

# BUTLLETÍ CAPS

Butlletí d'Informació n° 36

Maig 2009

París 150, 1er 2ª. 08036 Barcelona. Tel/fax 93 3226554

[www.caps.cat](http://www.caps.cat) . E-mail: caps@pangea.org



## *Papers per a un debat.*

### **LA GESTIÓ DELS SERVEIS SANITARIS PÚBLICS**

Josep Artigas Candela  
Grupde participacio del CAPS

La gestió dels Serveis de Salut de caràcter públic, ha evolucionat de forma radical en els darrers anys sobre tot i principalment en el sector públic. A nivell privat s'han aplicat criteris semblants a la gestió de les empreses.

Inicialment els hospitals públics, municipals, provincials, clínics i de l'Insalud, tenien una estructura molt

senzilla: Hi havia un administrador i un director mèdic a mes a mes dels serveis mèdics d'atenció en general. L'Insalud per la seva banda,

disposava d'un secretari general i un director mèdic. La organització administrativa era dons mínima i poc estructurada.

La Llei d'Hospitals ( Llei 37/1962, de 21 de juliol ), defineix per primera vegada que és un hospital i les seves funcions bàsiques (assistència, docència i recerca) i va permetre la introducció de la figura del director gerent o director general que podia no ser metge.

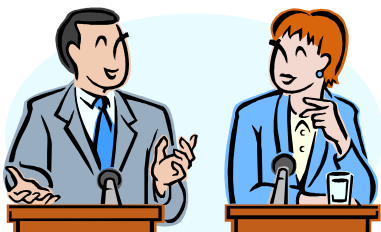
Ara be quina formació havia de tenir aquest gerent o director gerent?. En

general, s'entenia que era de formació mèdica o un economista o un jurista.

Creiem que la formació del gerent no ha de ser ni exclusivament mèdica, ni exclusivament econòmica. Aquestes formacions

exclusives donen lloc en ocasions a unes visions parcials i sectorials. Creiem que el director o gerent d'un hospital ha de tenir una formació sanitària a cavall entre els dos sectors. Els darrers anys, s'ha caigut en l'error de considerar només la formació econòmica. És evident que els recursos sanitaris han de ser ben gestionats i controlats. L'economista però pot caure en una falta de perspectiva: només veu la reducció de la despesa.

A la gestió directa de l'Hospital com a un servei administratiu, se li van atribuir tota mena de crítiques i defectes: rigidesa en la gestió dels recursos i caràcter funcional de tot el personal.



Anys després apareix, la externalització d'alguns serveis. Així, serveis com cuina i bugaderia o neteja i manteniment es donen a empreses externes que fan aquests serveis abans gestionats pels hospitals directament. En alguns aspectes ha millorat la gestió i el funcionament dels serveis que queden a càrrec d'empreses especialitzades.

Amb els anys i el progrés tècnic, l'estructura dels hospitals i centres de salut, s'ha fet més complexa. Alguns centres sanitaris tenen un nombrós personal de totes les categories professionals, que van del nivell més alt de coneixements i responsabilitats fins els nivells més baixos. I tots treballen i conviuen moltes hores en un espai i limitat. L'aspecte més essencial en un hospital es la bona gestió de

personal. Els serveis s'han agrupat en grups de gestió homogènia que es classifiquen com a Divisió mèdica. Divisió administrativa i Divisió d'infermeria, tots amb una refinada organització dels serveis.

En conseqüència apareixen poc a poc noves formes de gestió dels hospitals públics. La llei General de Sanitat de 1986 ( llei 14/1986, de 25 d'abril ) té només dues disposicions als arts 67 i 90 que donen una preferència a les entitats no lucratives per subscriure convenis o concerts entre l'Administració sanitària. i les entitats sanitàries privades . Deu anys després l'any 1996 s'aprova un decret llei "sobre habilitació de noves formes de gestió" que es completa per una altra disposició de 1997.

En aquestes dues lleis per gestionar els hospitals i centres sanitaris, es permet tota mena de fórmules que regulen aquestes disposicions: gestió directa o gestió indirecta a través d'entitats creades per a l'Administració; constitució de consorcis, fundacions, altres entitats dotades de personalitat jurídica, etc.. Aquí ja no es parla més de entitats sense finalitat lucrativa.

