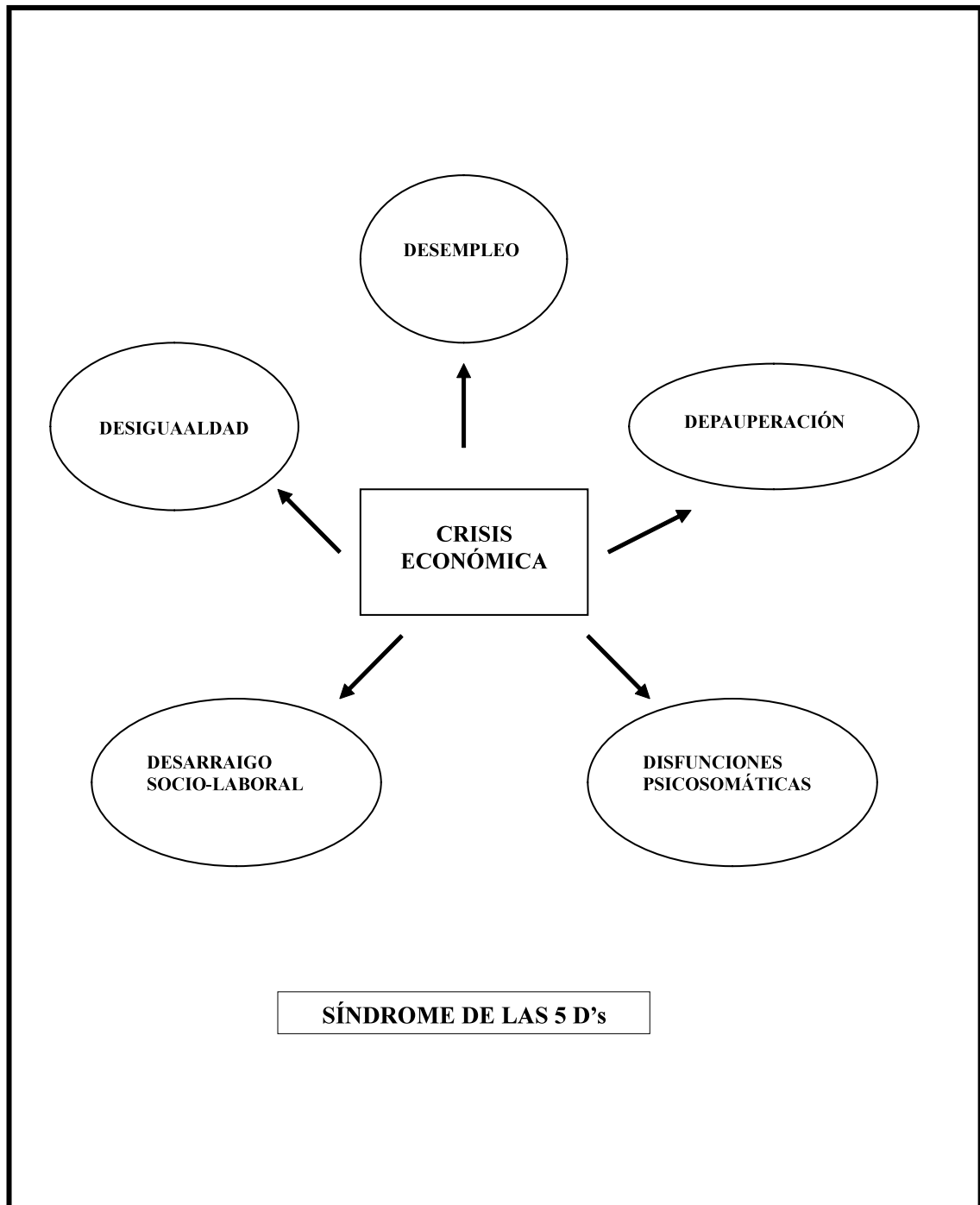
Médico, Licenciado en Derecho, Técnico Superior en Salud Laboral, Doctor en Sociología y Ciencias Políticas, Máster en Economía de la Salud y Gestión de Servicios sanitarios.

La última Encuesta de Población Activa (EPA) del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) acaba de añadir un ingrediente más a la ya asumida crisis de preocupación de la clase política y de la ciudadanía española al publicar muy recientemente la actual cifra de paro en España: **20,4 %**. Cifra muy alarmante, sin duda! Lo que agudiza el debate sobre las alternativas viables para aliviar el mercado laboral de esta peligrosa carga.

Nos preocupa que el abordaje de este drama se haga sólo desde la óptica de las causas y descuidando totalmente las consecuencias del mismo. Así se entiende que el debate se centre fundamentalmente en el cómo reducir esta alta tasa de desempleo. Y paralelamente a dicho debate nos surgen unas razonables preguntas:

- 1) ¿A quién le preocupan realmente los efectos adversos del desempleo sobre la salud?
- 2) Y en el caso de que hubiera cierta preocupación ¿se están tomando medidas (y qué tipo de medidas) para intentar reducir o eliminar dichos efectos?
- 3) ¿Es la reducción del gasto público social y sanitario un instrumento adecuado para hacer frente a las nuevas demandas asistenciales inducidas por la crisis financiera actual?
- 4) ¿No estaríamos en presencia de una nueva patología, el **Síndrome de las 5 D's** y su cortejo de manifestaciones adversas comprometiendo seriamente la salud de los desempleados: Desempleo-Depauperación-Disfunciones psicosomáticas-Desarraigo social y laboral-DESIGUALDAD?.

CUADRO nº 1



Con frecuencia los tres indicadores de clase social más utilizados en Sociología suelen ser la ocupación, la educación y los ingresos (desde la óptica de Weber, indicadores que representan la clase y la condición sociales). Y dentro de éstos la ocupación, en su vertiente de “empleo” ocupa un lugar importante ya que, de alguna manera, condiciona el acceso a los ingresos, a la educación, la capacidad para adquirir o habitar una vivienda, a los servicios sanitarios e, incluso -en algunos casos, según el tipo de sociedad- a la capacitación para ejercer una profesión y de allí a ocupar un puesto de trabajo.

Es evidente que el trabajo, considerado como “actividad humana aplicada a la creación o producción de un bien o servicio” ha sido y constituye el eje central de la vida humana. Para Rodríguez y García (1989), en el contexto de la automatización de nuestra sociedad, del predominio de las tecnologías en la esfera productiva, del contexto socio-político-económico actual, “el trabajo se percibe como un mero medio para cubrir un amplio abanico de necesidades de distinto orden articuladas –en su mayoría- en un proyecto de vida. El trabajo constituye pues un instrumento importante en el que se evita los peligros de la soledad, el aislamiento, los sentimientos de inutilidad, la automarginación y la pérdida del sentido de la realidad y que cuya pérdida supone trancar la configuración de un proyecto de vida. La ausencia de trabajo en los individuos da lugar entonces a un desequilibrio y desajuste importante que repercute en distintos niveles tales como a escala psicológica, social, económica y política”.

En su afán para adaptarse a su entorno y de domesticar y aprovechar los recursos existentes para su supervivencia, el hombre ha ido adquiriendo conocimiento de los fenómenos físicos, biológicos y químicos, los cuales aplicados a la transformación de los recursos materiales disponibles le han permitido producir sustancias, mercancías cuyo óptimo aprovechamiento ha conducido a una mejora de su calidad y nivel de vida. Sin embargo, el hombre ha ido más allá porque “ no se ha limitado a la utilización de sustancias naturales, sino que en su espíritu de superación ha logrado la creación de nuevos productos y la aparición de nuevas formas de energía que han dado lugar a la aplicación de nuevas tecnologías. A su vez, las nuevas exigencias

que planteaban la necesidad de aumentar la producción y, consiguientemente, de optimizar los beneficios de los propietarios de los medios de producción ha facilitado e impulsado la investigación y el descubrimiento de nuevas herramientas tecnológicas para tales fines. “Las exigencias para reducir costes, aumentar la productividad y obtener una calidad mayor han producido en las últimas dos décadas no sólo la incorporación de robots a los sistemas de producción, sino la definición y diseño de los sistemas de fabricación en función de la tecnología de automatización y robotización, para poder obtener máximos rendimientos de la misma”.(López P A, 1996) Y el desarrollo de dichas tecnologías y su empleo a gran escala, a parte de su efecto modernizador, iban a crear nuevos sistemas de organización del trabajo, producir una fragmentación progresiva de la estructura ocupacional y una dualización del mercado de trabajo. Según el Prof. Tezanos, el nuevo modelo de sociedad industrializada que ha evolucionado al compás del desarrollo de las nuevas tecnologías y de los descubrimientos científicos iba a producir, entre sus principales efectos, “una desaceleración de la desindustrialización progresiva de la población activa, con una drástica reducción de la población activa ocupada en la industria”²

Existe una tendencia a achacar de forma muy simplista el surgimiento del fenómeno del paro al desarrollo salvaje de las nuevas tecnologías. Pensamos que existen más causas, entre las cuales citaremos algunas que el Prof. Tezanos ha señalado en algunos estudios:

- .- Carencia de suficiente impulso de crecimiento económico sostenido (crisis y desaceleración del desarrollo).
- .- Introducción de robots, sistemas automáticos y otros cambios técnicos orientados a ahorrar mano de obra.

² TEZANOS J.F., “Clases sociales y desigualdad en las sociedades tecnológicas avanzadas”, Rev.Int. de Sociología, 8 y 9, 1994.

.- Evolución de la oferta de empleo (incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo, prolongación de la edad media de vida, aumento del nivel educativo, presiones migratorias, etc.).

.- Competencia de los productos manufacturados en países con bajos salarios, en un contexto de progresiva mundialización de la economía.

