

Area de Políticas Públicas, Sociales y Estado del Bienestar

OBSERVATORIO

POLÍTICAS DE SALUD

2010
JUNIO
4

La situación de la Salud y el Sistema Sanitario en España

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Director Observatorio:

MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE

MANUEL MARTÍN GARCÍA, JOAN CANALLS,
SANTIAGO PORRAS, CARMEN MANCHEÑO,
MERCEDES BOIX, MARÍA LUISA LORES,
JAVIER GONZÁLEZ MEDEL, CARLOS PONTE,
LUIS PALOMO, CARMEN SÁNCHEZ.



Fundación 1º de Mayo | Centro Sindical de Estudios
C/ Arenal, 11. 28013 Madrid. Tel.: 913640601. Fax: 913640838
www.1mayo.ccoo.es | 1mayo@1mayo.ccoo.es

Observatorio Medios de Comunicación y Sociedad. ISSN: 1989-6050

La situación de la Salud y el Sistema Sanitario en España

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En nuestro país se verifica un nivel aceptable de salud, si bien es cierto que existen diferentes estratos en la salud de la población vinculados fundamentalmente a diferencias de carácter socioeconómico, así como se constatan diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas.

Pese a ello es indudable que la equidad en salud es el principio que guía nuestro sistema sanitario, como pone de manifiesto el hecho de que la atención sanitaria tenga carácter público, un alto nivel de prestaciones y de calidad científico-técnica, su vocación preventiva, su accesibilidad, universalidad y gratuidad en el momento de uso. Un sistema que debe prepararse para afrontar nuevos retos en salud, derivados, fundamentalmente de cambios demográficos derivados de una mayor longevidad de la población.

Por todo ello es necesario establecer un buen diagnóstico del Sistema Sanitario en España que contribuya a mejorar y homogeneizar el nivel de salud de la población. Un diagnóstico que aborde la situación de dicho Sistema Sanitario desde diferentes ángulos: su legislación, su financiación, su gestión, la situación de los profesionales de la salud, la investigación, el gasto farmacéutico, la adecuación de los diferentes subsistemas que integran el sistema, la vinculación y adecuación con su entorno, su democratización.

Este documento recoge las conclusiones y recomendaciones de un amplio informe que lleva como título “La situación de la Salud y el Sistema Sanitario en España” elaborado por el Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1º de Mayo, y se acompaña de algunos datos clave para su lectura, así como de una batería de propuestas que se consideran necesarias para la mejora del Sistema Sanitario en España.

Los distintos capítulos del informe serán publicados periódicamente en la página Web de la Fundación 1º de Mayo (www.1mayo.ccoo.es):

1. LA SITUACION DE SALUD EN ESPAÑA

Manuel Martín

2. DESIGUALDADES EN SALUD

Manuel Martín

3. FINANCIACION SANITARIA

Marciano Sánchez Bayle

4. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Joan Canalls

5. EL PAPEL DE LAS CCAA Y LA COHESION DEL SNS
Joan Canalls
6. EL DESARROLLO LEGISLATIVO DE LAS CCAA
Joan Canalls
7. LA ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO
Manuel Martín
8. LAS MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS
Santiago Porras
9. LA SALUD LABORAL
Carmen Mancheño
10. SALUD Y GENERO
Mercedes Boix
11. LA SITUACIÓN DE LOS HOSPITALES EN ESPAÑA
María Luisa Lores
12. La ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD EN ESPAÑA
Javier Gonzalez
13. CRISIS Y PERSPECTIVAS DEL MERCADO FARMACÉUTICO
Carlos Ponte
14. INVESTIGACION EN SALUD
Luis Palomo
15. LOS PROFESIONALES DE LA SALUD: NECESIDADES Y FORMACION
Marciano Sánchez Bayle
16. PARTICIPACION SOCIAL Y PROFESIONAL
Carmen Sánchez

1.-LA SITUACIÓN DE LA SALUD EN ESPAÑA

Conclusiones

Disponemos de un buen sistema sanitario que en líneas generales garantiza una atención universal, equitativa y de calidad aceptable, aunque algunas deficiencias en el desarrollo de algunas áreas relevantes plantea problemas de irracionalidad, ineficiencia y desigualdad. La progresiva privatización del sistema puede plantear en el futuro problemas de acceso a los recursos especialmente para la población con menor nivel de recursos.

La población en general goza de un buen nivel de salud, aunque el progresivo envejecimiento de la misma incrementará la carga global de enfermedad, que avanza hacia un patrón crónico degenerativo, que exigirá más recursos económicos y de atención socio sanitaria

El nivel de funcionamiento y calidad de los servicios es aceptable, especialmente en los referente a salud pública y actividades de prevención y promoción de salud. Existen problemas de coordinación entre niveles

La situación medioambiental se caracteriza por unas relaciones sociales seguras aunque existen problemas en la calidad del aire, el tráfico y de riesgos laborales excesivos.

Los hábitos de vida son saludables en lo relacionado con la alimentación, aunque hay problemas con el tabaquismo y el consumo excesivo de bebidas alcohólicas.

Las financiación del sistema es insuficiente, y tiene su reflejo en los déficit de camas hospitalarias, especialmente de media y larga estancia para atender a enfermos crónicos y discapacitados, faltan dentistas y faltan enfermeras que garanticen una oferta de cuidados adecuadas al envejecimiento de la población.

La gestión de los centros es mejorable observándose problemas de eficiencia en hospitales, en las listas de espera de listas y en la calidad de la atención, como se objetiva en la elevada mortalidad por cáncer de colon o de cesáreas.

Recomendaciones

Es necesario garantizar que el sistema sanitario mantiene su carácter universal, por consiguiente, la gratuidad del sistema en el momento de uso, y, al tiempo, incrementar la eficiencia en el gasto y la calidad de las prestaciones, así como incorporar aquellos servicios derivados de las nuevas necesidades de la población.

Para todo ello, el carácter eminentemente público del sistema sanitario debe ser salvaguardado. Ello implica frenar la actual deriva privatizadora, menos eficiente a iguales prestaciones, y revertir hasta donde sea posible su actual grado de implantación.

Asimismo, es preciso incrementar la financiación del sistema, bajo un criterio de suficiencia que atienda las nuevas necesidades socio sanitarias de la población.

El reforzamiento de la Atención Primaria es fundamental para mantener e incrementar el buen estado de la salud de la población. Pero además es preciso actuar coordinadamente con otras autoridades administrativas que garanticen una minoración de los riesgos para la salud, así como incrementar la relevancia de las actuaciones en materia de salud pública.

2.- DESIGUALDADES EN SALUD

Conclusiones:

Existen importantes diferencias territoriales en financiación sanitaria, en recursos hospitalarios como camas hospitalarias (sobre todo de crónicos) y en recursos tecnológicos (cuya distribución carece de lógica) y en personal sanitario.

La Atención Primaria presenta déficit de recursos que limitan su capacidad resolutoria existiendo importantes diferencias entre CCAA.

El nivel de salud es bueno en general lo mismo que las políticas de prevención aunque existen problemas con la mortalidad evitables que afectan especialmente a las CCAA menos desarrolladas.

Hay problemas en la calidad de la prescripción y en el desarrollo de programas de promoción y prevención de salud.

Las desigualdades de recursos, en la organización y funcionamiento de los servicios, en los programas de salud integral, en las actividades preventivas, etc. explican en gran parte las diferencias territoriales en los niveles de salud, la racionalidad de la distribución de los recursos y la calidad de la atención

Los hombres mueren antes, las mujeres padecen más enfermedad, síntomas y malestar.

En el acceso efectivo a la atención de salud de calidad de acuerdo con la necesidad, existe un sesgo de género en la atención sanitaria

Las mujeres soportan mayor carga de responsabilidades y poder en el cuidado de la salud: El cuidado de la salud, sobre todo en el ámbito familiar, es un trabajo asumido mayoritariamente por las mujeres que repercute en su salud

El impacto de los roles de género sobre la salud muestra distintos resultados para mujeres y hombres, que difieren además por clase social

Cuidar resulta ser un factor de riesgo de mala salud emocional para las mujeres, pero no para los hombres.

Las mujeres tienen peor salud percibida, salud mental deficiente y utilizan más la consulta de medicina general, una vez controladas las demás variables estudiadas

Las clases sociales más bajas tienen menor esperanza de vida, peor salud y hacen un mayor uso de los servicios sanitarios públicos

Nuestro sistema sanitario garantiza la equidad en el acceso a los servicios públicos

Recomendaciones

Poner en marcha el Plan de de Salud integrado y los Planes de Salud Autonómicos para ajustar los recursos a las necesidades de salud de la población

Desarrollar un Sistema de Información a nivel estatal, que permita evaluar la situación de salud en todas las CCAA, que tenga en cuenta las variables de género y de clase.

Realizar investigaciones sobre las diferencias de salud atendiendo a las variables de género y clase social

Desarrollar la Ley de Cohesión del Sistema Nacional de Salud

Cambiar la dinámica partidista del Consejo Interterritorial de Sanidad para que asuma la coordinación de las políticas central y autonómica

Abandonar la política de privatización del sistema basada en la introducción de mecanismos de mercado y la competencia en las relaciones sanitarias

Integrar los regímenes especiales de MUFACE, ISFAS y MUJECU en el régimen general de la Seguridad Social

Cambiar el Modelo de Financiación Autonómico recuperando su carácter su redistributivo y finalista

3.- FINANCIACIÓN SANITARIA

Conclusiones

Nuestro país tiene un gasto sanitario moderado con buenos resultados en salud, no existe ningún motivo que sustente la supuesta insostenibilidad del SNS.