D'acord amb la nova tendència i disposicions, a Catalunya s'han creat, per exemple, tres societats anònimes públiques per gestionar els serveis de les Diputacions de Girona, Lleida i Tarragona. traspassats a la Generalitat. Darrerament s'ha constituït una Societat Anònima pública per gestionar els serveis de l'ICS.

També a Catalunya s'han constituït nombrosos consorcis entre la Generalitat i entitats no lucratives

per gestionar hospitals i centres de salut.

Quina avantatge tenen els consorci i les societats públiques? Tenen personalitat i capacitat per contractar i obligar-se i poden subscriure crèdits i contractar personal en forma laboral i no sota la forma de funcionaris. A més a més les societats i els consorcis tenen un patrimoni i pressupost separat del de la Administració de la Generalitat.

En els últims anys entrem en una carrera ferotge per privatitzar tots els serveis inclosos els sanitaris i ara patim les conseqüències d'aquest caos financer. La privatització dels serveis suposa considerar la salut com un negoci i no acceptant a nivell privat més que els serveis rendibles. Els serveis de risc no s'accepten. Creiem que la salut i els seus recursos s'han de considerar un servei i no com un negoci

Fixem-nos bé com ara les empreses en fallida demanen diners a l'Estat;



## **NOTICIES CAPS**

### **JORNADA D'EXPERIÈNCIES I NECESSITATS EN PARTICIPACIÓ CIUTADANA EN SALUT**

**22 de maig**

**Sala d'Actes del Centre Cívic de  
les Cotxeres de Sants**

#### **PROGRAMA definitiu**

situació contradictòria amb els sistemes que s'han mantingut fins ara, de privatització i desregulació.

Finalment, i no menys important, farem una breu referència a les últimes decisions preses a les CA de Madrid i València per gestionar hospitals. Aquí els hi ha estat suficient recórrer a la Llei de Contractes de les Administracions Públiques. Aquesta llei ha permès fer uns concursos per a la construcció d'un hospital i al mateix temps adjudicar una concessió administrativa per posar en marxa l'hospital i gestionar-lo per un temps determinat.

Criem que s'ha de tornar a dignificar la gestió directa dels serveis de salut amb les modificacions que calgui per garantir la flexibilitat i la qualitat dels serveis.

Només una bona Administració pot garantir la continuïtat, la permanència i la qualitat del servei.

*“La Salut és aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa”*

9,30 Inscripció i lliurament de la documentació

9,45 Benvinguda. Carme Valls.

Presidenta del CAPS

10,- Anàlisi experiències de programes/activitats de salut comunitària.

Pep Martí. CAPS

10,15 Presentació d'experiències en salut comunitària.1.

- *La gent gran es cuida!* Sandra

Aguilar. ABS Collblanc- La Torrassa

- *Anem a caminar.* Asun Condom.

ABS Girona 4

- *Pla de salut comunitari del Poble*

Sec. Xavier Cortès. CAP les Hortes

11,- Descans i cafè

11,30 Presentació d'experiències en salut comunitària.2

- *Un programa multifactorial i comunitari pot prevenir les caigudes de la gent gran?* Montserrat Pujiula. ABS Salt
- *El Pacient expert de l'Institut Català de la Salut.* Assumpció González Mestre.
- *Salut als barris: acció comunitària a Barcelona.* Maribel Pasarin. ASPB

12,15 Preguntes i discussió sobre les experiències presentades. Modera Pep Martí

12,45 Experiències emergents:  
- *La salut en front la crisi.* Àngels Martínez. Presidenta de "Dempeus"  
- *l'Associació de Defensa de la Sanitat Pública.* Roger Bernat  
Preguntes

13,30 Temps per dinar

15,- *Els Consells de Salut de Districte i el Consell de Ciutat.* Isabel Ribas, Regidora Delegada de Salut de l'Ajuntament de Barcelona i Elisenda Ortega. Aj. BCN

15,30 TAULA RODONA: *La participació ciutadana en salut i els Consells de Salut.*

### Una petita estadística de la gent que s'apuntat a la jornada 8 de maig

**Nº: 130**

Del 80% tenim **dades de professió/ dedicació**

| Professió/dedicació   | N  | %    |
|-----------------------|----|------|
| Diplomades Infermeria | 23 | 31,5 |
| Ciudadans *           | 18 | 24,6 |
| Llicenciats medicina  | 12 | 16,4 |
| Treball social        | 9  | 12,3 |
| Tècnics en salut      | 8  | 11,- |
| Administració i ASPB  | 8  | 11,- |
| Personal docència     | 5  | 6,8  |