.- Tendencias desreguladoras en el trabajo (facilidades para el desempleo) como consecuencia de la creciente competitividad económica internacional (mundialización).

.- Tendencias al abandono por las empresas multinacionales de los países con salarios más altos, mayores costes fiscales y más exigentes normativas sociales (deslocalización).

.- Envejecimiento de los aparatos productivos que hicieron posibles el intenso ritmo de crecimiento hasta mediados de la década de los años setenta.

.- Crisis de rentabilidad del capital.

.- Dificultades de los Estados para mantener y aumentar los empleos en el sector público, a causa de la crisis fiscal del Estado.

.- Las crisis económicas y los efectos negativos de la actual inestabilidad monetaria...

.- La ausencia de nuevas generaciones de productos de consumo que cumplan una función dinamizadora en la industria...

.- La introducción de robots industriales y sistemas automatizados de trabajo, orientados a ahorrar costes de producción por medio de la supresión de puestos de trabajo, ahorrando así mano de obra y, por consiguiente, costes laborales..

¿Cuales son los daños que causa el desempleo masivo? Enumeraremos algunos sin perjuicio de que existan aún más consecuencias negativas :

a) Mala salud y mortalidad: enfermedades clínicamente identificables (hepatopatías, gastropatías, alcoholismo, drogadicción, trastornos psíquicos graves) y tasas elevadas de mortalidad (por suicidios, homicidios, etc.) han sido catalogadas como efectos del desempleo. Se piensa que esto puede hasta cierto punto ser consecuencia de la pérdida de ingresos y medios materiales, pero también influyen el abatimiento (que produce verse dependiente y sentirse inútil e improductivo), la pérdida de la estima propia y la falta de motivación que nacen del desempleo persistente.

b) Daños psicológicos: el desempleo puede provocar intensos sufrimientos psíquicos y así trastornar la vida de los desempleados. Así un nivel elevado de desempleo suele relacionarse incluso con tasas altas de suicidio, lo que indica que las víctimas del mismo soportan malamente la experiencia ya que las consecuencias de un desempleo prolongado pueden ser extremadamente desmoralizadoras. El desempleo puede ser especialmente dañino ya que a la falta de ingresos se suman otras privaciones como la pérdida de la propia estima sobre todo en los jóvenes que han perdido su empleo y en los que aspiran a trabajar, sin conseguirlo, al finalizar sus estudios.

En este mismo sentido, J.L.Alvaro, J.Torregrosa y A.Garrido (1992) opinan que el desempleo es una causa evidente del deterioro de la salud mental de los individuos. Según diversos estudios, algunas formas de empleo precario (incluyendo en ellas todo tipo de trabajo inestable en el cual el trabajo empleado se ve negativamente afectado por un alto grado de incertidumbre con respecto al futuro) producen en dichos individuos efectos psicológicos francamente negativos.

c) Daños físicos: Algunos estudios realizados en Canadá, USA y Reino Unido han demostrado que el desempleo induce el estrés y puede por

consiguiente constituir un factor de riesgo determinando las enfermedades cardiovasculares. También han encontrado asociaciones positivas entre desempleo y muertes debidas a enfermedades cardíacas. Estas asociaciones estaban basadas en la constatación de que los desempleados tenían tendencia a un consumo más o menos elevado de alcohol, tabaco y a unas dietas con elevadas cantidades de grasas, las cuales aumentaban los niveles de colesterol y triglicéridos en sangre con el consiguiente aumento de las presiones sanguíneas sistólicas y diastólicas y también un aumento de peso.³

Todo lo anterior puede ser debido a múltiples factores como “aislamiento social, pobreza relativa, pérdida de la autoestima y a comportamientos poco saludables”.⁴

d) Otras variables: Otros trabajos científicos dan cuenta de que el desempleo, aparte de deteriorar la salud económica de un país, provocan tensiones en el seno de las familias que pueden lugar a situaciones de maltrato infantil, dañando la salud física y mental de la población infantil.⁵

PRECARIEDAD Y SALUD:

No existe absoluta evidencia de que la precariedad y la temporalidad por sí solas favorecen la aparición de situaciones adversas de salud. Sin embargo, se ha encontrado una relación directa entre algunas de sus características (experiencia en el puesto de trabajo, provisionalidad, alta rotación, etc.) y la situación de riesgos para la salud.

Si bien con la modalidad de contratación “en precario” las empresas intentan conseguir reducir riesgos para su cuenta de balance, no es menos cierto que,

³ JIN ROBERT L et al; “The impact of unemployment on health: a review of evidence”; Can Med Assoc Journal, Sept.1, 1995; 153 (5).

⁴ LEVY Barry S y SIDEL V W; “Crisis económica y salud pública”, Rev. Medicina Social, vol.4, nº 2, junio 2009.

⁵ Estudio presentado en la Conferencia Nacional de la Academia Americana de Pediatría en noviembre de 2010; citado en el Diario Médico del 6/10/2010.

como resultante de ello, el coste individual y social para los trabajadores resulta, a veces, bastante alto, además de dificultar su plena integración en el entorno laboral en el que presta sus servicios. “La provisionalidad y alta rotación de una parte tan considerable de las plantillas de trabajadores impide una mínima ‘acogida’ de los nuevos trabajadores por parte de los más experimentados, y junto con la escasa formación y el desconocimiento del lugar de trabajo de aquellos y el alto ritmo de trabajo de todos, da lugar a que se propague la descoordinación en las actividades del centro de trabajo”.⁶

➤ PRECARIEDAD Y ACCIDENTALIDAD:

En general, los Sindicatos achacan a la precariedad laboral gran parte de la siniestralidad producida en los lugares de trabajo. Esta situación “se debe en gran medida a la creciente precariedad laboral, la falta de aplicación de las normas sobre prevención por parte de los empresarios, la falta de compromiso político de las Administraciones, la degradación del mercado laboral, el mantenimiento de una tasa de temporalidad que duplica a la media de la Unión Europea, y el incremento incesante de la subcontratación”⁷.

El informe del CES, relativo a 1994 señala al respecto: "El 41% de los accidentes de trabajo ocurridos en 1994 recayeron en trabajadores con menos de un año de antigüedad. Teniendo en cuenta que la media de antigüedad en la empresa para los trabajadores con contrato temporal era de 2'03 años frente a los 12'96 de los trabajadores con contratos indefinidos, lógicamente el promedio de antigüedad media en las empresas de menor tamaño es inferior que en el resto. El grupo de edad que en 1994 registró mayor incidencia es el de los jóvenes entre 16 y 19 años (89 accidentes por cada 1000 asalariados, índice que se eleva a 126 considerando sólo a los varones) seguido del de entre 20 y 24 años (79 por mil para ambos sexos y 115 por mil en el caso de los varones) mientras que el índice de temporalidad de los jóvenes comprendidos en estos grupos de edad supera con creces el 60 por cien. Los

⁶ FJ Pinilla García; Flexibilidad contractual y Accidente de trabajo: un enfoque sociológico. Rev. de Derecho Social, nº11, 200; pp.223-231.

⁷ SARACIBAR, A. “*Accidentes laborales y contratación temporal*”, TEMAS para el Debate, .º 110, 2004:22

grupos de población más jóvenes, con contrato de duración determinada y las pequeñas y medianas empresas emergen pues como colectivos y ámbitos que habrán de ser objeto de especial atención en las futuras políticas de prevención de riesgos."

En cuanto a las modalidades de contratación, la información proporcionada por las estadísticas sobre accidentes de trabajo no ofrece duda acerca de la mayor incidencia de los accidentes en los casos de contratación temporal. Ello se debe a que "a los trabajadores con contratos temporales se les proporciona menor formación para desempeñar su puesto de trabajo y suelen ocupar los puestos más peligrosos y penosos. Asimismo, es más frecuente que no utilicen o no sepan utilizar correctamente las medidas y equipos de seguridad. En las subcontratas de la construcción y de otros sectores, es también menos frecuente el cumplimiento de las normas de seguridad en el trabajo establecidas en los convenios y la legislación laboral".⁸

Se deduce, por tanto, que asociar sin más la alta siniestralidad laboral al carácter temporal de los contratos es un enfoque muy simplista de la cuestión. Esta aseveración tiene validez siempre y cuando se la asocie con otra variable que es la falta de experiencia o antigüedad del trabajador al realizar una determinada tarea. Sin embargo las estadísticas oficiales permiten comprobar que un porcentaje muy elevado de accidentes laborales afectan a trabajadores que llevan menos de un año en el puesto de trabajo. Tanto Castaño (1993) como Navarro (1994) sugieren que el alto número de accidentes laborales que tienen lugar en España en relación a otros países de su entorno puede ser causado por el gran porcentaje de trabajadores temporales empleados en nuestro país. Castaño señala que en 1991, siendo el porcentaje de contratos temporales de un 30%, la incidencia de accidentes para este tipo de contratos era del 52%, es decir la tercera parte de los trabajadores de este país sufría la mitad de los accidentes laborales. Está generalmente admitido que los trabajadores en precario se ven sometidos a peores condiciones de trabajo y mayores niveles de riesgo que el resto de los trabajadores. Ello afecta

⁸ Castaño, C., *ibidem*.

negativamente a su salud tanto en términos absolutos (incidencia por encima de lo esperado) como en términos relativos (morbimortalidad diferencial). La mayoría de los estudios consideran que el registro al alza de los accidentes aumenta con el grado de precarización tanto por los mecanismos jurídicos (la escasa cobertura de algunas categorías de trabajadores por la Seguridad Social o el sistema de seguros de los riesgos profesionales en la economía sumergida o entre los trabajadores a tiempo parcial) como por las dificultades de hecho de proceder a una declaración en un contexto donde los servicios de prevención son escasos, el nivel de sindicalización es bajísimo y existen múltiples posibilidades de presionar a los trabajadores.

