

30

INFORME
ESPAÑA
2023

CÁTEDRA
JOSÉ MARÍA MARTÍN
PATINO DE LA CULTURA
DEL ENCUENTRO



Servicio de Biblioteca. Universidad Pontificia Comillas de Madrid

INFORME España 2023 / Cátedra José María Martín Patino de la Cultura del Encuentro ; [coordinación y edición Agustín Blanco, Sebastián Mora y José Antonio López-Ruiz]. --

Madrid : Universidad Pontificia Comillas, Cátedra J.M. Martín Patino, 2023.

508 p.

En la portada: 30.

Es continuación de la colección CECS publicada por la Fundación Encuentro ISSN 1137-6228.

D.L. M 32106-2023. -- ISBN 978-84-8468-605-7

1. Democracia. 2. Situación social. 3. Inteligencia artificial. 4. Educación sexual. 5. Formación profesional. 6. Cambios climáticos. 7. Estado social. 8. España. I. Blanco Martín, Agustín, editor literario. II. López-Ruiz, José Antonio (1968-), editor literario. III. Mora Rosado, Sebastián (1966-), editor literario.

Coordinación y edición: Agustín Blanco, Sebastián Mora
y José Antonio López-Ruiz

Edita: UNIVERSIDAD PONTIFICIA COMILLAS
Cátedra J. M. Martín Patino

ISBN: 978-84-8468-605-7
Depósito Legal: M-32106-2023

Imprenta Kadmos
Salamanca



Gracias a la Fundación Ramón Areces, la Cátedra José María Martín Patino de la Cultura del Encuentro elabora este informe. En él ofrecemos una interpretación global y comprensiva de la realidad social española, de las tendencias y procesos más relevantes y significativos del cambio.

El informe quiere contribuir a la formación de la autoconciencia colectiva, ser un punto de referencia para el debate público que ayude a compartir los principios básicos de los intereses generales.

ÍNDICE

PARTE PRIMERA: CONSIDERACIONES GENERALES RENDICIÓN DE CUENTAS Y DEMOCRACIA

Javier Pérez, Belén Agüero y Paola Cannata

1. ¿Cuál es la situación actual de la democracia?	13
1.1. Incertidumbre y crisis	13
1.2. Respuestas comunes para una profundización de la democracia y la participación	19
2. Marco teórico: La rendición de cuentas como un principio vertebrador de la recuperación de la legitimidad y la confianza en la democracia.....	24
2.1. La rendición de cuentas como parte del concepto de democracia ...	24
2.2. La democracia monitorizada y su impacto en la revalorización de la rendición de cuentas.....	28
2.3. Abordaje teórico de la rendición de cuentas: definición, elementos claves y tipologías que facilitan su análisis	30
3. De la teoría a la realidad	41
3.1. Del dicho.....	41
3.2. ... al hecho.....	46
3.3. La rendición de cuentas desde una mirada crítica.....	50
3.4. Principales innovaciones en rendición de cuentas	53
4. Reflexiones para pensar un futuro incierto	61
Bibliografía.....	64

PARTE SEGUNDA: LA REVOLUCIÓN DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Sara Lumbreras y Alex Rayón

1. El nuevo pincel.....	73
2. ¿Dónde está la IA?.....	76
2.1. ¿Por qué hablamos ahora de IA?	78
2.2. Breve historia de la IA	81
2.3. La respuesta a la IA desde distintos sectores	82
2.4. El impacto laboral de la IA.....	85
2.5. Los nuevos modelos en la IA	87
2.6. Pero, ¿cómo funcionan exactamente estas tecnologías y por qué han aparecido justo ahora?	88
3. Dualidad físico-virtual	93
3.1. El metaverso: hacia una vida digital	95
3.2. La web 3.0: hacia una nueva arquitectura de la información global y conectada.....	99
3.3. Aplicaciones de la dualidad físico-virtual.....	100
3.4. <i>Blockchain</i> como sistema trazable y atribuible.....	101
3.5. NFT: los activos digitales únicos para resolver problemas de autoría	104
3.6. Lo que nos depare el futuro	106
4. Los problemas de la IA. ¿Qué amenazas nos trae?	107
4.1. Más allá de las IA generativas. La ética de la IA	110
4.2. ¿Son las IA generativas la prueba de que, dentro de poco, tendremos IA general y consciencia artificial?	115
Bibliografía	121

PARTE TERCERA: DESARROLLO E INTEGRACIÓN SOCIAL

Capítulo 1

LA FORMACIÓN PROFESIONAL REGLADA. EVOLUCIÓN Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

Rafael Merino

1. Introducción.....	129
2. Evolución de la formación profesional.....	130
2.1. De la LGE a la LOMLOE: el difícil encaje de la FP en el sistema educativo	130
2.2. La integración de los subsistemas de FP: de la ley de FP del 2002 a la ley de FP del 2022	137
2.3. Evolución de la oferta y la demanda	140
2.4. La eficacia de la formación profesional.....	152
2.5. La FP y los itinerarios formativos.....	160
2.6. La inserción laboral	167
3. Los retos de la formación profesional	181
3.1. El dilema de la “dignificación” y de la equidad.....	181
3.2. La perspectiva de género	186
3.3. El abandono de la formación.....	189
3.4. El diseño curricular: generalista o especializado	192
3.5. La orientación (profesional).....	194
3.6. La planificación de la oferta.....	196
3.7. La <i>twin transition</i> y la formación profesional.....	198
4. Conclusiones.....	199
Bibliografía.....	202

Capítulo 2

LA EDUCACIÓN SEXUAL EN ESPAÑA: DE LAS LEYES A LAS AULAS

*María Lameiras Fernández, Yolanda Rodríguez Castro
y Rosana Martínez Román*

1. Sexualidad y estereotipos de género	209
1.1. Los estereotipos de género: la construcción social de la desigualdad entre mujeres y hombres.....	209
1.2. Estereotipos de género en el ámbito de la sexualidad: el doble estándar sexual.....	211
2. Radiografía de la sexualidad de la juventud en España	214
2.1. Las prácticas heterosexuales en jóvenes españoles	214
2.2. Uso de métodos anticonceptivos/preventivos y riesgos asociados....	218
2.3. La violencia sexual contra mujeres y niñas.....	224
3. La promoción de la salud sexual y reproductiva: la educación sexual	232
3.1. La (des)educación sexual y el papel de la pornografía.....	232
3.2. Modelos de educación sexual: la Educación Sexual Integral	238
3.3. Evaluación de programas de educación sexual	241
3.4. Marco legislativo de la educación sexual en España	245
3.5. Obstáculos y retos de la educación sexual en España.....	249
4. Conclusiones.....	252
Bibliografía.....	254

Capítulo 3

EL ESTADO DE BIENESTAR Y SU FINANCIACIÓN EN LA TERCERA DÉCADA DEL SIGLO XXI

Jesús Ruiz-Huerta y Javier Loscos

1. Introducción.....	271
2. El Estado de bienestar en la encrucijada.....	272
2.1. Aproximación conceptual.....	272
2.2. Las crisis del Estado de bienestar	274
2.3. Un Estado de bienestar descentralizado	278
3. La financiación del Estado de bienestar	279
3.1. Rasgos del sistema fiscal español en un contexto comparado.....	279
3.2. Un sistema fiscal europeo y descentralizado. Notas sobre la conexión con Europa y la financiación autonómica	291
3.3. La financiación extraordinaria y la necesaria consolidación.....	292
3.4. El Libro Blanco sobre la Reforma Tributaria: una apuesta para el futuro.....	295
4. Notas sobre la política fiscal del Gobierno	309
5. Consideraciones finales.....	313
Bibliografía	318

Capítulo 4

LAS PERSONAS SIN HOGAR EN ESPAÑA: EL ALOJAMIENTO Y LA VIVIENDA COMO DERECHO SOCIAL

Pedro José Cabrera Cabrera

1. Introducción.....	323
2. ¿De qué hablamos?	326
3. ¿Quiénes y cuántos son?.....	335
3.1. Razones que llevan al sinhogarismo.....	343
3.2. Extranjeros.....	346
3.3. Formación y trabajo	348
3.4. Situación económica	353
3.5. Salud.....	359
3.6. Vínculos familiares y sociales	367
3.7. Igualdad, no discriminación y relación con la justicia.....	373
3.8. Utilización de los servicios sociales.....	378
3.9. La fracción más problemática	384
4. Algunas reflexiones y sugerencias finales	386
Bibliografía.....	393

Capítulo 5

LA TRANSICIÓN NECESARIA EN LA GESTIÓN DE LA SALUD: DE LA GESTIÓN DE PERSONAS A LA GESTIÓN DE POBLACIONES

Ángel Asúnsolo del Barco

1. Introducción.....	397
2. Recordando a Geoffrey Rose	403
2.1. Determinantes de la salud	409
3. La salud pública, un concepto esquivo.....	412
3.1. Definición de salud	412
4. Valores y valoraciones de la salud.....	420

4.1. Indicadores sanitarios	422
4.2. Indicadores de gasto sanitario	425
5. Modelos de gestión actuales. La desconexión entre lo individual y lo comunitario	429
5.1. Integración de niveles asistenciales	430
5.2. Integración del sistema asistencial y salud pública	432
5.3. Integración del sistema sanitario y sociosanitario	433
6. Conclusiones. La salud como bien común	435
Bibliografía	439

