

«En la Comunidad de Madrid existe un peligro real para la sostenibilidad de la Sanidad Pública»
CARMEN ORTIZ

El negocio de la sanidad y la «medicalización» de la vida
DIEGO REVERTE CEJUDO

Evolución de la Cartera de Servicios de Atención Primaria y sus repercusiones en Andalucía.
El caso del Centro de Salud de Maracena (Granada)
GABRIEL GÓMEZ GARCÍA, MANUEL MARÍN LÓPEZ, ENRIQUE PEÑA GÓMEZ

Salud 2000



Edita

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid. Tel.: 91 333 90 87. Fax: 91 437 75 06 www.fadsp.org

Director

Luis Palomo (Cáceres).

Comité de Redacción

Ángel Galán, Concha Mateos, Miguel A. Escobar (Cáceres); Miguel González-Hierro (Salamanca).

Consejo Editorial

J. A. Salcedo, M. Sánchez-Bayle, C. Ruiz-Jarabo, M.J. Martínez (Madrid); M. Martín, H. Beiras, J. A. Lorenzo-Porto (Galicia); J. M. Fernández-Segura, R. Cordero (Extremadura); E. Clavería, D. Reverte, R.M. Moro, A. del Pozo, M.A. Ruiz, L. Ocampo, A. Fuertes (Castilla-León); A. Navarro, A. Fatas (Aragón); M.D. Martínez, B. Santos (Andalucía); M. Mateo (Navarra); J. L. Uría, E. Etxegaray, M. González (País Vasco); A. Bonet, E. Zafra, M. J. Mendoza (País Valenciano); J. Salazar, L. Girona (Cataluña); J. A. Rojas (Baleares); P. Aparicio, A. García (Murcia); F. Angora (Castilla-La Mancha); C. Ponte (Asturias).

Consejo Asesor

Joan Benach, Francisco Bolumar, Carme Borrell, Ramón Espasa, Peter Fisher, Fernando G. Benavides, Juan Gervas, Vicenç Navarro, Vicente Ortún.

Comisión Técnica FADSP

Carmen Ortíz (Presidenta); José Antonio Rojas (Vicepresidente); Manuel Martín (Secretario); Marciano Sánchez-Bayle (Secretario de Organización); M^a Dolores Martínez (Vicesecretaria); Luis Villanueva (Tesorero); Marisa Fernández (Secretaría de la Mujer); Aurelio Fuertes, Lourdes Girona, Diego Reverte, Luis Ocampo (vocales).

Redacción

Avda. París, 30, 5^o Dcha.; 10005 Cáceres. E-mail: luispalomo@wanadoo.es.

Publicidad

SALUD 2000. C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid. Tel.: 91 333 90 87

Realización

QAR Comunicación, SA, Relatores 1. 28012 Madrid. Tel.: 91 369 42 48

Depósito Legal M-18.195-1985

ISSN • SVP 0214-3615 • 442

Solicitado Control OJD

SALUD 2000

NO COMPARTE NECESARIAMENTE LAS OPINIONES VERTIDAS EN LOS ARTÍCULOS FIRMADOS, QUE SON DE LA EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DE SUS AUTORES.

Normas DE PUBLICACIÓN

1. **Salud 2000** aceptará para ser publicados trabajos inéditos relativos a la organización y a la administración de servicios sanitarios y asistenciales y, en general, a las políticas de salud. Podrán ser artículos de revisión, de opinión, cartas al director, colaboraciones especiales o artículos científicos que comuniquen resultados originales producto de investigación. En este caso los manuscritos constarán de los siguientes apartados: introducción, sujetos y métodos, resultados y discusión, y se ajustarán a las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, accesibles en: www.icmje.org.

2. Las dimensiones máximas aconsejadas son de 10 caras DIN A4, mecanografiadas a doble espacio (aproximadamente 20.000 caracteres, con espacios), y un máximo de seis figuras o tablas para los artículos científicos y de revisión; de 6 caras para los artículos de opinión y otras colaboraciones y de 2 para las cartas al director. El Comité de Redacción podrá encargar trabajos para alguna de las secciones de la revista.

3. Las tablas y figuras irán numeradas de forma correlativa e independiente, se identificarán con un número arábigo y un título en su parte superior, y al pie se escribirán las notas necesarias para interpretarlas correctamente.

4. Podrán enviarse para su reproducción fotografías que se considere ilustran el texto, procurando que sean de excelente calidad y de tamaño 9 x 12 cm.

5. Las citas bibliográficas se identificarán en el texto mediante números arábigos correlativos, en superíndice. El listado de citas irá al final del manuscrito, abreviando el nombre de las revistas citadas según los criterios del Index Medicus.

6. Se enviarán dos copias de los manuscritos, en papel DIN A4, y un disquete HD de 3,5", debidamente protegido, con el texto en formato Word o Wordperfect.

7. Los textos y disquetes se enviarán acompañados de una carta de presentación en la que se explicarán brevemente cuáles son las aportaciones del trabajo, indicando su condición de inédito o, en su caso, advirtiendo de publicaciones o presentaciones anteriores y parciales del mismo. La carta la firmarán todos los autores, indicando un nombre y dirección para correspondencia (y teléfono, fax y e-mail, si se dispone de ellos). En la carta se hará constar que los firmantes transfieren los derechos de autor al editor, en caso de que el artículo sea publicado, y que entienden que la editorial no comparta necesariamente las afirmaciones contenidas en el artículo.

8. Los autores recibirán acuse de recibo de su trabajo y, posteriormente, notificación sobre su aceptación o no para publicación.

9. Los escritos se seleccionarán según los criterios del Comité de Redacción, que decidirá sobre su aceptación o no, y que podrá hacer sugerencias de cambios en el texto que se someterán a la consideración de los autores. Los artículos científicos se enviarán a evaluadores externos.

10. Los trabajos se enviarán a: **Salud 2000**. Aptdo. de Correos 353; 10080 Cáceres. Se podrán remitir a la vez a través de correo electrónico a: luispalomo@wanadoo.es



PORTADA:

Jorge Segui

Obra: **La rebelión de los ciclistas**

Parque del Príncipe (Cáceres)



ENTREVISTA

• 5

«En la Comunidad de Madrid existe un peligro real para la sostenibilidad de la Sanidad Pública»

Carmen Ortiz

■ Nuestro sistema siempre ha estado mal financiado cuando nos comparábamos con la Europa de los 15. En este momento seguimos en los puestos más bajos en cuanto a porcentaje de nuestro PIB que se dedica a la sanidad; nuestro objetivo debe ser acercarnos a esa media europea. Por otra parte, las transferencias de la sanidad a las comunidades se realizaron con cálculos muy por debajo del gasto real, aunque esto no se hizo de forma homogénea, y se establecieron diferencias de financiación importantes entre las distintas comunidades.



POLÍTICA SANITARIA

• 8

El negocio de la sanidad y la «medicalización» de la vida

Diego Reverte Cejudo

■ La sanidad, concebida como un derecho, no se puede ocupar tan sólo de «vender» a los consumidores remedios para cuando estén enfermos, sino que debe contemplar todas las facetas de lo que se ha dado en llamar sanidad integral: promoción de la salud, prevención de las enfermedades, tratamiento de las mismas —en sus facetas de diagnóstico, tratamiento y paliación— y rehabilitación de las secuelas e integración del afectado a todas las facetas de su vida normal.

Después de las elecciones autonómicas

Es preciso poner en funcionamiento una red sociosanitaria pública coordinada con la atención sanitaria

Una vez que se han abierto las urnas y que comienza un nuevo ciclo de gobiernos autonómicos durante cuatro años, y que son éstos los que tienen la responsabilidad de financiar, dotar y organizar los servicios de salud y asistenciales respectivos, no está demás recordar cuáles son, a juicio de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), los objetivos de política de salud más importantes:

1. Poner en funcionamiento sistemas de información sanitaria que aporten datos homogéneos para todas las CCAA, para poder realizar comparaciones, lo que precisa el establecimiento de estándares comunes para la recolección y tratamiento de la información sanitaria en todo el SNS. Esta debería ser una tarea prioritaria del Consejo Interterritorial de Salud.

2. Los ciudadanos tienen derecho a tener acceso a los datos actualizados referentes a la situación de salud y al funcionamiento de los servicios sanitarios, por lo que es imprescindible garantizar la publicidad actualizada de todos los indicadores. La transparencia es un requisito imprescindible en un servicio público.

3. Debe asegurarse una financiación suficiente del Sistema Nacional de Salud. Esta suficiencia exige un incremento de la financiación en razón de las necesidades de salud y debe suponer, aproximadamente, entre 1 y 1,5 puntos de porcentaje sobre el PIB de incremento y asignar este incremento con criterio finalista.

4. Es imprescindible el desarrollo del Plan Integrado de Salud, tanto para fijar los objetivos de salud del SNS como para adecuar la financiación a la consecución de estos objetivos.

5. Los Fondos de Cohesión deberían de incrementarse sustancialmente, incluyendo en ellos toda la financiación adicional y asegurando su reparto entre las CCAA en razón de los objetivos del Plan Integrado de Salud.

6. También es necesaria la elaboración de Planes de Salud en cada CA para fijar los objetivos de la política sanitaria y establecer la distribución de los fondos públicos dedicados a Sanidad. Sería conveniente que este Plan de Salud fuera aprobado por el Parlamento autonómico.

7. Deben de establecerse estándares mínimos y ponderados de recursos sanitarios: camas, profesionales médicos y de enfermería (de atención primaria y especializada) /1.000 habitantes (siendo lo deseable que pudieran ponderarse en relación con otras variables como estructura etaria de la población, dispersión, etc.), para garantizar una dotación adecuada de los servicios sanitarios públicos acercando nuestra situación a la de la media del contexto europeo.



POLÍTICA SANITARIA

• 17

Evolución de la Cartera de Servicios de Atención Primaria y sus repercusiones en Andalucía. El caso del Centro de Salud de Maracena (Granada)

Gabriel Gómez García, Manuel Marín López, Enrique Peña Gómez

■ En el Sistema Nacional de Salud (SNS), a raíz de los cambios efectuados en la política sanitaria desde los años 90, la externalización de servicios hospitalarios hacia Atención Primaria en Andalucía se ha ido incrementando de forma constante. Este aumento se ha visto reflejado de manera significativa en la Cartera de Servicios del Primer Nivel de la Atención Sanitaria. Aumento que, sin embargo, no se ha acompañado de un incremento de los recursos materiales y humanos necesarios.



SALUD Y GÉNERO

• 24

La eugenesia del aborto y la memoria de Félix Martí Ibáñez

■ Gracias a la labor editorial de José Vte. Martí y Antonio Rey, se está recuperando la importante actividad de este médico ilustre y reconstruyendo los eslabones que unen los progresos actuales en la interrupción voluntaria del embarazo con la legislación de la Cataluña republicana impulsada por este joven médico ácrata.

NOTICIAS

• 25

COMENTARIO BIBLIOGRÁFICO

• 29

CONVOCATORIAS

• 30

8. Hay que reforzar la provisión sanitaria pública, favoreciendo una mayor integración de los recursos en las áreas de salud y la interconexión entre los niveles asistenciales.

9. Hay que paralizar el proceso privatizador de la Sanidad y propiciar la integración en la red sanitaria pública de los centros que reciben financiación pública y tienen modelos de gestión pseudoempresariales cambiando este carácter por el de entidades públicas en todos sus aspectos.

Deben desarrollarse mecanismos efectivos y reales de participación de profesionales y ciudadanos en el funcionamiento y gestión de los servicios sanitarios públicos

10. Es preciso poner en funcionamiento una red sociosanitaria pública coordinada con la atención sanitaria y sin que esto suponga una nueva privatización de otra parcela de los servicios públicos.

11. Hay que articular centros de referencia supracomunitarios (bien a nivel estatal o para varias CCAA) porque es evidente que el tamaño de todas las CCAA no es compatible con el mantenimiento de todos los servicios sanitarios con una calidad adecuada. El Consejo Interterritorial (para los centros estatales) y los acuerdos entre CCAA serían los mecanismos adecuados para asegurar esta colaboración en el ámbito del SNS.

12. Hay que realizar una evaluación de las desigualdades en salud, tanto en el conjunto del SNS como dentro de las CCAA, analizando los diferentes aspectos que pueden influir en las mismas (nivel socioeconómico, género, política sanitaria y financiera aplicada, etc.) para poder desarrollar estrategias adecuadas para su reducción.

13. Deben desarrollarse mecanismos efectivos y reales de participación de profesionales y ciudadanos en el funcionamiento y gestión de los servicios sanitarios públicos.

Es necesario garantizar la sostenibilidad del sistema público a través de un pacto de estabilidad del mismo

14. Garantizar la sostenibilidad del sistema público a través de un pacto de estabilidad del mismo y del control y racionalización del gasto farmacéutico y tecnológico (nuevas tecnologías de imagen, informatización y megabases de datos...).

15. Garantizar la confidencialidad de la información de salud de los ciudadanos depositada en las bases de datos públicas, a través de mecanismos de control democrático, excluyendo en todo caso el acceso, gestión o cesión de esos datos a entidades privadas o semiprivadas y persiguiendo de oficio cualquier violación de ello.

Pensamos que todos estos objetivos son fundamentales para mejorar la Sanidad Pública. Estamos viviendo un momento crítico de desmantelamiento de algunos servicios de salud, por lo que se precisa una actuación decidida para frenar este proceso y para fortalecer el mejor sistema sanitario que ha tenido nuestro país. Desde la FADSP apoyaremos a todos los gobiernos autonómicos que asuman este compromiso con la Sanidad Pública y la salud de los ciudadanos. •

Carmen Ortiz. Presidenta de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

«En la Comunidad de Madrid existe un peligro real para la sostenibilidad de la Sanidad Pública»

Esta entrevista tuvo lugar en Mérida, entre café y café, con motivo de un seminario sobre los servicios autonómicos de salud en el que participaba.

Salud 2000: Doctora Ortiz, sabemos que ha vivido de cerca el conflicto provocado en el hospital de Leganés por la intromisión de la Consejería de Sanidad en los criterios asistenciales del servicio de urgencias. Después de dos años, ¿cómo ha afectado a la vida del hospital este conflicto?

El Hospital Severo Ochoa era un hospital emblemático en muchos aspectos en la Sanidad madrileña. Es un hospital que se inaugura en un momento de auge de la Sanidad pública, porque acaba de aprobarse la Ley General de Sanidad y en el gobierno de la nación está el Partido Socialista. Estos hechos condicionan sin duda el gran compromiso con lo público con el que nace este hospital, y ésta será una condición que lo caracterizará hasta el momento del conflicto. A pesar de la presión asistencial que sufrió siempre (no podemos olvidar que está ubicado en la zona sur de Madrid, con una población muy numerosa, con un bajo poder adquisitivo y por tanto dependiente en casi su totalidad de la Sanidad pública), a pesar de estos condicionantes, siempre fue un hospital con un alto rendimiento y con una calidad avalada por el reconocimiento tanto de la población como de la sociedad científica, con la concesión de múltiples premios y reconocimientos oficiales al bien hacer. El conflicto ha roto esta dinámica, a pesar de los grandes esfuerzos que los profesionales estamos realizando por evitar que trascienda en el trabajo habitual y que pueda repercutir en la calidad de la asistencia. El ambiente de trabajo ha

Carmen Ortiz Ibáñez, nacida en Santa Eulalia (Teruel, 1951), es la presidenta de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) desde noviembre de 2006. Estudió Medicina en la Universidad de Zaragoza y la residencia MIR en Radiología en el Hospital Virgen del Camino de Pamplona. Siempre ha ejercido en la medicina pública, desde el año 1987 en el Hospital Severo Ochoa de Leganés (Madrid). Desde la izquierda sanitaria ha participado activamente en la vida asociativa de su hospital y en todos los proyectos encaminados a la mejor atención de los pacientes. En la actualidad se dedica al diagnóstico de mama, impulsando un proyecto de diagnóstico rápido del nódulo de mama, en colaboración con todos los servicios implicados en el diagnóstico y el tratamiento de la mujer.

cambiado, se han sustituido muchos de los puestos de responsabilidad, tanto médicos como de enfermería, y los nuevos responsables digamos que no mantienen la línea ideológica que caracterizaba al hospital.

Salud 2000: ¿Qué desenlaces se esperan a corto plazo?

Es difícil prever qué puede pasar; por un lado, el caso sigue en poder de la justicia, tras dos años de conflicto sigue el juez en fase de diligencias previas, sin que se haya abierto ni uno solo de los casos teóricos de mala actuación, por lo tanto el hospital sigue bajo sospecha y esto no se sabe hasta cuándo se prolongará. Desgraciadamente, yo creo que los motivos por los que se creó un conflicto que no existía parecen claramente políticos, y el desenlace mucho me temo que también va a estar ligado a situaciones políticas.

Salud 2000: La FADSP ha cumplido 25 años en la primera línea de la lucha por el Sistema Nacional de Salud, ¿piensa que nuestro SNS sigue necesitando apoyos?

Creo que el SNS no pasa precisamente por el mejor de sus momentos. Estamos viendo cómo, en la línea de aplicación de las políticas neoliberales que están afectando a todo el mundo occidental, y con el desmantelamiento de los servicios sociales y del Estado del bienestar, nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) no se libra de la aplicación de estas políticas, y aunque de forma diferente y a diferentes velocidades, está afectando a todas las CCAA.

En alguna de ellas, como es la mía de Madrid, creo que existe un peligro real para la sostenibilidad de la sanidad pública.



Salud 2000: ¿Piensa usted que ha habido diferencias en la evolución de los servicios autonómicos de salud?

