

# salud2000



Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Abril 2016 • nº 148

## ESPECIAL CANARIAS

### EDITORIAL

Prespectivas  
para la  
sanidad  
en Canarias

### POLÍTICA SANITARIA

La eficiencia  
agregada del  
gasto público  
sanitario

Entrevista a  
D. Jesús  
Morera Molina

CONSEJERO DE  
SANIDAD DEL  
GOBIERNO CANARIO



Revista de la Federación  
de Asociaciones  
para la Defensa  
de la Sanidad Pública

#### 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).

#### COMISIÓN TÉCNICA FADSP

Manuel Martín (Presidente); María Dolores Martínez (Secretaria); Marciano Sánchez Bayle (Secretario de Organización); José Antonio Rojas (Vicepresidente); María José Anés (Vicesecretaria); Luis Villanueva (Tesorero); Marisa Fernández (Secretaría de la Mujer); Juan Antonio Sánchez, Carmen Sánchez, Mercedes Boix, Mario Fernández, Roger Bernat (vocales).

#### REDACCIÓN

Avda. París, 30. 5ª Dcha. 10005 Cáceres.  
E-mail: luispalomocobos@gmail.com

#### PUBLICIDAD

SALUD 2000.  
C/ Arroyo de la media Legua, 29. Local 49.  
28030 Madrid  
tel. 91 333 90 87

#### REALIZACIÓN

Tevescop, S.A.  
C/ Villanueva 24, 3ª planta. 28001 Madrid

DEPÓSITO LEGAL: M-18195-1985

ISSN • SVP: 0214-3615•442

www.fadsp.org

Twitter: @FADSPU. También en Facebook

salud2000 no comparte necesariamente las opiniones vertidas en los artículos firmados que son de la exclusiva responsabilidad de sus autores.



Título: *Esperando a Oscar*  
Autor: José Abad  
Año: 2007

Material: Hierro Galvanizado  
Lugar: Barrando de Santos,  
Santa Cruz de Tenerife  
Fotografía: Ildefonso Aguilar

# salud2000

Especial Canarias • Abril 2016



COLABORA:  
CABILDO DE  
GRAN CANARIA

- 03 EDITORIAL**  
Perspectivas para la sanidad de Canarias  
*ADSP de Canarias*
- 04 ENTREVISTA**  
JESÚS MORERA MOLINA  
"Seguiré reclamando una financiación adecuada que nos permita no tener déficit"
- 08 POLÍTICA SANITARIA**  
La eficiencia agregada del gasto público sanitario en una década partida en dos por la crisis económica  
*Ignacio Abásolo Alessón y Beatriz González López-Valcárcel*
- 16 La politización de la sanidad pública, uno de sus mayores males**  
*Carlos García*
- 18 La situación es tan mala o peor que en el resto del Estado Español**  
*Jorge Bethencourt*
- 20 Ayuntamientos, cabildos y sociedad**  
*José J. O'Shanahan Juan*
- 22 El poco atractivo sector público de nuestra Comunidad, produce una constante pérdida de profesionales**  
*Guillermo de la Barreda López*
- 25 La oportunidad de la ILP por la Salud y la Sanidad Pública de Canarias**  
*Arturo Borges Álamo*
- 28 ENTREVISTA**  
FRANCISCO RODRÍGUEZ PULIDO  
"En Canarias se sigue marcando una raya entre la psiquiatría y las patologías adictivas"
- 32 POLÍTICA SANITARIA**  
Condiciones de vida y de salud en la población canaria  
*Luis M Bello Luján, Nayra Bello O'Shanahan*
- 36 SALUD Y GÉNERO**  
Aproximación a la salud de las mujeres desde una perspectiva de género (i)  
*Araceli de Armas Santana y María Asunción González de Chávez Fernández*
- 40 ENTREVISTA**  
DIEGO MOGUEL  
"La Rehabilitación como proceso asistencial se encuentra en un estado caótico"
- 42 POLÍTICA SANITARIA**  
Carta de Fuerteventura  
**Sobre reformas sanitarias**  
Por una nueva cultura en Salud, en un mundo en transformación

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

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.

**Las dimensiones máximas aconsejadas son 3.000 palabras y un máximo de 6 figuras o tablas.**

Los textos en formato Word se enviarán a la dirección [luispalomocobos@gmail.com](mailto:luispalomocobos@gmail.com).



# Perspectivas para la sanidad de Canarias

*Junta Directiva de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Canarias*

Las necesidades de salud de la población canaria y sus perspectivas debemos contemplarlas en el marco de los condicionamientos del acuerdo entre la Unión Europea y los Estados Unidos, la Asociación Transatlántica de Comercio e Inversiones (Transatlantic Trade and Investment Partnership o TTIP), por la posibilidad de afrontar o no el nuevo y brutal ajuste decretado por la Troika y pospuesto a la espera de las elecciones generales del 20D y finalmente por la oportunidad de dotarnos de un nuevo Plan de Salud y de una Ley Canaria de Salud como instrumentos para avanzar y blindar el carácter público, universal y gratuito de la atención sanitaria y de salud pública sin copagos o privatizaciones y con mecanismos reales de participación social y profesional.

Los Sistema Públicos de Salud europeos serán uno de los mercados que se abrirán a la participación de empresas estadounidenses. Las empresas transnacionales pretenden acceder a los presupuestos sanitarios públicos de los países europeos, parte sustancial de los presupuestos estatales (en el Estado español sobre el 30-40% de los presupuestos de las CCAA), para tener la oportunidad de obtener grandes ganancias.

El Tratado elimina medidas reguladoras, elimina o condiciona las normas y marcos legales europeos y nacionales que obligan a la transparencia de los ensayos clínicos de los laboratorios farmacéuticos. Reduce las regulaciones ambientales y alimentarias que garantizan la calidad y seguridad a usuarios y consumidores, que son mucho más estrictas que las norteamericanas. Incrementa los derechos de propiedad intelectual de las empresas farmacéuticas prolongando los períodos de las patentes de medicamentos e innovaciones tecnológicas.

Las amenazas contenidas en el Tratado consisten en que los gobiernos no podrán recuperar los servicios externalizados o privatizados, aunque sean un desastre y sus gastos exorbitantes. Las empresas podrán garantizar sus inversiones ante un gobierno que tome decisiones que dañen sus ganancias mediante el arbitraje de tribunales internacionales al margen de los tribunales nacionales de justicia.

Los gobiernos europeos que adopten medidas legislativas que reduzcan las expectativas de ganancias a una empresa se enfrentarán a reclamaciones por "expropiación" al asimilarlas a una incautación ilegal de la propiedad privada y a la petición de compensaciones millonarias en base al lucro cesante (el dinero que dejarían de percibir en unos negocios tan jugosos).

Todo ello podrá afectar, conforme a los intereses del lobby de la industria farmacéutica, uno de los más poderosos del mundo, a la política farmacéutica en cuanto a fijación de precios, a la promoción de medicamentos genéricos, la prescripción por principio activo, la sustitución de medicamentos bioequivalentes para pagar los de menor precio, el control de las innovaciones que no aporten mejoras terapéuticas, etc. También al control y evaluación de tecnologías sanitarias, a medidas de protección de la salud pública como el control del tabaco o de la seguridad y calidad de los alimentos.

En el terreno medioambiental podría aplicarse el mismo mecanismo en Canarias, por ejemplo, respecto a la autorización de explotaciones peligrosas pues sería un tribunal de arbitraje al servicio de las multinacionales quién decidiría en última instancia. En resumen, el TTIP es un acuerdo que pone por delante de los derechos de la ciudadanía los intereses de las grandes multinacionales y de los entramados bancarios que controlan la UE y EEUU.

Los resultados de las elecciones generales del 20D han significado un importante varapalo al neoliberalismo y un considerable avance del voto anti-austeridad. Después de una investidura fallida, habrá que esperar al dos de mayo para ver si hay nuevas elecciones generales. En cuanto a Canarias lo particularmente significativo es la derrota del insularismo que ha tenido un papel decisivo en el deterioro del Servicio Canario de la Salud.

La Troika ya ha planteado que el próximo Gobierno siga recortando en Sanidad y Educación exigencia que para los partidos de las políticas neoliberales va a misa y que para las fuerzas que se oponen a las mismas requiere demostrar que no basta con un nuevo lenguaje o un cambio de caras sino que hay que emprender otro camino con decisión.

Se debe afrontar, en estas nuevas condiciones, el trabajo por lograr la más amplia unidad y movilización ciudadana, social y política, frente al único capitalismo posible que ha decretado la desaparición de la atención pública a la salud en favor del lucrativo negocio de la sanidad privada. O recortamos el poder del capital o las generaciones presentes y futuras están perdidas.

Por último, la Iniciativa Legislativa Popular para la Defensa y Promoción de la Salud y la Sanidad Pública en Canarias, actualmente en trámite en el Parlamento de Canarias, nos ofrece una oportunidad de dotar a Canarias de instrumentos de salvaguarda del sistema sanitario público así como de unas condiciones de salud pública mínimamente aceptables para una vida digna. Es necesario un amplio proceso participativo, profesional y ciudadano en general, en pos del logro de una Ley Canaria de Salud acorde con las condiciones derivadas de los contextos tanto internacional y estatal como archipelágico. Otro instrumento lo puede constituir la mejora del actual Proyecto del III Plan de Salud de Canarias de modo que en su elaboración participemos todos los sectores: políticos, sindicales, sociales y profesionales.

Aspiramos a que la Ley Canaria de Salud sea un valladar frente a más recortes garantizando una dotación adecuada de los servicios sanitarios públicos para paliar las consecuencias que está teniendo en la salud el empeoramiento de las condiciones de vida y trabajo de la población.

En consecuencia con los determinantes sociales de la salud, deberá contemplarse en ella el abordaje de las desigualdades sociales mediante la estrategia de "Salud en todas las políticas" que implica el compromiso para introducir la dimensión de la salud en las políticas sectoriales económicas, laborales, sociales, culturales, educativas y ambientales. ♦

**“Los Sistemas Públicos de Salud europeos serán uno de los mercados que se abrirán a la participación de empresas estadounidenses”**

## Jesús Morera Molina

Excmo. Consejero de Sanidad  
del Gobierno de Canarias



# “Seguiré reclamado una financiación que nos permita no tener déficit”

**E**n palabras del Excmo. D. Jesús Morera, la sanidad en Canarias en los últimos años ha estado marcada por la falta de planificación, no tenemos Plan de Salud, no tenemos Plan de Urgencias, ni Plan de Cuidados Paliativos, ni de Infraestructuras y grandes equipamientos, tampoco plan de Recursos Humanos o de Salud Mental actualizados. Se ha estado trabajando atendiendo al día a día y se olvidó el futuro.

Nos encontramos un servicio público de salud que es percibido insatisfactoriamente por los canarios. Si bien es cierto que las encuestas realizadas a pacientes atendidos recientemente apuntan a que la atención recibida es satisfactoria y de calidad, lo que habla de la excelente cualificación de nuestros profesionales.

Otra cuestión es el importante volumen de concertación de servicios sanitarios con entidades privadas que tiene el SCS: aproximadamente 200 millones de euros sobre un presupuesto de 2.600 millones de euros.

### Ante esto, ¿cuáles son sus planes?

Abordar una tarea de planificación paralela a la labor que se realice para atender el día a día. Retomar el proyecto de Plan de Salud, que quedó pendiente en la pasada legislatura. Estamos trabajando ya en el plan de urgencias sanitarias y pronto abordaremos el de cuidados paliativos.

El Plan de Urgencias Sanitarias y las obras que se van a llevar a cabo

en varios de los servicios de urgencia aliviarán a medio plazo este problema. Pero hasta entonces habrá que tener los planes de contingencia adecuados para solventar los picos de demanda que se nos planteen.

En cuanto a las listas de espera tenemos que aumentar el rendimiento de los centros sanitarios y de sus equipamientos. Hará falta contratar personal, deslizar turnos o generar programas especiales. Sin duda, habrá que contar con la complicidad de los profesionales.

### Es histórico usar la financiación como recurso para explicar la situación sanitaria, ¿cree en la deuda histórica?

No cabe duda de que hemos tenido históricamente una inadecuada financiación para los servicios públicos, particularmente en la sanidad. Y eso genera un déficit.

El concepto de la deuda nace del cúmulo de años en los que la financiación per cápita de Canarias queda por debajo de la media nacional.

Técnicamente es un déficit de financiación no una deuda; las deudas se reclaman en los juzgados y eso no cabe en este caso. Por tanto, no voy a perder tiempo reclamando una deuda que no nos van a devolver. Sí que seguiré reclamando una financiación adecuada para no tener déficit.

Y aquí quisiera hacer ver la particularidad del coste de la sanidad en un territorio fragmentado como Canarias.

**“La insularidad genera una serie de ineficiencias absolutamente justificables en aras a mantener la equidad”**



No existe área o comarca en toda España que, con menos de 10.000 habitantes, tenga un hospital con la cartera de servicios que tiene el de la isla de El Hierro.

Por otra parte, los costes de traslados entre islas para recibir asistencia sanitaria programada no tienen comparación con otra región, excepto Baleares, y el traslado sanitario urgente tiene un coste altísimo.

### ¿Se podrán obtener los fondos necesarios para las reformas y si no, que hará?

No cabe duda de que las actuaciones a llevar a cabo requerirán más presupuesto que el que tenemos ahora. La financiación no lo es todo, la gestión es crucial, pero el margen para la gestión ha desaparecido cuando en 6 años hemos disminuido casi 400 millones de euros, de 3.000 millones en 2009 a 2.600 en 2015. Hemos llagado al punto en que no se puede crecer sin financiación. Mi optimismo para conseguir mejor presupuesto a lo largo de la legislatura se basa en:

- El compromiso del presidente del Gobierno de Canarias de incrementar progresivamente el peso relativo del presupuesto del SCS respecto al general.

- Que la situación económica mejore a partir de 2017 según indican las previsiones

- Que cambie el Gobierno de España y cambie el modelo de financiación.

Una es un compromiso y las otras dos expectativas bastante realistas. Quiero dejar claro que este proyecto es una carrera de fondo, somos conscientes de que no vamos a conseguir nuestros objetivos en el primer año.

Si las circunstancias económicas no nos son favorables, no nos rendiremos, lo explicaremos y agudizaremos nuestro ingenio para la gestión, pero este escenario no se contempla.

### El déficit de infraestructuras en canarias nos obligan junto con el déficit de personal a concertar con la sanidad privada. ¿Qué plan hay?

No tenemos Plan de Infraestructuras Sanitarias vigente en Canarias, la situación económica y la disminución de los presupuestos, sobre todo en el capítulo de inversiones, llevó a que se paralizaran obras, se endentecieran otras y no comenzaran las previstas. La prioridad ahora es acabar las obras en curso y reiniciar las paralizadas.

Son prioritarias las obras del Hospital de Fuerteventura, el del sur de Tenerife y el del norte de Tenerife. Y vis-

to el progresivo problema que tenemos con las urgencias, se vuelven prioritarias las obras en el nuevo servicio de urgencias del hospital de la Candelaria y en el servicio de urgencias del HUC.

Es nuestra intención tener a lo largo de la legislatura un plan de reforma de infraestructuras y de renovación de equipamiento de alta tecnología. En essta legislatura acabaremos lo pendiente y nos pondremos a atender el remozamiento de nuestras infraestructuras.

### ¿Cómo está el parque tecnológico en nuestros centros?

La reposición de equipamientos de alta tecnología ha sido casi inexistente en los últimos años, y es cierto que hay equipos que, aun estando en funcionamiento gracias a un adecuado mantenimiento, ya tienen muchos años y es necesaria su sustitución. También es cierto que los equipamientos tecnológicos sanitarios son caros y, por tanto, su adquisición debe estar vinculada estudios de coste-utilidad favorables.

### ¿Cómo solucionara el tema del transporte sanitario?

Tanto el urgente como el no urgente en Canarias está en manos de una empresa pública (Gestión Sanitaria de Canarias GSC) que, a su vez, contrata los servicios de ambulancias, helicópteros, etc. En los años de crisis el presupuesto de esta empresa no se ha incrementado, en cambio la población demandante de transporte sanitario si, particularmente el colectivo de pacientes con enfermedad crónica. Por otra parte, hemos aumenta-

do la actividad ambulatoria de nuestros centros sanitarios, por lo tanto se produce un mayor desequilibrio entre la oferta y la demanda. No cabe duda que es un área de mejora en la que juega un papel trascendente el aumento de los recursos económicos.

**“Nos encontramos ante un sistema sin planificación, con problemas de acceso de los usuarios al servicio, que se visualiza en los problemas con la lista de espera o en los servicios de urgencia”**

### En un país que clama por reformas de todo tipo, ¿para cuándo una nueva ley sanitaria y otra de salud?; ¿podrá servir la ILP que espera en el parlamento como base para esta nueva ley?

La Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias ha cumplido ya 21 años. No ha sido una mala ley, pero necesita ser reformada. Hay cuestiones que no han sido desarrolladas normativamente, como el derecho a la segunda opinión. Requiere que se recojan los cambios de estructura organizativa y un añadido sobre derecho universal a la prestación sanitaria. ▶



La Iniciativa Legislativa Popular (ILP) de la pasada legislatura, tuvo un problema muy serio que fue un informe del Consejo Consultivo demoledor, y a pesar de que los grupos parlamentarios la admitieron a trámite, su posterior reconversión en los términos que indicaba el Consejo Consultivo respecto a cuestiones competenciales y constitucionales llevó a una propuesta que nada tenía que ver con la presentada por la plataforma.

**El plan propuesto plantea el desarrollo de los 7 planes insulares de salud, con la participación de los consejos de salud y de dirección de las áreas de salud en su tramitación: ¿en qué medida se van a considerar las aportaciones realizadas por las conferencias insulares de salud para su elaboración y su alineamiento con los programas de gestión convenida?**

Nuestra intención es asumir el Plan de Salud que se redactó en la pasada legislatura y quedó bloqueado por el final de la legislatura y que actualmente se encuentra en los trámites previos para volver al Parlamento. Tenemos la voluntad de considerar los documentos que emanaron de las Conferencias Insulares de Salud y, por supuesto, los Programas de Gestión Convenida con los centros del SCS tendrán que estar alineados con los objetivos que plantea el plan.

**¿La consejería de sanidad trabajar líneas transversales con la consejería de política social en el campo de la dependencia o en la cronicidad?**

Si, es una necesidad. Es difícil discernir donde está el límite entre el individuo enfermo con un problema social y la persona con un problema social que además tiene una enfermedad, hay varios paradigmas: el anciano con enfermedad crónica o el enfermo con patología mental.

Es necesaria la colaboración en estos casos. Además se debe establecer colaboración para la adecuada salida de los centros hospitalarios de agudos de pacientes con criterios de ingreso en centros sociosanitarios. Es necesaria una adecuada valoración de estos casos para que los centros de agudos no sean la entrada por la puerta de atrás al sistema de atención a la dependencia.

**¿Qué medidas están programadas para completar la red de atención infanto-juvenil en salud mental y que forman parte de su programa?**

Es una prioridad para esta Consejería y está incluida en el Programa de Gobierno. En el 2006 se publicó el Progra-

**“El margen para la gestión ha desaparecido, en seis años hemos disminuido casi 400 millones de euros”**

ma de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad de Canarias, que ha supuesto un documento estratégico de referencia. En la actualidad contamos con 5 Unidades de Salud Mental Comunitarias específicas de Infanto-Juvenil con equipos multiprofesionales. También disponemos de dos Hospitales de Día específicos para la población infanto-juvenil, con Trastorno Mental Grave, ubicados en Gran Canaria y Tenerife.

No disponemos de dispositivos específicos para la hospitalización total pero sí tenemos equipos específicos en los Hospitales Generales (psicólogo y psiquiatra) para la atención a la población infanto-juvenil que

necesite ingreso hospitalario.

Para la mejora de la red de infanto-Juvenil habrá que:

- Potenciar las USMC infanto-juvenil: Se ha planificado la apertura de otras tres Unidades infanto-juveniles específicas, ubicadas en Gran Canaria y Tenerife.
- Se prevé la crear dos Unidades Hospitalarias de Internamiento Breve específicas para la población infanto-juvenil.
- Mejorar la coordinación interinstitucional, con las áreas de educación, servicios sociales y justicia y asociaciones de familias.
- Revisar y actualizar el Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de Canarias (2006) en consonancia con la nueva Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

**¿En el ámbito de la salud mental hay que realizar una acción más comunitaria y menos hospitalaria?**

Sin duda, soy de los que piensan que la salud no es lo que se gana en un hospital sino lo que se puede perder en nuestra vida cotidiana, con nuestros hábitos, nuestra comida, nuestra actividad física y, desgraciadamente, también con nuestras circunstancias socioeconómicas.

La actuación comunitaria es esencial en la ganancia de la salud, particularmente de la salud mental.

**Usted participo en la comisión de sanidad en la anterior legislatura sobre el III proyecto del III plan de salud y las conferencias de salud: ¿cuáles fueron los motivos por los cuales la ILP se “atascó” en la comisión. ¿cual sería su aportación para darle viabilidad y sacarla adelante?**

La ILP sobre sanidad pública tenía muy buenas intenciones, pero sus pretensiones desbordaron los marcos competenciales y constitucionales. Debería haber sido menos ambiciosa, más concreta; diera la impresión el texto que se fueron sumando objetivos que se salieron de mar-



co. Debería haber tenido un asesoramiento jurídico más riguroso, que impidiera fisuras en su trámite parlamentario.

### ¿Qué opina de las unidades de gestión clínica dado el rechazo generalizado que se ha producido?

Yo creo en las unidades de gestión clínica, el modelo organizativo de hospitales y centros de salud es obsoleto, la brecha que existe entre gestores y trabajadores es inmensa. Esta es una fórmula de acercar la gestión al trabajador, de establecer un sistema más horizontal en la toma de decisiones, una forma de hacer las cosas en base a evidencias y no por arbitrariedad, una forma de poner al paciente en el centro del sistema, una forma de trabajar en base a procesos y no en base a cuerpos doctrinales. Una manera de posibilitar el trabajo multidisciplinar. El rechazo nace de un intento legislativo del Partido Popular en la que se abría la puerta a la gestión externa de estas unidades. No es nuestro modelo. Nosotros creemos en la gestión pública.

### ¿Piensa completar la cartera común de servicios del SNS y ofrecerla en igualdad de condiciones a los usuarios de todas las áreas de salud?

Es nuestra obligación garantizar la igualdad de cobertura en todas las áreas de salud, es cierto que en una comunidad fragmentada como la nuestra se generan desigualdades que tienen un alto coste resolver. Pero creo que el Gobierno de Canarias ha puesto y seguirá poniendo todas las medidas para igualar el acceso a los servicios sanitarios.