PARTE CUARTA: REDES Y TERRITORIO

Capítulo 6

LA ADAPTACIÓN AL CAMBIO CLIMÁTICO: LOS RECURSOS HÍDRICOS EN ESPAÑA. UN RETO SOCIAL, ECONÓMICO Y TERRITORIAL ANTE UN ESCENARIO ACELERADO DE CAMBIO

Alberto Garrido y Luis Garrote

1. Introducción al problema y objetivos del capítulo	445
2. Balances hídricos: recursos disponibles y demandas	449
2.1. Análisis de los recursos hídricos	449
3. Proyecciones climáticas e impactos sobre los balances hídricos	465
3.1. Análisis de los cambios observados	465
3.2. Escenarios de cambio climático	467
3.3. Impacto sobre los balances hídricos	471
3.4. Consecuencias y escenarios de futuro	473
4. Implicaciones sociales, económicas y ambientales	475
4.1. El concepto de escenario	476
4.2. Escala temporal y geográfica	477
4.3. Los procesos endógenos	478
4.4. Los efectos indirectos	479
4.5. Traducción de los escenarios al estado ecológico de los ríos	481
4.6. Traducción de los escenarios al futuro en el ámbito social y económico	481
4.7. Inundaciones	481
4.8. ¿Hablamos de sequías o de escasez de agua?	482
4.9. Impactos socioeconómicos de las sequías	484
4.10. Grandes cambios en la agricultura de regadío en España en los últimos 18 años	488
5. Estrategias de adaptación al cambio climático	492
6. Conclusiones	500
Bibliografía	504
Anexo I. Nivel de confianza sobre las proyecciones de cambio climático y sus impactos	507
Anexo II. Literal del Art. 19 del Título V de la Ley 7/2021	508

Capítulo 5
LA TRANSICIÓN NECESARIA EN LA GESTIÓN
DE LA SALUD: DE LA GESTIÓN DE PERSONAS
A LA GESTIÓN DE POBLACIONES

Ángel Asúnsolo del Barco
Universidad de Alcalá

1. Introducción

“La vida es breve, la ciencia, extensa; la ocasión, fugaz; la experiencia, insegura; el juicio, difícil. Es preciso no sólo disponerse a hacer lo debido uno mismo, sino además (que colaboren) el enfermo, los que le asisten, y las circunstancias externas” (Hipócrates. siglo V-IV a.c.)¹. Aproximadamente hace 2.500 años, alguien consideró que esta frase resumía suficientemente la esencia de la profesión médica como para colocarla la primera de unas sentencias que tenían por objeto enseñar y transmitir, con validez universal, el conocimiento a las futuras generaciones. Según la mayoría de los historiadores, Hipócrates compuso esta obra en edad avanzada, como un resumen de su experiencia a lo largo de una vida entregada a la búsqueda de la salud en las personas enfermas. Ya entonces, nos advertía de la complejidad de esta lucha, en la que su éxito no depende exclusivamente del médico, sino también del enfermo, los que le rodean y las circunstancias externas. Y “estos que le rodean”, estas “circunstancias externas” aún son olvidadas cuando, con toda la belleza romántica de la imagen, pretendemos ver en la lucha contra la enfermedad un encuentro exclusivo entre dos personas: el médico y el enfermo.

El primer cuarto del siglo más tecnológico y “desarrollado” de la historia de la humanidad nos ha sorprendido con vivencias que creíamos del pasado. Hemos sentido la fragilidad del ser humano ante las epidemias; el miedo por la proximidad de una guerra que podría traspasar nuestras fronteras; la incertidumbre sobre la carestía el próximo invierno de bienes y recursos y, quizás, también de alimento. Palabras como enfermedad, guerra y hambre que creíamos olvidadas o propias de otros países y regiones, resuenan en los medios de comunicación. Vivimos una época de crisis... como lo han sido todas a lo largo de la historia.

En épocas de crisis, época de cambios, es frecuente encontrarnos con dos posiciones contrapuestas. En primer lugar, las derivadas de la protección

¹ Existen numerosas traducciones y revisiones de la obra de Aforismos. Para esta cita, se ha utilizado la traducción realizada por José Antonio López Férrez, publicada en el volumen 63 de la colección de la Biblioteca Clásica Gredos(García Gual, 1983).

del individuo, sus valores y su libertad, adoptada frecuentemente en entornos de partidos liberales que, llamando a la prudencia, precisa una contención de gastos estatales, especialmente en el capítulo que podría denominarse de bienes sociales. En segundo lugar, aquellas que pretenden proteger a los grupos más vulnerables, cubriendo sus necesidades con el fin de protegerles de la fragilidad y dependencia, que en estas situaciones se ve aumentada. Defendida frecuentemente por partidos socialdemócratas, llamando a la solidaridad, proponen un aumento de la inversión en los gastos sociales. Nuestro país no escapa a este dilema, pues es tal como se presenta.

En este primer cuarto del siglo XXI, nos encontramos inmersos en la llamada crisis del sistema de bienestar. Es frecuente encontrarnos en debates políticos, tertulias radiofónicas, prensa o foros de internet con el problema de si, con el cambio demográfico experimentado en España y la crisis económica que hemos vivido y la que se puede avecinar², nos podemos permitir el grado de protección social que hemos tenido hasta ahora. A punto de cumplir 60 años de la publicación de la Ley de Bases de la Seguridad Social (Ley 193/1963) y cerca de 40 años de la Ley General de Sanidad (Ley 14/86), con las que nacían nuestro sistema de protección social y nuestro Sistema Nacional de Salud, se oyen voces sobre una necesaria reforma. En realidad, estas voces llevan muchos años sonando y no se limitan a nuestras fronteras³. Desde que Victor R. Fuchs publicara en 1974 *Who shall live?*⁴, la importancia de determinantes ajenos a la asistencia sanitaria, la necesidad de realizar elecciones tanto a nivel individual como a nivel de la sociedad y la influencia de la política económica en la cobertura y la calidad de la atención ha conducido a todo tipo de planteamientos.

La sostenibilidad de los sistemas sanitarios se ha mostrado en todo el mundo, no sólo en el occidental, como un desafío importante. Los motivos son múltiples y frecuentemente se encuentran entrelazados.

² La intervención de Silicon Valley Bank (SVB) el pasado 10 de marzo de 2023, una entidad orientada especialmente hacia múltiples *startups*, empresas emergentes, pero también vulnerables, hizo revivir el riesgo de una nueva recesión de la economía semejante a la sucedida en 2008.

³ Daniel Callahan escribió en 2009, en la introducción de su libro *Taming the Beloved Beast: How Medical Technology Costs Are Destroying Our Health Care System* (Domar a la bestia: Cómo los costes de la tecnología médica están destruyendo nuestro sistema sanitario): “Una vez más, Estados Unidos se encuentra inmerso en una ‘crisis’ periódica de la atención sanitaria, que ha surgido aproximadamente cada 15 años desde la Segunda Guerra Mundial. Una vez más se habla de reforma. Una vez más las encuestas de opinión pública muestran, como lo han hecho durante décadas, que una gran mayoría de los estadounidenses quieren una asistencia sanitaria universal, y también lo divididos que están sobre cómo conseguirlo. Una vez más, la complejidad de la reforma, los grupos de interés enfrentados y la resistencia de larga data a que el gobierno desempeñe un papel más amplio se interponen en el camino”.

⁴ La última edición de este libro se publicó en 2011. Trascurridos 37 años de la primera edición, aunque actualizando tablas y números, no cambia su análisis en lo esencial.

En primer lugar, *el envejecimiento de la población* es una tendencia global que plantea enormes desafíos para los sistemas de salud y de protección social. A medida que aumenta la esperanza de vida, se incrementa la carga de enfermedades crónicas y se requieren más servicios de salud y atención sociosanitaria. Se ha estimado que cerca del 60% de lo que gastará una persona en sanidad a lo largo de su vida se produce después de los 65 años y una tercera parte después de los 85 (Alemayehu & Warner, 2004). Esto implica que, cada año de vida, según aumenta la edad, conlleva un mayor coste. Incrementar la esperanza de vida no siempre ha ido parejo a incrementar los años de vida vividos con calidad. Sin embargo, el aumento de los años de vida con enfermedad y dependencia sí conlleva un incremento del gasto sanitario. No resulta sorprendente que el 16 de julio de 2001 *The Wall Street Journal* publicara la noticia sobre el informe que una consultora internacional (Arthur D. Little International) había realizado para Philip Morris. Este documento demostraba que el consumo de tabaco podía tener efectos positivos para la economía del país (el caso de estudio era la República Checa). Las conclusiones se basaban en dos motivos: se incrementaban los ingresos gracias a la recaudación de impuestos y se producían ahorros en los costes sanitarios gracias a la mortalidad prematura de los fumadores (Fairclough, 2001). No parece un objetivo deseable conseguir reducir los costes del sistema sanitario gracias a una mortalidad prematura. Pero no todas las voces partidarias de limitar los costes en edad avanzada han venido de posiciones tan poco éticas. Son conocidos los esfuerzos de Daniel Callahan por enfocar este problema cuando en 1987 escribió el muy polémico libro *Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society* (Poner límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece). En él defendía las limitaciones de la asistencia en función de la edad, un tema que ha provocado intensas discusiones⁵ (Callahan, 1987).

