

La gestión de la Incapacidad Permanente

El número 3 de "Observatorio Social y Sanitario", fruto del trabajo conjunto de la Fundación Sindical de Estudios, y la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid, tiene el objetivo de contribuir al análisis y el debate del sistema sanitario madrileño en su integridad, tanto en sus aspectos asistenciales como de infraestructuras y farmacéuticos aportar datos para la defensa de la sanidad pública.

En este tercer número contiene un análisis crítico de la que ha supuesto y supone el papel de las Mutuas en el control de la Incapacidad Temporal y apunta la necesidad de abordar un análisis riguroso sobre el mismo, ya que el paso del tiempo y la experiencia acumulada permite un análisis riguroso de un tema con múltiples aristas. También se incluye un artículo sobre lo que van a suponer los nuevos hospitales públicos de la Comunidad de Madrid y las dificultades evidentes que ya se observan antes de su puesta en funcionamiento. Este Observatorio también incluye un artículo donde se analizan las desigualdades de género que sufren las mujeres en nuestro país, a pesar de que aparentemente tienen una esperanza de vida más amplia que los varones, situación que nos obliga a reflexionar por que no solo se trata de añadir años a la vida, sino vida y salud a los años.

Desde su nacimiento este 'Observatorio Social y Sanitario' pretende reforzar uno de los pilares básicos de Estado de Bienestar y aportar análisis, datos y opiniones para reforzar al conjunto de la población, y profesionales del propio sistema, la lucha por la defensa, mejora y mantenimiento del Sistema Sanitario Público.



SUMARIO

Análisis crítico de la reforma normativa de la Incapacidad Temporal (IT).

La gestión del Infortunio. Miguel González Hierro.

El fraude de las bajas laborales y el papel de las Mutuas de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales. FADSP

Nuevos hospitales públicos en la Comunidad de Madrid: ¿una oportunidad perdida?. Manuel Rodríguez

La Comunidad de Madrid en el barómetro sanitario 2006

Desigualdades de género en el Sistema Nacional de Salud. Manuel Martín García

ANÁLISIS CRÍTICO DE LA REFORMA NORMATIVA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL.

- LA GESTIÓN DEL INFORTUNIO-

Doce años ya desde que se iniciaron las medidas legislativas para reformar la Incapacidad Temporal (IT). Así que tenemos suficiente perspectiva para poder hacer un análisis de cómo ha incidido esto en la práctica diaria.

Empezando por el final, estas reformas han tenido la virtud de donde antes existía un problema, crear varios.

No se ha solucionado el asunto básico que se pretendía solventar: el presunto abuso de las bajas laborales y el elevado gasto que ello producía, pero además se han introducido nuevos factores estructurales y funcionales, que distorsionan tanto la propia gestión de la I.T. como el Sistema Nacional de Salud (SNS).

EL ORIGEN

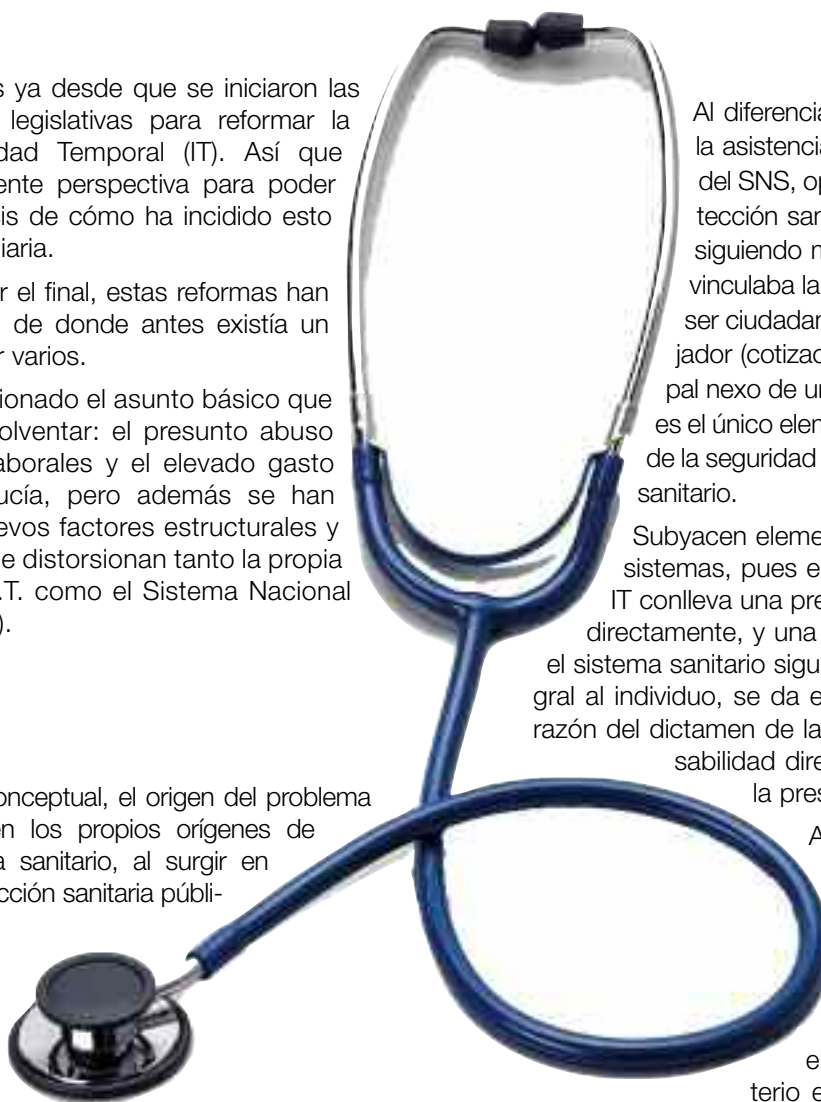
Como hecho conceptual, el origen del problema cabe situarlo en los propios orígenes de nuestro sistema sanitario, al surgir en España la protección sanitaria públi-

ca vinculada a la protección social (seguridad social). Este sistema de protección social, una de las bases del actual estado de bienestar, evoluciona pero no por igual en todos sus componentes, ni paralelo a la evolución del concepto de protección sanitaria pública.

Al diferenciarse claramente en el año 1986 la asistencia sanitaria, mediante la creación del SNS, optándose por un sistema de protección sanitaria de carácter universalista y siguiendo modelos sociopolíticos donde se vinculaba la protección sanitaria al hecho de ser ciudadano (impuestos) y no de ser trabajador (cotizaciones), la IT queda como principal nexo de unión evidente al antiguo sistema; es el único elemento que siendo una prestación de la seguridad social es prescrito por el sistema sanitario.

Subyacen elementos contradictorios en los dos sistemas, pues en el primero la protección de la IT conlleva una prestación económica, que abona directamente, y una sanitaria que no podría dar; en el sistema sanitario siguiendo criterios de atención integral al individuo, se da esa atención sanitaria que es la razón del dictamen de la baja, pero no se tiene responsabilidad directa sobre el gasto inducido de la prestación económica.

Aunque estos aspectos contradictorios sigan subsistiendo, y seguirán durante tiempo pues es el nudo gordiano del problema que estamos analizando, si debe decirse que para muchos prima y debe primar el aspecto sanitario sobre el criterio económico; sí debemos decidir entre estos elementos, siempre nos decantaríamos por una asistencia sanitaria integral, que considera la globalidad de la atención a la persona, incluidos los aspectos laborales, aun a riesgo de que queden aspectos no bien definidos, como esta interrelación asistencia sanitaria-bajas laborales, a los que habrá que encontrar salidas justas y eficaces, pero equitativas.



En aquel momento, lo más sencillo para el legislador fue mantener una situación de coexistencia de administraciones sobre una misma prestación, que por su interacción estaba condenada a generar situaciones de conflicto, sin plantearse en mayor medida la reflexión hecha anteriormente o consideraciones similares.

Entiendo que no se debatió ni se analizó suficientemente el alcance y las complejidades que podría originar una situación tan atípica como esta, primaron el eclecticismo, la falta de experiencia sobre situaciones similares y un sentimiento implícito de buenismo que se presumía en todos los implicados.

Las interferencias o la falta de separación total entre sistema sanitario y sistema de seguridad social, sigue dando lugar a abundantes análisis por los expertos, no sólo en lo expuesto sino especialmente en cuanto al fondo mismo del sistema, en cuanto a su financiación. El sistema sanitario tardó años en financiarse exclusivamente por impuestos, vía presupuestos generales del



estado, y ocasionalmente viene presentado retrocesos donde no se distingue bien esta financiación de alguna aportación esporádica de fondos de la seguridad social.

