

El Derecho a la Sanidad: diagnóstico y propuestas

Salud y sus Determinantes

En primer lugar deberíamos realizar una pequeña diferencia entre Salud y Sanidad. Por **Salud** podríamos referirnos a la "posibilidad que tiene una persona de gozar de una armonía biopsicosocial, en interacción dinámica con el medio en el cual vive". Entendemos por **Sanidad** sin embargo al "Conjunto de servicios gubernativos ordenados para preservar la salud del común de los habitantes de la nación, de una provincia o de un municipio". En este sentido podemos utilizarlo como sinónimo de Sistema Sanitario.

Una vez hecha esta matización vamos a intentar clarificar cuáles son los determinantes de la salud de las personas y las poblaciones.

Podemos comenzar recordando en estos tiempos de "catástrofe social", otra catástrofe que tuvo lugar el 14 de abril de 1912. El Titanic se hundía en el Atlántico con más de 2.200 personas a bordo falleciendo algo más de 1500. Pero la probabilidad de morir en esa catástrofe no fue igual para todo el mundo. La tripulación falleció casi al 100%, los pasajeros de 3ª clase fallecieron alrededor del 70%, los de 2ª clase alrededor del 20%, mientras que menos del 5% de pasajeros de 1ª clase perdieron la vida aquella noche. ¿Casual?, no tanto.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó en el año 2009 su informe "Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud"⁽¹⁾. Este informe es uno de los documentos clave en la actualidad donde se resume la evidencia científica sobre la Salud y sus Determinantes Sociales. Para la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, "**Reducir las desigualdades en materia de salud es un imperativo ético. La injusticia social está acabando con la vida de muchísimas personas**". El informe final de esta Comisión identifica aspectos cruciales de las condiciones de vida cotidianas y de los factores estructurales subyacentes que las

influyen, sobre los que es preciso actuar. El informe proporciona un análisis de los determinantes sociales de la salud y ejemplos concretos de medidas que han demostrado su eficacia para mejorar la salud y la equidad en materia de salud en países de todos los niveles de desarrollo socioeconómico. Sus recomendaciones plantean tres líneas prioritarias de actuación:

1. Mejorar las condiciones de vida, es decir, las circunstancias en que la población nace, crece, vive, trabaja y envejece.
2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, esto es, los factores estructurales de los que dependen las condiciones de vida, a nivel mundial, nacional y local.
3. Medir la magnitud del problema, evaluar las intervenciones, ampliar la base de conocimientos, dotarse de personal capacitado en materia de determinantes sociales de la salud y sensibilizar a la opinión pública a ese respecto.

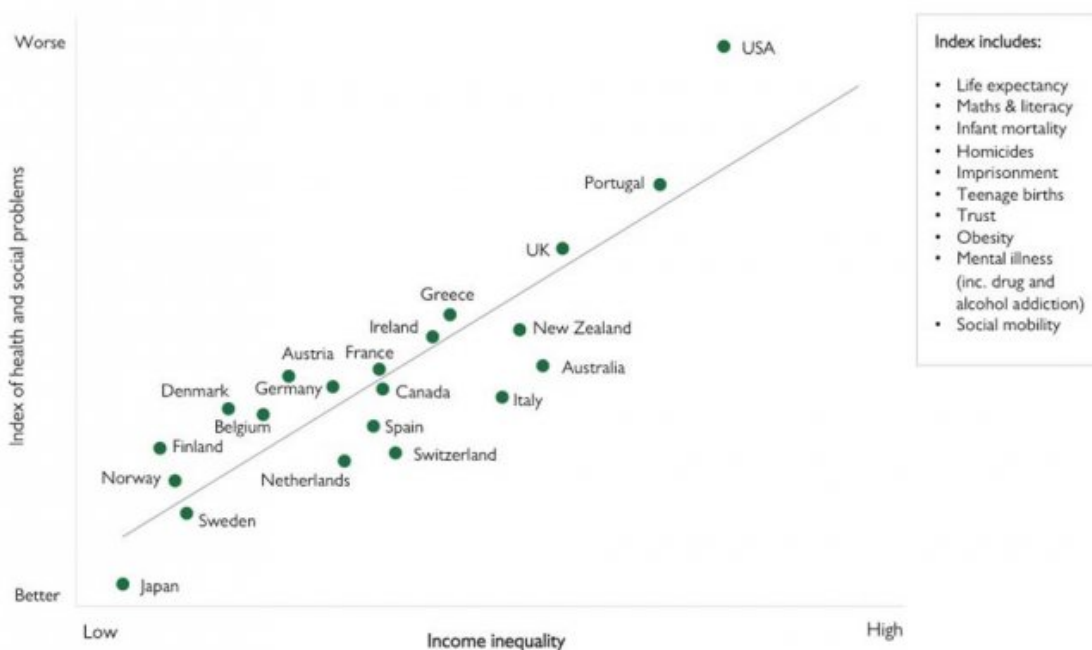
Ya Tomas McKeown en 1979 en su célebre texto *The Role of Medicine: Dream, Mirage, Or Nemesis?*⁽²⁾ recordaba como el control de la tuberculosis en Inglaterra durante los siglos XIX y XX no había sido debido a los avances en vacunas ni antibióticos sino a las mejoras socio-económicas de la sociedad.