El segundo motivo aducido en los análisis de sostenibilidad o falta de esta en los sistemas de salud suele ser *el desarrollo tecnológico*. El avance tecnológico en la medicina ha conllevado un aumento en los costes de la atención médica. Los nuevos tratamientos, medicamentos y tecnologías a menudo –prácticamente siempre– son más caras que las antiguas, aunque no siempre son más efectivas ni tampoco más difíciles o costosas de producir⁶. Realmente, las pruebas de eficacia y seguridad a las que son sometidas para

⁵ El propio Daniel Callahan tuvo que enfrentarse a las críticas cuando, 22 años después, contando 79 años, tras sufrir un desmayo y diagnosticarle una taquicardia ventricular, le practicaron un procedimiento de ablación con un coste de 80.000 dólares. Para él era un ejemplo que demostraba que las decisiones no se deben dejar exclusivamente al médico o al paciente.

⁶ Hay una gran controversia respecto a si se puede justificar el alto precio por la inversión realizada en I+D. Especialmente, cuando muchos de esos “nuevos fármacos” son los denominados “*me too*” o de imitación, en los que apenas hay innovación o mejora en los resultados.

su aprobación no incluyen o tienen nada que ver con los costes, quedando por delimitar lo que constituye un coste razonable en sanidad. Por ejemplo, si con un nuevo tratamiento se logra una mejora en la mediana de supervivencia de 1,5 meses, ¿los médicos pueden indicar ese tratamiento con independencia de su precio?; ¿cuál es el precio de un mes más de vida? En España, a diferencia de lo que ocurre en otros países como el Reino Unido, no se ha adoptado un umbral de coste-efectividad⁷.

En tercer lugar, *la población considerada enferma* y, por tanto, susceptible de recibir atención sanitaria. Los cambios en los estilos de vida, como la falta de actividad física o el sedentarismo, las dietas poco saludables y el aumento de otros factores de riesgo, han contribuido al aumento de enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Estas enfermedades aparecen en edades medias de la vida y, a pesar de asociarse con mayor mortalidad, este aumento en la mortalidad es a medio o largo plazo, lo que produce un consumo mantenido en el tiempo de recursos sanitarios y financieros. Si, además de ello, con el fin de una pretendida prevención, se incluyesen como cuadros susceptibles de recibir tratamiento los estados de “pre-enfermedad”, la población diana de cualquier tratamiento o intervención se multiplicará, incrementando los beneficios a la industria y el gasto a la administración sanitaria o, en muchos casos, a los pacientes.

Finalmente, *la existencia de desigualdades en el acceso a la atención médica* es otro de los orígenes de la dificultad de sostenibilidad de los sistemas sanitarios. Las disparidades económicas, geográficas y sociales pueden afectar tanto a la existencia de una mayor carga de enfermedad en ciertos grupos de población como a la capacidad de las personas para acceder a servicios de salud adecuados. Bajo criterios estrictamente de eficiencia económica podría no resultar una solución óptima ofrecer la misma cobertura y accesibilidad a toda la población. Invertir en determinados territorios o grupos de población puede resultar económicamente poco rentable, provocando poblaciones desatendidas. Esta situación es un hecho en los países en los que la oferta de los servicios de atención sanitaria sigue una economía de mercado. En otros países, como el nuestro, donde existe un sistema nacional que ha de garantizar un nivel de atención a toda la población, el problema queda transformado en un aumento del gasto sanitario no guiado por objetivos de eficiencia económica o, en caso de no realizarse, un aumento de las listas de espera.

⁷ La mayoría de los países cifran entre 20.000 y 30.000 euros el gasto aceptable por año de vida ganado ajustado a calidad (AVAC), pero existen numerosos ejemplos en los que en función de otros factores (presión mediática o de grupos de enfermos, determinadas patologías, etc.) se han financiado por el sistema fármacos mucho menos eficientes.

Los sistemas sanitarios, como se ha señalado, a menudo enfrentan presiones económicas y presupuestarias. La asignación de recursos limitados puede generar tensiones entre la necesidad de ofrecer servicios de salud de calidad y la disponibilidad de fondos suficientes. Esta situación, sin duda, requiere medidas de eficiencia y una gestión efectiva de los recursos disponibles. Pero no se debe olvidar que tras las instituciones están las personas y estas son la razón por la que existen los sistemas sanitarios.

Todo cambio que rebaje el nivel de protección generará inseguridad. Y la inseguridad no se distribuye homogéneamente en la población. Los más vulnerables, por definición, serán los que sufran de manera más inmediata estas actuaciones incrementando la desigualdad social. Actualmente, cuando una persona enferma no debe preocuparse de los gastos sanitarios (en España la cobertura sanitaria es universal), ni de los ingresos inmediatos para hacer frente a los gastos mensuales (existe la prestación por incapacidad laboral y se está implementando el ingreso mínimo vital)⁸; sólo debe centrarse en la recuperación y mejoría. El médico ha de preocuparse de la adecuada indicación del tratamiento prescrito, no de la capacidad de pago por parte del paciente o de la cobertura del seguro sanitario que tiene contratado el enfermo. El médico que le atiende puede, incluso, recomendar reposo como medida terapéutica al existir la incapacidad laboral temporal. De otra manera, en caso de no poder realizar reposo la persona enferma, no sólo podrían ser ineficaces las medidas farmacológicas llevadas a cabo, es posible que existiera el riesgo de agravarse la situación clínica previa por la que acudió a la consulta. Este principio de igualdad ante el derecho a la salud se vería puesto gravemente en peligro en algunas de las intervenciones orientadas a buscar la “sostenibilidad”.

Nos encontramos en una situación de crisis. No sólo económica, sino también de criterios, valores o principios con los que enfrentar la recientemente redescubierta vulnerabilidad de las personas y los sistemas. A lo largo de la historia, en todo tiempo y lugar, se han ido desarrollando mecanismos de protección social ante las situaciones de carencia y necesidad que podían suceder. Como decía Paul Durand (1991), “la inclinación por el riesgo y el deseo de seguridad representan dos tendencias fundamentales del espíritu humano. Una u otra de esas tendencias predomina fundamentalmente, dependiendo de cada individuo, pero también de cada época”.

Deberemos volver a establecer el consenso necesario sobre los principios en los que queremos que se cimente nuestro sistema. Si estos se modifican, el modelo resultante será diferente, como se ha podido comprobar en el desarrollo de los múltiples modelos de sistemas sanitarios.

⁸ Evidentemente existen situaciones específicas donde ambas asunciones no se cumplen. Pero el modelo implantado en España y las bases que lo constituye siguen los planteamientos indicados.

El nacimiento de los seguros sociales se produjo en un momento de profundo cambio social impulsado por la industrialización y el aumento de la población. En el siglo XIX, a pesar del creciente individualismo liberal, diversas voces invocaron la creación de sistemas de protección. Estas provenían de posiciones tan dispares como el solidarismo francés, el socialismo de Estado alemán o la Iglesia católica⁹. A ellas debe añadirse la voluntad de Bismarck de neutralizar las formas de organización desarrolladas por el movimiento del proletariado industrial a través de la creación de partidos políticos y sindicatos. Finalmente, suele fijarse en noviembre de 1881 el inicio de los seguros sociales en Alemania impulsados por el canciller Bismarck, modelo que influyó en todos los países de Centroeuropa. En Gran Bretaña, aunque la Revolución Industrial se produjo antes, no es hasta principios del siglo XX cuando la beneficencia, hasta entonces en manos de los cuidados privados, cobra impulso a través de la National Insurance Act y el posterior desarrollo de su Sistema Nacional de Salud, modelo de países nórdicos y mediterráneos, como el existente en España. No obstante, prácticamente todos los tratados coinciden en definir el año 1935 como el origen la Seguridad Social, con la publicación de la Social Security Act por parte de F.D. Roosevelt con el objeto de hacer frente a los efectos de la crisis económica de 1929. Sin embargo, no se desarrolló en este país un modelo nacional y universal de atención sanitaria como sí lo hicieron en otros países europeos. Como se puede apreciar, ante problemas similares, las respuestas y desarrollos posteriores que se implantaron difirieron en función de factores contextuales, políticos y culturales.

Lo llamativo de las similitudes de todos ellos, si se revisa el Sistema Europeo Integrado de Estadísticas de Protección Social (ESSPROS, por sus siglas en inglés), perteneciente a Eurostat, o los datos de la OCDE a través de su base de datos SOCX, es que la salud, como función del sistema de protección, está diferenciada de otras relacionadas con ella como la dependencia, invalidez o vejez; y que el indicador común para conocer el grado de protección social en relación con la atención sanitaria es el gasto sanitario.

Para abordar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, tan influidos por factores sociales, políticos y económicos, se requiere una combinación de enfoques que incluyen la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la implementación de políticas eficientes de gestión de recursos, la inversión en tecnología e innovación, la mejora del acceso a la atención médica y la búsqueda de colaboración internacional para compartir conocimientos y buenas prácticas. En esto hay un común acuerdo. Cómo llevarlo adelante, la forma en que se ha de gestionar, está por definir o consensuar.