Los estudios epidemiológicos realizados insisten en la correlación muy significativa entre los estatutos precarios (generalmente identificados a partir de las formas jurídicas de contratación) y la prevalencia de problemas de salud. Entre otros factores explicativos de dicho fenómeno, se puede citar “la pérdida de la capacidad de resistencia individual y colectiva, el dominio menor de los saberes obreros debido a una mayor rotación de la fuerza de trabajo, la escasea integración de categorías de trabajadores “exteriores” en el colectivo de trabajo de una empresa, la percepción desvalorizada de sí mismo, el sufrimiento psíquico, la escasez de recursos económicos, etc.”⁹. Por otra parte, se ha estudiado los efectos de la precariedad sobre la salud comparándolos con las repercusiones del desempleo sobre la salud de los individuos. Se ha señalado que la amenaza de desempleo tiene los mismos efectos de estrés que el desempleo. Además, se ha comprobado que los sentimientos de las personas amenazadas por el desempleo suelen ser similares a formas leves de neurosis; se trata de un sentimiento de debilidad y la profundidad del efecto depende generalmente de la percepción de la severidad de la amenaza y ésta varía con el contexto socioeconómico.¹⁰

⁹ VOGEL, L., “*El descubrimiento del Síndrome de Ardystil*”; Rev, Sociología, nº 23, 1995:111-127

¹⁰ CÁRCOBA, A. :” *La precarización del empleo y la salud*”, Rev. Salud 2000, Diciembre 1995, pp.7-13.

En un “Informe sobre salud laboral”¹¹ elaborado en el año 2004 por el Profesor Durán se afirma que “los trabajadores temporales perciben una mayor exposición a los riesgos que los trabajadores con contrato indefinido. Esta percepción afecta a numerosos riesgos tradicionales, como la exposición a sustancias tóxicas o movimientos repetitivos; sin embargo, las diferencias con los trabajadores con contrato indefinido son especialmente importantes en el caso de algunos riesgos emergentes, como la imposibilidad de organizar el orden de las tareas y la falta de posibilidades de introducir cambios en su trabajo. El grado de insatisfacción con sus condiciones de trabajo es mayor también entre los temporales que entre los fijos, tanto en el conjunto de la UE-15 (20,3 % vs. 13,6 % respectivamente), como en el caso de España (32,8 % vs. 19,9 %). Esta información pone de manifiesto que el colectivo de temporales presenta un perfil de exposición a diversos factores de riesgo distinto a los trabajadores fijos”.

Concretamente, una de las profesiones sanitarias que se ve particularmente afectada por el fenómeno de la precariedad es la enfermería. En este sentido, Luisa Montes del Consell de la Professi6 d’Infermeria de CC.OO de Catalunya, en una ponencia titulada “Precariedad y Salud” apuntaba: [L@s Enfermer@s eventuales o en precario tienen una mayor ansiedad y estr6s; no est6s integrad@s en el equipo y suelen percibir poco apoyo del resto de los profesionales. Suelen cambiar muy a menudo de horario y/o de centros, largando en exceso las jornadas laborales. La falta de descanso puede provocar una fatiga profunda que, asociada a otros factores estresantes, pueden producir errores en la praxis y accidentes laborales](#), interferir en la vida familiar y social y puede, por ende, engendrar estilos de vida no saludables (dormir poco, h6bitos diet6ticos aberrantes, sedentarismo,etc.)”.

Todo lo anterior nos lleva a concluir que los trabajadores temporales est6n m6s expuestos a situaciones de riesgo en el entorno laboral y que adem6s su propia situaci6n laboral les dificulta el poder apropiarse de los instrumentos

¹¹ DUR6N L, BENAVIDES FG; “Informe de salud laboral. Los riesgos laborales y su prevenci6n. Espa6a 2004”; edita Zurich y Atelier, pag. 21.

preventivos y de seguridad que les permitirían una protección adecuada de su salud y de su integridad psicofísica.

A esta conclusión ha llegado también la Fundación de Dublín en 1996 en un informe titulado "Situación Laboral y Salud": "Las condiciones de trabajo de los trabajadores con contrato temporal son peores que las de los trabajadores fijos. Los primeros se encuentran más expuestos a posturas dolorosas, ruidos intensos, movimientos repetitivos, y tareas breves y repetitivas. Desde el punto de vista de la organización del trabajo, aunque se encuentran menos sometidos a un ritmo de trabajo más elevado que los trabajadores fijos, gozan de mucho menos autonomía en la organización de su trabajo y su tiempo...Además de ser estos trabajadores empleados en peores condiciones, la propia inestabilidad de la relación laboral es un riesgo en sí mismo para su salud". (citado en el artículo de F.J. Pinilla antes referido, pag.229).

Si consideramos la relación del contrato temporal con las medidas referidas a la prevención de riesgos para la salud o la seguridad en el trabajo., veremos que los trabajadores temporales están colocados en un circuito de subprevención de riesgos laborales. Pensamos que ello puede estar relacionado con la mayor presencia de trabajadores temporales en las pequeñas empresas, en las que no es obligatorio Comités de Seguridad e Higiene. Además, los trabajadores temporales participan también en menor medida en aportar sugerencias de mejora de las condiciones de salud y seguridad en el puesto de trabajo, probablemente por la menor identificación con el mismo: un 19% frente al 37% de los trabajadores con contrato indefinido. En otro estudio elaborado por UGT¹², basado en los datos de siniestralidad laboral publicados por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en 2002, se dice que la proporción de contrato temporal no ha cesado de incrementar a pesar de las sucesivas reformas laborales efectuadas. Así "en el año 2002, tan sólo uno de cada doce contratos realizados era de carácter indefinido (de 14.179.000 contratos, sólo 1.274.608 fueron indefinidos. Además la duración

¹² UGT, *Evolución de las siniestralidad en España: 1996-2002*

de los contratos es cada vez menor: el 80 % tiene duración de menos de seis meses y prácticamente el 60 % de éstos no llega al mes”.

Respecto a la accidentabilidad laboral, el panorama no es más alentador y siempre según el mismo estudio de UGT, “los trabajadores con contratos temporales sufren el 60 % de los accidentes de trabajo; el 50 % de los mortales y el 55 % de los graves. Los mayores perjudicados fueron los jóvenes: los menores de 24 años aglutinan el 21 % de los accidentes con baja y, de ellos el 70,8 % tenían un contrato temporal mientras que el 22 % lo tenían indefinido. Del total de accidentes de trabajo con baja en jornada laboral, entre trabajadores con contrato temporal, el 29 % fueron jóvenes menores de 24 años. Dicha cantidad se eleva entre los trabajadores con menos de 19 años, ya que, en este tramo de edad, los que tenían contrato temporal sufrieron el 87 % de los accidentes, mientras que los indefinidos sufrieron el 13 % de los accidentes. Además, las empresas de menos de 100 trabajadores registraron el 81,5 % del total de accidentes mortales clasificados por tamaño de empresa y las de menos de 50 trabajadores, el 70 % de los accidentes mortales. De los accidentes graves, el 77 % lo aglutinan las de menos de 100 trabajadores y el 66 % las de menos de 50 trabajadores. El 37 % de los accidentes mortales y el 39 % de los accidentes graves, los registran trabajadores que tenían menos de siete meses de antigüedad en la empresa”.

Y haciendo un análisis evolutivo de la siniestralidad en los últimos años se constata que la siniestralidad ha seguido una tendencia ascendente. Según UGT, “en este período aumentan los índices de incidencia¹³ tres veces más entre los temporales que en los indefinidos. es decir, del total de accidentes de trabajo con baja en jornada laboral, de cada 1000 trabajadores asalariados, 101 tenían contratos temporales, índice que aumenta en el año 2002 hasta 121 temporales por cada 1.000 trabajadores (20 puntos en siete años hasta 163.429 accidentes más). Desde 1996 a 2002, se registró un aumento del 10,2 % en los accidentes graves y del 30 % en los mortales entre trabajadores con

¹³ Se denomina *Índice de incidencia* de accidente de trabajo al cociente resultante de la división del número de accidentes por el número de trabajadores expuestos.

contrato temporal, mientras que entre los contratos indefinidos el aumento de los mortales tan sólo fue de un 1,6 %”.

Crisis económica y Desempleo: sus efectos sobre la salud:

En palabras de J.Lethbridge “la crisis tiene un claro impacto en el aumento del desempleo y en una reducción del crecimiento económico y ello repercute de forma indiscutible en el estado de salud”.¹⁴ Evidentemente, existe un “efecto colateral” de las crisis financieras sobre el que no se suele insistir es el aumento del gasto sanitario a través a través de una demanda sostenida de asistencia sanitaria por los individuos en situación de desempleados con el consiguiente aumento en el consumo de fármacos. El gráfico siguiente ilustra este supuesto.

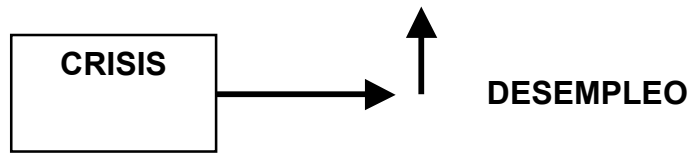
Tampoco hay que ignorar lo que algunos autores llaman “el lado positivo de la crisis”. Lo argumentan de la siguiente manera:” Las crisis económicas pueden tener efectos positivos sobre la salud allá donde las necesidades mínimas estén garantizadas. El período de desempleo se puede emplear para capitalizar la salud, mejorando los estilos de vida y el nivel educativo. Otras mejoras de la salud se deben a que la contaminación ambiental disminuye con la caída de la producción industrial, y los accidentes se reducen al mejorar el tráfico y la congestión”.¹⁵

Conviene anotar también los efectos indirectos de las crisis como el debilitamiento de las políticas públicas en materia de salud, “reduciendo los presupuestos de salud y asistencia sanitaria, y se demoran los planes de inversión, incluyendo los de capital humano”¹⁶, la pérdida de prioridad del cuidado de la salud para los individuos afectados.