Tampoco hay motivos que justifiquen el establecimiento de copagos que aparte de ser insolidarios suponen barreras a la accesibilidad a los servicios sanitarios para los que mas los necesitan.

Los presupuestos sanitarios de las CCAA decrecen en 2010, siendo globalmente insuficientes, pero esta insuficiencia es mayor en aquellas CCAA con gobiernos conservadores

Sigue existiendo una diferencia muy notable, y no justificable, entre CCAA en cuanto a los presupuestos per capita

Estas diferencias/infrapresupuestación están en el origen de los problemas asistenciales de algunas CCAA.

El crecimiento del gasto farmacéutico se sitúa muy por encima de la evolución presupuestaria y plantea serios problemas si no se logra controlar.

Como era de prever el nuevo modelo de financiación autonómica no ha supuesto mejoras en los presupuestos sanitarios, debido a su carácter no finalista, de manera que muchas CCAA, especialmente las de gobiernos conservadores no han trasladado los beneficios del modelo a los presupuestos sanitarios.

Recomendaciones:

Es preciso establecer sistemas de información homologables, actualizados y desagregados al menos por CCAA. Se trata de un objetivo fácil de desarrollar dado el nivel de desarrollo que tiene la recogida de información de las CCAA. Habría que exigir que todas las CCAA de manera periódica, semestral o anualmente facilitasen los indicadores que por cierto ya se aprobaron para el conjunto del SNS.

El fundamento está en que la información sanitaria debe de estar disponible para todos los ciudadanos y que es un elemento clave en la transparencia y responsabilidad de las administraciones públicas. No parece que pueda tolerarse, ni que existan motivos que lo justifiquen, que la información sobre una actividad que sufragamos todos los ciudadanos con nuestros impuestos permanezca secuestrada para la opinión pública.

Se debe dotar de capacidad al Consejo Interterritorial del SNS para tomar decisiones vinculantes. Se deberían articular mecanismos que permitieran la toma de decisiones vinculantes en el seno del Consejo Interterritorial, por ejemplo facilitando sistemas de votación que permitieran mayorías cualificadas.

Es imprescindible el desarrollo del Plan Integrado de Salud. Hay que establecer los objetivos del SNS, para ello debería aprobarse un Plan Integrado de Salud que permitiera orientar la política sanitaria y establecer objetivos de salud a medio y largo plazo.

En cuanto a la financiación sanitaria, ésta debe contar con un carácter finalista, con incentivos al cumplimiento de los objetivos del Plan Integrado de Salud y a la facilitación de información sanitaria básica.

La financiación sanitaria debe de establecerse con mecanismos que permitan su utilización con este fin específico, y además hay que establecer incentivos económicos al cumplimiento de los objetivos centrales del SNS establecidos en el Plan Integrado de Salud, y a la cumplimentación de los indicadores establecidos para el conjunto del SNS, conceptos estos a los que deberían condicionarse todos los nuevos recursos que se aporten al sistema de financiación sanitaria.

En teoría se trata de medidas fáciles de adoptar y que permitirían avances importantes, para que el SNS sea eficaz y eficiente, a la hora de asegurar la solidaridad y la equidad que son uno de sus objetivos principales.

4.- EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Conclusiones

El sistema sanitario público es uno de los pilares fundamentales del estado del bienestar y la defensa de su mantenimiento es primordial para su supervivencia. Para ello es imprescindible articular un amplio movimiento social y profesional que detenga la tremenda ofensiva de desmantelamiento de los servicios públicos que se está viviendo en nuestro país.

La equidad, e igualdad en la cobertura debe ser un objetivo estratégico de cualquier SNS. La supuesta universalización de la asistencia sanitaria en nuestro país no se ha completado al existir, todavía, aseguramiento múltiple con financiación pública y prestaciones diferentes para colectivos concretos. El permitir éstas dualidades compromete seriamente la equidad, la eficiencia y la calidad en la prestación sanitaria pública, a la vez que genera una disminución de la presión social y política para mantener un servicio de calidad de determinados grupos sociales, que por su poder económico salen del sistema. Quien no tenga capacidad de contratación, se quedará dentro, y un servicio para pobres, se convierte en un pobre servicio.

En lo relativo a los modelos de gestión sanitaria que han proliferado en distintas CCAA, es llamativa tanto la ausencia de información contrastada como la carencia de evaluación de los mismos en los que, naturalmente, incide la gran disparidad de modelos existentes y la falta de interés en publicar resultados que podrían evidenciar que “para éste camino no hacían falta alforjas”.

Uno de los cambios importantes que promovía la LGS era la integración de la actividad asistencial con las actividades preventivas y de salud pública. Lamentablemente la salud pública se encuentra, en la actualidad, en una cómoda posición preventivista y no en la activa, que debería tener, de elemento de soporte de conocimiento para la definición y ejecución de políticas públicas en relación con la protección de la salud.

Recomendaciones

La universalización real de la atención sanitaria pública en nuestro país es factible y necesaria.

El SNS debe ser el garante de la cobertura sanitaria común para todos los ciudadanos, desligando el derecho a la prestación sanitaria, prestación no contributiva, de las prestaciones contributivas de la SS, facilitando su ejercicio como prestación individual a la que se accede por el simple hecho de ser ciudadano.

Este derecho, a su vez, debe poder ser ejercido en condiciones de igualdad, lo que convierte al aseguramiento único en el gran reto de la universalización.

La masiva utilización de los servicios públicos es la mejor defensa para su permanencia a largo plazo, reto político que no muchos gobiernos están dispuestos a aceptar.

Las Administraciones implicadas (tanto gobierno central como CCAA) deben potenciar el carácter público del SNS, deteniendo las privatizaciones, potenciando el sistema público en las nuevas infraestructuras y reintegrando a la red pública todos aquellos centros privatizados o con sistemas de gestión privada.

5.- EL PAPEL DE LAS CCAA Y LA COHESIÓN DEL SNS

Conclusiones

En España el nivel de desigualdad territorial muestra más diferencias de las que se justificarían por la simple situación de salud de la población, tanto en organización, prestaciones, como sistemas de información. No obstante, es posible que las desigualdades intracomunitarias sean tanto o más acusadas que las desigualdades entre CCAA y, en éste sentido, la descentralización también ha tenido efectos positivos en cuanto a la “equidad” al contribuir a reducir desigualdades internas en salud.

Las formas de colaboración bilateral y multilateral entre CCAA enriquecen el tejido sanitario del país. Estas relaciones deben basarse en el principio de aprovechar las sinergias de compartir, coordinar, colaborar y evitar las fricciones de la uniformidad obligatoria. Desarrollar mecanismos de coordinación que favorezcan ésta cooperación entre CCAA a través de políticas públicas que, desde el respeto a la autonomía de las CCAA para la organización de sus servicios sanitarios, permitan la consolidación del SNS debería ser una de las prioridades

El SNS español debe aprovechar mejor las ventajas de la descentralización, empezando por compartir determinados costes (como el político de decir no a la financiación pública de tratamientos no coste-efectivos). Para alcanzar estos fines, el CI, tal como proponemos después, debería ganar poder ejecutivo, trascendiendo más allá de su actual carácter meramente consultivo y voluntarista. No hay duda de que debe fijar límites mínimos de prestaciones, acceso, calidad, tiempos, etc., pero la gran cuestión es qué competencias debe tener para intervenir si se aprecia claramente que una comunidad no está alcanzando esos mínimos o entra en un proceso de insubordinación.

Es precisa una reforma en profundidad del modelo de financiación en general, y del Fondo de Cohesión en particular, para reducir las inequidades interterritoriales que se producen en la actualidad. El SNS debe ser un espacio

abierto en donde los servicios sanitarios gestionados por las CCAA han de ser receptores incondicionados de otros ciudadanos sanitarios no ubicados en el ámbito de dicha CCAA. Esta visión fomenta la migración de pacientes y usuarios entre CCAA. En cualquier caso es necesario, a la hora de transferir fondos, partir de las necesidades reales de salud de la población, para lo que es imprescindible la elaboración de un Plan Integrado de Salud como instrumento para favorecer las políticas de salud y la cohesión del SNS.