⁹ En la encíclica *Rerum Novarum* de 1891, el papa León XIII pedía al Estado la provisión de fondos para afrontar los accidentes de trabajo y las consecuencias de la enfermedad y la vejez.

En este trabajo se pretende plantear los problemas y alternativas de la gestión sanitaria. El objetivo no es presentar unos datos más o menos actualizados sobre el estado del Sistema Nacional de Salud. Para ello es posible consultar los excelentes informes que de manera anual publica el Ministerio de Sanidad (Ministerio de Sanidad, 2022b)¹⁰. El objetivo es realizar una reflexión sobre los problemas, dificultades, retos y posibles opciones a las que nos enfrentamos al abordar la gestión sanitaria en sus dos vertientes, individual y poblacional.

En el primer apartado, recordando a Geoffrey Rose, presentaremos una reflexión sobre la enfermedad enfocada desde el punto de vista individual y poblacional. Tanto en la capacidad de entender sus causas, como de incidir en su evolución. El segundo apartado está dedicado al concepto de salud y salud pública, conceptos interpretados de múltiples y diversas maneras que orientan nuestras acciones. El tercer apartado está dedicado a conocer cómo valoramos ese estado de salud o enfermedad en las poblaciones, con sus diversos problemas de perspectiva. En el cuarto apartado intentaremos presentar los diferentes modelos de gestión sanitaria que se están desarrollando en la actualidad. Finalmente, se presentará, a modo de conclusión, una reflexión sobre la salud como bien común y la necesidad de la gestión poblacional.

2. Recordando a Geoffrey Rose

“Un elemento integral de una buena atención médica es preguntar no sólo ¿cuál es el diagnóstico y cuál es el tratamiento?, sino también, ¿por qué sucedió esto? y ¿podría haberse evitado?”. Con estas palabras se iniciaba un artículo escrito en 1985 por un profesor de epidemiología de la London School of Hygiene and Tropical Medicine titulado *Sick individuals and Sick populations* (Individuos enfermos y poblaciones enfermas)¹¹ (Rose, 1985).

La verdadera novedad que introducía Rose en el artículo no era plantearse o preguntarse por las causas y la manera de prevenir o evitar las enfermedades. A lo largo de la historia de la humanidad, estrechamente ligada a la práctica médica, la pregunta sobre el origen de la enfermedad y la muerte ha acompañado a aquellos que, junto al enfermo, tratan de aliviar las dolencias. Tampoco era novedosa la atención a los factores ambientales o sociales: si recordamos el primer aforismo de Hipócrates, en su segundo

¹⁰ El último informe disponible, publicado en abril de 2022, hace referencia a los años 2020-21. Se pueden consultar este y los informes anteriores en <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

¹¹ Este artículo terminó desarrollándose y ampliándose en forma de un libro que el autor, Geoffrey Rose, elevado a la categoría de *sir*, publicaría justo antes de morir: *The Strategy of Preventive Medicine* (La estrategia de la Medicina Preventiva).

versículo ya nos alerta sobre la necesaria atención de otros factores y el tratado *Sobre aires, aguas y lugares* es uno de los primeros escritos que analiza la influencia del medio ambiente en la conducta de los individuos y la aparición de la enfermedad. La originalidad, la novedad de la propuesta de Rose era una llamada de atención sobre las diferencias de enfocar el estudio o la investigación desde individuos o desde poblaciones.

Los estudios clásicos intentan responder exclusivamente a por qué un paciente concreto contrajo una enfermedad en un momento determinado. G. Rose mantenía que existía una diferencia entre por qué algunos individuos sufren la enfermedad y por qué en algunas poblaciones son más frecuentes unas enfermedades. Esto obliga a distinguir entre las causas de una enfermedad y las causas de la frecuencia con la que aparece una enfermedad o, como él decía, las causas de los casos y las causas de la incidencia¹². Estos planteamientos exigen estudios y respuestas diferentes.

En relación con el porqué los individuos sufren una enfermedad, lamentablemente es una cuestión muy difícil de responder. A pesar de lo que pueda parecer, se ha constatado que la capacidad de predecir a nivel individual si una persona finalmente desarrollará una enfermedad es muy limitada. La realidad de la investigación médica es que dista mucho de poder ser llamada ciencia experimental en sentido estricto.

Los investigadores, cuando realizan un experimento, suelen actuar de la siguiente manera: repiten todas las condiciones en un laboratorio modificando exclusivamente una variable. Si el resultado se modifica tras repetir “todo” menos una variable o, como se suele decir, “bajo las condiciones experimentales”, achacamos a esta última la razón de la modificación del resultado. Por ejemplo, si se realiza un experimento de una reacción química modificando únicamente la temperatura. Cuando el resultado cambia frente a lo obtenido en experimentos previos, tenderemos a decir que ese cambio se debe a la modificación de la temperatura. Si no observáramos ninguna modificación en el resultado, diríamos que el cambio en la temperatura no influye en el resultado que estábamos observando. De una manera más o menos parecida, actuamos en todas las ciencias “experimentales”. La gran dificultad a la que se enfrentan los científicos es poder realizar esos experimentos de manera adecuada. Es decir, poder medir y conservar todas las condiciones experimentales iguales en cada una de las pruebas realizadas.

En medicina, el elemento sobre el que se realizan los experimentos es el ser humano. Es decir, un individuo concreto. De esta manera, podemos

¹² El término de incidencia, en epidemiología, se utiliza para designar la proporción de casos nuevos de una enfermedad en un determinado período de tiempo, respecto a la población expuesta a padecerla. Es una medida de frecuencia de enfermedad y se puede traducir también como el riesgo de enfermar en un período determinado.

observar si una persona era fumadora y desarrolló un cáncer de pulmón o si no lo era y no lo desarrolló. El problema es que, siguiendo los ejemplos anteriores, no se puede saber, en el caso de que la persona no hubiera fumado, si habría o no padecido la enfermedad, el cáncer. De la misma manera, tampoco sabemos en el caso de la que nunca desarrolló un cáncer, qué habría pasado si hubiese fumado. Es así de sencillo o complejo. Sólo tenemos una parte de los resultados “experimentales” y no podemos ir hacia atrás en el tiempo para ver qué pasaría en las otras situaciones.

Toda la investigación médica centra parte de su lucha en intentar salvar este problema. Cualquier “experimento” que se realice sobre personas tendrá dos posibles explicaciones. La primera, que el cambio en el resultado observado se debe a la modificación de la variable de estudio (por ejemplo, que era fumador, que tomó un tratamiento antibiótico...). La segunda, que las personas no son iguales. No son idénticas. Siempre existen ejemplos, a los que suele acudir “la sabiduría popular” o aquellas personas que se niegan a recibir un tratamiento o a modificar su estilo de vida, de personas que eran fumadoras y que no desarrollaron nunca un cáncer. Personas que toman habitualmente una cantidad de sal importante en su dieta y son normotensos, es decir, nunca han tenido problemas de hipertensión arterial. Y personas que reciben un tratamiento y no mejoran o, incluso en algunos casos, empeoran.

Aquellos que se dedican a la metodología científica tienden a explicarlo con un término un poco complejo: se dice que la ciencia médica es *contrafáctica*. Se basa en resultados que no ha obtenido ni conoce. Los experimentos en personas concretas nunca serán verdaderos experimentos, porque no somos capaces de controlar todas las variables de estudio. Podríamos, por ejemplo, al comparar dos individuos, hacer que fueran del mismo sexo, la misma edad o incluso el mismo peso, talla y constitución. Pero a pesar del esfuerzo, es decir, incluso si se encontrase dos personas tan parecidas, siempre habría variables que las diferenciasen, siempre existiría la posibilidad de error. Lo que en metodología científica se denomina *confusión*.

La respuesta que se ha dado a este problema tiene una base matemática, estadística: si se estudia una población grande y de ella se obtienen dos muestras suficientemente grandes de personas de manera aleatoria, lo que cabría esperar es que esas dos muestras fueran idénticas o, como se suele decir, *homogéneas*. Es decir, si estudiásemos cuál es la proporción de hombres y mujeres en cada una de ellas, en ambas muestras se esperaría que fuera la misma y, además, la misma que en la población de la que se obtuvieron. Si estudiásemos la distribución de cualquier otra variable, por ejemplo, el porcentaje de fumadores, y supiéramos que en la población había un 20% de fumadores, en cada una de las muestras esperaríamos encontrarnos un 20% de fumadores. Y así con cualquier otra variable de estudio.

La gran ventaja de este método es que funciona no sólo con las variables conocidas, sino también con las desconocidas. En el caso de que hubiera una característica genética que aún hoy desconocemos y que influyera en la aparición de la enfermedad, esa característica estaría presente en la misma proporción en ambas muestras de estudio. Por tanto, lo que habríamos conseguido con esa aleatorización a nivel poblacional es tener dos muestras iguales. Y si tenemos dos “sujetos” de investigación idénticos, ya podemos realizar un experimento. Esta es la razón por la que en investigación se le da mayor credibilidad o calidad a los estudios experimentales en los que se realiza algún tipo de aleatorización previa a la exposición y análisis de los resultados. El ejemplo paradigmático son los ensayos clínicos. En todo ensayo clínico, denominado ensayo controlado y aleatorio, se estudiarán dos grupos de personas que se han obtenido de la misma manera de una población de estudio y que han sido asignados a uno u otro grupo mediante algún tipo de sistema aleatorio.