\* Ciudadans: tan d'AAVV, entitats (CUS, C.S., Gent Gran, altres)

#### **Procedència geogràfica dels inscrits:**

fonamentalment Barcelona, Area Metropolitana (Sabadell, Terrassa, Badalona, Hospitalet, Sant Boi, Viladecans, Gava, Santa Coloma, Esparraguera, Sant Celoni, Sant Just)

Modera Toni Tuà

- Albert Torrents
- Desenvolupament dels Consells de Salut als Governos Territorials de Salut.* CatSalut
- Albert Ferris. *El Consell de Salut de l'Eixample, un exemple?*
- Olga Fernández i Clara Garcia. *Aportació de ciutadans a l'anàlisi dels Consells de Salut: anàlisi dels qüestionaris i grup qualitatiu.*
- Lucia Teruel. *13 anys de Consell de Salut a l'ABS de Vilaseca*

16,30 Preguntes i discussió

17,- Descans

17,15 Presentació de e-CRITERIUM Web de Participació Ciutadana en Salut. Olga Fernández, Oriol Ramis i Josep Saiz.

17.30 L'experiència Anglesa: presentació de "Patient Opinion", Web de participació ciutadana a Gran Bretanya. Miriam Rivas-Aguilar i James Munro

18,- Preguntes. Modera Josep Artigas

18,15 Cloenda

Alguns de Girona i Salt, Alguns de Lleida, Pons, Balaguer, Bellpuig, i Vilaseca (Tarragona)

#### **Els Resums d'experiències en salut comunitària presentats (25) venen de:**

- Barcelona: 8
- Girona i Salt: 4
- Badalona, Sabadell, Hospitalet, Sant Celoni: 8
- Vilaseca, Bellpuig: 2
- Àmbit general Catalunya: 3

#### **Els resums presentats (tots impliquen a ciutadans de la comunitat) i manifesten ser iniciativa de:**

- Professionals d'atenció primària: 12
- Atenció primària central de l'ICS: 2
- Equips d'atenció primària +Plans de salut Comunitaris: 5
- Hospitals: 2

- Altres entitats: 1

### **Els continguts dels resums de les experiències:**

En conjunt aporten una riquesa extraordinària de accions i mitjans utilitzats que justificarà la seva publicació i difusió.

Els problemes, riscos i objectius de salut comunitària a que fan front son, en general, força comuns:

- Pèrdua d'autonomia i dependència de la gent gran
- Hàbits insans, dependències
- Problemes musculars i osteoarticulars
- Obesitat

Per fer-hi front es programen accions emmarcades fonamentalment en:

- Foment d'hàbits saludables
- Autocura
- Alimentació sana
- Exercici físic

Amb múltiples accions:

Xerrades, tallers, visites, cursos, publicacions, exercici físic, caminades, programes de radio i TV locals, festes populars, concursos dibuix, etc. En el marc dels CAP, la comunitat, les escoles, casals de gent gran, etc.

S'ha demanat a: Andreu Segura, Joan Ramón Villalbí, que junt amb el Pep Martí, facin una avaluació dels resums presentats (com a comitè científic) segons els següents criteris:

### **CRITERIS D'AVALUACIÓ DE RESUMS D'EXPERIÈNCIES EN SALUT COMUNITARIA**

Han participat des del principi membres de la comunitat ?

S'ha definit bé a qui va dirigida l'acció o programa ?

S'ha fet un diagnòstic de problemes o riscos de salut de la comunitat a qui va dirigida l'acció ?

S'ha prioritzat i escollit els prioritaris ?

De les accions programades s'ha buscat la evidència d'efectivitat en la millora de la salut o disminució del risc ?

S'ha fixat objectius assolibles en el temps adequat ?

La metodologia emprada i/o les accions realitzades semblen adequades als objectius ?

Hi ha un seguiment periòdic per part dels professionals i la comunitat afectada pel programa ?

S'ha avaluat l'impacta del programa o l'acció en termes de millora de la salut i/o disminució de risc, de participació, de mancances organitzatives, costos, etc

Valoració general de l'avaluador des de: els valors, la pertinença, els temps i mètodes, l'efectivitat, etc del conjunt del programa o acció.

La avaluació servirà per donar a conèixer a la Jornada l'avaluació general dels resums presentats (no individualment), i aquesta mateixa guia d'avaluació pot servir per molta gent de punt de referència per fer-ho millor.