Sólo han transcurrido cinco años desde que se terminó el proceso de transferencias a las diferentes CCAA y quizás este es un periodo excesivamente corto para valorar las diferencias en salud que puedan generarse para los ciudadanos; no obstante, algunos indicadores han hecho saltar nuestras alarmas. La diferencia en esperanza de vida de hasta 3,5 años de unas comunidades a otras, o la percepción que tiene la población del funcionamiento de la sanidad pública. Pero donde las diferencias sí son más evidentes, y sí pueden valorarse, es en cuanto a los diferentes modos de gestionar la sanidad entre las diferentes autonomías; así, mientras comunidades como Extremadura, Castilla-La Mancha o Cantabria han apostado por defender y por consolidar el SNS, y otras comunidades, como Galicia, están haciendo grandes esfuerzos por reintegrar los hospitales con fórmulas de gestión privada dentro del sistema y están fortaleciendo claramente la Atención Primaria con los últimos acuerdos, hay otras comunidades, como Madrid o Valencia, que están favoreciendo todas las fórmulas privatizadoras, deteriorando claramente el funcionamiento de la prestación asistencial y poniendo en peligro su futuro.

Salud 2000: Entre las amenazas al SNS, una muy importante, y que los madrileños viven de cerca, es la privatización de los nuevos hospitales que se están construyendo, ¿cree que los profesionales de la salud y los ciudadanos son conscientes de los problemas que esa privatización acarrea?

Yo creo que no, el Gobierno de la Comunidad es muy hábil presentando la propaganda de estos nuevos hospitales y destacando las ventajas para ambos sectores, para los ciudadanos con el acercamiento del hospital a su lugar de residencia y todo esto de forma gratuita. Esta es la propaganda que se hace y es convincente y fácil de entender, a los profesionales se les ofrecen más puestos de trabajo, con instalaciones nuevas que siempre son más atractivas y de momento sin especificar las condiciones de contrato.

No es fácil hacer llegar ni a unos ni a otros que la construcción de los nuevos hospitales, que no son de titularidad pública como se nos hace creer, sino propiedad de los constructores, por los que se tendrá que pagar un canon durante 30 años, que sí se abonará con dinero de los presupuestos, lo cual puede poner en peligro la sostenibilidad del sistema. Estos son datos de la experiencia que se tiene en Inglaterra con fórmulas como la aplicada en Madrid. Por otra parte, todos los estudios realizados por la OMS con este tipo de hospitales demuestran que el precio final del hospital es hasta cuatro veces más caro que los realizados de forma clásica, y los índices de calidad asistencial son peores.

Hay comunidades, como Madrid o Valencia, que están favoreciendo todas las fórmulas privatizadoras

Salud 2000: ¿Qué medidas cree la Federación que usted preside que son necesarias para mantener suficientemente financiado y cohesionado nuestro SNS?

Nuestro sistema siempre ha estado mal financiado cuando nos comparábamos con la Europa de los 15. En este momento seguimos en los puestos más bajos en cuanto a porcentaje de nuestro PIB que se dedica a la sanidad, nuestro objetivo debe ser acercarnos a esa media europea. Por otra parte, las transferencias de la sanidad a las comunidades se realizaron con cálculos muy por debajo del gasto real, aunque esto no se hizo de forma homogénea, y se establecieron diferencias de financiación importantes entre las distintas comunidades. Así mismo, el hecho de que la financiación no sea finalista permite a los Gobiernos autónomos desviar a otros destinos parte del dinero que reciben en concepto de sanidad. Naturalmente, en este reparto tiene mucho que ver la importancia que para cada Gobierno tenga el mantenimiento de los Servicios Públicos. Esta es otra de las causas de las diferencias que están surgiendo entre las diferentes comunidades y que ponen en peligro la equidad y la cohesión del sistema.

Es necesario dar mayor capacidad resolutoria a los equipos de atención primaria

Salud 2000: En los últimos años son muchas las voces que claman por mejoras en la atención primaria, ¿qué medidas defiende la FADSP para potenciarla?

La atención primaria está sufriendo un deterioro progresivo desde hace ya mucho tiempo, que viene provocado por la insuficiente financiación que recibe, que junto con el envejecimiento de la población y la mayor medicalización que se está produciendo en la sociedad, están provocando fenómenos de masificación en la primaria, llegando al punto de crear listas de espera y que no son compatibles con los índices de calidad que se exige a nuestro primer nivel de atención sanitaria. Nosotros defendemos un incremento de la financiación que permita adecuar la dotación de profesionales a las necesidades de la población. Así mismo, creemos que es necesario dar mayor capacidad resolutoria a los equipos de AP, disminuir de forma drástica las tareas burocráticas a que se ven obligados y potenciar la prevención que por motivos evidentes está en franco deterioro.

Salud 2000: ¿Cuál es la posición de la FADSP respecto a la Plataforma 10 Minutos?

Como he dicho antes, la FADSP apoya las reivindicaciones de la Plataforma 10 Minutos, de la que forma parte y es fundamental impulsora desde el momento de su creación y en cuyas reivindicaciones ha participado activamente a lo largo de su ya larga lucha.

Salud 2000: Una pregunta sobre su profesión. Radiología es una especialidad aparentemente pacífica, ¿cuáles son las preocupaciones de sus compañeros de especialidad?

En mi especialidad, como en cualquier otro campo de la sociedad, las preocupaciones no son uniformes y existen diversos componentes. Quizás un denominador común es que esta especialidad, por su dependencia de la alta tecnología, necesita siempre de altas inversiones para estar al día de los últimos avances tecno-

lógicos. Por otra parte, y por este mismo motivo, es una de las favoritas para ensayar las nuevas fórmulas de gestión, con las externalizaciones, concertaciones y todo tipo de contratos con instalaciones ajenas al sistema público. En cualquier caso, es una especialidad digamos joven y con una gran potencialidad en cuanto a avances técnicos y terapéuticos.

Salud 2000: Uno de los retos del SNS es solucionar las crisis que afectan a los profesionales, ¿qué opina la Federación sobre la pérdida de poder adquisitivo, las paradojas de la emigración-inmigración o la falta de profesionales en algunas especialidades?

Es un hecho que los profesionales de la salud nunca han estado bien pagados, y también aquí se están reflejando las diferencias que han surgido entre las diferentes comunidades, siendo cada vez más evidentes las diferencias salariales. Y en comunidades como la mía de Madrid, la pérdida de poder adquisitivo es un hecho que repercute en un malestar generalizado, que en muchos casos justifica la desafección al sistema.

La paradoja de la emigración-inmigración parece un hecho que difícilmente se puede evitar en un mundo globalizado como el que tenemos y donde parece una pretensión justa el que los profesio-

nales busquen mejores condiciones salariales y de trabajo; no obstante, es un problema que afecta a los países de origen y que es más penoso cuanto más pobre es éste, y por tanto más esfuerzo le cuesta formar a sus profesionales, y naturalmente favorece a los países más ricos, que pueden importar los mejores profesionales, y que a su vez hacen menos esfuerzos para formar los propios.

Por último, la escasez de profesionales es un problema de falta de planificación que hay que achacar a los gestores que en su momento no supieron prever lo que iba a suceder, hay que tener en cuenta que formar un profesional al menos requiere 10 años y por tanto no es algo que pueda improvisarse.

La demanda de sedación cerca de la muerte es una demanda legítima cuando se trata de evitar sufrimiento real

Salud 2000: Para finalizar, hablemos de un tema que le preocupa: ¿de qué manera debería favorecerse la autonomía personal al final de la vida y bajo qué garantías legales se podría despenalizar la eutanasia?

La autonomía personal debe de llevar a la despenalización de la eutanasia

Yo creo que una persona libre, bien informada y competente debe tener la posibilidad de acceder o no a ser sometido a determinados tratamientos que pudieran acortar su vida, que éstas son decisiones que sólo afectan a nivel personal y que nadie tiene por qué reconocer ninguna autoridad ética por encima del libre albedrío y la voluntad personal.

Que la demanda de sedación cerca de la muerte es una demanda legítima cuando se trata de evitar sufrimiento real. Y que la autonomía personal debe de llevar a la despenalización de la eutanasia, y esto es una batalla política de sumo calado, frente a todo tipo de talibanes. Naturalmente creemos que la eutanasia debe darse con toda una serie de garantías legales. Y todo ello ligado con el testamento vital, para los supuestos en que el enfermo fuera en ese momento incompetente pero hubiera expresado su voluntad en el referido testamento vital. ■



Salud 2000

Boletín de suscripción

NOMBRE Y APELLIDOS
 DOMICILIO
 LOCALIDAD CP
 TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

Se suscribe a la revista **Salud 2000** por el período de un año, prorrogable en años sucesivos salvo aviso en contrario.
 La suscripción anual (5 números) por un importe de 31 euros.

Marque con un X la forma de pago: CON TALÓN BANCARIO DOMICILIACIÓN BANCARIA

BANCO/CAJA OFICINA
 CUENTA
 DOMICILIO LOCALIDAD CP

Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la revista **Salud 2000**

Fecha: Firma:



Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública
 C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid (www.fadsp.org). Tel.: 91 333 90 87. Fax: 91 437 75 06

Diego Reverte Cejudo. Jefe del Servicio de Medicina Interna (jubilado). Hospital General de Segovia

El negocio de la sanidad y la «medicalización» de la vida

Es evidente que la salud y la pérdida de la misma han preocupado al hombre desde siempre. Sin embargo, la preocupación por la salud como un problema colectivo es bastante reciente. Durante siglos, los poderosos y ricos tenían sus médicos personales a los que pagaban sus servicios «curativos» de una u otra manera. Los pobres, que eran la inmensa mayoría, dependían de las diversas instituciones de caridad, vinculadas en su mayoría, al menos en nuestro mundo occidental, a la Iglesia. Los médicos, aunque teóricamente sometidos a normas éticas, constituían una «profesión liberal» y dedicaban algo de su tiempo a tareas de beneficencia. Llama la atención comprobar como la *Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano*, promulgada en plena Revolución Francesa, en 1793, sólo dice, respecto a este tema, en su artículo 21:

«Los socorros públicos son una deuda sagrada. La sociedad debe la subsistencia a los ciudadanos desafortunados, bien sea procurándoles trabajo o bien asegurándoles los medios de existencia a los que no están en condiciones de trabajar».

La revolución burguesa ni siquiera contempló el derecho a la salud como algo fundamental, para una sociedad que pretenda ser justa.

Es ya bien avanzado el siglo XIX, en 1881, cuando el famoso «Canciller de Hierro» germano, Otto von Bismarck, artífice de la primera unidad alemana, decide crear un sistema de seguro estatal de enfermedad en su país, de modo que el kaiser Wilhelm I afirma ante el Parlamento de la sólo una década antes unificada Alemania: «Quienes están incapacitados para el trabajo, por edad o por invalidez, exigen, con fundamento, que el Estado les cuide». A partir de ese momento, van surgiendo en los diversos países europeos sistemas de aseguramiento frente a la enfermedad, la vejez,



■ ■ ■ Está claro que detrás de esta «medicalización» de la existencia existe un interés evidente en crear «clientes» para una sanidad que constituye una parte no desdeñable del mercado

etc. Todos ellos tienen en común que sólo tratan de cargar con los gastos derivados de la enfermedad o la invalidez, pero no se ocupan de la organización de un sistema asistencial, ni mucho menos de la promoción de la salud o la prevención de las enfermedades.

Paralelamente a esto, y como bien describe Julian Tudor-Hart en su esclarecedora obra *The Political Economy of Health Care. A clinical perspective*¹, en las, entonces en gran expansión, zonas industriales británicas y muy en concreto en las cuencas mineras del sur de Gales, son los propios trabajadores quienes, en un notable ejercicio de solidaridad, organizan sus programas asistenciales que, en determinados casos, ya implican la contratación directa de médicos y de enfermeras. Estos programas son el embrión del que luego sería Servicio Nacional de Salud británico, que sirvió de modelo a bastantes otros y que mereció la admiración y la sana envidia de los sanitarios progresistas de mediados del siglo XX.

Ya en plena Segunda Guerra Mundial, en 1942, el político británico Sir William Beveridge (1879-1963) redactó el «Beveridge Report», que sentaba las

bases de lo que luego se ha dado en llamar el Estado del bienestar y de lo que, pocos años después, iba a organizarse como Servicio Nacional de Salud. Quizá estimulado por la tragedia de la guerra y sus consecuencias sanitarias, Aneurin Bevan (1897-1960), ministro de Sanidad laborista, puso en marcha en 1948 el mencionado Servicio. Con algunas limitaciones en el ámbito de la Atención Primaria, cuya descripción se sale del objetivo de estas líneas, y la no inclusión en la organización de la Salud Pública, el Servicio, universalmente conocido por sus siglas en inglés, NHS, se convirtió virtualmente en el prestador universal de la asistencia sanitaria, financiado directamente con cargo a los presupuestos estatales, es decir, mediante impuestos.

En ese momento, la Organización de las Naciones Unidas promulgó su Declaración Universal de los Derechos Humanos, cuyo artículo 25 reza:

«1.- Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros, en caso

de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2.- La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social».

Desde estas fechas, es decir mediados del siglo XX, la situación del cumplimiento del, en principio reconocido, derecho a la protección de la salud ha sido muy desigual en los diversos lugares del mundo. En los países del ámbito del socialismo real se pusieron en marcha verdaderos Servicios Nacionales de Salud, donde el Estado organizaba, financiaba y controlaba la asistencia en todas sus facetas. En la Europa occidental persistió en muchas naciones (Alemania, Francia, Holanda, Bélgica, Austria, etc.) el sistema de aseguramiento que podíamos llamar «Sistema Bismarck» en honor a su introductor. Este sistema implica, en términos generales, mantener la Medicina como una profesión liberal, en la que lo médicos cobran unos honorarios, aunque el Estado sea el que, en último término, financie la asistencia, independientemente de que establezca determinados controles sobre el ejercicio de la profesión y sus honorarios y sobre el funcionamiento de las instituciones sanitarias, sean éstas de titularidad pública o privada. Con este sistema, los médicos, al igual que lo venían siendo históricamente desde tiempo inmemorial, funcionan como «empresarios autónomos» que «venden» unos servicios, con la finalidad última de obtener unos beneficios económicos. Aunque parezca heterodoxo y provocador afirmarlo, viven del «negocio» de la Sanidad. Unos pocos países (Reino Unido y nórdicos, principalmente) adoptan el esquema del Servicio Nacional de Salud. Con ambos esquemas, se asegura la cobertura universal. Quedan algunos, como Suiza, donde el aseguramiento casi exclusivamente privado, o al menos no estatal, ha venido siendo la norma. Naturalmente, lo que acabo de describir es un resumen muy generalizador de las situaciones en el que he omitido intencionalmente muchos matices, pues no constituyen el objetivo de este artículo.

Los Estados Unidos de Norteamérica, cuya hegemonía mundial a partir de

la Segunda Guerra Mundial no podemos negar, han continuado básicamente con su sistema de sanidad y aseguramiento privados y la Medicina como profesión liberal, con las limitadas excepciones de organizaciones como la de la Administración de Veteranos y el Medicare, que dan asistencia a grupos de personas de escasos recursos económicos. Esta situación ha llevado a que, en 2003, cuarenta y cinco millones de ciudadanos estadounidenses (un 15,36% del total de 293 millones) carezcan por completo de cobertura sanitaria y un número aún mayor la tengan muy limitada², a pesar de ser, como veremos más adelante, el país que más gasta en el mundo en sanidad, tanto en porcentaje de su PIB como en dólares por habitante al año. Este hecho, junto con la actitud hegemónica de este poderoso país, tiene mucho que ver en la situación hacia la que caminan y a la que, en gran parte, han llegado ya los servicios sanitarios del mundo «globalizado» en que vivimos.

En España, en los años de la posguerra civil, se introdujo el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), dirigido más bien a «reparar» la salud de los trabajadores cuando por accidente o enfermedad no podían seguir siendo productivos y financiado por cotizaciones de los mismos. Con los años, las prestaciones del SOE se fueron ampliando y el mismo constituyó el germen de un servicio nacional de salud. Con la democracia, la Constitución de 1978, en su artículo 43 afirma:

«1.- Se reconoce el derecho a la protección de la salud.

2.- Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio».

La General de Sanidad

La General de Sanidad (nº 14/1986/25 de abril) reza:

«Artículo 1º.

1.- La presente ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones

que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.

2.- Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

3.- Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan». «Artículo 3º.

1.- Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

2.- La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.

3.- La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales».

Está claro que, al menos sobre el papel, la protección de la salud y la asistencia sanitaria son derechos del ciudadano en España. De hecho, hay dos concepciones, a nivel mundial, de la salud y la sanidad: a) Como derecho ciudadano, lo que implica un servicio público, naturalmente sin ánimo de lucro, para proporcionar lo que el ciudadano necesita. b) Como una parte más del mercado, por tanto con ánimo de lucro para, estimulando la competencia y utilizando la oportuna propaganda, «vender» al consumidor lo que demande.

La sanidad concebida como un derecho, no se puede ocupar tan sólo de «vender» a los consumidores remedios para cuando estén enfermos, sino que debe contemplar todas las facetas de lo que se ha dado en llamar sanidad integral: promoción de la salud, prevención de las enfermedades, tratamiento de las mismas –en sus facetas de diagnóstico, tratamiento y paliación– y rehabilitación de las secuelas e integración del afectado a todas las facetas de su vida normal. El Estado está obligado a proporcionar los medios adecuados para llevar a cabo todas estas tareas; sin olvidar, a su vez, que al consumir recursos no se debe olvidar que éstos son siempre limitados y, por

tanto, no se puede pensar sólo en los pacientes que, en cada momento, se tienen delante, sino que hay que pensar en los demás enfermos y potenciales enfermos, o sea en todo el colectivo de ciudadanos. Cuando se olvida esto último, se puede caer en un verdadero despilfarro de recursos que es, de todo punto, inmoral.