Recomendaciones

Es imprescindible reforzar el papel del CI, con el fin de recuperar el ámbito de las decisiones comunes, aprovechar sinergias, reducir costes políticos y de transacción y ganar economías de escala y alcance. Para ello se debería de considerar como un órgano con mayor capacidad de decisión que el actual, basado en la regulación y coordinación, teniendo entre sus funciones el evitar la existencia de diferencias en la prestación sanitaria entre CCAA, garantizando que sea efectiva en todo el territorio nacional una cartera de servicios básica y común y promoviendo los acuerdos necesarios que aseguren la cohesión y sostenibilidad del SNS. Para todo ello:

- Se deberían articular mecanismos que permitieran la toma de decisiones vinculantes en el seno del CI, por ejemplo facilitando sistemas de votación que permitieran mayorías cualificadas.
- Determinar cuál debe ser la cartera de servicios del SNS, estableciendo un proceso de revisión y evaluación de la cartera actual bajo el consenso de todas las CCAA. La cartera de servicios comunes del SNS español recoge uno de los paquetes de servicios sanitarios más amplios del mundo. Proponemos el establecimiento de mecanismos que compatibilicen la agilidad con la rigurosidad científica, para garantizar la incorporación de las nuevas tecnologías y procedimientos a la cartera de servicios comunes en el más breve tiempo posible (siempre que se haya demostrado suficientemente su efectividad, seguridad y eficiencia). Las CCAA pueden tener sus propias carteras de servicios pero, teniendo en cuenta que ésta, como se ha comentado, es una de las más amplias del mundo, si somos capaces de ir actualizándola con la suficiente agilidad no hay por qué suponer que se vayan a producir inequidades en el acceso a las prestaciones y servicios sanitarios entre ciudadanos de distintas CCAA.

Es imprescindible diferenciar, en cualquier revisión del modelo de financiación, entre fondos de cohesión destinados a reducir desigualdades entre CCAA, como es el caso de los servicios de referencia, y otros fondos destinados a compensar a las CCAA por la asistencia que presten a pacientes desplazados, tanto nacionales como comunitarios y, en su caso, extranjeros. Proponemos una reforma en profundidad del Fondo de Cohesión, que pasaría a desdoblarse en un fondo para la atención a pacientes desplazados, y un fondo de cohesión (o “fondo de igualdad” propiamente dicho), para reducir desigualdades no deseadas y para realizar políticas de salud de ámbito suprarregional. En cualquier caso los cambios en el modelo de financiación sanitaria pasarían por dotarlo de carácter finalista y condicionar las transferencias de fondos al cumplimiento de objetivos de salud, como por ejemplo incentivando el

cumplimiento de los objetivos del Plan Integrado de Salud, antes expuesto, o la facilitación de información sanitaria básica, incluyendo la relativa a listas de espera.

6.- EL DESARROLLO LEGISLATIVO DE LAS CCAA.

Conclusiones

Unificar los derechos de todos los ciudadanos y ciudadanas en relación con las prestaciones sanitarias es una dimensión básica cuando se discute de cohesión y coordinación del sistema. La heterogeneidad es admisible sólo a partir de cierta cota, por debajo de la cual debe imperar la uniformidad para que la ciudadanía sanitaria sea única y homogénea, e incluso las prestaciones financiadas con cargo a fondos propios de las CCAA deben tener la consideración de prestaciones del SNS.

Es imprescindible el garantizar un conjunto de prestaciones homogéneas para todos los ciudadanos con independencia del lugar de residencia, así como la movilidad de los ciudadanos con su cobertura en todo el territorio. Esta posición es una clara garantía para los ciudadanos del SNS, luego las distintas Administraciones Públicas deberán articular los mecanismos adecuados de compensación y flujos financieros.

La información sanitaria debe de estar disponible para todos los ciudadanos y es un elemento clave en la transparencia y responsabilidad de las administraciones públicas. La falta de un sistema de información integrado del SNS español es, probablemente, el principal obstáculo para avanzar hacia mejoras de salud, reducción de desigualdades y de ineficiencias.

La descentralización sanitaria ha supuesto una gran pérdida de información para el sistema. No parece que pueda tolerarse, ni que existan motivos que lo justifiquen, que la información sobre una actividad que sufragamos todos los ciudadanos con nuestros impuestos permanezca secuestrada para la opinión pública. No hay cohesión posible sin información comparable sobre salud, recursos, acceso, utilización y costes.

Una de las desigualdades que la sociedad percibe como más grave son los tiempos de acceso en términos de lista de espera. Este problema ha alcanzado en nuestro país niveles socialmente inaceptables, con diferencias importantes entre CCAA siendo, en la actualidad, una de las principales asignaturas pendientes de nuestro sistema sanitario.

La valoración global de la descentralización sanitaria ha de ser positiva pese a las inequidades existentes, muchas de ellas ya presentes antes de la finalización del proceso de las transferencias sanitarias, que, obviamente, se deben corregir para garantizar la equidad y credibilidad del sistema. El acercamiento de los temas y de las decisiones sanitarias a las administraciones autonómicas, ha hecho que la sanidad haya pasado a ser uno de los asuntos prioritarios en las agendas políticas de las distintas autonomías, produciéndose mejoras importantes en las infraestructuras y en las

organizaciones sanitarias, especialmente en aquellas CCAA que, históricamente, tenían más retraso al respecto, lo que ha disminuido el componente intrarregional de la desigualdad sanitaria.

Recomendaciones

Urge articular un sistema de información integrado del SNS que lo dote de los sistemas de información y los órganos técnicos adecuados para permitir un proceso de toma de decisiones basado en el conocimiento y las mejores prácticas, superando las habituales e inefectivas prácticas de “marketing”, en un sistema que por su descentralización permite el desempeño de prácticas diferentes.

Es preciso definir estándares, plazos y contenidos del sistema de información y habría que exigir que todas las CCAA de manera periódica facilitasen los indicadores, que por cierto ya se aprobaron para todo el conjunto del SNS. También habría que poner en funcionamiento un “Observatorio sobre Desigualdades sociales y salud” y otro sobre “nuevos modelos de gestión”.

Mención aparte merecen los sistemas de información sobre listas de espera. Es imprescindible terminar con el ocultismo actual que existe acerca de la situación real de éste importante problema social y sanitario, y para ello habría de exigir a las CCAA que sus sistemas de información se dotaran de la suficiente transparencia.

La mejor terapia para prevenir desigualdades relacionadas con el acceso y uso de las nuevas tecnologías es la protocolización de la atención sanitaria (guías clínicas de carácter nacional). Para ello sería útil la creación de una Agencia Nacional de Calidad Clínica y Evaluación de Tecnologías (al estilo del NICE inglés).

7.- LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

Conclusiones

Los resultados de las fórmulas “mixtas” público/privado de gestión, que en todos los casos aspira a liberarse de controles administrativos y presupuestarios y dotarse de marcos de regulación y gestión de personal más flexibles y específicos, muestran que no solo no mejoran la eficiencia de la gestión respecto de la gestión pública, sino que son más costosas, reducen prestaciones, limitan el acceso a los recursos, son menos incentivadoras, mas opacas, dificultan la integralidad, la coordinación de los niveles asistenciales y la participación ciudadana y profesional.

Pero probablemente el mayor riesgo para el sistema público lo constituya la financiación, construcción y gestión de los nuevos centros sanitarios a través de la colaboración público privada ya además de que su elevado coste reduce los fondos disponibles para asistencia sanitaria y pone en riesgo la sostenibilidad económica del sistema, pueden favorecer que las empresas adjudicatarias adquieran una posición monopolística imposible de revertir.

Recomendaciones

El negocio de la salud debe ser denunciado y desterrado del discurso político sobre salud, que debe centrarse en las necesidades reales de la población de y en la cobertura de las mismas por parte del sistema público.

La descentralización competencial no puede traducirse en la fractura de los derechos sanitarios de la población. Se hace preciso interponer medidas organizativas que garanticen su cohesión desde el punto de vista de los recursos y su equidad desde el punto de vista de los usuarios del sistema.

8.- MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS

Conclusiones

El mantenimiento del mutualismo es injustificable tanto desde la óptica de la equidad como desde la racionalidad administrativa.

En el primero de los casos, dado que las prestaciones y las condiciones de acceso a las mismas guardan marcadas diferencias con relación a las prestaciones del SNS.

Desde el punto de vista de la racionalidad administrativa, además de mantenerse un desdoblamiento innecesario, la propia existencia de las Mutualidades de Funcionarios contraviene el espíritu de la legislación nacional al respecto.

Recomendaciones.

En el caso de mantenerse las mutualidades de funcionarios como una opción a extinguir en cuanto a la cobertura sanitaria, sería preciso regular que el contenido de las prestaciones y sus condiciones de acceso fuese idéntico al del SNS en todas las ocasiones.

Ello implicaría adaptar y converger, entre otras actuaciones, en la aportación en el caso de la prestación farmacéutica ambulatoria, en las ayudas económicas para diferentes prestaciones como las bucodentales o determinadas ortesis, y en la prestación sanitaria a los funcionarios que desempeñan sus funciones en el exterior de España.

Al mismo tiempo, debe garantizarse que los servicios de salud reciban la cuota capitativa correspondiente a todos los mutualistas que hayan optado por el SNS y que las mutualidades ingresan actualmente en la Tesorería de la Seguridad Social.

La alternativa –siempre mejor que la indefinición actual– sería construir sistemas estancos, sin vasos comunicantes, en los que fuese posible la cooperación compensada al coste real.

Esto implicaría la necesidad de abordar un proceso de armonización en el coste de la asistencia sanitaria que prestan estas Mutualidades a sus titulares y beneficiarios, en concordancia con el resto de Regímenes de la Seguridad Social, y todo ello sin perjuicio del mantenimiento de las peculiaridades que, en cuanto a la forma de realizar la prestación de la asistencia sanitaria, contiene la normativa especial del Mutualismo Administrativo.