¹⁴ LETHBRIDGE J, “Salud y crisis global”; XXVIII Jornadas de debate sobre Sanidad Pública, Toledo, 2009.

¹⁵ DELIA DÁVILA C Y GONZÁLEZ LÓPEZ-V B; “Crisis económica y salud”; Rev. Gaceta sanitaria 2009; 23(4):261-265.

¹⁶ DELIA DÁVILA, ídem.

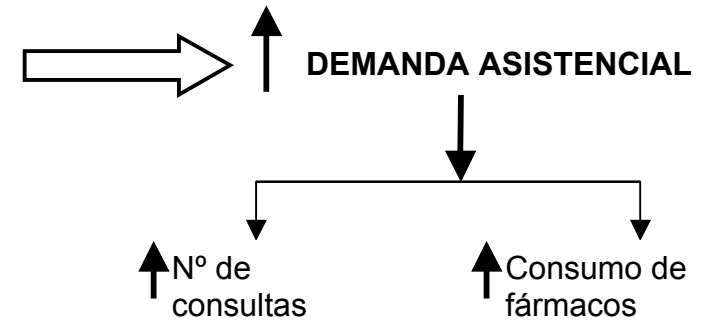


TRANSTORNOS PSÍQUICOS

- Ansiedad.
- Depresión.
- Stress.
- Frustración.
- Agresividad

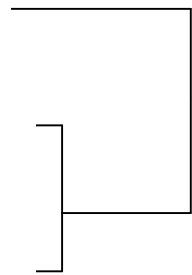
PATOLOGÍAS

- Alcoholismo
- Tabaquismo.
- Ludopatía.



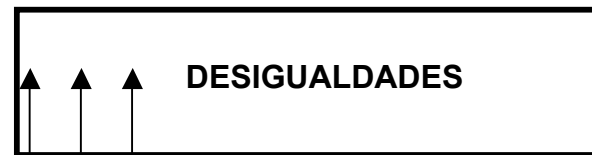
- ↓ Inversiones en Sanidad
- ↑ Recortes presupuestarios
- ↑ Racionalización gasto

RECORTE DE PRESTACIONES



↑ **Efectos Crisis**

↑ **Déficit presupuestario estatal**



CONCLUSIÓN:

Si admitimos el desempleo como uno de los efectos indeseables del llamado Síndrome de los 5 D's que nos permitimos inscribir en el arsenal sociopatológico, cualquier intervención para paliar o eliminar sus efectos adversos debería atacar tanto las causas como sus consecuencias.

a) Intervenciones sobre las causas: Consistirían en intensificar las políticas públicas tanto activas como pasivas de empleo (formación profesional, reciclaje, reinserción laboral, etc.)

b) Actuaciones sobre los efectos: Promover políticas de salud dando mayor protagonismo a la Atención Primaria de Salud y a la salud laboral: prevención de riesgos en el medio laboral; promoción de la salud; programas de atención personalizada para los pacientes sospechosos de estar afectados por el Síndrome de los 5 D's. Nuestra propuesta es el establecer en los Centros de salud lo que llamaríamos "Consultas preventivas" durante las cuales las actuaciones de los profesionales irían enfocadas solamente a hacer educación preventiva y de promoción de hábitos saludables. Esta atención preventiva personalizada se haría siguiendo el principio "**la salud por y para el individuo**", es decir, se trataría de llevar la prevención y la promoción de la salud al usuario; establecer citas concertadas para sesiones de prevención con los desempleados identificados como individuos en situación de pre-exclusión social, priorizando de acuerdo con su situación de desigualdad respecto a otros individuos.¹⁷

Según algunos expertos, "la acción preventiva debería concentrarse en aquellos individuos que previsiblemente se adapten menos a períodos prolongados de falta de trabajo. Tendría que ser una acción concertada y el equipo de Atención Primaria encontrarse en excelentes condiciones para

¹⁷ D'ORLEANS J E, Desigualdades sociolaborales y salud; Ediciones GPS, Madrid 2009.

coordinarla. El Médico general tiene un papel a jugar en el conocimiento del diagnóstico, asesorando y coordinándose con los servicios sociales”.¹⁸

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- D'ORLEANS J E, Desigualdades sociolaborales y salud; Ediciones GPS, Madrid 2009.
- 2.- MONTES L, Precariedad y Salud.
- 3.- LETHBRIDGE J, “Salud y crisis global”; XXVIII Jornadas de debate sobre Sanidad Pública, Toledo, 2009.
- 4.- DELIA DÁVILA C Y GONZÁLEZ LÓPEZ-V B; “Crisis económica y salud”; Rev. Gaceta sanitaria 2009; 23(4):261-265.
- 5.- UGT, *Evolución de las siniestralidad en España: 1996-2002*
- 6.- DURÁN L, BENAVIDES FG; “Informe de salud laboral. Los riesgos laborales y su prevención. España 2004”; edita Zurich y Atelie.
- 7.- VOGEL, L, “El descubrimiento del Síndrome de Ardystil”; Rev, Sociología, nº 23, 1995:111-127
- 8.- CÁRCOBA, A. :” *La precarización del empleo y la salud*”, Rev. Salud 2000, Diciembre 1995, 7-13
- 9.- PINILLA García FJ; Flexibilidad contractual y Accidente de trabajo: un enfoque sociológico. Rev. de Derecho Social, nº11, 200; pp.223-231.
- 10.- SARACIBAR, A. “*Accidentes laborales y contratación temporal*”, TEMAS para el Debate, .º 110, 2004:22
- 11.- JIN ROBERT L et al; “The impact of unemployment on health: a review of evidence”; Can Med Assoc Journal, Sept.1, 1995; 153 (5).
- 12.- LEVY Barry S y SIDEL V W; “Crisis económica y salud pública”, Rev. Medicina Social, vol.4, nº 2, junio 2009.
- 13.- TEZANOS J.F., “Clases sociales y desigualdad en las sociedades tecnológicas avanzadas”, Rev.Int. de Sociología, 8 y 9, 1994.
- 14.- FAJIN L, “Stress y desempleo”; Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, Vol. VII, Nº 21, 1987.
- 15.- AMABLE J, BENACH J; “Desempleo, precariedad y desigualdades en salud”; Rev. por Experiencia (ISTAS-CC.OO), nº 17, julio 2002.

¹⁸ FAJIN L, “Stress y desempleo”; Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, Vol. VII, Nº 21, 1987.

LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LAS CCAA DESPUÉS DE LAS TRANSFERENCIAS

Marciano Sánchez Bayle, Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Como es bien conocido actualmente la gestión de la Sanidad Pública es realizada directamente por las CCAA. Esta situación es así desde diciembre de 2001 en que se finalizaron las transferencias a las últimas 10 CCAA, pero comenzó en 1981 (cinco años antes de la aprobación de la Ley General de Sanidad) con la transferencia a Cataluña y luego continuo de forma irregular y ausente de planificación hasta su finalización en 2001, de todas maneras aún continua la gestión sanitaria desde el Ministerio de Sanidad a través de INGESA de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Además la Constitución Española ya había establecido la competencia de las CCAA sobre sanidad e higiene (artículo 148) lo que produjo una cierta esquizofrenia entre la capacidad legislativa y la de gestión sanitaria.

En este tiempo todas las CCAA han aprobado leyes, llamadas de manera genérica de ordenación sanitaria (LOS)) que regulan sus servicios autonómicos de salud y en muchos casos establecen disposiciones propias en cuanto a organización, derechos y deberes de los ciudadanos, relaciones entre el sector público y el privado, participación, etc. De un modo general puede decirse que hay dos modelos de LOS, las que apuestan de una manera clara por el desarrollo y potenciación de lo público (Extremadura y Castilla La Mancha) y las que apuestan por un papel creciente del sector privado (Madrid, Valencia, Cataluña), estando las demás en una posición intermedia, si bien hay que decir que en muchos casos gobiernos de ideología y de practica política distinta han utilizado las mismas leyes, sin cambiarlas, simplemente mediante la utilización de aquellas cuestiones con las que estaban de acuerdo y la paralización o no desarrollo de las otras.

Desde que finalizaron las transferencias existe un debate sobre si estas han significado o no un aumento de las desigualdades entre las CCAA y ponen en peligro la cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS), y aunque se trata de un asunto de muy difícil valoración (pues no sabemos ni podemos saber que hubiera sucedido si no se hubiesen producido las transferencias), el hecho es que se puede constatar diferencias muy notables en las políticas, y en la apuesta por la red sanitaria pública en términos generales más frecuentes en las CCAA con gobiernos de izquierdas/progresistas (aunque con notables excepciones).

En esta idea, de constatar las diferencias y evaluar en la medida de lo posible su evolución, se vienen realizando desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública desde 2004 unos informes sobre la situación de los servicios sanitarios de las CCAA.

Estos informes han tenido la rara virtud de ser tan denostados por los responsables políticos de las CCAA que salían malparadas como ensalzados por las que obtenían una buena posición, y como ya se han realizado 7 y ha habido variaciones en las posiciones alcanzadas por muchas de las CCAA, han servido para evidenciar como, los mismos partidos políticos e incluso las mismas personas, cuestionaban su utilidad y credibilidad según estuvieran o no en el gobierno autonómico.