### **Les presentacions orals que la comissió organitzadora ha escollit:**

*La gent gran es cuida.* Collblanc-Torrassa. Cercle de xerrades. Iniciativa de treballadores socials (2)

*Anem a caminar.* Girona Nord. Activitat física. Iniciativa Infermeria (7)

*Un programa multifactorial i comunitari pot prevenir les caigudes en la gent gran de la comunitat ?.* Salt (Girona).

Programa multifactorial. Iniciativa metges de primària.

*Pla de Salut Comunitari del Poble sec.* Barcelona. Pla de salut. Iniciativa de la Comissió de Salut del PDC i CAP les Hortes.

*Programa "Pacient Expert".* Catalunya. Programa. Iniciativa Atenció Primària ICS.

*Salut als Barris: acció comunitària a Barcelona.* Pot servir de Guia de plans de salut. Iniciativa ASPB.

### **Anàlisi dels processos participatius en Consells de Salut**

Estem analitzant els 27 qüestionaris rebuts sobre els Consells de Salut i els continguts d'una reunió de ciutadans convocats al CAPS per fer l'anàlisi qualitatiu d'aquests processos. Fruit

d'aquest anàlisi seran les aportacions a la taula rodona de la Jornada.

## 28 de Maig Dia Internacional d'acció per la salut de les dones

*A San José, Costa Rica, en una reunió realitzada després del V Trobada Internacional Dona i Salut (1987), es va acollir una proposta de la Xarxa de Salut de les Dones Llatinoamericanes i del Carib en el sentit de celebrar cada any un dia d'acció entorn de la salut de les dones. Amb aquest marc es va llançar per primera vegada en 1988 la Campanya per a la Prevenció de la Morbimortalidad Materna, coordinada per la Xarxa Mundial de Dones pels Drets Reproductius, RMMDR, i la Xarxa de Salut de les Dones Llatinoamericanes i del Carib. El seu principal objectiu era denunciar les altes taxes de morbiditat i mortalitat maternes existents especialment en els països menys desenvolupats per causes majorment prevenibles, i exigir dels governs polítiques i legislacions adequades per a enfrontar aquesta realitat. Posteriorment les activitats de les campanyes van incloure proposades i instàncies d'interlocució amb sectors professionals, acadèmics, i treballadores/és del sector salut*

Des de llavors a molts països del món se celebren accions a favor de la salut de les dones

A Catalunya la Xarxa de Dones per la salut de la que formem part organitza un acte el dijous 28 de Maig al CCDF Bonnemaison. Sant Pere més baix 7. amb la participació de la [TERESA FORCADES i VILA](#) sobre "PROPOSTES DE RESISTÈNCIA DE LES DONES A LA INDÚSTRIA

FARMACÈUTICA!

28 de maig de 2009

Dia Internacional D'acció per la Salut de les Dones

**Propostes de resistència de les dones a les agressions de la indústria farmacèutica**

Margarita López Carrillo, presidenta Xarxa de Dones per la Salut.

Ponència de Teresa Forcades i Vila, metgessa, teòloga i monja benedictina, autora del llibre: "Els crims de les grans companyies farmacèutiques".

Participació dels Grups de la Xarxa: quines són les nostres resistències.

**Lloc de l'acte:** CCDB Bonnemaison  
(C/Sant Pere més baix, 7 Barcelona),  
el dijous 28 de maig de 2009 a les 18:30h  
Al final de l'acte s'oferirà un pica-pica.  
Hi haurà espai infantil.

Centre de Cultura de Dones  
Francesca Bonnemaison

XARXA DE DONES PER LA SALUT

## ASSEMBLEA



**4 DE JUNY A ELS 19.00**

US CONVOQUEM a la propera assemblea anual a la nostra seu per debatre el balanç i els propostes del CAPs per aquest any. Farem també un debat sobre **Què hem d'entendre per privatització de la sanitat ?Posem.nos d'acord amb els conceptes**

Els articles del Toni Tua al darrer butlletí i del Josep Artigas en aquest ens poden servir per iniciar el debat Us esperem a totes i tots per retrobar-nos i compartir...

**TENIM NOVA WEB:**  
[WWW.CAPS.CAT](http://WWW.CAPS.CAT)



Com ja haureu vist estrenem web per tal de poder gestionar-la directament i tenir-la més actualitzada. En Ausiàs Acarin ha estat el nostre mentor en aquest projecte que de mica en mica anirem omplint

## **CURS CLÍNIC ATENCIÓ PRIMÀRIA**



**"Anèmies ferropèniques i ferropènies:el problema més prevalent de morbiditat diferencial"**

**19 i 20 de juny 2009.**  
**Organitza: REDCAPS**

Mireu a la nostra web el programa!!!