9.- LA SALUD LABORAL EN ESPAÑA

Conclusiones

Los daños que sufren las trabajadoras y los trabajadores son un indicador social de primera magnitud que revela situaciones de injusticia y desigualdad que una sociedad, que se pretende desarrollada y avanzada socialmente, no se puede permitir.

El aumento de la actividad preventiva no ha implicado una mejora en las condiciones de trabajo y salud, principalmente por la falta de integración de la prevención en las empresas que trasluce de forma inequívoca una falta de compromiso y de implicación de los empresarios.

Para obtener mejoras en prevención es imprescindible aumentar la participación de los trabajadores en la obtención de conocimiento y la realización de intervenciones.

Aunque aún no se puede dejar de lado la lucha contra los accidentes, es necesario abordar de manera decidida la problemática de las enfermedades profesionales y las enfermedades relacionadas con el trabajo.

Es absolutamente necesario reforzar el papel de la salud pública en la salud laboral, impulsando un mayor protagonismo de las administraciones sanitarias.

Es urgente acometer una reforma en profundidad de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales orientada fundamentalmente a su democratización.

La coordinación entre las Administraciones Central y Autonómicas, y entre las sanitarias y las laborales, es condición necesaria para el correcto funcionamiento del sistema español de prevención.

Las políticas de empleo y de prevención deben evolucionar juntas, no se puede mejorar las condiciones de trabajo y salud de los trabajadores sin actuar de forma decidida sobre las diferentes formas de precarizar el empleo.

Además, en el momento actual de crisis económica, donde las condiciones de trabajo ceden paso ante las necesidades de empleo de la población, se hace imprescindible que sean las Administraciones quienes con mayor fuerza lideren este camino, asumiendo políticas de gobierno que junto con los agentes

sociales permitan mejorar las condiciones de vida y salud de los trabajadores y trabajadoras de nuestro país. En este sentido, se hace imprescindible el desarrollo e implementación de todas las actividades contenidas en la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Recomendaciones

Para favorecer la integración sería necesario establecer como requisito obligatorio que todas las empresas dispusieran de recursos preventivos propios y dimensionados en función del tamaño de la empresa.

Desarrollar políticas sanitarias que integren el trabajo como factor determinante de la salud, es incoherente definir unas políticas de salud en la población trabajadora sin reconocer el lugar central que ocupa el trabajo, tanto en la construcción de la salud como en su destrucción.

En este ámbito es fundamental crear y potenciar allí donde ya existen, las unidades de salud laboral como servicios de apoyo de salud laboral en el sistema sanitario.

Es preciso poner en marcha sistemas de información y vigilancia en salud laboral que incorporen e integren la información sanitaria y laboral que nos permitan detectar y conocer la verdadera magnitud de los daños a la salud derivados del trabajo.

10.- SALUD Y GÉNERO

Conclusiones

El ministerio de sanidad y consumo está haciendo un trabajo teórico muy importante en la mayoría de las áreas relacionadas con salud y género.

Sin embargo, hay algunas cuestiones contradictorias en el desarrollo de algunas leyes. ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia, que en su desarrollo está suponiendo una carga a las mujeres al dejar al dependiente en el hogar, y a cargo de estas en la mayoría de los casos. También en las normativas sobre conciliación de la vida laboral y familiar, dado que solo concilian las mujeres, lo que dificulta su inserción laboral y su promoción.

La transmisión de este trabajo a las comunidades autónomas y la recepción por parte de ellas es mas dependiente de factores políticos partidistas que de las necesidades de la ciudadanía.

La transmisión del mensaje a las/os profesionales llega tarde, genera muchas resistencias y a veces es vivida como una intromisión de la administración en la autonomía de los profesionales y un cuestionamiento de su buen hacer, mas que como una guía y una colaboración.

Se tiene la impresión de que los cambios se promocionan demasiado lejos de los centros.

Recomendaciones

Mejorar la transmisión de la información desde el ministerio hacia los profesionales, mejorando la comunicación de las comunidades autónomas con el ministerio de sanidad. Acercarse a los profesionales y a los ciudadanos.

Crear una red única para la atención en salud reproductiva que aborde también salud sexual y salud mental con perspectiva de género. A su vez dicha red pondría en marcha la aplicación de la nueva ley del aborto en el SNS.

Incluir además de mencionarlo, los problemas de salud de los hombres en las políticas de género.

Mejorar la atención a la salud sexual en el SNS.

Reconocer el género como algo transversal y evitar legislar en ningún tema sin tener en cuenta esta perspectiva.

11.- SITUACIÓN DE LOS HOSPITALES EN ESPAÑA:

Conclusiones

Desde el acuerdo internacional en Alma-Ata, que situaba a la Atención primaria como eje de la asistencia para lograr el objetivo de salud para todos en el año 2000.

En España este acuerdo se traduce en la reforma de la atención primaria y la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, pero no solo no hemos conseguido los objetivos pactados sino que hemos tomado la dirección contraria, con incremento progresivo de la frecuentación hospitalaria en detrimento de la Atención Primaria.

Mirado desde otro ángulo, esto ha supuesto una sobrecarga de la atención hospitalaria, en gran medida innecesaria, y la consiguiente sobre medicalización de la población.

La amplia variabilidad en la frecuentación hospitalaria en las distintas CCAA, que no parece explicarse únicamente por las características de la población de cada una de ellas, abundan en la necesidad de una mayor racionalización e integralidad de los Servicios de Salud.

Este fenómeno es preocupantemente coincidente con la progresiva privatización de servicios hospitalarios, especialmente opacos, sobre todo teniendo en cuenta la inexistencia de estándares claros de calidad así como de indicadores fiable de evaluación de la misma.

Propuestas

La reforma de los hospitales públicos depende del compromiso de la Administración en frenar la deriva privatizadora, que descapitaliza los hospitales y desvincula a los profesionales, y en implantar la gestión de la calidad en el SNS. No es suficiente con garantizar a la población los tiempos de espera sino que también debemos garantizar la calidad de la asistencia sanitaria.

Es necesario disponer de estándares de referencia para todo el SNS, que sirvan de base a los responsables sanitarios y a los profesionales, sobre todo en determinados procesos de alta variabilidad, gran frecuencia o especial gravedad.

Parece urgente un cambio del modelo retributivo, utilizando conceptos ya existentes, como la carrera profesional, que premie la calidad y la adecuación sobre la cantidad, regule la jornada de tarde en los hospitales y exija y pague adecuadamente la dedicación exclusiva a los jefes de servicio, para evitar las perversiones del sistema actual.

Sería conveniente articular un dispositivo de calidad en los hospitales, potenciando y llenando de contenido las comisiones de calidad, que deberán tener relación estrecha con el servicio de documentación clínica y con los servicios asistenciales a través de una figura a implantar, los responsables de calidad de cada servicio o proceso asistencial.

Debe existir además un Plan de Formación Continuada y una línea prioritaria de investigación dirigida a contrastar el valor de las estrategias de calidad en el SNS¹.

12.- LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ESPAÑA

Conclusiones

El actual modelo público de Atención Primaria ha prestado y sigue prestando un servicio eficiente y esencial para la sostenibilidad del servicio sanitario y la mejora experimentada por la salud del conjunto de la población en España.

Ahora, en un contexto general fuertemente privatizador y políticas neoliberales, presenta problemas de insuficiente apoyo institucional -aunque sigue siendo muy bien valorada por los ciudadanos-, de funcionamiento y de rigidez y anquilosamiento del modelo.

Sin embargo, estos pueden ser superados con una apuesta política firme a su favor, una financiación suficiente y una reorganización que, manteniéndolo con

¹ Martín-Moreno JM. La importancia de generar evidencia invirtiendo en investigación sobre calidad asistencial- Rev calidad asistencial.2008;23(4):148-9.

sus características clásicas de puerta de entrada al sistema sanitario, trabajo en equipo y vocación comunitaria, permita el desarrollo amplio de sus profesionales y del servicio a todos los ciudadanos de manera útil y adaptada a los cambios sociales y a las nuevas necesidades de salud.

Más aun, cuando no se han constatado en nuestro entorno modelos de Atención Primaria de Salud alternativos al actual que cubran mejor y de manera mas equitativa, eficiente y universal las necesidades de salud de la población.

Recomendaciones

Mantener el carácter público de la Atención Primaria de Salud en nuestro país, tanto en su financiación como en su gestión y provisión.

Parar y revertir, de manera perentoria, su deterioro, fragmentación y el creciente aumento de las desigualdades en salud.

Dotarla de los recursos y la flexibilidad organizativa suficiente para que, manteniendo sus señas de identidad: universalidad, equidad y accesibilidad, aumente su capacidad de resolución, la capacidad de coordinación con los otros niveles asistenciales y la cantidad y calidad de los servicios que presta a los ciudadanos.

Ligar su funcionamiento al desarrollo y mejora de la cooperación profesional y con la comunidad, habilitando cauces efectivos de participación y decisión en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud y los Servicios Regionales correspondientes.

13.- CRISIS Y PERSPECTIVAS DEL MERCADO FARMACÉUTICO

Conclusiones

Las necesidades de salud, y no la rentabilidad de las empresas, han de ser la razón de los medicamentos y de las inversiones en este ámbito.

