

Entre los médicos predominan los inmigrantes digitales: aquellos que se han adaptado a la tecnología y hablan su idioma, pero con «un cierto acento»

RAFAEL BRAVO

Crisis sanitaria y crisis económica en EEUU. ¿Cómo están relacionadas?

VICENÇ NAVARRO

Gasto farmacéutico en 2008. Una evolución preocupante

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA

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, Vícenç Navarro, Vicente Ortún.

Comisión Técnica FADSP

Carmen Ortiz (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-18195-1985

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. Los manuscritos, con el texto en formato Word, se enviarán preferentemente a través de correo electrónico a la dirección luispalomo@wanadoo.es, o grabados en soporte externo (disco u otros) al Apartado de Correos 353 - 10080 Cáceres.

7. Los textos 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.



PORTADA:

Escultura de **Juan Ripolles**

Plaza del Triunfo (Sevilla)

Foto: Fernando Moreno Rivera



ENTREVISTA

• 5

Entre los médicos predominan los inmigrantes digitales: aquellos que se han adaptado a la tecnología y hablan su idioma, pero con «un cierto acento»

Rafa Bravo

■ «No está lejos el día, y en ello están trabajando muchas personas, en que la “evidencia” forme parte de sistemas de información para toma de decisiones acoplados a la historia clínica electrónica. Para que sea realmente útil, la información debe presentar una doble accesibilidad: física y funcional. Con la informática hemos conseguido la primera, la información ya está disponible en el momento y en el lugar que se necesita, falta ahora que la evidencia se presente en el formato que se necesite de acuerdo al tiempo del que se disponga y las habilidades del usuario que la solicita».

POLÍTICA SANITARIA

• 9

La Iniciativa Privada de Financiación y el sector hospitalario en Inglaterra

Sally Ruane

■ En el sector sanitario de Inglaterra, durante los quince años pasados, ha sido casi imposible obtener fondos públicos para el desarrollo de nuevos hospitales; como consecuencia, casi todas las nuevas instalaciones hospitalarias se han desarrollado por la Iniciativa Privada de Financiación (PFI). Según los datos oficiales, en marzo de 2008 había 80 proyectos PFI operativos y otro 40 en preparación. En total, en 2014 esperamos instalaciones por un valor de capital de 19.000 millones de euros.

POLÍTICA SANITARIA

• 11

Gasto farmacéutico en 2008. Una evolución preocupante

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

■ A pesar de la contención experimentada por el crecimiento farmacéutico en los últimos años, éste sigue siendo muy preocupante, especialmente en el contexto de la crisis económico-financiera. El incremento del gasto farmacéutico (6,9%) es más del doble del sanitario (2,6%), por lo que de mantenerse esta progresión podría poner en riesgo el sostenimiento del actual sistema sanitario.

Determinantes sociales de la salud y políticas de Salud Pública

Recientemente, los portavoces de la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados han rechazado por unanimidad incluir fórmulas de copago en el sistema sanitario. Sostienen que el copago no garantiza la oxigenación económica del sistema; mientras que, por el contrario, afecta negativamente a las clases sociales con rentas más bajas y socava principios básicos de la filosofía de un Sistema Nacional de Salud (SNS) como la universalidad, la gratuidad en el momento de uso, la equidad y la accesibilidad.

A juicio de los portavoces, el copago tampoco solucionaría la mala gestión económica de los recursos públicos, ni resolvería los desequilibrios entre comunidades autónomas (CCAA), ni estaría pensado para satisfacer a cambio necesidades reales de la población. La sensatez de los portavoces confía la sostenibilidad del SNS a las mejoras de la gestión, a la elaboración de un nuevo modelo de financiación y a la inclusión de políticas de Salud Pública.

Los enfrentamientos permanentes por la financiación y por los fondos de solidaridad interautonómicos; las disparidades sobre la dotación de recursos humanos existentes y por las necesidades previstas —según sea la Administración, la Organización Médica Colegial (OMC) o las sociedades científicas quien opine—, o las llamativas y poco justificadas medidas de política sanitaria, como el ejemplo tan citado del desigual calendario vacunal, o las distintas carteras de servicios asistenciales, o la gestión de las listas de espera, o las medidas para controlar el gasto farmacéutico y para introducir sistemas de información, están reclamando un Pacto de Estado por la Sanidad, en cuanto criterios comunes para las prestaciones del SNS, pero también están pidiendo a gritos un acuerdo sólido a favor de una norma de Salud Pública, vinculante para todo el Estado, que aliente las crecientes aspiraciones sociales de lograr comportamientos públicos más saludables.

Es importante subrayar que son los comportamientos sociales los que modifican en mayor medida los indicadores de salud y de enfermedad, pero que no siempre la sociedad puede elegir lo mejor para sí misma. De hecho, los análisis históricos demuestran que son las condiciones bajo las que se ven condenadas a vivir las clases sociales más pobres, aquellas que no tienen capacidad de elegir, las que determinan la sobremortalidad por algunas causas. Como explica muy bien Antonio Escolar, en el Campo de Gibraltar la conjunción de latifundio, por un lado, y colonización, por otro (Gibraltar), sometieron a miles de habitantes de la zona a unas condiciones de trabajo, de explotación y de consumo tales que la acumulación de exposiciones y años ha conducido a una sobremortalidad general y por cáncer (pulmón, estómago y otros) en esa parte del suroeste español.