### ¿Cómo piensan abordar la asignatura pendiente de la rehabilitación?

Ciertamente es un problema, porque la rehabilitación es uno de los elementos terciarios del sistema, podemos estar haciendo las cosas muy bien en las fases de diagnóstico y tratamiento agudo de los procesos, que si no ofertamos una rehabilitación de calidad el trabajo hecho pierde sentido. Creo que una de las claves es la descentralización de las consultas de rehabilitación y de los tratamientos fisioterápicos, la presencia de fisioterapeutas debe ser mayor y debemos dotarles de mayor protagonismo.

**Es un hecho constatado que desde hace años la consejería no cuenta con los sanitarios, y demás fuerzas sociales y ciudadanas nos gustaría que nos contestara las siguientes preguntas:**

- **¿Contará de verdad con los profesionales, sindicatos y ciudadanos?**
- **¿Por qué hay tan pocos sanitarios en los puestos de gestión?**
- **¿Para cuándo la participación efectiva de los consejos de salud de zona y de área y en las comisiones de participación hospitalaria, que se definen en la ley?**

De las cosas que más recriminé la pasada legislatura fue la falta de diálogo con los trabajadores del SCS.

Hemos iniciado un mayor diálogo con los sindicatos, que no significa que podamos aceptar todas sus peticiones, pero con mayor cercanía conoceremos mejor los problemas y su planteamiento de soluciones alternativas.

Hemos comenzado a sentarnos con las sociedades científicas y los colegios profesionales. Desde luego considero que somos más accesibles que antes, los frutos se tendrán que ver con el tiempo.

Respecto a lo segundo, no creo que sean pocos los sanitarios en los puestos de gestión.

Efectivamente, la realidad es que no se ha dado continuidad a la participación en los órganos que prevé la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias, esa discontinuidad genera que no se haya conseguido la efectividad de estos entes. Pero hay voluntad de retomarlos.

### **Las listas de espera y los pacientes no cierran por vacaciones, ¿se seguirán cerrando camas, quirófanos, pruebas diagnósticas?**

Los registros de los servicios de admisión constatan que en periodos vacacionales la inasistencia a consultas, la imposibilidad de localizar a un paciente o la solicitud por parte de estos de demorar el tratamiento quirúrgico es francamente mayor, obviamente esto se da para patología banal. Por otra parte, hay personal no sustituible y técnicas en las que resulta imprescindible que esté completo el equipo de personal experto.

Dicho todo esto, soy consciente de que el descenso de actividad en verano no puede ser tan acentuado, tener infraestructuras y equipamiento de alta tecnología parado desaprovechados no es correcto.

Potenciaremos el trabajo en jornadas de tarde y abrir la atención en determinadas pruebas los fines de semana. Durante el verano habrá que reconducir la actividad, para además de realizar los procedimientos preferentes, completar la actividad con procedimientos menos complejos que requieran menos recursos. ◆

**“Hemos iniciado esta etapa con mayor diálogo con los sindicatos, las sociedades científicas y los colegios profesionales”**

# La eficiencia agregada del gasto público sanitario en una década partida en dos por la crisis económica

**Ignacio Abásolo Alessón**

Universidad de La Laguna

**Beatriz González López-Valcárcel**

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

**E**l concepto de eficiencia depende de los objetivos del sistema sanitario y éstos dependen a su vez de la ideología que lo inspira (Williams 1988, 1989). Bajo una ideología igualitaria (como la que emana de las leyes sanitarias de nuestro país), el objetivo del sistema sanitario es mejorar la salud del conjunto de la población, y eficiencia es sinónimo de conseguir dicho objetivo al menor coste posible.

La minimización de costes no debe entenderse, por tanto, como un fin exclusivo de los agentes con fin de lucro. Si no se minimizan costes, “se estarán utilizando recursos innecesaria o incorrectamente, pudiendo haber sido utilizados para mejorar la salud de alguien sin perjudicar la salud de otros” (Culyer 1991).

El concepto de eficiencia implica una aproximación ‘social’ al problema sanitario. Y la eficiencia del gasto sanitario público, por tanto, requiere poner en la balanza gastos (costes) públicos en sanidad (“cuánto se gasta, “en qué se gasta” y “cómo se gasta”) y resultados en términos de salud.

El “cuánto” (gasto medido en euros, en porcentaje del PIB o per capita) permite conocer el esfuerzo económico destinado a la sanidad pública, que tiene un coste de oportunidad. El “en qué” hace referencia, por ejemplo, a la comparación de los recursos destinados a aten-

ción primaria y especializada o si el nivel de gasto en farmacia o el peso del gasto en salud pública son los apropiados. El “cómo” refleja que hay distintas formas de producir servicios de salud financiados públicamente: hasta qué punto se invierte más en recursos humanos en detrimento de los gastos en capital (inversiones en infraestructuras y tecnología) o en consumos intermedios; o en qué medida se opta por la producción privada (concertos), como alternativa a la producción con medios propios.

Dado que no existe un mercado que valore monetariamente los beneficios del gasto sanitario público, no se puede medir la eficiencia de forma directa, con lo que es preciso buscar indicadores distintos del precio que midan el “outcome” del gasto sanitario. A pesar de las limitaciones que representa, por un lado, la carencia de información precisa sobre calidad de vida relacionada con la salud –especialmente a nivel agregado– y, por otro, que las mejoras de salud no son atribuibles ni única ni principalmente al gasto sanitario (público o total) (por ejemplo, Auster et al. 1972, Cochrane et al. 1978 o Leu 1986), los economistas de la salud no han renunciado a relacionar el gasto sanitario –además de con algunos indicadores de actividad– con alguna medida de la salud. Supondremos que la función de producción de salud es aditiva (Mc.Guire et al. 1992), de manera que, independientemente de que haya otros factores, el impacto del gasto público sanitario sobre la salud es independiente de los demás. A los indicadores de salud más tradicionalmente utilizados como las tasas de mortalidad, añadiremos otros que son más

sensibles al funcionamiento del sistema sanitario, como la mortalidad sanitariamente evitable o las hospitalizaciones potencialmente evitables.

## Cuánto se gasta

El gasto sanitario público español en 2013 fue de 1.309€ por habitante y el 5,9% del PIB<sup>1</sup>. En lo que sigue, tomaremos como referencia las 17 comunidades autónomas españolas (excluyendo Ceuta y Melilla) a lo largo de la década 2004-2013, distinguiendo dos sub-periodos: el pre-crisis 2004-2008 y el 2009-2013, caracterizado por recortes reactivos a la crisis. Se utilizan los datos del gasto sanitario público del Sistema Nacional de Salud del “Sector Comunidades Autónomas” para garantizar la comparabilidad de los datos de la comunidad canaria con los del conjunto de comunidades. Se excluye, por tanto, el 8% del gasto sanitario público que no está territorializado (Seguridad Social, Mutualidades de Funcionarios, Administración Central y Corporaciones Locales).

El cuadro 1 da respuesta a “cuánto se gasta”. El gasto público sanitario en Canarias ascendió en 2013 a 2.553 mill.€, con un peso del 6,3% del PIB, superior al correspondiente al conjunto español (5,4% del PIB). Aunque gasto sanitario y PIB per capita están positivamente relacionados (recuérdese que

<sup>1</sup>. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de Gasto Sanitario Público 2013. Principales resultados. Edición abril 2015. <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>.

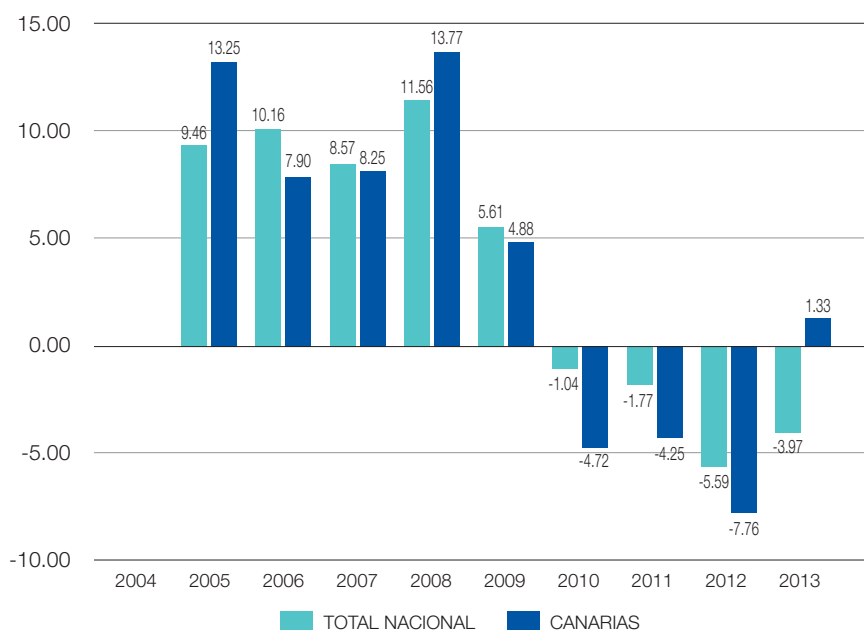


Canarias tiene un PIB per capita relativamente bajo en España), hay que tener en cuenta que parte de la financiación de servicios públicos esenciales de las comunidades autónomas, incluidos los de sanidad, provienen de transferencias de nivelación que persiguen la equidad territorial en el sistema de financiación autonómico. En el período 2004-08, el gasto sanitario público en Canarias creció un 50,5% (4 puntos por encima del conjunto español). La crisis económica empezó a notarse en 2009 con una ralentización del crecimiento del gasto, para pasar a crecimientos negativos a partir de 2010, más intensos en Canarias que en el conjunto estatal (figura 1). Concretamente, en Canarias, en los años 2009 a 2013 el gasto público sanitario se redujo a una media anual del 3,9% (3,1% para el conjunto español)<sup>2</sup>. Nótese que a pesar de los recortes, el gasto sanitario público en Canarias en 2013 es un 34,6% superior al de 2004, en euros corrientes (en España, un 35,9%) y el gasto público per capita aumentó un 20,6% (22,9% en España).

### En qué se gasta

La clasificación funcional del gasto da respuesta a “en qué se gasta” (figura 2). En 2013, los tres principales gastos son, por este orden, servicios hospitalarios y especializados, farmacia y servicios de atención primaria, quedando el gasto en salud pública a mucha distancia. Tras un 2004-2008 expansivo, con la crisis, los recortes

FIGURA 1. TASAS DE CRECIMIENTO DEL GASTO PÚBLICO SANITARIO.



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON LOS DATOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (ESTADÍSTICA DE GASTO SANITARIO PÚBLICO).

afectaron a todas las funciones, aunque muy desigualmente: la inversión se desplomó (descenso del 61%), le siguió el gasto en salud pública (descenso del 31,3% hasta situarlo en un precario gasto per capita de 11€/año), a continuación farmacia (descenso del 22,8%), servicios especializados y hospitalarios (del 11,9%) y atención primaria (del 9,2%).

Canarias ha preservado más los recursos económicos destinados a atención primaria (cuyo peso relativo ha ganado terreno) que el conjunto del Estado. Las figuras 3 así lo reflejan:

2. La información del gasto privado en sanidad sólo disponible para el ámbito nacional (Sistema de Cuentas de Salud 2013 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad), indica que, pese a la crisis, el gasto privado en sanidad creció en 2009-2013 a una tasa anual media del 2,3% lo que plantea distintas hipótesis (eg. que la desinversión haya llevado a un deterioro de la sanidad pública en términos de tiempos de espera que haya animado la demanda privada de sanidad) que son difícilmente contrastables a nivel autonómico con la información de la que se dispone.

CUADRO 1. GASTO SANITARIO PÚBLICO EN LA COMUNIDAD CANARIA Y CONJUNTO ESPAÑOL (MILLONES DE EUROS, %).

Comunidad Canaria	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Millones de euros	1,897	2,148	2,318	2,509	2,855	2,994	2,852	2,731	2,519	2,553
Porcentaje PIB	5.5	5.8	5.9	6.0	6.7	7.4	6.9	6.6	6.2	6.3
Per capita	1,024	1,131	1,191	1,260	1,409	1,464	1,381	1,309	1,197	1,207
Conjunto Español	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Millones de euros	41,743	45,693	50,337	54,650	60,965	64,387	63,718	62,593	59,094	56,746
Porcentaje PIB	4.9	4.9	5.0	5.1	5.7	6.2	6.1	5.9	5.6	5.4
Per capita	967	1,042	1,128	1,201	1,323	1,390	1,370	1,342	1,269	1,224

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (ESTADÍSTICA DE GASTO SANITARIO PÚBLICO) E INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA.

comparando con el Estado (base 100), en Canarias, el gasto en atención primaria per capita ha tenido un peso sistemáticamente menor y el de atención especializada mayor, diferencias que se han ido reduciendo, para terminar en 2013 en torno a la media nacional.

A pesar de dicha evolución, nótese que, en 2013, el gasto per capita en atención hospitalaria y especializada sigue cuadruplicando al de atención primaria (figuras 3). La crisis económica no se ha aprovechado (tampoco a nivel nacional) para reducir esta diferencia en un sistema nacional de salud que pocos dudan calificar como hospitalocentrista, especial-

mente teniendo en cuenta que una atención primaria bien dotada y organizada es capaz de resolver hasta el 90% de los casos tratados en el sistema de salud. La caída en el gasto per capita en farmacia en el período 2009-13 tanto en Canarias como en España, responde a sucesivas medidas tomadas desde 2010, primero incidiendo fundamentalmente en precios y a raíz del RDL16/2012 también en cantidades(Puig-Junoy et al., 2014).

Por otro lado, aunque no hay datos oficiales de gasto público en farmacia hospitalaria, los existentes sugieren que es una de las partidas con mayor presión expansiva(López-Casasnovas

y González López-Valcarcel, 2015) en parte por el avance tecnológico y en parte por la deficiente arquitectura institucional de las decisiones de financiación pública, precios y cobertura.

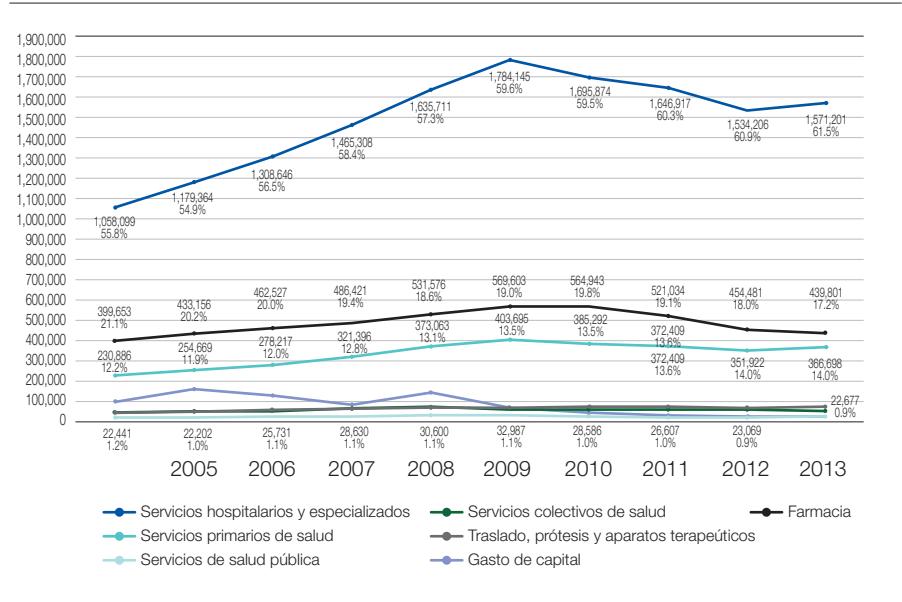
### Cómo se gasta

El “cómo se gasta” tiene que ver con la clasificación económica del gasto (figura 4). En 2013, los tres principales capítulos de gasto (excluyendo las transferencias corrientes) son, por este orden, personal, consumos intermedios y concertos, quedando el gasto en capital a mucha distancia. Al período expansivo del gasto de 2002 a 2008, le siguió una caída en todos los capítulos económicos, siendo las partidas de gasto que han ganado peso en Canarias (por haber disminuido relativamente menos) los concertos (del 9,6% en 2009 al 10,6% en 2013) y las remuneraciones de personal (del 47,3% al 49,8%), mientras que pierden peso el gasto en capital (del 5,1% en 2008 –este ajuste empezó un año antes- al 1,3%) y los consumos intermedios (del 21,5% al 21,1%).

### Outputs Sanitarios (Actividad)

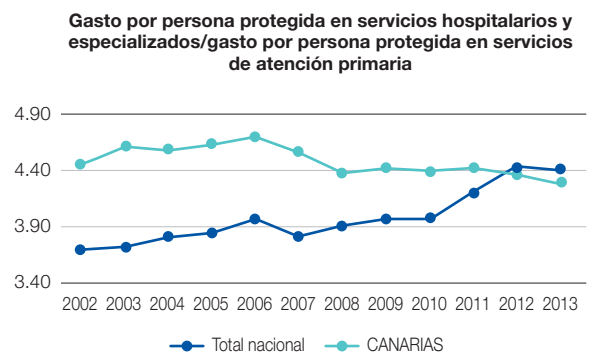
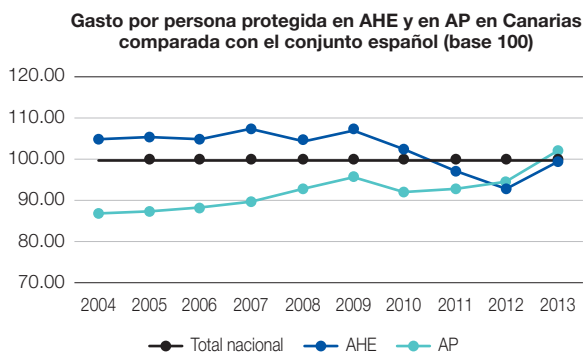
Una primera aproximación al retorno obtenido del gasto sanitario público puede hacerse midiendo algunos indicadores de productividad. Con respecto al nivel primario de atención, el cuadro 2 refleja dos cosas. Por un lado, que comparado con el conjunto español,

**FIGURA 2.** CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DEL GASTO (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS). MILES DE EUROS SOBRE EL TOTAL



**FUENTE:** ELABORACIÓN PROPIA CON LOS DATOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (ESTADÍSTICA DE GASTO SANITARIO PÚBLICO).

**FIGURAS 3.**



**FUENTE:** ELABORACIÓN PROPIA CON LOS DATOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (ESTADÍSTICA DE GASTO SANITARIO PÚBLICO).

en Canarias hay una mayor carga poblacional por profesional (en promedio, un 8% y un 4% más, respectivamente, en medicina de familia y en enfermería) y una mayor frecuentación en medicina general (en promedio un 6% más) y menor en enfermería (un 16% menos).

Por otro, que entre 2009 y el 2013 ha habido una caída de la frecuentación al médico general en el Estado del 13% (del 9% en Canarias). A ello podría haber contribuido el aumento del desem-

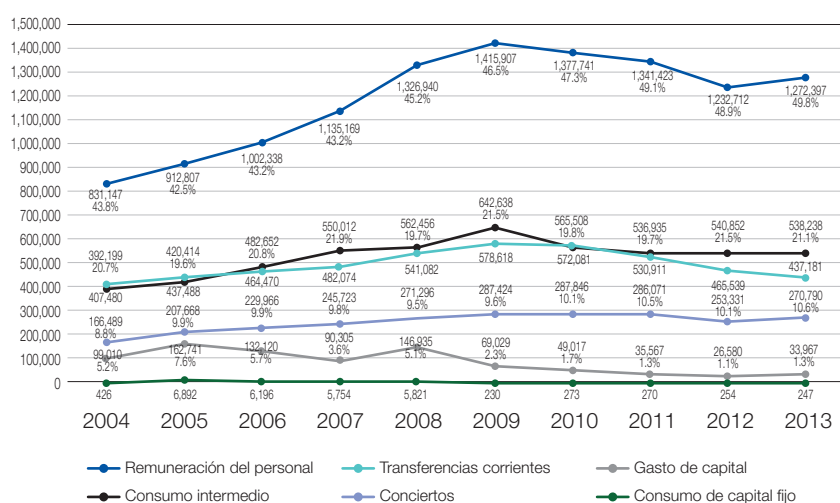
pleo y el cambio en la legislación laboral (eg. menos demanda de consultas para solicitar bajas laborales) o la consolidación de la receta electrónica (eg. menos demanda de consultas para recetas). Si las visitas que se reducen son las burocráticas, ello liberaría tiempo para actividades más generadoras de salud (eg. visitas a domicilio, coordinación del equipo, salud comunitaria, etc.). Ese efecto se vería potenciado, además, por la mayor disponibilidad de horas de tra-

bajo (con la misma plantilla) tras el aumento de la jornada laboral de 35 a 37,5 horas y la suspensión de los días de permiso. De todo esto se deduce que la productividad aparente en atención primaria debería haber caído en los últimos años. En todo caso, especialmente en el margen, más actividad no está necesariamente asociada a más mejoras de salud, sobre todo en las circunstancias económicas tras 2009.

Respecto a la dotación en atención hospitalaria y especializada (cuadro 3), señalar que, en relación con el conjunto español, en Canarias hay una relativa menor dotación por habitante tanto de recursos humanos (en promedio de todo el período, un 15% menos de médicos vinculados y 8% menos enfermeros vinculados, por mil habitantes) como de algunos recursos tecnológicos (un 55% menos de Resonancias Nucleares Magnéticas o un 25% menos de T.A.C., por millón de habitantes), así como del número de camas en funcionamiento (un 9% menos). Además, las diferencias anuales, lejos de mantenerse, han aumentado en el período 2009-13.

La menor dotación de médicos podría explicar, al menos en parte, la relativa menor tasa de consultas por mil habitantes en Canarias para todo el período (un 8% menos en promedio pa-

**FIGURA 4.** CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DEL GASTO (COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS). MILES DE EUROS SOBRE EL TOTAL



**FUENTE:** ELABORACIÓN PROPIA CON LOS DATOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (ESTADÍSTICA DE GASTO SANITARIO PÚBLICO).

Año	Población por profesional en atención primaria				Frecuentación ajustada atención primaria			
	Medicina de familia		Enfermería		Medicina de familia		Enfermería	
	C. Canaria	España	C. Canaria	España	C. Canaria	España	C. Canaria	España
2004	1,711	1,484	1,855	1,709	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
2005	1,679	1,487	1,773	1,698	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
2006	1,604	1,441	1,763	1,627	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
2007	1,568	1,426	1,635	1,658	5.75	4.91	1.69	1.83
2008	1,519	1,410	1,723	1,663	5.79	5.71	1.90	2.51
2009	1,509	1,411	1,657	1,626	5.73	5.57	1.98	2.51
2010	1,467	1,398	1,678	1,606	5.42	5.26	1.95	2.39
2011	1,452	1,385	1,652	1,577	5.44	5.35	2.05	2.40
2012	1,397	1,356	1,603	1,557	5.35	4.84	2.06	2.32
2013	1,407	1,372	1,614	1,546	5.23	4.84	2.05	2.36
Promedio	1,531	1,417	1,695	1,627	5.53	5.21	1.95	2.33
Diferencia	8.07		4.22		6.11		-16.18	

**FUENTE:** MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA (SIAP), DATOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.  
**NOTA:** FRECUENTACIÓN AJUSTADA EN A.P. = NÚMERO TOTAL DE CONSULTAS/POBLACION ASIGNADA (AJUSTADA POR EDAD DE LA FRECUENTACIÓN).

ra todo el período), diferencia que se acentúa desde 2010 (cuadro 4). Algo parecido ocurre con la frecuentación de urgencias hospitalarias, que es estructuralmente menor en Canarias (un 33% menos en promedio para el período). Por otra parte, en Canarias hay (en comparación con el conjunto español) un alto índice de ocupación hospitalaria (en torno a un 83%, superior en

2 puntos a la del Estado) motivado fundamentalmente por una estancia media relativamente alta (un 36% mayor en promedio en Canarias) y no por un alto índice de productividad (un 24% menor en promedio en Canarias). Un estudio previo halló resultados similares a estos últimos para Canarias en los años 90, que no podían ser explicados por diferencias en el case-mix (Abásolo 1998).