El resultado es que hoy en día la ciencia médica se basa o fundamenta, casi en su totalidad, en estudios que comparan dos muestras de una población. Los resultados obtenidos en esas comparaciones son trasladados a los individuos en forma de probabilidades. Evidentemente, si en el estudio que se realizó se encontró que un tratamiento mejoraba el control de la hipertensión arterial en el 80% de las personas que lo tomaron, una persona concreta, cuando se le receta o aconseja que tome ese tratamiento, todo lo que se puede saber es que, si se parece a la población (muestra) en la que se estudió el fármaco, se esperaría un resultado similar. Por tanto, si el 80% de las personas que lo tomaron se curaron, ella tendrá una probabilidad de mejorar de un 80%. Ahora bien, no se puede saber si ella finalmente mejorará o no. El resultado en una persona concreta termina siendo binario, se cura o no, padece cáncer o no. No se sabe qué ocurrirá en un caso particular. Lo que se conoce es la probabilidad que tiene de curarse o no por lo que se ha observado en otras personas.

Existe algo que no se suele comunicar a la población general pero que todo sanitario conoce: el mejor predictor de padecer una enfermedad es haberla padecido antes. Esto tiene algunas implicaciones difíciles de transmitir. Si una persona de 90 años toma generosamente sal en las comidas y nunca ha sido hipertensa, parece demostrado que, a esa persona en concreto, la sal en la dieta no le afecta al nivel de presión arterial; y la recomendación general de reducir el consumo diario de sal en la dieta para evitar la elevación de las cifras de presión arterial podría no ser “necesaria” en este caso concreto. Esta persona pertenecería a ese pequeño porcentaje para el que en los estudios no se encontró relación entre el consumo de sal y el nivel de presión arterial.

En la salud, como en cualquier otro saber humano, se deben evitar los dogmatismos. Siempre hay un grado de incertidumbre, de desconocimiento

que no debemos olvidar. Los resultados en personas concretas no se conocerán nunca con exactitud. Como dijera hace más de 100 años William Osler, “la medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad”. Todo este planteamiento no significa que no se pueda estudiar o recomendar un tratamiento o un estilo de vida. Si existe conocimiento previo mediante datos o estudios concluyentes, las probabilidades tienden a cumplirse. Si existen dos opciones de tratamiento y una mejora al 78% de los individuos que lo siguen y la otra a un 8%, como profesional de la salud debes informar y recomendar una opción terapéutica. Este planteamiento significa que, dado que la toma de decisiones se realiza en un entorno de incertidumbre y las certezas en medicina son infrecuentes, se hace necesario respetar el principio de la autonomía, como de hecho se ha defendido con vehemencia a lo largo de la segunda mitad del siglo XX hasta la actualidad.

Es hora de enfrentarnos al segundo planteamiento de Rose: *por qué en algunas poblaciones las enfermedades son más frecuentes*. Los factores de riesgo, los factores que influyen en que un individuo sufra con más o menos probabilidad una enfermedad, no siempre coinciden con los factores que hacen que en una población sean más frecuentes unas enfermedades que otras. Algo en lo que no se suele reparar y que habitualmente se confunde.

El hecho de no coincidir se debe a dos motivos. El primero es que existen factores que afectan a poblaciones y no a individuos. Si pensamos en el estado democrático, la cultura, o el medio ambiente, son factores que es difícil medirlos a nivel individual. Todos podríamos estar de acuerdo en que vivir en un Estado en el que haya seguridad y se respeten las libertades individuales tendrá un efecto en la salud positivo, especialmente si se le compara con vivir en un Estado totalitario en el que no exista seguridad ni libertad.

Según se han ido expandiendo las fronteras de la investigación clínica, las causas de las enfermedades han ido tomando distintas formas. De esta manera, nos hemos movido en los últimos años al intentar descifrar las posibles causas de las enfermedades entre diferentes características biológicas, genéticas, ambientales o sociales. La manera en que se han estudiado las causas de las enfermedades en los individuos ha sido la misma que se comentaba en los párrafos anteriores. Si encontrábamos diferencias en una de estas características, al comparar la frecuencia de aparición de enfermedad entre dos grupos de estudio, le atribuiríamos un carácter causal. El problema es que, si se estudian dos muestras de una misma población, sólo se encontrarán como causas factores que varían dentro de esa población.

Estas diferencias entre las distintas características o variables dentro de una población o entre diferentes poblaciones, tiene una importancia enorme a la hora de entender el origen de la enfermedad. La razón es muy sencilla: no se puede estudiar lo que no se puede medir. Si toda la población fumase, nunca encontraríamos que el tabaco es un factor de riesgo de padecer una

enfermedad, porque no encontraríamos ninguna relación. No habría personas no expuestas, no fumadoras. El tabaco sería parte de la realidad en la que vivimos, pero no habría ningún estudio realizado en esa población que pudiera relacionarlo con el cáncer. De tal manera que no tendríamos otra opción que atribuir como causas de la enfermedad a otras variables. Es por ello por lo que G. Rose comentaba que los estudios individuales generaban confusión por alterar el concepto de normalidad. En España es normal que la edad materna al tener el primer hijo supere los 30 años, tan normal como que en otro país sean los 22 años. De la misma manera, la tasa de mortalidad infantil “normal” en África es de 72 niños fallecidos por cada 1.000 nacidos y en Europa lo normal es que sea tan sólo de 3,4. Si no comparásemos África con Europa, nunca sabríamos que es posible tener cifras de mortalidad infantil 20 veces más bajas.

Habitualmente se han realizado estudios entre individuos de una población de la que se obtenían por aleatorización o azar dos muestras. Evidentemente, este tipo de estudios es capaz de encontrar y atribuir el riesgo de salud o enfermedad a factores que varían entre los individuos de esa población. Lejos de lo que pudiera parecer, en general las variaciones genéticas “intrapoblacionales” suelen ser mayores que las variaciones genéticas “interpoblacionales”. Sin embargo, en las causas ambientales y sociales, las variaciones “interpoblacionales” con frecuencia son mayores que las “intrapoblacionales”. Así se han encontrado variaciones genéticas, exposición a fármacos, etc. Sin embargo, cuando hay factores que no pueden valorar la exposición individual o que afectan por igual a toda la población, es casi imposible que sean encontrados como causa de ninguna enfermedad (o de mejor salud) en los estudios individuales. Encontrar el efecto de factores ambientales o sociales como causas de enfermedad requiere frecuentemente realizar estudios entre poblaciones diferentes.

La razón para considerar que los factores que causan la enfermedad no son los mismos que los que hacen que sea frecuente la enfermedad en una población se debe a que la frecuencia con la que se presenta cada uno de esos factores de riesgo en las diferentes poblaciones no es la misma. Pongamos un ejemplo sencillo. Si un factor que afecta al 90% de la población tiene una probabilidad de producir una enfermedad de sólo el 30% y otro factor que, en cambio, sólo afecta al 1% de la población tiene una probabilidad de producir la enfermedad en el 90% de los casos, podríamos decir que el segundo factor causa con más frecuencia la enfermedad en una persona (un 30% frente a un 90%) pero el primero causará más casos de la enfermedad en la población (un 27% frente a un 0,9%)¹³.

¹³ En esta estimación, de manera sencilla y sin buscar mayor precisión, se ha multiplicado simplemente la probabilidad de causar la enfermedad por la frecuencia de aparición de ese factor en la población.

La situación descrita compromete el entendimiento de lo que es la enfermedad y sus causas, lo que consideramos normal. La capacidad de detectar como factores de riesgo o causas características que se dan en la mayoría de la población, o la posibilidad de diferenciar entre una causa de la enfermedad en una persona y la causa de que en una población haya muchos enfermos, no se puede lograr con los estudios habituales realizados sobre muestras de individuos de una sola población en la que se obtienen dos muestras por azar. Este es uno de los motivos por los cuales los factores con pocas variaciones intrapoblacionales (por ejemplo, las ambientales, culturales o sociales), tal y como ya se ha dicho, difícilmente se detectarán o se podrá calcular el impacto real que tendría actuar sobre ellos en la población. Este es uno de los motivos por los que los ensayos clínicos realizados en centros sanitarios nunca podrán encontrar estas “causas”.

2.1. Determinantes de la salud

Marc Lalonde, ministro de Sanidad de Canadá, propuso en 1974 en una publicación mítica, *A New Perspective on the Health of Canadians* (Nuevas Perspectivas de la Salud de los canadienses), la utilización de un modelo holístico para adentrarse en el estudio de las causas últimas que influían en la salud de los individuos, lo que denominaba determinantes de la salud. Este célebre texto comenzaba en el prefacio expresando el objetivo último que perseguía su trabajo: “La buena salud es la base sobre la que se construye el progreso social. Una nación saludable puede hacer las cosas que hacen que la vida merezca la pena. Aumenta el potencial de felicidad”. En este documento, agrupaba en cuatro “determinantes” aquello que influía en la salud y, de manera paralela, presentaba el gasto, el porcentaje de dinero que se invertía en cada uno de ellos.