## per llegir : Articles i notícies

En Pep Martí ha escollit i comentat aquests textos:

### ***La productividad de los servicios sanitarios en un contexto de recursos –aún más- limitados: implicaciones para la toma de decisiones.***

**Anna Garcia-Altés ASPB**

Editorial de la revista *Gestión Clínica y Sanitaria* 2008;10-4:119-123

Editorial interessant de com s'haurien de prendre les decisions per l'assignació de recursos públics sobre tot quan es tracta de tecnologies o prestacions poc efectives.

L'article afirma que els costos addicionals de les innovacions, en el nostre medi, aporten una millora marginal decreixent a la salut de la població. Diu: les millores en la nutrició, la higiene, el control de la natalitat, algunes variables socioeconòmiques y els comportaments relacionats amb la salut, son els determinants majors de la salut, en detriment de la contribució marginal dels serveis sanitaris i les seves innovacions.

Per contra, la introducció d'innovacions es un dels determinants de l'augment de la despesa sanitària.

Una de les principals causes de l'augment de la despesa es l'augment de la utilització dels recursos per persona, aquest fet no es aliè a la gestió sanitària (i al consumisme, medicalització i interessos econòmics) i no es tan conseqüència de que la població estigui cada cop mes envellida. L'augment de la utilització per persona es conseqüència de la introducció de noves tecnologies i prestacions, la expansió de les aplicacions d'aquestes, el sistema molt centrat en la especialització mèdica, la competència entre especialitats, la manca de continuïtat assistencial i la

pressió de pacients, finançadors, reguladors i proveïdors.

En front de tot això, els esforços en política i gestió sanitària haurien d'estar enfocats a finançar aquelles innovacions i noves prestacions, l'impacta dels quals en salut i benestar social sigui major que el seu cost. Reorientar la despesa en aquells serveis, prestacions i organització que maximalitzin els resultats en salut.

Acaba dient l'article: una societat moderna i democràtica ha d'exigir als seus polítics i a les institucions, que rendeixin comptes i tinguin un procés transparent (i participatiu) de presa de decisions en l'assignació dels recursos públics, amb raons d'eficiència, d'efectivitat i d'equitat.

### ***La sanidad pública pierde puntos.***

### ***Suspenseo al Sistema Nacional de Salud por los retrasos en las citas a especialistas.***

*Titulars del PAIS i la Vanguardia del 8.04.09*

Els dos diaris s'han fet reso dels resultats del *Barómetro Sanitario 2008* enquesta realitzada periòdicament pel Centre d'Investigacions Sociològiques (CIS).

Diuen: la sanitat pública continua perdent suport respecte a anys anteriors. Els ciutadans continuen donant un 6,3 sobre 10 al sistema públic, però suspenen amb un 4,65 la demora en les proves diagnòstiques, la demora de cita a l'especialista amb un 4,67, demora en ingressos hospitalaris (llestes d'espera quirúrgica) amb un 4,46.

Puja respecte al 2007 en 1% els pacients que recorren a especialistes privats.

Mes del 50% opina que les llistes d'espera no han millorat.

En front d'aquests resultats, en el PAIS hi ha alguna opinió que demana mes



quiròfans, mes tecnologia, mes proves diagnòstiques i millores d'organització. Nosaltres creiem que això només farà que perpetuar el model assistencial, insostenible que tenim, a mes oferta hi haurà mes demanda, mes consum, mes variabilitat en les indicacions, etc. El camí es el canvi de model, el canvi de paradigma (difícil i lent, ja ho sabem) Centrant-nos en la salut, no en la malaltia, El sistema centrat en les persones: ciutadans i professionals, no en les estructures, els polítics i gestors, ni en els interessos econòmics. Centrat en l'atenció primària i comunitària (Innovació) i en la participació i empoderament dels ciutadans en la salut i la sanitat.

### ***Els catalans retorna'n cada any fàrmacs per valor de 130 milions d'euros***

*Titular del Periódico del 12.04.09*

690.000 kilograms de medecines comprades però no usades van anar a parar als contenidors de les farmàcies durant el 2008 i això només representa el 30% del que es rebutja, l'altre 70% van a parar als residus domèstics (amb gran risc pel medi ambient).