En EEUU se ha estimado que sólo con que un 10% más de la población tuviera estudios universitarios se "salvarían" más de 120.000 vidas⁽³⁾. En España esta realidad también ha sido comprobada en numerosos estudios. Recientemente el Gobierno de España creó la "Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud". Esta Comisión ha realizado a nivel estatal un trabajo similar al de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS⁽⁴⁾ encontrando similares resultados: las clases socio-económicas más desfavorecidas tienen menor esperanza de vida, mayor número de enfermedades y peor calidad de vida que las clases sociales más pudientes. Debe resaltarse que este gradiente se da de abajo (pobres) a arriba (ricos) atravesando todas las clases sociales, no reduciéndose a un problema entre los extremos de la sociedad.

De hecho, debemos recordar que **en lo relacionado con nuestra salud, está demostrado que nuestro código postal es tan importante como nuestro código genético**⁽⁵⁾. Por ejemplo, en Madrid, la mortalidad en barrios empobrecidos como San Blas duplica la de la media de la Comunidad o triplica la de zonas ricas como Tres Cantos⁽⁶⁾.

Wilkinson y Pickett tienen numerosos trabajos al respecto que han sido recientemente resumidos en su libro "Desigualdad: Un análisis de la (in)felicidad colectiva"⁽⁷⁾. Estos autores demuestran que a nivel de países, la pobreza se correlaciona claramente con malos indicadores en salud; pero esto es especialmente relevante hasta rentas per capita medias de alrededor de 2.000\$. A partir de esa cifra (países de desarrollo medio y alto) se ha comprobado que a mayor desigualdad, peor es el estado de salud, tanto de los más empobrecidos como de la población situada en los estratos más favorecidos de la sociedad.

Health and social problems are worse in more unequal countries



Source: Wilkinson & Pickett, *The Spirit Level* (2009)

THE EQUALITY TRUST

Estos aspectos son especialmente relevantes en España, ya que somos uno de los países de la UE con mayor desigualdad y además ésta se ha agudizado en los últimos cuatro años

de esta crisis-estafa que estamos viviendo. Todo esto, como hemos visto, empeora la salud de los españoles en mayor medida de lo que sería esperable.

Uno de los indicadores más empleados para medir la desigualdad de una sociedad es el índice de Gini, siendo cero la sociedad más igualitaria (todos los individuos tienen la misma riqueza) y 100 la más desigual (toda la riqueza es poseída por un solo individuo de esa sociedad). En 2008 el índice de Gini de España era de 31,3 frente a 30,8 de media en los países de la UE-27. En 2010 el índice de España había empeorado hasta 33,9 mientras el europeo se había reducido a 30,5. El otro indicador de desigualdad frecuentemente empleado es el ratio 80/20 que es la relación entre los ingresos medios del 20% de la población más rica y los ingresos medios del 20% de la población más pobre. En 2008 el índice 80/20 de España era de 5,6 frente a 5,1 de media en los países de la UE-27. En 2010 el índice de España había empeorado hasta 7,5 mientras el europeo se había mantenido en 5,2. Cada día la diferencia entre ricos y pobres es mayor en nuestro país. con las nefastas consecuencias sociales y sanitarias que esto conlleva.

Podríamos resumir lo dicho hasta ahora en la siguiente frase: **“La pobreza y la desigualdad matan”**. Por tanto, todo lo que lleva a incrementar la desigualdad tiende a disminuir la salud de las personas y todas las medidas que tiendan a crear una sociedad más igualitaria y cohesionada, ayudan a mejorar la salud y el bienestar de la sociedad.

Estamos acostumbrados a presentar “decálogos” sobre muchos aspectos, siendo de los más frecuentes los relacionados con la salud, incluyendo consejos del tipo no fumar, no beber alcohol, realizar una alimentación saludable, vacunarse, realizar ejercicio físico... estos consejos son básicamente correctos aunque suelen referirse a conductas individuales. A la luz de todo lo que acabamos de comentar, vamos a presentar un decálogo saludable en relación a los determinantes sociales de la salud. Se trata de una adaptación del decálogo presentado por Dave Gordon en 1999 titulado “An Alternative Ten Tips for Staying Healthy”⁽⁸⁾ y aunque realizado en el contexto de la sociedad norteamericana puede darnos pistas importantes en relación a como reenfozar la salud de nuestras poblaciones:

1. No sea pobre. Si puede, deje de serlo. Si no puede, trate de no ser pobre por mucho tiempo.
2. No viva en un área con privaciones, múdese.
3. No trabaje en un empleo manual estresante y mal remunerado.
4. No viva en un vertedero, en una vivienda de mala calidad o en la calle.
5. Sea capaz de pagarse unas vacaciones anuales.
6. No pierda su trabajo.
7. No tenga padres pobres.
8. Reclame por todos los derechos que le corresponden si está enfermo o desempleado.
9. No viva cerca de una carretera congestionada o de una fábrica contaminante.
10. Aprenda a rellenar formularios complejos de subsidios antes de quedar indigente.