En este contexto, hemos de considerar lo que se ha denominado «Medicalización de la vida». Si bien el término «medicalización» no se encuentra en el Diccionario de la Real Academia Española, ni en el Oxford Dictionary, podría considerarse un neologismo necesario, lo que me lleva a utilizarlo en este texto. Entiendo por «medicalizar la vida», tanto el convertir en patológicos procesos o situaciones que son y han sido siempre completamente normales, tales como la menopausia, el envejecimiento, la calvicie androgénica, la baja talla genética o la «anorexia» infantil con niño rollizo, como el pretender resolver, mediante la Medicina, problemas que no son médicos, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales. No se trata de un planteamiento inocente pues, ante un problema derivado de la injusticia social o laboral, la etiqueta de «proceso patológico», como depresión u otra, saca el conflicto de la responsabilidad de los políticos, lo introduce en el campo de los sanitarios y permite que se le apliquen tratamientos farmacológicos que benefician al mercado de la sanidad.

Está claro que detrás de esta «medicalización» de la existencia existe un interés evidente en crear «clientes» para una sanidad que constituye una parte no desdeñable del mercado; en definitiva, lo que podemos denominar «negocio de la salud», en el que la competencia se convierte en la panacea para resolver todos los problemas financieros del sistema sanitario y en el que la propaganda, inductora consciente o inconsciente de necesidades sanitarias subjetivas, juega un papel crucial, como en cualquier otro terreno del mercado.

Los medios de comunicación nos asedian cada día con múltiples reclamos publicitarios que pretenden «vender» al ciudadano, convertido en consumidor, tanto actuaciones médicas («Nuestro método le permitirá perder peso sin dieta, ni fármacos», «Nosotros, con nuestro método, le haremos dejar de fumar sin esfuerzo») como «remedios» farmacológi-

cos («Lea las instrucciones de este medicamento y consulte a su farmacéutico», «Nuestra crema le hará perder diez años»), o bien el beneficio de la moderna tecnología que todo lo puede («El modernísimo aparato, instalado en la clínica X [naturalmente, privada] permite el diagnóstico con total exactitud de...», «Usted debe hacerse una "...grafía" cada año»). En este sentido, no me ha sorprendido lo que se ha publicado recientemente en el *New England Journal of Medicine*, describiendo una empresa que, por internet, con pago mediante tarjeta de crédito, ofrece estudios genéticos para predecir eventuales futuras enfermedades (para las que, naturalmente, no hay todavía remedio), eso sí, garantizando la discreción y, sobre todo, el que los datos no pasarán a la historia clínica del cliente, pues es bien sabido que, en Estados Unidos y quizá en algún otro país, tanto algunas empresas para seleccionar a sus trabajadores como compañías de seguros para seleccionar a sus clientes procuran usar los datos clínicos y, si disponen de ellos, los genéticos de los mismos³.

Pero, con ser importante, esta venta directa al consumidor no es, ni con mucho, el aspecto más «productivo» del mercado de la salud. En la mayor parte de los casos, el paciente o supuesto paciente es un simple consumidor pasivo. Este negocio es peculiar en el sentido de que no es el consumidor quien decide qué debe consumir, sino un agente intermediario que es el médico. Los facultativos son los responsables de que el dinero público destinado a la sanidad se gaste o no de manera racional y equitativa. Merece la pena señalar aquí que esta afirmación, naturalmente válida en cualquier país, es especialmente aplicable al nuestro, donde, no obstante tener uno de los menores gastos sanitarios globales de nuestro entorno, según datos de la OCDE de 2002, gastábamos un 21,5% del mismo en Farmacia, frente a un 13% de media de los países de la OCDE y no parece que la cifra tienda a bajar significativamente.

Los inductores de consumo, es decir, los médicos, si tienen un mínimo de sentido de lo social, han de preguntarse de qué instrumentos disponen para racionalizar el gasto público tanto en el aspecto farmacéutico como en el del uso de la moderna tecnología, cuyo impacto en el gasto total es también considerable. La respuesta, que parece una simpleza, sería:

«Sólo se debe consumir lo que el ciudadano necesita». El método científico aplicado a este tema ha dado lugar a una corriente de pensamiento mal bautizada como «Medicina basada en la evidencia», en una mala traducción literal del inglés, y que en castellano debería haberse llamado «Medicina con base científica». Naturalmente, aunque el término sea relativamente nuevo, el intento de aplicar el método científico a la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas viene de los años treinta y cuarenta del siglo XX, cuando los investigadores británicos, en particular Sir Austin Bradford Hill y Sir Richard Doll, introdujeron el ensayo clínico aleatorio controlado. Otro paso importante fue la creación por Archibald Cochrane de la «Cochrane Co-operation» que, como es bien sabido, revisa con metodología científica y por equipos independientes, los estudios que se publican y pone a disposición de todos los facultativos sus conclusiones. También merecen recordarse el estadounidense Robert Fletcher, introductor de la «Epidemiología Clínica», y el canadiense David L. Sacket, creador del término «Evidence Based Medicine».

Herramientas para practicar un empleo racional de los recursos públicos

Al menos en teoría, disponemos de herramientas para practicar un empleo racional de los recursos públicos. Sin embargo, existen una serie de problemas que dificultan su aplicación:

1. No se estudia todo, en gran parte porque quienes promueven los estudios son las formas farmacéuticas o de tecnología que sólo se interesan por los productos que les pueden resultar económicamente rentables.
2. No se publica todo lo que se investiga pues, a la vista de lo anterior, es fácil imaginar que se oculten los resultados negativos.
3. Con frecuencia, los estudios no son suficientemente amplios, porque se trata de invertir el mínimo dinero posible. Después se recurre a los metaanálisis o agrupación de diversos estudios empleando determinados artilugios estadísticos. Sin negarles su utilidad, estos metaanálisis tienen bastantes inconvenientes, entre los que considero funda-

mental el hecho de que, al no haberse previamente publicado, no se incluyan los estudios con resultado negativo.

4. En muchos casos, los enfermos que se seleccionan para incluirlos en las series de estudio no son una representación adecuada del conjunto de enfermos afectados por el proceso de que se trate, pues entre otras cosas no suelen padecer las comorbilidades que tan frecuentes son, en particular en los pacientes de edad.

5. Un aspecto sutil, pero muy importante es la frecuente tendencia a no analizar los parámetros que verdaderamente tienen transcendencia para los enfermos, relacionados con la mortalidad, la morbilidad y la calidad de vida tras el tratamiento, sino los que se han dado en llamar en inglés «Surrogate End-points», que yo traduciría por «Parámetros sucedáneos». Me refiero a asumir la absoluta correlación entre el parámetro que se mide, por ejemplo la densidad ósea mediante osteodensitometría, y el parámetro que realmente importa, a saber, la probabilidad de tener una fractura de fémur. Se consigue demostrar el beneficio del tratamiento respecto al parámetro que se mide y se asume que es beneficioso para el parámetro que verdaderamente interesa.

6. Es muy raro que se hagan, o al menos que se publiquen, estudios rigurosos que comparen los resultados con un fármaco tradicional, barato y de eficacia y seguridad probadas con los de otro nuevo y caro. Se tiende más bien a comparar el nuevo producto industrial con placebo.

7. Tampoco es inocente la forma en la que, muchas veces, se difunden los estudios. No es nada excepcional recurrir a congresos o reuniones monográficas en los que expertos de renombre presentan con lujo de gráficos los estudios menos rigurosos, incluso antes de que estén concluidos. Los folletos publicitarios que entregan los delegados en sus repetidas visitas y las páginas de propaganda pagada de las revistas profesionales, incluso las más prestigiosas, están llenos de «estudios» cuyo rigor deja muchísimo que desear, como más adelante veremos.

A pesar de todo lo anterior, la industria trata de convencer «científicamente» a los profesionales de la utilidad de sus productos. Voy a poner una serie de ejemplos que considero ilustrativos de nuestra realidad actual.

Ejemplos ilustrativos de la realidad actual

En el terreno de la prevención, quiero señalar dos ejemplos:

En primer lugar, se está lanzando la idea de la utilidad de vacunar a los niños contra la hepatitis A. Los datos epidemiológicos de esta enfermedad son bien conocidos. La prevalencia de infección (no de enfermedad, en el sentido clínico de la palabra) en niños, en nuestro medio, es de alrededor de un 6%. En ningún caso esta infección evoluciona hacia la cronicidad. Sólo alrededor de un 3% de los infectados desarrolla enfermedad clínica. La enfermedad es benigna, autolimitada, tolerable y poco incapacitante en la inmensa mayoría de los casos. El 100% de los infectados desarrolla inmunidad definitiva. La mortalidad hepatitis fulminante es de alrededor de un 0,1%, o sea de 0,18/10⁵ infectados, salvo en los casos con una hepatopatía crónica o infección por VIH o por virus de hepatitis C previas, en que el riesgo es mayor. La vacuna protege a alrededor del 95% de los que la reciben, es decir evitaría 0,17 muertes por cada cien mil vacunados y cuesta 39€ por persona. En resumen, para evitar una muerte y quizá el padecimiento de una enfermedad soportable en muchas más personas, habría que aplicar 584.795 vacunas, con un gasto sólo en el producto de 22.807.005 €. ¿Tiene sentido?

En segundo lugar, se está recomendando en España la vacunación antineumocócica a varios colectivos, entre ellos los mayores de 65 años sanos. Existe una revisión sistemática Cochrane de 2006, por parte de Dear K, Holden J, Andrews R y Tatham D en la que se analizan los estudios aleatorios al azar sobre la eficacia de la vacuna antineumocócica respecto a varias situaciones clínicas. En lo que concierne a la probabilidad de padecer neumonía, en general, encuentran 14 estudios que reúnen a 75.008 pacientes. Respecto a la probabilidad de padecer bronquitis encuentran 6 estudios, con un total de 27.321 casos. En lo que se refiere a la mortalidad hallan 11 estudios, con 72.404 pacientes. Que analicen la mortalidad por neumonía, han encontrado 8 estudios, con 43.746 enfermos. Por último, dos estudios con un total de 150 casos analizaban la mortalidad por infección neumocócica. En ningún caso se

demostraba una diferencia significativa entre vacunados y no vacunados en los parámetros estudiados. Señalan los autores que otros estudios no aleatorios «sugieren» que la vacuna es efectiva en disminuir el riesgo de padecer neumonía y la mortalidad en personas de 55 años en adelante y que sería necesario vacunar a 20.000 personas para evitar una neumonía y a 50.000 para evitar una muerte. Como quiera que la población de 65 años en adelante en España asciende a 7.332.267 personas y cada vacuna cuesta 15,15 €, siguiendo esta recomendación, se van a gastar 111.083.845 €. Evitar quizá una neumonía va a costar 303.000 € y una eventual muerte 757.500 €.

Los dos ejemplos descritos evidencian que no sólo los facultativos que prescriben son responsables del despilfarro sanitario, sino que las autoridades sanitarias deberían analizar más a fondo los datos de que disponemos en la literatura médica antes de lanzar campañas y redactar protocolos de actuación.

En el terreno de las técnicas diagnósticas, quizá mis más de cuarenta años de actividad médica me han llevado a pensar en un problema relativamente frecuente: la detección por métodos incruentos de adenopatías mediastínicas. En mis años de residente, disponíamos de dos técnicas: la radiografía simple de tórax y la tomografía. Esta última técnica era un procedimiento ingenioso que mediante el desplazamiento en sentido opuesto de tubo de rayos X y de la placa permitía obtener imágenes de los diversos planos, como si se tratase de cortes frontales, laterales, etc. Se trataba de un proceder barato y, aunque no existan datos sobre su sensibilidad y especificidad, permitía el diagnóstico en un buen porcentaje elevado de casos. Poco a poco fuimos asistiendo a la desaparición de los tomógrafos de nuestros centros. Cuando hacíamos preguntas sobre el porqué de esta desaparición, se nos contestaba que eran técnicas obsoletas. Hoy en día se practican sistemáticamente tomografías axiales computarizadas (TAC) para el diagnóstico de las adenopatías mediastínicas. Se trata de un proceder mucho más caro. He buscado, por todos los medios a mi alcance, algún estudio comparativo que justifique este cambio. No he encontrado ninguno.

En el ámbito terapéutico, los ejemplos son muy abundantes, pero me limitaré a algunos por los que, por diversos motivos, me he interesado en los últimos tiempos. Desde los años sesenta del siglo XX, concretamente desde 1967 en España, la furosemida ha venido siendo el diurético de asa de referencia. Su introducción supuso una verdadera revolución del tratamiento diurético. Hace mucho menos, con gran aparato propagandístico, se introdujo la torasemida. Desde el principio, cuestioné sus ventajas sobre la vieja furosemida. Busqué estudios comparativos entre ambos fármacos, entendiendo que dicha comparación debía ser fundamental antes de introducir la segunda. Encontré trece estudios que podían considerarse ensayos clínicos, referidos a tres situaciones en las que tienen utilidad fundamental los diuréticos de asa: insuficiencia cardiaca, cirrosis hepática con ascitis e insuficiencia renal crónica avanzada. En las tablas siguientes voy a resumir lo que observé analizando los estudios:

Estudio número	Doble a ciegas	Número de enfermos	Tiempo de seguimiento	Parámetros valorados	Resultado para Torasemida	Observaciones
INSUFICIENCIA CARDIACA						
1 ⁴	No	237	9 meses	Eficacia clínica que no definen. Calidad de vida	+	
2 ⁵	No	234	12 meses	Reingresos. Días de hospitalización	=	
3 ⁶	No	193	12 meses	Reingresos	+	Sólo en coste total
4 ⁷	Sí	13	3 días	Diuresis. Farmacocinética	+	
CIRROSIS HEPÁTICA CON ASCITIS						
5 ⁸	No	46	Largo plazo ¿?	Pérdida de peso. Disminución ascitis. Complicaciones	=	
6 ⁹	No	20	¿?	Parámetros Bioquímicos. Natriuresis	=	
7 ¹⁰	Sí	28	70 días	Natriuresis. Kaliuresis, etc.	=	
8 ¹¹	Sí	14	2 días	Diuresis. Natriuresis. Kaliuresis	=	
9 ¹²	No	7	8 días	Diuresis. Natriuresis	=	
10 ¹³	Sí	10	3 días	Diuresis. Natriuresis. Pérdida de peso	=	
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA						
11 ¹⁴	Sí	14	3 semanas	Natriuresis.T.A. de 24 horas	=	
12 ¹⁵	Sí	19	2 semanas	Diuresis. Natriuresis	=	
13 ¹⁶	No	90	1 día	Natriuresis	=	

Con estas bases, cuando hice esta revisión hace unos dos años, la torasemida se estaba utilizando ya hacía tiempo como diurético de asa de elección por muchos facultativos. Es posible que después se hayan publicado estudios más convincentes sobre sus ventajas, aunque lo dudo. Por otra parte, la furosemida lleva

usándose desde los años sesenta y, por lo tanto, sus efectos colaterales deletéreos serios son bien conocidos y se sabe que son escasos lo que, lógicamente, no puede suceder en el mismo grado con la torasemida. Un tratamiento habitual con 40 mg oral al día de furosemida cuesta 36,5 € al año, otro con 10 mg. al día de torasemida (dosis equivalente) cuesta 182,5 € al año. Si se tiene en cuenta el elevado número de pacientes que, por uno u otro motivo, requieren tratamientos prolongados con este tipo de diuréticos, la diferencia no es desdeñable.

Naturalmente, este no es el único caso de introducción de un nuevo fármaco o grupo de fármacos más costosos sin que se haya demostrado científicamente su clara superioridad terapéutica sobre otro u otros ya existentes y menos costosos.

EPISODIOS EVITADOS POR CADA 1.000 PACIENTES TRATADOS				
	IECAs	β-Bloq.	Antag. aldosterona	ARA IIs
Muertes	45	36	113	29
Hospitalizaciones por Insuf. Card	96	46	95	60
Muertes u hospitalizaciones por Insuf. Card.	100	63	-	48

un 10% de los enfermos tratados con este grupo de medicamentos. Posteriormente, se introdujeron los bloqueadores de los receptores tipo II de la angiotensina (ARA IIs) que carecen de ese relativamente infrecuente efecto colateral. En los escasos estudios comparativos no parece que tengan otra ventaja. En el caso de la insuficiencia cardiaca, en 2005, un grupo de expertos de varios países revisaron los datos existentes en la literatura sobre los grupos de fármacos cuya utilidad en esta situación se acepta en general: IECAs, β-bloqueantes, ARA IIs y antagonistas de la aldosterona¹⁷. Analizan el número de cada uno de los siguientes eventos: muerte, ingresos hospitalarios por insuficiencia cardiaca o cualquiera de los dos, que se evitan por cada 1.000 enfermos tratados. La tabla siguiente resume sus hallazgos:

Las cifras muestran que los fármacos más antiguos y también más baratos son superiores a los ARA IIs. Centrándonos en los ARA IIs y los IECAs, cuyos mecanismos de acción son similares, por lo que no es muy probable que exista un efecto sinérgico, un tratamiento con enalapril oral, 20 mg al día (genérico), cuesta 69,35 €/año frente a 335,80 €/año de uno con 50 mg al día (dosis equivalente) de losartán (Cozaar®). En principio, sólo uno de cada diez tratados con enalapril debería cambiar a losartán por tos insoponible.