Con todo hay que ser conscientes de que tienen sus limitaciones derivadas sobre todo de la ausencia de datos homogéneos de todas las CCAA, que siendo siempre escasos se han hecho todavía más a partir de la finalización de las transferencias y que suponen una burla a la ciudadanía, porque resulta casi increíble que se esconda a ciudadanos e investigadores información relevante sobre lo que se hace con sus impuestos en el sistema sanitario.

No obstante conviene reconocer que en los últimos años se ha hecho un esfuerzo importante desde el Ministerio de Sanidad para facilitar datos desagregados por CCAA que se ha concretado en el denominado “portal estadístico del SNS”, aunque todavía datos tan importantes como las listas de

espera quirúrgicas siguen apareciendo para el conjunto del SNS sin que se pueda establecer sus distribución según las distintas autonomías.

En este contexto los informes realizados han ido incorporando mas variables a medida que estaban disponibles (se ha pasado de 17 a 22), si bien, desgraciadamente, no siempre han sido las mismas, aunque si en la mayoría de los casos. También ha variado la valoración de las mismas: en los 2 primeros informes se puntuaba 1 o 0 dependiendo de la situación por encima/debajo de la media según se consideraba positiva o negativa (por ej seria positiva la ratio de camas/1.000 habitantes y negativa el gasto farmacéutico por habitante), a partir del tercero se valoro la posición en cuarteles de cada variable para puntuar de 1 a 4 según su situación relativa (igualmente cambiando según se valorase negativamente el resultado, de 1 a 4, o positivamente de 4 a 1).

El último informe (2010) incluía en la valoración los siguientes parámetros:

Financiación, recursos y funcionamiento:

- 1) Gasto per capita en 2010, calculado a partir de los Presupuestos aprobados por las CCAA para 2010, divididos por el numero de habitantes (censo de población 1/1/2009. INE)
- 2) Camas por 1000 habitantes: numero de camas por CCAA (Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado. Ministerio de Sanidad y Consumo) dividido entre la población.
- 3) Tomografía axial computerizada (TAC): numero de equipos por millón de habitantes (Ministerio de Sanidad)
- 4) Recursos humanos en Atención Primaria: trabajadores sanitarios de AP por 1.000 habitantes (Ministerio de Sanidad)
- 5) Tarjetas sanitarias individuales en AP: media de las TSI por medico general (Ministerio de Sanidad)
- 6) Mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos (Ministerio de Sanidad)

Política farmacéutica:

- 7) Gasto farmacéutico 2009: gasto farmacéutico financiado por la Seguridad Social en recetas en 2009 (Ministerio de Sanidad y Consumo), dividido por la población.
- 8) Crecimiento de gasto farmacéutico: porcentaje de crecimiento del gasto farmacéutico en 2009 en relación a 2008 (Ministerio de Sanidad y Consumo).
- 9) Porcentaje del gasto farmacéutico en medicamentos genéricos en 2009. Ministerio de Sanidad

Valoración de los ciudadanos:

- 10) Satisfacción: puntuación obtenida en el Barómetro Sanitario 2009.
- 11) Valoración global: promedio del % de ciudadanos de los que acudieron al sistema sanitario que consideran bueno o muy bueno el funcionamiento de la consulta de Atención Primaria, las consultas externas de especialidades, la urgencia o la hospitalización (Barómetro Sanitario CIS 2009).
- 12) Error global: Media del porcentaje de ciudadanos que opinan que fueron objeto de un error en el sistema sanitario (consultas de atención primaria, consultas de especialidad, urgencias y hospitales). Barómetro Sanitario 2009.
- 13) Mejora global: Promedio de los porcentajes de ciudadanos que piensan que se ha producido una mejora en la atención primaria, consulta de los especialistas y asistencia hospitalaria.
- 14) Porcentaje de ciudadanos que prefieren la asistencia sanitaria pública. Barómetro Sanitario 2009

Listas de espera:

- 15) Porcentaje de ciudadanos que recibió la cita con el especialista en 15 días o menos. (Barómetro Sanitario 2009).
- 16) Porcentaje de ciudadanos que señala que recibe la cita de AP en 24 horas (Barómetro Sanitario 2009)
- 17) Porcentaje de ciudadanos que piensa que mejoraron las listas de espera (Barómetro Sanitario 2009).

Privatización sanitaria:

- 18)Privatización de los servicios sanitarios: presencia de formulas de gestión privada (fundaciones, empresas públicas, consorcios, etc), concesiones administrativas, entidades de base asociativa o iniciativas de financiación privada.
- 19)Existencia de dedicación exclusiva de los profesionales al sistema sanitario público.

La puntuación de cada CCAA se ha asignado teniendo en cuenta los cuartiles de cada una de las variables, asignando puntuaciones:

- 1) De 4 a 1 según la Comunidad Autónoma se encontrase en el cuartil 4º a 1º en las variables : 1,2,3,4,9,10,11,12,13,14,15,16 y17
- 2) De 1 a 4 según la Comunidad Autónoma se encontrase en el cuartil 4º a 1º en las variables : 5,6,7 y 8
- 3) Se ha asignado un punto a aquellas CCAA que carecen de fenómenos de privatización de la provisión sanitaria (fundaciones, concesiones administrativas, consorcios, empresas públicas, etc) y 0 a las que presentan alguno de estos fenómenos.
- 4) Se ha asignado un punto a las CCAA en las que existe dedicación exclusiva de los profesionales y 0 a las que no la tienen

Con todas estas variables la puntuación máxima posible es de 78 y la mínima de 19. **La puntuación media obtenida por las CCAA ha sido de 44,05** con un intervalo de confianza para la media entre 36,79 y 48,23 (rango de 56 a 26).

De acuerdo con los cuartiles de la puntuación obtenida se han clasificado las CCAA en 4 grupos según los percentiles de la puntuación obtenida:

- percentil 25 : 39
- percentil 50 : 46
- percentil 75 : 49

De esta manera la clasificación de las CCAA, con estos criterios es la siguiente:

- 1) **CCAA con buenos servicios sanitarios** (situadas en percentil igual o superior al 75):
 - Navarra: 56
 - Asturias: 53
 - Castilla – La Mancha: 52
 - Castilla y León: 50
 - Aragón: 49

- 2) **CCAA con servicios sanitarios aceptables** (situadas entre el percentil 50 y el 75):
 - Baleares: 48
 - Extremadura : 48
 - País Vasco: 46
 - La Rioja: 46

- 3) **CCAA con servicios sanitarios regulares** (situadas entre el percentil 25 y el 50):
 - Andalucía: 45
 - Cantabria: 45
 - Cataluña: 42
 - Murcia: 41

- 4) **CCAA con servicios sanitarios deficientes** (por debajo del percentil 25) :
 - Madrid: 37
 - Galicia: 35
 - Canarias: 29
 - Comunidad Valenciana: 26

Puede observarse que la diferencia entre CCAA es claramente excesiva (de 30 puntos sobre un máximo alcanzado de 56). La ratio entre la comunidad autónoma de mayor y menor puntuación es de 2,15 (en 2009 fue de 1,71). Todo ello evidencia una gran disparidad en los servicios sanitarios entre las CCAA, diferencia que no disminuye sino que tiende a aumentar y que pone en

peligro la necesaria cohesión y equidad entre territorios. La siguiente figura recoge la posición relativa de todas las CCAA en los 7 informes:

COMPARACION DE LA POSICION RELATIVA DE LAS CCAA EN LOS INFORMES REALIZADOS.