Repercusión del Sistema Sanitario en la Salud

Una vez explicada como la Salud de las poblaciones depende de muchos factores, especialmente de los socio-económicos, vamos a profundizar en como el Sistema Sanitario también tiene su influencia (importante aunque mucho menor que los factores que acabamos de comentar).

Inicialmente recordaremos esquemáticamente los distintos modos de organizar los Sistemas Sanitarios⁽⁹⁾:

1. **Modelo de pago por acto “privado”**: es aquel modelo donde el paciente acude a un médico (o a cualquier profesional sanitario) y, previo pago, recibe la atención que solicita. Podríamos decir que es el modelo más antiguo y que se sigue empleando en países empobrecidos y en menor medida en muchas de las sociedades más ricas, especialmente entre personas de clase social alta. Tiene el gran defecto de que no siempre

el paciente está en disposición de pagar la atención sanitaria e momento que la precisa provocando una gran vulnerabilidad.

2. **Modelo de Seguros Privados.** Para protegerse de la incertidumbre que supone el presentar una enfermedad que pueda ocasionar gastos sanitarios importantes y gravosos, aparecen los distintos modelos de seguro médico. La persona, de manera voluntaria, paga una cantidad periódicamente que le da derecho a unas prestaciones, previamente pactadas con la compañía de seguros, en el momento de padecer una enfermedad. Este modelo tiene sus antecesores en las mutuas de artesanos y sigue existiendo de manera complementaria en muchas sociedades ricas y es un modelo muy generalizado en EEUU.

3. **Modelo de Seguridad Social o modelo Bismarck.** Es una profundización y mejora del anterior. El Gobierno legisla la obligación de que todos los trabajadores "coticen" para tener garantizado este seguro médico. Esta cotización forma parte del "salario" del trabajador pero no llega a percibirla, ya que es descontada previamente de su nómina. Supone una mejora respecto al anterior ya que conlleva una obligación para el empresario y el trabajador. Se ha ligado su implantación a una manera de garantizar asimismo el rendimiento productivo del obrero ya que cuanto antes curase de su patología, antes podría incorporarse a su puesto de trabajo. Es el modelo desarrollado en España durante la dictadura franquista desde 1942 a partir del Seguro Obligatorio de Enfermedad y al que también se asoció otras prestaciones como la pensión, el "paro" y la "baja médica". Diversos países de Europa siguen manteniendo este sistema como Alemania y Francia.

4. **Modelo de Sistema Nacional de Salud o Modelo Beveridge.** El principal referente es el National Health Service (NHS) británico. Implantado tras la 2ª Guerra Mundial. Pasa a considerar la atención sanitaria como un derecho humano universal y por tanto aboga por un sistema sanitario de cobertura universal (sólo por el hecho de ser ciudadano), financiado vía impuestos generales del Estado (como lo son la educación, la justicia, la seguridad, la defensa...) y sin copagos (o mínimos) en el momento de recibir la

atención. Está vigente en países como Reino Unido, Canadá y países nórdicos. España asumió este modelo a partir de la Ley 14/86 General de Sanidad. En general, como ya veremos, es considerado el mejor modelo en cuanto a obtener los mejores resultados en salud, ser equitativo y más eficiente (entendido este término como obtención de mejores resultados a mismo coste) que los anteriores.

En el informe de la Organización Mundial de la Salud del año 2000 **el Sistema Sanitario español fue considerado el 7º mejor del mundo**⁽¹⁰⁾. En realidad era el 3º en cuanto a países comparables (sólo por detrás de Francia e Italia) ya que por delante de España se encontraban “países-ciudades” como San Marino, Andorra, Malta y Singapur.

Para realizar esta clasificación (primera y última vez que la OMS ha realizado este trabajo ya que provocó muchas “ampollas”: EEUU obtuvo el puesto 37) se valoraron aspectos como la esperanza de vida ajustada por la discapacidad o la igualdad sanitaria en función de la supervivencia infantil.

Es importante tener presente que el gasto sanitario en España es de los más bajos en países de su entorno. Por ejemplo en 2010 España gastaba en Sanidad 2.299 € por persona frente a los 6.195 de EEUU, los 3.264 de Alemania ó los 3.339 de Dinamarca. Sin embargo la esperanza de vida en mujeres en España era la 3ª del mundo con 84 años frente a los 80,7 de EEUU, 82,4 de Alemania ó 80,5 de Dinamarca.

Asimismo, **España destaca como uno de los países del mundo donde menor es la mortalidad por causas sanitariamente evitables**. Según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en el 2007 en España hubo 70 fallecimientos por estas causas (por 100.000 habitantes) frente a los 81 de Alemania ó los 103 de EEUU⁽¹¹⁾.