La escalada de precios, por otra parte, puede provocar el colapso financiero del sistema sanitario, como ha ocurrido con Medicare y Medicaid, cuando lo verdaderamente necesario son medicamentos esenciales e innovaciones terapéuticas que se puedan pagar. Ahora, cuando el mito de la bondad de la libertad de mercado se ha derrumbado con estrépito, el gobierno tiene que crear una estructura regulatoria que permita precios razonables, innovación, transparencia y el uso racional de los medicamentos.

Es cierto que, al igual que en el sector financiero, estas políticas deben tener alcance internacional porque se trata de empresas y mercados globales; pero el estado nación tiene responsabilidades propias que no puede eludir para asegurar la innovación y la función del medicamento como bien social.

Recomendaciones

Un mayor compromiso de la inversión pública en la investigación biomédica, con apoyo a los centros académicos y a las pequeñas empresas de biotecnología. La investigación requiere objetividad e independencia especialmente en la evaluación de los ECC. Como primer paso. Es necesario registrar todos los ensayos clínicos, regular su financiación y abrir - en fase III - el diseño y todos los datos al escrutinio de los científicos y del público.

Promover la transparencia en las relaciones de los médicos, el público, los medios de comunicación y los políticos con la Industria, para evitar la influencia y los sesgos de estas relaciones (en línea con la legislación de Massachusetts y Vermont, etc.) Educar a los médicos a través de la financiación pública.

Revisar las políticas desarrolladas desde la ley de Garantías (2006) y proponer iniciativas sensibles que refuercen la posición del Gobierno y de la AEMPS. Es preciso separar la autorización de la financiación, promover los genéricos y establecer los precios en base a valores (el medicamento como bien social) y su eficacia para el paciente (relacionar los precios con la eficacia terapéutica y la innovación). Control parlamentario, para evitar la deformación del mercado como ha ocurrido con los servicios financieros, de las primas y bonos, que recompensan a los ejecutivos, y de los beneficios accionariales.

14.- LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y BIOMÉDICA EN ESPAÑA

Conclusiones

La investigación que se realiza en los centros sanitarios, y la investigación que se realiza en organismos no estrictamente asistenciales pero con aplicabilidad sanitaria, debe contribuir tanto a mejorar la salud de los individuos como el funcionamiento y la toma de decisiones en las organizaciones y en los centros.

El dinamismo de la I+D es fundamental para mantener el crecimiento socioeconómico y la competitividad.

En España, cabe destacar el fuerte incremento de las inversiones en I+D entre 2001 y 2007, el aumento de la cantidad y del nivel de riesgo de las ayudas y la mayor implicación del sector privado.

Por el contrario, los recortes previstos para 2009-2010, la deficiente organización de las instituciones y organismos públicos de investigación y de las universidades, la falta de mentalidad empresarial para asumir riesgos y el escaso nivel de internacionalización del sistema español de ciencia y tecnología, serían los puntos débiles de la I+D española

Recomendaciones

Desde el punto de vista político, se debe mantener un esfuerzo creciente y sostenido para financiar la investigación

La financiación pública de la investigación biomédica se orientará preferentemente a las necesidades sanitarias identificadas

El ISCIII debe mantener su importante papel dinamizador de la investigación clínica y biomédica, bajo criterios de política sanitaria (Ministerio de Sanidad y Política Social) antes que de rentabilidad económica (Ministerio de Ciencia y Tecnología)

Se debe seguir apostando por la diseminación en red de la investigación, por la concentración de recursos en estructuras de apoyo y por el trabajo multidisciplinar

Se deben realizar esfuerzos informativos para trasladar a los ciudadanos las consecuencias de la investigación.

La ética científica, la transparencia y el rendimiento de resultados incumben tanto a la investigación financiada con fondos públicos como privados

Es preciso intensificar los esfuerzos en la formación en metodología científica, pre y postgrado, de los profesionales en ciencias de la salud

La competitividad de la investigación clínica y biotecnológica debe medirse tanto en sus resultados bibliométricos como, sobre todo, en sus repercusiones en la mejora de la salud poblacional y el bienestar social (creación de empleo, nuevas tecnologías, etc...)

15.- LOS PROFESIONALES DE LA SALUD: NECESIDADES Y FORMACION

Conclusiones

Para analizar las necesidades de profesionales de la salud en España hay un serio problema que es imprescindible solventar, y es la ausencia de un registro fiable de profesionales de la salud y de su cualificación.

A partir de ahí, con los datos disponibles, no parece que exista una especial necesidad de profesionales médicos, pero si de enfermería.

Recomendaciones

Lo que es imprescindible es una reforma de la especialización médica y una nueva definición del papel y las competencias de la enfermería en el sistema sanitario.

16.- PARTICIPACIÓN SOCIAL Y PROFESIONAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Conclusiones

La especialización, la sectorización y el gerencialismo, entre otros factores, han empujado al sistema sanitario público a su fragmentación, con graves daños en su efectividad.

Retomar la integralidad del sistema debe ser el punto de partida para ganar tanto en la calidad de las prestaciones y en la equidad del sistema como del empleo de los profesionales de la salud, y en la eficacia y en la eficiencia de los recursos públicos destinados a este fin.

Ello requiere instrumentos de cooperación y trabajo en red, dar prioridad a la Atención Primaria (como eje del sistema) sobre el “hospitalocentrismo”, a la continuidad de los servicios y a la pluridisciplinariedad sin perder o diluir el control público sobre parte alguna de nuestro sistema sanitario.

Recomendaciones

Se precisa la sustitución social del modelo de relación vertical por otro de decisiones compartidas. Pero para ello se precisa también de profesionales con la necesaria estabilidad que atiendan las necesidades reales de los servicios y que el sistema público ofrezca unas condiciones de trabajo y retributivas similares a la media de las existentes en el resto de los países de la Europa de los 15

Es imprescindible establecer un Plan integral de Salud participado que fije los objetivos para todo el SNS y que sirva de referencia para la *asignación de recursos humanos, de infraestructuras y de financiación adecuada*, con un sistema de información que mida los resultados en *salud* de lo que pretende y que genere conocimiento científico.

El ejemplo de algunas CC.AA en las que la Administración sanitaria ha iniciado procesos novedosos proponiendo y promoviendo la participación de las y los profesionales y de la comunidad en la toma de decisiones sobre la distribución de las partidas de los presupuestos sanitarios no deja de ser un referente de interés, pero que debe ser complementado y no orientarse exclusivamente a cogestionar unos presupuestos predeterminados *sin poder decidir sobre qué necesidades de salud* deben cubrirse presupuestariamente.

Para cubrir estas necesidades de salud y las carencias de la atención sanitaria es necesario y urgente aumentar la financiación del sistema y equiparla, al menos, a la media de los países de la UE-15, priorizando el gasto de tal manera que la Primaria esté dotada de medios y recursos suficientes para que dentro de las directrices del Plan Integral, alcance cotas altas de resolución y

ejerza todas sus actividades. La financiación de las CC.AA. ha de ser finalista y debe de guardar relación con la satisfacción de los objetivos de dicho Plan.

Es preciso contar con un sistema de indicadores homogéneos y válidos para que la ciudadanía conozcan la calidad del sistema, y pueda verificar así, informadamente, su derecho a elegir.

ALGUNOS DATOS

Esperanza de vida al nacer 2005

	Mujeres	Hombres
Suiza	83,2	78,8
Suecia	82,7	78,3
Noruega	82,9	78
Grecia	82,1	77,5
Irlanda	81,8	77,3
Austria	82,9	77,3
Italia	83,3	77,2
Reino Unido	81,4	77,1
España	83,3	77,1
Holanda	81,7	77
Luxemburgo	82,2	77
Francia	84	76,9
Alemania	82	76,6
Finlandia	82,8	75,8
Dinamarca	79,5	75,1
Portugal	81,6	74,9
Bélgica	80,8	74,2
Media	82,2	76,8

Fuente: Atlas de Salud en Europa Segunda Edición 2008.OMS

Algunos indicadores de salud. España y CCAA

	Esperanza de vida al nacer 2005 (años)	Tasa de años potenciales de vida perdidos por 100.000 habitantes 2002	% de población con expectativa de mala salud al nacer 2002
Andalucía	78,8	4.277,5	27,2
Aragón	80,5	3.760,7	19,9
Asturias	79,5	4.026,3	28,6
Baleares	80,4	4.120,5	28
Canarias	79,1	4.511,6	31,1
Cantabria	80,8	3.861,9	28,6
Castilla y León	81,2	3.550,9	28,9
Castilla - La Mancha	80,8	3.871,3	21,4
Cataluña	80,5	3.860,7	23,9
Comunidad Valenciana	79,6	4.323,1	19,6
Extremadura	79,7	3.862	26,4
Galicia	80,4	4.308	31,3
Madrid	81,4	3.584	22,9
Murcia	79,6	4.260,2	24,9
Navarra	81,5	3.668,4	20,7
País Vasco	80,7	3.840,3	20,6
La Rioja	81,2	3.773	18,2
Total	79,6	3.968,3	24,8