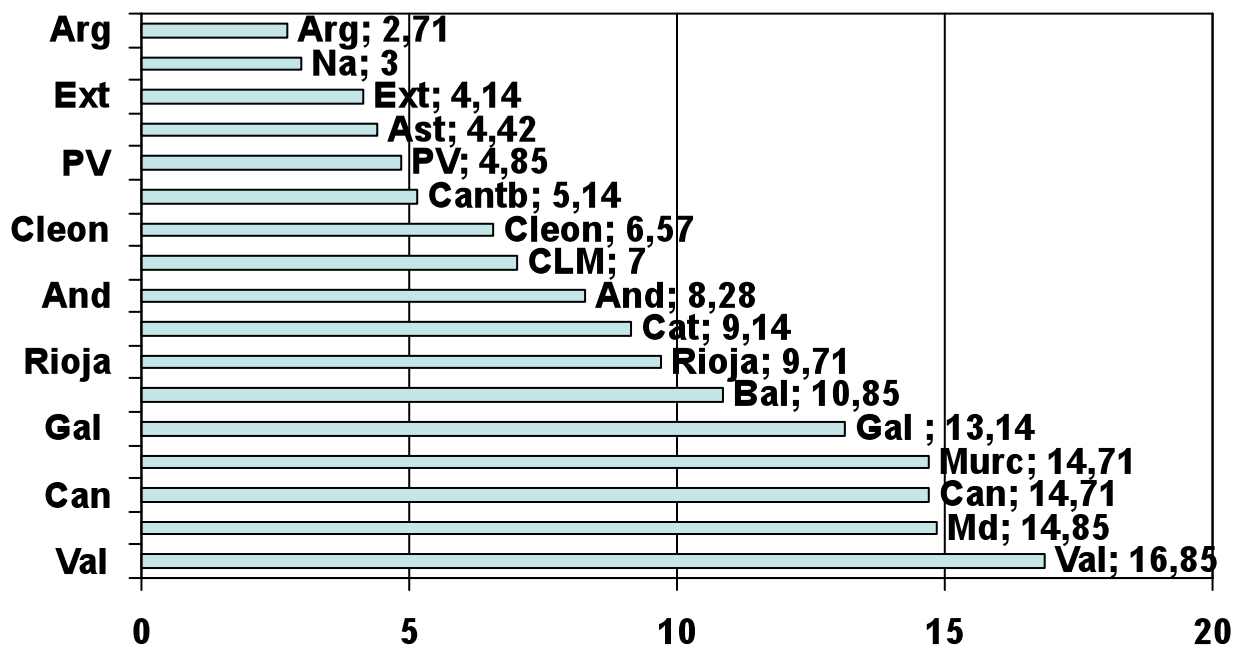
2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cantabria	Cantabria	Cantabria	Aragón	Asturias	Extremadura	Navarra
Extremadura	Extremadura	Navarra	Navarra	Andalucía	País Vasco	Asturias
Navarra	Aragón	Extremadura	Cantabria	Navarra	Navarra	Castilla-LM
País Vasco	Navarra	Asturias	Asturias	País Vasco	Castilla- León	Castilla- León
Aragón	Asturias	País Vasco	País Vasco	Cataluña	Cataluña	Aragón
Asturias	País Vasco	Aragón	Extremadura	Castilla y León	Andalucía	Aragón
Castilla –LM	Castilla – León	Castilla-León	Castilla-LM	Castilla-LM	Cantabria	Baleares
La Rioja	La Rioja	Andalucía	Castilla – León	Extremadura	Aragón	Extremadura
Andalucía	Castilla-LM	La Rioja	Cataluña	Aragón	Asturias	País Vasco
Castilla – León	Cataluña	Castilla-LM	La Rioja	Baleares	Castilla-LM	La Rioja
Cataluña	Baleares	Galicia	Andalucía	La Rioja	Galicia	Andalucía
Baleares	Andalucía	Cataluña	Baleares	Cantabria	Baleares	Cantabria
Canarias	Canarias	Baleares	Galicia	Galicia	Murcia	Cataluña
Galicia	Murcia	Madrid	Canarias	Madrid	La Rioja	Murcia
Murcia	Galicia	Canarias	Madrid	Murcia	Madrid	Madrid
Madrid	Madrid	Valencia	Murcia	Canarias	Canarias	Galicia
Valencia	Valencia	Murcia	Valencia	Valencia	Valencia	Canarias Valencia

En ella se observa que ha habido bastante movimiento en las posiciones, exceptuando los últimos puestos que vienen siendo ocupados mayoritariamente por las mismas, de manera que 3 de ellas (Canarias, Madrid, y Valencia) permanecen en los en los 4 últimos puestos durante los 5 últimos años analizados y que Valencia es la última en 6 de los 7 años analizados (entre ellos los 4 últimos).

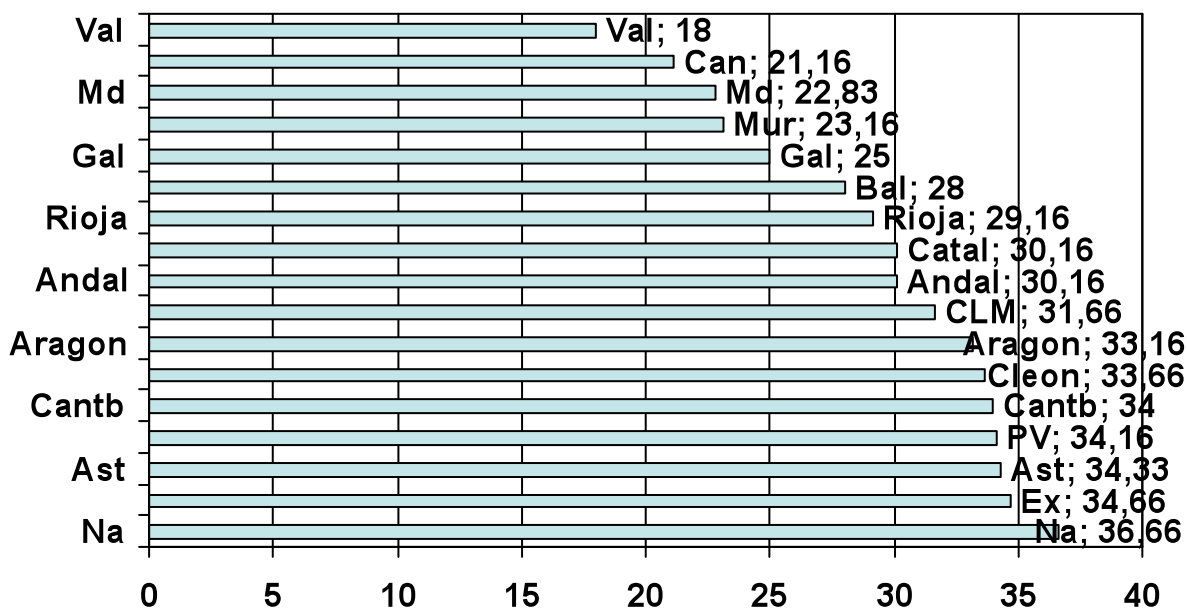
Las dos siguientes figuras recogen el promedio de la situación obtenida por cada autonomía en los 7 informes y el promedio de la puntuación obtenida en los mismos, que se incluye porque como ya se ha señalado no todos los informes consideraban las mismas variables (aunque si la mayoría de ellas) y porque el sistema de puntuación fue diferente, además de que hay que considerar que se trata de comparar a las CCAA entre si y el hecho de que una

puntuación concreta puede determinarse por diferencias muy pequeñas en cada parámetro. De esta forma al ver el resultado del conjunto de los informes se da una visión mas global, y posiblemente mas ajustada a la realidad, de la situación de los servicios sanitarios de las autonomías.

Promedio de la posición de cada comunidad autónoma en los 7 informes



Promedio de la puntuación de cada comunidad autónoma en los 7 informes



Algunas consideraciones finales

En las valoraciones globales los últimos puestos (en posición relativa y en puntuación) siguen estando ocupados por 4 CCAA (Valencia, Madrid, Canarias y Murcia) y casualmente (o no) se trata de CCAA donde se han mantenido en el periodo gobiernos de derecha en algunos casos como Madrid y Valencia, de los sectores más privatizadores de esta, y aunque esta identificación entre gobiernos conservadores con los últimos puestos parece clara y mantenida, no ocurre lo contrario en los puestos que encabezan la lista de posiciones y/o de puntuaciones que es mucho mas plural.

En cuanto a las mejores, Navarra encabeza la lista de puntuación y Aragón la de posición con Navarra situada la segunda a 0,29 puntos. En las puntuaciones hay 6 CCAA (Extremadura, Asturias, País Vasco, Cantabria, Castilla y León y Aragón) que se mueven en un margen muy estrecho (entre 34,6616 y 33,16 puntos) y en las posiciones sucede algo parecido con 3 de ellas (Extremadura, Asturias y País Vasco). Entre estas 8 CCAA que ocupan los mejores puestos 2 de ellas tienen gobiernos conservadores, lo que parece reforzar la tendencia antes señalada que identifica mejores indicadores en los sistemas sanitarios con la presencia de partidos de izquierda en los gobiernos autonómicos.

También merece la pena comentar que algunas de las críticas realizadas provienen del desconocimiento, por ejemplo se ha dicho que el indicador de camas/1.000 habitante no es valido actualmente, pero parece ignorarse que se encuentra incluido en todos los sistemas de indicadores sanitarios reconocidos (Organización Mundial de la Salud, OCDE, Eurostat, Consejo Interterritorial del SNS, etc) , o que tenia un sesgo ideológico por incluir una valoración sobre la privatización de los servicios de salud, cuando el peso de estos indicadores es mínimo (2 sobre 72 puntos posibles, el 2,77% y de hecho las posiciones de 2010 no habrían cambiado sin estas variables) y hay una sólida evidencia de

los efectos negativos de la provisión privada sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios.

La última cuestión tiene que ver con la relación entre el funcionamiento de los servicios sanitarios y la salud de la población. En los estudios realizados la única variable que mantiene relación con la esperanza de vida ajustada es la renta per capita. ($r^2 = 0,497$). Ya se sabe hace tiempo que la influencia de los sistemas sanitarios sobre la salud es relativa (entre un 10 y un 30% según los autores) y que la influencia es multisectorial (por ej. se ha señalado recientemente que lo que realmente influye más es el gasto social). Por otro lado los datos sobre salud disponibles tienen un retraso importante (los últimos publicados son de 2007/2008) y es bien conocido que el impacto sobre los indicadores de salud del sistema sanitario se producen en el medio y/o largo plazo, lo que impide hacer valoraciones en los periodos analizados que son demasiado cortos para avanzar conclusiones.

En resumen:

- Se encuentran acusadas diferencias entre los sistemas sanitarios de las CCAA, que no disminuyen con el tiempo sino que tienden a incrementarse.
- De acuerdo a los parámetros disponibles son las CCAA con gobiernos conservadores las que alcanzan una peor valoración, que se mantiene en el tiempo.
- Sigue siendo notable e injustificada la falta de información disponible desagregada por CCAA en un sistema sanitario que es público y que sufragamos con nuestros impuestos.

i PALOMEQUE, MANUEL-CARLOS. Relaciones laborales, negociación colectiva y riesgo profesional. El derecho constitucional del trabajador a la seguridad en el trabajo. Mapfre seguridad. - Madrid. - nº 45, 1er trimestre 1992 ; p. 3-9

ii Externalización o subcontratación de tareas, intensificación de los ritmos de trabajo, precarización del empleo y por tanto de vida, la aparición de la flexibilidad como bondad absoluta, es decir la imposición de una total arbitrariedad en las formas de contratación y uso de la fuerza de trabajo, la aparición normas que permiten la convivencia de trabajadores sin ningún tipo de estabilidad junto a otros que realizando las mismas tareas tienen mejores salarios y condiciones, la desregulación como norma, la creación de espacios de consenso aparente (todo tipo de comités de participación: **nunca de DECISION** y por tanto de deslegitimación creciente de los sindicalistas frente a los trabajadores.

iii Moncada, Salvador y Llorens, Clara. El método COPSOQ (ISTAS21, PSQCAT21) de evaluación de riesgos psicosociales. Nota técnica de prevención 703, C. N. C. T, Barcelona.

iv Los estresores laborales pueden aumentar el riesgo de enfermedad coronaria mediante mecanismos fisiológicos (presión sanguínea, lípidos y azúcar en sangre, pulsaciones, arritmia, etc) o conductuales (consumo de tabaco, alcohol, café, hábitos de dieta, ejercicio o sueño, etc.). A su vez, muchos de esos mecanismos pueden actuar conjuntamente, unos sobre otros, o ser influidos por factores extralaborales.