En contra de lo que suele comentarse por parte de algunos políticos y medios de comunicación (con intereses cruzados con la industria sanitaria privada), **el SNS español es muy barato en comparación con su entorno** y por eso sorprende cuando se repite una y otra vez (sin base científica) que es “insostenible”. Por ejemplo, Eurostat y la

European Cardiovascular Disease Statistics estimaron en el 2006 los costes medios de las principales intervenciones cardiovasculares en los países de la UE-15. El coste medio fue de 265€ frente a los 129€ de España (la más "barata" de los 15 países). Contrasta con el coste de 413€ en Alemania, 312€ en Reino Unido, 172€ de Grecia ó los 151€ de Portugal⁽¹²⁾.

Varias son las claves de este buen desempeño de los SNS. Al ser universales no dejan a porciones de la población sin asistencia básica (que en los otros modelos suelen ser lo más pobres) como vacunas, atención primaria y fármacos esenciales, que son medidas de muy bajo coste y alto rendimiento. Asimismo, aseguran una buena cobertura geográfica (en los modelos más enfocados al mercado las zonas rurales no se consideran "rentables" y tienen peor atención). Otro de los motivos es que, siempre que estén bien planificados, los servicios responden más a necesidades sanitarias reales y no están tan marcados por las modas y el marketing. El mercado sanitario no cumple los criterios de "mercado perfecto", lo cual ya fue descrito brillantemente por Arrow en 1963 en la revista *American Economic Review* en su famoso artículo titulado "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care" (recientemente republicado por la Organización Mundial de la Salud en su boletín⁽¹³⁾). En el mercado sanitario reina una gran incertidumbre, no hay una relación igualitaria entre vendedor y comprador (si a alguien con un hijo con una grave enfermedad se le plantean costosos tratamientos aunque no sean muy fiables, es muy probable que a pesar de todo acepte), se da una gran asimetría de información entre el cliente (paciente) y el vendedor (médico) y se dan numerosas externalidades (que los pobres no reciban la vacunas o el tratamiento de la tuberculosis, repercute negativamente en el resto de ciudadanos).

Hay numerosos trabajos en otros países que van en la misma dirección. Por ejemplo un estudio realizado en distintas regiones de Italia demostró que cada aumento de 100€ en el gasto sanitario público se acompañó de una reducción del 1,47% de la mortalidad evitable. Sin embargo el mismo aumento de gasto en sanidad privada no se acompañó de ninguna mejoría de la mortalidad general⁽¹⁴⁾.

Canadá, un país con un sistema sanitario público similar al español con muy buenos

indicadores de rendimiento, también está sufriendo los últimos años un fuerte ataque mediático para pasar a un sistema sanitario con provisión privada de la atención. En el 2004 se publicó un interesante trabajo en el que se demostraba que los pagos realizados en EEUU a los hospitales privados con ánimo de lucro eran un 19% mayor que los que se realizaban por las mismas intervenciones a los hospitales privados sin ánimo de lucro. Si se concertara la mitad de la Sanidad Pública Canadiense con los hospitales con ánimo de lucro, supondría un sobrecoste de 3.600 millones de dólares anuales⁽¹⁵⁾.

Pero no sólo los hospitales privados suelen ser más caros, también suelen tener peores resultados en salud. Por ejemplo, en EEUU, la mortalidad en unidades de hemodiálisis con ánimo de lucro frente a sin ánimo de lucro es un 8% mayor⁽¹⁶⁾ y la mortalidad general en hospitales con ánimo de lucro frente a sin ánimo de lucro es un 2% mayor (siendo un 9,5% mayor en unidades de atención a recién nacidos)⁽¹⁷⁾. El afán de lucro y la calidad de atención sanitaria suelen tener una correlación negativa.

Ya hace más de 40 años que un médico general británico, Julian Tudor Hart, tras observar el funcionamiento del sistema sanitario, formuló su famosa **“Ley de cuidados inversos”** que puede resumirse en lo siguiente: El acceso a atención médica de calidad disminuye en proporción inversa a su necesidad en la población y ello se cumple más intensamente donde las fuerzas del mercado son más intensas⁽¹⁸⁾.

Acabaremos recordando que esta situación no se da sólo en los sistemas sanitarios de países ricos. Una reciente revisión en la revista PLoS Med titulada “Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: a systematic review”⁽¹⁹⁾ daba los siguientes resultados para países de bajos y medios ingresos:

- El sector privado incumple más habitualmente los estándares médicos de buena práctica, tiene peores resultados clínicos, siendo además menos eficiente (incentivos perversos).
- El sector público presenta peor hospitalidad y disponibilidad de equipamientos,

pero los resultados globales son significativamente favorables a este sector.