De este artículo se han derivado diversas interpretaciones, algunas erróneas. Las críticas van dirigidas a diferentes aspectos.

En primer lugar, el propio uso que se hace de la palabra “determinante”. Quizás, como apuntaba el profesor Miquel Porta, se trate de lo que se denomina “falso amigo” en la traducción al español. Como se ha dicho anteriormente, nada o casi nada es determinante del estado de salud o enfermedad. Que el tabaco sea causa de cáncer no significa que el tabaco sea determinante, habrá fumadores que no padezcan cáncer y viceversa. Esto no significa que deje de ser una causa. La utilización de este lenguaje puede ser contraproducente o incluso peligroso. Si aceptamos que todo determinismo es, en términos generales, falso, los movimientos integristas que de los mismos surgen son perjudiciales por partir de un error de concepto. Si el determinismo genético fue la base en la que se apoyaron los movimientos racistas, del determinismo social o ambiental no surgirán mejores o menos peligrosos integrismos.

El segundo grupo de críticas va dirigido a la generalización de los resultados obtenidos en una población tan homogénea como en la que se hizo el estudio a otras regiones o países. Que en Canadá la asistencia sanitaria influyese poco en la salud, cuando toda la población estaba con una cobertura sanitaria similar, y que los estilos de vida tuviesen un peso mayor no significa que en un país vecino, como EEUU, no tenga un mayor peso en la salud la asistencia sanitaria.

Finalmente, queda aún por discutir o aclarar la capacidad real de actuar sobre estos determinantes. Un responsable de políticas sanitarias puede realizar modificaciones, aunque no sencillas, en la cobertura sanitaria que tiene una población; será mucho más difícil que realice modificaciones en los estilos de vida, tan influidos por valores y hábitos culturales, y casi imposible que modifique la biología de las personas. Es lógico que se tienda a invertir en aquello en lo que se puede incidir.

No obstante, desde entonces, un fuerte movimiento salubrista ha promovido el enfoque de los determinantes. Todo enfoque poblacional tiende a prestar mayor atención a aquello que puede identificar. Y, como se ha dicho, solamente aquello en lo que encontramos variación podemos identificarlo como causa. Es lógico que las perspectivas poblacionales tiendan a explicar las variaciones que se producen en las frecuencias de casos de enfermedad mediante factores poblacionales y no individuales.

Hace años, cuando surgió el SIDA, se la podía definir como una epidemia de origen infeccioso. Afectaba por igual a ricos y pobres, a americanos o españoles. La causa de la enfermedad se encontraba en un virus y según su mecanismo de transmisión afectaba a unas personas o a otras. Lo mismo que pasó con el Ébola hace pocos años o con la COVID-19. Sin embargo, el VIH/SIDA, en palabras de algún experto, “en España había dejado de ser una enfermedad infecciosa”. Con esto no quería decir que no se transmitiese por un virus, sino que los factores de los casos en la población poco tenían que ver con el factor de los casos de enfermedad. La causa de la enfermedad seguía siendo el virus, o el estado inmunológico o la respuesta inmunitaria del individuo. Sin embargo, la aparición de casos en la población tenía mucho más que ver con el nivel de educación, el nivel de acceso a recursos y otras variables que poco tienen que ver con el virus.

Esto no era una novedad. Casi todas las enfermedades, infecciosas o no, cuando se conocen, afectan a las poblaciones en la misma medida en que se distribuyen los factores de riesgo de la enfermedad, es decir, los factores de riesgo individuales de padecer la enfermedad. Sin embargo, con el tiempo, terminan modificándose y dejando de coincidir los factores que influye en la aparición de la enfermedad con aquellos que influyen en la aparición de casos en las poblaciones. De esta manera, la tuberculosis, por

ejemplo, aunque aparentemente puede afectar a todas las personas, debido a las características de la transmisión relacionada con el hacinamiento, la poca salubridad, la desnutrición, etc. tiende a presentarse de manera diferente entre personas de mayor o menor nivel socioeconómico. Otras enfermedades, como algunas del ámbito de la salud mental –por ejemplo, la esquizofrenia, en cuyo origen hoy en día persisten más lagunas que certezas–, se distribuyen en todo el espectro social. La COVID-19 ha sido un ejemplo de esta situación. Inicialmente se comportó como una enfermedad puramente infecciosa, sin embargo, una vez conocidos los mecanismos de transmisión y prevención, la frecuencia de aparición de casos dejó de distribuirse uniformemente en la sociedad. Cuando las personas no tienen un seguro social o un sustento garantizado, como ocurrió en numerosos países en los que la llamada economía sumergida suponía el sustento principal de un número elevado de familias, las medidas de aislamiento no pueden seguirse de la misma manera y los riesgos adoptados por las personas ante otros “riesgos competitivos”, en este caso dejar de comer, hacen que las conductas difieran y que los casos de enfermedad dejen de distribuirse homogéneamente en la población¹⁴. Hay que comprender esas decisiones.

En cualquier caso, si se desea una disminución de los casos de enfermedad en una población, sin abandonar la intervención sobre los factores de riesgo de la enfermedad, habrá que actuar, como ya se ha dicho, sobre los factores de riesgo de la aparición de casos en la población. Este proceder, actuar sobre factores que influyen en la aparición de los casos, además de exigir un enfoque y análisis diferente, puede dirigirnos a la paradoja preventiva que anunciaba Geoffrey Rose. Esta paradoja es debida a que, casi siempre, la mayoría de los casos se sitúan en población de bajo riesgo porque es donde hay más población, y como cualquier medida preventiva conllevará un riesgo, al actuar sobre personas que de por sí tienen poco riesgo, nos obligará a revisar y ponderar si merece la pena la intervención. Por ejemplo, el riesgo de que nazca un niño con trisomía del cromosoma 21 (Síndrome de Down) aumenta con la edad de la madre (por ejemplo, mayores de 50 años), pero como la mayoría de los embarazos se produce a una edad menor de la madre, el número absoluto de casos es superior en mujeres menores de 50 años, dado que el número de embarazos en mayores es muy pequeño.

Entender cómo actuar, qué instituciones están implicadas, cuáles son los objetivos, o cómo priorizar en la salud individual, poblacional o comunitaria requiere consensuar, en un primer momento, lo que entendemos por salud o salud pública. Estos conceptos, que no son siempre compartidos de manera clara y generan desencuentros y confusiones, serán el objeto del siguiente apartado.

¹⁴ Entiéndase aquí por homogéneamente, que se distribuye de la misma manera que se distribuyen las causas de la enfermedad en los individuos.

3. La salud pública, un concepto esquivo

El término salud pública se ha vuelto común a lo largo de estos últimos años en los que hemos vivido con la pandemia por COVID-19. De hecho, en breve se impulsará una Agencia de Salud Pública y ya se publicó, en agosto de 2022, la primera Estrategia Nacional en Salud Pública de España, contemplada en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Parece ser que, en este caso, como en casi todos, hay que esperar a padecer y sufrir una situación para ponerle remedio. Esta ley lleva esperando 11 años para su desarrollo. Sin embargo, a pesar de ello, el término salud pública no es común en nuestro lenguaje. Es un anglicismo cuyo origen no compartimos. Como en cualquier traducción, el término original de *public health* utilizado en el mundo anglosajón no tenía una traducción directa al castellano. ¿Qué significaba concretamente salud pública? ¿De lo público, del público, de las poblaciones...? No se entendía fácilmente. Hasta entonces el término que se utilizaba en España era el de sanidad. Término que, según el diccionario de la Real Academia Española, comprende el “conjunto de servicios gubernativos ordenados para preservar la salud del común de los habitantes”. Es decir, aquel conjunto de actividades que mediante un esfuerzo coordinado desde las diferentes Administraciones se realiza para mejorar la salud de la población. De hecho, en España, las instituciones encargadas de esta misión se denominan *de sanidad*, como, por ejemplo, el Ministerio de Sanidad o las Consejerías de Sanidad. ¿De dónde surge este neologismo? Para llegar a poder entenderlo, tomaremos ambos términos tal y como aparecen y buscaremos el significado. Es decir, qué entendemos por salud, qué entendemos por público y qué entendemos por salud pública. Finalmente, abordaremos sus coincidencias o diferencias con la sanidad.

3.1. Definición de salud

A lo largo de la historia, el concepto de salud ha adoptado diferentes significados que influyen no sólo en las definiciones, sino también en los procesos de evaluación, intervención, priorización, etc.; es decir, en el funcionamiento y orientación del sector salud en general. Algunas definiciones ponen el foco en la distinción entre salud positiva y salud negativa (aquí el lenguaje no es banal), mientras que otras se centran en el individuo o en la colectividad. De esta manera, se genera una multiplicidad no sólo de los conceptos sino de marcos explicativos y de modelos teóricos que, sin duda, se convertirán en posibles modelos de intervención.