Un estudio reciente¹⁸ se ha planteado el tratamiento heparínico de la trombosis venosa profunda (TVP) aguda, entidad bastante frecuente en la práctica hospitalaria. En la década de los sesenta del siglo pasado, el tratamiento convencional inicial de la TVP lo hacíamos con bolos de heparina sódica no fraccionada (HNF), pues no existía otra, intravenosa, cada cuatro o seis horas, con controles de tiempo de coagulación. Posteriormente se pasó a tratar con perfusión intravenosa de HNF también con controles. En los años setenta se introdujo la profilaxis mediante HNF cálcica o sódica subcutánea. A mediados de los años ochenta se empe-

zaron a introducir las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) subcutáneas para la profilaxis y posteriormente para el tratamiento. Los médicos estábamos dogmáticamente convencidos de la superioridad de estas nuevas heparinas que nos parecían un gran avance por no requerir control de laboratorio y, por tanto, permitir incluso tratamientos domiciliarios. El estudio a que me refiero es aleatorio, aunque no doble a ciegas, si bien, al analizar parámetros tan poco subjetivos como las recidivas o el sangrado, este defecto no sea tan importante. Tratan, al azar, a 708 pacientes con TVP aguda, bien con HNF sódica subcutánea, sin control de laboratorio (tiempo parcial de tromboplastina), a la dosis de 333 U/kg iniciales, seguidas de 250 U/kg cada 12 horas, o bien con HBPM (dalteparina o enoxaparina) también subcutánea y sin control, a la dosis de 100 U/kg cada 12 horas. Mantienen el tratamiento hasta que la anticoagulación oral alcanza los niveles adecuados. Analizan los episodios de sangrado en los diez días iniciales de tratamiento y las recidivas de TVP en los tres meses totales de tratamiento. No encuentran diferencias significativas. El tiempo medio de tratamiento heparínico hasta tener un grado efectivo de anticoagulación oral fue de seis días. El coste con HNF durante seis días es de 37 dólares EEUU (alrededor de 29 €) y con HBPM de 712 dólares (alrededor de 565 €). Es evidente que probablemente merece la pena llevar a cabo más estudios como éste. ¿Permitirán que se lleven a cabo y que se publiquen los fabricantes de HBPM?

Situaciones similares, que no voy a describir para no hacer este texto excesivamente largo, se plantean en el caso del doflazcort frente a la prednisona en tratamientos esteroideos, la eritromicina frente a los nuevos macrólidos en muchas infecciones o la aspirina versus el clopidogrel en los tratamientos antiagregantes. Las diferencias de coste son enormes y, dado que son medicaciones frecuentes, suponen un gasto desproporcionado no justificado científicamente que muy probablemente sólo beneficia a la industria farmacéutica.

Los inductores de consumo, es decir, los médicos, si tienen un mínimo de sentido de lo social, han de preguntarse de qué instrumentos disponen para racionalizar el gasto público

La industria farmacéutica, multinacionales...

Algunos datos encontrados en la literatura y ciertos hechos observados en mi ejercicio profesional me han, hasta cierto punto, llamado la atención al demostrar que se usa poco el rigor científico en este terreno. En 1995, el editor ejecutivo de la revista médica holandesa *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, equivalente al *British Medical Journal* en ese país, junto con una residente, revisaron la proporción de ensayos clínicos aleatorios respecto al número total de artículos publicados en su revista a lo largo de 45 años¹⁹. De un total de 6.820 artículos publicados, sólo 89 (1,3%) eran ensayos clínicos aleatorios, si bien la proporción había aumentado en los últimos años analizados. Es evidente que la investigación que más trascendencia tiene para llevar a cabo un uso racional de recursos no es prioritaria ni siquiera en una revista general como la aludida.

En 1997, la firma multinacional Merck, Sharp & Dohme nos sorprende entregándonos como regalo la traducción al castellano del libro *Medicina Basada en la Evidencia**. *Cómo ejercer y enseñar la MBE* de David L Sackett y sus colaboradores. Aparentemente, se trataba de una invitación a practicar un ejercicio racional de la profesión y de la terapéutica, mediante una herramienta de prestigio, pero mi suspicacia fue grande. Unos meses más tarde, en conversación privada con Vicente Ortún, este lúcido economista de la salud me desveló el misterio del regalo: «Sólo Merck, Sharp & Dohme y unos pocos más pueden promover y pagar estudios que tengan, al menos en apariencia, verdadero rigor científico y, naturalmente, les interesen a ellos». En definitiva, algo tan aséptico como el método científico aplicado al uso racional de fármacos y tecnología médica puede fácilmente convertirse en un instrumento más al servicio de los intereses de la industria.

La FDA (Administración para alimentos y fármacos de Estado Unidos) es la responsable del registro de nuevos medicamentos en ese país, con la consiguiente repercusión en el resto del mundo. Tradicionalmente era un organismo prestigioso y respetado. La noticia de que un consejero de la FDA, nombrado por el presidente Bush, invitó a compañías farmacéuticas a que le informasen de los potenciales procedimientos legales contra ellas, para ayudarles en su defensa y que, de hecho, ya ha defendido a cuatro grandes firmas²⁰, le lleva a uno a preguntarse: ¿Quién controla a los controladores en este mundo de meros intereses empresariales?

En un estudio llevado a cabo en el mismo país²¹, se demuestra que la mortalidad en los centros de diálisis con ánimo de lucro era de 21,2/100 personas/año, frente a 17,1 en los sin ánimo de lucro. Es evidente que el afán de obtener beneficios económicos puede influir negativamente en el pronóstico de los pacientes.

En repetidas ocasiones, la prensa no profesional de nuestro país ha denunciado el excesivo número de cesáreas que se llevan a cabo, en especial en los centros privados. Recientemente, la Sociedad Andaluza de Obstetricia y Ginecología ha ofrecido datos interesantes²², según muestra la siguiente tabla:

CESÁREAS SEGÚN CENTROS EN ESPAÑA

Cifra ideal	15%
Media global de 2003	26%
Hospitales públicos de Madrid (2004)	21,2%
Hospitales privados de Madrid (2004)	33,66%
■ Privados sin ánimo de lucro	29,4%
■ Privados con ánimo de lucro	33,6%
Coste de un parto normal	963,00 €
Coste de una cesárea	2.148,00 €

La proporción de cesáreas es un criterio de calidad de asistencia obstétrica. No cabe duda de que, a pesar de los avances actuales, una cesárea no necesaria aumenta el riesgo para la madre. Sin embargo, para los responsables obstétricos

* Creo, una vez más, que debería decirse en castellano «Medicina con base científica», pues «evidencia», según el Diccionario de la Real Academia Española, es «certeza clara y manifiesta de la que no se puede dudar», lo que no corresponde a lo que se ha demostrado científicamente.

tiene la ventaja de que se puede programar para que no suceda en una hora o un día de la semana incómodos. Para los gerentes de los centros privados suponen un aumento de sus ingresos.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son medicamentos de empleo muy frecuente y es bien sabido que pueden tener efectos colaterales no deseados, a diversos niveles, como el renal y, sobre todo, el gástrico. Hace unos años, la industria farmacéutica lanzó el mensaje de que la introducción de una nueva familia de fármacos, los inhibidores selectivos de los receptores tipo 2 de la ciclooxigenasa, era la respuesta al problema de los problemas gástricos de los AINEs. En esa línea, se publicó en el año 2000, en la prestigiosa revista *JAMA*, el estudio llamado «CLASS»²³. Este estudio, que tuvo gran difusión, se había hecho sobre 8.058 enfermos, seguidos durante seis meses y comparaba el celecoxib con dos AINEs clásicos. Señalaban que los enfermos tratados con el primer fármaco tenían problemas gástricos en un 0,76%, frente a un 1,45% de los tratados con cualquiera de los otros dos medicamentos, con una diferencia significativa. Era el argumento para recomendar el amplio uso de celecoxib. Sin embargo, en 2002, tres autores europeos, un británico, un holandés y un suizo²⁴, tras acceder al protocolo de investigación que inicialmente habían presentado los autores del CLASS, encuentran algunos hechos llamativos: en primer lugar, el estudio estaba previsto que durase un año, pero se publicaron los resultados a los seis meses porque al año no eran significativos; en segundo lugar, iban a analizarse sólo las complicaciones gástricas de importancia, pero se incluyeron todas las molestias, incluso las banales, porque, respecto a las primeras, no había diferencias significativas. Señalan estos autores críticos que se habían reparado 30.000 separatas del estudio CLASS y se había citado 168 veces en otros artículos. Cabe añadir que el coste de un tratamiento con celecoxib es de 1,35 €/día, frente a 0,18 € con diclofenaco o 0,28 € con ibuprofeno, que son los dos fármacos usados para comparar en el estudio CLASS. Posteriormente se han publicado una serie de problemas adicionales con estos nuevos antiinflamatorios.

La desmedida avaricia de la industria no respeta ni siquiera a organismos tan respetados como la Colaboración Coch-

rane. En una reunión de la misma en Barcelona en 2003, se plantearon prohibir o poner condiciones al patrocinio de la industria, pues determinadas firmas pretendían financiar sólo los estudios cuando las conclusiones fueran favorables a sus preparados²⁵.

La suspicacia de la industria farmacéutica hacia la Colaboración Cochrane y su interés por controlarla no puede sorprendernos. Recientemente, autores daneses adscritos al Nordic Cochrane Center²⁶ publican una interesante revisión sistemática. Buscan revisiones sistemáticas Cochrane que impliquen metaanálisis y que comparen dos fármacos y otros metaanálisis no Cochrane que comparen los mismos fármacos y se hayan publicado en el mismo periodo de dos años. Estudian 24 parejas de artículos que reúnen esas características. De los 24 estudios no provenientes de la Colaboración Cochrane, ocho estaban patrocinados por la industria, en nueve no constaba quién los patrocinaba y siete o carecían de patrocinio o los habían llevado a cabo entidades sin ánimo de lucro. Aplicando un tanteo de calidad preestablecido para los estudios, resultó que los 24 de la Colaboración Cochrane tienen un tanteo mediano de 7, frente a 3 de los otros 24. Siete de las ocho revisiones patrocinadas por la industria concluían recomendando el fármaco experimental sin reservas, lo que no sucedía en el caso de ninguna de las revisiones Cochrane. Las revisiones sin patrocinio declarado, carentes del mismo o patrocinadas por entidades sin ánimo de lucro eran similares en sus conclusiones respecto a las reservas que expresaban que las Cochrane. Obviamente, los autores recomiendan «que las conclusiones de las revisiones patrocinadas por la industria se lean con reservas pues, en su estudio, eran menos transparentes, tenían menos reservas respecto a las limitaciones metodológicas de los ensayos que incluían y llegaban a conclusiones más favorables que las correspondientes revisiones Cochrane».

Esta serie de hallazgos en la bibliografía, en fuentes, por otra parte, nada sospechosas de radicalismo, estoy seguro de que no son más que una pequeña muestra de las muchas sorpresas que puede uno llevarse si revisa la solidez y seriedad de muchos estudios utilizados para promover el empleo de nuevos medicamentos y de nuevas tecnologías.

Concluiré esta parte de mi texto citando una afirmación de Richard Smith, ex editor del *British Medical Journal*, en 2005²⁷: «Las revistas médicas no son más que una prolongación de la rama “comercial” de las empresas farmacéuticas porque una gran proporción de sus ingresos proviene de sus anuncios y de las separatas de ensayos financiados por las mismas».

Es digna de mencionarse la preocupación por parte de la industria farmacéutica por introducir en el mercado cada vez más fármacos, haciendo ver que constituyen novedades terapéuticas y poner en marcha costosas campañas propagandísticas para venderlos. Según datos del Consumers' International y del Colegio de Farmacéuticos de Madrid, en 2005 se introdujeron en España 341 nuevos medicamentos frente a poco más de 150 en 1997. Lo más notable es que sólo 32 de los 341 (9%) podían considerarse innovadores en algún aspecto, frente a 309 (91%) que no aportaban ninguna ventaja sobre los preexistentes. Junto a este dato, se observa que 13 de 14 firmas farmacéuticas implantadas en España gastaron en 2004 más de un 30% de lo que obtuvieron por ventas en «mercado-tecnia y administración», y en tres de ellas la proporción sobrepasaba el 40%. En la misma fuente se mencionan las siguientes proporciones de malas prácticas comerciales en la publicidad de medicamentos entre 2002 y 2005.

PROPORCIONES DE MALAS PRÁCTICAS COMERCIALES EN LA PUBLICIDAD DE MEDICAMENTOS ENTRE 2002 Y 2005

Información intencionadamente errónea	36,3%
Propiedades del medicamento no probadas	12,4%
Propiedades de sus productos «exageradas»	6,3%
Promoción incorrecta	6,3%
Falsas comparaciones con otros medicamentos	5,8%
Promoción para usos no indicados	5,8%
Críticas a la competencia	2,8%
Información inadecuada sobre prescripción	2,6%
Gráficos intencionadamente erróneos	2,3%
Comportamiento «poco ético» de los representantes	2,0%
Otras malas prácticas	17,4%

En otro interesante estudio, varios autores valencianos²⁸ analizan el rigor de los anuncios publicados en seis revistas médicas españolas: *Atención Primaria*, *Formación Médica Continuada*, *Jano*, *Medicina Clínica*, *Hipertensión* y *Revista Española de Cardiología*, en

1997, fijándose en las páginas de propaganda de hipotensores e hipolipemiantes. Encontraron 264 anuncios, que ocuparon en el año 786 páginas, de los primeros y 23 anuncios, que ocuparon 168 páginas, de los segundos, en total 287 anuncios. De estos 287 anuncios, sólo 38 tenían referencias bibliográficas (13,2%), En el conjunto, se hacían 125 afirmaciones con sus respectivas referencias. Al buscar estas 125 referencias, 23 no se encontraron en absoluto, 12 eran monografías y 11 eran datos de archivos del fabricante, de modo que sólo en 102 de las afirmaciones se encontraron citas que pudiesen analizarse.

Los medios de comunicación y el «fenómeno de ventas»

Recientemente, la gripe aviar se ha convertido en una preocupación de la población mundial y, por ende, de los gobiernos, ante la posibilidad de que el virus responsable, el H5N1, sufra una mutación que permita su transmisión entre seres humanos y provoque una catastrófica pandemia. Quizá merezca la pena analizar los hechos reales que conocemos sobre esta infección animal y las medidas tomadas en el mundo. En los primeros nueve años transcurridos desde que surgió la infección aviar, ésta sólo ha provocado 11 muertes al año, lo que hace pensar que, al menos de momento, no parece una pandemia más destructiva que las presuntas armas de Sadam Hussein. El fármaco al que se ha «otorgado» la misión de frenar esta pandemia, el Tamiflu®, no ha podido probar su eficacia ante una eventual infección humana por el H5N1 y, dada la escasez de casos, es poco probable que se puedan llevar a cabo estudios prospectivos, aleatorios, con suficiente número de pacientes, para comprobar su utilidad. En el año 2004, las ventas de este medicamento proporcionaron unos ingresos de 254 millones de dólares, mientras que en 2005, como consecuencia, en gran parte de las compras masivas por parte de muchos es-

Bibliografía

- Tudor-Hart J: «The Political Economy of Health Care. A clinical perspective». Bristol: The Policy Press, 2006.
- Committee on the consequences of uninsurance. Board on Health Care Services, Institute of Medicine of the National Academies. Hidden costs, value lost: Uninsurance in America. Washington DF, National Academies Press, 2003.
- Wolfberg AJ: «Genes on the web - Direct-to Consumer Marketing of Genetic Testing». *N Eng J Med* 2006; 355: 543-5.

tados, los ingresos ascendieron a 1.000 millones de dólares. Hasta 1996, la patente del producto estaba en manos de la firma Gilead Science, de la que Donald Rumsfeld (secretario de Defensa del Gobierno de George W. Bush) es el principal accionista. En 1996, se vende la patente a Roche. En 2005, Gilead Science «negocia con éxito» la devolución de dicha patente y además recibe 80 millones de dólares de Roche. Los medios de comunicación difunden insistentemente los casos que se van produciendo en cada momento de infección animal²⁹.

Como ejemplo de las formas que pueden emplear las firmas farmacéuticas para «convencer» a los médicos de la eficacia indudable de sus productos e inducirles a prescribirlos, merece la pena leer con atención la excursión a Oriente, con toda clase de lujos, como en un cuento de «Las Mil y Una Noches», que una de estas firmas regaló a un grupo de médicos griegos y que dos de ellos describen con irónico realismo³⁰.

Reflexiones finales

Ante esta situación, hay algunas reflexiones que quiero hacer para que quienes desean ejercer la Medicina como un servicio público y no olvidar que los médicos, cada vez que con nuestro bolígrafo tomamos la decisión de cumplimentar una receta o de solicitar una prueba para el diagnóstico de un paciente, estamos provocando un gasto de fondos públicos, de fondos que son de todos los ciudadanos, a quienes nos debemos y que son quienes, en definitiva, nos pagan nuestros sueldos. No vale decir que «ante un determinado paciente hay que hacer todo», sino que hay que añadir: «todo aquello que pueda aportar algo para mejorar su salud» y para actuar en consecuencia:

- El médico debe dar a su paciente todo lo que necesita, no todo lo que quiere consumir.
- No debemos olvidar los intereses de la sociedad en su conjunto.

3. Es imprescindible tener y mantener una buena formación general y no olvidar la Epidemiología Clínica y sus bases científicas que nos permitan separar «el grano de la paja».

4. La «globalización» a la que estamos siendo sometidos pretende, entre otros fines injustificables, convertir la atención sanitaria en un mercado, en lugar de que sea un verdadero servicio público.

5. La industria farmacéutica que, junto a la armamentística, es la más rentable en nuestro mundo actual, sólo se preocupa por su beneficio económico.

6. La literatura médica no es en absoluto inocente ni neutral, sino que se pliega, para poder sobrevivir, a las enormes presiones de las firmas farmacéuticas y de tecnología.

7. Antes de decidir prescribir un nuevo medicamento o proponer una nueva exploración, hemos de hacer una análisis muy crítico y minucioso de las publicaciones, desconfiando de las que están patrocinadas por la industria.