Esta ausencia de separación total entre sistema sanitario y sistema de seguridad social, no sólo conceptual, sita también práctica, sigue generando algunas disfunciones. En la actualidad y aunque nuestro sistema sanitario es nominalmente "universal", es decir protege a todos los ciudadanos, la realidad es ligeramente distinta. No se protege a los ciudadanos sino a los trabajadores, y todos aquellos que no acceden al sistema sanitario por la vía de la ocupación laboral –la mayoría- deben buscar vías alternativas: población sin recursos, dependencia económica de los padres o de terceros... Existe aun un pequeño, es cierto que muy pequeño, porcentaje de población que no ha cotizado nunca y que dispone de recursos económicos, que no tiene derecho a la protección del sistema sanitario. Y en lo que hablamos no es una cuestión de cantidad, sino de fondo; si el sistema es universal ha de proteger a todos los ciudadanos, ya que todos aportan impuestos directos o indirectos, independientemente de su capacidad económica o condición laboral. Este pequeño porcentaje, en torno al 1%, así como las vías de acceso al S.N.S. muestran gráficamente la mara-

ña conceptual entre universalismo de la asistencia sanitaria e interacción con la herencia de un sistema que proviene de un régimen de cotizaciones. Aun no se ha resuelto completamente el asunto.

APARECEN PROBLEMAS

La protección por bajas laborales, y el gasto consiguiente, fue incrementándose a medida que se incorporaban más colectivos al sistema (de seguridad social y, por ende, sanitario) y que aumentaba el tejido industrial en el país.

Históricamente el gasto en bajas laborales ha sido objeto de debate y su gestión un quebradero de cabeza para los distintos responsables.

En los años 80, y habiéndose diferenciado en la década anterior las diversas entidades gestoras (se crearon, entre otras, el INSS y el INSALUD), se observa un creci-

miento desmesurado del gasto en incapacidad temporal (ILT se llamaba por entonces). La gravedad del hecho no estaba tanto en el gasto absoluto, como en el nivel de incremento interanual que alcanzaba cifras difícilmente sostenibles a lo largo del tiempo.

En el periodo 88-92 el incremento medio fue superior al 15 %, presentó una disminución del 1% del año 93 al 98, y volviendo a presentar incrementos medios anuales entre el 10 % y el 15% del 99 al 2005. El año 2006 podría ser el primero donde los incrementos estuvieran más contenidos, en torno al 6-8 %.

Este incremento del gasto nunca ha sido bien analizado y como se sigue careciendo de estudios medianamente rigurosos en la actualidad, no puede afirmarse con certeza que causas están detrás.

Pues bien algunos estudios muestran que no es así y que en épocas de incremento de paro, puede disminuir la incidencia y prevalencia de I.T.

En todo caso es un hecho que el incremento del gasto en bajas laborales llevó al organismo pagador, el Ministerio de Trabajo, a buscar explicaciones y soluciones. Tras varios años especialmente intensos de aumento del gasto, las autoridades laborales se acaban abo-

nando (años 94-96) a la teoría de la responsabilidad del sistema sanitario. La falta de implicación y rigor de los profesionales del sistema de salud y sus gestores en el manejo de la incapacidad temporal, junto con la gestión de un presupuesto que no es suyo (ciertamente lo inducen los facultativos del sistema sanitario público y lo abona el Ministerio de Trabajo por medio de varias entidades) serían para ellos la explicación del elevado gasto y la falta de control.

A esto se venían a unir, en aquellos años, otras dos ideas matrices que ayudaban –desde la óptica del Ministerio de Trabajo– a explicar lo que pasaba y a dar las soluciones: existía un elevado fraude en la prestación de las bajas laborales, y la única gestión adecuada era la que las Mutuas realizaban en las bajas por contingencias profesionales (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales).

La reforma y la batería de medidas legislativas que se comienzan a dictar en el año 94, con un periodo álgido del 95 al 97, no están avaladas por datos concretos. Salvo el ya citado incremento interanual del gasto en IT, en todo caso no existían estudios o análisis científicos que mostraran cual era el origen del problema, si es que realmente existía un problema como tal.

El hecho de que se incrementa el gasto en IT podía estar paliando deficiencias en otras áreas, presumiblemente sociales.



Se manejan con frecuencia argumentos que parecen evidentes, pero que pueden no serlo tanto, por ejemplo se viene a considerar como hecho irrefutable que los periodos donde aumenta el índice de paro, aumenta la incidencia de bajas.

SOLUCIONES SIMPLISTAS

Insistiendo en esta línea de análisis causal, hay que reiterar que en ningún momento quedó claro si el incremento del gasto en IT era inadecuado o no. Se explotó un concepto genérico como era la existencia de “fraude”. Pero ese presunto fraude no se cuantificó, ni siquiera se ha cuantificado posteriormente. Excepción hecha de algunos casos más o menos sonoros por la repercusión mediática de algún implicado, no se ha cuantificado no ya el fraude, ni siquiera se han realizado aproximaciones serias al posible gasto inadecuado.

Así que partiendo de un presupuesto empírico como era que el gasto por bajas laborales crecía inadecuadamente (aunque es cierto que crecimientos del 15% interanual son prácticamente inasumibles), y sin conocer las posibles razones de un gasto incorrecto no bien demostrado, se decide una reforma normativa que frene ese gasto.



En todo caso de lo que se trataría finalmente es de saber si ese incremento de gasto obedece a razones fundadas (incremento de población trabajadora, pirámide poblacional, incrementos de morbilidad...) y por tanto debe asumirse desde la administración, o se incrementó indebidamente y en ese caso buscar las razones de la inadecuación para poder atajarlas.

Al desconocimiento causal, deben unirse otras dos circunstancias que explican el rumbo que toma la reforma normativa. La primera el modelo de referencia que se tiene en la gestión de la Mutuas (MATEPSS) en cuanto que supuestamente su gestión de las contingencias profesionales era excelente, se gastaba poco –era el único régimen de la seguridad social con superavit–, las duraciones de las bajas eran incomparablemente más bajas que las de carácter común y se gestionaba al trabajador/asegurado con mano férrea. La segunda consideración, por supuesto no escrita en ninguna parte, era que con el traspaso a las Mutuas de la gestión de bajas por contingencias comunes, se externalizaba en alguna medida esta gestión y se traspasaba un auténtico problema para el sector público; entidades de un carácter relativamente indefinido (colaboradoras de la seguridad social, pero con una gestión privada) se suponía que estaban en mejores condiciones de gestionar con rigor económico una prestación que se escapaba del control público.

Si bien esta derivación a una gestión privada o semiprivada por las Mutuas era una opción, política, pero una opción, con sus riesgos pero con posibles beneficios, ya que si acababa existiendo déficit, las Mutuas deberían hacerse cargo de él, debiendo responder incluso con sus provisiones de garantía o su patrimonio, la primera premisa, una buena gestión de las contingencias profesionales, era inexacta por decirlo delicadamente. La gestión de los accidentes laborales, ha sido históricamente lamentable en nuestro país, los índices son los más altos de Europa, la inversión en prevención ha sido escasa y la atención a los trabajadores accidentados se ha traspasado en demasiadas ocasiones –una vez pasada la primera asistencia o la recuperación más aparente– al siste-

ma sanitario público. De la atención a las enfermedades profesionales (EP), poco hay que decir, es tan evidente el escandaloso nivel de infradeclaración, que naturalmente las cuentas entre ingresos de cuotas por proteger esos eventos y los gastos por hacerlo realmente, tienen que ser excedentarias. Las EP han venido y, aunque en menor medida, siguen siendo atendidos por el sistema sanitario público, recaudando las cuotas por esta responsabilidad las Mutuas y soportando el gasto en asistencia médica, farmacéutica y recuperadora, el SNS.

Incluso muchas EP, hay que pensar que más del 85% de las declaradas corresponden a patología osteomuscular, una vez atendidas en sus primeras fases por las Mutuas, se derivan para la continuación de su asistencia al sistema público.

En otro sentido hay que considerar el poco parecido de la gestión del limitado número de casos que suponían las contingencias profesionales con las cifras desmesuradas que presentan las contingencias comunes. Además de la complejidad que supone cualquier gestión de elevados volúmenes de casos, aquí se añaden complejidades impredecibles y difíciles de manejar que obedecen a las numerosas interacciones de los diversos componentes del sistema sanitario público.

De forma que la premisa en que se basaba la parte gruesa de la reforma era incierta.

La única medida que se tomó en aquellos años, y que explica parcialmente la bajada del gasto en los años 93-98, fue el aumento del periodo que el empresario debía hacerse cargo del abono de la prestación de trabajador por baja laboral, que pasó tres a quince días.

Tampoco se realizó especial análisis de las diferencias por Comunidades Autónomas, ya que aunque se disponía de las cifras de gasto, total, por personal, por día... no se analizaba si subyacían en algunas CC.AA. traspaños indirectos de rentas o financiación encubierta.

LA SITUACIÓN ACTUAL; MÁS DE UN PROBLEMA

La reforma básicamente consistió en transferir el pago de la prestación por contingencias comunes a las Mutuas, y así progresivamente han llegado a cubrir a más de la mitad de los asegurados actualmente. A su vez se les otorgaron ciertas capacidades legales como poder controlar directamente a los trabajadores en baja, solicitar informes, proponer altas (en el caso del INSS, darlas), adelantar pruebas bajo ciertas condiciones y con cargo a sus presupuestos o solicitar incapacidades permanentes, en general a través de la Inspección Médica de los distintos Servicios Regionales de Salud.