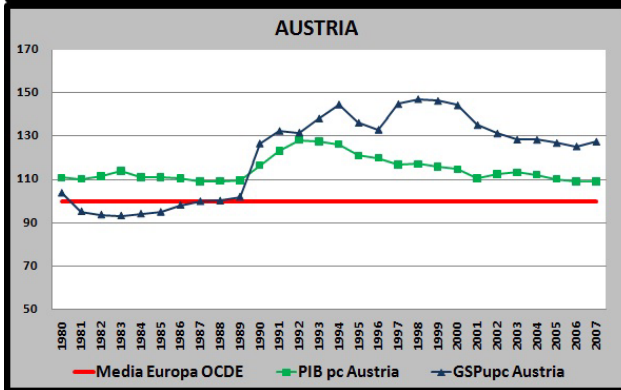
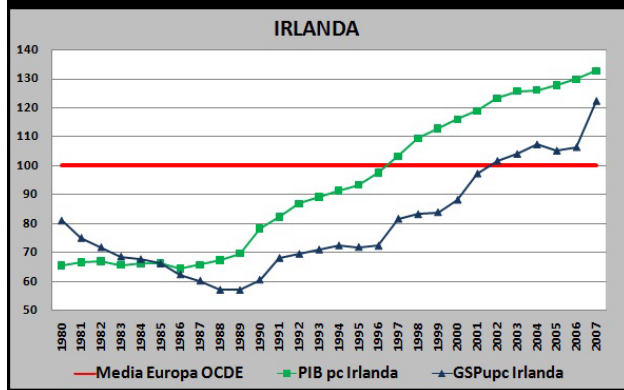
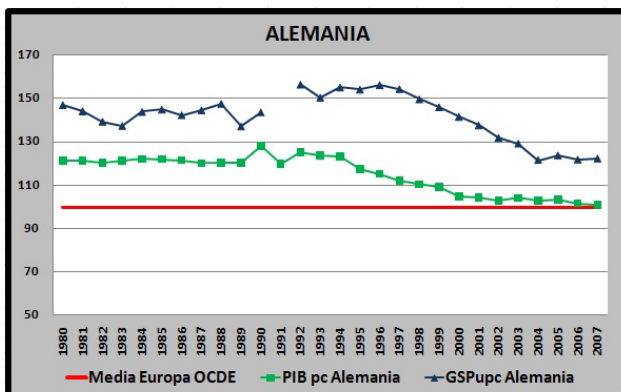
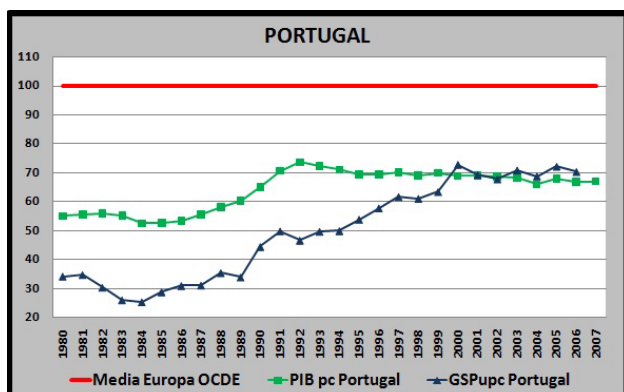
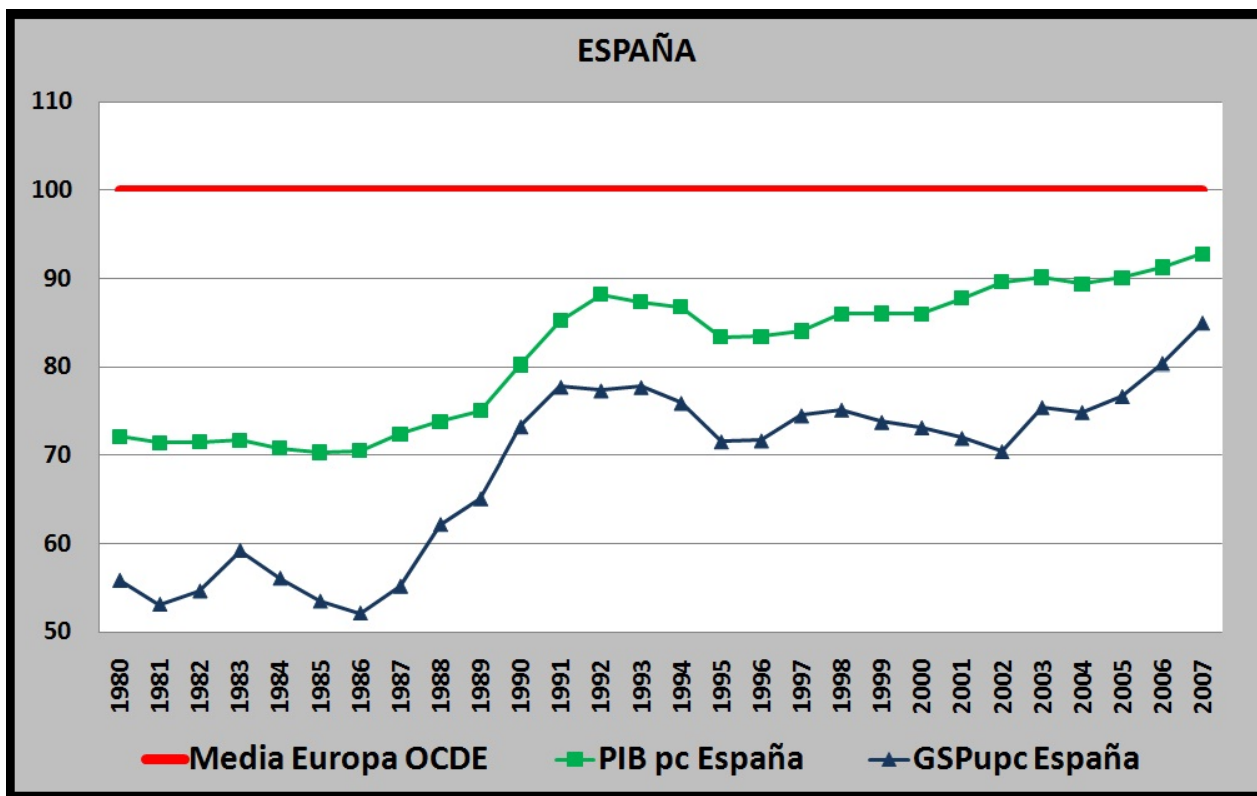
- Los autores destacan la tendencia bastante homogénea del sector privado a la opacidad.