### Resultados finales (Salud)

En relación con los resultados de salud, hemos considerado, además de la mortalidad por el total de causas (clasificación CIE-10), la mortalidad evitable (Gispert et al. 2006).

La figura 5 muestra que, aunque hay una tendencia decreciente a lo largo de todo el período, la mortalidad por todas las causas es mayor en Canarias que

**CUADRO 3.**

Año	Dotación de recursos humanos en atención especializada				Dotación de camas y equipos de diagnóstico especializada					
	Médicos/1.000 H.		Enfermeros/1.000 H.		RMN/millón H.		TAC/millón H.		Camas fun./millón H.	
	C. Canaria	España	C. Canaria	España	C. Canaria	España	C. Canaria	España	C. Canaria	España
2004	1.26	1.45	2.23	2.43	1.59	2.97	7.42	8.81	2.47	2.43
2005	1.24	1.46	2.34	2.46	1.55	3.23	7.77	8.71	2.43	2.38
2006	1.26	1.50	2.30	2.52	1.52	3.18	7.6	8.49	2.21	2.36
2007	1.31	1.55	2.47	2.59	1.49	3.57	7.43	9.23	2.18	2.34
2008	1.33	1.61	2.48	2.65	1.46	3.73	7.76	9.61	2.14	2.31
2009	1.36	1.66	2.48	2.70	1.92	4.09	8.15	10.08	2.11	2.28
2010	1.40	1.67	2.68	2.96	2.39	5.58	7.17	10.77	2.07	2.51
2011	1.41	1.68	2.64	2.93	2.37	6.03	7.12	11.30	2.06	2.46
2012	1.37	1.68	2.52	2.87	2.83	6.22	7.07	11.55	2.02	2.41
2013	1.39	1.65	2.60	2.84	2.85	6.33	7.11	11.46	2.02	2.35
Promedio	1.33	1.59	2.47	2.69	2.00	4.49	7.46	10.00	2.17	2.38
Diferencia	-16.21		-8.18		-55.55		-25.41		-8.90	

**FUENTE:** MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. DATOS DE 2004 A 2009 (ESTADÍSTICA DE ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS CON RÉGIMEN DE INTERNADO EESRI) Y DATOS DE 2010 A 2013 (SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA SIAE), DATOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

**NOTA:** SON MÉDICOS Y ENFERMEROS VINULADOS.

**CUADRO 4.**

Año	Actividad en atención hospitalaria y especializada									
	Consultas/1.000 H.		Índice de productividad		Ocupación		Estancia media		Frecuen. urgencias	
	C. Canaria	España	C. Canaria	España	C. Canaria	España	C. Canaria	España	C. Canaria	España
2004	1,438.85	1,467.85	25.4	36.57	85.61	82.51	12.29	8.24	298.53	450.76
2005	1,401.89	1,452.79	24.9	36.86	86.29	82.81	12.65	8.20	298.26	453.37
2006	1,359.46	1,457.34	27.7	37.03	84.37	81.88	11.12	8.07	300.22	460.48
2007	1,343.68	1,484.23	27.7	37.31	82.74	82.25	10.89	8.05	319.25	464.86
2008	1,364.81	1,498.39	28.8	37.59	82.27	81.47	10.43	7.91	314.83	457.25
2009	1,551.02	1,524.97	28.9	37.63	82.43	80.33	10.39	7.79	315.34	461.96
2010	1,396.23	1,613.47	28.8	35.06	81.08	79.79	10.28	8.31	300.68	454.93
2011	1,436.17	1,636.16	28.3	35.28	80.52	78.69	10.39	8.14	296.18	455.51
2012	1,436.95	1,632.56	28.0	35.81	81.44	79.15	10.62	8.07	285.55	438.77
2013	1,474.86	1,666.58	28.2	36.35	80.01	79.22	10.37	7.95	278.25	440.38
Promedio	1,420.39	1,543.38	27.67	36.55	82.67	80.81	10.94	8.07	300.71	453.83
Diferencia	-7.97		-24.30		2.31		35.58		-33.74	

**FUENTE:** MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. DATOS DE 2004 A 2009 (ESTADÍSTICA DE ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS CON RÉGIMEN DE INTERNADO EESRI) Y DATOS DE 2010 A 2013 (SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA SIAE)

**NOTA:** ÍNDICE DE PRODUCTIVIDAD = Nº ALTAS ANUALES/Nº CAMAS EN FUNCIONAMIENTO. OCUPACIÓN = Nº ESTANCIAS ANUALES/Nº DÍAS DE CAMA DISPONIBLE ANUALES. ESTANCIA MEDIA = Nº ESTANCIAS ANUALES/Nº ALTAS ANUALES. FRECUENTACIÓN URGENCIAS = Nº VISITAS ANUALES X 1.000/POBLACIÓN CENSADA.

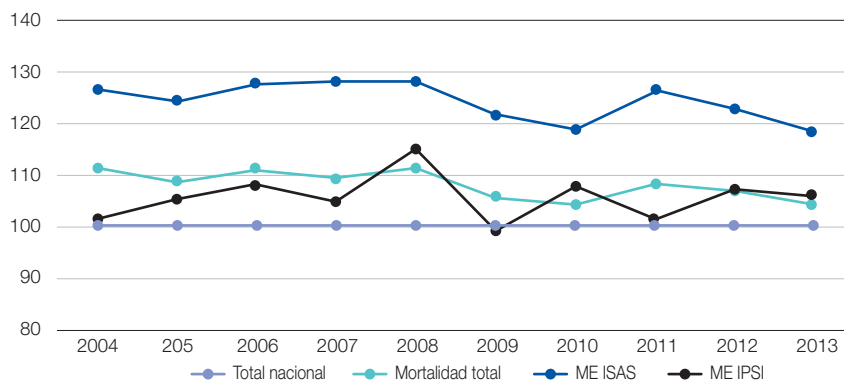


en el conjunto español. Respecto a la mortalidad evitable por causas IPSI (relacionadas con las políticas intersectoriales) las tasas –con mayor variabilidad interanual que las otras tasas de mortalidad- están cercanas a las del conjunto nacional (aunque se mantienen sensiblemente por encima). Sin embargo, las tasas de mortalidad evitable por causas ISAS (relacionadas con el sistema sanitario) son significativamente mayores en Canarias a lo largo de todo el período analizado, lo que indicaría que hay mejoras potenciales de eficiencia que deben ser investigadas.

Otro indicador de la eficiencia del sistema sanitario público (y en particular del desempeño del nivel de atención primaria) basado en “outcomes” es el de las hospitalizaciones potencialmente evitables, es decir, por patologías de larga evolución que precisan de tratamiento principalmente en el ámbito de la atención primaria, de manera que su tasa de hospitalización sería un indicador indirecto de la efectividad de la provisión de los servicios en dicho nivel de atención. Estas tasas son sistemáticamente menores en Canarias (figuras 6). Por causas, este patrón se repite en enfermedad pulmonar, en insuficiencia cardíaca, en neumonía y en infección del tracto urinario. Sólo en hipertensión los resultados son similares a los del conjunto nacional. Esta evidencia puede indicar una efectividad relativamente mayor de la atención primaria en Canarias respecto al sistema nacional de salud. Además, la relativa menor dotación económica y de inputs de la Comunidad Canaria durante la mayor parte de esta década no hace más que reforzar esta conclusión.

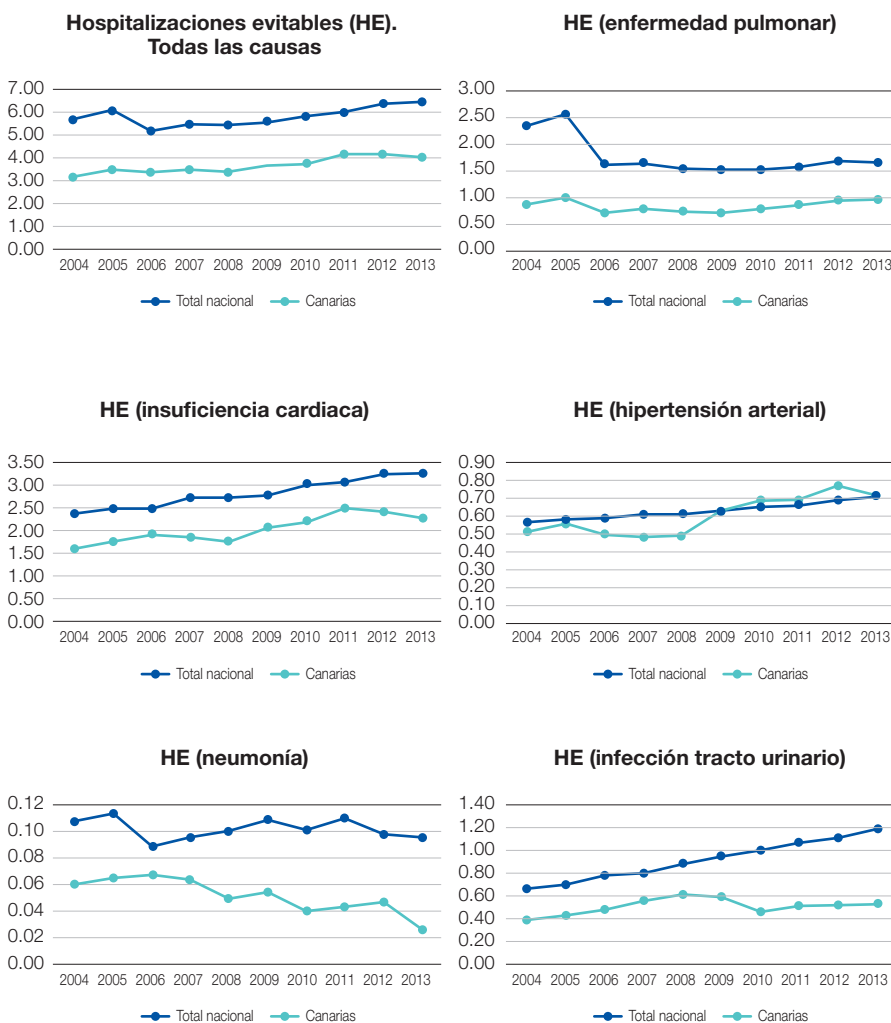
Respecto al nivel de atención especializada, un indicador de salud disponible es la tasa de mortalidad hospitalaria (el inconveniente es que depende en buena medida del grado de adecuación de los ingresos –a mayor adecuación, mayor mortalidad-), que está en torno a la media nacional. Otros indicadores de calidad de la atención hospitalaria relacionados con la salud muestran resultados dispares: las tasas de reingresos en

**FIGURA 5. MORTALIDAD Y MORTALIDAD EVITABLE EN CANARIAS COMPARADO CON EL CONJUNTO ESPAÑOL (BASE 100)**



**FUENTE:** ELABORACIÓN PROPIA CON LOS DATOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD, MORTALIDAD TOTAL. (TASAS DE MORTALIDAD AJUSTADAS POR EDAD CIE-10) Y MORTALIDAD EVITABLE, CALCULADAS CON DICHAS TASAS DE MORTALIDAD, SELECCIONANDO LAS CAUSAS ISAS E IPSI DEFINIDAS EN GISPERT ET AL. 2006).

**FIGURAS 6.**



**NOTA:** ELABORACIÓN PROPIA CON LOS DATOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. INDICADORES Y EJES DE ANÁLISIS DE LOS DATOS DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DE HOSPITALIZACIÓN DEL SNS (2004-2013).



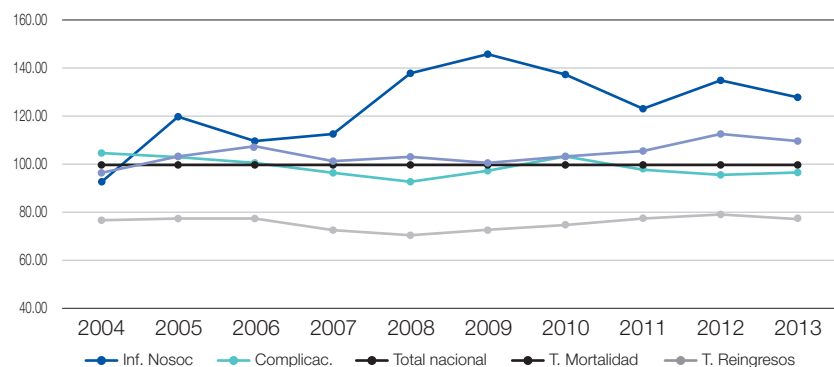
Canarias son significativamente menores que en el conjunto español, las tasas de complicaciones son parecidas a las de la media estatal, mientras que las tasas de infección nosocomial son notablemente superiores en Canarias (figura 7). Hay que señalar que la tasa de infección nosocomial es muy sensible al mix de tipos de pacientes ingresados, pues son los quirúrgicos los que tienen mayor riesgo de infección.

## Limitaciones a tener en cuenta

Primero, la ya de por sí débil relación positiva entre gasto sanitario y salud puede esconder relaciones de ambos factores con terceras variables (estilos de vida, nivel socioeconómico, área de residencia, etc.). Segundo, aunque hemos utilizado indicadores de salud, en cierto grado relacionados con el desempeño del sistema sanitario, debe recordarse que no son sensibles a la eficacia de muchos servicios sanitarios sino más bien a la difusión de nuevas tecnologías. Además, el output del gasto sanitario no es únicamente salvar vidas sino también mejorar la calidad de las mismas (que no se ha cuantificado en esta aportación) hecho que adquiere especial relevancia cuando la incidencia de la morbilidad en las últimas décadas está dando un giro hacia las enfermedades crónicas. Por tanto, la cuestión sobre si mayores niveles de gasto sanitario mejorarían la salud de los ciudadanos no puede ser contestada sin medidas más refinadas de los resultados y más desagregadas de los costes.

En el otro lado de la balanza, hay que decir que los estudios de este tipo (con unidades de análisis agregadas –como el gasto sanitario, sus principales componentes o los indicadores poblacionales de salud–) también ofrecen una valiosa información ya que detectan patrones o tendencias regionales, especialmente en períodos con cambios bruscos en el entorno económico, como la década que hemos analizado, y permiten formular hipótesis y abrir nuevas líneas de investigación. ♦

**FIGURA 7.** INDICADORES DE CALIDAD HOSPITALARIA EN CANARIAS EN COMPARACIÓN CON EL CONJUNTO NACIONAL (BASE=100).



**FUENTE:** ELABORACIÓN PROPIA CON LOS DATOS DEL MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. INDICADORES Y EJES DE ANÁLISIS DE LOS DATOS DEL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DE HOSPITALIZACIÓN DEL SNS (2004-2013).

**NOTAS:** TASA DE MORTALIDAD=% ALTAS POR FALLECIMIENTO. TASA DE REINGRESOS=% INGRESOS QUE SE PRODUCEN EN UN PERIODO DE TIEMPO DELIMITADO DESPUÉS DE UN ALTA PREVIA. TASA DE COMPLICACIONES=ALTAS QUE HAN CURSADO DURANTE SU INGRESO CON AL MENOS UNA COMPLICACIÓN.

## REFERENCIAS

- ABÁSOLO I. 1998.** La economía del Gasto Sanitario en la Comunidad Autónoma Canaria 1989
- 1993.** Editado por el Servicio Canario de la Salud del Gobierno de Canarias. Santa Cruz de Tenerife.
- AUSTER R. ET AL. 1972.** The production of health: an exploratory study” en *Essays in the economics of health and medical care*, Fuchs V. ed. NBER.
- COCHRANE A. ET AL. 1978.** Health service input and mortality output in developed countries” *Journal of Epidemiology and Community Health*; 32: 200-205.
- CULYER A.J. 1991.** The promise of a reformed N.H.S.: an economist angle, *British Medical Journal*, 302: 1253-56.
- GISPERT R., ARÁN BARÉS M., PUIGDEFÀBREGAS A.** y el Grupo para el Consenso en la Mortalidad Evitable. 2006. La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España, *Gaceta Sanitaria*, 20(3): 184-93.
- LEU R. 1986.** The public-private mix and international health care costs, en Culyer A.J. and Jönsson B. (eds.) *Public and private health services*, Basil Blackwell. Oxford.
- LÓPEZ-CASASNOVAS, G. & GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCCEL, B. 2015.** El sistema sanitario en España, entre lo que no acaba de morir y lo que no termina de nacer. *Papeles de Economía Española*, 147.
- MC GUIRE A., HENDERSON J. Y MOONEY G. 1988.** *The Economics of Health Care* International Library of Economics. London.
- PUIG-JUNOY, J., RODRÍGUEZ-FEIJOO, S. & LÓPEZ-VALCÁRCCEL, B. G. 2014.** Paying for Formerly Free Medicines in Spain After 1 Year of Co-Payment: Changes in the Number of Dispensed Prescriptions. *Appl Health Econ Health Policy*.
- WILLIAMS A. 1988.** Priority-setting in public and private health care systems: a guide through the ideological jungle. *Journal of Health Economics*, 7: 173-183.
- WILLIAMS A. 1989.** Creating a health care market: Ideology, efficiency, ethics and clinical freedom. *NHS White Paper. Occasional Papers*, 5, March. Centre for Health Economics, York.

# Jornadas nacionales de activismo en DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA



**23 de abril**

en el Antiguo Mercado de la Unión

**24 de abril**

en el C.C. Ramón Alonso Luzzy - Cartagena

ORGANIZAN:



Asociación en Defensa de la Sanidad  
Pública de la Región de Murcia.  
(ADSPRM)



# XVI

## Jornada DESIGUALDADES SOCIALES Y SALUD

**Cádiz, 28 de Mayo de 2016**

Facultad de Ciencias Económicas (UCA)  
(Antiguo Hospital de Mora)

**Organiza:**

ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD  
PÚBLICA DE ANDALUCÍA (ADSP-A)

información: 956254669 lolamartiruz@gmail.com  
650807953 antonio.escolar@uca.es

**Colaboran:**

UNIVERSIDAD DE CÁDIZ  
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA  
DIPUTACIÓN DE CÁDIZ



Foto: Antonio Rivera. Barrio de La Viña. Cádiz.

# La politización de la sanidad pública, uno de sus mayores males

**Los servicios sanitarios públicos adolecen de muchos y graves problemas, pero nos hemos ido acostumbrando, sin casi sorprendernos ni darnos cuenta, y hemos acabado en soportarlo con resignación, olvidando que nos asiste un derecho fundamental a recibir en su totalidad y con garantías, este primordial servicio a la salud, según se contempla en la Constitución Española y en otras diferentes de Europa europeas e internacionales.**

**Carlos García**

*Médico. Asesor de Intersindical Canaria*

**C**ontinualmente convencernos de que la sanidad en Canarias goza de buena salud. Es una orquestación programada y machacona, que repiten para que, a fuerza de repetirlo, se convierta en realidad.

Pero la realidad es muy tozuda y no lo permite. Los análisis demuestran que esta comunidad autónoma se encuentra, desde hace muchos años, a la cola de la sanidad en comparación con el resto del Estado. Incluso, recientemente, le aplican que nuestros hospitales se encuentran entre los de peor reputación. Son datos que derivan de los barómetros de opinión, de asociaciones, de grupos ciudadanos, de defensores del pueblo, de grupos políticos, de representaciones sociales y laborales y de los propios usuarios ciudadanos.

## La politización en la sanidad pública

El modelo sanitario español muestra desde hace tiempo claras muestras de agotamiento, manteniendo colapsos asistenciales estructurados que así lo indican. No solo en las Urgencias sino en las listas de espera, quirúrgicas o de consultas, y pruebas diagnósticas.

La intensa politización en la sanidad pública es uno de los mayores males, si

no el principal, que condicionan sus malos resultados. En ocasiones llega a permitir un sistema de gestión que a veces raya en la corrupción de sus métodos y acciones. Porque muchos son los intereses creados que rodean al “negocio de la salud” demostrados por las grandes inversiones económicas de empresas financieras privadas en torno a la sanidad; y que se mantienen en forma de conciertos y convenios con el sistema público sanitario.

La sanidad pivota entre los políticos de turno, los grupos financieros privados y los medios de comunicación que estos controlan, mucho más que en torno a los pacientes y a los profesionales. Y es por ello que los controles son muy necesarios pero no se realizan. Y es la mala gestión llevada a cabo en el diseño y funcionamiento, lo que la empeora, dando lugar a no “profesionalizar” la misma. Por tanto, el paciente, el ciudadano, ha dejado de ser en centro del sistema para concentrarse en torno al político.

**“Mientras la precariedad de medios y personal se acrecienta y la financiación disminuye, la demanda social aumenta”**

Es inconcebible que cuando se está reforzando el sistema bancario con recursos públicos, se intente penalizar a los ciudadanos con mayores impuestos sobre su enfermedad y la salud, ya sean con recortes en sus prestaciones y financiación, mediante los co-pagos, retirada de servicios o medicamentos o trabas para las ayudas en políticas sociales y de ayudas a los más necesitados, como lo ha efectuado el Partido Popular en la última legislatura, con su política restrictiva, convirtiendo a la sanidad en una cosa de ricos. Pero de igual modo lo han hecho, también, otros grupos políticos, gobernando en Canarias, ya sea el PSOE o Coalición Canaria.

## Los profesionales y las organizaciones de sanidad pueden aportar soluciones

Los facultativos médicos poco intervenimos en las decisiones de los sistemas de salud; poco las Asociaciones Profesionales y las Organizaciones Médicas Colegiadas; y no decir de los ciudadanos que, por no participar, ni siquiera están vigentes los Planes de Salud que se dilatan años tras años. E igual ocurre con Sindicatos y representaciones de trabajadores a los que se les anulan convenios colectivos pactados, en aplicación de restricciones presupuestarias que inciden en la disminución de plazas laborales asistenciales, mermando de personal al sistema, que se precariza a pasos agigantados y que sufren los pacientes.