Las distintas normas se han caracterizado por su mala calidad técnica, dejando numerosas lagunas sin regulación precisa, permitiendo diversas interpretaciones y

siendo campo abonado de conflictos. Esta normativa, tuvo la virtud de no contentar a nadie, para los defensores del sistema sanitario público es una intromisión intolerable y una privatización parcial de algunos aspectos, para los profesionales sanitarios del SNS evidencia una desconfianza radical hacia su labor profesional, para los trabajadores suponía una sospecha generalizada hacia todo paciente en baja, y para las Mutuas se trataba de una reforma insuficiente tanto por la escasez de recursos económicos que conllevaba (porcentaje de cotización



En resumen sin un análisis de cierto calado de la amplitud que debía tener la prestación, ni de su posible sobre coste, y basándose en otras dos premisas infundadas como la existencia de fraude muy extendido y en la buena gestión de esta prestación en su vertiente profesional por las Mutuas, se inicia un proceso de reforma de la normativa que regula la incapacidad temporal.

para prestación económica), como por la carencia de más mecanismos de control por parte de las propias Mutuas, que al abonar la prestación, entienden que tienen la totalidad del derecho de control.

La filosofía que subyace en esta reforma y el desarrollo práctico que ha tenido en la forma de gestión y control por parte de las entidades gestoras y colaboradoras, es la desconfianza hacia todo trabajador en baja, defraudador potencial; y la desconfianza hacia el dictamen técnico de los facultativos del SNS. Aunque estos dos hechos son pública y sistemáticamente negados por estas entidades, no cabe otra interpretación si tenemos en cuenta que del posible control esporádico y de bajas discutibles o dudosas que podía prever la normativa, se ha pasado el control sistematizado, regular, reiterado e incluso acosante en algunos casos.

A estas reformas normativas, se ha venido a unir la última, recogida en la Ley de Presupuestos del año 2006, donde, sin entrar en tecnicismos, en la práctica se viene a recortar el derecho en sí, pasando de una duración máxima con la prórroga de 18 meses a una duración máxima de 12 meses. Esta última reforma ofrece aún una mayor capacidad de gestión al INSS, es la expresión del reconocimiento del fracaso de toda la batería de medidas anteriores, incapaces de controlar –según los propios parámetros establecidos por la administración– el gasto en I.T. Ante este fracaso, se opta otra vez por la solución más simple, se recorta el derecho y con ello el gasto.

En la actualidad nos encontramos con una situación donde las medidas de reforma, no han producido el anunciado recorte o contención del gasto en IT y además

han introducido nuevos elementos de distorsión que han generando problemas antes inexistentes. Se citan algunos.

Burocratización de todo el proceso de gestión y control de las bajas; sin conseguirse mejores resultados se han introducido una pléyade de actos administrativos que encarecen la prestación por los costes de gestión asociados, generan pérdidas de tiempo a múltiples profesionales y no aportan ningún valor añadido. Se ha creado una máquina de gestionar que se justifica a si misma.



Desmotivación de los facultativos de Atención Primaria; en lugar de introducirse elementos de refuerzo de la confianza en la labor profesional del médico de atención primaria, esta reforma se ha basado en la desconfianza hacia la prescripción y mantenimiento de las bajas por estos profesionales; los múltiples controles externos sobre su labor los desmotivan doblemente, por un lado por el desánimo que produce ver su opinión puesta en cuestión y por otro, la multiplicidad y reiteración de controles externos, lleva a pensar que no es preciso un mejor ni mayor control por su parte al existir tan numerosos gestores externos.

Ruptura de la equidad del sistema sanitario público; la sobrevaloración de los asegurados en baja, por el componente de gasto económico en la prestación de IT, sobre los pacientes que deben acceder a pruebas, exploraciones o intervenciones y no son población trabajadora asalariada, fractura el principio teórico y práctico de la equidad, es decir de la potencial igualdad de acceso a los cuidados de salud.

Potenciación de las estructuras de control de las entidades gestoras y colaboradoras; el incremento exponencial en recursos materiales y humanos que se ha producido en Mutuas e INSS ha originado que este notorio volumen de personas y recursos ya deban ser tenidos en cuenta como hecho fáctico para cualquier posible contrarreforma, actúan como peso específico que incrementa la inercia de la reforma hacia en ese sentido (más capacidad y competencias para las entidades gestoras y colaboradoras de la seguridad social).

Descoordinación y pérdida de referencias; el abultado número de agentes en la gestión y control de la IT, los múltiples cambios normativos, la coexistencia de situaciones piloto con otras de modelo más antiguo, junto con las diversas capacidades que la ley adjudica a cada actor y las que algunas entidades se atribuyen unilateralmente (por ejemplo, la solicitud de médicos de Mutuas o INSS de informes directamente a facultativos del SNS, que salvo la solicitud de pruebas firmadas por acuerdo con el INSS para la valoración de Incapacidades Permanentes, no son atendibles legalmente) han generado un autentico desconcierto y desconocimiento sobre quien es quien y que competencias legales tiene cada cual. Así no es de extrañar que pacientes, trabajadores y profesionales del SNS desconozcan responsables de cada actuación, niveles de responsabilidad, interlocutores para cada situación o capacidades legales de cada uno de los diversos gestores y/o controladores.

Menoscabo de los derechos de los trabajadores en baja laboral; como se ha dicho, el hecho de plantear el control de una prestación sobre la citación masiva, indiscriminada y reiterada de los pacientes en baja, presupone que una gran cantidad de los mismos acceden a la prestación en condiciones dudosas, siendo potenciales defraudadores o rentistas de la prestación. No se actúa sobre casos discutibles, sino que se ejerce un control rutinario sobre la totalidad de pacientes en baja, lo que además de la desconfianza hacia el dictamen del médico que extendió la baja, supone la sospecha del trabajador que accede a ella. Es paradójico que cuando desde el campo sanitario se potencia todo el área de derechos de los pacientes y su capacidad de autonomía, desde esta perspectiva laboral y economicista, se evoluciona en sentido contrario.

Aumento del riesgo de ruptura de la confidencialidad de la información clínica del paciente; los numerosos agentes y entidades intervinientes, la pluralidad de situaciones, comportamientos y enfoques, el entreveramiento de intereses de aseguradores y empresas, los distintos objetivos de los múltiples actores, los muchos pasos administrativos, en definitiva la complejización del proceso, ponen en un mayor riesgo la ruptura de la confidencialidad de la información médica del paciente/trabajador.

Aumento de los costes de gestión de la IT; todo lo expuesto acerca del incremento exponencial de recursos humanos y materiales, directos e indirectos, para el control de IT conlleva un notable incremento del gasto administrativo, antes muy bajo. Si a esto le unimos que de forma efectiva no se han reducido los costes reales de las bajas laborales (ni el gasto absoluto, ni los gastos porcentuales o relativos: gasto por día, por persona... que siguen subiendo por encima del IPC, del incremento del número de trabajadores o de cualquier ratio que ayu-

dara a explicar ese incremento) obtenemos una situación de fracaso absoluto, donde no sólo se ha incrementado el coste directo de IT sino el coste de administración.

Recorte efectivo de la prestación; el fracaso a lo largo de estos doce años de la reforma normativa, ha llevado a pensar en medidas más extremas y más dañosas para el



Que ningún trabajador puede acceder o mantenerse en situación de baja si no se ajusta a las condiciones establecidas; el rigor en esta premisa es un factor esencial de solidaridad para todo el conjunto de trabajadores

conjunto de los trabajadores, como es el recorte efectivo de la duración de la prestación. No habiendo sido capaz la administración de reducir un gasto que pretendía acortar aun sin saberse lo sobredimensionado que estaba, ha procedido al recorte de la duración de la IT, aunque sin tener la nobleza de hacerlo directamente sino enmascarado en una supuesta reforma de la gestión. De esta forma el posible abuso de algunos, que no ha sido detectado ni corregido por los responsables, en lugar de dar lugar a un análisis causal serio, ha originado el recorte de uno de los elementos del estado de bienestar.

Derivación de los trabajadores en baja hacia otras situaciones; el celo exagerado en pretender contener el volumen de bajas laborales, ha generado un incremento de las solicitudes y de la inclusión de los trabajadores en baja laboral en otras situaciones administrativas, esencialmente aumentando el volumen de tramitación de Invalidez Permanente.

ALGUNAS SUGERENCIAS

Ante esta situación y viendo que la deriva legislativa en lugar de corregir errores, ya perfectamente visibles, persiste y profundiza en el camino del recorte, de la sospecha generalizada y de la desconfianza en los profesionales del SNS, me gustaría plantear algunas consideraciones que deben ser tomadas más como sugerencias para el debate que como propuestas finalistas, aunque evidentemente tienen vocación de modelo sustitutivo de la fracasada realidad actual.

Un análisis crítico exhaustivo, puede dar la impresión de pérdida de perspectiva sobre que la prestación de IT debe ser ajustada, es decir, todo lo expuesto, lo es partiendo de un hecho básico; el debate surge no del fondo, en que entiendo el acuerdo es unánime, sino en la forma de abordar el problema y los posicionamientos y prejuicios de los que se parte.