8. No olvidar que «nuevo y caro» no equivale a «eficaz, necesario y seguro».

9. Tener siempre presente el refrán español: «Más vale “malo” conocido que “bueno” por conocer».

10. Por parte de la Administración sanitaria, lógicamente preocupada por el descontrolado gasto en Farmacia y, algo menos, en tecnología, sería preciso un mucho mayor rigor en el registro de nuevos medicamentos y, sobre todo, en la toma de decisiones sobre su financiación con fondos públicos. Deberían analizarse muy meticulosamente los intereses de los presuntos «expertos» que tratan de marcar, y de hecho marcan, las pautas terapéuticas y redactan y publican guías o documentos similares para «orientar» a los facultativos prescriptores. No es excepcional que los fármacos recomendados como de primera línea para muchos procesos patológicos en ese tipo de documentos sean los más caros y novedosos, «olvidándose» de los clásicos. ■

4 Muller K Gamba G, Jaquet F, Hess B: «Torasemide vs. furosemide in primary care patients with chronic heart failure NYHA II to IV—efficacy and quality of life». *Eur J Heart Fail* 2003; 5: 793-801

5 Murray MD Deer MM, Ferguson JA et al.: «Open-label randomized tri-Bloqueantes, al of torsemide compared with furosemide therapy for patients with heart failure». *Am J Med* 2001; 111: 577.

6 Stroupe KT Forthofer MM, Brater DC, Murray MD.: «Healthcare costs of patients with heart failure treated with torasemide or furosemide.» *Pharmacoeconomics* 2000; 17: 429-40.

- 7 Scheen AJ, Vancrombreucq JC, Delarge J, Luyckx AS.: «Diuretic activity of torasemide and furosemide in chronic heart failure: a comparative double blind cross-over study». Eur J Clin Pharma 1986; 31 Suppl.: 35-42.
- 8 Abecasis R, Guevara M, Miguez C, Cobas S, Terg R.: «Long-term efficacy of torasemide compared with furosemide in cirrhotic patients with ascites.» Scand J Gastroenterol 2001; 36(3): 309-13.
- 9 Marelli A, Bodini P, Reggiani A, Quinzani M, Dizioli P, Tonghini L.: «Comparison between torasemide and furosemide in the treatment of ascites in cirrhotic patients». Minerva Medica 1997; 88(3): 109-115.
- 10 Fiaccadori F, Pedretti G, Pasetti G, Pizzaferrì P, Elia G.: «Torasemide versus furosemide in cirrhosis: a long-term, double-blind, randomized clinical study.» Clin Investig 1993; 71(7): 579-84.
- 11 Gerbes QL, Bertheau-Reitha U, Falkner C, Jungst D, Paumgartner G.: «Advantages of the new loop diuretic torasemide over furosemide in patients with cirrhosis and ascites. A randomized, double blind cross-over trial.» J Hepatol 1993; 17(3): 353-8.
- 12 Gentilini P, Laffi G, La Villa G, et al.: «Torasemide in the treatment of patients with cirrhosis and ascites.» Cardiovasc Drugs Ther 1993; 7 Suppl. 1: 81-5.
- 13 Laffi G, Marra F, Buzzelli G, et al.: «Comparison of the effects of torasemide and furosemide in nonazotemic cirrhotic patients with ascites: a randomized, double-blind study.» Hepatology 1991; 13(6): 1101-5.
- 14 Vasavada N, Saha C, Agarwal R.: «A double-blind randomized crossover trial of two loop diuretics in chronic kidney disease.» Kidney Int 2003; 64(2): 632-40.
- 15 Kult J, Hacker W, Clock.: «Comparison of efficacy and tolerance of different oral doses of torasemide and furosemide in patients with advanced chronic renal failure.» Arzneimittelforschung 1988; 38 (1A): 212-14.
- 16 Klutsch K, Grosswendt J, Haecker W.: «Single dose comparison of torasemide and furosemide in patients with advanced renal failure.» Arzneimittelforschung 1988; 38 (1A): 202-4.
- 17 MacMurray J, Cohen-Solala A, Dietz R et al.: «Practical recommendations for the use of ACE inhibitors, beta-blockers, aldosterone antagonists and angiotensin receptors blockers in heart failure. Putting guidelines into practice.» Eur J Heart Fail 2005; 7: 710-21.
- 18 Kearon C, Ginsberg JS, Julian JA et al. Comparison of fixed-dose weight-adjusted unfractionated heparin and low-molecular-weight heparin for acute treatment of venous thromboembolism». JAMA 2006; 296: 935-42.
- 19 van der Wijden CL, Overbeke JA: «Audit of reports of randomised clinical trials published in one journal over 45 years». Brit Med J 1995; 311:918.
- 20 Lenzer J: «FDA's counsel accused of being too close to drug industry». Brit Med J 2004; 329: 189.
- 21 Pushkal P, Garg MD, Kevin D et al.: «Effect of the ownership of dialysis facilities on patients survival and referral for transplantation». N. Engl J Med 1999; 341: 1653-60.
- 22 Página web de la Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia, 30.07.2006.
- 23 Silverstein FE, Faich G, Goldstein JL, Simon LS, Pincus T, Whelton A, et al. «Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs. nonsteroidal antiinflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis: the CLASS study: a randomized controlled trial. Celecoxib Long-term Arthritis Safety Study». JAMA 2000; 284: 1247-55.
- 24 Jüni P, Rutjes AWS, Dieppe PA: «Are selective COX 2 inhibitors superior to traditional non steroidal anti-inflammatory drugs?». Brit Med J 2002; 324: 1287-8.
- 25 Mohyniham R: «Cochrane plans to allay fears over industry influence». Brit. Med. J. 2003; 327: 1005.
- 26 Jørgensen W, Hilden J, Gøtzsche PC: «Cochrane reviews compared with industry supported meta-analyses and other meta-analyses of the same drugs: systematic review». Brit Med J 2006; 333:782-6.
- 27 Kmietowicz Z: «Medical journals are corrupted by dependence on drug companies». Brit Med J, 2005; 330: 1169.
- 28 Villanueva P, Peiró S, Librero J, Pereiró I: «Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals». Lancet 2003; 367: 27-37.
- 29 José Antonio Campoy: http://www.pmfarma.com/noticias/noticias_oti.?ref=5678
- 30 Giannakakis IA, Ioanidis JPA: «Arabian nights-1001 tales of how pharmaceutical companies cater to the material needs of doctors: case report». Brit Med J 2000; 321: 1563-64

Gabriel Gómez García*, **Manuel Marín López*** y **Enrique Peña Gómez****
*Enfermero Comunitario de Familia **Enfermero Comunitario de Enlace

Evolución de la Cartera de Servicios de Atención Primaria y sus repercusiones en Andalucía. El caso del Centro de Salud de Maracena (Granada)



En el Sistema Nacional de Salud (SNS), a raíz de los cambios efectuados en la política sanitaria desde los años 90, la externalización de servicios hospitalarios hacia Atención Primaria en Andalucía se ha ido incrementando de forma constante. Este aumento se ha visto reflejado de manera significativa en la Cartera de Servicios del Primer Nivel de la Atención Sanitaria. Aumento que, sin embargo, no se ha acompañado de un incremento de los recursos materiales y humanos necesarios.

En este trabajo, el concepto de externalización no se utiliza en el sentido tradicional del término—subcontratación de servicios de una empresa a otra, o mediante concertación para realizar los mismos—. Definimos la externalización, en nuestro caso, como aquellos servicios que se venían realizando en el hospital y que en un momento dado se desvían para ser prestados en los centros de Atención Primaria a través de acuerdos y objetivos recogidos mediante un contrato. Es decir, tiene lugar dentro de la propia empresa.

Así pues, con la perspectiva de enfermeros del sector, pero también como usuarios, nos preguntamos dónde nos llevan estos cambios. No sólo porque no nos gustan, sino porque sospechamos que las corrientes que los inspiran, lejos de ser sensibles para mejorar el Sistema Sanitario Público, perpetúan las posturas actuales. Y ello, a pesar de que hay evidencias del crecimiento de las desigualdades entre comunidades autónomas y por tanto falta de equidad^{1,2}.

Buscamos qué hacer y cómo actuar para modificar su dirección. Coincidimos con asociaciones científicas, como la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC), la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP), La Plataforma 10 Minutos y de otros colectivos y de los profesionales, en denunciar la situación sanitaria actual. Resaltar sus deficiencias para buscar alternativas de un Sistema de Salud Público, que se tiene entre los mejores de Europa, pero que entendemos es susceptible de cambiar y mejorar en muchos aspectos.

El objetivo de este trabajo es comparar el fuerte incremento que ha sufrido la Cartera de Servicios de Atención Primaria en Andalucía con el exiguo avance que ha tenido el gasto sanitario en España y Andalucía. Se pone como ejemplo la situación del Centro de salud de Maracena (Granada), para el que se compara tam-

bién la evolución de la plantilla de profesionales.

Método

Hemos revisado la bibliografía editada por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, retrocediendo hasta las ediciones de los Contratos Programa y la Cartera de Servicios del año 1999 y en adelante hasta el año 2006. Encontramos estos servicios articulados en los Programas de Salud donde se incluyen criterios y definiciones como: población diana, indicadores de cobertura y de seguimiento, estándares de calidad y otras especificaciones de los sistemas de información y registro. Hemos revisado la incorporación de nuevos servicios por año, las novedades que han supuesto, y las consideraciones argumentadas como justificación desde los Servicios Centrales.

ADSP

Asociación
para la Defensa de
la Sanidad Pública

Solicitud de admisión

NOMBRE Y APELLIDOS

DOMICILIO

LOCALIDAD CP

TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

PROFESIÓN/CATEGORÍA DNI

CENTRO DE TRABAJO TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

Cuotas: 43 euros semestrales para los socios con trabajo y 48 euros anuales para los socios que se encuentren en situación de paro.

BANCO/CAJA OFICINA

CUENTA

DOMICILIO LOCALIDAD CP

Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la **Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública**

Fecha: Firma:

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid (www.fadsp.org). Tel.: 91 333 90 87. Fax: 91 437 75 06 (ver direcciones en la página 31)

Resultados

Carta de Servicios de Atención Primaria en Andalucía, 1999-2006
La Carta de Servicios surge de los contratos programa que se establecen entre la dirección del Servicio Andaluz de Salud y la dirección de los distritos de Atención Primaria de Andalucía. Contienen las directrices de las políticas sanitarias y los programas a poner en marcha a través de la estipulación y exigencias de cumplimiento de objetivos, estándares de calidad, organización, finanzas, inversiones y otros apartados que no aportan de momento mayor interés para nuestro estudio.

Esta nueva herramienta de gestión, denominada Contrato Programa, se dice «es la expresión de los nuevos cambios para separar de forma nítida las funciones de autoridad y la de provisión de Servicios Sanitarios»³. Se considera como «un compromiso entre la gerencia del SAS y cada hospital y distrito de la red pública en el que se acuerdan las actividades a realizar por éstos y las contraprestaciones a recibir de aquélla, así como el marco y dinámica de sus relaciones».

Como puede observarse en los Cuadros 1 y 2, año tras año la Carta de Servicios de Atención Primaria se va convirtiendo en el referente para dar atención a más patologías y servicios que se incorporan. Pero si tenemos en cuenta las características sociodemográficas propias de la sociedad española (envejecimiento de la población, crecimiento demográfico, falta de instituciones-camas hospitalarias de media y larga duración, centros sociales, geriátricos y otros...), la situación de sobrecarga de los profesionales se agrava con cada incorporación.

En el Cuadro 2 se muestran los programas asistenciales que se han ido añadiendo a la Carta de Servicios de Atención Primaria en Andalucía entre los años 2000 y 2006. Seguidamente, se realiza una valoración más pormenorizada de algunos de los principales programas incluidos en la Carta de Servicios de Atención Primaria, en estos años.

Procesos asistenciales

Su entrada en vigor ha supuesto para la Atención Primaria disponer de guías de trabajo consensuadas con atención espe-

CUADRO 1. CRONOLOGÍA DE LA EVOLUCIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ANDALUCÍA**Año 2000**

- En este año se añaden los siguientes servicios: Atención a personas con asma; Atención a ancianos de riesgo; Atención a ancianos residentes en instituciones (residencias) y Atención a polimedificados.
- Se estructura en tres grandes epígrafes:
 - De los servicios que deben ofertarse a la población desde las Unidades Clínicas de Gestión y los Equipos Básicos de Atención Primaria;
 - Acerca de lo que son y ofrecen los Dispositivos de Apoyo de los Distritos de Atención Primaria, y
 - La definición de los Servicios de Salud Pública.

Año 2003

- Se distinguen los servicios que han de prestarse en las Unidades Clínicas de Gestión y desde los Equipos de Atención Primaria, así como de sus contraprestaciones económicas para los profesionales que a ellas se adscriben.
- Se definen los Procesos Asistenciales Integrados. Se añaden con este carácter los siguientes servicios: Embarazo, parto y puerperio; Diabetes; EPOC; VIH/Sida; Asma; Detección precoz de cáncer de mama y Tuberculosis.
- Se incluyen las nuevas exigencias para la valoración de las personas y sus cuidadoras/es, en la atención domiciliar por la entrada en vigor del Decreto 137/2002, de Apoyo a las familias andaluzas, que en su artículo 24 «reconoce al personal de enfermería como el garante de la prestación de cuidados enfermeros de forma reglada y continuada, en su domicilio a todas aquellas personas mayores o con discapacidad que lo necesiten, así como a sus cuidadores».

Año 2004

- Se hace mayor énfasis y adquiere mayor protagonismo la atención a personas fumadoras. También sobre los Servicios de Salud Ambiental y en los de Seguridad Alimentaria.
- Se amplían los procesos asistenciales (oncología, paliativos) y se agrupan como Procesos oncológicos/paliativos en número de seis. Procesos cardiovasculares con tres procesos y el Proceso de Salud Mental. Proceso de Agudos, dejando así toda la Carta de Servicios estructurada en Procesos Asistenciales Integrados.
- Se pretende una Carta de Salud única por procesos, así como la creación de una Historia de Salud Compartida (dos aspectos que al día de hoy aún no se han logrado por estar pendiente del acuerdo entre la Atención Especializada y el Nivel de Primaria).

Año 2005

- Se incluyen dos nuevos procesos: La atención a personas en contacto con amianto. La atención a «Mujeres víctimas de malos tratos», la segunda inclusión no admite más comentarios por su pertinencia.

Año 2006

- Se incluye el denominado «Examen de Salud a personas mayores de 65 años».
- En total, la Carta de Servicios de este año recoge más de 15 modalidades de atención sanitaria con apartados y subapartados. Entre los más recientes, destacamos: La atención al tabaquismo; la atención al riesgo social y la atención a los mayores de 65 años, ya mencionado.

cializada. Son medidas que consideramos en principio como muy deseables, pero cuya implantación supone de hecho un aumento de la carga de trabajo para los profesionales del nivel de Primaria, por la burocratización del proceso, por la realización de numerosas pruebas, de exploraciones y el aumento de los registros en su aplicación.

El mayor protagonismo que han tomado en estos años los procesos asistenciales de carácter más agudo y pronta resolución es una muestra más del círculo de subordinación de la atención primaria a la atención especializada.

La calidad científico-técnica (el conocimiento sanitario y su práctica) viene

determinada por los profesionales del ámbito hospitalario. Igual que ocurre con la tecnología a aplicar para determinadas pruebas complementarias (ecógrafos, doppler, espirómetros, medidores de INR en anticoagulación oral, etc.).

Decreto de apoyo a las familias andaluzas (137/2002).

Su principal novedad es la creación de la figura de la Enfermera Comunitaria de Enlace, cuya más importante aportación ha sido la aplicación y consolidación de una metodología que permita valorar con mayor rigor las necesidades de la población en materia de cuidados de enfermería. La extensión de esta metodología,

CUADRO 2. OBJETIVOS PARA OFERTAR COBERTURA Y SERVICIOS DE SALUD EN LA ZONA BÁSICA DE MARACENA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA EN 2006

- Asistencia al alta hospitalaria sobre una estimación de 259 casos, cubrir el 95%.
- Asistencia a inmovilizados sobre 311 cubrir el 95%
- Asistencia a enfermos terminales sobre 34 cubrir el 95%
- Atención a las cuidadoras/es sobre 458 cubrir el 95%
- Atención de ancianos en riesgo sobre 311 cubrir el 95%
- Atención a mayores de 65 años sobre 2073 cubrir el 95%
- Atención domiciliaria (índice sintético) sobre 1.373 el 100%
- HTA sobre 2.562 el 75%
- VIH(+) Portadores en seguimiento sobre 35 el 60%
- Atención a personas polimedizadas sobre 93 el 75%
- Educación maternal sobre 269 el 55%
- Asistencia puerperal sobre 269 el 75%
- Detección precoz de metabolopatías sobre 269 el 99%
- Seguimiento de salud infantil a los 4 años (con 6 visitas) sobre 227 el 60%
- Vacunación completa sobre 243 el 96%
- Vacunación en la escuela sobre 576 el 85%
- Planificación familiar (pacientes con alguna visita) sobre 4.761 el 5%
- Inmunizaciones tétanos-difteria completa sobre 139 el 95%
- Inmunizaciones gripe (alto riesgo) sobre 1.708 el 95%
- Casos TBC diagnosticados sobre 3 el 95%
- Cirugía menor sobre 256 el 100%

EN CARTERA DE PROCESOS ASISTENCIALES:

- Atención a personas con diabetes (DMI+DMII) sobre 1.025 el 75%
- Atención a personas con EPOC sobre 619 el 65%
- Atención a adultos con ASMA sobre 317 el 50%
- Atención a niños con ASMA sobre 317 el 50%
- Seguimiento de embarazo sobre 269 el 72%

OTRAS ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN Y NO APARECEN RECOGIDAS CON ANTELACIÓN SON:

1. Programa de anticoagulación oral ambulatoria
2. Realización de espirometrías a adultos y niños
3. Plan de prevención de efectos de las altas temperaturas (Plan Ola de Calor)
4. Plan Telecuidados. Seguimiento altas hospitalarias Salud Responde
5. Valoración riesgo vascular pie diabético
6. Proyecto Forma Joven en el Instituto
7. Intervención Tabáquica
8. Nutrición enteral y parenteral domiciliarias
9. Altas Hospitalarias complejas (AA.HH.)
10. Terapia respiratoria: Oxigenoterapia, aerosolterapia y ventilación mecánica domiciliaria no invasiva.
11. Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas. Actividades varias
12. Vacunas en colegios. Incremento de actuaciones por modificación calendarios extras: varicela, meningitis.

que consideramos de gran interés, si bien está dando sus frutos, no está exenta de dificultades de diverso orden. Primero, porque exige un tiempo y un trabajo extra del que en la mayoría de los centros de primaria no se dispone. Segundo, porque también exige la correspondiente actualización en materia de formación que no siempre está asequible en horas de trabajo. Tercero, por el déficit de recursos materiales y económicos para cubrir las necesidades que, en la teoría, ampara dicho decreto, lo que dificulta seguir avanzando en la aplicación de su desarrollo pleno.