La sanidad española estuvo considerada como de buena calidad y con prestaciones de alto nivel, reconocida internacionalmente, y asistida por excelentes profesionales, con modernos hospitales con alta tecnología desde hace décadas. Y lo que no se entiende es esta manera de realizar cambios estructura-



## “Los políticos mantienen un control férreo y politizado en la gestión, a la que manipulan en sus beneficios personales y electorales”

les y de financiación en algo que funcionaba bien. Es una forma de acabar con un servicio ponderado por muchos pero que, al parecer, hay que modificar y llevarlo al terreno de la privatización para que algunos se beneficien del negocio.

Los dirigentes políticos mantienen un control férreo y politizado en la gestión de la sanidad pública, a la que manipulan en sus beneficios personales y electorales, con poca transparencia, que impiden el control ciudadano de sus propios recursos y desmotivando a los profesionales sanitarios que soportan la carga.

Hay muchos intereses ocultos en torno a la sanidad. Se empeñan en que lo público no funcione ensombreciendo con la sospecha de la corrupción lo que acontece y que no quieren cambiar.

Pero hay soluciones que sabemos los profesionales de la sanidad y todas sus organizaciones.

### Los responsables: políticos nacionales y autonómicos

Son los políticos gobernantes nacionales y autonómicos los que siguen controlando la situación sin tener un nivel

adecuado para hacerlo y son los responsables de que Canarias siga a la cola, ya sean en Atención Primaria, la gran olvidada, como en los servicios de Urgencias, en las listas de espera. La precariedad de medios y personal se acrecienta, la financiación disminuye, la demanda social aumenta... Y mientras, se tergiversan datos, se maquillan estadísticas, se prometen soluciones que no se cumplen. Finalmente, el ciudadano se plantea la dualidad de medicarse o de comer, de curarse sus enfermedades o de pagar su vivienda...

Y que es la salud de un pueblo es responsabilidad del estado, igual que su educación.

Las alarmas suenan y avisan de que algo va mal pero los políticos, los responsables, lo niegan y lo ignoran aceptándolo como normal.

Y mientras se denuncian estos hechos, los representantes legales de los trabajadores y las secciones sindica-

les sanitarias seguimos siendo ninguneados por los que dirigen las administraciones públicas, ante el ejercicio de realizar críticas y en nuestra labor de la defensa laboral de los empleados. Porque se quiere obviar el derecho a la libertad de expresión que ostentamos con nuestras manifestaciones, y también de información, en el interés general de la ciudadanía que tiene necesidad de estar informada y de conocer puntos de vista de los profesionales sanitarios en las cuestiones que nos competen, como es el caso.

Las ideas, opiniones y pensamientos, junto con los juicios de valor, es un derecho que nos asiste en cuanto a comunicar hechos y circunstancias que consideramos de importancia común y ciudadana para garantizar la formación de una opinión pública libre, indispensable para el pluralismo político que exige el principio democrático.

Algo tiene que hacer la ciudadanía. ♦

## ATENCIÓN PRIMARIA

# La situación es tan mala o peor que en el resto del Estado Español

**No son buenos tiempos para la sanidad pública. En Canarias según los últimos informes de la FADSP. La Atención Primaria es la principal damnificada. La situación es diferente según la isla en la que nos encontremos (8 islas pobladas, 7 áreas de salud y siete gerencias diferentes, específicas de primaria o que comparten gestión con la atención especializada, en función de la población), pero todos compartimos un alto grado de la insatisfacción, por el deterioro que se ha venido produciendo.**

**Jorge Bethencourt**

La insularidad marca (doble insularidad de las islas periféricas con respecto a las capitalinas), pero también el importante peso de los centros concertados, el uso de lo público desde las consultas privadas, la inexistencia de hospitales comarcales y las características de los hospitales de referencia, que condiciona el trabajo de los EAP por el abordaje de las urgencias, por la prescripción farmacéutica, por la diferente o inexistente coordinación entre niveles o el acceso a pruebas complementarias, existiendo en una misma isla-área de salud diferencias sustanciales que rompen la equidad en el acceso y la homogeneidad de la cartera de servicios.

Compartimos plantillas deficitarias con alto grado de eventualidad, la casi nula sustitución de las ausencias (enfermedad, vacaciones...), y dificultades para cubrir vacantes en las zonas más alejadas o en determinadas islas. Muchas de las plazas de pediatría están cubiertas por médicos de familia por falta de especialistas.

La lejanía condiciona la formación y

los servicios que se ofrecen, y la libertad para decidir.

La mala salud de la A.P. y la insatisfacción de los profesionales ha sido objeto de múltiples estudios y publicaciones en los últimos años.

Se han elaborado propuestas como las de la estrategia AP 21 o las de la FADSP, que son teóricamente aceptadas por un amplio número de profesionales, que nos instalamos en el victimismo y en el conformismo, con lo que la situación no mejora. Al contrario empeora paulatinamente.

### Plan Estratégico

En Canarias se elaboró un Plan Estratégico de Atención Primaria, participa-

**“Hay que incentivar a los profesionales que trabajan en las islas periféricas para que garanticen la continuidad y la calidad del servicio”**

tivo. Se presentó hace casi 10 años y generó muchas expectativas. Parecía el inicio de una nueva época, pues recogía los principios que pueden sustentar la Atención Primaria que queremos, acentuando la promoción de la salud como un eje fundamental, el reconocimiento de los profesionales como principales protagonistas en la mejora del sistema sanitario y la imprescindible participación de la ciudadanía. Con estrategias concretas, en el área de la participación, de promoción de la salud y prevención, de coordinación entre niveles y accesibilidad, continuidad de la asistencia, resolutivez, calidad y mejora de la eficiencia, uso racional del medicamento, formación y desarrollo de sistemas de información y política de recursos humanos. Reforzando el papel de la enfermería que parece que no acaba de encajar.

Pero **a la falta de voluntad política se sumó la llegada de la “crisis”**, agravando lo anterior, y nos encontramos con un presupuesto más insuficiente, con unos gestores, más preocupados en conservar su parcela de poder que en gestionar eficazmente los recursos disponibles (En Canarias los equilibrios en el reparto del poder entre los territorios y los partidos que gobiernan, pues no hay mayorías suficientes, condicionan mucho la gestión), sin un Plan de Salud (el que está vigente es el 2004-2008), sin criterios de actuación homogéneos en las diferentes áreas, con un déficit alarmante de recursos humanos, sobre todo de enfermería, y con unas insoportables listas de espera. Esto en una comuni-



dad pobre, con altos índices de paro, con salarios y pensiones bajos, conforma una realidad preocupante. Aunque estamos en la media del gasto sanitario per capita nuestras necesidades son mayores.

### Sociedades científicas y sindicatos invisibles

Nos hemos visto huérfanos de liderazgo, pues las sociedades científicas de primaria y los sindicatos se han hecho invisibles por muchas razones, entre ellas porque algunos dirigentes de las sociedades nutren a los equipos directivos, que parecen vivir una realidad distinta a la del resto de profesionales. Faltan agitadores en atención primaria.

Esperamos recetas mágicas que vengan de arriba. Verbalizamos nuestro malestar por las cargas asistenciales crecientes y el exceso de burocracia raramente derivada de nuestra actividad, pero no usamos “nuestra antigüedad y saber” para ir en otra dirección.

Hay iniciativas y EAP, los menos, que funcionan, lo que en parte corrobora esta afirmación.

### Población insatisfecha

Los últimos barómetros sanitarios y la encuesta europea de salud indican un alto grado de insatisfacción en la población. Esto, sin embargo, contrasta con las pocas quejas recibidas.

No se han puesto en funcionamiento los consejos de salud, que aunque consultivos podrían servir para denunciar deficiencias, manifestar inquietudes y proponer soluciones.

### Punto débil: el funcionariado

El funcionariado, que tiene un importante peso en esta comunidad. Muchos conforman una “clase media progresista”, que en general elige seguros privados para ser atendida, sin reflexionar que esa elección debilita lo público.

**Tenemos que empezar desde la base, con una vocación comunitaria, buscando la complicidad de la ciudadanía, huyendo de visiones individualizadas, abordando los factores sociales y culturales que determinan nuestra salud, creando redes que defiendan lo público y que se convenzan de que la A.P. es realmente la base del sistema sanitario, desmontando la propaganda ideológica de que lo público es ineficiente, creando líderes, y desde aquí exigir que los órganos de participación sean democráticos, con los cambios legislativos que se precisen, y que tomen las decisiones sobre necesidades en salud y asistencia sanitaria, siempre con gestión y recursos públicos, propiciando la disminución de las desigualdades sociales.**

## Puntos a seguir para dar el prestigio social a la atención primaria que se merece

Hemos presentado en el parlamento canario una ILP que recoge, entre otros, los siguientes puntos:

- Exigir una financiación suficiente y finalista, adecuar los cupos médicos y mejorar las plantillas, sobre todo de enfermería, garantizar la formación para estos fines y promover la investigación en los EAP.
- Reclamar competencias en salud laboral, en control de IT, en atención a drogodependencias.
- Minimizar actos administrativos y la burocracia. No podemos ser notarios e informar de todo lo que pasa a nuestro alrededor.
- Elaborar estrategias que hagan frente a la medicalización de la vida cotidiana, con una formación independiente y enfoque biopsicosocial, contrarrestando y reorientando el papel de los medios de comunicación, que aquí son muy utilizados por el sector privado.
- Dirigir nuestra atención a la población realmente enferma, que pisa más las salas de espera de los servicios sociales y de las ONGs que las de los centros de salud, pues nos sentimos más cómodos en la atención a la población sana, con programas, que en muchos casos hay que reelaborar.
- Dar margen para que los EAP tengan autonomía.
- Aumentar la capacidad resolutoria con libre acceso a pruebas complementarias.
- Integrar de forma adecuada a la enfermería, definiendo su papel, sus funciones y desarrollando la prescripción.
- Incentivar a los profesionales que trabajan en las islas periféricas para que garanticen la continuidad y la calidad del servicio.
- Garantizar la adecuada coordinación con la red sociosanitaria.

Ahora necesitamos organizarnos y empujar para convertirla, en esta legislatura, en la Ley de Sanidad que Canarias necesita, sin olvidar que es urgente tener un Plan de Salud en cuya elaboración participemos todos los sectores: políticos, sindicales, sociales y profesionales.



Hemos avanzado en los sistemas de información, y hemos sido pioneros en el establecimiento de la Receta Electrónica, que ya compartimos con la atención especializada. Sin embargo corremos el riesgo de convertir el principal instrumento de trabajo de antaño, el bolígrafo, por el ratón y teclado. Pantalla que hace de cortina entre nosotros y el paciente. Estamos más preocupados en multi-registrar y buscar el diagnóstico, para alcanzar los objetivos, que en mantener una comunicación adecuada.

### Avances

Se ha avanzado en modelos de informe de salud para diferentes necesidades.

Se han puesto en marcha en algún área de salud las interconsultas “virtuales”, que tienen un aspecto positivo, pues permiten una comunicación fluida con el especialista, pero otros negativos, pues en algunas especialidades hay lista de espera para responder. Cuando uno de los objetivos era mitigar las listas de espera, con lo que supone de peligro para el usuario, pues se cortan otras vías de comunicación que limitan el acceso del paciente a los centros de especialidades, dejando solo abierta la de las urgencias hospitalarias, donde no siempre está el especialista presente. Además, en ocasiones se nos trata como ayudantes del especialista y no como profesionales que formamos parte de un mismo equipo, con responsabilidades compartidas y con unos mismos objetivos. Aún no se han evaluado los resultados.

En muchos centros de salud dedicamos 10 minutos de consulta al paciente, aunque esto suponga aumentar el tiempo total de consulta, para garantizar un mínimo de consultas por día, en detrimento de otras actividades.

La situación no es buena y hay mucho camino por andar para convertir a la Atención Primaria en el eje de nuestro sistema sanitario. ◆

# Ayuntamientos,

¡POR EL CAMBIO

EN LA SANIDAD!

**José J. O'Shanahan Juan**

*Responsable de la Cátedra UNITWIN-UNESCO de Investigación Planificación y Desarrollo de Sistemas Locales de Salud de la ULPGC. Ex Presidente de la International Association of Health Policy*

**E**l momento en que se institucionaliza la Reforma Sanitaria en España podría fijarse en la aprobación de la Ley General de Sanidad en el año 1986, por la cual a los Ayuntamientos y Cabildos se les libera de su obligación a la asistencia sanitaria de la población pobre sin derecho a la seguridad social. Estas personas eran atendidas a través de los

hospitales insulares y psiquiátricos así como por los sanitarios locales que como inspectores y funcionarios de la sanidad local municipal, dependían funcionalmente de los Alcaldes.

A cambio de eximirles de dicha competencia técnico-asistencial, y que suponía una enorme carga para las arcas de estas instituciones, se establece su participación en la planificación y gestión de los recursos sanitarios públicos de salud, en nuestro caso del Servicio Canario de la Salud, a través de los Consejos de Dirección y de Salud de las Áreas de Salud, de ámbito insular, así como de los Consejos de Salud de Zona Básica en el nivel municipal.

**BUENA PARTE DEL CAMINO YA ESTÁ HECHO EN EL PROYECTO DEL III PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2015-2017**

### Consejos de dirección

Los Consejos de Dirección constituyen una especie de consejo de administración del sistema público de salud en la isla, con un nivel de participación en la toma de decisiones muy importante y poco conocido. La representación de las corporaciones locales es casi paritaria con el número de vocales del Servicio Canario de la Salud<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> La participación comunitaria en el Servicio Canario de la Salud. [http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3df69e01-358d-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia8\\_ParticipacionComunitariaEnElSCS4.pdf](http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3df69e01-358d-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia8_ParticipacionComunitariaEnElSCS4.pdf).



# Cabildos y Sociedad Civil

Entre las trece atribuciones que la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias le otorga a este Consejo de Dirección destacaría como ejemplos algunas como: formular el anteproyecto del Plan de Salud del Área; proponer acuerdos, convenios y conciertos para la prestación de los servicios y el establecimiento de fórmulas de gestión integradas o compartidas con entidades públicas y privadas; proponer al Consejo de Dirección del servicio la relación de puestos de trabajo para la administración del Área; aprobar el estado de cuentas y los documentos de la gestión económica y contable además del anteproyecto de presupuestos de ingresos y gastos anuales del Área o, lo que tendría que ver, por ejemplo con la nueva estrategia para la modernización del modelo de gestión en el sistema nacional de salud, la Gestión Clínica al considerar la función de estudiar, proponer y, en su caso, adoptar medidas para la mejora de la organización y el funcionamiento interno de las distintas unidades.

## Autonomías y la Ley de Ordenación Sanitaria de 1986

Con el desarrollo del Estado de las Autonomías y la Ley de Ordenación Sanitaria de 1986, no se optó por la descentralización de la sanidad hacia los municipios, como muchos otros países del mundo, caso de países escandinavos, Italia, Brasil... sino por su transferencia hacia las Comunidades Autónomas. A cambio, el Estado les cede poder a las corporaciones locales para la participación en el proceso de toma de decisiones en la planificación y gestión del Servicio Canario de la Salud. Sin embargo, esta competencia nunca se ha llegado a hacer realmente efectiva. Las veces en que se han reunido los Consejos de Dirección ha sido "para cumplir" pero nunca ha habido verdadera voluntad política de parte de los gobiernos de la Comunidad Autónoma, ni ha sido demandado por los Cabildos ni Ayuntamientos como manifestábamos en otro artículo, para el ejercicio de dichas competencias. Por cierto que esta cuestión puede ser una referencia para su próximo debate en el seno de la tramitación de la Iniciativa Legislativa Popular por la defensa de la salud y de la sanidad pública en cuanto a la efectiva participación ciudadana que sus proponentes han venido planteando, como condición necesaria en la negociación dentro de la Comisión Parlamentaria en la anterior legislatura.

Por tanto consideramos que se debe asumir que las corporaciones locales están legitimadas y son legalmente competentes para intervenir formalmente en un pacto social por la defensa de la salud y de la sanidad pública con el resto de actores con representación en los Consejos de Salud tales como las organizaciones sindicales, sean o no los acreditados como representativos; los colegios profesionales, asociaciones de pacientes, de vecinos, profesionales sanitarios y demás actores representados en los consejos.

En estos momentos se puede afirmar que una buena parte del camino ya está hecho en el Proyecto del III Plan de Salud de Canarias 2015-2017 con su expediente culminado y aprobado por el Gobierno a finales de enero del 2015 y el desarrollo y resultados de las Conferencias Insulares de Salud referidas.

Todo este proceso participativo podría culminar con la realización, debate y aprobación de los anteproyectos de cada uno de los Planes Insulares de Salud en los Consejos de Dirección y de Salud de las Áreas y el patrocinio, respaldo y refuerzo de una Conferencia de Salud de Canarias realizada desde el Consejo Canario de la Salud.

A partir de ahí, los partidos políticos, en el nivel de decisión que les corresponda en el Parlamento, tomarán en consideración, podrán realizar aportaciones y, en su caso, aprobar definitivamente el III Plan de Salud de Canarias como el comprometido Pacto Social por la Sanidad. De ser así, estaríamos siendo protagonistas de una experiencia innovadora a nivel internacional y tecnológicamente avanzada de modernización de la gestión pública y de gobernanza democrática para la sostenibilidad del sistema sanitario público. ◆

**TODAS LAS CORPORACIONES LOCALES ESTÁN LEGITIMADAS Y SON LEGALMENTE COMPETENTES PARA INTERVENIR EN UN PACTO SOCIAL POR LA DEFENSA DE LA SALUD Y DE LA SANIDAD PÚBLICA**



## ATENCIÓN ESPECIALIZADA

# El poco atractivo sector público de nuestra Comunidad, produce una constante pérdida de profesionales

**La Comunidad Canaria se mantiene en los últimos puestos de calidad entre las CCAA a lo largo de los años y con todos sus grandes Hospitales en los últimos puestos de entre los primeros 70 Hospitales Públicos. Nada funciona correctamente, al mismo tiempo el oscurantismo de datos de los que hasta ahora han hecho gala las diferentes Consejerías, no nos permiten sacar conclusiones sobre si lo que se ha hecho tan mal se debe a la ineptitud de los Gobiernos de turno o a una falta de compromiso para solucionar todos los problemas que agobian a los ciudadanos y a los sanitarios.**

### **Dr. Guillermo de la Barreda López**

*Vicepresidente de la Asociación en Defensa de la Salud Pública Canaria (ADSPC)*

**E**ntre las principales causas que han llevado al deterioro de la Atención Especializada y a que esta se encuentre entre las peores de España, están:

### **La Coordinación**

La lógica coordinación que debe existir entre Atención Primaria, Especializada y Sociosanitaria ha brillado por su ausencia y no sólo porque hasta ahora una herramienta como la Historia Electrónica no funcione correctamente sino porque el diálogo Médico de Familia - Especialista - Hospitales es mínimo, no existiendo protocolos de actuación conjuntos y con una relación con el sistema sociosanitario precaria o inexistente.

Se ha tratado de implantar la consulta telemática, como remedio a esa falta de coordinación, pero lo cierto es que incluso estas tienen esperas, que en

algunas especialidades llegan al mes. Mientras tanto la práctica inexistencia de protocolos y guías clínicas consensuadas entre ambos niveles hacen que aumenten las demoras, que los pacientes lleguen al especialista incompletamente estudiados y con juicios diagnósticos muchas veces incorrectos.

### **El personal**

La Comunidad Canaria es deficitaria en este apartado siendo en Médicos Especialistas la penúltima de todas las

CCAA, teniendo sólo por detrás a Ceuta y Melilla, y en personal de Enfermería la tercera por la cola.

Las ofertas de empleo médico no se realizan de forma periódica, desde 2001 sólo se han hecho dos convocatorias de las que la de 2007 aún no está resuelta y en enfermería otro tanto.

Los índices de interinidades no son aceptables, encontrándonos además con contratos de meses sólo para guardias, o sólo para consultas en CAES.

Los ratios no son iguales para todos los Hospitales encontrándonos que Centros con índice poblacional igual, tienen grandes diferencias de personal.

Si hablamos de los Hospitales de las Islas menores, los déficits son peores faltando especialistas en la mayoría, lo cual se trata de paliar cubriéndolos esporádicamente o utilizando los traslados aéreos o marítimos para tratamientos, estos hechos son de enorme trascendencia dada nuestra Insularidad.

Por último el nepotismo, tanto familiar (ha habido directores médicos que han nombrado a su hermano a dedo como Jefe de un Servicio) como político, en la concesión de plazas hospitalarias, directivas etc. han producido una gran desafección del personal sanitario.

Como triste anécdota podemos reseñar, que hay plazas de especialistas no cubiertas y que son atendidas, desde hace años, por médicos no especialistas.

El personal sanitario se mueve por tres objetivos fundamentales, el personal, el profesional y el económico; las cargas de trabajo por falta de personal,

**“La inexistencia de las juntas Técnico Asistenciales, en muchos hospitales, son la expresión del autoritarismo de gestión y la falta de comunicación”**



el precario desarrollo profesional y las bajas retribuciones hacen poco atractivo el sector público de nuestra Comunidad, lo cual produce una constante pérdida de profesionales, bien por su pase a la Sanidad Privada, por su traslado a otras CCAA o al extranjero, donde puedan desarrollarse mejor tanto personal como profesionalmente.

## Las infraestructuras

Durante años se ha tratado de remozar los Hospitales existentes, sin llegar a conseguirlo del todo, con planes de reforma que llevan años y con curiosidades como la del Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria en Tenerife que lleva meses y meses con 6 quirófanos nuevos terminados pero no puestos en funcionamiento.

Como dato, desde 1978 no se crea ninguna cama de Agudos en la Provincia de Tenerife y otro dato de interés, entre 2008-2014 se han perdido 538 camas, un 13.09% de las camas de la provincia de Gran Canaria y un 11.13% de las de Tenerife.