Profundizar en el análisis científico de las causas. Siguiendo un principio racionalista, no es posible plantear soluciones a un problema si no se conocen sus causas con certeza, por ello es imprescindible estimular la realización de estudios con el adecuado rigor científico que aborden: los niveles aceptables y razonables del coste de IT, análisis científicos de la prestación (volumen de prestación inadecuada o mejorable, ratios o estándares realistas, causalidad de las disfunciones, diferencias por causas significativas...). En esencia el análisis debería orientarse en dos direcciones, 1) dimensiones de la IT en coherencia con la población trabajadora y sus oscilaciones, y 2) valores estándares con afloramiento de consumos inadecuados si los hubiere. Existen actualmente estudios que se orientan en este sentido, realizados fundamentalmente por el entorno de los médicos de familia.

Redimensionar la prestación en función de las necesidades reales y de la evolución sociosanitaria. Los recortes a que se ha venido sometiendo esta prestación, han estado provocados esencialmente por motivos económicos. Hace años se anuló una situación posiblemente anacrónica, la invalidez provisional, pero aquella situación tenía unas ventajas y daba soluciones a situaciones que no se han abordado luego. Ahora se ha acortado la duración (efectiva) de la IT hasta los 12 meses. Si bien no es adecuado mantener situaciones que ya no obedecen a realidades cambiantes, su supresión o acortamiento debe ser seguido de la creación de situaciones administrativas novedosas que den respuesta a las circunstancias y necesidades detectadas. Así patologías de larga duración, pero con posibilidades de curación, patologías crónicas que no encajan literalmente en invalidez permanente pero precisan periodos de descanso, alargamientos de bajas por razones estructurales del sistema sanitario o equivalentes, deben ser contempladas de forma específica. El simple acortamiento de la prestación ni resolverá el problema que se pretende, ni da solución a estas situaciones específicas.



Unicidad de gestión y control de la prestación/responsabilización desde el SNS. Para cualquier persona medianamente relacionada con el entorno de la gestión de la IT

es un elemento claro, la anulación de la maraña normativa actual, la simplificación de normas, la claridad y la calidad de nuevas normas, deben ser un paso ineludible. Junto a ello e igualmente como elemento esencial, debe asignarse un gestor único del proceso, con independencia de quien abone la prestación económica. Esta unicidad de gestión es un elemento de estabilidad y condición indispensable para poder desarrollar una gestión eficaz.

Desaparición de controles o supervisiones de una administración sobre otra, como es el caso actual; profesionales que dependen del Ministerio de Trabajo, supervisan la actividad de profesionales de los Servicios Regionales de Salud.

La adjudicación de esta capacidad única de control y gestión de las bajas es objeto de debate arduo y lo seguirá siendo; desde mi personal visión, no cabe otra decisión que adscribir esta responsabilidad al sistema sanitario. El médico de familia debe ser el eje, el único eje, sobre el que pivote este control -decreto de la baja y seguimiento- supervisado y apoyado por los órganos de inspección del propio servicio de salud. Esta posición es la única coherente con la defensa de la atención integral al paciente desde el SNS.

La responsabilización en exclusiva del SNS sobre las bajas laborales, sobre su expedición, seguimiento y extinción, necesariamente habría de conllevar otras medidas, como la formación específica, la dotación de medios y apoyos, una severa exigencia de responsabilidad sobre la actuación profesional de los facultativos, y la implicación en la gestión de los distintos servicios regionales de salud.

Valoración de la subsistencia de las Mutuas. La pervivencia de las Mutuas, asociaciones de empresas sometidas a una parcial regulación pública pero con una gestión privada, para controlar una prestación que afecta a los trabajadores y se sustenta con cuotas, aunque sean mayoritariamente empresariales, debería empezar a ser objeto de debate. Además de su propio origen, composición y control, debe analizarse si es ecuánime que sean juez y parte en la prestación y su control, existiendo el riesgo de que prime el concepto de ahorro o ganancia sobre el mero servicio. Si bien es cierto que nominalmente no tienen ánimo de lucro, el lucro puede ser alcanzado por distintos medios y no sólo desde la simple recogida de beneficios económicos al final del ejercicio. La asimetría

de capacidad de decisión entre empresas y trabajadores en estas entidades, el fuerte proceso de concentración que las obliga a actuar como empresas sometidas a fortísima competencia de mercado, los intereses creados prácticamente de tipo empresarial, o el ser las únicas entidades que nacen no como propiedad de los cotizantes –asalariados y empresarios- sino solo de los patronos y las únicas que sobreviven al proceso de integración de la seguridad social en la administración del estado, permiten dudar que este tipo de organizaciones puedan subsistir en los términos en se crearon cuando la realidad socio política, económica y sociológica ha variado radicalmente.

Un último aspecto en cuanto las Mutuas y su control de la IT, muy delicado también, por lo mal entendido de este análisis, es la vinculación de los facultativos que trabajan para estas entidades y realizan el control de las bajas. Estos médicos trabajan bajo contrato laboral, dependiendo parcialmente su continuidad de los resultados. A pesar de que se mantenga siempre que los criterios deontológicos y la honestidad profesional están por encima de todo, el tipo de vinculación no sienta unas bases firmes de garantía de imparcialidad; que mínimo que una exigencia de requisitos básicos de ausencia de cualquier condicionante, no sólo real sino aparente, para ejercer un control que tiene tal trascendencia.

Enfoque del absentismo por IT como expresión del fracaso organizativo de la empresa. Quizás el aspecto más novedoso de los planteados, y también el que tiene más posibilidades de cambiar la realidad si se actúa sobre él. No se ha desarrollado, siquiera de forma incipiente, el análisis del absentismo por IT como una expresión de los fallos

en la organización de la empresa, como manifestación de la falta de integración de trabajador en su empresa y como muestra de una motivación deficiente, o como frustración en su cometido profesional. De hecho idénticas patologías provocan bajas en unas personas y en otras no, además de la idiosincrasia de cada uno y de la distinta respuesta a la enfermedad, existe otro factor crucial: el nivel de responsabilidad, de implicación o de identificación con su empresa y con trabajo. Altos niveles de responsabilidad e identificación producen niveles bajos de absentismo; por el contrario empresas con problemas organizativos, donde son poco tenidos en cuenta los aspectos de clima y satisfacción laboral, presentan altos niveles de absentismo. Baste citar como ejemplo el elevado absentismo de los



hospitales públicos, que a pesar de doblar las cifras de bajas laborales genéricas, no presentan ni una composición ni unos perfiles patológicos distintos.

Es ya comúnmente aceptado que el factor de organización de la empresa está detrás de problemas como el burnout (síndrome del quemado) y del acoso laboral (déficit de intervención directiva), pues bien, puede y debe empezar a sostenerse que estas disfunciones organizacionales también están detrás del absentismo.

Será unos de los campos donde más esfuerzo deba emplearse, ya que la satisfacción laboral y el correcto entorno organizativo, además de disminuir el absentismo por bajas, contribuirá a disminuir los riesgos laborales en general y mejorar los niveles y calidad productivas.

Evaluación del estado de salud de las altas en seguridad social. Medida que está prevista en la normativa vigente, pero de nula aplicación; especialmente en ciertos colectivos de integración tardía en el sistema de seguridad social, se presentan altas tasas de patología y morbilidad. Partiendo de la obligación genérica de proteger estas lesiones desde el sistema sanitario público, también debe diferenciarse adecuadamente la no indemnización o protección por el sistema de seguridad social de lesiones anteriores. Cierto es que aquí aparece el problema del agravamiento de estas lesiones, pero una buena determinación de la situación inicial puede garantizar altos niveles de justicia social a posteriori en este sentido.



Partir de principios como la sospecha generalizada, la falta de responsabilidad de la globalidad de los facultativos del sistema, o la consideración como defraudador potencial a todo trabajador en baja, además de representar un estado de dudoso derecho, es elegir un camino equivocado y poco productivo en cuanto a su eficacia.entre las distintas Comunidades que llega hasta 2,5 años.

Tendencia a un modelo sanitario universalista efectivo. Como se dijo al comienzo, subsisten indefiniciones o disfunciones conceptuales del sistema sanitario público que por su nacimiento vinculado a un sistema de seguridad social, han limitado su extensión a toda la población. Pasado ya suficiente tiempo desde su puesta en marcha, es hora de exigir que el sistema sanitario público (SNS) proteja a todos los ciudadanos por el hecho de serlo y no por su vinculación laboral.

Aunque pueda parecer que no existe una conexión entre el tipo de sistema sanitario y lo que aquí analizamos, la IT, este es precisamente el punto crítico, la interrelación de los sistemas sanitario y de seguridad social. Existen

contradicciones teóricas en las dos posiciones básicas que pueden adoptarse al respecto, si se atiende esencialmente a la universalidad y se expulsa la prestación de bajas del control del sistema sanitario, se renuncia a la atención integral; por el contrario, si se defiende la atención de las bajas por un gestor único que debe ser el médico de familia, mantenemos dentro del sistema sanitario, de vocación universalista, un factor distorsionante con origen en el seguro social.