Fuente Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad

Gasto sanitario per capita

	\$ (poder paritario de compra)
Mínimo	219 (Turquía)
Máximo	7.290 (USA)
Media OCDE	2.984
España	2.671

Fuente: OECD Health Data 2009

Gasto sanitario en % sobre PIB

	% PIB
Mínimo	5,7 (Turquía)
Máximo	16 (USA)
Media OCDE	8,9
España	8,5

Fuente: OECD Health Data 2009

Crecimiento anual del gasto sanitario en los 10 últimos años

	Porcentaje
Mínimo	1,7 (Alemania)
Máximo	8,7 (Corea)
Media OCDE	4,1
España	2,7

Fuente: OECD Health Data 2009

Gasto sanitario per capita presupuestado por CCAA 2009 y 2010 (euros)

	2009	2010
Andalucía	1.194	1.180
Aragón	1.419	1.419
Asturias	1.456	1.507
Baleares	1.169	1.066
Canarias	1.411	1.295
Cantabria	1.359	1.347
Castilla y León	1.280	1.361
Castilla La Mancha	1.337	1.347
Cataluña	1.256	1.299
C. Valenciana	1.125	1.123
Extremadura	1.575	1.510
Galicia	1.361	1.333
C. Madrid	1.136	1.108
C. Murcia	1.359	1.334
CF Navarra	1.456	1.543
País Vasco	1.596	1.623
La Rioja	1.487	1.444
Media	1.351	1.345

Fuente: MSC

Camas por cada 100.000 habitantes

	Número de camas
Turquía	270
Albania	297
Bosnia	304
España	336
Portugal	365
Italia	400
Grecia	473
Suecia	522
Bélgica	528
Luxemburgo	633
Francia	734
Austria	765
Alemania	826

Ratio médicos de Atención Primaria/habitantes. España y CCAA

	2004	2008
Andalucía	1.390	1.492
Aragón	1.223	1.229
Asturias	1.550	1.481
Baleares	1.754	2.008
Canarias	1.711	1.519
Cantabria	1.488	1.361
Castilla y León	928	939
Castilla La Mancha	1.307	1.276
Cataluña	1.687	1.474
C. Valenciana	1.575	1.555
Extremadura	1.191	1.199
Galicia	1.448	1.347
C. Madrid	1.705	1.541
C. Murcia	1.646	1.466
CF Navarra	1.432	1.418
País Vasco	1.864	1.563
La Rioja	1.365	1.251
INGESA	1.511	1.550
Media	1.484	1.410

Fuente: MSC

Densidad de médicos y su crecimiento en la OCDE

	Densidad Médicos/1.000 habitantes	Crecimiento (% anual)
Media OCDE	3,1	2
Máximo	5,4 (Grecia)	4,5 (Corea)
Mínimo	1,5 (Turquía)	- 0,3 (Italia)
España	3,7	3,3

Fuente: OECD Health Data 2009

Evolución del gasto farmacéutico en España (Fuente MSC)

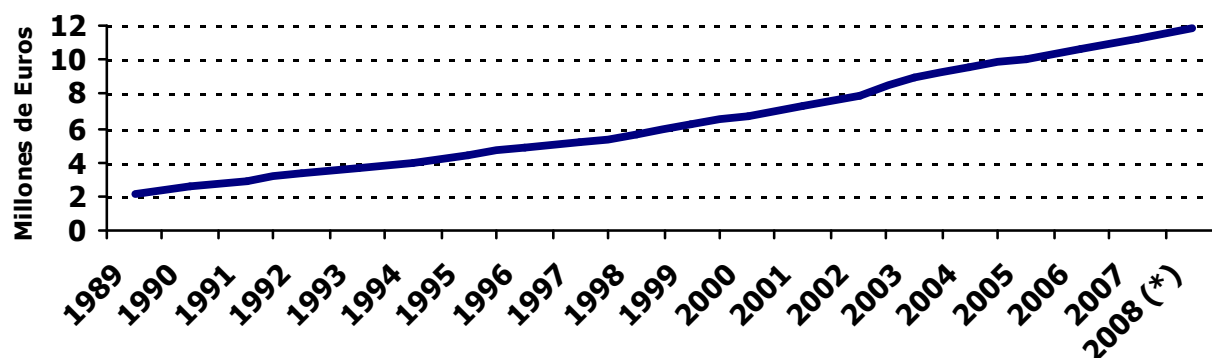
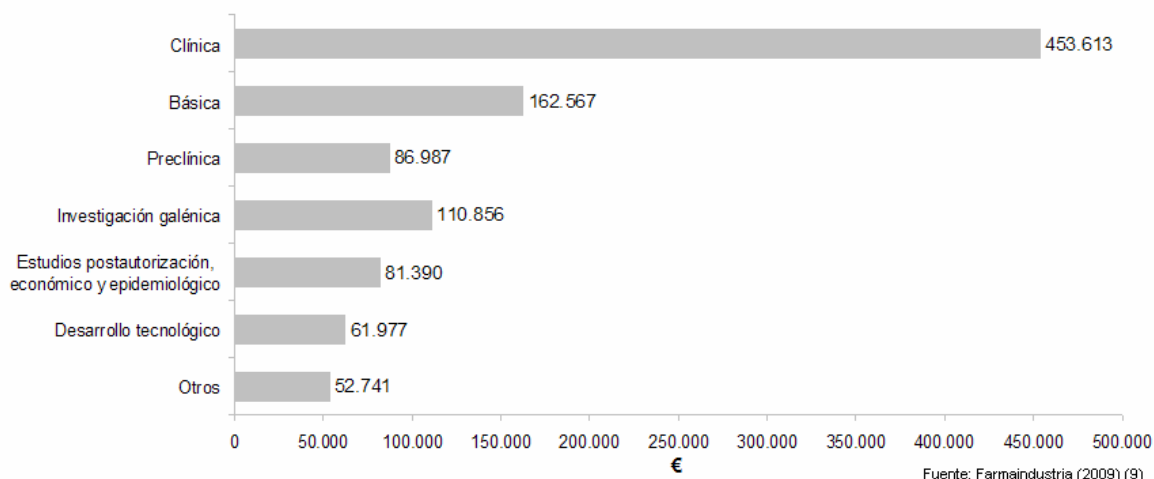


Figura 1_Inversiones de Farmaindustria en I+D en 2008



Fuente: Farmaindustria (2009) (9)

Figura 2_Distribución por áreas temáticas de la producción científica y tecnológica española en revistas internacionales («Web of Science», 2001-2005) en porcentaje del total durante los cinco últimos años

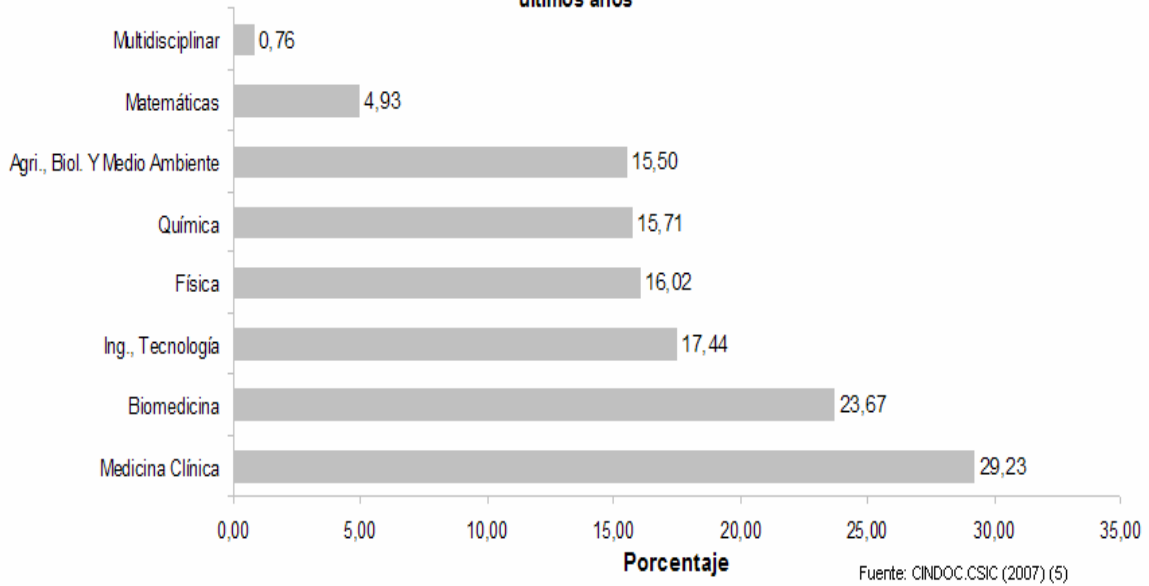
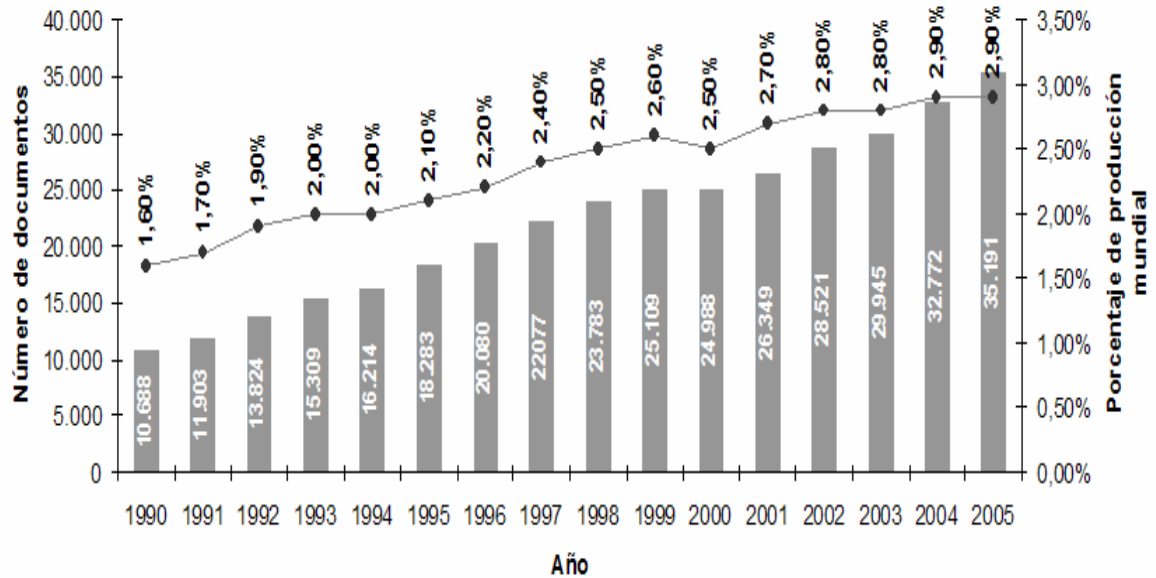