En resumen, hay muchos factores que juegan un importante papel en la eficacia de los Sistemas Sanitarios. **La mejor evidencia científica demuestra que en general, los Sistemas Sanitarios Públicos de cobertura universal con financiación vía impuestos (con gratuidad en el momento de la atención), con un fuerte desarrollo de la Atención Primaria, obtienen mejores resultados, con un menor costo, mayor calidad y equidad.** Los Sistemas Públicos de Salud no son "altruistas"... es ética y "egoísmo inteligente".

Recortes en Sistema Sanitario

A pesar del buen desempeño global de nuestro SNS, los últimos años y con la excusa de la "crisis económica", se está llevando una política global de recortes y deterioro del Sistema Sanitario Público (realmente desde su mismo nacimiento a principios de los 80 del siglo pasado, ha habido fuertes presiones para evitar su desarrollo completo y conseguir su desmantelamiento).

Para ello se ha hecho pensar erróneamente que hemos vivido por encima de nuestras posibilidades en Sanidad. Curiosamente son los países de las llamadas "economías porcinas" (PIGS en inglés se refiere a Portugal, Italia ó Irlanda, Grecia y España) los que han tenido durante los últimos años un gasto sanitario en cuanto al % de su PIB muy inferior a la media de la OCDE. Por el contrario han sido las "economías no porcinas" como Alemania, las que han presentado un gasto sanitario porcentual muy por encima de la media de la OCDE. Esto puede comprenderse fácilmente en los siguientes tres gráficos⁽²⁰⁾ (donde GSPupc significa el Gasto Sanitario Público per capita):



Asimismo con la excusa de la crisis, se legitiman todo tipo de recortes sin necesidad de justificarlos científicamente, siendo realmente decisiones puramente ideológicas (por supuesto dentro de la ortodoxia neoliberal). Esta situación ha sido muy bien analizada y explicada de una manera divulgativa por la activista Naomi Klein en su conocido libro "La doctrina del shock"⁽²¹⁾.

Como explica Javier Padilla en su blog: "No se trata de mejorar la gestión, de hacer el sistema sostenible, de sacrificar equidad por libertad o mil y un eufemismos ahora utilizados. Se trata de que eso que para ti era un derecho para ellos es un producto, o mejor un bien de mercado"⁽²²⁾.

En este texto apuntaremos brevemente alguno de estos recortes y ataques al SNS español. Comenzaremos recordando que recientemente se ha aprobado el RDL 16/2012. Algunas de sus consecuencias son las siguientes:

- Cambio de concepto del derecho a la asistencia. Hemos pasado de un Sistema Nacional de Salud (derecho universal a la atención por ser ciudadano) a un Sistema de Seguridad Social (derecho a la asistencia sólo a los asegurados). Se ha excluido del sistema a más de 872.000 inmigrantes en situación irregular y se han sentado las bases para excluir a muchos españoles (de momento a los no cotizantes se les asegura la atención siempre que sus rentas sean inferiores a 100.000€/año).
- Introduce el repago en servicios no asistenciales que considera suplementarios o accesorios (prótesis, transporte sanitario, productos dietéticos) y aumenta el repago en farmacia (incluyendo a pensionistas).
- Elimina de la financiación muchos medicamentos lo que supone un repago del 100%.