Adecuación de la calificación de toda la patología laboral; Uno de los puntos negros del panorama laboral es la derivación de los accidentes de trabajo de forma prematura al SNS, una vez atendidos inicialmente por la Mutua correspondiente, sigue subsistiendo el problema de las altas prematuras. Mucho más grave es el panorama de las enfermedades profesionales, donde los bajos niveles de declaración hacen que toda la patología oculta -no declarada como EP- se esté atendiendo en el SNS con el consiguiente perjuicio para trabajadores y sistema sanitario público. La reciente aprobación de un nuevo cuadro de EP y el establecimiento de algunas medidas novedosas como la notificación de sospecha de EP por parte de cualquier médico del SNS o de los Servicios de Prevención, pueden ser un buen instrumento para comenzar a delimitar las responsabilidades de cada entidad, y que las Mutuas asuman la totalidad del gasto que les corresponde.

Responsabilización individualizada de los abusos del sistema de seguridad social. Parece más razonable, y más coherente con el actual estado social, partir del hecho contrario: la confianza previa en el cumplimiento de las obligaciones de cada uno, como contrapartida la exigencia de responsabilidades individualizadas debe ser mucho más contundente cuando se detecte y demuestre el incumplimiento, el abuso o el fraude si así fuera. Es injusta, e incluso inmoral, la teoría de la culpabilización colectiva, además es poco inteligente.

Refuerzo de los derechos del paciente en su vertiente como trabajador enfermo. Aunque existen limitaciones derivadas de las propias condiciones particulares de las prestaciones, es posible incrementar tanto a nivel teórico como práctico, los derechos de los trabajadores en los casos de enfermedad, es decir de los pacientes que además tienen prestaciones asociadas a su estado de enfermedad. No parece coherente promocionar los derechos de los pacientes en el sistema de salud y limitarlos o ponerlos gratuitamente en riesgo para los trabajadores enfermos por recibir prestaciones económicas.

Para finalizar, resaltar que un excelente reflejo de la madurez y progreso de una sociedad, es como gestiona las situaciones de infortunio de sus miembros. Y este es un buen ejemplo; rigor, el preciso, pero motivado y justo.

EL FRAUDE DE LAS BAJAS LABORALES Y EL PAPEL DE LAS MUTUAS DE ACCIDENTES LABORALES Y ENFERMEDADES

Las administraciones públicas argumentando la existencia de una importante bolsa de “fraude” en las bajas laborales y la necesidad de contener el gasto asociado a esta prestación, iniciaron a partir del año 1994 una serie de reformas en la gestión de la incapacidad transitoria (IT).

1.- La privatización parcial de la gestión de las bajas laborales

Esta reforma ha afectado de manera importante a la organización y contenido de las prestaciones del Sistema Público de Salud. Las grandes líneas de la misma se centraron en la reducción del tiempo máximo de baja laboral a 18 meses, a partir del cual el paciente la gestión de la misma pasa a la Entidad Gestora de Seguridad Social y deja de depender de los facultativos del Sistema Nacional de Salud (medicos de cabecera) situación denominada “prórroga de efectos económicos”. En segundo lugar la cesión a las Mutuas de Accidentes de Trabajo de una serie de competencias de la gestión de las bajas laborales. En tercer lugar el traslado al Instituto Nacional de la Seguridad Social y a las Mutuas de la capacidad de citar, controlar y reconocer a los trabajadores la baja expedida por los medicos de cabecera del sistema sanitario público. Como consecuencia de estas medidas las Mutuas de Accidentes de Trabajo pasaron a ser auténticas entidades gestoras de la SS, pero sin la responsabilidad y el control del sistema público.

2.- El ahorro en bajas laborales como forma de incrementar la financiación sanitaria

El Acuerdo de Financiación Sanitaria del Consejo de Política Fiscal y Financiera estableció como fórmula para

incrementar la financiación del sistema sanitario público la reducción del gasto en IT por cada CCAA, sin garantizar que estos fondos, una vez trasferidos a los distintos sistemas de salud, se destinaran a paliar las desviaciones de gasto en otros capitulos no sanitarios. Por esta causa los fondos se presentan en los presupuestos anuales “inflados” con una cantidad que no siempre o no necesariamente se conseguirá.

Esta reforma se fundamentaba en la necesidad de acabar con una supuesta existencia de un fraude sistemático por parte de los trabajadores de baja por enfermedad, en la incapacidad de los profesionales del sistema sanitario público para gestionarlas y en la mayor capacidad de gestión y control del fraude por las Mutuas.

La reciente querrela de la Fiscalía Anticorrupción por un presunto delito e malversación de caudales públicos desviando fondos de la seguridad social a fines distintos de los propios de la actividad mutualista, contra la Mutua Universal, tercera entidad del sector en importancia,

viene a demostrar, una vez más, los importantes problemas asociados a la privatización y empresarialización de la atención sanitaria y de la gestión de la incapacidad laboral por enfermedad, denunciados desde años por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad

Pública (FADSP).

Las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades laborales se financian con dinero público a través de las cuotas de accidente y enfermedades profesionales que recauda la Tesorería de la Seguridad Social y por negocios privados como las asesorías en prevención de riesgos profesionales para las empresas. La importancia de



Las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades laborales se financian con dinero público a través de las cuotas de accidente y enfermedades profesionales que recauda la Tesorería de la Seguridad Social y por negocios privados como las asesorías en prevención de riesgos profesionales para las empresas.

las mismas se constata en el enorme volumen de recursos públicos que manejan (1% del PIB), con un presupuesto de alrededor de medio billón de pesetas; atienden a unos 7 millones de trabajadores (60% de la población activa).

En base a todo esto desde la FADSP queremos denunciar

1º- La necesidad de abordar el supuesto fraude relacionado con la gestión de las bajas laborales, que en todo caso no parece ser atribuible a los trabajadores compinchados con sus médicos cabecera de la seguridad social, dado que Aunque el Ministerio de Trabajo acepte las cifras de fraude (entre 5.000 millones de euros anuales de gasto directo y 13.000 si se consideran los indirectos como pérdida productividad, sustituciones laborales, asistencia sanitaria o secuelas), no ha abierto prácticamente ningún expediente a trabajadores por el mismo. Por nuestra parte consideramos que en el problema intervienen determinantes ajenos a pacientes y profesionales sanitarios (precariedad y temporalidad laboral, malas condiciones de trabajo, crisis económica, mala organización del sistema, listas de espera etc), que es necesario abordar para mejorar la gestión de los fondos destinados a esta contingencia.



No han demostrado más capacidad que los médicos del sistema sanitario público para mejorar la gestión de la IT (como denunció el Tribunal de Cuentas en su momento) ya que no han reducido el número de bajas, su duración o el nivel de gasto asociado a las mismas ya que al cabo de los últimos años, y tras un ligero descenso inicial, han vuelto a repuntar por encima de los niveles iniciales

2º- Que las Mutuas (agrupaciones de empresarios acogidas al modelo de gestión privada), no han demostrado más capacidad que los médicos del sistema sanitario público para mejorar la gestión de la IT (como denunció el Tribunal de Cuentas en su momento) ya que no han reducido el número de bajas, su duración o el nivel de gasto asociado a las mismas ya que al cabo de los últimos años, y tras un ligero descenso inicial, han vuelto a repuntar por encima de los niveles iniciales. Estas empresas tampoco han reducido la incidencia de los accidentes laborales (de los más elevados de Europa) ni abordado el problema de las enfermedades profesionales, que son tratadas como enfermedades normales por el Sistema Nacional de Salud. Una vez más se demuestra los graves problemas de la gestión privada de los servicios públicos, especialmente de los sanitarios.

3º- Que el incremento de recursos materiales, humanos y financieros de estas entidades (solamente las tres primeras tienen 8.749 empleados, además de 431 centros asistenciales, incluyendo hospitales) ha incrementado espectacularmente los gastos burocráticos de la gestión

de la IT, sin mejorar los servicios ni reducir el gasto total por las bajas laborales. Esta situación ha contribuido, además, a generar una red de asistencia paralela y deteriorar aún más (vaciándola de parte de sus contenidos y responsabilidades) a los Servicios de Atención Primaria del Sistema Sanitario Público.

4º- Por último dejar claro, a la luz de los hechos y de las denuncias, que las Mutuas no solo no han sido capaces de mejorar la eficiencia en la gestión de las bajas laborales los trabajadores (y afrontar la posible bolsa de fraude) sino que en una de las más importantes como es la Mutua Universal (tercera en importancia de España) ha sido denunciada por la Fiscalía Anticorrupción por posible doble contabilidad, emisión de facturas falsas y desviación de fondos a actividades distintas a los propios de su actividad mutualista. Mantener esta situación viene ser algo a sí como poner a la zorra a cuidar de las gallinas.