Vega, Sofía. Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (II). Nota técnica de prevención 604, C. N. C. T, Barcelona.

v Vega, Sofía. Riesgo psicosocial: el modelo demanda-control-apoyo social (II). Nota técnica de prevención 604, C. N. C. T, Barcelona.

vi "El estrés en el trabajo es un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación" (Comisión Europea 2000)

vii Miranda, Villalba et al. Evaluación de riesgos psicosociales (ISTAS21-PSQCAT21) en una empresa de servicios sanitarios (ICS) de 40.000 trabajadores. XVIII Congreso de la SESLAP. Mallorca 2010

LAS EXTERNALIZACIONES: UN RIESGO MORTAL PARA EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD.

Juan Antonio Sánchez Sánchez.

Médico de Familia.

FADSP, Murcia.

- **INTRODUCCION**

En los últimos años en nuestro Sistema Nacional de Salud, con una proporción muy variable según cada Comunidad Autónoma, se ha incrementado la participación de empresas y servicios ajenos a la propia organización en el funcionamiento normal de los Centros e Instituciones.

La externalización es un concepto amplio y se aplica cuando un tercero, como entidad exterior, desarrolla un trabajo especializado de actividades y procesos no principales ni estratégicos de la empresa cliente, que no posee estas capacidades esenciales para su eficiente funcionamiento ⁽¹⁾.

Hay diversas fórmulas que entrarían en esta definición y que pueden verse reflejadas en la Tabla 1. Van desde unas prácticamente generalizadas y fuertemente consolidadas como las contrataciones de limpieza y cocina, hasta las concesiones administrativas que entregan a una empresa privada, con una asignación de presupuesto público, la prestación de la asistencia sanitaria de toda una zona o Área de Salud. Esta última fórmula está implantada en Comunidades Autónomas como Cataluña, Madrid, Valencia y se observa en otras una tendencia, como el caso de Murcia.

Habitualmente nos referimos a “externalizar” cuando lo que se transfiere son servicios que afectan a pacientes, a la atención de cuidados de salud. Un ejemplo típico, que se está produciendo en la Comunidad de Madrid sería la desaparición de los servicios centrales de Laboratorio o de Radiología de un

hospital, para que sean realizados de forma centralizada y para diversos hospitales; por una empresa privada.

La externalización se ha realizado en los últimos quince años en nuestro país de una manera desordenada, irregular y sin que se haya producido un debate público previo de que servicios o funciones eran “externalizables” y sin que se analizaran los riesgos que este proceso supone para el Sistema sanitario público.

En cuanto a lo que representa la externalización en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, es difícil encontrar datos concretos que permitan ponderar el volumen de actividad o la cantidad del presupuesto público que se destina a empresas ajenas para obtener unos servicios concretos. En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia no están publicados los costes anuales de los conciertos con clínicas privadas y cuando se ha solicitado esta información por escrito desde la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, no se ha facilitado. Conocemos por los presupuestos regionales que la cantidad destinada desde la Consejería de Sanidad y Consumo a conciertos para el año 2011 es de 117 millones de euros, con un incremento de un 6,7% respecto la partida del año 2010. Sin riesgo a equivocarnos podemos afirmar que las funciones concertadas con instituciones con ánimo de lucro, y la cuantía económica que supone, va creciendo de año en año y a un ritmo muy por encima del crecimiento presupuestario. El último Plan de Salud elaborado en la Región de Murcia⁽³⁾ establece que del 2004 al 2007 ha aumentado un 60% la petición de TAC (“Scanner”) en Centros Concertados y el 129% la de Resonancias Magnéticas . El mismo Plan de Salud fue elaborado contando con una consultora externa e, igualmente, se ha contado con un concurso por un total de 180.000 euros para la planificación de las estructuras hospitalarias de un área de salud.

Aunque ese incremento de participación privada siempre se trata de justificar en una reducción de costes, en la carencia de formación de los profesionales, en la carga excesiva de trabajo de los profesionales del servicio

público, en la ausencia de tecnología y en una rigidez burocrático administrativa de la organización sanitaria; hay intentos deliberados de debilitar la estructura del sistema pública y de aprovechar las oportunidades de negocio que esta “apertura” al mercado brinda.

- **CONSECUENCIAS DE LA EXTERNALIZACION.-**

Las supuestas ventajas son mejorar la eficiencia y conseguir servicios especializados para los que no se dispone de formación o de capacidad organizativa, o acceder a una tecnología no disponible u ofrecer un servicio para el que se carecen de profesionales preparados técnicamente⁽³⁾.

En la mayoría de ocasiones lo que se pretende es reducir costes de personal, pero no se suelen tener en cuenta los costes administrativos que el control y las evaluaciones de las externalizaciones va a suponer para el servicio público.

Normalmente no se garantiza la calidad del empleo, ni la eficiencia social de la inversión, y el sistema público se debilita, otorgando información clave a empresas que aprovechan dicha información para nuevas oportunidades de negocio. A la vez se apoderan de las decisiones técnicas y consiguen hacerse imprescindibles para el proceso de toma de decisiones. Sirva como ejemplo las consultorías para elaborar Planes de Salud o Planes estratégicos de hospitales.

Hay determinados servicios claves que nunca deberían ser externalizados. Además de la atención sanitaria directa, el control de las bases de información, la gestión del conocimiento , la información clave de la organización para tomar decisiones nunca deberían ponerse a merced de empresas privadas ajenas .

El proceso de informatización de los centros públicos ofrece una información del funcionamiento de la organización así como multitud de ideas ofrecidas por los profesionales sanitarios, de indudable valor para las organizaciones privadas, que encuentran en el sistema público grandes bancos de pruebas, recopilan de forma gratuita ideas y experiencias que pasan a formar parte del bagaje científico de la empresa privada.

Los encargos a empresas privadas causan problemas internos con los trabajadores públicos que hasta ese momento realizaban estas actividades, que ven mermada su reconocimiento y responsabilidad. En muchas ocasiones las consultoras se nutren de dirigentes y gestores de los servicios públicos; con lo que la organización se ve más debilitada y cautiva.

Cuando lo que se externaliza es la asistencia sanitaria, se produce una inversión adversa de los riesgos, se puede ver deteriorada la equidad y la calidad de los servicios prestados. Las experiencias de las comunidades de Madrid y de Valencia están demostrando que lo hacen a un coste mayor para el erario público.

- **ACTUACIONES NECESARIAS DE CONTROL Y DE REGULACION.**

En otros países las concesiones administrativas están fuertemente reguladas y con controles exhaustivos de calidad. Antes de la concesión se analiza la viabilidad de la empresa y posteriormente se realizan auditorías que comprueban la calidad de la prestación de los servicios⁽⁴⁾.

Sin embargo en nuestro medio se realizan con un contrato sin que se determinen con detalle garantías de calidad, auditorías, controles, actualización del precio, ni penalizaciones ante la no prestación de determinados servicios. No se evalúa la calidad del servicio, concedoras la empresa concesionaria y la

administración de que nos e va a contar con el personal que realice esta función.

Establecer las reglas del juego, los controles, las cláusulas que impedirán la continuidad del contrato, son aspectos imprescindibles. En la situación actual la población queda como un mercado cautivo de este tipo de experiencias, sin control, sin regulación suficiente y el proveedor adquiere un poder estratégico que le coloca en una posición de fuerza y de control, difícil de modificar.

CONCLUSIONES.

- El incremento de la externalización , la falta de regulación y de control, y que se encarguen a empresas privadas servicios estratégicos puede herir de muerte al sistema sanitario público.
- Es imprescindible y urgente establecer un debate en cada servicio de salud sobre lo que es externalizable y lo que no; debiendo preservar los servicios clínicos y determinados servicios centrales, como la planificación de la salud.
- Es preciso regular de forma adecuada la externalización, con mayor rigor cuando afecte a la asistencia sanitaria. Deben establecerse los criterios y controles de calidad, la revisión de costes y las cláusulas que darán por finalizado el contrato.
- Ante la necesidad de contar con servicios especializados de asesoramiento o consultorías se deberían facilitar la realización de

convenios con instituciones públicos como la Universidad o de agencias centrales del Estado de otras Comunidades Autónomas.

Referencias bibliográficas.

1. Oteo A. La externalización como valor para el desarrollo y consolidación del SNS Sistema Nacional de Salud: externalización, integración y custodia de competencias. Rev Adm Sanit. 2008;6(2):245-68)

2 *Eloja J.* Externalización del conocimiento y de la gestión en el sistema sanitario público en España. ¿Glasnost y Perestroika para el Sistema Nacional de Salud? Rev Adm Sanit. 2008;6(2):183-91.