Pero ha habido otras muchas medidas de destrucción del Sistema Público de Salud como pueden ser las siguientes:

- Empeoramiento de la infrafinanciación. Como se ha resumido en El País la reducción del gasto sanitario de las CCAA del 2010 al 2013 ha sido del 10,6% (15,1% en Aragón) (http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/02/16/actualidad/1361029181_888112.html).
- Ya en el año 1997, el PP con el apoyo del PSOE, CiU y PNV aprobaron la Ley 15/97 sobre "habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud" que es la que ha ido permitiendo la progresiva privatización del Sistema Sanitario Público sin transparencia ni evaluación.
- Desfinanciación de la Atención Primaria. Mientras la OMS recomienda que al menos reciba el 25% de los presupuestos sanitarios, en la actualidad sólo recibe alrededor del 14%. La Atención Primaria ha demostrado ser la más eficiente y la que más asegura la equidad en el acceso al Sistema Sanitario.
- Inversiones populistas no eficientes (construcción de hospitales, autorización de fármacos sin valor añadido, vacunaciones poblacionales sin rigor científico...).
- Mala gestión que desprestigie el Sistema Público: "Cuanto peor, mejor"
- Puerta giratoria de altos cargos con paso público-privado-público. Algunos casos han sido conocidos en los últimos meses destacando algunos ex-consejeros de Sanidad como Manuel Lamela, con intereses en Capiro, o Güemes, que tuvo que dimitir como consejero de Unilabs, propiedad de Capiro, empresa a la que él adjudicó la gestión de análisis clínicos de seis hospitales. Otro caso es el Antonio Burgueño, actual Director General de Hospitales de la Comunidad de Madrid, quien fue director médico de Adeslas, empresa integrada en Ribera Salud y principal impulsor del primer hospital de gestión privada, el de Alzira, y cuyo hijo, Antonio Burgueño Jerez, trabaja como jefe de la Unidad de Desarrollo de Negocio y Calidad en Ribera Salud, empresa adjudicataria del Hospital de Torrejón. Pero el fichaje de "conseguidores" no sólo se circunscribe a las filas del

PP. Nicolás Redondo Terreros es Consejero de FCC, empresa que gestiona le Hospital de Arganda.

Todavía es pronto para ver consecuencias concretas de estas políticas en la salud de los ciudadanos y ciudadanas pero vamos a citar dos. En Cataluña, una de las CCAA donde más se ha recortado la Sanidad Pública, los Seguros Privados han crecido en los últimos años (es significativo que el Consejero de Sanidad actual fuera previamente el Presidente de la Patronal Catalana de Hospitales). Otros datos preocupantes en España y que habrá que seguir en el futuro son que la mortalidad perinatal tras años de descenso mantenido, se ha estabilizado e incluso ha aumentado en España⁽²³⁾ así como que por primera vez se ha reducido la esperanza de vida según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)⁽²⁴⁾.

Propuestas

Tras todo lo anterior vamos a presentar de manera sucinta una serie de propuestas que pueden ayudar a garantizar el derecho a la Sanidad y a la Salud de las personas.

1. Propuestas a nivel global

- Pensar en global y actuar en local. Estamos ante “la revolución de los ricos” en todos los frentes: sanidad, educación, servicios sociales, laboral, fiscalidad, vivienda...
- No perder la batalla de las ideas y de las palabras. “No es una crisis es una estafa”. Una mentira repetida mil veces no es una verdad.
- Luchar especialmente por las pérdidas “cualitativas” de Derechos: “ciudadano-cotizante”, “legal-irregular”, “público-privado”, “transparencia-opacidad”
- Reducir desigualdades sociales por medio de políticas públicas activas.
- Fomentar la cohesión social, ya que las sociedades con fuertes relaciones sociales son sociedades saludables⁽²⁵⁾.

2. Propuestas a nivel de los Servicios Sanitarios:

- Indignación ética – Resistencia – Objeción. Ejemplos recientes como la objeción de conciencia al RDL16/2012 liderada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria junto a la ONG Médicos del Mundo son de gran importancia práctica y simbólica.
- Evaluación transparente y mejora continua de los Servicios Públicos con aumentos de financiación.
- Derogación de la Ley 15/97 y el RDL 16/2012.
- Reforzar la acción comunitaria: Participación activa de la ciudadanía para hacerse responsable del control de la salud y de sus determinantes.
- Reorientar los servicios sanitarios: evitar el exceso de medicalización, el consumo inapropiado y los efectos adversos.

Resumen

1. Los principales determinantes de la salud son sociales ... y sociales deberán ser las soluciones.
2. La pobreza y la desigualdad matan.
3. Hay poca transparencia en evaluación de sistemas sanitarios.
4. No hemos vivido "por encima de nuestras posibilidades" a nivel sanitario.
5. No es una "poda" sino una "tala indiscriminada".
6. Determinados grupos de poder quieren lucrarse con el "mercado sanitario" a pesar de que eso cueste a la sociedad mucho más dinero y aporte menos salud.
7. Los sistemas sanitarios públicos garantizan en términos globales una mayor equidad, calidad y eficiencia.
8. Hay medidas contrastadas para perder "grasa" sin perder "músculo" y seguir

mejorando la salud de la población garantizando equidad, calidad y eficiencia.