Es bien conocido que la política social de los Servicios Públicos de Apoyo a las

Familias es una de las más débiles de Europa⁴, dando lugar a perpetuar los cuidados informales. El perfil de la persona cuidadora sigue protagonizada por una mujer en la mayoría de los casos, cuando se trata de niños, personas dependientes y ancianos.

Carta específica de salud pública
La creación en el año 2004 de una carta específica de Salud Pública es clave cuando se está enfatizando tanto en los procesos asistenciales para la atención de la enfermedad. Es bien conocido que una aceptable política de Salud Pública es fundamental para el sistema, y que debería incluir medidas e intervenciones

que tienen mayor eficacia en la mejora de la salud de la población. Pero de nuevo hemos de recordar que el gasto en materia de Salud Pública es un porcentaje mínimo en España (1,2%) del gasto sanitario. En Andalucía, este gasto es del 0,2%, de los más bajos de España junto al de Cataluña⁴.

Examen de salud para mayores de 65 años

Este nuevo servicio merece una valoración y reflexión especial. La demagogia política que lo sustenta, ha hecho saltar ríos de tinta entre diferentes colectivos sindicales y de profesionales. Criticado⁵ porque supone sencillamente una redundancia en la atención que ya se le presta a la población, por el hecho de ser usuarios del Sistema, pero también porque la eficiencia de este tipo de chequeos está cuestionada por entidades científicas y por la misma OMS. Además, conlleva una serie de actuaciones añadidas para los profesionales de enfermería, que no disponen del tiempo suficiente para atender otras necesidades de cuidados más perentorias de este sector de población.

Para la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC), el Examen de Salud a estos mayores consta de una batería de pruebas de las que el 80% han de ser realizadas por el personal de Enfermería. Un estudio previo realizado por esta asociación sobre las necesidades de personal adicional, para llevar a cabo esta actividad, fue ignorado por el Servicio Andaluz de Salud.

Sistema de información sanitaria en Andalucía

Aunque los sistemas de registro informatizado sean una herramienta ineludible a esta altura de la historia, desde el punto de vista que se aborda en este artículo, su proceso de implantación ha supuesto una dedicación sustancial del tiempo de trabajo y de formación. Las frecuentes incidencias, por fallo de los programas, la falta de terminales de ordenador en algunos puntos para registrar los datos, la necesidad de su constante actualización, la falta de coordinación y de información para homologar el registro de los datos, agravan la falta de recursos humanos y materiales que ya arrastra la Atención Primaria.

Historia de salud digital única de Andalucía

Con un proyecto ambicioso para abarcar toda Andalucía, desde su puesta en marcha el soporte informático basado en Diraya ha dado lugar a frecuentes incidencias que traen de cabeza a administradores y profesionales. Se han sucedido las quejas de usuarios y trabajadores del Servicio de Salud Andaluz, que en algunos casos han protagonizado paros laborales como protesta a las frecuentes incidencias y limitaciones del mencionado sistema informático.

El uso de Diraya ha ralentizado de forma importante la actuación de los profesionales en muchos aspectos. Aunque esto no le resta importancia como recurso de potencial interés, es necesario tener en cuenta a efectos del tiempo que consume de los profesionales. Por tanto, se hace urgente una llamada de atención también a las direcciones de planificación y diseño de plantillas de personal.

El objetivo de lograr una historia de salud digital compartida, lamentablemente aún hoy, no se ha hecho realidad.

El gasto sanitario en España y en Andalucía

La constante inclusión de prestaciones en la cartera de servicios de atención primaria, unida al incremento de la población atendida, no se ha visto correspondida con un incremento paralelo de los recursos, y tampoco con una más racional distribución de los mismos, entre atención primaria y atención especializada. Parecería lógico que si la atención primaria asume nuevas prestaciones pueda asumir también mayor porcentaje de gasto respecto al conjunto de los mismos. Como vamos a ver seguidamente, ninguno de estos escenarios deseables se corresponde con la realidad.

El gasto sanitario medio en la Europa de los 15 (en adelante UE-15) es el 7,4% del PIB. El nuestro es del 5,9%, lo que nos sitúa en el puesto 13 de la lista, ocupando el 14 y 15 Grecia y Portugal, respectivamente. Esta situación deficitaria se agrava por el elevado gasto farmacéutico, que se cifra ya en el 23% del total de todo el gasto público sanitario (datos de 2002). Uno de los más altos de la UE-15⁶.

Según datos de EUROSTAT, y del

Ministerio de Sanidad y Consumo, en el Health Data OECD de 2002, hay una diferencia sustancial entre el gasto sanitario público per cápita en España y el del promedio de la Unión Europea; que es menor en 21.723 millones de euros. Es decir, 600 euros de gasto menos por habitante que la media de la UE-15.

A la vista de las cifras, en España se gasta poco en Sanidad; pero además se tiene muy descuidada desde hace años la «puerta de entrada» de su sistema sanitario, es decir de la Atención Primaria. Esto lo demuestra el hecho de que desde el inicio de la reforma hasta nuestros días no ha conseguido una asignación presupuestaria superior al 15% del gasto sanitario público. De este reparto presupuestario, también sigue siendo el hospital el centro del sistema, consumiendo más del 54% del presupuesto sanitario.

TABLA 1. EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURA DEL GASTO SANITARIO EN ESPAÑA ENTRE LOS AÑOS 1995 Y 2001

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Servicios Hospitalarios	56,1	56,0	54,9	54,3	53,9	53,7	53,2
Servicios A. Primaria	15,2	14,9	4,9	14,8	14,5	14,5	14,5
Servicios Salud Pública	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0	1,2	1,2
Servicios Colectivos Salud	2,4	2,3	2,1	2,1	2,0	2,1	2,0
Farmacia	20,2	20,8	22,1	22,3	23,0	23,2	23,3
Transporte sanitario, prótesis y aparataje terapéutico	1,5	1,6	1,4	1,5	1,5	1,5	1,4

Fuente: Instituto de Información Sanitaria MSC (V. Navarro et al.).

En la Tabla 1 se muestra la evolución del reparto del gasto sanitario en España entre los años 1995 y 2001. En ella se evidencia la insuficiente voluntad política, de los partidos gobernantes en este periodo, para aumentar y diversificar el gasto sanitario público⁴.

TABLA 2. GASTO SANITARIO PÚBLICO EN ANDALUCÍA. AÑO 2001

Gasto en Farmacia	25,2%**
Gasto Atención Especializada y Hospitales	53%
Gasto en Atención Primaria	15,7%
Gasto per cápita	724,86€
Gasto en Salud Pública	0,2%*

* El más bajo de las CC.AA. junto a Cataluña
** De los más altos de las CC.AA.

Esta misma situación se reproduce en el gasto sanitario en Andalucía. La distribución del gasto sanitario en nuestra comunidad en el año 2001 se muestra en la Tabla 2.

Las consecuencias directas de los errores en priorizar el gasto sanitario público nos lleva a la siguiente situación: un gran porcentaje, el 25% de los pacientes hospitalizados, se encuentran en un hotel de 5 estrellas, cuando podían recibir atención de calidad y menos costosa en sus domicilios, casas de convalecencia, centros de día, casas tuteladas o en cualquier otra fórmula que garantice una atención adecuada, bajo la supervisión de Atención Primaria. Sin embargo, la escasez de recursos en este nivel de atención sanitaria, con un número excesivo de habitantes por médico y enfermera comunitaria, es la consecuencia directa de la masificación de los centros de salud. El promedio de tiempo que dedica el médico al paciente en España es de los más bajos de la UE-15 (V. Navarro).

Por otro lado, existen estudios que demuestran la relación entre tiempo de visita y el gasto farmacéutico por médico. «A mayor tiempo de atención se corresponde un menor gasto en farmacia». Para escenificar esta relación inversa en la situación de masificación actual, podemos recurrir a la frase «Prescripción compensatoria», donde tú, «paciente», al que no puedo dedicar el tiempo necesario para atenderte, te compenso con lo que me pidas en recetas que no cuestiono, ni puedo razonarte con argumentos por el poco tiempo de que dispongo.

Parece lógico que si la Atención Primaria asume nuevas prestaciones, deba asumir también mayor porcentaje de gasto respecto al conjunto de los mismos

Tenemos 343 enfermeras menos que la media europea por cada 100.000 habitantes, lo que supone un 40% menos de profesionales

Evolución de la plantilla del Centro de Salud de Maracena

El escaso incremento del gasto y su desigual distribución se refleja también en áreas geográficas pequeñas, donde se supone que deben prestarse todos los servicios nuevos incluidos sin que se produzcan mejoras en las infraestructuras y las plantillas. Esta situación se ha visto especialmente agudizada en las áreas metropolitanas de algunas provincias andaluzas, porque su crecimiento demográfico ha sido espectacular.

Concretamente en el área de Granada, algunos municipios de la periferia en un periodo de 10-15 años han duplicado su número de habitantes: Armilla, Maracena, Albolote, Peligros y Santa Fe son buenos ejemplos de ello. Por tanto, podemos afirmar que desde esas fechas el aumento de trabajo de los centros de Atención Primaria de estas zonas ha sido exponencial.

El municipio de Maracena inauguró su centro de salud en 1989, cuando contaba con una población de 9.876 habitantes. En la actualidad son 20.187, según su censo municipal de 2005. Sin embargo, el espacio material del centro sigue siendo el mismo, las instalaciones se encuentran sobrecargadas y en un estado muy deficitario. A todo ello se une la evidente falta en el número de profesionales que atienden a su población (Tabla 3). La dotación del personal de Enfermería se aumentó desde su creación en una enfermera comunitaria y, más recientemente, incorpora una enfermera comunitaria de enlace que comparte su tiempo con la Zona Básica de Salud de Peligros.

Para empezar, se hace necesario explicar respecto a la población de Mara-

cena los datos; al 22/6/2006 nos muestran una población de: 20.187 habitantes; de los cuales 10.142 son mujeres y 10.045 hombres. El Distrito Sanitario, obviando estos datos del censo, admite la existencia de 25.504 TAE, lo que equivaldría según la BDU* a una población de 17.082 habitantes.

Parece lógico que la ratio «enfermeras/habitantes», debería venir determinado en función de las necesidades de salud de la población atendida, de su estructura sociodemográfica, de las características del Sistema de Cuidados y de los recursos del país.

Los criterios actuales de dimensionamiento, que admite la Dirección General de Asistencia Sanitaria para fijar las plantillas de profesionales sanitarios en Atención Primaria, son los siguientes:

- 1 médico general por cada 1.500 habitantes mayores de 14 años/2.165 TAES**.
- 1 médico pediatra por cada 1.500 habitantes menores de 15 años/2.165 TAES.
- 1 enfermera por cada 2.000 habitantes/2.886 TAES aproximadamente.
- 1 matrona por cada 400 nacidos vivos.

Con estos datos podemos hacer el cálculo de las deficiencias en cuanto a enfermeras/os según criterios de la Dirección General de Asistencia, aún considerando que son muy a la baja. Si desde esta Dirección se admite un valor de 2.165 TAES como equivalente de 1.500 habitantes, a 2.000 habitantes, cifra que se asigna a cada enfermera, le corresponderían 2.886 TAES. Según estas cifras podemos deducir que la estimación es de 0,6928 TAES por habitante. Al multiplicar 2886 x 8 enfermeras que están en Maracena, resulta un total de 23.093 TAES, que hasta las

25.504 que maneja el Distrito Sanitario (estimación siempre a la baja) arroja una diferencia de 2.407 TAES. Cifra que equivaldría a 1.668 habitantes y que justificaría la creación de una nueva plaza de enfermera que está solicitada desde enero de 2004.

Las propuestas de mejora que la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC) hace al Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud, son respecto a este ratio de 1 enfermera por cada 1.500 habitantes. Así, argumenta diferentes razones, como son las características de la población andaluza cada vez más envejecida, los cambios demográficos más acelerados respecto a otros países europeos. Por el aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas e invalidantes, por la mayor esperanza de vida y la evolución de los patrones de morbilidad.

La búsqueda de mayor eficiencia en la aplicación de los servicios y el énfasis dado a la atención domiciliar por el sistema de salud son valores que sin duda irán en aumento en nuestra comunidad, como ya sucede en el resto de Europa. Por tanto, la mayor necesidad de cuidados a la población y debido en gran medida a que esos cuidados son responsabilidad del personal de enfermería, abunda en la justificación del aumento de enfermeras por habitante que se demanda.

Según un informe del Consejo General de Enfermería de abril 2005, el estudio comparativo entre Europa y España analiza los ratios enfermeras/población en los 10 principales países de la UE. En el mismo observamos que el número de enfermeras por 100.000 habitantes es muy variable. Destaca Finlandia, con 2.181 enfermeras/100.000 habitantes. La media europea es de 843/100.000, un dato muy superior al ratio de España, que

TABLA 3. EVOLUCIÓN DE LA PLANTILLA DEL CENTRO DE SALUD DE MARACENA

	Plantilla 1989	Plantilla 2006	Criterios DGAS	Criterios ASANEC
Enfermeras	7	8	8	13
Médicos	6	9	12	12
Pediatras	2	2		
Habitantes/ enfermera	1.440	2.525	2.243	1.553
Habitantes/ médico		1.235	1.835	1.682

Fuente: Elaboración propia a partir del censo municipal.

* BDU. Base de Datos de usuarios. Sistema nuclear y columna vertebral del conjunto de sistemas de información que constituye Diraya. Consejería de Salud/SAS. Diciembre 2004.

** TAE: Población con tarjeta sanitaria individual ajustada por edad. BOJA 141. Año 2001.

es de 500. Esto significa que tenemos 343 enfermeras menos que la media europea por cada 100.000 habitantes, lo que supone un 40% menos de profesionales. Paralelamente, seguimos formando enfermeras con un excelente nivel, que han de emigrar por razones laborales a países de nuestro entorno.

Si tenemos en cuenta que nuestro ratio enfermera/habitantes es el cuarto más bajo de los países de la OCDE, después de Italia, Grecia y Portugal. Pero la situación se agrava al considerar las condiciones sociodemográficas de Andalucía.

En el comparativo por CC.AA., encontramos también grandes diferencias. Conviene destacar que Navarra es la que presenta la ratio más alta (833/100.000), estando a tan sólo 5 enfermeras de la media europea. Murcia, por el contrario, presenta la cifra más baja (378) y queda a 465 enfermeras por debajo de la media europea. Andalucía presenta una cifra (419) de las más bajas junto a Castilla, Valencia y Galicia.

Y por provincias destacan siete con menor ratio: Toledo, Pontevedra, Alicante, Tarragona, Almería, Murcia y Málaga, que necesitarían entre 455 y 555 enfermeras para igualarse a la media europea, lo que supone entre un 54% y un 65% de profesionales menos.

Otros efectos perversos de la actual política sanitaria en Andalucía, como la precariedad laboral aplicada a muchos de sus profesionales, la utilización de prácticas seudodemocráticas para mantener ciertos cargos que antes eran por elección mayoritaria y un largo etcétera, merman la credibilidad en los gestores y generan malestar entre los profesionales.

Ante todo lo expuesto, podemos afirmar a modo de resumen que Andalucía es un fiel reflejo del análisis sobre la Sanidad española, en cuanto a gasto público y deficiencias se refiere. Pero el panorama sería aún peor si tenemos en cuenta algunos estudios realizados sobre desigualdades en salud. En ellos se puede constatar que Andalucía y Extremadura, que suponen el 20% de la población española, acumulan un tercio de los desempleados y analfabetos del país. Además, su zona presenta una tasa de morbilidad de las más elevadas⁷.

Con esta perspectiva, y en la línea de otras sociedades científicas, pensamos que sería deseable elaborar un plan de necesidades de las áreas metropolitanas

de capitales de provincia de Andalucía en general, y de Granada en particular, para conocer de forma real las desigualdades en salud.

Somos conscientes de las limitaciones para sacar conclusiones de un análisis descriptivo como el que presentamos aquí, pero sí nos atrevemos a recoger algunas ideas que se desprenden de este trabajo, y que se encuentran enmarcadas en algunas reivindicaciones de otras asociaciones científicas, sindicales y colectivos profesionales.

Posiblemente seguimos pecando de ilusos, pero esperamos sinceramente que las estrategias para el siglo XXI elaboradas por el Grupo AP21 no se queden en una declaración de intenciones más, y se olviden en un cajón. De no actuar con prontitud, tenemos razones para pensar que el Sistema de Salud y la Atención Primaria en especial podrían romperse por las fisuras y fracturas que en este trabajo se han recogido.

Conclusiones

De todo lo descrito en el presente análisis se desprende que, en el momento actual, la sobrecarga de trabajo y la falta de condiciones no permiten una atención de calidad al usuario, por muy bien descritas y establecidas que estén las normas en las guías y protocolos.