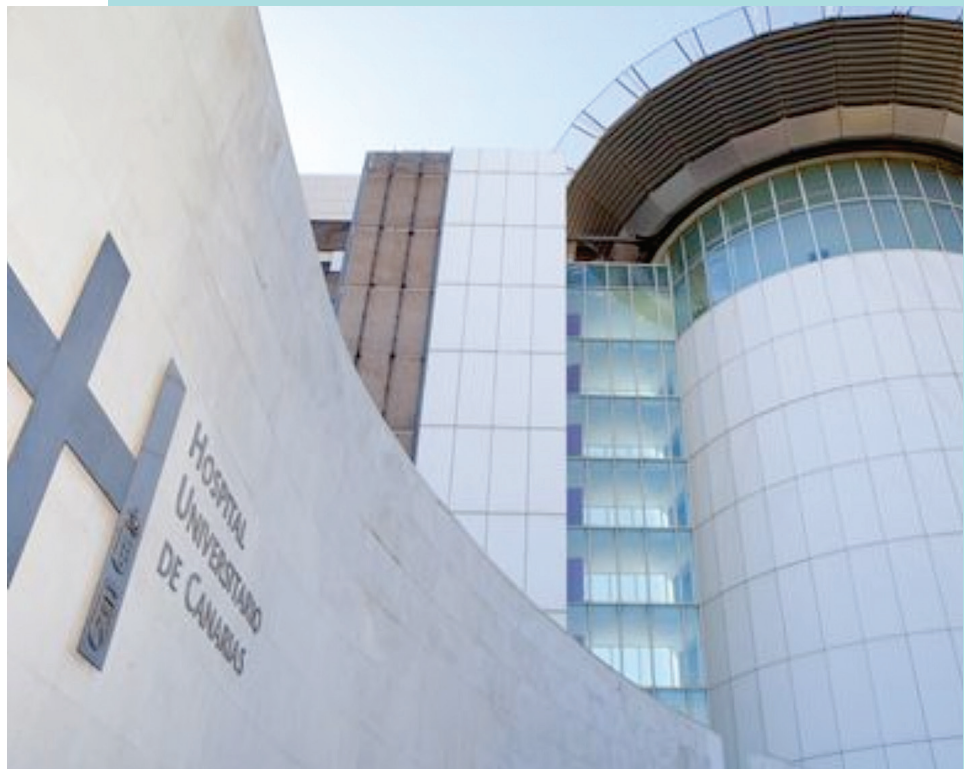
En Canarias la distribución de hospitales es de Hospitales Públicos 36.8%, Privados con ánimo de lucro 57.9% y Privados sin ánimo de lucro 5.3%, en cuanto a camas el 63% es para los Públicos, el 33.9% para los Privados con ánimo de lucro y un 3.25 para los Privados sin ánimo de lucro. De estos datos se deduce la razón del porqué Canarias esta entre las CCAA donde la Privatización Sanitaria es mayor y donde el porcentaje de gasto sanitario dedicado a la contratación con Centros privados es la mayor por detrás de Cataluña y Madrid.

Mención aparte merece el estado de los Servicios de Urgencias de los Hospitales, que no han evolucionado

## El ciudadano

Quien tiene que ser el verdadero protagonista del Sistema se transforma por la inoperancia de los diferentes Gobiernos en el sufridor del Sistema.

Nunca se ha empleado mejor la palabra “paciente” en todo su amplio sentido como se está aplicando a nuestros ciudadanos. Listas de espera interminables, tanto de consultas (hasta 3 años y medio para algunas especialidades) como para pruebas diagnósticas, rehabilitación, ingresos, tratamientos quirúrgicos o de transporte sanitario, hacen del ciudadano en Canarias un verdadero “paciente”.



Los Consejos de Salud son prácticamente inexistentes, las reclamaciones oficiales son una “tomadura de pelo”, basta leerse las respuestas cuando se dignan contestar y mientras tanto el paciente padeciendo en silencio.

Cuando se habla con cualquier profesional, todos hablan del aumento de diagnósticos tardíos, de agravación de patologías etc. resumiendo, un agravamiento de la salud de la población.

En Canarias se han incrementado de forma significativa las contrataciones de pólizas con la Sanidad Privada con lo que hay un número cada vez mayor de población que esta pagando duplicado por su Salud, pero no debemos olvidar que Canarias es la Región con mayores índices de pobreza y marginalidad con lo que no todos se pueden permitir este doble pago.

**“La falta de coordinación a pesar de implantar la consulta telemática hace que las esperas lleguen al mes”**



con arreglo al incremento poblacional y que es una de las causas fundamentales en el colapso de las Urgencias junto con la sobrecarga de la AP y la falta de recursos humanos y materiales de las unidades de urgencias extrahospitalarias.

Las repetidas promesas de Centros, Hospitales, renovaciones etc. con las que somos bombardeados con cada cita electoral desde hace más de 10 años, son sólo palabras y promesas incumplidas, sirva de muestra los mal denominados Hospitales del Norte y Sur de Tenerife que se gestaron desde 1984, que en el 2000 se aprobaron por el Parlamento y que hoy en día les falta mucho para estar operativos y como este muchos ejemplos más.

Por último, los cambios demográficos y epidemiológicos están modificando las necesidades sociales y sanitarias de la ciudadanía, provocando una demanda creciente de los denominados servicios de atención a la media y larga estancia, siendo uno de los déficits que padece nuestra Comunidad.

Este colectivo de ciudadanos especialmente vinculado con el envejecimiento de la población, con el aumento de la incidencia de la dependencia y la discapacidad, asociada al incremento de la esperanza de vida y por tanto con la cronicidad de las enfermedades, necesita de una red de Servicios tanto Hospitalarios como de atención domiciliaria y Centros de día que hoy por hoy son muy precarios. Se calcula el déficit en 5000 plazas contando todos los servicios, esto incide negativamente en el funcionamiento de los Hospitales de referencia así como en todos los hospitales de las Islas.

### La Gestión

Hace más de una docena de años el Gobierno de Canarias encargó a una Comisión de Expertos que buscara soluciones al problema de la Sanidad en Canarias, su conclusión fue contundente: LA FALTA DE GESTIÓN.

## “El poco atractivo sector público de nuestra Comunidad produce una constante pérdida de profesionales”

Hoy, muchos años después, el problema sigue siendo el mismo, se crea una escuela de gestión y estudios sanitarios ESSSCAN, pero cuando se pregunta ¿por qué mantienen gestores que no lo están haciendo bien? la respuesta de las diferentes Consejerías a lo largo de los años siempre ha sido la misma: “no encontramos a nadie”, a lo que nos preguntamos ¿para que sirve entonces el ESSSCAN? ¿para que sirve el presupuesto que lleva su mantenimiento?.

En los últimos días ha salido en la prensa que los Hospitales de referencia en Canarias derivan parte de sus pacientes a la Sanidad Privada, mientras mantienen camas cerradas. Podríamos hacernos la siguiente pregunta: ¿es mala gestión u otra cosa peor?

Como anécdota, mientras en urgencias esperan horas para ser atendidos los pacientes porque los especialistas están ocupados durante horas en quirófanos o con otros enfermos, hay especialistas en segunda llamada, por la que cobran, sentados “en sus casas” sin que la Gerencia y la Dirección Médica del Hospital lo tenga en cuenta a pesar de las normativas dadas por la Consejería.

A parte del nepotismo, fundamentalmente político y de amiguismo, que impera en toda la administración Canaria, es la falta de consulta y consenso con los profesionales de la salud así como con las fuerzas sociales y ciudadanas las que han llevado a que nuestra Comunidad dentro del panorama nacional genere los peores índices de gestión tales como: Estancias medias, costes de altas, listas de espera, ratios de personal, gasto sanitario, insatisfacción del personal etc.

La inexistencia de las Juntas Técnico Asistenciales, en muchos Hospitales, son la expresión del autoritarismo de gestión y la falta de comunicación que existe entre quien manda y el que está en primera línea de la asistencia. ◆

### Conclusión

Cuando una Comunidad Autónoma está en el último lugar del Rankin Sanitario no es por una sola causa, no es la asistencia especializada la responsable en el derrumbamiento de la pirámide sanitaria, no es su base, la Atención Primaria, que ha estado desasistida, las causas de su colapso, son una gestión ineficaz y una falta de compromiso para solucionar sus problemas por parte de los diferentes Gobiernos que hemos tenido y por ende de los Partidos Políticos que no han sabido transformar sus palabras y sus promesas en hechos.

Nuestro objetivo no ha sido el de dar las soluciones, que las hay, y que la actual Consejería parece tener claras con algunas medidas como las hasta ahora adoptadas y que demuestran propósito de cambiar la situación, lo que hemos pretendido es exponer someramente algo de lo que pasa en la atención especializada y hacer un llamamiento a un verdadero compromiso en el que Gobierno, ciudadanos, profesionales sanitarios, fuerzas sociales y partidos políticos construyan un gran pacto que solucione de una vez por todas la problemática de la Sanidad en Canarias.



# La oportunidad de la ILP por la Salud y la Sanidad Pública de Canarias

**En líneas generales en el Estado español se precisan *leyes de Salud, a nivel central y autonómico que consoliden la atención pública, derogando el RDL 16/2012, la Ley 15/97 y Leyes de Ordenación Sanitaria vigentes y otras leyes privatizadoras (muy variadas según cada comunidad autónoma), y además desarrollar mecanismos reales de participación social y profesional, garantizando el desarrollo de la salud pública y el control del gasto farmacéutico así como de la sobreutilización tecnológica.***

## Arturo Borges Álamo

Portavoz de la ILP en el Parlamento Canario

**E**n Canarias tenemos un único marco legislativo sanitario global que es claramente insuficiente, el de la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias de 1994, para acometer las medidas de cambio necesarias en la atención sanitaria y mucho más para incorporar los presupuestos salubristas que se materializaron en la Ley estatal 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

## Motivos para presentar la ILP

Precisamente esos presupuestos y la necesidad de tener un nuevo marco legislativo actualizado en el que se pueda dar carta de naturaleza al conjunto de reformas necesarias, además de la prioridad de blindar el carácter público, universal y gratuito de la atención sanitaria y de salud pública, fueron las motivaciones para la presentación de la ILP para la Defensa y Promoción de la Salud y la Sanidad Pública en Canarias, que tras la toma en consideración, por unanimidad plena del Parlamento

de Canarias, está actualmente en trámite y supone una oportunidad para llevar a buen puerto los anhelos de miles de personas de nuestras islas respecto al ejercicio del derecho a la salud y a una asistencia sanitaria digna y de calidad plasmándolos en una Ley Canaria de Salud.

La salud se gana y se pierde antes del nacimiento al producirse exposiciones a distintos factores que de forma

indeleble determinen la salud futura, y desde el nacimiento hasta la muerte por las experiencias vitales positivas o negativas que perfilan nuestra salud. Aunque no es el dispositivo asistencial el principal condicionante de nuestro nivel de salud, los servicios sanitarios resultan imprescindibles para dar respuesta a los problemas de salud de la colectividad, pues consiguen atenuar los perjuicios de las enfermedades y permiten que se pueda recobrar la salud perdida y mejorar la calidad de vida de las personas enfermas.

La Ley Canaria de Salud debe tener el objeto de la defensa del carácter público de la sanidad como servicio universal, gratuito y de calidad, responsabilidad del Gobierno de Canarias en el ejercicio de sus competencias como garantía para la efectividad del derecho

## ILP (Ley de Iniciativa Popular)

**En el año 2010**, se presentó la proposición de ley de iniciativa popular “7L/ PPLP-0027 Para la Defensa y Promoción de la Salud y la Sanidad Pública en Canarias” (Boletín Oficial del Parlamento de Canarias Nº 161:1-4).

### Ocho artículos y siete disposiciones adicionales que expresaban:

- El derecho a la salud de los ciudadanos.
- La potenciación de las infraestructuras y programas de medicina preventiva y salud pública.
- La potenciación de la atención primaria y especializada extrahospitalaria.
- La atención integrada dentro del sistema sanitario público de las drogodependencias.
- Integración y promoción de la salud mental, cuidados paliativos y geriátricos.
- La realización de un plan integral de urgencias y emergencias.
- La profesionalización de los gestores sanitarios.
- El control y reversión de los conciertos con la sanidad privada
- Fomentar la participación profesional y ciudadana en la toma de decisiones.



a la protección de la salud recogido en el artículo 43 de la Constitución.

Una ley de salud de Canarias debe reconocer el derecho a la asistencia de la población excluida por la introducción del concepto de aseguramiento en el RDL 16/2012. La Comunidad Autónoma de Canarias mantendrá el carácter público de la titularidad, financiación, gestión y provisión de los servicios sanitarios y sociosanitarios. La prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios del Sistema Canario de Salud deberá llevarse a cabo con medios propios o mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas. Excepcionalmente, por causa grave, podrá utilizarse la sanidad privada, y de modo temporalmente limitado. Se debe rechazar la llamada colaboración público-privada que, de modo contrastado, produce un empeoramiento de la calidad asistencial y un enorme aumento de los costes sanitarios.

El Servicio Canario de Salud promoverá de modo prioritario, con dotación necesaria de personal y medios tecnológicos, la mejora de la capacidad resolutoria de los servicios de atención primaria, con una cobertura equilibrada en todo el territorio canario y para toda la población, como instrumento fundamental de mejora de la atención sanitaria.

También la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de su necesaria colaboración interadministrativa. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando la atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización, promoviendo equipos y programas para la promoción de la salud mental, la prevención de las enfermedades y su diagnóstico precoz y evitando cualquier discriminación por padecer patología mental. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la atención a la infancia, la adolescencia, las personas mayores, y la integración de la red de



drogodependencias en la atención especializada en salud mental.

Además se aplicará la profesionalización de la gestión sanitaria y la coordinación entre atención primaria y especializada. La puesta en funcionamiento de auténticos hospitales comarcales deberá considerarse una prioridad sanitaria.

En los dos primeros artículos de la ILP se introduce el concepto y el contenido de la “Salud en todas las políticas”, apostando por una auténtica prevención en el origen de la enfermedad. En Canarias al contrario de otras CCAA no existe Ley de Salud Pública y tras la entrada en vigor, el 6 de octubre de 2011, de la Ley General de Salud Pública nos toca concretar nuestra organización y funcionalidad en dicho terreno. Para ello es fundamental una gestión y coordinación de programas y servicios de salud pública entre Comunidad Autónoma, Cabildos y Ayuntamientos en una Agencia Canaria de

Salud Pública que institucionalice y garantice la mencionada estrategia de “Salud en todas las políticas” que implica el compromiso para introducir la dimensión de la salud en las políticas sectoriales económicas, laborales, sociales, culturales, educativas y ambientales.

Es necesario definir un concepto de salud pública acomodado a las necesidades del siglo XXI, que impregne de forma transversal todas las políticas públicas de las administraciones.

### **La salud como principal en la agenda política**

La Salud Pública no es solo un componente del sistema sanitario, sino que tiene una dimensión más general como infraestructura social que afecta a todos los sectores de la comunidad implicados en la salud. Poner la salud en lo más alto de la agenda política pasa por elevar el rango político de la Salud Pública, se precisa que la planificación en salud esté vinculada a la Salud Pública. Y a su vez que todo ello se contemple y precise en la correspondiente ley reguladora que lleve a los gobiernos territoriales un claro posicionamiento político hacia la salud para plasmarlo en los instrumentos de acción en salud, los planes de salud territorializados en las áreas y zonas básicas. Todo ello con la consideración de que si bien la

**“La Ley Canaria de Salud debe defender el carácter público de la sanidad como servicio universal, gratuito y de calidad”**



formulación de una política y su explicación en un Plan de Salud es fundamental, lo es tanto o más el seguimiento para que las medidas que el Plan establece se apliquen.

### Evaluación del Impacto en Salud (EIS)

La ley debe incluir que para los planes de salud se debe considerar la metodología de la Evaluación del Impacto en Salud (EIS) acorde con la estrategia de la “Salud en Todas las Políticas” clave para la reducción de las desigualdades en salud. La solicitud de una Evaluación del Impacto en la Salud ante cualquier proyecto legislativo, por si pudiera ocasionar efectos adversos en la salud, debe estar a cargo de representantes políticos, de profesionales y de las comunidades y consistirá en conocer y anticipar los efectos de una política, plan o programa en la salud de la población. Tendrá una función predictiva que permitirá hacer modificaciones en las intervenciones propuestas. La EIS ha de ser multidisciplinaria, intersectorial y participativa. La EIS se encuentra en proceso de desarrollo metodológico con el fin de superar las

## “Es necesario que los órganos de Participación tengan carácter decisorio”

limitaciones actuales, relacionadas con la medición y la interpretación de los impactos en la salud, así como con el equilibrio entre los costes y la profundidad del análisis. Sin embargo, sí puede marcar un camino de avance para la salud pública, permitiendo la elaboración de políticas públicas más saludables y un uso apropiado de los recursos.

La aplicación del modelo de los determinantes sociales de las desigualdades en salud a la planificación de las actuaciones de las administraciones públicas abre nuevas perspectivas de futuro para la mejora de la acción intersectorial. Avanzar más allá de la conceptualización de la salud que propone el enfoque biomédico permite una mejor comprensión de los factores que tienen impacto en la salud, y en consecuencia, la elaboración de estrategias apropiadas para lograr decisiones

políticas más saludables y justas. Este modelo, además, favorece que los sectores no sanitarios tomen conciencia de su responsabilidad en la salud de la población, y les brinda la oportunidad de asumir el protagonismo que históricamente ha residido en el ámbito sanitario.

### La crisis una coartada

Estamos ante una herramienta potencialmente coste-efectiva para obtener ganancias en salud. Sin embargo, con la coartada de la crisis, se están aplicando recortes en las políticas de protección social que están contribuyendo a aumentar las desigualdades sociales en salud cuyas causas por otro lado, desempleo, pobreza, marginación social, desigualdad de ingresos, etc., y la causa de las causas, el ultraliberalismo capitalista, no se están viendo abordadas por las políticas públicas. Así pues, no se actúa en consecuencia con los determinantes sociales de la salud sino todo lo contrario y tampoco se garantiza una dotación adecuada de los servicios sanitarios públicos para paliar las consecuencias que está teniendo en la salud el empeoramiento de las condiciones de vida y trabajo de la población, es por ello que el empeoramiento de la salud y de la asistencia sanitaria de la población está servido.

La ley debe servir para evitar ambas cosas, garantizando la prevención así como la asistencia sanitaria plena.

## Consejos de Salud Constitución y Funcionamiento

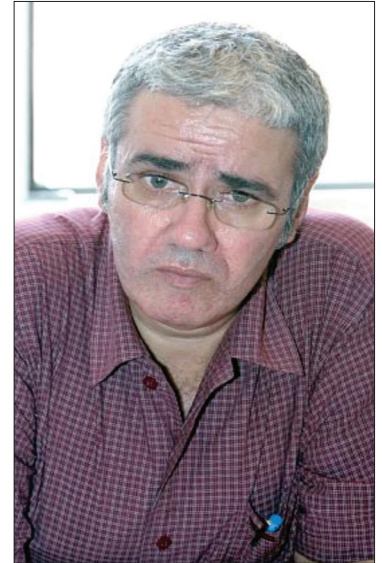
- ● ● Es otro eje esencial de la ILP ya que se precisan instrumentos de participación que amplíen los cauces para la misma a través de una iniciativa renovadora y creíble con el objetivo de superar el tradicional modelo de asesoramiento y consulta, y hacer posible un mayor grado de participación en las decisiones sobre gestión sanitaria.
- ● ● Deberá ser una participación deliberativa y corresponsable en la gestión del sistema sanitario.
- ● ● También se precisa mejorar la representatividad social en dichos Consejos, aumentando su peso en los mismos así como contemplando la vía del sufragio universal. Por tanto es necesario desarrollar la legislación sobre participación en dichos sentidos, dentro del marco competencial de cada órgano legislativo, pudiendo abordarse, en lo que atañe a la sanidad de la Comunidad Autónoma de Canarias, en la nueva Ley Canaria de Salud.
- ● ● Es necesario que los órganos de Participación tengan carácter decisorio sobre la identificación de los problemas de salud, la determinación de prioridades de actuación, la asignación de recursos y la evaluación.

### Compas de espera

Tras presentar las firmas correspondientes en octubre de 2010 y la toma en consideración, por unanimidad del pleno del Parlamento en marzo de 2012, se abrió la fase de enmiendas por parte de los grupos parlamentarios, esta fase continuará en la legislatura actual 2015-2019 que es la tercera de vida parlamentaria de la ILP. Esperamos que sea la definitiva para que pueda cumplir con el sentido y la finalidad que le dieron origen. ◆

## Francisco Rodríguez Pulido

Vicepresidente de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría y Salud Mental. Presidente de la sección de Rehabilitación de la AEN. Profesor Titular de psiquiatría de la ULL. Promotor de la Iniciativa Legislativa Popular en Defensa de la sanidad y salud Pública. Fundador y Responsable del Equipo Comunitario Asertivo (2005-2011).



# “En Canarias marcamos una raya entre la psiquiatría y las patologías adictivas”

### ¿Consideras que hay mayor malestar subjetivo en la población canaria hoy?

La ausencia de planificación y la carencia de financiación, los dos problemas principales de la sanidad pública en las islas, están deteriorando progresivamente el bienestar de la población canaria. La situación de la asistencia psiquiátrica es preocupante porque no se ha producido ninguna nueva inversión estratégica desde hace más de ocho años, y hay indicadores que hablan de un mayor malestar en la población. Por ejemplo, por las políticas de ajuste presupuestario, el SCS contará con 20 millones de euros menos de aportación por parte del Estado para 2016, lo que hace que los servicios de salud sufran una gran tensión y la asistencia psiquiátrica, como la cien por ciento de la medicina, lo siente especialmente.

Entre los indicadores de malestar subjetivos tendríamos el alto índice de consumo de benzodiazepinas y antidepresivos. De las 124.498 personas que el pasado año recibieron en Atención Primaria tranquilizantes y antidepresivos, 40.616 eran mujeres de entre 45 y 60 años.

Asimismo la encuesta de Salud de Canarias del 2004, aunque mejora en 2009, refleja que el 22% de las mujeres, frente al 12% de los hombres, hacen una autovaloración negativa de su salud.

Es más, una investigación elaborada por un equipo interdisciplinar de la Universidad de Castilla-La Mancha y el Servicio Canario de Salud ha puesto de manifiesto que, por detrás de las enfermedades osteomusculares,

la segunda causa de baja laboral la ocupan los trastornos mentales. El trabajo, publicado en el *European Journal of Health Economics*, ha valorado el impacto económico y social de estos trastornos, constatándose que son muy elevados, a pesar de que este grupo de patologías son la cuarta causa de cuidados informales, es decir, de apoyo prestado por familiares y no por profesionales sanitarios, después de los accidentes cerebrovasculares, las demencias y las enfermedades osteomusculares.

Y es que una economía dependiente es muy sensible a las políticas públicas y la actual crisis está colocando a amplios sectores de la población canaria en riesgo de vulnerabilidad psicológica y exclusión social. El INE destaca que uno de cada tres canarios vive bajo el umbral de la pobreza, una infancia en riesgo (tres de cada diez niños en riesgo de exclusión social), el desempleo (50% de jóvenes canarios), alta tasas de divorcio, el hacinamiento en el hogar, altos porcentajes de mujeres víctimas de la violencia machista, una peor alimentación infantojuvenil, alto índice de personas mayores que viven solas, y unas 20.000 personas sin hogar –mujeres de mediana edad con hijo a cargo–, según Cáritas. Esta situación social y económica, así como la ausencia de planificación inciden en el aumento de la morbilidad y la mortalidad por problemas psiquiátricos en las islas, cuyo impacto lo podremos medir en los próximos años. De hecho, en el 2012, el Instituto Anatómico Forense en Gran Canaria, se alarmó del alto índice de suicidios en esa isla.