Propuestas para abordar el problema

1.- Restablecer la unidad e integridad del sistema de la atención y gestión de las bajas por enfermedad

-Mantener a los médicos de familia como los responsables de la atención y gestión de las bajas laborales

- Devolver a los inspectores de los servicios de salud pública la función de control y supervisión de estas prestaciones

- Supresión de la capacidad para controlar, citar, solicitar pruebas, tratar y dar el alta del INSS y de las Mutuas patronales.

- Revisar el papel de las Mutuas en la gestión de las prestaciones por IT, reintegrando esta función al sistema público.

2.- Desburocratizar y simplificar los procedimientos para la gestión de la IT: Documentos, datos, controles, partes semanales

3.- Poner en marcha una estrategia integral (incidiendo sobre todos los determinantes del crecimiento de la IT) e integrada (coordinando las actuaciones de todos los sectores y recursos implicados), dotada de medios y recursos suficientes.

4.- Potenciar y dotar adecuadamente la Atención Primaria y la Inspección Médica, para garantizar su capacidad resolutoria y el control de los enfermos de baja.

5.- Poner en marcha una estrategia para mejorar la eficiencia global del sistema que reduzca los tiempos de espera que prolongan innecesariamente las bajas por enfermedad

6.- Abandonar la estrategia privatizadora de la gestión de la IT, reintegrando las competencias y recursos en manos de las mutuas al sistema de salud.

7.- Dar participación a todos los sectores y agentes sociales implicados en el problema, en la planificación, gestión y control de las bajas por IT.

NUEVOS HOSPITALES PÚBLICOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID: ¿UNA OPORTUNIDAD PERDIDA?

Manuel Rodríguez / Secretario General de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CC.OO.

La construcción y puesta en marcha de siete nuevos hospitales en la Comunidad de Madrid (Aranjuez, Coslada, Vallecas, Parla, SS. de los Reyes, Arganda y Valdemoro) debería ser, y digo debería porque no estoy convencido de que vaya a ser así, una oportunidad histórica para mejorar la calidad asistencial de la sanidad pública madrileña.

Para explicar esta preocupación sobre la incidencia de los nuevos hospitales en la prestación sanitaria es necesario hacer una pequeña regresión en la historia reciente de la sanidad pública española. En primer lugar señalar que la separación de las fuentes de financiación de la Seguridad Social y de la Sanidad, recomendadas en el Pacto de Toledo, ha posibilitado, de una parte garantizar el futuro de las pensiones y de otra un incremento de la inversión en sanidad.

La aprobación de la Ley General de Sanidad y la constitución del INSALUD fueron dos elementos fundamentales para garantizar el futuro de la sanidad pública española. Y lo fueron porque una, La LGS creó los instrumentos necesarios para conseguirlo y otro, el INSALUD, fue capaz de mejorar notablemente las infraestructuras sanitarias y los que es más importante, introdujo herramientas de gestión clínica que posibilitaron una mejora notable de la gestión y una mayor "rentabilidad" en términos de producto sanitario.



La separación de las fuentes de financiación de la Seguridad Social y de la Sanidad, recomendadas en el Pacto de Toledo, ha posibilitado, de una parte garantizar el futuro de las pensiones y de otra un incremento de la inversión en sanidad.

A modo de ejemplo señalar que la estancia media en los hospitales, es decir el tiempo medio que un paciente permanece ingresado, se situaba hace 20 años entorno a los 17 días, hoy la estancia media se sitúa en torno a los 8 días. Este dato mirado con la frialdad de los números puede ser poco indicativo, pero ha sido fundamental para garantizar la asistencia sanitaria pública a la ciudadanía, este dato ha supuesto un incremento notable del

índice de rotación de camas en los hospitales, en muchos casos duplicando el número de pacientes que anualmente utilizan las camas hospitalarias. Es más, este hecho ha posibilitado la disminución del número de camas en muchos centros, humanizando la asistencia, han desaparecido las habitaciones de hasta seis enfermos, y una mejor gestión de los recursos



El desarrollo organizativo impulsado por el antiguo INSALUD ha sufrido un brusco frenazo desde que la Comunidad de Madrid asumió la gestión de la sanidad, así herramientas como el contrato programa o la participación de los agentes sociales en el control de la sanidad han pasado a mejor vida.

El esfuerzo realizado durante muchos años ha posibilitado que la Comunidad de Madrid tenga uno de los mejores sistemas sanitarios públicos no solo europeos sino, incluso, del mundo. Esto también es entendido por los ciudadanos, no sé si con esta percepción, ya que en las encuestas de satisfacción califican a la sanidad con un 6,29, muy por encima del resto de servicios públicos que son calificados con un 5,78.

Pero este aprobado alto que los ciudadanos conceden a la sanidad pública madrileña es, en mi opinión, claramente insuficiente ya que no debemos olvidar que la Comunidad de Madrid destina más de 6.000 millones de ? (1 billón de las antiguas pesetas) al gasto sanitario, lo que supone más del 34% de su presupuesto anual.

Por otra parte hay que recordar que Madrid recibió las transferencias sanitarias con un importante déficit presupuestario, reconocido incluso por los responsables de la Consejería de Sanidad y denunciado hasta la saciedad por las organizaciones políticas y sindicales progresistas, que ha lastrado el desarrollo y las inversiones en la sanidad madrileña.

El desarrollo organizativo impulsado por el antiguo INSALUD ha sufrido un brusco frenazo desde que la Comunidad de Madrid asumió la gestión de la sanidad, así herramientas como el contrato programa o la participación de los agentes sociales en el control de la sanidad han pasado a mejor vida. A esto hay que añadir una bochornosa falta de previsión del Gobierno de la Comunidad de Madrid en lo que respecta al crecimiento demográfico en

nuestra región.

La población emigrante no solo debe ser la mano de obra necesaria para el crecimiento de la economía madrileña, además el Gobierno debe garantizarles la prestación de los mismo servicios públicos que al resto de ciudadanos españoles y entre estos servicios está la prestación sanitaria. Pues bien, parece que para el Gobierno Regional un incremento de más de 1 millón de personas en Madrid en los últimos años no tiene ninguna repercusión en la prestación de estos servicios.



“

La tozudez de la realidad ha demostrado que un millón de nuevos usuarios, sin ningún incremento en los recursos sanitarios, ha puesto a la sanidad pública madrileña al límite de sus posibilidades; urgencias saturadas, listas de espera quirúrgicas, de diagnóstico y de consultas interminables, etc. así lo corroboran.

Por todo ello la puesta en marcha de estos nuevos hospitales debería ser un acontecimiento que marcara un antes y un después en el sector sanitario público madrileño. Pero el oscurantismo y la falta de participación con que la Consejería de Sanidad ha diseñado, y puesto en marcha, este proceso hacen presagiar lo peor.

Desde CC.OO. venimos sosteniendo que Madrid necesita más camas, afirmación que parecía compartir el Gobierno Regional cuando decidió construir los nuevos

“

Las plantillas del personal, que prestará la atención sanitaria en los nuevos centros, no son puestos de trabajo de nueva creación sino que se confeccionarán con los profesionales que pidan el traslado desde los actuales hospitales

hospitales, pero que ahora no está nada claro ya que la propuesta de zonificación de la Consejería de Sanidad avanza una redistribución de la ciudadanía hacia las nuevas Áreas de Salud, pero también una redistribución, que no incremento, de los recursos sanitarios hacia esas nuevas Áreas sanitarias.

El reciente Decreto de Reordenación de Efectivos, publicada recientemente en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, no hace sino corroborar estas sospechas ya que las plantillas del personal, que prestará la atención sanitaria en los nuevos centros, no son puestos de trabajo de nueva creación sino que se confeccionarán con los profesionales que pidan el traslado desde los actuales hospitales.

Parece evidente que una merma de las plantillas de los actuales hospitales solo será posible con una minoración de las camas hospitalarias y del resto de servicios sanitarios, consultas, quirófanos, etc., dirección a la que parece apuntan todos los datos de los que hoy disponemos.

Así pues parece que los ciudadanos de Madrid perderemos una oportunidad de tener más, mejores y más cercanos servicios sanitarios públicos y que la inversión realizada por el Gobierno Regional, financiada con el dinero de todos los ciudadanos, se quedará en una mera redistribución de los servicios sanitarios; el Partido Popular sigue sin apostar por la sanidad pública, su negocio esta en otro lugar.