A pesar de la situación de sobrecarga asistencial, es llamativo que los resultados de las encuestas de evaluación arrojen índices altos de satisfacción de los usuarios respecto al colectivo de enfermería. Posiblemente, argumenta Irigoyen⁸, porque sus respuestas son más afectivas que racionales. Es la explicación de este sociólogo a la paradoja del alto grado de satisfacción de los usuarios cuando es compatible con una asistencia de baja calidad.

Aún así, nos consta que son muchos los profesionales que con su buen hacer, con su disposición, han superado esas barreras; las múltiples dificultades y la falta de incentivos por una política de personal nefasta, logrando centrarse en su trabajo con la población como único aliciente motivador.

En este marco de dificultades, la investigación es otro imposible que los profesionales sufren y que tampoco se les facilita a pesar de la importancia de esta fuente de conocimiento.

En ocasiones, la frustración de los profesionales llega a su límite cuando se les exige el cumplimiento de objetivos sin tener en cuenta las condiciones y necesidades del equipo de profesionales del centro de salud, tampoco las de la población y sus características sociodemográficas, ni las deficiencias en las instalaciones. Las del propio sistema informático y sus limitaciones, de un sinnúmero de incidencias.

Por último, se hace evidente la falta de una estrategia para informar, homologar y normalizar los registros, así como de otros muchos aspectos que nos impiden trabajar adecuadamente y, con frecuencia, cumplir los objetivos.

Se cierra así un círculo donde la mayoría de los profesionales tienen la sensación permanente de lo arbitrario, de lo injusto como norma, ante las actitudes demagógicas de políticos y gestores, que predicando promesas de bienes y servicios a la población, pero que sin embargo no dotan de los recursos necesarios para llevarlos a la práctica. Sin embargo como ya se ha dicho, se les exige el cumplimiento de metas y objetivos, lo que resulta poco racional desde la perspectiva personal y profesional.

Se debe ofrecer la posibilidad de elegir enfermera comunitaria al usuario, como un derecho que puede contribuir a mejorar la calidad de la atención

Recomendaciones y propuestas

- Creemos que, entre otras medidas, lo que necesita el Sistema Sanitario Público en España, y por tanto en Andalucía, es un sistema único de financiación y provisión pública que no permita situaciones de inequidad entre CC.AA.
- Dejar de poner en marcha fórmulas de la considerada como nueva gestión, porque hasta ahora no han demostrado mejoras sustanciales respecto a la atención sanitaria pública y si una mayor precariedad laboral.
- Se hace necesario mejorar los servicios de hostelería hospitalaria, así

como la atención personalizada y el trato con los usuarios, permitiendo mayor tiempo de consulta para su atención.

- Ofrecer la posibilidad de elegir enfermera comunitaria al usuario, como un derecho que además puede contribuir a mejorar la calidad de la atención.
- Parece necesaria y urgente la mejora sustancial de los Servicios Sociales en España, dotándoles de un pre-

supuesto más acorde con la realidad ya denunciada en este trabajo.

- Debe lograrse, como un derecho fundamental de los usuarios, el desarrollo y puesta en práctica de medidas que permitan realmente la participación ciudadana en la gestión y políticas sanitarias.
- Parece importante, para dotar de mayor eficiencia la gestión, lograr una mayor profesionalización de los puestos de dirección, erradicando

do prácticas de asignación de cargos por afinidad política.

- Es patente la necesidad de aumentar urgentemente el gasto sanitario público, para dotar de los recursos humanos y materiales según las necesidades reales de la población y a los servicios que se les ofertan. Concretamente, en Atención Primaria sería deseable lograr un presupuesto que represente al menos un 30% del gasto sanitario total. ■

Agradecimientos:

A Elia Sevilla, Caty Eibenschutz, Concepción Cabrera, Bernardo Santos y C. J. Gómez Ariza por su asesoría y revisión crítica.

Referencias bibliográficas

1. FADSP «Comparación entre los servicios de Salud de las CC.AA.» *Salud 2000*; 102:22-23. 2005.
 2. Martín García M; Sánchez-Bayle, M.; «Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades». *Gaceta Sanitaria* 2004; 18(Sup 1):96-101.
 3. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Contrato Programa 1999; Pág. 7, párrafo 3 y 4. Servicio Andaluz de Salud. Tomado literal Contrato Programa 1999, página 7. Servicio Andaluz de Salud.
 4. Navarro, V et al.: «La Sanidad en España» en *La situación Social de España*: Cap.12; Pág: 447-466; Madrid 2005.
 5. Elia Sevilla.; Carta en prensa y documento de la Secretaría General del Sindicato Provincial de Sanidad y Sectores Sociosanitarios CC.OO. de Granada; Enero 2006.
 6. Navarro, V et al.: «La Sanidad en España» en *La situación Social de España*: Pág: 478; Madrid 2005.
 7. Barrada J et al. «Desigualdades en Salud en CC.AA. y municipios» en *La Situación Social de España*. Pág. 474. Madrid 2005.
 8. Irigoyen, J; *La crisis del Sistema Sanitario en España. Una interpretación sociológica*. Granada 1996. Pág.: 235.
- Dirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección de Programas y Desarrollo. Servicio Andaluz de Salud; Contrato Programa de Atención Primaria año 1999 y siguientes hasta 2006.
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Contrato Programa para Atención Primaria 2005-2008 y Anexos.
- Adenda 2006 al Contrato Programa de los Distritos de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud 2005-2008.
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Plan Estratégico. Contrato Programa para los Distritos de Atención Primaria 2001-2004 y Adendas 2002 y 2003.
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Plan Estratégico. Contrato Programa para los Distritos de Atención Primaria 2000.
- FAECAP. «La situación de la Atención Primaria en Castilla-La Mancha» Abril 2005/Pág.: 1-2.
- Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CC.OO. de Andalucía. Prensa *Sindicato y Salud*; n° 8; Pág. 3; Octubre 2006.
- Documento n° 13 DSAP (Federación Sindical de las Administraciones Públicas). Año 2006.
- San Segundo, G. «Otoño caliente en Atención Primaria». *Revista Medical Economics*. Edición española. Septiembre 2006. Pág. 29-33.
- Rodríguez Sendil, J.J.; «Atención Primaria, presente y futuro». *Revista Jano*. Extra abril 1996. Vol.L.N.1166.
- Simó, J; Jornadas sobre «Realidad actual de la Atención Primaria. Madrid Octubre 2006. Publicado en Azprensa.co. Diario digital de información sanitaria. Año IV. N° 1354.
- Francia Viña, JM; «El hospitalocentrismo que no cesa». Edit.Archivo Ateneo. Ciudad Rodrigo. Salamanca. Noviembre 2004
- Bernard, J et al. «La situación social en España». Editorial Biblioteca Nueva. Cáp. 13. Pág. 467-492. Madrid 2005.

La eugenesia del aborto y la memoria de Félix Martí Ibáñez



Martí Ibáñez dejó una huella histórica importante, sobresaliendo la liberalización del aborto en un contexto de servicios de atención sociosanitaria a la mujer y a la infancia

Estas alturas de la historia española, hemos tenido tiempo de sobra para tomar consciencia de la destrucción intelectual practicada por el franquismo. Hasta que no pasen varias generaciones no habremos recuperado el retraso científico de aquellos años de plomo. Ahora, que corren tiempos de recuperación de nuestra memoria histórica, salen a la luz personas y personajes ligados a la sanidad o a la enseñanza asesinados u obligados al exilio por los fascistas.

Entre los miles de médicos españoles represaliados que documenta Francisco Guerra en su libro *La medicina en el exilio republicano*, ocupa un lugar destacado el doctor Félix Martí Ibáñez. Gracias a la labor editorial de José Vte. Martí y Antonio Rey, se está recuperando la importante actividad de este médico ilustre y reconstruyendo los eslabones que unen los progresos actuales en la interrupción voluntaria del embarazo con la legislación de la Cataluña republicana impulsada por este joven médico ácrata^{1,2}.

Félix Martí Ibáñez (Cartagena, 1911 - Nueva York, 1972) estudió Medicina en Barcelona y se doctoró en Madrid. Desde muy joven se vinculó a organizaciones libertarias y fue colaborador asiduo de la prensa anarquista. Escribió sobre eugenesia y sexología en la revista valenciana *Estudios. Revista Ecléctica*. Cuando la CNT-FAI se incorporó al gobierno de la Generalitat de Cataluña, Martí Ibáñez fue llamado por el consejero de Sanidad, el anarquista García Birlán, para hacerse cargo de la Dirección General de Sanidad y Asistencia Social, ocupando también la Subsecretaría de Sanidad en

el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Durante los escasos diez meses que estuvo en el gobierno, Martí Ibáñez dejó una huella histórica importante, sobresaliendo la liberalización del aborto en un contexto de servicios de atención sociosanitaria a la mujer y a la infancia. Tras la caída de Cataluña, consiguió trasladarse a los EEUU. Allí fue profesor y director del departamento de Historia de la Medicina en el New York Medical College, aunque su obra más relevante fue la creación de la editorial MD Publications Inc., que fue origen de varias colecciones de libros y de revistas médicas, entre las que destacan las cinco ediciones de MD, cuadernos mensuales de más de cien páginas, creados en 1957, que llegaron a distribuirse a más de 300.000 médicos en todo el mundo¹.

La reforma eugenésica emprendida por Martí Ibáñez se pensaba concretar en mejoras en las maternidades, en el control de la natalidad, en la regulación del aborto libre, en la protección sociosanitaria a la infancia, en los libertarios de la prostitución, los centros de información juvenil sexual y en el Instituto de Ciencias Sexuales. La liberación del aborto, mediante la firma del decreto de la Generalitat de 25 de diciembre de 1936, sobre interrupción voluntaria del embarazo y de la orden del consejero cenetista Pedro Herrera, de 1 de marzo de 1937, por la que se aprueban las normas para su regulación, es quizás la actuación más conocida de Martí Ibáñez, autor material de los mismos. Esta regulación sirvió de artificio legal para la aplicación del aborto en el resto de la España republicana, porque la mayoría del gobierno de la nación se opuso a pu-

blicar una norma similar. El proyecto fallido de decreto del gobierno republicano fue elaborado por la ministra anarquista Federica Montseny y por la subsecretaria y médico ugetista Mercedes Maestre.

En palabras de Martí Ibáñez: «Nuestra reforma agrega a la causa terapéutica -enfermedad física o mental de la madre que contraindica el parto- y al motivo eugénico -incesto paterno o taras que podrían propagarse al futuro ser- los factores neomalthusianos -deseo consciente de limitación voluntaria de la natalidad- y sentimental o ético -maternidad indeseable para la madre por diversas causas de origen amoroso o emotivo-, los cuatro puntales médico-sociales sobre los que descansa la reforma eugénica del aborto. Ya no asistiremos más al espectáculo de madres muertas a causa de una torpe maniobra abortiva, de infanticidios dimanados del odio al infante que nació sin ser deseado, de mujeres estragadas en su rumbo vital por un hijo que es un estigma o un recuerdo de lo que desearía olvidar, de niños venidos a hogares sin pan y a padres sin cariño».

Lamentablemente, esta regulación fue insuficiente y su aplicación efímera. El franquismo cubrió España de un largo tiempo de silencio en el que todo lo relativo a los derechos de las mujeres fue ignorado, cuando no pisoteados con inquina. Tuvimos que esperar hasta la llegada de la democracia (5 de julio de 1985) para recuperar el derecho al aborto por el que, cincuenta años antes, en tiempos de la República, luchó Martí Ibáñez. ■

(Salud 2000. Redacción)

Bibliografía

- 1 José Vte. Martí, Antonio Rey. *Antología de textos de Félix Martí Ibáñez*. Valencia: Generalitat Valenciana, 2004.
2 José Vte. Martí, Antonio Rey. *Actas del I Simposium Internacional Félix Martí Ibáñez*. Valencia: Generalitat Valenciana, 2004.



MÉRIDA:

La evolución solidaria de los servicios autonómicos de salud

Organizado por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) y con la colaboración de la Consejería de Sanidad de Extremadura, el día 15 de marzo se celebró este seminario que contó con la asistencia de 140 profesionales. La inauguración corrió a cargo de Carmen Ortiz, presidenta de la FADSP, y de Guillermo Fernández Vara, consejero de Sanidad. Fernández Vara hizo un amplio repaso de los cambios producidos en la sanidad extremeña, sobre todo los habidos desde que se asumieron las competencias asistenciales, hizo referencia a algunos errores y dejó en el ambiente las dudas que plantean para la planificación futura aspectos como el envejecimiento, el crecimiento tecnológico, la inmigración o los costes de la prevención. Se mostró partidario de mantener un nivel estatal de decisiones para algunas estrategias de salud (vacunaciones, por ejemplo).

En la mesa dedicada a analizar la financiación, moderada por el gerente del Servicio Extremeño de Salud (SES), Francisco M. García Peña, Marciano Sánchez Bayle insistió en la disociación

que hay entre riqueza y decisiones políticas (en la comunidad de Madrid su elevada capacidad recaudatoria, 47%, no se corresponde con paralelos incrementos en la financiación sanitaria, del 35%); señaló su preocupación por el mantenimiento de las fortalezas del sistema actual, como la corresponsabilidad fiscal, la equidad y el derecho a la movilidad. Jesús Huertas, director general de Financiación de la Consejería de Salud de Andalucía, se centró en las variables poblacionales que influyen en el gasto sanitario. A su juicio, la población es la variable con mayor relación con la necesidad sanitaria; consideró un exceso de ponderación la que se atribuye a los mayores de 65 años y defendió considerar la variable población a secas como criterio de distribución, y ajustes por menores de 4 años, por mortalidad estandarizada por edad y por dependencia y renta relativa de las comunidades autónomas. Federico Delgado, director general de presupuestos del SES, habló de los riesgos de la descentralización, como el coste

Noticias

Hablando de infancia...

CÓMO PROMOVER EL BUEN TRATO A NUESTROS HIJOS E HIJAS



político de decir no y de que los fondos de cohesión no tengan garantía de finalidad. En Extremadura sí que se considera necesaria la ponderación por edad, porque el gasto de los mayores de 65 años es 5 veces superior al resto de población. Explicó la crisis del actual modelo de financiación porque, después de una primera fase de aceleración del gasto postransferencial, hubo un afloramiento diferencial respecto a los cálculos hechos en 1999, por el intento de construir modelos asistenciales autosuficientes y, sobre todo, por la espiral inflacionista de los salarios, que suponen el 50% del gasto.

En la mesa de seguimiento de indicadores asistenciales, moderada por Luis Palomo, director de *Salud 2000*, Rosario Quintana, consejera de Sanidad del Gobierno de Cantabria, a partir de los conflictos laborales que soporta en su comunidad, hizo un completo repaso de los problemas de gestión de personal. Insistió en que no todo son problemas de financiación y que hay otros aspectos sociológicos a considerar, como la fascinación tecnológica, la rígida regulación burocrática, el sistema retributivo, la persistencia de lo crónico, los conflictos de valores y las dudas sobre los fines que debe perseguir la medicina moderna, para lo que reclamó un amplio acuerdo social. Javier González Medel, de la FADSP, analizó las repercusiones de la merma de camas hospitalarias en el incremento de las listas de espera o en el colapso de las urgencias hospitalarias, así como el papel de la cirugía mayor ambulatoria, de la hospitalización domiciliaria, de los cuidados paliativos, de los hospitales de alta resolución y de las camas sociosanitarias. José M^º Vergeles, director general de Formación, Inspección y Calidad de la Consejería de Sanidad de Extremadura, a partir de los conceptos de calidad percibida (seguridad y confort), hizo un repaso de los criterios de evaluación de la calidad, de la necesidad de favorecer la excelencia y de acotar la variabilidad, de la investigación de resultados de salud y del primer Plan Marco de Calidad de Extremadura.



La inauguración del seminario corrió a cargo de Carmen Ortiz, presidenta de la FADSP, y de Guillermo Fernández Vara, consejero de Sanidad de Extremadura.

Respecto a los derechos de ciudadanía, en la mesa moderada por José Luis Ferrer, director general de Planificación, Dámaso Villa, director general de Asistencia Sanitaria del SES, mencionó algunos factores de desigualdad entre regiones, como los diferentes calendarios vacunales, el diagnóstico preimplantacional y la genética, el tratamiento de la esterilidad, el cambio de sexo, el derecho a una segunda opinión médica, las leyes de plazos, la distribución de TIS por médico de atención primaria, las fórmulas de financiación o las tendencias privatizadoras. Pedro García Ramos, director general de Consumo, insistió en los riesgos de provocar diferencias voluntarias o involuntarias en los criterios de la salud pública, como la posibilidad de que se rompa la uniformidad entre comunidades con la introducción de la vacuna frente al virus del papiloma humano o por el acaparamiento de vacunas frente a gripe aviar por alguna de ellas. Para Emilio Herrera, director general de Atención Sociosanitaria del SES, es esencial defender el espacio sociosanitario, el coste oportuno de las camas de larga estancia, el sistema integral de cuidados continuados o el plan de ejercicio físico en la comunidad. A su juicio, no se puede obtener eficiencia de los cuidados crónicos si no se reestructura el cuidado de agudos, por lo que reclamó una reorientación de los servicios sanitarios, tanto por criterios de sostenibilidad financiera como de eficiencia social.