Només els medicaments deixats als contenidors de les farmàcies representen un cost de 130 milions d'euros a l'any.

Molts d'aquests fàrmacs no havien caducat i molts també no estaven ni tan sols oberts.

En aquest article l'Andreu Segura, responsable de salut pública del IES, comenta un treball fet amb entrevistes a clients de 38 farmàcies de Barcelona i diu: "Aquest treball es una senyal de que el nostre sistema de prescripció de fàrmacs no funciona, o els ciutadans no segueixen els tractaments que indiquen els metges o es recepten coses que no necessiten, hem d'analitzar perquè l'usuari surt mes satisfet de la consulta si el metge li ha donat varies receptes quan després no se les pren".

Seguim amb el paradigma de la *panacea*, el sistema basat en l'assistència, el consum, l'atenció

primària i comunitària sense temps ni mitjans per ser resolutive, i el ciutadà desinformat i que no es fa responsable de la seva salut ni la salut Colectiva. El copagament, sense canviar aquest paradigma, només servirà per enriquir mes a la industria farmacèutica.

### ***El gobierno fomentará con una ley los hábitos sanos***

*Titular del PAIS 10.03.09*

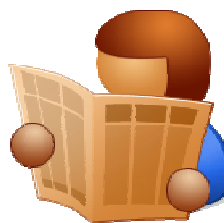
Auxili, Socorro !

Els hàbits sans es fomenten amb informació, educació i responsabilització del ciutadà en la salut.

### ***El transgènic tropieza***

*Reportatge de Cristina Castro al PAIS 18.04.09*

"Nuevos estudios científicos en EEUU y Europa arrojan dudas sobre la seguridad y la eficiencia de los cultivos genéticamente modificados – Alemania es el sexto país de la UE en prohibirlos – España lidera la producción en el continente con un 75% del total".



HEM LLEGIT

**EL PAÍS.COM** TRIBUNA:

### ***Médicos e industria: a cada cual, lo***

**suyo Andreu Segura 03/03/2009**

Ni los más conspicuos detractores de la industria farmacéutica renunciarían a una medicación eficaz frente a un problema de salud importante. La iniciativa empresarial de los laboratorios nos ha proporcionado una enorme cantidad de posibilidades de intervención. Y el motor de esas iniciativas ha sido básicamente el ánimo de lucro

En su libro *La riqueza de las naciones*, Adam Smith considera el propio interés de los agentes económicos como principal estímulo del progreso. Y esta característica ha marcado a fuego la historia de la humanidad desde el inicio del comercio. Para bien y para mal. Como el panadero de Adam Smith, se supone que la industria farmacéutica venderá más si sus productos son mejores y más baratos que los de la competencia. Como sabemos, los efectos indeseables del mercado real pueden ser notables, por lo que, a falta de una alternativa mejor, corresponde a los Estados la responsabilidad de salvaguardar los derechos comunes y de minimizar los problemas generados por los intereses particulares.

En EE UU, donde se ha producido una drástica intervención del Estado para paliar los últimos desaguisados, se ha intentado promulgar la *Physician Payments Sunshine Act*, aunque sin éxito todavía. Esta propuesta de ley pretende arrojar luz sobre la relación entre los médicos y la industria, una situación que según sus promotores contribuye sensiblemente al elevado coste de la sanidad. Pero no sólo tiene impacto económico: cada vez son más notorios los efectos adversos sobre la salud atribuible al consumo de medicamentos.

La naturaleza, amplitud y consecuencias de las relaciones entre los clínicos y la industria son objeto de enconados debates. Cerca del 95% de los médicos norteamericanos mantiene alguna relación con los laboratorios, siendo la más frecuente aceptar alimentos y bebidas en reuniones de trabajo, seguida de la aceptación de muestras de medicamentos. Más de un tercio declara recibir ayudas económicas para asistir a reuniones profesionales o actividades de formación, y una cuarta parte recibe honorarios como consultor, ponente o por enrolar pacientes en ensayos clínicos.

A pesar de que la mayoría de los clínicos consultados niegan con vehemencia que las relaciones con la industria distorsionen sus prescripciones, no están tan convencidos de que a sus colegas les ocurra lo mismo. En España, el consumo de medicamentos es manifiestamente mejorable. El despilfarro debido a medicamentos que no sólo no se consumen sino que a menudo se tiran sin siquiera abrir el envase se estima en más del 1,5% del total de gasto farmacéutico. A pesar de las campañas de información y de sensibilización y de las regulaciones legales para mejorar el uso de los fármacos, poco se ha conseguido para racionalizar su uso.