Figura 3_Evolución temporal de la producción científica española (SCI) en revistas de difusión internacional (número de documentos) y porcentaje de la producción mundial, 1990-2005



**Muertes por enfermedades laborales según tipos principales de causas.
España, 2004.**

	CIE-10^a	Total muertes^b	RA (%)^c	Muertes por exposiciones laborales^d	
				%	
HOMBRES					
Enfermedades infecciosas y parasitarias	001-008	1895	4,8	91	0,6
Tumores	009-041	62659	13,8	8647	61,7
Trastornos mentales	046-049	4054	7,3	296	2,1
Enfermedades del sistema nervioso	050-052	5503	5,1	281	2,0
Enfermedades del aparato circulatorio	053-061	20403	14,4	2938	21,0
Enfermedades del aparato respiratorio	062-067	23101	6,8	1571	11,2
Enfermedades del aparato digestivo	068-072	3050	2,3	70	0,5
Enfermedades del sistema genitourinario	077-080	4051	3	122	0,9
Total				14.016	100
MUJERES					
	001-008				
<i>Enfermedades infecciosas y parasitarias</i>		569	32,5	185	8,7
Tumores	009-041	37367	2,2	822	38,8
Trastornos mentales	046-049	7809	1,8	141	6,7
Enfermedades del sistema nervioso	050-052	8378	1,7	142	6,7
Enfermedades del aparato circulatorio	053-061	9132	6,7	612	28,9
Enfermedades del aparato respiratorio	062-067	15919	1,1	175	8,3
Enfermedades del aparato digestivo	068-072	901	1,5	14	0,7
Enfermedades del sistema genitourinario	077-080	4475	0,4	18	0,9
Total				2.109	100

^a Códigos de la lista reducida

^b Total de muertes en cada grupo para las siguientes categorías de edad: enfermedades infecciosas y enfermedades del aparato digestivo: 25-64 años; tumores, trastornos mentales, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades del aparato respiratorio y enfermedades del sistema genitourinario: 25 años y más; enfermedades del aparato circulatorio: 25-74 años. Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2004.

PROPUESTAS FINALES

1) Es necesario garantizar que el sistema sanitario manenga su carácter universal, por consiguiente, la gratuidad en el momento de uso, y, al tiempo, incrementar la eficiencia en el gasto y la calidad de las prestaciones, así como incorporar aquellos servicios derivados de las nuevas necesidades de la población.

2) El carácter eminentemente público del sistema sanitario debe ser salvaguardado. Ello implica frenar la actual deriva privatizadora, basada en la introducción de mecanismos de mercado y de competencia en las relaciones sanitarias, menos eficiente a iguales prestaciones, y revertir hasta donde sea posible su actual grado de implantación.

3) Es preciso incrementar la financiación del sistema, bajo un criterio de suficiencia que atienda las nuevas necesidades socio sanitarias de la población, equiparándola, al menos, a la media de los países de la UE-15. No hay, sin embargo, motivos que justifiquen el establecimiento de copagos que aparte de ser insolidarios suponen barreras a la accesibilidad a los servicios sanitarios para quienes mas los necesitan.

4) El reforzamiento de la Atención Primaria es fundamental para mantener e incrementar el buen estado de la salud de la población. Pero además es preciso actuar coordinadamente con otras autoridades administrativas que garanticen una minoración de los riesgos para la salud, así como incrementar la relevancia de las actuaciones en materia de salud pública.

5) Poner en marcha el Plan de Salud integrado y los Planes de Salud Autonómicos para ajustar los recursos a las necesidades de salud de la población. Hay que establecer los objetivos del SNS, dentro de un Plan Integrado de Salud que permita orientar la política sanitaria y establecer objetivos de salud a medio y largo plazo y que sirva de referencia para la asignación de recursos humanos, de infraestructuras y de financiación adecuada, con un sistema de información que mida los resultados en salud de lo que pretende y que genere conocimiento científico.

6) Debe desarrollarse un Sistema de Información a nivel estatal, que permita evaluar la situación de salud en todas las CCAA, que tenga en cuenta las variables de género y de clase.

7) Es preciso establecer sistemas de información homologables, actualizados y desagregados al menos por CCAA. Se trata de un objetivo fácil de desarrollar dado el nivel de desarrollo que tiene la recogida de información de las CCAA. Hay que exigir que todas las CCAA de manera periódica, semestral o anualmente facilitasen los indicadores que, por cierto, ya se aprobaron para el conjunto del SNS. El fundamento está en que la información sanitaria debe de estar disponible para todos los ciudadanos y que es un elemento clave en la transparencia y responsabilidad de las administraciones públicas. No parece que pueda tolerarse, ni que existan motivos que lo

justifiquen, que la información sobre una actividad que sufragamos todos los ciudadanos con nuestros impuestos permanezca secuestrada para la opinión pública.

8) Es imprescindible terminar con el ocultismo actual que existe acerca de la situación real de las listas de espera, un importante problema social y sanitario, y para ello hay que exigir a las CCAA que sus sistemas de información se doten de la suficiente transparencia.

9) Es preciso poner en funcionamiento un “Observatorio sobre Desigualdades sociales y salud” y otro sobre “nuevos modelos de gestión”.

10) Deben de realizarse investigaciones sobre las diferencias de salud atendiendo a las variables de género y clase social

11) Hay que desarrollar la Ley de Cohesión del Sistema Nacional de Salud

12) Debe cambiar la dinámica partidista del Consejo Interterritorial de Sanidad para que asuma la coordinación de las políticas central y autonómica.

13) Se debe dotar de capacidad al Consejo Interterritorial del SNS para tomar decisiones vinculantes, articulando, mecanismos que lo permitieran y promuevan, por ejemplo, facilitando sistemas de votación que permitieran mayorías cualificadas

14) Urge un cambio en el Modelo de Financiación Autonómico recuperando su carácter su redistributivo y finalista. La universalización real de la atención sanitaria pública en nuestro país es factible y necesaria. Debe de incentivarse con incentivos al cumplimiento de los objetivos del Plan Integrado de Salud y a la facilitación de información sanitaria básica.

15) Hay que determinar cuál debe ser la cartera de servicios del SNS, estableciendo un proceso de revisión y evaluación de la cartera actual bajo el consenso de todas las CCAA. La cartera de servicios comunes del SNS español recoge uno de los paquetes de servicios sanitarios más amplios del mundo. Proponemos el establecimiento de mecanismos que compatibilicen la agilidad con la rigurosidad científica, para garantizar la incorporación de las nuevas tecnologías y procedimientos a la cartera de servicios comunes en el más breve tiempo posible (siempre que se haya demostrado suficientemente su efectividad, seguridad y eficiencia). Las CCAA pueden tener sus propias carteras de servicios pero, teniendo en cuenta que ésta, como se ha comentado, es una de las más amplias del mundo, si somos capaces de ir actualizándola con la suficiente agilidad no hay por qué suponer que se vayan a producir iniquidades en el acceso a las prestaciones y servicios sanitarios entre ciudadanos de distintas CCAA.

16) El SNS debe ser el garante de la cobertura sanitaria común para todos los ciudadanos, desligando el derecho a la prestación sanitaria, que es una prestación no contributiva, de las prestaciones contributivas de la SS, facilitando su ejercicio como prestación individual a la que se accede por el simple hecho ser ciudadano.

17) La utilización de los servicios públicos por los gobernantes y representantes de la ciudadanía es la mejor defensa para su permanencia a largo plazo.

18) Las Administraciones implicadas (tanto gobierno central como CCAA) deben potenciar el carácter público del SNS, deteniendo las privatizaciones, potenciando el sistema público en las nuevas infraestructuras y reintegrando a la red pública todos aquellos centros privatizados o con sistemas de gestión privada.