9. La Sanidad Pública Universal Gratuita de Calidad es parte de “la solución” y no “del problema”.
10. Alcanzar la “Equidad en Salud” significa que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. La equidad en salud implica que los recursos sean asignados según la necesidad.

10 de septiembre de 2013

Bibliografía

1. World Health Organization. Subsanan las Desigualdades en una Generación: Alcanzar la Equidad Sanitaria Actuando Sobre los Determinantes Sociales de la Salud: Organización Mundial de la Salud; 2009.
2. McKeown T. The Role of Medicine: Dream, Mirage, Or Nemesis?: Princeton University Press; 1979.
3. County health calculator. [cited 2013; Available from: <http://countyhealthcalculator.org/>]
4. Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud. Avanzando hacia la Equidad. Propuesta de Políticas e Intervenciones para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
5. Cofiño Fernández R. Tu código postal es mas importante para tu salud que tu código genético (1). Aten Primaria. 2013 Mar;45(3):127-8.
6. Segura J. Un viaje en tren por las desigualdades en mortalidad: Desigualdades sociales en salud en la Comunidad de Madrid (15). 2011 [cited 2013; Available from: http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2011/07/13/132690]
7. Wilkinson RG, Pickett K, Vidal L. Desigualdad: Un análisis de la (in)felicidad colectiva. Madrid: Turner Publicaciones, S.L.; 2009.
8. Gordon D. Estilos de vida y Condiciones de vida: An Alternative Ten Tips for Staying Healthy. [cited 2013; Available from: <http://saludcomunitaria.wordpress.com/2012/05/19/estilos-de-vida-y-condiciones-de-vida-an-alternative-ten-tips-for-staying-healthy/>]
9. de Manuel Keenoy E, de Oleaga Usategui JI. Sistemas de Salud en los países desarrollados. In: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editors. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2003. p. 16-45.
10. World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud: Organización Mundial de la Salud; 2000.
11. Gay JG, et al. "Mortality Amenable to Health Care in 31 OECD Countries: Estimates and Methodological Issues", OECD Health Working Papers, No. 55, OECD Publishing.

doi: 10.1787/5kgj35f9f8s2-en; 2011.

12. Simó J. Bueno y barato... ¿dónde está el truco? . 2012 [cited 2013; Available from: <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2012/05/bueno-y-barato-donde-esta-el-truco.html>

13. Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. 1963. Bull World Health Organ. 2004 Feb;82(2):141-9.

14. Quercioli C, Messina G, Basu S, McKee M, Nante N, Stuckler D. The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy, 1993-2003. J Epidemiol Community Health. 2012 Feb;67(2):132-8.

15. Devereaux PJ, Heels-Ansdell D, Lacchetti C, Haines T, Burns KE, Cook DJ, et al. Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis. Cmaj. 2004 Jun 8;170(12):1817-24.

16. Devereaux PJ, Schunemann HJ, Ravindran N, Bhandari M, Garg AX, Choi PT, et al. Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis. Jama. 2002 Nov 20;288(19):2449-57.

17. Devereaux PJ, Choi PT, Lacchetti C, Weaver B, Schunemann HJ, Haines T, et al. A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. Cmaj. 2002 May 28;166(11):1399-406.

18. Hart JT. The inverse care law. Lancet. 1971 Feb 27;1(7696):405-12.

19. Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: a systematic review. PLoS Med. 2012;9(6):e1001244.

20. Simó J. Vivir por encima de nuestras posibilidades en sanidad pública (I). 2012 [cited 2013; Available from: <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2012/02/vivir-por-encima-de-nuestras.html>

21. Klein N. La doctrina del shock: el auge del capitalismo del desastre: Paidós Ibérica; 2007.

22. Padilla J. El problema no es 2012 [cited; Available from: <http://medicocritico.blogspot.com.es/2012/11/el-problema-no-es.html>

23. Estadística INd. Tasa de Mortalidad Perinatal por sexo. [cited 2013; Available from:

24. Estadística INd. Esperanza de Vida al Nacimiento según sexo. [cited 2013; Available from: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?per=12&type=db&divi=IDB&idtab=43>

25. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLoS Med. 2010 Jul;7(7):e1000316.

Algunas páginas web interesantes

- Salud Comunitaria: <http://saludcomunitaria.wordpress.com/>
- Salud Pública y Algo Más: http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/
- Observatorio de Desigualdades en la Salud: <http://www.ods-ciberesp.org/>
- Salud, dinero y... atención primaria: <http://saluddineroy.blogspot.com.es/>
- Equidad en Salud y Desigualdades Sociales en Salud: <http://bit.ly/150S9kI>
- Observatorio de Salud en Asturias: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/>
- The Equality Trust <http://www.equalitytrust.org.uk/>
- County Health Rankings & Roadmaps program:
<http://www.countyhealthrankings.org/app/home>