Parece llegado el momento de insistir en esos determinantes sociales, como hace el reciente informe de la OMS, y colocar en su justo lugar la dialéctica de los estilos de vida. Las clases sociales bajas apenas pueden elegir estilo de vida

POLÍTICA SANITARIA

• 14

Crisis sanitaria y crisis económica en EEUU. ¿Cómo están relacionadas?

Vicenç Navarro

■ El tema doméstico más importante en EEUU es el tema sanitario. Sólo la crisis económica tiene más visibilidad mediática que la crisis sanitaria. Y las dos están relacionadas. Cada treinta segundos una familia estadounidense se declara en bancarrota como consecuencia de su incapacidad de poder pagar las facturas médicas y las pólizas de aseguramiento privadas. Y cada año un millón de personas pierden su cobertura sanitaria, sumando ya 47 millones de personas que no tienen ninguna cobertura sanitaria.



ATENCIÓN PRIMARIA

• 19

La ADSP de Madrid ante la propuesta de libre elección y área única de salud

■ La OMS en 2008 ha vuelto a resaltar la importancia de la AP para los sistemas sanitarios y la salud en su Informe 2008 (*La Atención Primaria, más necesaria que nunca*), así como la necesidad de que todos los países profundicen, mejoren y extiendan el modelo de Atención Primaria. Es en este contexto en el que hay que situar las iniciativas de la Comunidad de Madrid; que, lejos de apoyarse en la evidencia científica y en las recomendaciones de los organismos sanitarios internacionales, intenta volver a un modelo asistencialista, desarticulado y ajeno a las necesidades de salud de los ciudadanos.

NOTICIAS

• 23

SALUD Y GÉNERO

• 28

La igualdad de género no merma la competitividad económica

COMENTARIOS BIBLIOGRÁFICOS

• 30

alguno: trabajan, se alimentan y viven en las condiciones que pueden. Los estilos de vida están bien para las clases medias y altas, que pueden elegir, porque pueden pagar dieta mediterránea, gimnasio o cuidados de salud.

Al poder establecido le viene bien insistir en los estilos de vida, porque así deposita en el individuo la responsabilidad de sus elecciones, eludiendo cualquier reflexión sobre su propia responsabilidad política. Se culpabiliza a la víctima, como si fuera enteramente libre para elegir sus comportamientos. A la tecnoestructura sanitaria también le favorece insistir en los estilos de vida. Se fabrican enfermedades y remedios al alcance de determinadas clases sociales, aquellas que tienen capacidad de compra.

Finalmente, los propios médicos se manejan con más comodidad en el terreno de los estilos de vida, tanto por posición ideológica (mayoritariamente de derechas o conservadores) como por formación académica, porque se sienten más cómodos frente a aquellos parámetros que son capaces de medir. Les gustan más los diagnósticos clínicos, los biomarcadores, las pruebas físicas y bioquímicas que los condicionantes sociales, que no quieren entender o que no consideran de su incumbencia, ni profesional ni ciudadana.

Un ejemplo de hacia dónde nos puede llevar este desencuentro lo tenemos en la obesidad infantil. Mientras los médicos insistimos en medir factores de riesgo y marcadores bioquímicos y en modificar conductas individuales, la obesidad se asienta sobre todo en niños de clases sociales bajas, cuyas condiciones de vida familiar les conduce a abandonar las dietas más saludables a favor de comidas precocinadas y dulcería industrial, adobadas con aditivos alimentarios obesogénicos (grasas saturadas), que hacen una vida cada vez más sedentaria (en desplazamientos, en consumo pasivo de televisión, etc.) y que tienen pocos alicientes para modificar sus expectativas de vida y pocas alternativas para acogerse a comportamientos colectivos más saludables.

Si los principales determinantes que condicionan salud y enfermedad derivan sobre todo de los efectos producidos por la desigual distribución de poder económico y social, sus remedios deben ser políticos

Más allá de los propios condicionantes biológicos o psicológicos personales, los determinantes ecológicos, económicos, sociales e históricos afectan a nuestra biología y a nuestra salud, aunque no seamos conscientes de ello¹. La enfermedad y la salud son consecuencia de la relación entre los productores de riqueza y los poseedores de los medios de producción, así como entre los productores y los distribuidores de bienes y servicios, ya que la distribución de recursos vitales para la salud, como la educación, la vivienda, el alimento o el ocio, es función del poder relativo de los distintos grupos.

En este contexto, la Salud Pública debe pasar de ser una disciplina académica y una tradición profesional a convertirse en una herramienta política, cuyo objetivo sea conseguir la máxima salud posible para el mayor número de personas, mediante la aplicación del método científico, en cada contexto social, político e histórico. Si los principales determinantes que condicionan salud y enfermedad derivan sobre todo de los efectos producidos por la desigual distribución de poder económico y social, sus remedios deben ser políticos. Y a esta finalidad debería obedecer la normativa estatal sobre Salud Pública. ■ LP

1 E. Benach J, Muntaner C. *Aprender a mirar la salud*. Barcelona: Ediciones de Intervención Cultural/El Viejo Topo, 2005.