3. Plan de Salud Región de Murcia 2010-2015. Consejería de Sanidad y Consumo. 2010.
http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=1652&idsec=88

4. Prieto A. ¿Es conveniente regular las externalizaciones? ¿Es factible una regulación de las externalizaciones? Rev Adm Sanit 2008;6(2):323-32

TABLA 1. Diferentes tipos de externalización del sistema sanitario público

- **Contratas de servicios no asistenciales:**
 - Cafetería
 - Comida y restauración
 - Lavandería
 - Seguridad
 - Limpieza
 - Aparcamientos de los Hospitales
 - Informatización de los centros y de los procesos asistenciales.
 - Actividades concretas (por ejemplo digitalización de Historias clínicas)
- **Conciertos con empresas sanitarias privadas:** (Para reducir listas de espera o de Tecnologías que no se dispone)
 - Pruebas diagnósticas
 - Intervenciones quirúrgicas
- **Consultorías:**
 - Planificación (Planes de salud).
 - Planes estratégicos.
 - Auditorías de servicios.
- **Empresas Públicas (Asturias, Murcia)**
 - construyen infraestructuras y gestionan arrendamientos de forma directa
- **Concesiones administrativas. Arrendamiento**
 - Gestión de un servicio o de varios servicios de un mismo hospital.
 - Construcción y/o gestión de un Hospital.
 - Gestión de Centros de Salud.
 - Gestión de la atención sanitaria de todo un área de salud.

TABLA 2. Ventajas y desventajas de la externalización.

Supuestas ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">• Aumentos en la efectividad y en la eficiencia de los servicios.• Menores costes de inversión• Mayor flexibilidad, al poder adaptarse con menor rigidez a las necesidades de la demanda.• Se sule una formación previa específica técnica• Acceder a procesos y métodos estandarizados, Acceso a tecnología no disponible• Permite centrar los esfuerzos administrativos en la atención clínica.	<ul style="list-style-type: none">• En vez de facilitar cambios en la organización, facilita que no se cambie, que no se modifiquen estructuras• En consultorías pueden sentirse marginados los funcionarios públicos.• Se pierde el control y se apodera la empresa privada del conocimiento• Pérdida de información en servicios centralizados• Falta de evaluación de las experiencias existentes.• No se controla la cualificación de la empresa y puede dar lugar a subcontrataciones.• La empresa privada accede a información muy sensible. Peligra la confidencialidad• Con facilidad se produce una selección inversa del riesgo y falta de equidad• Son necesarios enormes gastos de personal y de infraestructura para el control adecuado.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1) LA ORIENTACIÓN DE ALGUNAS DESIGUALDADES EN SALUD

World health inequality: Convergence, divergence, and development

Rob Clark, Department of Sociology, University of Oklahoma, USA
Social Science & Medicine (2011), doi:10.1016/j.socscimed.2010.12.008

Website: <http://bit.ly/FT7oxe>

Estudios recientes caracterizan la última mitad del siglo XX como una era de convergencia de la salud entre países, con ganancias de bienestar atribuidas al crecimiento económico.

En este artículo se examina en qué medida ha convergido el bienestar entre países y el grado en que el desarrollo económico es responsable de las tendencias observadas.

A partir de las estimaciones sobre 195 países durante el período 1955-2005, se observa que los promedios de esperanza de vida convergieron durante ese periodo, pero las tasas de mortalidad infantil se separaron de forma continua.

Entre los países pobres, el desarrollo económico mejora la esperanza de vida más de lo que reduce la mortalidad infantil, mientras que la situación se invierte entre las naciones más ricas. De esta manera, el desarrollo ha contribuido a la convergencia en la esperanza de vida y a la divergencia de la mortalidad infantil.

2) NO TODAS LAS ENFERMEDADES RECIBEN LA MISMA ATENCIÓN POR LA INDUSTRIA

Does the development of new medicinal products in the European Union address global and regional health concerns?

Ferrán Catalá-López, Anna García-Altés, Elena Álvarez-Martín, Ricard Gènova-Maleras and Consuelo Morant-Ginestar

Population Health Metrics December 2010, 8:34doi:10.1186/1478-7954-8-34

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

Desde 1995, la aprobación de muchos medicamentos nuevos se obtiene a través de un procedimiento centralizado en la Unión Europea. Por otro lado, el uso de indicadores sintéticos de la salud de la población se ha generalizado. En este trabajo se investigó si los esfuerzos para desarrollar medicamentos

innovadores están relacionados con los problemas de salud pública mundial más importantes.

Se revisó la información sobre nuevos medicamentos autorizados por procedimiento centralizado de 1995 a 2009 (Registro de la Comisión Europea de los medicamentos y Agencia Europea de Medicamentos). Los datos de morbilidad y mortalidad se incluyeron para cada grupo de enfermedad, de acuerdo a la carga mundial de enfermedad. Se evaluó la asociación entre los medicamentos autorizados y la carga de enfermedad sobre la base de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en la Unión Europea y en todo el mundo.

Se consideraron 520 autorizaciones de comercialización de medicamentos y 338 principios activos. Hubo una correlación positiva alta entre los AVAD y el desarrollo de nuevos productos en la Unión Europea ($r = 0,619$ $p = 0,005$), y una correlación moderada para los países de bajos ingresos ($r = 0,497$ $p = 0,030$) y en el mundo ($r = 0,490$, $p = 0,033$). Los problemas de salud más desatendidos en el ámbito europeo (en base a las pérdidas de salud atribuibles) fueron las enfermedades neuropsiquiátricas, las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, las condiciones de los órganos sensoriales y las enfermedades digestivas, mientras que a nivel mundial, fueron las afecciones perinatales, infecciones respiratorias, las condiciones de los órganos sensoriales, las enfermedades de vías respiratorias y las enfermedades digestivas.

El desarrollo de nuevos medicamentos es mayor para algunas enfermedades que para otras. Los líderes de la industria farmacéutica y los políticos deberían considerar las implicaciones de estos desequilibrios mediante el establecimiento de planes de trabajo que permitan el establecimiento de prioridades para el futuro desde una perspectiva de salud pública.

3) CRECE LA COMPETENCIA EN MATERIAL CIENTÍFICA

UNESCO's Science Report 2010

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, Paris, France UNESCO 2010

Available online PDF [541p.] at: <http://bit.ly/dVuo1j>

El informe de la UNESCO sobre la ciencia en el mundo en 2010 analiza las tendencias y acontecimientos que han dado forma a la investigación científica, a la innovación y a la educación superior en los últimos cinco años, incluido el impacto de la actual recesión económica mundial.

El informe representa un entorno cada vez más competitivo, en el que el flujo de información, conocimientos, personal y la inversión se ha convertido en un tráfico de dos vías. Tanto China como la India, por ejemplo, está utilizando

su poder económico recién descubierto para invertir en empresas de alta tecnología en Europa y en otros lugares. Otras grandes economías emergentes también están gastando más en investigación y desarrollo que antes, entre ellos Brasil, México, Sudáfrica y Turquía.

Si más países están participando en la ciencia, también estamos viendo un cambio en la influencia global. China está a poca distancia de tener tantos investigadores como los EE.UU. o la Unión Europea, por ejemplo, y ahora publica más artículos científicos que Japón.

Incluso los países con una menor capacidad científica están descubriendo que pueden adquirir, adoptar y, a veces incluso transformar, la tecnología existente y con ello dar un salto por encima de ciertas costosas inversiones, tales como la infraestructura, como líneas fijas de teléfonos. El progreso tecnológico está permitiendo a estos países producir más conocimiento y una participación más activa que antes en las redes internacionales y asociaciones de investigación con los países del Norte y del Sur.

Esta tendencia fomenta la democratización de la ciencia en todo el mundo. A su vez, la diplomacia científica se está convirtiendo en un instrumento clave de la consolidación de la paz y el desarrollo sostenible.

4) LA RELACIÓN ENTRE OBESIDAD Y NIVEL SOCIO-ECONÓMICO:

Weight of nations: a socioeconomic analysis of women in low- to middle-income countries

[SV Subramanian](#), [Jessica M Perkins](#), [Emre Özaltın](#), and [George Davey Smith](#)
Am J Clin Nutr 2011;93:413–21. - 2011 American Society for Nutrition

Website: <http://bit.ly/f8USKS>

El peso corporal medio de los individuos en los países en desarrollo ha crecido, incrementándose la prevalencia de sobrepeso y obesidad. Estas cifras están enmascaradas por variaciones sustanciales dentro de y entre los países, especialmente en las dimensiones socioeconómicas. En varios países en desarrollo el peso se asocia positivamente con el nivel socioeconómico (NSE), lo que contrasta con los patrones observados en los países desarrollados.

Una revisión de 333 estudios mostró un cambio gradual del gradiente social en el peso, en los que la proporción de asociaciones positivas entre el NSE y el aumento de peso se invierte cuando se pasa de países clasificados de alto a medio o bajo desarrollo. La revisión también mostró para las mujeres en los países de ingresos bajos y medios una asociación positiva entre el NSE y el peso. Por otra parte, en una muestra de 41 países, la obesidad se observó más prevalente en el quintil más rico, aunque esto se basó en la altura y peso autodeclarados.

A pesar de la creciente prevalencia de sobrepeso en los países en desarrollo, hay pocas pruebas concluyentes sobre la asociación entre el NSE y el peso en los países en desarrollo.

Los aspectos de la distribución del IMC y el sobrepeso en los grupos socioeconómicos necesitan ocupar un lugar central en las deliberaciones y en el desarrollo de respuestas políticas adecuadas para mejorar el estado nutricional de las poblaciones en los países en desarrollo.

Autor: Luis Palomo

FADSP, Castilla la Mancha.