Una apuesta por los sanidad pública pasa por un consenso político que posibilite el diseño de un mapa de recursos sanitarios que garantice una sanidad de calidad para todos los ciudadanos, una apuesta por la mejora de las herramientas de gestión sanitaria y una participación real de la sociedad madrileña en la toma de decisiones, entre

LA COMUNIDAD DE MADRID EN EL BAROMETRO SANITARIO 2006

Recientemente se han publicado los datos de Barómetro Sanitario de 2006 (datos disponibles en www.msc.es). A partir de los mismos vamos a analizar la situación de la Comunidad de Madrid respecto a las demás CCAA en aquellas variables que se ofrecen desagregadas para las mismas

Satisfacción sobre el sistema sanitario público y preferencia del sector público sobre el privado

	Madrid	Media CCAA	Máximo / Mínimo
Satisfacción	6,29	6,23	7,35(Asturias) / 5,52 (Galicia)
Prefiere el sector público en Atención Primaria	62,4 %	58,7 %	76,4 (CyLeón)/ 41,9 (Canarias)
Prefiere el sector público en Atención Especializada	49,9 %	46,3 %	64,1 (Asturias) / 28,2 (Canarias)
Prefiere el sector público en hospitalización	58,3 %	59,5%	75,7 (CyLeón) / 46,6 (Baleares)
Prefiere el sector público en urgencias	60 %	62,1%	79,8 (CyLeón) / 52,9 (Canarias)

Valoración de la asistencia recibida (% que opinan que fue buena o muy buena)

	Madrid	Media CCAA	Máximo / Mínimo
Atención Primaria	83,7	84	91,4 (Andalucía) / 77,1 (Canarias)
Consultas atención especializada	79,6	81,6	92,4 (Extrema)/ 62,5 (Canarias)
Hospitalización	76,2	83,5	95,9 (Aragón) / 66,7 (Extrema)
Urgencias	70,8	76,9	91,7 (Extrema) / 64,8 (Canarias)

La situación de Madrid se encuentra en la media en cuanto al grado de satisfacción, ligeramente por encima de la misma en cuanto a la preferencia del sector público en atención primaria y consultas de atención especializada y ligeramente por debajo en la preferencia del sector público en hospitalización y urgencias. Por el contrario en la valoración de los servicios recibidos como buenos o muy buenos esta en todos ellos por debajo de la media. La explicación de estas discrepancias posiblemente esta en que mientras los primeros datos pertenecen a la población general, y que por lo tanto mayoritariamente no ha utilizado el sistema sanitario que valora, los segundos son las personas que han recibido asistencia en el último año. Las unas hacen una valoración muy

influenciable por la propaganda, las noticias que recogen los medios de comunicación, etc, las otras valoran su experiencia concreta, y tienen motivos mas fundados para dar una opinión.

La siguiente tabla recoge los porcentajes de personas (población general) que estiman que han mejorado los distintos servicios señalados. Llama la atención que la percepción de mejora de los servicios sanitarios públicos es baja en la mayoría de las CCAA, situándose Madrid alrededor de la media.

Porcentaje de personas que creen que mejoraron los siguientes servicios sanitarios en los últimos 12 meses

	Madrid	Media CCAA	Máximo / Mínimo
Listas de espera	28,4	24,4	34 (Rioja)/ 11,7 (Canarias)
Atención Primaria	50,4	48,3	56,9 (Aragón)/ 38,7 (Navarra)
Atención Especializada	40	40,6	52,9 (Aragón) / 29 (Galicia)
Hospitales	41,7	43,2	57,6 (Aragón)/ 34,3 (Navarra)

Respecto a las listas de espera en consulta se pregunto el tiempo de demora a las personas que habían tenido una consulta con el especialista, la media de las CCAA se situaba en un 36,1% que había recibido la cita en un mes como máximo (rango 66,8% de La Rioja a 20,5% en Baleares), siendo en Madrid el 38,1%, lo que evidencia las elevadas demoras en citas con el especialista en la mayoría de las mismas.

Una última cuestión es la pregunta realizada sobre si se había producido mejora o empeoramiento en la gestión de la Sanidad después de las transferencias. Madrid (12%) alcanza uno de los mayores porcentajes de quienes consideran que empeoro la gestión (media 6,8%, rango entre 0,5% de Navarra y 12,3% de Murcia).

DESIGUALDADES DE GÉNERO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La equidad forma parte de los principios fundamentales del Sistema Nacional de Salud establecido por la Ley General de Sanidad, junto con la universalidad, la solidaridad, la calidad y la participación ciudadana.

Puede definirse como aquella la situación social en que ningún colectivo es favorecido en perjuicio del resto, por lo que se deben considerar inaceptables las diferencias de salud innecesarias, evitables o injustas. Por ello no todas las diferencias en salud son injustas ya que pueden estar relacionadas con la variabilidad biológica (hombre, mujer, ancianos..) o con conductas libremente adoptadas por los individuos.

A pesar de las grandes mejoras de la situación de salud de los últimos años consecuencia de la mejora socioeconómica (la esperanza de vida se ha incrementado en un 25% desde los años 50 del pasado siglo (tabla 1) y de la aprobación de la Ley general de Sanidad que creo el Sistema Nacional de Salud que garantizó la universalización de la cobertura sanitaria reduciendo las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios públicos y el inicio de políticas de salud integrales (promoción de la salud, prácticas preventivas, mejora de la atención primaria..), las desigualdades también han experimentado un crecimiento considerable, que tienen que ver con la situación socioeconómica (clase social, nivel educativo, profesión, etc.), con el género (hombre o mujer) o con el territorio donde se vive (recursos, organización y funcionamiento de los servicios de salud de las diferentes Comunidades Autónomas).



La Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha planteado como primer objetivo en su estrategia para Europa el reducir antes del 2020 en una cuarta parte las diferencias de salud entre los grupos económicos de los países europeos.

Tabla 1 Esperanza de vida al nacer hombres y mujeres

ESPERANZA DE VIDA AL NACER		
Años	Mujeres	Hombres
1.900	35,7	33,9
1.930	51,6	48,4
1.940	53,2	47,1
1.950	64,3	59,8
1.960	72,2	67,4
1.970	75,1	69,6
1.975	76,2	70,4
1.975	76,2	70,4
1.980	78,6	72,5
1.985	79,7	73,3
1.990	80,5	73,4
1995(*)	81,6	74,4
1998(*)	82,2	75,3
2.000	82,5	75,8
2.004	83,8	77,2

FUENTE: INE. Indicadores Demográficos Básicos
Los años 2000 y 2004. Indicadores Demográficos Básicos. Datos europeos

Esta situación plantea un importante problema de salud pública y de justicia social, no solo en España, por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha planteado como primer objetivo en su estrategia para Europa el reducir antes del 2020 en una cuarta parte las diferencias de salud entre los grupos económicos de los países europeos(1). Desgraciadamente existe una importante evidencia de la escasa efectividad de las políticas dirigidas a disminuirlas dado el crecimiento experimentado por las desigualdades en los colectivos sociales.

Desigualdades de género

Las desigualdades de género en salud son las diferencias no atribuibles a razones biológicas y que tienen su origen en las relaciones sociales y de poder entre hombres y mujeres.



1.1.- Desigualdades de salud

1.1.1.- Nivel de salud

La esperanza de vida es un 7,8% mayor en las mujeres que en los hombres lo que representa 6,5 años más al nacimiento (tabla 1) y lo mismo sucede en años potenciales de vida perdidos por enfermedades prevenibles mediante políticas de promoción de salud, diagnóstico temprano en etapas en que aún son solucionables o tratamiento adecuado.

Pero eso no implica que las mujeres gocen de una mejor salud que los hombres ya que presentan mayor discapacidad (mayores tasas con limitación para realizar de manera autónoma las actividades de la vida cotidiana) y su estado de salud percibido es peor que el de los hombres (2). (tabla 2)

Tabla 2

La mortalidad por las principales causas de muerte (cáncer y enfermedades cardiovasculares) es menor en las

	Hombres	Mujeres	Diferencia
% población con limitaciones para actividad de la vida cotidiana 2003	37,6	47,5	20,80%
% de población mayor 65 años con estado de salud bueno o muy bueno 2003	45,8	34,5	24,70%
Tasa de años potenciales de vida perdidos por 100.000 habitantes 2002	5945,2	2527,8	57,50%

mujeres que en los hombres, lo mismo que por causas prevenibles relacionadas con los estilos de vida y los riesgos laborales y medioambientales como accidentes de

tráfico o suicidios. (tabla 3) La mortalidad por las principales causas de muerte (cáncer y enfermedades cardiovasculares) es menor en las mujeres que en los hombres, lo mismo que por causas prevenibles relacionadas con los estilos de vida y los riesgos laborales y medioambientales como accidentes de tráfico o suicidios. (tabla 3)

La incidencia de enfermedades como la tuberculosis y el sida son superiores en hombres que en mujeres. Sin embargo la proporción de mujeres con SIDA se va incre-

Tabla 3

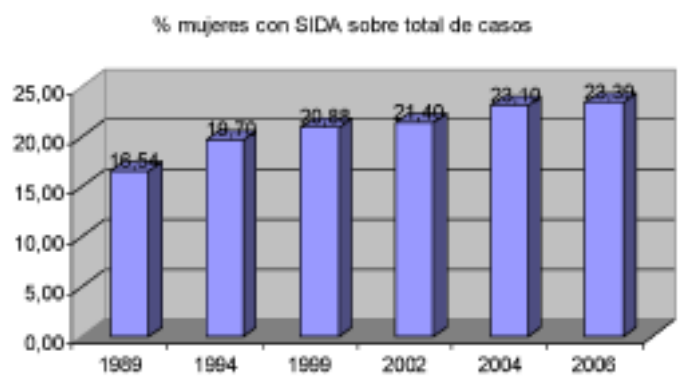
	Hombres	Mujeres	Diferencia
Mortalidad por cáncer. *	130	86,2	33,70%
Mortalidad por enfermedades coronarias .	53	15,3	71,10%
Mortalidad por suicidio,	11	3,2	70,90%
Mortalidad por accidentes de tráfico. **	48,4	8,7	82%
Tasa incidencia de tuberculosis por 100.000h 2004	21,4	11,1	48,10%

* Tasa estandarizada por edad por 100.000 habitantes menores 75 años 2002

** Estandarizada por edad por 100.000 15-49 años 2002

mentando de manera constante desde 1989 respecto de la incidencia en los hombres (figura 1) pasando del 16,54 de 1989 al 23,39% en 2006, lo que supone un incremento del 29,3%.