## ¿Y la asistencia psiquiátrica cómo ha evolucionado?. ¿Ha mejorado en las islas?

Al final de la década de los setenta y principio de los ochenta, al calor de las aspiraciones democráticas, las transferencias sanitarias, la LGS, y los cambios de la realidad asistencial psiquiátrica en Europa, se generaron condiciones para iniciar los cambios en los institucionales totalitarios de los manicomios. Proceso que se inició y se cerró en Gran Canaria (2005), pero en Tenerife sufrió una reconversión que aún no ha finalizado. Paralelamente a este proceso, se desarrolló la red comunitaria de salud mental, aumentando las plazas de hospitalización breve en los hospitales generales, y se transfirieron las competencias sanitarias de los Cabildos a la Consejería de Sanidad. También se descentralizó la asistencia psiquiátrica a nivel insular con recursos propios en las islas de más de 20.000 habitantes. Digamos que hasta la segunda década de los noventa estas transformaciones, al calor del I Plan de Salud de Canarias, con diferentes ritmos, se materializaron en cada isla. En estos veinte años los profesionales más comprometidos y las organizaciones de familiares han empujado de forma constante en la dirección adecuada, ante una vacilante administración pública. A finales de los noventa, con el desarrollo de los Consejos Insulares de Rehabilitación y Acción Social, al calor de las Direcciones de los PIRP, y en el marco de los Planes Insulares de Rehabilitación y el Plan Sectorial de la Discapacidad, se ha operativizado una red comunitaria de atención a las patologías psicóticas grave y crónicas. Pero digamos con rotundidad, que debido a la crisis económica, la inversión en recursos en salud mental ha sido mínima o nula, tanto en el ámbito asistencial como en rehabilitación. Esta parálisis, nos llevó a promover, con mis compañeros del Foro, la iniciativa legislativa popular en defensa de la sanidad y salud pública.

## ¿Las Unidades de salud mental están bien dotadas y con coberturas poblacionales sectorizadas?

Las actuales dotaciones de las Unidades de Salud Mental Comunitarias, tanto a nivel de recursos humanos como de infraestructura, siguen siendo irregulares y heterogéneas entre islas e incluso dentro de la misma área de salud. La distribución de los profesionales no ha sido ajustada de acuerdo al crecimiento poblacional de hecho, que es la que está sometida al riesgo. Canarias supera los dos

millones de habitantes, con una población flotante de trece millones por año. Se requieren más recursos y ser consecuentes con su dependencia administrativa de Atención Especializada, en lo relacionado con la planificación de espacios y ajustes en el pago de lo singular de sus funciones (desplazamientos de los profesionales).

Se está llegando a un grado de deterioro en el que las Unidades de Salud Mental Comunitaria carecen de los espacios adecuados para desarrollar de forma eficiente y con calidad su labor asistencial, lo que ha sido comunicado por la ACN y por los profesionales a los gestores responsables, sin que se haya producido ningún cambio. Esperamos que en el nuevo plan de infraestructuras los nuevos gobernantes tengan esto en cuenta, porque en salud mental los espacios son esenciales para el trabajo grupal y comunitario.

**“Entre los indicadores de malestar subjetivos tendríamos el alto índice de consumo de benzodiacepinas y antidepresivos”**

Las listas de espera superan los tres meses en las Unidades de salud mental, para unos pacientes con trastorno mental grave que tienen una morbilidad física dos o tres veces superior a la de la población general, con picos elevados anuales en las tasas de suicidio. Carecemos de programas preventivos y las ratios de enfermería están por debajo de lo óptimo. No hay programas específicos de intervención extensos para toda la red asistencial. Carecemos de terapeutas ocupacionales. Los registros de casos están desvinculados de las necesidades de transformación de los servicios.

Se necesita una formación participativa, integrada, y evaluada de forma independiente y realizar un esfuerzo de colaboración entre atención primaria y atención especializada. Los sistemas intranet de consultoría y las tutorías in situ han dado buenos resultados en la cogestión del sistema en otras especialidades y en salud mental tenemos que profundizar en estas medidas sin añadir más confusión.

## ¿Podemos hablar de un modelo de asistencia comunitaria?

En absoluto, eso se pretendió al comienzo de los cambios, en los años ochenta, pero sólo hemos llegado a un modelo ambulatorio reforzado con fragmentación de dispositivos. Una aplicación errática y vacilante, así como, una visión muy administrativa ha condicionado este desarrollo en las islas. La psiquiatría comunitaria es una tecnología y una cultura de los cuidados. La gestión hospitalocéntrica, los estilos de trabajo individualizados de los profesionales, la dinámica escasamente asertiva y móvil, el escaso contacto con la sociedad civil de cada territorio



donde se ejerce la actividad, la concentración de la mayoría de los profesionales en el hospital, una figura de dirección de las unidades devaluada, y la escasa participación de los pacientes en los servicios, así lo confirman. Esto no es lo que algunos hemos tenido como proyecto. Uno de los desequilibrios más sangrantes que sufre la asistencia es la acumulación excesiva de profesionales de la salud mental en el ámbito hospitalario frente al de la comunidad. Se ha diseñado un sistema hospitalocéntrico, donde la mayoría de los efectivos esperan a que lleguen los pacientes al hospital. Una distribución más equilibrada nos permitiría anticipar y frenar los riesgos de ingreso, con mayor presencia en el territorio, fomentando un estilo de asistencia asertivo, y con una enfermería con gran liderazgo. Las islas son un territorio donde la escasa movilidad de la población permitiría hacer algunos ensayos controlados de mejora de la eficiencia y la efectividad en la distribución del personal sanitario. Hay mucho inmovilismo en los profesionales y en las instituciones y esto a medio plazo tiene consecuencias tremendas. También habría que añadir lo poco que se ha cuidado a los profesionales. La especialidad de enfermería en salud mental sigue sin estar reconocida en Canarias, los trabajadores sociales tienen que compartir su labor con otros dispositivos, y los auxiliares de clínica asumen funciones administrativas.

## “Los trastornos mentales ocupan la segunda causa de baja laboral”

### ¿Y la atención en urgencias, como la están viendo los pacientes?

La atención en los servicios de urgencia de los hospitales también es desigual, existiendo criterios diferentes de unas islas a otras. Se requieren mejoras estructurales y funcionales significativas para adecuarse a las necesidades de los pacientes con trastorno mental y de los profesio-

sionales que atienden las urgencias psiquiátricas. Resulta imprescindible disponer de un espacio propio para enfermos mentales graves, que permita dispensar lo singular de su atención, evitando fugas y agresiones innecesarias, y acortando la permanencia a lo estrictamente necesario por razones clínicas. Estas zonas deben estar a cargo de personal especializado y bien coordinado con las unidades clínicas asistenciales y resto de dispositivos hospitalarios y extrahospitalarios.

Esperamos que el Plan de Urgencias hospitalarias corrija esta situación que está llevando, me atrevería a decir, a la violación de derechos de los pacientes con medidas de contención por carencia de personal y espacios adecuados, agravado por la saturación actual que sufren los servicios de urgencias.

### ¿Hay áreas ciegas de atención en su comunidad?

Aun hoy hay “puerta falsa” o “la puerta giratoria” en el ámbito de la salud mental. Quienes sufren patología dual entran y salen de las unidades asistenciales de drogodependencias y las unidades de psiquiatría en un circuito cerrado. Cuando llegan a una unidad asistencial para las drogodependencias son remitidos a Psiquiatría y Psiquiatría les remite a Drogodependencias. Son pacientes que “se pierden” y terminan por cronificar su adicción. El tratamiento de las drogadicciones, sigue llevándose a cabo en redes paralelas al sistema de salud. No existe voluntad política en integrar las adicciones en Salud Mental, como proponen las sociedades científicas, como la Sociedad Española de Patología Dual. En Canarias se sigue marcando una raya entre la psiquiatría y las patologías adictivas, a diferencia de otras Comunidades: Navarra, Valencia, Murcia...etc. y ello a pesar que en el III Plan Canario de Drogas se apuesta por la integración. También es preocupante la atención psicogerítrica

#### BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS .....

DOMICILIO .....

LOCALIDAD ..... CP .....

TELÉFONO ..... CORREO ELECTRÓNICO .....

PROFESIÓN/CATEGORÍA ..... DNI .....

CENTRO DE TRABAJO ..... TELÉFONO ..... CORREO ELECTRÓNICO .....

Cuotas: 50 euros semestrales para los socios con trabajo y 60 euros anuales para los socios que se encuentren en situación de paro.

BANCO/CAJA ..... OFICINA .....

CUENTA .....

DOMICILIO ..... LOCALIDAD ..... CP .....

Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la revista salud2000

Fecha: ..... Firma



así como los trastornos límites de la Personalidad (TLP), y la psiquiatría forense y penitenciaria. Estas áreas de atención especializada no están en la agenda de las autoridades sanitarias, y son parte del cuerpo doctrinal de la psiquiatría y hay que tomar una posición decidida y activa, evitando su segregación y abandono. Los TLP no tienen recursos específicos de carácter público y la alternativa privada tiene un coste elevado que no está al alcance de todos. Cabe señalar que en el programa de gobierno de los nuevos responsables sanitarios figura este tema como prioritario. Esperemos que lo cumplan. Y sobre todo es urgente que se despliegue de forma definitiva la red completa de atención infanto juvenil y se establezca líneas de colaboración estables con los servicios sociales y educación.

**¿Podrías detenerte más en la situación de la atención infanto juvenil?**

Sabemos que entre el 7 y el 25% de los menores reúnen criterios para un diagnóstico psiquiátrico y que alrededor de la mitad presenta un significativo desajuste como consecuencia de ello. El desarrollo de estrategias que promuevan la Salud Mental de los niños es fundamental para el adecuado desarrollo individual y social, entendiendo que no puede esperarse Salud Mental en el adulto si no ha existido en la infancia.

La asistencia para los niños, niñas y jóvenes debe ser específica y diferenciada de los dispositivos de asistencia mental para adultos. Tal como señala nuestro Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil, aunque las actuaciones han de estar integradas en los Planes de Salud generales, precisan para tener éxito desarrollos específicos que contemplen los aspectos cualitativos propios de la población a la que se dirigen. A pesar de que la implementación del Programa se puso en marcha hace ya casi una década, el desarrollo de los dispositivos ha sido lento, irregular y poco equitativo. No todas las áreas geográficas disponen de USMIJ completamente dota-

das de especialistas así como físicamente diferenciadas de los espacios destinados a la atención de los adultos. Existen desajustes graves en la infancia y adolescencia que requieren de intervenciones en régimen de hospitalización tales como los intentos de autolisis, trastornos de la conducta alimentaria graves, psicosis y otros trastornos de conducta. En el momento actual no existe ninguna Unidad de Hospitalización en toda la Comunidad autónoma, y la derivación de los casos a Unidades específicas de otras comunidades no resulta posible, independientemente de la gravedad de los casos, debido a que se trata de población infantil, en la que el distanciamiento del entorno familiar sería contraproducente. En su defecto, la hospitalización se está llevando a cabo en Unidades de hospitalización no preparadas para las características y necesidades del paciente pero adecuadas para su edad (Pediatría) o en Unidades preparadas (sin personal específico para la atención infanto juvenil) para las características y necesidades del paciente pero no adecuadas para su edad (Unidades de Hospitalización Breve de adultos). Esta situación, además de la permanencia de los dispositivos comunitarios en Unidades de adultos, implica problemas que van más allá de la calidad en la atención e intervención, refiriéndonos a problemas éticos y legales. Parece claro, que el desarrollo de la red de Psiquiatría Infanto-Juvenil, no ha supuesto una prioridad en los últimos años, asistiendo a un crecimiento y desarrollo en la misma muy lento y poco equitativo.

Queda poco para asistir al reconocimiento de esta especialidad, y esperemos que ello conlleve a una mayor independencia en el desarrollo de la red asistencial, que favorecerá al menos que la atención infanto-juvenil no se quede a la cola esperando que desde los servicios de adultos entiendan las necesidades de esta población. Así, el desarrollo de Servicios de Psiquiatría Infanto-Juvenil, independientes de los Servicios de Psiquiatría de Adultos, constituiría una acción también prioritaria, en aras al desarrollo e implementación de las necesidades comentadas. ♦



**ADSP**

Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública

**SOLICITUD DE ADMISIÓN**

NOMBRE Y APELLIDOS .....

DOMICILIO .....

LOCALIDAD ..... CP .....

TELÉFONO ..... CORREO ELECTRÓNICO .....

PROFESIÓN/CATEGORÍA ..... DNI .....

CENTRO DE TRABAJO ..... TELÉFONO ..... CORREO ELECTRÓNICO .....

Cuotas: 50 euros semestrales para los socios con trabajo y 60 euros anuales para los socios que se encuentren en situación de paro.

BANCO/CAJA ..... OFICINA .....

CUENTA .....

DOMICILIO ..... LOCALIDAD ..... CP .....

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

Fecha: ..... Firma

## SALUD PÚBLICA

# Condiciones de vida y de salud en la población canaria

**Las condiciones de vida de las poblaciones están relacionadas con el nivel de desarrollo económico alcanzado que se traduce en la magnitud de los recursos disponibles, y con el modelo de desarrollo que ha predominado, el cual corresponde a una mayor o menor accesibilidad de la población a los recursos básicos para su salud y el bienestar. Por tanto, las condiciones de vida están relacionadas con el nivel de desarrollo económico y con la accesibilidad al desarrollo social acumulado<sup>(1)</sup>.**

**Luis M Bello Luján**

(Médico, Máster en Salud Pública).

**Nayra Bello O'Shanahan**

(Economista, Máster en Políticas Públicas y Sociales).

**E**n Canarias, el modelo económico ha estado marcado especialmente por una dependencia de necesidades económicas del exterior, sobre todo del azúcar, el vino, la cochinilla, el plátano y el turismo<sup>(2)</sup>; su accesibilidad geográfica y punto de ruta hacia América; la emigración en los periodos de crisis; y una extrema fragilidad y vulnerabilidad. A pesar del crecimiento económico sostenido en las últimas décadas y los cambios sociales y políticos que han conllevado a mejores condiciones de vida, el actual modelo de desarrollo continúa generando bolsas de desigualdades económicas y so-

ciales que se reflejan también en la salud de la población canaria.

Los procesos que más han influido en los últimos decenios en Canarias son:

- 1) Los cambios demográficos.
- 2) El intenso proceso de urbanización.
- 3) Los cambios en la composición de la fuerza laboral.
- 4) Los cambios en el nivel educativo.
- 5) Las desigualdades sociales existentes<sup>1</sup>.

### Cambios demográficos

En la evolución del contexto demográfico canario destaca el progresivo envejecimiento de la población, la rápida instauración de un modelo de baja fecundidad y la intensificación y diversificación de los flujos migratorios<sup>(3)</sup>. Las mejoras en las condiciones de vida han propiciado un avance importante en la disminución de la mortalidad, de la cual

se beneficiaron en primer lugar, niños, niñas y jóvenes, hasta llegar a cifras nunca imaginables y con posterioridad, las personas adultas, que consiguieron doblar la duración media de la vida en 60 años.

La evolución de la fecundidad tiene una explicación multifactorial. El índice sintético de fecundidad que mide el número medio de hijos por mujer en edad fértil, ha descendido de estar entre 3 y 4 hijos por mujer en edad fértil (1975), a 1.07 en 2012, situándose incluso debajo de la media del país (1.32), y lejos de países como Francia (2.0), Irlanda o Suecia (1.9). La situación, como mínimo, preocupante desde el punto de vista social y sanitario.

La emigración ha sido otro fenómeno demográfico constante en la historia de Canarias como proceso de reajuste de la fuerza de trabajo. Ha constituido una forma coyuntural de superar los conflictos estructurales que volvían a aparecer de forma reiterada y sistemática ante la pervivencia de las causas que los originaban.

<sup>1</sup> Un análisis complementario se realizó como insumo para el III Plan de Salud de Canarias 2015-2017: [http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/af545706-5b2e-11e3-a0f5-65699e4ff786/Borrador\\_Anteproyecto\\_III\\_Plan\\_Salud\\_Canarias.pdf](http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/af545706-5b2e-11e3-a0f5-65699e4ff786/Borrador_Anteproyecto_III_Plan_Salud_Canarias.pdf).

<sup>2</sup> ISTAC. Demografía. Mortalidad (2013).

<sup>3</sup> EUROSTAT. Infant per 1 000 live births. (2014).

<sup>4</sup> El término de "desigualdad" en salud se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, territorio o etnia, lo que nos indica la peor salud de los colectivos menos favorecidos.

**TABLA 1. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. CANARIAS (2004-2014).**

	2004	2006	2008	2010	2014
<b>Total</b>	<b>1.915.540</b>	<b>1.995.833</b>	<b>2.075.968</b>	<b>2.118.519</b>	<b>2.104.815</b>
0-14	15.5	15.0	14.9	14.5	14.4
15-64	72.4	72.6	72.4	71.0	71.0
65 y más	12.0	12.3	12.6	14.5	14.5

FUENTE: ISTAC. ELABORACIÓN PROPIA.

Debido al crecimiento económico sin precedentes en la historia de las islas, Canarias dejó de ser una región tradicionalmente “emigratoria” en las últimas décadas y se ha convertido en una de “inmigración” neta moderada<sup>(4)</sup>. A partir del 2007, con la aparición de la crisis financiera, comienza de nuevo el fenómeno de la emigración, esta vez de jóvenes canarios con formación universitaria hacia países más desarrollados.

En cuanto a *mortalidad*, se ha pasado de 15\*1000 hab. en los años 30 a 6.4\*1000 hab. en 2013 (8.3\*1000 hab. en España), diferenciándose tres grupos de islas, uno formado por Fuerteventura y Lanzarote (3-4\*1000 hab.); otro por Gran Canaria y Tenerife (6\*1000 hab.) y un tercero, por La Palma, La Gomera y El Hierro (7-9\*1000 hab.)<sup>(2)</sup>. También ha descendido la mortalidad infantil gradualmente, de 150 y 200\*1000 n.v. de los años treinta a 2.5\*1000 n.v. en 2013 (Unión Europea, 3.8\*1000 n.v. (2012), cifras casi imposibles de descender aún más<sup>(3)</sup>).

En cuanto a las *causas de defunción*, en Las Palmas y Santa Cruz de Tenerife, ha variado su perfil a costa fundamentalmente de enfermedades crónicas (enfermedades cardiovasculares y cáncer), cuya tendencia ha evolucionado desde el 12.2 y 17.9% al 34.4 y 35.8%, respectivamente, con picos intermedios del 47.4% de la enfermedad cardiovascular en 1984. Este fenómeno se ha observado tanto en hombres como en mujeres y, no sólo en Canarias, sino en gran parte de los

países europeos, como Inglaterra. Este crecimiento ha tenido proporciones epidémicas<sup>(5)</sup>.

### Intenso proceso de urbanización

Las condiciones de vida en las zonas periféricas de los grandes conglomerados urbanos de Gran Canaria y Tenerife se han ido deteriorando. Se entremezclan fenómenos, tales como la presión demográfica sobre el medio ambiente con grandes contrastes sociales, la especulación del suelo escaso con efectos directos en la tenencia de viviendas en propiedad en las capas sociales más desfavorecidas y los riesgos inherentes a las grandes urbes. Ya en el año 2013, el 35.2 de las defunciones se produjeron en ambas capitales canarias.

### Cambios en la composición de la vida laboral

El modelo de desarrollo económico de las islas se basa en servicios de bajo valor añadido y emplea al 85% de la población en los servicios incluyendo la construcción. Apenas el 3% de la población se dedica a la agricultura y sus actividades derivadas y el 6% al ámbito industrial. Las mujeres activas también muestran la misma tendencia, estando ocupadas en su mayoría (85%) en el sector servicios, con muy baja presencia en la agricultura (2.9%) y en la industria (3%). El cambio de una sociedad agrícola y rural a una de servicios y urbana se caracteriza por su rapidez, habiéndose

**“El cambio de una sociedad agrícola a una de servicios se ha hecho efectivo en una generación”**

hecho efectivo en una sola generación<sup>(6)</sup>. La tercerización de la economía, el abandono progresivo y la emigración del campo hacia zonas urbanas y turísticas con fuerte demanda de empleo y mejores salarios se ha tenido un fuerte impacto en la salud, ya que se produce un cambio obligado de los valores tradicionales y en el comportamiento individual y colectivo de la población.

### Cambios en el nivel educativo

Aunque el perfil educativo en las islas ha ido mejorando, las cifras continúan reflejando un bajo nivel de instrucción. Desde los años 80, el analfabetismo ha bajado más de la mitad, situándose ahora en el 3%, aunque continúa habiendo excepciones, como el caso de La Gomera donde sigue reflejando un alto 6%. Analizando el porcentaje de población con un nivel de instrucción insuficiente (analfabetos, 5 años de escuela o menos), resalta que en Canarias, un 30% de la población no alcanza la suficiencia educativa, subiendo al 41%, en El Hierro, y al 39%, en La Gomera. Si se incluye la educación primaria básica, es el 60% de toda la población canaria la que abarca el nivel ▶

**TABLA 2. INDICADORES SOCIALES E ÍNDICE DE PRIVACIÓN. CANARIAS (2001-2013).**

Islas	Desempleo		Pobreza severa (*)		Sin estudios		Ocupantes/hab.		Tenencia Vivienda		Índice Privación	
	2001	2013	2001	2013	2001	2013	2001	2013(*)	2001	2013	2001	2013
Lanzarote	0.00	0.00	0.18	0.00	0.56	0.81	0.67	0.52	0.45	0.70	0.37	0.40
Fuerteventura	0.05	0.34	0.00	0.66	0.00	0.00	0.71	0.86	1.00	1.00	0.35	0.57
Gran Canaria	0.52	0.52	0.58	0.73	0.37	0.27	0.72	0.60	0.00	0.07	0.43	0.43
Tenerife	0.49	0.30	0.78	0.84	0.25	0.54	0.70	0.69	0.10	0.13	0.46	0.50
La Gomera	0.78	0.15	0.55	0.93	0.12	1.00	0.68	1.00	0.28	0.42	0.48	0.70
La Palma	1.00	1.00	1.00	0.29	0.68	0.45	0.64	0.43	0.10	0.00	0.68	0.43
El Hierro	0.77	0.43	0.78	1.00	1.00	0.45	0.64	0.00	0.60	0.05	0.75	0.38

FUENTE: ISTAC. ENCUESTA DE CONDICIONES DE VIDA (ECV). IP: ÍNDICE DE PRIVACIÓN. ELABORACIÓN PROPIA. POBREZA SEVERA: (2001): ≤ 357.7 EUROS; (2013): ≤ 228 EUROS. (\*) OCUPANTES/HABITACIÓN: 2007.

de instrucción insuficiente o educación primaria básica, lo cual indica un muy bajo nivel formativo en las islas, pudiendo diferenciarse tres grupos, Gran Canaria y Fuerteventura, (menor tasa de población con instrucción insuficiente), Tenerife, Lanzarote y La Palma, como segundo grupo, y La Gomera y El Hierro como grupo de menor instrucción.