La responsabilidad de la industria es obvia. Mediante enérgicas campañas de publicidad directa e indirecta y gracias a inteligentes estrategias de penetración en el sistema sanitario determina en buena parte los contenidos de las políticas y las actividades asistenciales. En cierta forma optan por el camino más fácil. Esto comporta que muchas de las innovaciones terapéuticas aportan pocas ventajas; seguramente porque cada vez es más difícil dar con las soluciones a los problemas pendientes, pero quizá también porque se destinan menos recursos a buscar innovaciones relevantes, más incierta y arriesgada.

Y en este punto aparece la responsabilidad de las administraciones sanitarias, las entidades proveedoras y los profesionales, todos ellos cómplices necesarios y no siempre inocentes. Si esta cooperación no se basa en la independencia, se convierte en un vehículo del consumismo que no ayuda precisamente al progreso real.

Tanto las sociedades profesionales como las asociaciones de pacientes reciben apoyo de la industria, en muchos casos decisivo para su supervivencia. Y la mayoría de centros asistenciales atienden a los

representantes de los laboratorios que a menudo patrocinan actividades formativas. No es tampoco rara la vinculación de algunos profesionales en proyectos de investigación financiados por la industria.

Ante las críticas recibidas, algunos hospitales de EE UU han empezado a declarar voluntariamente las relaciones que sus profesionales y allegados mantienen con la industria farmacéutica como en el caso de la Cleveland Clinic. Esta transparencia, aunque no resuelve el problema de la independencia, por lo menos ayuda a orientarse. Es un primer paso para aclarar la responsabilidad de todos los agentes implicados y tal vez un estímulo para construir un nuevo tipo de relaciones entre el sistema sanitario y la industria farmacéutica.

El Colegio de Médicos de Inglaterra acaba de publicar un informe que contiene 42 recomendaciones para mejorar las relaciones entre los médicos y la industria. Y las reacciones no se han hecho esperar. Bajo el título *Médicos, pacientes y la industria farmacéutica: colaboradores, amigos o enemigos*, el *British Medical Journal* recoge los comentarios de cinco eminentes profesionales, entre los que destaca el de Marcia Angell, que fue directora de la revista *New England*, que afirma: "Dados los intereses de la industria, de la medicina y de los pacientes (...) es el momento que la profesión médica asuma su plena responsabilidad de formar a los prescriptores en lugar de abdicar en la industria". Como evoca el título de la deliciosa novela negra de Sciacia, a cada cual, lo suyo.

## **La gripe como síntoma**

JOAN SUBIRATS

EL PAÍS - 07-05-2009

Escribo este artículo sentado en el aeropuerto de Roma frente a un grupo de personas con rasgos orientales,

cuyas caras lucen una imponente mascarilla. Mis colegas de banco les miran azorados. ¿Hacen bien previniendo lo peor? ¿Son víctimas del alarmismo desatado que bloquea vuelos de México (China), ordena sacrificar cerdos (Egipto), o aconseja no ir a Montmeló a ver la fórmula 1 ya que "Cataluña es la región europea más infectada" (ministra alemana *dixit*)? Uno de los casos más usados en los cursos de análisis de políticas públicas es el que narra la crisis de la gripe porcina que se desató en Estados Unidos en 1976, en plena campaña de primarias para la elección presidencial, y cuando la Casa Blanca estaba ocupada por un vacilante Gerald Ford, tras Watergate y la dimisión de Nixon. Los hechos son los siguientes. En el centro de instrucción de reclutas Fort Dix (Nueva Jersey), en un frío enero de 1976, un grupo de jóvenes reclutas tuvo problemas respiratorios. Muchos fueron hospitalizados. Uno de los que no lo fueron, tras realizar una marcha nocturna, murió. El médico del cuartel envió cultivos al laboratorio estatal. Muchos de los virus encontrados correspondían al tipo Victoria o de Hong Kong, responsable desde 1968 de la mayoría de gripes humanas. Pero, otros no respondían a esas características. Se enviaron los cultivos a Centers for Disease Control (CDC) de Atlanta. El 12 de febrero, el laboratorio del CDC informó del resultado: en cuatro casos, incluido el de la persona fallecida, el virus desconocido era el de la gripe porcina. Como se ha recordado estos días, en 1918, una epidemia causada por un virus de gripe porcina, produjo millones de muertes en el mundo entero, medio millón en Estados Unidos. Si bien, muchas de esas muertes fueron atribuidas a la neumonía que complicó la gripe y que ahora sería tratable con antibióticos, un número desconocido sucumbió a la misma gripe. ¿Sería el virus detectado en Fort Dix, tan virulento como el de 1918? Todo hacía suponer que los reclutas podían haber sido infectados por transmisión persona-persona. ¿Implicaba ello que un virus largo tiempo limitado a los cerdos, estaba