Figura 1



Hábitos de vida saludables

Las mujeres tienen hábitos de vida, relacionados con la salud y con las principales causas de muerte ya que fuman menos que los hombres (29,4% menos), están menos obesas (37,5% menos sobrepeso), pero los hombres realizan más ejercicio físico en su tiempo libre (12,2% menos). (Tabla 4)- Estas diferencias en los estilos de vida saludables explican, en una gran parte, su mayor esperanza de vida y la menor mortalidad por enfermedades evitables (aunque existen estudios que demuestran que reciben peor trato diagnóstico en algunas enfermedades como las cardiopatías isquémicas)

Tabla 4

	Hombres	Mujeres	Diferencia
% población mas 16 años fumadora 2003	36,1	25,5	29,40%
% población con sobrepeso 2003	43,5	27,2	37,50%
% Personas que no realizan actividad física en tiempo libre 2003	53,3	60,7	12,20%

Diferencias entre mujeres por clase social

Existen diferencias dentro de las mujeres atendiendo a su clase social de pertenencia. Las mujeres de clase más alta (I y II) gozan de mejor salud (el 70,9% refieren un estado de salud bueno o muy bueno) un 10,6% superior a la de la clase III (63,4% con estado de salud bueno o muy bueno) y un 17,6% superior al las de las clases más desfavorecidas (IV y V) que solo refieren disfrutar de este estado en un 58,4%

Estas diferencias también se observan en cuanto a los hábitos y estilos de vida saludables con una mayor proporción de mujeres que realizan un consumo excesivo en clases sociales más bajas y lo mismo ocurre con la prevalencia de obesidad que aumenta a medida que descendemos en la escala social. Esta proporción se invierte en el hábito de fumar, de mayor prevalencia en las mujeres de clase alta y en la práctica de ejercicio físico que aumenta también con claridad a medida que ascendemos en la clase social. La conclusión que se puede extraer de esta situación es que las mujeres de las clases sociales más altas se benefician más de las campañas de promoción de salud por su mayor nivel educativo y por disponer de más posibilidades para ponerlas en práctica.

Actividades preventivas de los servicios sanitarios

Existen diferencias importantes en algunas actividades preventivas como puede ser la realización de mamografías para la detección precoz del cáncer de mama, que alcanzan el 20% entre CCAA.

Nuevamente se observan diferencias entre mujeres en la utilización de los servicios preventivos ya que las mujeres con mayor nivel de estudios acuden 2,5 veces más frecuentemente al ginecólogo que las mujeres sin estudios

Utilización de los servicios sanitarios

La mujer utiliza más los servicios de atención primaria (31,20 % más que los hombres, lo mismo que los de atención especializada (8,5% más) y los hospitales (17,2% más ingresos que los hombres). (tabla 5).

Tabla 5

Utilización servicios sanitarios según género, en consultas o ingresos por cien personas

	Hombres	Mujeres	Diferencia
Atención primaria	13	18,9	31,20%
Atención especializada	6	8,5	29,40%
Ingreso hospital	7,7	9,3	17,20%

Existen también importantes diferencias en las intervenciones quirúrgicas que son más elevadas en las mujeres para las enfermedades óseas degenerativas como las prótesis de caderas (67,6% más que los hombres) problema asociado a las osteoporosis después de la menopausia, son similares en la hospitalización por enfermedades vasculares cerebrales (un 4,7% más) y muy inferior en las enfermedades isquémicas del corazón (un 58,2% más) donde los estilos de vida tienen una mayor importancia como el hábito de fumar o el estrés.(tabla 6)

Tabla 6

	Hombres	Mujeres	Diferencia
Tasa hospitalización por artroplastia de cadera por 100.000 h. 2002	39,5	121,8	67,60%
Tasas hospitalización por accidente vascular cerebral por 100.000 h. 2002	187,4	196,7	4,70%
Tasas hospitalización por infarto agudo miocardio por 100.000 h. 2002	216,1	90,4	58,20%

Salud reproductiva

Perecen existir problemas en la información y educación sanitaria de la mujer en un tema que le atañe especialmente como es la salud reproductiva muy relacionada con la anticoncepción (existencia y desarrollo real del Programa de la Mujer, incorporación de los servicios de atención primaria al programa, existencia de centros de orientación familiar, oferta de servicios y centros para la interrupción voluntaria del embarazo accesibles a las mujeres que los necesitan, etc.)

El método anticonceptivo más utilizado sigue siendo el preservativo (45,93%) que aunque no tiene una gran seguridad para evitar embarazos no deseados tiene una gran importancia de cara a evitar enfermedades de transmisión sexual, especialmente el SIDA. El segundo lugar lo ocupa la píldora hormonal (21,53%) y el tercer lugar un método cruento como la ligadura de trompas, seguido de un método de gran inseguridad y riesgo como es el coitus interruptus (7,88% por encima incluso del Dispositivo Intrauterino (DIU) (7,2%).(tabla 7) Parece por tanto necesario redoblar los esfuerzos de información y educación sanitaria y de incorporar los servicios de planificación familiar a la actividad de los centros públicos (especialmente a la Atención Primaria) por su proximidad a las mujeres usuarias de los mismos.

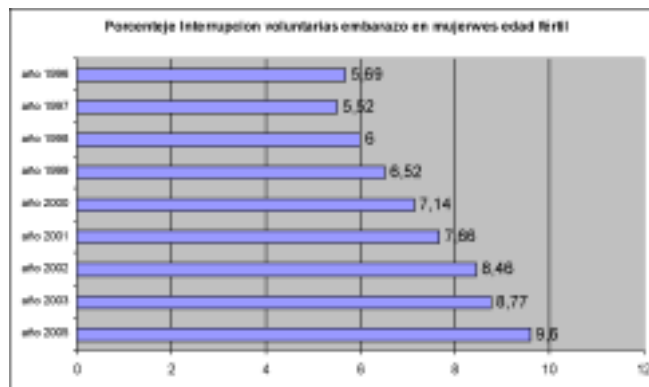
Tabla 7

Métodos anticonceptivos	
Píldora	21,53
DIU	7,20
Diafragma, tapón, esponja vaginal	0,18
Abstinencia	3,46
Preservativo o condón	45,93
Ritmo y temperatura basal	0,82
Coitus interruptus	7,88
Lavado vaginal	0,68
Crema anticonceptiva	0,53
Lactancia prolongada	0,20
Inyección	0,17
Píldora del día siguiente	0,11
Ligadura de trompas	10,61
Vasectomía	9,01
Otros métodos	0,57

Fuente: Encuesta de Fecundidad. INE

La ausencia de estrategias de promoción de salud basadas de la educación sanitaria, el escaso desarrollo de la aplicación de los Programas de la Mujer por los servicios

Figura 2



de salud autonómicos y las interferencias del poder religioso ha condicionado un incremento de las interrupciones voluntarias del embarazo que en los últimos diez años han experimentado un crecimiento del 47,9%. (Figura 2)

Algunos indicadores asistenciales muestran serios problemas de calidad de la atención a los problemas específicos de la mujer como puede ser la tasa de cesáreas por cien partos del 21,3%, (tabla 8) que supone una desviación del 29,6% respecto del estándar de calidad medio de 15 por cien partos(3), este indicador además muestra un importante diferencia del 42,5 % entre la CCAA que más cesáreas y la que menos realiza

Tabla 8

	Cesáreas por 100 partos 2000
Andalucía	20,3
Aragón	18,9
Asturias	20,9
Illes Balears	19,6
Canarias	18,5
Cantabria	24,2
Castilla y León	22,7
Castilla - La Mancha	20,9
Cataluña	22,4
Comunidad Valenciana	25,4
Extremadura	23,9
Galicia	24,3
Madrid	23
Murcia	21,4
Navarra	17
País Vasco	14,6
La Rioja	25,1
Media	21,3

- Fundación Sindical de Estudios
- Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid (www.fadsp.org)

OBSERVATORIO SOCIAL Y SANITARIO

Edita: Fundación Sindical de Estudios
C/ Sebastián Herrera, 14. 1ª planta
28012 Madrid

Presidente: Rodolfo Benito Valenciano
Vicepresidenta: Elvira S. Llopis
Publicaciones: Adela Crespo Alvarez

fse@fundacionsindicaldeestudios.org
www.fundacionsindicaldeestudios.org