Se podría comenzar contestando a una sencilla pregunta: ¿la salud se pierde o se gana? Evidentemente, la tentación inicial es decir que ni lo uno ni lo otro o que ambas cosas. Pero, más allá de este impulso aristotélico por el término medio, subyace una posición individual. De forma semejante a la

fábula del erizo y el zorro contada por Isaiah Berlin (2016)¹⁵, las diferentes propuestas o posicionamientos dependen de la contestación que demos a esta sencilla pregunta. A partir de ella se generarán dos arquetipos: aquellos que definen la salud como una utopía a alcanzar, un fin por el que hay que luchar o al que hay que dirigirse, y aquellos para quienes la salud es parte constitutiva de la vida humana, está presente por defecto y habrá que conservarla y protegerla o restituirla.

Los primeros, más zorros que erizos, entre los que se sitúan la mayor parte de salubristas o defensores de salud comunitaria, toman partido por la multiplicidad, las definiciones holísticas, la utopía. Los segundos, centrados en lo concreto, tienden a darse con frecuencia en administradores sanitarios o especialistas clínicos.

Con objeto de poder entenderlo mejor, realizaremos un pequeño esfuerzo por presentar y sistematizar los modelos conceptuales de salud que con mayor frecuencia se han dado desde los años 70, con el inicio del actual período democrático y cuando se va gestando el sistema actual, hasta la actualidad, 50 años después.

Tras el mayo francés y el fin de la guerra de Vietnam, en los años 70, la OMS y UNICEF organizan en Kazajistán, en medio de la guerra fría, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, dando lugar a la famosa Declaración de Alma Ata (1978). En esta conferencia, se centra el debate sobre una atención importante, imprescindible, primordial y que tan mal se tradujo por primaria en castellano. El desarrollo económico y tecnológico observado tras la Segunda Guerra Mundial no se ha trasladado a las personas, a una mejor vida. Se acercan las posiciones para concebir la salud como un derecho a reclamar la responsabilidad de los Estados, a poner en evidencia el desarrollo de desigualdades. En la declaración se habla de enfermedades, pero también de agua, alimentos o planificación familiar y de la necesaria participación ciudadana. No es de extrañar que, en un mundo que se ve enfermo, se reclame su salud. Surgen los movimientos biopsicosociales, salutogénicos, de salud positiva u holísticos. Es una crítica a las concepciones tradicionales, que no han dado sus frutos. Tachadas de conservadoras, las definiciones “negativas” son demonizadas tanto por anti-cuadas como por ser cómplices de la inequidad. El mundo necesita utopías. Se refuerza la definición de la salud de 1946 (otro momento necesitado de

¹⁵ Este ensayo publicado inicialmente en 1953, parte de un texto de un poeta griego, Arquiloco: “Mientras que el zorro sabe de muchas cosas, el erizo sabe mucho de una sola cosa”. A partir de él, I. Berlin divide a las personas en dos grandes grupos: aquellas que tienen una visión única, integrada y sistematizada de la realidad y aquellas que tienen una visión múltiple, que no intentan integrar pues perciben una complejidad. Por ejemplo, Platón, Lucrecio, Dante, Pascal, Hegel, Dostoievski, Nietzsche son erizos y Herodoto, Aristóteles, Erasmo de Róterdam, Shakespeare, Montaigne, Molière, Goethe son zorros. En el caso de Tolstoi, para Berlin, es un zorro que se cree erizo.

sueños posibles) como “completo bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad”¹⁶.

No seremos nosotros, desde la cómoda situación del siglo siguiente, quienes cuestionen o pongan en duda la necesidad y la utilidad de dicha definición. Gracias a ella se desarrollaron movimientos sociales y sanitarios, se amplió la visión de las instituciones implicadas y se trasladó a la sociedad, y no sólo al individuo enfermo, la responsabilidad de la salud. En ese entorno histórico, como ya se indicó, Marc Lalonde había cuestionado las inversiones sanitarias y nos permitiría hablar con nuevos términos como los determinantes de la salud. Sin embargo, las concepciones amplias, múltiples, utópicas tienen también sus inconvenientes. Si la salud lo incluye todo: lo físico, lo psíquico y lo social, tal amplitud crea indefinición. Si la salud es un estado utópico de “completo bienestar”, no se puede reclamar. Al menos, no se puede reclamar jurídicamente. Se generaron enormes dificultades para proclamar un derecho a la salud. Las definiciones tan amplias dejan de definir.

Los siguientes modelos, de elección personal, de bienestar, madurez... surgen en un entorno diferente, son hijos posmodernos de las utopías previas. Ha terminado la guerra fría, ha caído el muro de Berlín, la globalización económica camina de la mano de la revolución en las tecnologías de la información. Se debilita lo sagrado, lo político o lo religioso. Se pierden los ideales en un contexto dominado por una búsqueda de lo inmediato, del presente, del individuo.

En los inicios del nuevo milenio, cuando se habla de determinantes de la salud es para llamar la atención de la importancia de los estilos de vida (individuales) y de la ineficiencia de la atención sanitaria en la mejora de la salud. En los modelos defendidos está presente el carácter personal, subjetivo del concepto de salud. La salud depende de cada uno. La salud, aunque positiva (se construye, se alcanza), se asemeja al bienestar y es individual.

La pregunta que queda pendiente por responder es cuál sería el modelo o concepto de salud en el que hoy nos pondríamos de acuerdo para trabajar en la misma dirección. Existe un amplio movimiento por encontrar una definición que nos permita reivindicar derechos y reclamar responsabilidades. El movimiento impulsado por la OMS abogando por la cobertura sanitaria universal intenta hacer compatibles y operativos el derecho a la salud y el derecho a la atención sanitaria (OMS, 2010). En muchos ambientes se exige una vuelta a los orígenes de los conceptos “enfermedad” y “salud” como una

¹⁶ Esta definición está presente en el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. De ahí que en ocasiones se haga referencia al año 1948.

definición negativa (la salud es la ausencia de enfermedad), quizás antigua, pero, tal vez, menos subjetiva y posiblemente más concreta.

En cualquier caso, para huir de definiciones personales como un intento de trasladar las propias convicciones a la sociedad, revisaremos los textos en los que se fundamenta nuestro sistema para entender cómo ha de funcionar.

Al revisar la definición de salud que se recoge en la propia Ley de Salud Pública en vigor, podemos ver que en ella se traslada el concepto más abstracto y utópico, igualando la salud al bienestar, a la vez que se mantienen la subjetividad y la autonomía, muy en sintonía con las posiciones del inicio de siglo: “La salud, definida como una forma de vivir autónoma, solidaria y gozosa, proporciona junto con la educación las mejores oportunidades para que una sociedad tenga bienestar. Por ser autónoma, la salud reconoce la libertad de escoger siendo consciente de las consecuencias, para lo cual hay que proporcionar una educación que asegure la capacidad crítica, la posibilidad de madurez democrática y participativa. Al fin y al cabo, educación y salud conforman parte de la materia prima que sustenta una sociedad democrática”.

No obstante, deja claro que no se limita a la salud individual o a la salud colectiva, abarcando ambas esferas de las personas en la sociedad: “Alcanzar las mayores ganancias de salud, objeto de esta ley, requiere que la sociedad se organice de forma que se fomente, proteja y promueva la salud de las personas, tanto en su esfera individual como colectiva”.

El término “público” no resulta menos complejo de delimitar. El origen de la utilización de lo “público” vino en contraposición con lo “privado”. Este último término se puede abordar, al menos, a partir de dos acepciones diferentes: aquello que es íntimo o personal y aquello que no pertenece al Estado o a las Administraciones Públicas.

La primera es la interpretación de privado como íntimo. Según diferentes autores, en origen, el concepto de íntimo, intimidad o *intimacy* se utilizó históricamente en escrituras religiosas para delimitar lo que está dentro o más dentro (del latín *intus*). Hacía referencia al lugar interior del alma, al lugar de comunicación con Dios. A partir del siglo XVIII se secularizó y pasó a ser utilizado especialmente para la denominación de relaciones sexuales, relaciones “íntimas”. Finalmente, ya en el siglo XX, ha entrado a formar parte del derecho en la mayoría de las legislaciones como derecho a la intimidad¹⁷. En Norteamérica fue reconocido como el derecho a ser dejado solo (“*right to be alone*”). Frente al intervencionismo del Estado

¹⁷ Esta evolución histórica es un breve resumen de la expuesta por el profesor Miguel Ángel Sánchez González en sus clases de bioética.

moderno, surgió la necesidad de preservar una esfera inviolable, privada, en la que cada individuo aspira a vivir libremente. El ámbito privado, por tanto, es el ámbito en el que los individuos controlan su propia vida, toman sus propias decisiones y gestionan sus propios valores sin injerencias externas. El término de privado sería un sinónimo de íntimo utilizado en un sentido más jurídico, cuya finalidad estaría el resguardar la vida íntima (o privada) de cualquier intromisión externa. Por lo tanto, la dicotomía pública-privada, en su origen, no estuvo ligada exclusiva o prioritariamente a la sanidad o las intervenciones sobre la salud de individuos y poblaciones. Era un término en el que se limitaba la capacidad de injerencia del Estado, de “los otros”, en la autonomía individual.