ahora volviendo a las personas? ¿Implicaba un cambio antigénico? Si era así, nadie más joven de 50 años tenía anticuerpos específicos o capacidad de resistencia para afrontar esa infección.

Es evidente que esta historia tiene muchos puntos de contacto con lo que está sucediendo ahora. Riesgo, incertidumbre, ciencia y oportunismo político se unieron sin rubor alguno. David Sencer, director entonces del CDC, tras constatar que la infección en Fort Dix se había extendido a centenares de soldados, convocó una rueda de prensa. Al día siguiente, los medios recogieron la noticia, con imágenes de personas con mascarilla y con referencias la mortífera gripe de 1918. ¿Qué hacer? Era urgente decidir, ya que de existir el peligro de pandemia (a pesar de que no se conocían casos de gripe porcina fuera del cuartel), se necesitaban vacunas, y ello llevaba tiempo. La situación era complicada. Si se decidían por la posibilidad de pandemia, lanzaban el plan de vacunación, y luego no se producía la infección masiva, se habría gastado mucho dinero para nada. Pero, ¿y si no se tomaban esas medidas y luego ocurría la catástrofe? Por otro lado, aún se disponía de tiempo antes de la época del año en que se extienden las gripes. No había "grupos de riesgo". Todos los menores de 50 años eran susceptibles de ser infectados. Ello implicaba vacunar a 213 millones de personas. Coste aproximado en aquel momento, 134 millones de dólares. El memorando de Sencer al entonces presidente Ford, se inclinaba por lanzarse a la producción de vacunas en conjunción con la industria farmacéutica. Gerald Ford, preocupado por el ascenso de un tal Ronald Reagan en las primarias republicanas, aprovechó la ocasión para afianzar su imagen como presidente, y asumió sin pestañear el escenario más dramático en un mensaje a la nación el 24 de marzo. Ordenó fabricar la vacuna, y se empezó la vacunación masiva en octubre, un mes antes de las elecciones. En diciembre se suspendió el programa tras los graves efectos secundarios que

la vacuna había causado en miles de personas, sin que posteriormente la epidemia estallase.

Los informes de estos días apuntan a que el riesgo de la pandemia es consistente. El virus de la gripe es mucho más flexible y mutable que otros que siguen asolándonos (sida, malaria, tuberculosis). De hecho, cada año, mueren muchas personas por la gripe ordinaria. A mayor movilidad, más riesgo de transmisión rápida. A más vacunas a cerdos y personas, evoluciones a cepas víricas más resistentes. La nueva gripe es un síntoma de los peligros que desata la vía de desarrollo escogida, y la falta de reflexión y precaución sobre avances científicos rápidamente convertidos en técnicas rentables. Lo dice la especialista Laurie Garrett en una revista no precisamente alternativa como es *Newsweek*: hemos escogido un desarrollo que potencia la evolución viral. Si en 1983 consumíamos 152 millones de toneladas de todo tipo de carne al año, en 1997 eran ya 233 millones y la previsión es que en 2020 necesitaremos 386 millones de toneladas de carne de cerdo, de pollo, de ternera o de pescado de granja para poder sostener el ritmo de consumo. Es precisamente en esa mezcla de voracidad y de un modo de producción que genera hacinamiento y arriesgadas condiciones de producción y cría, lo que impulsa lo que ahora padecemos. En el editorial de *The Economist*, la conclusión es distinta pero convergente: necesitamos ámbitos más globales de prevención y de gestión de este tipo de riesgos que acompañan el modelo de desarrollo por el que se ha optado. Mucha innovación y poca gestión de riesgos. Una combinación de más sosiego consumista, de más énfasis en los mercados locales de consumo alimenticio, y de más capacidad de gobernanza global, podrían facilitar el convivir con los riesgos, evitando la búsqueda de seguridades totales, imposibles de alcanzar. Como ya dijo Churchill "estamos en la era de las consecuencias".