### Desigualdades sociales

Los seres humanos no enferman o mueren prematuramente de igual manera y los problemas de salud no se distribuyen al azar y menos aún, tienen una frecuencia y gravedad similar en toda la población<sup>(7)</sup>. Al igual que en otros aspectos de la vida, las variaciones en el modo de vivir y enfermar son la regla. Las desigualdades<sup>(4)</sup> que se observan entre las distintas clases sociales en cuanto a la manera de enfermar y morir, en última instancia, tiene poco que ver con los servicios médicos y mucha relación con la organización de la sociedad y con el papel que cada clase desempeña en ella<sup>(8)</sup>.

El Índice de Privación (IP) y Desarro-

## “La manera de enfermar y morir tiene que ver con la organización de la sociedad y no con los servicios médicos”

llo (ID), utilizado por Townsend<sup>(9)</sup> son un índices aditivos, que integran varios indicadores y se utilizan para delimitar las diferencias de las condiciones de vida. Los indicadores propuestos por el investigador inglés<sup>(10)</sup> fueron *desempleo, pobreza severa, sin estudios, hacinamiento, la tenencia de la vivienda*.

En estos últimos 15 años, se han modificado las condiciones de vida en las diferentes islas por diversos motivos, entre otros, por la crisis económica y financiera a partir del 2008 que afectó especialmente a la construcción generando desempleo, sobre todo, en Fuerteventura donde las condiciones de vida han empeorado. Lanzarote es la isla con mayor índice de desarrollo (0,63-0,60) y menor índice de privación, se

ha mantenido a lo largo de estos años; en cambio, la isla de Fuerteventura, que era modelo de desarrollo y bienestar aumenta su índice de privación hasta 0.57. Existen algunas islas que mejoran sus condiciones de vida como La Palma y el Hierro y otras que las empeoran como La Gomera (IP: 0.70)<sup>(11)</sup>.

### Estado de salud percibido e índice de Privación

Este indicador es un buen predictor de la esperanza de vida, el nivel de mortalidad, la morbilidad y la utilización de servicios sanitarios<sup>(12)</sup>. Existen diferencias entre las islas, en ambos sexos y el cambio que se produce en todas las islas entre un período y otro del tiempo. Si lo relacionamos a su vez con el índice de privación, el riesgo relativo entre la isla de peores condiciones de vida (IP= 0,75) y la de mejores condiciones de vida (IP= 0,24) es de 1,6 para los hombres y de 1,1 para las mujeres (2004).

### Mortalidad infantil

Al analizar la mortalidad infantil de Canarias en función de sus comarcas y muni-

**TABLA 3. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL. ÍNDICE DE PRIVACIÓN Y RIESGO RELATIVO (RR). CANARIAS (2004- 2013).**

	Índice de Privación	Población	Número Municipios	Nacimientos	Defunciones (< 1 año)	TM Infantil (1000 n.v.)	Riesgo Relativo (RR)	IC 95% (1)
<b>Total Canarias</b>	<b>0.45</b>	<b>2.104.815</b>	<b>89</b>	<b>189.802</b>	<b>706</b>	<b>3.7</b>		
	0.33	526381	26	48898	173	3.5	1	
	0.45	830.996	28	77.951	433	5.6	1.15	(0.97-1.37)
	0.55	698.449	37	64.945	425	6.5	1.36	(1.14-1.62)*

FUENTE: ISTAC. ELABORACIÓN PROPIA. (1) IC AL 95%: INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%. (\*) P<0.05.

**TABLA 4. HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR ISLAS, SEXOS E ÍNDICE DE PRIVACIÓN. CANARIAS (1997-2004-2009).**

Año	Totales						Hombres						Mujeres						Índice Privación	
	1997	IC95%	2004	IC95%	2009	IC95%	1997	IC95%	2004	IC95%	2009	IC95%	1997	IC95%	2004	IC95%	2009	IC95%	2001	2013
Lanzarote	10.5	6.6:14.4	11.2	8.1:14.3	13.6	10.1:17.1	9.2	4.0:14.4	10.8	6.1:15.5	13.4	8.4:18.4	12.3	6.3:18.3	11.4	7.2:15.6	13.7	8.9:18.5	0.24	0.40
Fuerteventura	11.8	6.6:17.0	14.8	10.9:18.7	12.5	9.0:16.0	13.7	5.6:21.8	12.4	6.8:18.0	14.5	9.3:19.7	10.8	4.4:17.2	16.5	11.0:22.0	10.3	5.8:14.8	0.37	0.57
Gran Canaria	9.2	7.1:11.3	15.0	13.2:16.8	18.6	16.7:20.5	7.0	4.4:9.6	12.6	10.2:15.0	17.7	14.8:20.6	11.6	8.3:14.9	17.1	14.2:19.7	19.4	16.9:21.9	0.37	0.43
Tenerife	11.7	9.3:14.1	16.4	14.6:18.2	16.9	15.2:18.6	11.1	7.6:14.6	13.6	10.9:16.3	15.7	13.0:18.4	12.2	9.0:15.4	18.1	15.6:20.6	17.7	15.4:20.0	0.41	0.50
Gomera	4.5	1.4:7.6	14.0	10.1:17.9	18.0	12.9:23.1	3.1	(-0.4:6.6)	13.2	6.9:19.5	14.5	7.4:21.6	6.0	0.7:11.3	13.7	9.0:18.4	13.4	8.7:18.1	0.60	0.70
La Palma	10.7	7.5:13.9	12.5	9.3:15.7	18.9	14.4:23.4	13.5	8.3:18.7	11.8	6.6:17.0	17.3	10.8:23.8	8.1	4.1:12.1	12.8	8.7:16.9	20.3	14.2:26.4	0.73	0.43
El Hierro	11.4	8.2:15.2	12.4	8.3:16.5	40.0	32.4:47.6	6.9	0.9:12.9	10.0	3.8:16.2	33.4	22.3:44.5	15.5	6.5:23.5	13.8	8.5:19.1	44.9	34.4:55.4	0.75	0.38
<b>Canarias</b>	<b>10.2</b>	<b>9.0:11.3</b>	<b>14.8</b>	<b>13.7:15.8</b>	<b>18.1</b>	<b>16.2:19.9</b>	<b>9.3</b>	<b>7.6:10.9</b>	<b>12.6</b>	<b>11.1:14.0</b>	<b>16.9</b>	<b>15.2:18.5</b>	<b>11.0</b>	<b>9.2:12.7</b>	<b>16.3</b>	<b>14.9:17.6</b>	<b>19.0</b>	<b>17.5:20.4</b>	<b>0.49</b>	<b>0.48</b>

a) Población mayor de 16 años (\*) Tasas estandarizadas autorreferidas. FUENTE: ISTAC. ENCUESTA DE SALUD DE CANARIAS (ESC) (1997-2004-2009). ELABORACIÓN PROPIA.



cipios, se observa que el valor de la tasa de mortalidad se incrementa a medida que se incrementa el tercil de IP, aumentando igualmente el riesgo relativo.

### Morbilidad (Procesos crónicos)

Las enfermedades crónicas mantienen dos características básicas: tienen origen multicausal, y en muchas se ignora su etiología exacta. Esto supone una mayor influencia de factores sociales y culturales pero a la vez, una cierta vez una cierta dificultad para medir la importancia real de esos factores<sup>(13)</sup>.

En el caso de la hipertensión arterial se observa cómo existe un incremento de las tasas sobre todo en las islas con peores condiciones de vida (La Gomera, La Palma y el Hierro) durante el período observado, donde se llega a prevalencias del 40% en el total de la población adulta, y en población femenina, del 44.9%, en la isla del Hierro. Asimismo, también se observa un empeoramiento de las condiciones de vida en casi todas las islas excepto en las peores, o sea El Hierro y La Palma. Si correlacionamos las tasas de hipertensión por islas (2004) con los índices de privación se observa un coeficiente de correlación de 0.63 (Tabla 4).

En resumen, el riesgo de padecer un cuadro hipertensivo en las islas es mayor en la medida que el índice de privación empeora, es decir, si las condiciones de vida van siendo peores. ◆

## Conclusiones

**El cambio socio-económico y político** constatado en Canarias, en esta última etapa, ha conducido a la mejora en términos generales de las condiciones de vida, sin embargo sigue habiendo bolsas de desigualdades e inequidades económicas y sociales que se reflejan en la salud de la población canaria.

**La evolución demográfica en Canarias** se destaca por el progresivo envejecimiento de la población, la rapidez en la instauración de un modelo de baja fecundidad y la intensificación y diversificación de los flujos migratorios.

**La mejora de las condiciones de vida** han producido una mejora en la esperanza de vida, tanto en hombres como en mujeres y ha incidido significativamente en la reducción de la mortalidad, de la cual se han beneficiado primeramente los niños, niñas, jóvenes y personas adultas, que consiguieron doblar la duración media de la vida en un período de 60 años.

**Las desigualdades territoriales** son clave para cualquier intervención a plantear, tanto entre islas como en el interior de cada una de ellas.

Se pueden generalizar tres grupos de islas:

- Fuerteventura y Lanzarote, con mayor dinamismo económico, población más joven, menor pobreza y menores desigualdades en la distribución de los recursos.

- Las islas mayores Gran Canaria y Tenerife, con menor velocidad en el crecimiento económico, estructura de población más diversificada, con población con más acceso a educación/formación y pobreza cerca de la media del Archipiélago.

- Las islas menores, La Gomera, La Palma y El Hierro, muestran peores condiciones de vida, más desigualdad en la distribución de recursos y una población más envejecida, además de mayor población con instrucción insuficiente. Esto se ve reflejado en la salud de la población canaria, en especial en tres indicadores, como son la percepción de la salud, la mortalidad infantil y las enfermedades crónicas.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 1994. Publicación Científica n° 549.
- (2) Álvarez M. (CIES). Estructura Social de Canarias I. Las Palmas de G. Canaria: Confederación de Cajas de Ahorros, 1980.
- (3) Solsona M, Viciano F. Claves de la evolución demográfica en el cambio de milenio. Gaceta Sanitaria 2004; 18(1): 8-15.
- (4) Hernández Guerra A. Sociología de los procesos migratorios. En: Miranda Calderín S. Canarias, S.XX. De la emigración a la inmigración. Las Palmas: Real Sociedad Económica de Amigos del País, 2002; pp.53-76.
- (5) Mckeown T, Lowe CR. Introducción a la medicina social. México: Siglo XXI editores, 1981. pp. 73.
- (6) Bergasa Perdomo O, González Viéitez A. Desarrollo y subdesarrollo de la economía canaria. Las Palmas de G. Canaria: Viceconsejería de Cultura y Deportes, 1995; pp. 180.
- (7) OPS. El análisis de la situación de salud: base de la gestión en salud y de la cooperación técnica. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1992.
- (8) Timio M. Clases sociales y enfermedad. México: Editorial Nueva Imagen, 1979. pp. 11.
- (9) Townsend P, Phillimore P, Beattie A, Townsend P. Widening inequality of health in Northern England, 1981-91. *BMJ* 1994; 308: 1025.
- (10) Townsend P, Phillimore P, Beattie A. Inequalities in Health in the Northern Health Region. Bristol: Northern Regional Health Authority and University of Bristol, 1986.
- (11) Townsend P, Simpson D, Tibbs N. Inequalities in health in the city of Bristol: A preliminary review of statistical evidence. *Int Health Services* 1985; 25(4): 637-663.
- (12) Idler EI, Angel R. Self-rated health and mortality in the NHANES-1 epidemiologic follow-study. *AJ Public Health* 1990; 80: 446-452.
- (13) De Miguel J. Crisis del sistema sanitario. En: De Miguel J. La salud pública del futuro. Barcelona: Ariel, 1985. pp. 26.

# Aproximación a la salud de las mujeres desde una perspectiva de género (i)

**El trabajo teórico y clínico en relación con la atención a la salud de la mujer desde una perspectiva integral, realizado en la isla de Gran Canaria, tuvo un desarrollo paralelo e interconectado. Por una parte, la experiencia pionera en el campo preventivo y asistencial, desarrollada en el Centro de Salud de Tirajana y posteriormente continuada en el municipio de Telde. Por otro, la tarea docente e investigadora llevada a cabo desde el Servicio de Psiquiatría del Hospital Insular de Gran Canaria y el Área de Psiquiatría de la ULPGC.**

## **Araceli de Armas Santana**

*Médica de Atención Primaria. Especialista en Medicina Interna y Máster en Salud Pública*

## **María Asunción González de Chávez Fernández**

*Profesora Titular de Psicología Médica. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC).*

**L**as autoras se conocieron en los años 70. Luchaban en los prácticamente únicos frentes progresistas de la isla en el campo de la salud: el equipo de Salud Pública de Tirajana y el equipo de salud mental vinculado al Hospital Insular y a la Universidad.

## **Apuntes sobre la evolución histórica en Gran Canaria**

Desde el inicio el intercambio de experiencias y colaboración, se plasmó en charlas y talleres de la docente en Tirajana, posteriormente en Telde, y en la creación por parte de ambas, junto con otras compañeras, de un *Seminario Universitario Mujer y Salud*, el primero en España, desde el que a comienzos de los 90 se realizaron Seminarios anuales, con la colaboración docente del equipo del Seminario y la de notables especialistas invitadas de la Península.

Los textos de dichos cursos fueron publicados en 3 libros pioneros en el campo de la salud de las mujeres en nuestro país (*ver bibliografía adjunta*).

En al año 2000 se constituyó el Grupo de Investigación Salud: una perspectiva interdisciplinar y de género, que en los últimos 15 años llevó a cabo diversas investigaciones, entre las que destacan: *“Fibromialgia y condición de las mujeres”*; *“Factores de vulnerabilidad que predisponen a las mujeres a la tolerancia de la violencia en las relaciones de pareja”*; y *“Factores de riesgo psicosociales y actuaciones médicas en pacientes con infarto de miocardio. Diferencias de sexo/género”*.

En esa década se organizó un Máster en Género y Salud, con Especialización en Violencia de Género, así como un Experto en Violencia de Género.

La experiencia de Araceli de Armas tiene su inicio en los años de desarrollo del Centro de Salud de Tirajana (1976-1979) y partió de la observación de la etiología y sintomatología diferencial en el desarrollo de las patologías entre

hombres y mujeres. En concreto, las primeras diferencias se observaron con el programa desarrollado después de la detección de la población hipertensa de la zona, haciendo tres tomas de Tensión Arterial separadas durante una semana a todas las personas mayores de 15 años, de la que se hacía un promedio y si eran cifras de HTA, pasaban al programa de estudio y control de la hipertensión (HTA). En la actualidad todo ello está ya protocolizado,

En la fase de ejecución y supervisión del programa de los diagnosticados como hipertensos, vimos la sintomatología diferenciada de los hombres y mujeres hipertensos. Síntomas diferenciados por sexo, diferencias en el enfermar... que no se referían en los libros de medicina dedicados a este tema, como tantas otras cuestiones que continúan sin ser incluidas en los manuales de estudio para el alumnado de medicina y enfermería.

De la observación de esa evidencia partió la iniciativa del primer programa de la Mujer que se desarrolló en Tirajana (1976). Fue el germen de lo que, cuando finalizó la experiencia de Tirajana, sería la práctica preventiva y clínica de Araceli cuando comenzó en el Ambulatorio de Telde. Pero la percepción de que la salud de las mujeres y su modo específico de enfermar estaba muy relacionado con la identidad, los valores culturales y la condición social femenina le llevó a la conclusión de que

**“A pesar de todo, la igualdad sigue considerándose de modo mayoritario en los partidos como una cuestión numérica”**



la verdadera prevención y la mejoría en la sintomatología estaba más allá de lo que podía ofrecer la ciencia médica y de que necesitaba de otros métodos y de la creación de nuevas infraestructuras e instrumentos sociales que pudieran hacer posibles y efectivos un nuevo abordaje de la salud de las mujeres. El proceso de concienciación propio como mujer y profesional y el de las propias mujeres usuarias fue paulatino en el tiempo.

### Replanteamiento de las acciones médicas

No bastaba con las consultas médicas tradicionales, había que ir más allá.

En primer lugar, se crearon los grupos de enfermedades crónicas: HTA, Diabetes y Obesidad. Y se comenzaron las sesiones grupales de educación sanitaria semanales sobre dichas patologías en las que emergían del debate colectivo las cadenas causales que impedían la mejoría de las mujeres.

Estos encuentros eran fundamentales para que tomaran conciencia acerca de las causas de su malestar: sus características/vivencias personales, sus valores, sus condiciones de vida..., y ese conocimiento del conjunto de factores intervinientes les permitía afrontar de modo diferente su malestar.

Más adelante y dada la gran afluencia de personas, siempre desde el Ambulatorio de Telde, y junto las mujeres que asistían a las charlas, crearon la Asociación Isadora Duncan, pionera en la isla de Gran Canaria en el modo de abordar la problemática de la salud de las mujeres y aún existente.

Esta asociación, junto a la presión de la población y el apoyo del grupo político progresista que gobernaba entonces en el Ayuntamiento- a quienes se les explicó y supo entender y asumir la teoría de este movimiento - hizo posible la creación del **Centro Municipal de la Mujer Isadora Duncan**, que tenía un programa integral de formación para la mujer.

## CENTRO ISADORA DUNCAN

### Programa integral de formación para la mujer

Entre los puntos que este programa tenía, entre otros, están:

- Conocer mejor su cuerpo y su funcionamiento así como profundizar en las causas del malestar físico y psíquico femenino
- Estudiar la historia del movimiento de la mujer
- Creación de grupos de concienciación para analizar cómo se interiorizan los valores patriarcales, opresivos y coercitivos para las mujeres, en la propia identidad de cada una
- Impartición de clases para liberar el cuerpo –que es sede receptora de las ideologías restrictivas– con juegos, bailes, yoga, etc.

La consecuencia más inmediata de la puesta en marcha de dicho Centro, el primero creado en la isla, fue la disminución de la demanda en la consulta y la mejora paulatina de las mujeres, que comenzaron a entender mejor lo que les estaba pasando. Y lo que les pasa a las mujeres tiene que ver con el modelo de identidad femenina-materna vigente, es decir, con lo que se ha dado en llamar el *“ideal maternal”*, que se analizará en un artículo posterior.

La experiencia del Centro de la Mujer Telde fue el estímulo para otras actuaciones alternativas en la isla. Destacaríamos la experiencia piloto llevada a cabo en el Centro de Salud del barrio de Tamaraceite, donde se formaron y trataron con orientación psicodinámica 4 grupos integrados por mujeres hiperfrecuentadoras durante seis meses.

A los encuentros semanales se añadió el trabajo corporal con una profesora de educación física y la conexión realizada con una trabajadora social del barrio, que continuaría después la tarea socializadora y de nexo de unión entre estas mujeres, que realizaron un

cambio de vida y vivieron una notable mejoría después de esta experiencia, pero el EAP no la continuó después.

### Centro de Salud Cono Sur

Destaca también el inmenso trabajo desarrollado en el Centro de Salud de Cono Sur, liderado por la Enfermera Concepción Gómez, vinculada al grupo de **Tirajana**, y que, durante muchos años, organizó grupos de mujeres con las que llevaba a cabo un trabajo psico-social y de ejercicio físico en gimnasios del barrio, tareas programadas desde el propio EAP.

Su experiencia se extendió a otros Centros de Salud de la isla y se completó con la formación de líderes dentro de las propias mujeres; éstas ejercieron de dinamizadoras de otras usuarias de los Centros de Salud, que estaban en circunstancias semejantes a las propias antes de iniciar la experiencia y crearon así asociaciones de mujeres, como la Asociación Fuente de Vida aún existente, que realizaban un trabajo preventivo y contribuían a la recuperación.

La experiencia y sus óptimos resultados en la salud de las mujeres que accedieron a ella debería ser conocida en los ámbitos de formación. Gracias a la interconexión entre las promotoras de las diferentes experiencias docentes y clínicas, el alumnado de Medicina tuvo la posibilidad de conocer y ver vídeos de todo el trabajo desarrollado. ➔

**“La gran experiencia del Centro de la Mujer Telde fue un estímulo para más actuaciones alternativas en la isla”**



## Cambio político en el Ayuntamiento de Telde

Lamentablemente, con un nuevo grupo de Gobierno –una extraña alianza entre la entonces Alianza Popular, el Partido Comunista Teldense y el PSOE– significó un cambio de la política en el Centro de la Mujer: pusieron al frente a una concejala muy tradicional de Alianza Popular y su actuación significó la destrucción de todo lo que se había llevado a cabo anteriormente. La nueva mandataria comenzó cesando al equipo directivo de excelentes profesionales y convirtió el Centro en un lugar de “entretenimiento” donde se realizaban fundamentalmente actividades “tradicionales” para las mujeres, con lo cual se destruyó toda la capacidad de avance femenina que ya estaba desarrollándose en Telde. Con posterioridad se han realizado notables mejoras que han sido posibles gracias a la permanencia en el Centro de profesionales formadas, pues los grupos de gobierno han variado mucho, pero la orientación ha quedado muy centrada en el “asistencialismo” y se han perdido muchos de los objetivos iniciales.

## Aula de Igualdad suprimido en la Universidad

En la Universidad las cosas han ido aún peor. Hace unos tres años, el actual equipo rectoral suprimió el Aula de Igualdad, sin que mediara explicación alguna de tal proceder. Inmediatamente después se “incautaron” la subvención anual que el Instituto Canario de Igualdad destinaba a los Grupos de Estudio sobre las mujeres de las dos Universidades canarias, subvención que había sido lograda por la lucha de las profesoras para el desarrollo de Seminarios e investigaciones. Con esta indigna y autoritaria actuación, el Seminario Género y Salud de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, que llevaba “vivo” desde el año 1990, se vio sin fondos ni soporte institucional.

En el año 2010 se había organizado un Seminario en el Hospital Univer-

## “Hay que elegir a personas preparadas para luchar por cambios en la condición de las mujeres”

sitario Dr Negrín, con la presencia invitada de la Dra. neoyorquina Marianne Legato, autoridad mundial en Género y Salud, y de la Dra. Carme Valls-Llobet, pionera en España, además de ponentes locales, al que habían acudido casi doscientos profesionales sanitarios. Fue la última actividad docente de nuestro grupo.

En la actualidad en la ULPGC existe únicamente la institucional Unidad de Igualdad (dirigida por una profesora nombrada “a dedo” por el equipo rectoral y que nunca había participado en ninguno de los Seminarios de formación existentes), cuya función y actividades resultan desconocidas para profesorado, alumnado y especialmente para la sociedad canaria, por casi inexistentes.