19) La mejor terapia para prevenir desigualdades relacionadas con el acceso y uso de las nuevas tecnologías es la protocolización de la atención sanitaria (guías clínicas de carácter nacional). Para ello sería útil la creación de una Agencia Nacional de Calidad Clínica y Evaluación de Tecnologías (al estilo del NICE inglés).

20) El negocio de la salud debe ser denunciado y desterrado del discurso político sobre salud, que debe centrarse en las necesidades reales de la población y en la cobertura de las mismas por parte del sistema público.

21) La descentralización competencial no puede traducirse en la fractura de los derechos sanitarios de la población. Se hace preciso interponer medidas organizativas que garanticen su cohesión desde el punto de vista de los recursos y su equidad desde el punto de vista de los usuarios del sistema.

22) Hay que integrar los regímenes especiales de MUFACE, ISFAS y MUJECU en el régimen general de la Seguridad Social

23) En el caso de mantenerse las mutualidades de funcionarios como una opción a extinguir en cuanto a la cobertura sanitaria, es preciso regular que el contenido de las prestaciones y sus condiciones de acceso fuese idéntico al del SNS en todas las ocasiones (prestación bucodental, ortesis,etc).

24) Al mismo tiempo, debe garantizarse que los servicios de salud reciban la cuota capitativa correspondiente a todos los mutualistas que hayan optado por el SNS y que las mutualidades ingresan actualmente en la Tesorería de la Seguridad Social.

25) Alternativamente se deben construir sistemas estancos, sin vasos comunicantes, en los que sea posible la cooperación compensada al coste real.

26) Es necesario abordar un proceso de armonización en el coste de la asistencia sanitaria que prestan estas Mutualidades a sus titulares y beneficiarios, en concordancia con el resto de Regímenes de la Seguridad Social, y todo ello sin perjuicio del mantenimiento de las peculiaridades que, en cuanto a la forma de realizar la prestación de la asistencia sanitaria, contiene la normativa especial del Mutualismo Administrativo.

27) Para favorecer la integración sería necesario establecer como requisito obligatorio que todas las empresas dispusieran de recursos preventivos propios y dimensionados en función del tamaño de la empresa.

28) Hay que desarrollar políticas sanitarias que integren el trabajo como factor determinante de la salud; es incoherente definir unas políticas de salud en la población trabajadora sin reconocer el lugar central que ocupa el trabajo, tanto en la construcción de la salud como en su destrucción.

29) En este ámbito es fundamental crear y potenciar allí donde ya existen, las unidades de salud laboral como servicios de apoyo en el sistema sanitario.

30) Es preciso poner en marcha sistemas de información y vigilancia en salud laboral que incorporen e integren la información sanitaria y laboral que nos permitan detectar y conocer la verdadera magnitud de los daños a la salud derivados del trabajo.

31) Hay que mantener el carácter público de la Atención Primaria de Salud (APS) en nuestro país, tanto en su financiación como en su gestión y provisión, parar y revertir, de manera perentoria, su deterioro, fragmentación y el creciente aumento de las desigualdades en salud.

32) Hay que dotar a la APS la de los recursos y la flexibilidad organizativa suficiente para que, manteniendo sus señas de identidad que son la universalidad, equidad y accesibilidad, aumente su capacidad de resolución, la capacidad de coordinación con los otros niveles asistenciales y la cantidad y calidad de los servicios que presta a los ciudadanos.

33) Debe ligarse el funcionamiento de la APS al desarrollo y mejora de la cooperación profesional y con la comunidad, habilitando cauces efectivos de participación y decisión en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud y los Servicios Regionales correspondientes

34) La reforma de los hospitales públicos depende del compromiso de la Administración en frenar la deriva privatizadora, que descapitaliza los hospitales y desvincula a los profesionales, y en implantar la gestión de la calidad en el SNS. No es suficiente con garantizar a la población la reducción de los tiempos de espera sino que también se debe garantizar la calidad de la asistencia sanitaria.

35) Es necesario disponer de estándares de referencia para todo el SNS, que sirvan de base a los responsables sanitarios y a los profesionales, sobre todo en determinados procesos de alta variabilidad, gran frecuencia o especial gravedad.

36) Parece urgente un cambio del modelo retributivo, utilizando conceptos ya existentes, como la carrera profesional, que contemplen la calidad y la adecuación sobre la cantidad, regule la jornada de tarde en los hospitales y exija y pague adecuadamente la dedicación exclusiva a los jefes de servicio, para evitar las perversiones del sistema actual.

37) Sería conveniente articular un dispositivo de calidad en los hospitales, potenciando y llenando de contenido las comisiones de calidad, que deberán tener relación estrecha con el servicio de documentación clínica y con los servicios asistenciales a través de una figura a implantar, los responsables de calidad de cada servicio o proceso asistencial.

38) Debe existir además un Plan de Formación Continuada y una línea prioritaria de investigación dirigida a contrastar el valor de las estrategias de calidad en el SNS

39) Hay que mejorar la transmisión de la información desde el ministerio hacia los profesionales, mejorando la comunicación de las comunidades autónomas con el ministerio de Sanidad. Acercarse a los profesionales y a los ciudadanos.

40) Debe crearse una red única para la atención en salud reproductiva que aborde también salud sexual y salud mental con perspectiva de género. A su vez dicha red pondría en marcha la aplicación de la nueva ley del aborto en el SNS.

41) Debe mejorarse la atención a la salud sexual en el SNS.

42) Hay que reconocer el género como algo transversal y evitar legislar en ningún tema sin tener en cuenta esta perspectiva, tal y como establece la Ley Orgánica para la Igualdad Efectiva entre Mujeres y Hombres.

43) Debe existir un mayor compromiso de la inversión pública en la investigación biomédica, con apoyo a los centros académicos y a las pequeñas empresas de bio-tecnología. La investigación requiere objetividad e independencia especialmente en la evaluación de los ECC. Como primer paso es necesario registrar todos los ensayos clínicos, regular su financiación y abrir - en fase III - el diseño y todos los datos al escrutinio de los científicos y del público.

44) Hay que promover la transparencia en las relaciones de los médicos, el público, los medios de comunicación y los políticos con la Industria, para evitar la influencia y los sesgos de estas relaciones (en línea con la legislación de Massachusetts y Vermont, etc.) Educar a los médicos a través de la financiación pública.

45) Deben revisarse las políticas desarrolladas desde la ley de Garantías (2006) y proponer iniciativas sensibles que refuercen la posición del Gobierno y de la AEMPS. Es preciso separar la autorización de la financiación, promover los genéricos y establecer los precios en base a valores (el medicamento como bien social) y su eficacia para el paciente (relacionar los precios con la eficacia terapéutica y la innovación). Control parlamentario, para evitar la deformación del mercado como ha ocurrido con los servicios financieros, de las primas y bonos, que recompensan a los ejecutivos, y de los beneficios accionariales.

- 46) Desde el punto de vista político, se debe mantener un esfuerzo creciente y sostenido para financiar la investigación
- 47) La financiación pública de la investigación biomédica se orientará preferentemente a las necesidades sanitarias identificadas
- 48) El ISCIII debe mantener su importante papel dinamizador de la investigación clínica y biomédica, bajo criterios de política sanitaria (Ministerio de Sanidad y Política Social) antes que de rentabilidad económica (Ministerio de Ciencia y Tecnología)
- 49) Se debe seguir apostando por la diseminación en red de la investigación, por la concentración de recursos en estructuras de apoyo y por el trabajo multidisciplinar
- 50) Se deben realizar esfuerzos informativos para trasladar a los ciudadanos los resultados de la investigación.
- 51) La ética científica, la transparencia y el rendimiento de resultados incumben tanto a la investigación financiada con fondos públicos como privados.
- 52) Es preciso intensificar los esfuerzos en la formación en metodología científica, pre y postgrado, de los profesionales en ciencias de la salud
- 53) La competitividad de la investigación clínica y biotecnológica debe medirse tanto en sus resultados bibliométricos como, sobre todo, en sus repercusiones en la mejora de la salud poblacional y el bienestar social (creación de empleo, nuevas tecnologías, etc...)
- 54) Es imprescindible una reforma de la especialización médica en la línea de establecer la troncalidad y una nueva definición del papel y las competencias de la enfermería en el sistema sanitario.
- 55) Se precisa la sustitución social del modelo de relación vertical por otro de decisiones compartidas. Pero para ello se precisa también de profesionales con la necesaria estabilidad que atiendan las necesidades reales de los servicios y que el sistema público ofrezca unas condiciones de trabajo y retributivas similares a la media de las existentes en el resto de los países de la Europa de los 15
- 56) El ejemplo de algunas CC.AA en las que la Administración sanitaria ha iniciado procesos novedosos proponiendo y promoviendo la participación de las y los profesionales y de la comunidad en la toma de decisiones sobre la distribución de las partidas de los presupuestos sanitarios no deja de ser un referente de interés, pero que debe ser complementado y no orientarse exclusivamente a cogestionar unos presupuestos predeterminados sin poder decidir sobre qué necesidades de salud deben cubrirse presupuestariamente.