Si hubiera que destacar un hilo conductor a las ideas expuestas, habría que señalar que los problemas de financiación de la asistencia sanitaria, con ser muy importantes, no son los únicos a resolver, que es necesario mejorar la eficiencia global del sistema antes de seguir pidiendo más dinero, porque el gasto seguirá creciendo indefinidamente si no somos capaces de reorientar sus fines hacia componentes que tienen que ver con la calidad, la seguridad y una orientación más social, por el envejecimiento demográfico, y sobre la base de un gran acuerdo profesional y ciudadana. ●

GALICIA: Evolución de las listas de espera

1. Las listas de espera quirúrgica han mejorado de manera importante en el último año. Aunque la conflictividad de algunos sectores parece haber detenido la favorable progresión en el último trimestre.
2. Existen diferencias importantes entre hospitales, algunos han experimentado avances muy importantes en la reducción de las listas quirúrgicas.
3. La evolución de las listas de espera de consulta se encuentra estancada. Aunque se han reducido las esperas más largas, éstas siguen siendo inaceptables.

4. Aunque hay una evidente mejoría en el problema que más preocupa a la ciudadanía, parece necesaria una política más audaz (más recursos, mejoras en AP, medidas de incentivos profesionales, aprovechamiento pleno de los recursos diagnósticos y terapéuticos instalados, exigencia de dedicación exclusiva a los profesionales del sector público, acabar con el apoyo al sector privado, etc.) para mejorar la situación. ●

ASTURIAS: A pie de Barrio (ApB): El Decálogo de la Salud

Desde siempre la representación política, en la comunidad autónoma y en los ayuntamientos, apenas ha hablado de la Promoción de la Salud de las personas y de los entornos medioambientales en Asturias, en cualquiera de sus municipios.

Tampoco los medios de comunicación han abordado específicamente esta trascendente cuestión. Es verdad que se ha debatido sobre enfermedades y sobre los recursos sanitarios adecuados para combatirlas, lo que sin duda es importante, pero sobre la Salud en Asturias y más específicamente sobre Promoción de Salud, el silencio ha sido casi absoluto. Es, además, un mutismo crónico que no es exclusivo de la última legislatura y que se viene arrastrando desde tiempo inmemorial. Sirva como ejemplo el que, en nuestra Comunidad, en la asistencia de enfermedades hay más de 14.000 trabajadores y trabajadoras, mientras que sobran los dedos de una mano para contar los que lo hacen de forma remunerada en Salud.

Para «A pie de Barrio» (ApB), red ciudadana que aglutina a un gran número de organizaciones sociales -y cuyo objetivo es precisamente la Promoción de la Salud-, ha llegado la hora de romper este silencio y de reclamar a los partidos políticos y a todas las candidaturas que incluyan en sus preocupaciones, programas y compromisos políticos poselectorales el objetivo de proteger y promover la Salud de la población.

Las estrategias de Promoción de la Salud requieren el esfuerzo organizado de la sociedad, políticas intersectoriales y transversales, y una perspectiva holística e integradora. A tal efecto, ApB quiere dar su apoyo al siguiente decálogo:

1. El compromiso de analizar los problemas de Salud de los municipios (o de la comunidad autónoma) de forma colectiva y comunitaria, en un marco de integralidad y multicausalidad. A tal fin, como ejercicio de rendición de cuentas, se realizará un informe periódico sobre las políticas saludables (diferente de un diagnóstico de salud) promovidas desde la institución correspondiente.
2. La voluntad de ampliar la democracia institucional a través de la participación ciudadana, y en concreto en el ámbito de la Salud Pública. La participación no es sólo derecho a la información, sino capacidad de intervención efectiva.
3. La atención a la salud escolar con mayor énfasis en la educación afectiva para las relaciones. Es de capital importancia trabajar, como materia transversal, la Promoción de la Salud desde edades tempranas y desarrollarla en un marco de programas comunitarios más amplios con el fin de conseguir un mayor impacto. Que se asuman los espacios de ocio y los barrios como lugares de influencia educativa que, junto con los medios de comunicación, complementan para, bien o para mal, la educación familiar y la escolar.
4. El desarrollo de alternativas de ocio saludable para adolescentes y jóvenes: accesibles y gratuitas (cine, literatura, deportes...) con políticas específicas contrarias al alcohol, tabaco y otras sustancias adictivas. La adolescencia en grave riesgo social debe de tener mayor seguimiento y apoyo con la creación de puestos de trabajo para educadores de calle y adecuados programas comunitarios.
5. La puesta en marcha, de forma prioritaria, de la Ley de Dependencia y su desarrollo integral. Guarderías públicas gratuitas y medidas que promuevan la corresponsabilidad de los hombres en los cuidados.
6. La mediación desde los Equipos de Atención Primaria (fundamentalmente enfermería y trabajo social) en promoción de la salud, con especial atención a la prevención de las enfermedades crónicas, la educación sanitaria y la transmisión de adecuada información.
7. El apoyo a un sistema sanitario al servicio de la ciudadanía, sostenible (contrario a la «medicalización») y que responda a las necesidades de salud de la ciudadanía, lo que implica, por ejemplo, medidas correctoras de las listas de espera, el consumo de medicamentos genéricos o la integración en la gestión pública de los hospitales de Jove y Arriendas...
8. La implementación de medidas de seguridad y protección de los consumidores. Alertas sobre el consumismo y sus efectos nocivos. Análisis de los usos del tiempo y su impacto familiar.
9. La puesta en marcha de iniciativas que promuevan estilos de vida más saludables, de apoyo a la autoayuda, los autocuidados, las redes sociales y el reforzamiento comunitario con el propósito de desarrollar capacitación ciudadana para una gestión más autónoma de la salud y de los eventuales episodios de pérdida de la misma.
10. La oposición sistemática a la degradación ambiental y en favor de los entornos saludables. A modo de ejemplo y sin ánimo exhaustivo se contemplan las siguientes propuestas:
 - Compromiso con la ampliación de espacios verdes, adecuados y seguros para los niños y los mayores.
 - Restricciones al transporte privado mediante un impuesto de salud en relación con la cilindrada de los motores.
 - Apoyo al transporte colectivo con prioridad al tren y tranvía.
 - Oposición a la incineradora.
 - La bici como vehículo alternativo. Carril bici en toda la ciudad y entre las ciudades.
 - Desaparición de las barreras arquitectónicas.
 - Regulación estricta de la contaminación electromagnética (dañina para la salud), mediante el «principio de precaución» en antenas de telefonía, transformadores...
 - Reducción de ruidos con una adecuada normativa.
 - Vindicación de las energías renovables con el compromiso de superar el objetivo recientemente aprobado por la UE.

«A pie de Barrio» propone este decálogo a todas las candidaturas para que (desde el lugar en el que les coloquen los electores) lo apoyen y lo pongan en práctica con el fin de mejorar la Salud de la ciudadanía.

Si lo llevaran a cumplimiento, tendrán el reconocimiento y la colaboración de todas las organizaciones que participan en ApB.

Integran ApB: catorce asociaciones vecinales, diversos actores y agentes sociales de Consejos de Salud, las AMPAS de la zona Este, Estudiantes de Trabajo Social, Asociación para la Defensa de la Salud Pública, Abierto hasta el Amanecer, Educadores Sociales, Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias, Foro de Políticas Sociales, Asociación de Estudios Geobiológicos y Comisión de Salud de la FAV. ● En Gijón, 26 de marzo 2007

Clasificación por comunidades autónomas de la Atención Primaria

De los datos evaluados por la FADSP puede deducirse que existen grandes diferencias en cuanto a los indicadores de funcionamiento de la atención primaria (AP) entre las distintas CCAA, destacando:

1) Diferencias importantes en cuanto a la oferta de servicios de los centros de salud:

- En la oferta general de servicios, que van desde el 97% hasta el 58,9% de los centros (media de 70,58).
- En la oferta de pruebas diagnósticas, que va desde el 44,4 hasta el 97,7% de los centros (media 67,17).
- En la oferta de procedimientos terapéuticos que oscilan entre el 65,9 y el 100% de los centros (media 80,64).
- En el acceso a pruebas diagnósticas del segundo nivel que va desde el 50,9 al 98% de los centros (media 86,51).

2) Diferencias en la dotación de profesionales de AP:

- Habitantes mayores de 14 años por médico general: variación desde 921 hasta 1.820 (media 1.461,41).
- Habitantes menores de 14 años por pediatra: desde 808 hasta 1.300 (media 1.054,17).
- Total de habitantes por profesional de enfermería, desde 1.237 hasta 2.050 (media 1.666).

3) Diferencias en el gasto per cápita dedicado a la AP:

- Que va desde 102 hasta 190 € habitante y año (media 138,23).

4) Diferencias en la opinión de los ciudadanos sobre el funcionamiento de la AP:

- Porcentaje de personas que prefieren la Sanidad Pública para

la consulta del médico general o pediatra: desde el 41,9 al 76,4% (media 58,62%).

- Porcentaje de personas que opinan que la atención recibida en la consulta de medicina general fue buena o muy buena: desde el 77,1 al 91,4% (media 85,36%).
- Porcentaje de personas que piensan que la AP mejoró en los últimos años: valores entre el 38,7 y el 56,9% (media 47,45%).

Todo ello se traduce en las diferencias de puntuación obtenidas por las CCAA, que van desde un máximo de 40 (Aragón) a un mínimo de 20 (Canarias), con una media de las CCAA de 29,76.

Con estos criterios la valoración de la AP en las CCAA sería:

AP Excelente:	AP Regular:
■ Aragón (40)	■ Navarra (29)
■ Asturias y Cantabria (38)	■ Comunidad Valenciana (28)
	■ Galicia (27)
	■ Baleares (24)
AP Aceptable:	AP con serias deficiencias:
■ Castilla y León (35)	■ La Rioja (23)
■ Cataluña y País Vasco (34)	■ Murcia (22)
■ Andalucía, Castilla-La Mancha y Extremadura (31)	■ Madrid (21)
	■ Canarias (20)

Conviene recordar que la puntuación mínima que puede obtener una CA es de 17 (todas las variables con puntuación 1), por lo que la utilización de una escala con más amplitud podría dar diferencias aun mucho más acusadas. ●

World Health Organization Europe: Ninth futures forum on health governance and public participation

Disponible en: www.eurowho.int

El documento resume las conclusiones de un fórum realizado por la OMS Europa en el que participaron representantes de Alemania, Suiza, Finlandia, Eslovenia, Israel, Noruega, Malta, Bélgica, Holanda, Reino Unido, Islandia y Portugal. Las conclusiones son las siguientes:

- 1) Define lo que supone la participación en el buen gobierno de la salud como un proceso de participación, en el que intervienen la respuesta del gobierno de las instituciones ante el punto de vista de los consumidores y la orientación al consenso. Requiere liderazgo político y decisiones basadas en la evidencia.
- 2) Creación de los prerrequisitos para la participación, en los que se señala la calidad de la educación para la salud y de la información, la transparencia y el diseño de los sistemas de salud.
- 3) Decidir las opciones que permiten la participación en el gobierno de los sistemas sanitarios, señalando que la representación y la capacidad de elección deben basarse en los derechos de los pacientes y dependen de la cultura de cada sistema de salud.
- 4) Hay que enfatizar la participación, porque los sistemas sanitarios participativos consiguen un mejor funcionamiento y una mayor satisfacción.
- 5) Propiciar la participación es uno de los requerimientos de las políticas de salud. Existe consenso en la necesidad de propiciar la participación, y en que se precisa de acciones que favorezcan el cambio cultural de profesionales de la salud, administradores y población.
- 6) Aprendiendo de la experiencia. Es necesario extender el conocimiento de las experiencias sobre participación y fomentar el análisis de las mismas para hacer propuestas futuras.
- 7) Desarrollar la participación comunitaria, fomentando la representación específica de representantes locales y de pacientes, así como de minorías étnicas. Así mismo se propone el fomento por parte de las autoridades sanitarias de estructuras de participación a escala local, regional y nacional.
- 8) Consultar a la población las decisiones sobre política sanitaria. Existen experiencias en Holanda, Francia y Reino Unido sobre la conveniencia de fomentar consultas sobre decisiones de política sanitaria.
- 9) Focalizarse en grupos con problemas específicos y difíciles de alcanzar, incluyendo ancianos, inmigrantes, personas con discapacidades físicas y mentales, etc.
- 10) Trabajando hacia una acción a largo plazo y multifactorial, hay que incluir a otros sectores como el educativo, el social, el empleo, etc.
- 11) Seleccionar las decisiones políticas en salud que requieren una participación pública. Los gobiernos y administraciones sanitarias deberían seleccionar cuáles son los problemas que precisan de una participación pública activa. Es un problema difícil porque las decisiones deben ser claramente estudiadas y justificadas.
- 12) Monitorizar la participación pública en los sistemas de salud. La evaluación es difícil, pero imprescindible para poder delimitar las actuaciones positivas y su impacto sobre el funcionamiento de los sistemas sanitarios y la salud.
- 13) Hacerlo ahora. Aunque se señala que conseguir la participación en el gobierno de los sistemas sanitarios está aún lejos, se trata de avanzar pasos en este sentido para poder evaluarlos y extenderlos. Como se ve, existe ese acuerdo básico ya conocido sobre las virtudes de la participación y la necesidad de fomentarla a nivel europeo. ¿Este tipo de declaraciones supondrá un avance real en el tema? Resulta difícil de saberlo, pero desde luego es un primer paso. ● (JB)

Actuaciones sobre la prescripción de medicamentos

Morera Bañas T, Larrubia Muñoz O, Escortell Mayor E.

«Problemas sentidos por médicos de Atención Primaria del Área 3 de Madrid en la prescripción de medicamentos genéricos.

Estrategias de mejora».

Semerger 2007; 33: 119-126

Madridejos Mora R, Parada Aradilla MA, Tomas Sanz R.

«Sistemas de gestión para la renovación de recetas médicas: la visión del usuario y del profesional sanitario».

Aten Primaria 2007; 39: 195-200

La preocupación sobre los temas relacionados con la prescripción de medicamentos es una de las constantes en todos los sistemas sanitarios, mayor aun en España por la conciencia que existe de los problemas que plantea el gasto farmacéutico sobre la sostenibilidad del sistema sanitario, pero también sobre los problemas que plantea el modelo actual de recetas, sobre todo en los enfermos crónicos. Los dos artículos responden a estas preocupaciones. El primero analiza las estrategias de incentivación de prescripción de genéricos en un área sanitaria de Madrid, en la que se han realizado 2 tipos de intervenciones: entrevista grupal y monitorización personalizada mensual. Los resultados señalan un aumento en la prescripción de genéricos similar con ambas estrategias (4,46% y 4,18% respectivamente). Por otro lado se recogen las opiniones de aquellos médicos en los que no resulta eficaz la intervención, entre las que resaltan la carencia de tiempo para poder hacer el cambio en pacientes que llevan tiempo tomando medicamentos de marca, la sustitución frecuente por parte de los farmacéuticos y el fenómeno de inducción por parte de los especialistas. El artículo, que también repasa los problemas reseñados al respecto, tiene como mayor limitación la ausencia de estudio estadístico.

El segundo artículo aborda un problema distinto: la opinión de los médicos y usuarios sobre un sistema informatizado de repetición de recetas médicas. La satisfacción de usuarios y profesionales era bastante alta (8,4 y 7,42 respectivamente). El 86,9% de los usuarios recogieron las recetas en el plazo fijado y el 83,9% señalaron no haber tenido problemas. El 98% de los médicos opinaba que se había producido una mejora en la gestión de las consultas. El artículo refuerza la idea de que es relativamente fácil mejorar de forma sustancial las prescripciones a los enfermos crónicos por medios informatizados, favoreciendo una descongestión de las consultas. Se señala en el artículo que el 80% de las recetas en el Reino Unido se emiten según este sistema. No obstante, hay que tener en cuenta algunos problemas que se detectan, por ejemplo, el 14,2% de los usuarios señala que le ha faltado alguna receta, el 23,3% que le ha sobrado alguna receta, y un 11,9% que ha tenido que pedir cita con el médico por falta de medicación. Se han detectado 69 errores (en una muestra de 429 pacientes, es decir en el 16,8% de los estudiados): 34 relacionados con el usuario, 31 con el médico y 4 errores debidos al programa informático. Es difícil hacer una valoración de la importancia de los mismos porque no se han comparado los datos con el sistema tradicional, que posiblemente plantee una proporción similar o mayor de problemas. En resumen: parece una buena solución con resultados bastante aceptables, pero hay que estar atentos para asegurar la calidad de la prescripción y minimizar los errores. ● (JB)

Instituto C.B. Medical
CBM

30 años de experiencia

La clínica está acreditada en la Comunidad de Madrid con el número de inscripción CS6951



ABORTO LEGAL

- I. V. E.
- Aborto con anestesia local y general
- Vasectomía
- Fimosis
- Frenillo
- Ligadura de Trompas
- Pildora R. U.
- Pruebas de Paternidad
- Otras Cirugías

Instituto C.B. Medical
CBM

Tel. 91 308 30 00 • Abierto también fines de semanas • Videoconferencia a nivel Internacional • www.clinicacbm.com

Convocatorias

Barcelona:
Curso sobre GLOBALIZACION Y MEDICAMENTOS
Universidad de Barcelona. ACDSP-FADSP
17-19 de julio de 2007

Salvador de Bahía (Brasil)
XIV Congreso Internacional de Políticas de Salud
Equidad y derecho a la salud: un imperativo ético global
15-18 de julio de 2007

WEBS

www.fadsp.org

ADSP de Salamanca:
<http://salamanca.fadsp.org>



Reseña Bibliográfica



El libro contiene una visión crítica de la situación de la sanidad madrileña. A lo largo de varios capítulos destacados profesionales sanitarios analizan aspectos diferentes del funcionamiento de la misma, haciendo un repaso de antecedentes que han llevado a esta situación, parándose de forma especial en las condiciones en las que la Comunidad de Madrid, gobernada por el PP., asumió las transferencias y el déficit que eso genera en la situación actual. También se apuntan salidas y alternativas así como soluciones a los problemas planteados, que pasan ineludiblemente por un cambio político en la Comunidad de Madrid.