No basta con poner al frente de Instituciones a mujeres: hay que elegir a personas preparadas para luchar por

cambios cuantitativos y cualitativos en la condición de las mujeres. Lo sucedido ha puesto en evidencia, una vez más, que los grupos políticos (y los rectorales...), de izquierdas y derechas, no han reflexionado lo suficiente en esta cuestión, que es de una gran envergadura, y siguen hablando de igualdad, pero entendiéndola solo de manera cuantitativa. Aún hoy la igualdad sigue considerándose de modo mayoritario en los partidos como una cuestión numérica: se interesan principalmente de las cuotas femeninas en las listas y los cargos, de las tasas de ocupación/pa-ro... Hay un desconocimiento y/o subvaloración de los aspectos cualitativos en las políticas que se llevan a cabo: se obvia la necesaria la subversión de los factores sociales, culturales y psíquicos –muchos inconscientes– que cimientan la desigualdad, la opresión y la violencia estructural y simbólica de los hombres sobre las mujeres. Es imprescindible que este conocimiento y nuevas políticas para hacer posible una igualdad real se conviertan en transversales en todas las estructuras del Estado.

En el próximo artículo trataremos esos aspectos cualitativos que son la razón de ser y la base teórica para realizar de estas experiencias en Gran Canaria. ◆

## BIBLIOGRAFÍA

**De Armas Santana, Araceli (1993):** “Concepto de Salud y su evolución. El ser humano”. En *Cuerpo y subjetividad femenina (Salud y género)*, compilada por González de Chávez Fernández, María Asunción. Editorial Siglo XXI, Madrid (1993), pp. 1-43.

**O’Shanahan, José J. (1979).** Un Centro de Salud para el desarrollo. Rev. San. eHig. Publ. 1979, 53, nov-dic. Madrid.

**González de Chávez Fernández, María Asunción (1993).** Compiladora y co-autora del libro *Cuerpo y subjetividad femenina (Salud y género)* Editorial Siglo XXI, Madrid. 288 páginas. Es un compendio de textos-lecciones del I y II Seminario Universitario Mujer y Salud (ULPGC).

**González de Chávez Fernández, María Asunción(1999).** Compiladora y co-autora del libro *“Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres”*. Es un compendio de los textos de dos Seminarios sobre Mujer y Salud (ULPGC). Editorial Siglo XXI. Madrid.

**González de Chávez Fernández, María Asunción (1999).** Compiladora y co-autora del libro *“Hombres y mujeres: salud, subjetividad y género”*. Es un compendio de los textos de Seminarios sobre Mujer y Salud (ULPGC). Editado por el Servicio de Publicaciones de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC), 1999.

**Legato, Marianne (2008):** *Por qué los hombres mueren antes*. Ediciones Urano. Barcelona, 2009, 316 páginas.

**Valls-Llobet, Carme (1994):** *Mujeres y hombres. Salud y diferencias*. Barcelona, Ed. Folio.

**ANDALUCÍA****ADSP de Almería**

Av. Cabo de Gata 33.  
p. 3, 4º dcha.  
04007 Almería

**ADSP de Cádiz**

Apartado de Correos 4.  
11080 Cádiz

**ADSP de Córdoba**

C/Alonso Ucles 8,  
2ª Izda.  
14940 Cabra. Córdoba

**ADSP de Huelva**

Urbanización Dehesa  
Golf. Parcela 101.  
21110 Aljaraque.  
Huelva

**ADSP de Jaén**

C/ Eduardo Arroyo 3.  
23008 Jaén

**ADSP de Málaga**

Plaza de la Sancha 18.  
2, 1º B.  
29016 Málaga

**ADSP de Sevilla**

Plaza de Edipo 7. 5º  
41009 Sevilla.

**ARAGÓN****ADSP**

C/Margarita Xirgú,13  
4ºB. 50015 Zaragoza

**ASTURIAS****ADSP**

C/ Cimadevilla 19,  
2º A. 33003 Oviedo,  
Asturias

**BALEARES****ADSP de Ibiza**

Hosp. Can Misos  
(Digestivo).  
07800 Ibiza. Baleares

**ADSP de Mallorca**

C/ Bartolomeu Pons i  
Coll 3-C. 1º E.  
07015 Palma de  
Mallorca. Baleares

**CANTABRIA****ADSP de Santander**

C/ Canalejas, 17. 1º B.  
39004 Santander.

**CASTILLA  
LA MANCHA****ADSP de  
Ciudad Real**

C/ Záncara 22.  
13002 Ciudad Real

**ADSP de Cuenca**

Av. de los Alferes 24.  
2º A.  
16002 Cuenca

**CASTILLA Y LEÓN****ADSP de Burgos**

C/ Santiago 4, 5º A.  
0900 Burgos

**ADSP de León**

C/ Maestro Nicolás 39.  
6º A. 24005 León

**ADSP de Palencia**

C/Felipe Prieto s/n.  
C. Bigar 8. 3º.  
34002 Palencia

**ADSP de  
Salamanca**

C/ Canteras 11. Urb.  
Valdelagua.  
37194 Salamanca

**ADSP de Valladolid**

Plaza Mayor 3. 6º A.  
47001 Valladolid

**CATALUÑA****Associació  
Catalana per la  
Defensa de la Sanitat  
Pública**

C/Cerdeña 399. 5º 1º.  
08075 Barcelona  
acdspbcn@hotmail.  
com

**ADSP de Lleida**

C/ Noguera de Tor 1.  
25520 Pont de Suert.  
Lleida

**EXTREMADURA****ADSP de Badajoz**

Tlf.: 924 24 64 72

**ADSP de Cáceres**

Apartado de Correos  
353. 10080 Cáceres

**EUSKADI****OSALDE**

C/ Araba. 6,  
semisótano (entrada  
por C/ Burgos). 48014  
Bilbao. op.paisvasco@  
gmail.com

**ADSP de Guipúzcoa**

C/ Prim 10, 6º Izqda.  
26006 San Sebastián

**GALICIA****ADSP de A Coruña**

C/ Alfredo Vicenti 17-  
19. 15004 A Coruña

**ADSP de Lugo**

Rúa de Bouza 10, 4º B.  
27002 Lugo

**ADSP de Ourense**

Av. de Portugal 67. 6º  
F. 32002 Ourense

**ADSP de Pontevedra**

Pza.de Riestra 5, 3º  
dcha. 36005 Polo.  
Pontevedra

Apdo de Correos 518.  
36080 Pontevedra

**LA RIOJA****ADSP de La Rioja**

C/ Vara del Rey 33. 3º  
C. 2. 6002 Logroño

**MADRID****ADSP de Madrid**

C/ Arroyo de la Media  
Legua, 29. L.49. 28030  
Madrid

**MURCIA****ADSP de Murcia**

C/ Doctor Luis  
Valenciano Gaya 13.  
Santo Ángel, 30151  
Murcia

**NAVARRA****ADSP de Navarra**

C/ Consejo de Egües  
1, 1º B.  
36016 Pamplona

**VALENCIA****ACDESA-PV**

Partida La Solana, s/n.  
46667 Barseca.  
Valencia  
acdsa@ono.com

# Visita nuestra página web:

# www.fadsp.org

- PRENSA
  - NOTICIAS
  - ENLACES
  - COMUNICADOS
  - PUBLICACIONES
- ...Y MUCHO MÁS



## Diego Moguel

Presidente de la Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales



# “La Rehabilitación como proceso asistencial se encuentra en un estado caótico”

### ¿Qué es la Terapia Ocupacional?

La Terapia Ocupacional es una intervención sanitaria (profesión de nivel de grado) cuya finalidad es utilizar actividades terapéuticas específicas, individualizadas, encaminadas a: prevenir, mantener y/o recuperar las funciones físicas, psíquicas y sociales, para alcanzar el máximo nivel de independencia en la ejecución de las actividades de la vida diaria y mejorar la calidad de vida.

### ¿Cuáles son los ámbitos donde intervienen?

La terapia ocupacional se fundamenta en la faceta del ser humano como ser ocupacional que necesita la ocupación para realizarse, siendo esta su razón de ser; cuando estas capacidades se han perdido o alterado sea cual sea su origen o causa, física, psíquica, mental o sensorial, interviene el terapeuta ocupacional, desarrollando al máximo las capacidades de la persona para mejorar su autonomía y participación en todas las áreas de desempeño de su vida habitual: familiar, social y laboral.

Por tanto son múltiples los campos dónde los terapeutas pueden intervenir tanto sanitario como social (comunitario o domiciliario) y docente.

*Ámbito sanitario y de salud:* interviene en hospitales generales, hospitales de salud mental, hospitales geriátricos, hospitales pediátricos, centros salud, centros de atención especializada, mutuas de accidentes laborales).

*Ámbito social:* residencias geriátricas, centros de rehabilitación psicosocial, centros de día, centros ocupacionales, centros de desintoxicación, viviendas tuteladas, ONG, marginación social, atención domiciliaria, centros peniten-

ciarios, en centros educativos reglados y especiales, centros ortopédicos y de diseño ergonómico

*Ámbito formativo:* formación en universidades, asesoramiento a instituciones, peritajes, equipos multidisciplinares, investigación.

### ¿Cómo interviene esta disciplina sanitaria dentro del sistema de salud?

La Terapia Ocupacional es una parte irrenunciable del proceso de rehabilitación en su más amplio sentido, sin ella difícilmente existe tal proceso. Se encuentra recogida en la cartera común de servicios del SNS, dentro del denominado “*déficit funcional recuperable*”, y es una parte vital del proceso rehabilitador en salud mental.

### ¿Cuáles son los recursos actuales destinados para esta prestación sanitaria en nuestra CA?

Los recursos destinados para Terapia Ocupacional son muy escasos, la ratio media dentro de nuestro sistema se encuentra situada en torno a 1,22 TO/100.000 hbs. destacando las áreas de salud de La Gomera, La Palma y El Hierro que carecen de estas unidades dentro de sus hospitales insulares.

### ¿Cómo interviene esta prestación sanitaria dentro del proceso de rehabilitación?

La OMS definió rehabilitación y habilitación como procesos destinados a permitir que las personas con discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desem-



peño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social. La rehabilitación abarca un amplio abanico de actividades, como atención médica de rehabilitación, terapia ocupacional, fisioterapia, psicoterapia, terapia del lenguaje, y servicios de apoyo. Por lo que la Terapia Ocupacional ocupa un lugar destacado dentro de este paradigma al abordar esta definición desde todos sus aspectos.

### ¿En qué estado se encuentra a su juicio, la rehabilitación en Canarias?

La Rehabilitación como *proceso asistencial* se encuentra en un estado caótico, no se ha aplicado una visión multidisciplinar de intervención consensuada que está produciendo un desequilibrio en la aplicación universal de la cartera común de servicios del SNS, haciendo más evidentes las desigualdades territoriales e insulares dentro de nuestra comunidad, como ejemplo la ausencia de Unidades de Terapia Ocupacional dentro de los CAEs, y en atención primaria. Dentro de salud mental el panorama no es mejor, y no se ha incluido esta dentro de la atención domiciliaria comunitaria, haciendo casi imposible que se produzca un verdadero abordaje costo-efectivo de las patologías que engloban el denominado “déficit funcional recuperable”.

Los servicios de rehabilitación son entes complejos en los que deberíamos encontrar tres tipos de unidades asistenciales: U60 (Terapia Ocupacional) U59 (Fisioterapia) U61 (Logopedia), y en donde la gestión de estos servicios continua siendo absolutamente vertical, obviando la pluralidad profesional y relacional de estas unidades.

### La especialidad de rehabilitación es la que mayor número de personas en lista de espera ha mantenido durante los últimos años, cuál cree que es el motivo?

Por un lado nos encontramos con hospitales de tercer nivel cuyos servicios de rehabilitación se masifican con procesos crónicos, y procesos agudos en los que no se interviene hasta que se establecen unas secuelas de compleja resolución y que generan un alto nivel de dependencia.

Otro aspecto es la escasa implantación de vías clínicas, y procedimientos estandarizados que optimicen los escasos recursos mediante un concepto de abordaje intensivo, y multidisciplinar, relocalizando estos recursos asistenciales de forma equilibrada en la geografía Canaria. Aquí tenemos que incluir el efecto “retardante” del transporte sanitario, escaso, planificado deficitariamente, y ajeno al propio sistema público. Debemos recordar que el usuario (muy a menudo con

problemas de movilidad reducida), depende de este servicio para poder iniciar y mantener su tratamiento, y se verá sometido a dos listas de espera: la generada por el propio sistema asistencial y la producida por el tiempo en espera para asignación de transporte según las rutas disponibles.

### ¿Existe una relación entre ese incremento de personas en lista de espera y la demora para acceder al proceso de rehabilitación y el actual estado de la dependencia entre nuestra población?

Es una relación ya abordada y definida: El informe mundial sobre discapacidad, elaborado por la OMS y Banco Mundial en 2011 dejaba claro este punto:

*“Las necesidades de rehabilitación no satisfechas pueden retrasar el alta médica, limitar las actividades, restringir la participación, deteriorar la salud, aumentar la dependencia de la asistencia de terceros y disminuir la calidad de vida. Estos resultados negativos pueden tener amplias repercusiones sociales y financieras para las personas, las familias y las comunidades.”* (OMS-Banco Mundial, 2011).

Conocemos por los datos aportados por la asociación estatal de directoras y gerentes en servicios sociales en su documento “*el examen sobre el territorio y la aplicación de la escala*” de Julio de 2015, que el gasto público destinado a dependencia en Canarias por habitante y año fue el más bajo de todas las comunidades autónomas

(39,40€) frente a una media nacional de 104,49€.

Si observamos los siguientes factores latentes desde una visión holística del problema:

- Visión sesgada del proceso rehabilitador
- Ausencia de procedimientos estandarizados consensuados
- Incremento de lista de espera + Aumento de la demanda asistencial
- Aumento de la esperanza de vida con una relación directa con el incremento de personas dependientes.
- Sistema de dependencia colapsado e ineficaz

Podremos inferir que este ciclo se retroalimenta permanentemente, lo cual exige una respuesta inmediata ante las proyecciones evolutivas poblacionales del INE que sitúa a España a medio plazo (año 2022) con una tasa de dependencia elevada hasta el 58%.

Para terminar quisiera recordar que la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad estableció que los países debían garantizar que las personas con discapacidad tengan acceso a servicios de salud apropiados, incluida la atención sanitaria general y servicios de rehabilitación, y no sufran discriminación en la prestación de servicios de salud (artículos 26 y 26). ◆

**“Los países deben garantizar que las personas con discapacidad tengan acceso a servicios de salud apropiados”**



Esta carta fue elaborada en el Seminario Internacional sobre Reformas Sanitarias Comparadas celebrado en Pájara, Fuerteventura, (13 al 17 de febrero de 1991) organizado por la Asociación Canaria de Medicina Social. Recoge las conclusiones tras cinco días de debate, intercambio de experiencias y de conocimientos en el campo de las políticas de Salud y reformas sanitarias.

Participaron estudiosos y actores de los procesos de Reforma Sanitaria en países como Italia, Brasil, Grecia, Alemania y España. Se contó con la participación de representantes del Instituto Nacional de la Salud, de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, del Intergrupo Europa-Salud del Parlamento Europeo, de la Subsecretaría del Ministerio español de Sanidad y Consumo, de la International Association on Health Policy y de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública de España.

Se comenzó con el análisis teórico sobre Democracia y procesos de Reformas Sanitarias. Se analizaron los efectos de la reunificación de Alemania, las transformaciones en los países del Este Europeo, las perspectivas de la Comunidad Económica Europea y la situación de los cambios como consecuencia de la implantación de procesos reformadores en los países estudiados.

Países de Europa y de América atravesaban en aquellos momentos de finales de los años 80 y principios de los 90, procesos similares de transformación de las normas legales y de los aparatos institucionales responsables del cumplimiento del derecho a la salud garantizado por el Estado.

La crisis económica e ideológica que configuraban el fracaso de los modelos de Estado existentes, tanto en países capitalistas como socialistas, se



asociaba al avance de las estrategias neoliberales que estaban influyendo significativamente en países del Este de Europa o en países capitalistas con Sistemas de Salud consolidados como el Reino Unido o países Escandinavos o, en proceso de institucionalización, como Italia, Grecia, España, Brasil, etc.

Una de las cuestiones fundamentales que se plantearon fue la forma por la cual, en aquellos momentos, los diferentes países se estructuraban y articulaban para dar respuestas superadoras a los límites impuestos por la crisis económica, política e ideológica, sin perder la direccionalidad de los procesos, o sea, la mejora de las condiciones de salud de las poblaciones; en definitiva, cuáles eran las estrategias políticas innovadoras para no paralizar o reorientar los procesos reformadores.

La Carta de Fuerteventura sobre Reformas Sanitarias constituyó una aportación que recogía el pensamiento y la experiencia de profesionales y organizaciones de países que hace 25 años vivían una situación que hoy nos puede resultar de tremenda actualidad y que pretendía servir de orientación en la comprensión y la previsión de las perspectivas y direccionalidades estratégicas de los cambios inherentes a la reestructuración de los Sistemas de Salud y de las Políticas de Salud de los países considerados.

## CARTA DE FUERTEVENTURA

# Sobre reformas sanitarias

Por una nueva cultura en Salud, en un mundo en transformación

**1** La paz mundial, la solidaridad humana y la democracia siguen siendo valores universales y objetivos principales para la humanidad. En este contexto la salud puede ser percibida como fuente de la vida humana constructiva y placentera. Consideramos nuestra lucha por la Salud como parte de la lucha por la paz con el fin de poder proporcionar a todos los habitantes del planeta aquello que es el primer y mayor bien de la humanidad: LA VIDA.

**2** Luchar por Reformas Sanitarias democráticas, universales, equitativas, participativas, descentralizadas, y promotoras de la salud; sigue siendo nuestra tarea fundamental y eso nos unifica en un movimiento amplio, internacional y solidario, aunque las experiencias nacionales sean tan diversas.

**3** La Salud y los procesos de Reformas Sanitarias están más allá de la asistencia médica e involucran y dependen de la Paz mundial, del nivel de justicia y solidaridad en el interior y entre las sociedades, de la distribución de la riqueza y de los bienes sociales como el trabajo, la educación, la alimentación, la vivienda, etc.

**4** Los procesos de Reformas Sanitarias deben propiciar la disminución de las desigualdades sociales, así como promover un proceso de transformación de las ideas sociales y valores individuales, creando nueva cultura de salud.

**5** Por ser la Salud, así como la Enfermedad, fenómenos al mismo tiempo sociales e individuales, los procesos de Reformas Sanitarias deben promover una reformulación en la organización social del cuidado a la Salud, respetando las diversidades individuales.

**6** Reafirmamos el carácter procesal de las Reformas Sanitarias, lo que implica en cada coyuntura o etapa volver a crear las condiciones de consolidación del pacto democrático.



co, la profundización de las transformaciones institucionales y de las prácticas sociales de atención a la Salud.

**7** Los procesos de Reformas Sanitarias obligan a la reformulación de los modelos de desarrollo económico, buscando garantizar la calidad de vida de los ciudadanos, el medio ambiente y una redistribución más equitativa de la riqueza mundial que suponga relaciones más igualitarias entre el Norte y el Sur.

**8** En esa forma, el derecho a garantizar la salud por parte de los Estados significa un valor ético, universal, y no solamente un asunto económico y organizativo.

**9** La democratización de las políticas de Salud significa garantizar el acceso y la adecuación de los servicios a las distintas comunidades y personas, y la participación de la comunidad en la toma de decisiones con poder efectivo para modificar y adaptar los servicios a sus necesidades reales.

El control social va más allá de una democracia parlamentaria y debe propiciar una democracia emancipadora para los ciudadanos.

**10** Todas esas tareas, que desbordan el ámbito de los servicios médicos, involucrando, en particular, a todos los trabajadores de la Salud y, en general, a las sociedades y gobiernos, conlleva la ejecución de acciones eficientes de cuidado de las personas.

De esta forma, la eficiencia tan preconizada por los neoliberales no es un fin en sí mismo, sino un instrumento im-

prescindible, aunque no exclusivo, que puede garantizar el cuidado integral e igualitario de la salud de los pueblos.

**11** La disminución en los gastos sociales y la propaganda ideológica de que todo lo que es público o estatal es ineficiente, son propuestas desde una visión profundamente antidemocrática, en la manera que dificultan el acceso, sobre todo a las capas de población más desprotegidas y necesitadas, a un bien y a un derecho tan fundamental como es el derecho a la vida, aunque siga siendo un desafío buscar las formas más eficaces de utilización de los recursos.

**12** Los diferentes procesos reformadores que se presentaron en este Seminario mostraron muchas características comunes, aunque con especificidades y particularidades propias de desarrollos históricos diferentes.

El aporte teórico-científico de todas las experiencias y el poder compartir y comparar éxitos, fracasos y conocimientos, nos aseguran la necesidad y utilidad de realizar investigaciones comparadas de los diversos procesos de Reforma Sanitaria.

Manifestamos nuestra voluntad de convertirnos en grupo de investigación permanente sobre Reformas Sanitarias Comparadas, estableciendo una red de intercambio teórico, democratizando la información y fomentando el ejercicio de la solidaridad entre los países.

**Pájara. Fuerteventura  
17 de febrero de 1991**



## La sanidad no se vende

HIXINIO BEIRAS CAL, MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE (coords.)

**Autores/as:** Hixinio Beiras Cal, Marisa Fernández Ruiz, Sergio Fernández Ruiz, Luisa Lores Aguin, Manuel Martín García, Luis Palomo Cobos, Marciano Sánchez Bayle, Pablo Vaamonde García.

Las políticas en sanidad, además de complejas, están disfrazadas para dificultar la comprensión de lo que pasa. Grandes corporaciones publicitarias estudian la manera de presentarnos lo malo como bueno, lo falso como cierto, lo positivo como antiguo e ineficaz, en suma, lo que les interesa a ellos como bueno para todos. Este libro, mediante una exposición de conceptos, propuestas, advertencias, falacias..., pretende formar a auténticos activistas que luchen para transformar la realidad que se nos quiere imponer.

Editorial **Akal Foca** • PVP: 15 euros

# Pontevedra

## SALUDABLE




### Sistema intermodal de prioridad peatonal

- 1 - Peatones
- 2 - Bicis
- 3 - Transporte público
- 4 - Coche privado



### La ecociudad alternativa

- . Las personas ocupan ahora el espacio que había sido invadido por los coches
-  Límite 30 de velocidad máxima en toda la ciudad
- . Amplia red de sendas fluviales en todos los ríos del municipio
- . Aparcamientos públicos y gratuitos para dejar los coches a pocos minutos del centro
- . Camino Escolar basado en la tutela especial de cruces en horario escolar para que niños y niñas acudan solos al cole
- . Metrominuto: un plano para saber cuánto tiempo lleva recorrer a pie la ciudad
- . Bicis integradas: toda la ciudad es un carril bici, ya que los coches a 30 km/h no son una amenaza

### La ciudad multipremiada

- . Premio Cermi por la accesibilidad universal en 2007
- . Premio Nacional da Cultura Galega 2008 por la defensa del patrimonio
- . Premio Fesvial por la seguridad vial en 2010
- . Premio Movilidad Segura 2011 (DGT y FEMP)
- . Ciudad amiga de los niños de la Fundación Meniños 2012
- . Premio Intermodos 2013 por la intermodalidad con base peatonal