Bajo esta interpretación, en salud tendrían carácter público aquellas intervenciones que realizase una autoridad sanitaria para preservar el derecho de todos de no enfermar. Es decir, aquellas situaciones en las que se permitía la intervención del Estado sobre las posibles decisiones individuales. Por ejemplo, el control de la calidad del agua de consumo, evitando que se viertan o comercialicen aguas con contenidos nocivos para la salud. Su regulación y las medidas coercitivas desarrolladas con este fin tendrían un carácter “público”. Pero también tendrían un carácter público la limitación de movimientos de las personas mediante aislamientos o la administración de tratamientos directamente observados, como en el caso de la tuberculosis, con el objetivo de evitar la diseminación de una enfermedad en la población. Son actividades de carácter público, porque intentan preservar la salud de las personas de riesgos que no pueden controlar, sobre los que no tienen capacidad de decisión. De manera simplificada, el concepto sería que cada uno toma las decisiones sobre su salud siempre que pueda tomarlas y no afecten a los demás. Las acciones, actividades o decisiones que pueden afectar a otras personas perjudicándoles dejan de ser privadas, permitiendo la intervención del Estado. Un ejemplo reciente es la legislación en el hábito tabáquico. En un primer momento, el riesgo que para la salud del individuo supone fumar entraba dentro de la esfera privada. En ella, cada cual decide cómo vivir su vida, incluyendo los riesgos y posibles perjuicios que para su salud supondrían distintos comportamientos o hábitos nocivos. De la misma manera que no hacer ejercicio, llevar una vida sedentaria o llevar una dieta rica en grasas saturadas. Nadie habría de intervenir en ella, ni siquiera por un supuesto bien sobre el individuo. El problema surgió cuando se encontró que la exposición ambiental al tabaco también producía cáncer. A partir de ese momento, el derecho de una persona a fumar afectaba a la salud de otras personas que respiraban el aire de tabaco, lo cual se daba en lugares de trabajo, restaurantes, cafeterías, etc. A partir del conocimiento de esta realidad se consideró el hábito tabáquico como un problema público (de salud pública) sobre el que cabía la injerencia de la Administración del Estado. Por tanto, bajo este significado, la salud privada afectaría a las decisiones que cada individuo libremente toma sobre su vida, sean estas en su beneficio,

como seguir un tratamiento o cambiar una conducta, o en su perjuicio, como no seguir un tratamiento o continuar con un hábito determinado. La salud privada descansaría, como hemos dicho, sobre la autonomía como principio ético fundamental. El derecho a la confidencialidad de los datos sanitarios también se apoyaría en este concepto de privado o derecho a la intimidad.

La salud pública, de manera complementaria, como imagen especular de la salud privada, haría referencia a las intervenciones que se realizan para preservar, proteger o promover la salud de la población en aquellos riesgos producidos por terceros o que no se pueden controlar a nivel individual. Por ejemplo, como ya se ha adelantado, la exposición a tóxicos ambientales, el nivel de radiaciones, la calidad del agua de consumo, la producción y comercialización de los alimentos, el ambiente laboral, etc. Sin embargo, los límites que definen “lo que no se puede controlar a nivel individual”, la capacidad de toma de decisión o la autonomía de las personas, ha sido un ámbito de frecuentes enfrentamientos. En él, desde posiciones liberales se defiende la libertad individual en la toma de decisiones y desde posiciones más “sociales” se cuestiona la existencia de una verdadera libertad o autonomía en caso de la presencia de otros condicionantes sociales, culturales o económicos. No es de extrañar que la Ley de Salud Pública española, surgida durante un gobierno socialista, hiciera una llamada de atención al exponer que “la salud reconoce la libertad de escoger siendo consciente de las consecuencias, para lo cual hay que proporcionar una educación”¹⁸.

Finalmente, bajo esta interpretación de los conceptos de público y privado, está claro que las actividades con una finalidad meramente curativa, asistencial, es decir, las que se realizan habitualmente en hospitales, centros de salud, etc., no tienen un carácter público. No pertenecen a la esfera de la salud pública. La finalidad es absolutamente individual.

La segunda interpretación de esta dicotomía público-privado vendría de la propiedad u origen económico de las acciones. Público representaría todas las acciones que obtienen su financiación de dinero público, común. Y privado todas las actividades que tienen su origen en financiación privada. Sean personas o grupos de ellas. De esta manera, lo público integraría no sólo actividades sobre riesgos poblacionales, sino que también incluiría los sistemas de aseguramiento sanitarios o los diferentes sistemas de provisión

¹⁸ El profesor Ildelfonso Hernández, director general de Salud Pública en el momento de la elaboración de la ley, manifestaba en una entrevista en relación con la libertad de decisión y la injerencia externa en relación con las dietas: “Hay una falacia en todo esto: no es verdad que haya una libertad y estés limitándola porque los datos nos dicen que las dietas más insalubres, con menor calidad nutricional y un mayor efecto nocivo, se distribuyen inequitativamente. Las que sufren son las capas sociales con menos recursos, educación y capacidad de compra. Entonces, decir que es una libre elección porque ‘si los niños están obesos es porque sus padres quieren’ me parece obsceno. Está demostradísimo que esas conductas relacionadas con la salud están condicionadas socialmente”.

de servicios que se realizasen con financiación “pública”, gubernamental. En este caso, los modelos de sistemas sanitarios serían objeto de la salud pública. Los sistemas de acceso, la cobertura de prestaciones, la accesibilidad a los mismos entrarían a formar parte de los problemas que la salud pública debe abordar.

Tradicionalmente, en España se ha utilizado el término de salud pública en su primera acepción, dejando el término de sanidad para la segunda. La sanidad tendría, por tanto, una mayor extensión y en ella se incluirían las actividades de salud pública. Sin embargo, al acercarnos a la interpretación que se hace desde la Ley de Salud Pública, podemos observar que, en el artículo 1 define la salud pública de la siguiente manera: “La salud pública es el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales”.

Bajo esta definición, todo es salud pública. O, mejor dicho, el término tradicional de sanidad se iguala al término de salud pública. Quizás por ello, en el capítulo I, se desarrollan los derechos de los ciudadanos en materia de salud pública, dando importancia a valores tales como *la información, la participación, la igualdad* (en relación con la existencia de una verdadera o adecuada autonomía) y a *la confidencialidad, intimidad y dignidad* (para preservar el ámbito privado, personal, de las intervenciones externas, es decir, esa autonomía).

Sin embargo, la confusión no desaparece. A pesar de presentar una definición amplia e integradora, al desarrollar cómo se integrarán las acciones de salud pública, el artículo 22.2. dice: “Las Administraciones sanitarias establecerán procedimientos para una coordinación efectiva de las actividades de salud pública que se desarrollen en un área sanitaria determinada con las realizadas en atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, los servicios de prevención que realizan la vigilancia de la salud y cuando fuere preciso con los servicios de salud laboral así como para la colaboración con las oficinas de farmacia”.

Es decir, vuelve a diferenciar los ámbitos de acción de la salud pública de los de atención sanitaria. Y en el artículo siguiente (23) vuelve a separar ambos campos al desarrollar la colaboración entre los servicios asistenciales y los de salud pública. Es decir, la ley parece definir salud pública de una manera global, que integra o abarca todo, pero luego diferencia las instituciones que trabajan en el ámbito asistencial o clínico del de la salud pública. De esta manera, con objeto de conocer qué entienden como actividades de salud pública, no queda otra opción que revisar las actividades, la cartera

de servicios que habrán de estar incluidas en salud pública. La ley no la especifica, pero expone que: “se concretará en una cartera de servicios básica y común en el ámbito de la salud pública, con un conjunto de actuaciones y programas. Dicha cartera de servicios incluirá un calendario único de vacunación y una oferta única de cribados poblacionales”.

La salud pública parece quedar focalizada en actividades preventivas, sean estas individuales o poblacionales. De hecho, la Comisión de Salud Pública del Ministerio de Sanidad dispone de ponencias (y grupos de trabajo específicos) para asesoramiento en sus decisiones. Al revisar sus denominaciones podemos observar la temática que tratan y de ahí inferir el contenido real que se circunscribe bajo el paraguas de salud pública. En esta Comisión se incluyen las ponencias de Alertas de Salud Pública y Planes de Preparación y Respuesta, de Cribado Poblacional, de Programa y Registro de Vacunaciones, de Promoción de la Salud, de Salud Laboral, de Sanidad Ambiental y de Vigilancia Epidemiológica. Llegado a este punto parece ser que se debería hablar de salud pública para integrar las acciones sobre individuos y poblaciones en la conservación y mejora de la salud sin incluir, salvo casos excepcionales, la asistencia sanitaria¹⁹. En el Sistema Nacional de Salud queda integrada orgánica y funcionalmente la asistencia sanitaria, tanto en la forma de atención primaria como la especializada. Este Sistema tendría otras dependencias y otra cartera de servicios. Por ello, se tiende a diferenciar lo que denominamos Servicios Públicos de Salud (en relación con la Sanidad) de los Servicios de Salud Pública. Las acciones sobre la salud comunitaria o poblacional estarían incluidas en ambos términos dependiendo de la actividad concreta de que se trate.

En resumen, el concepto de salud actual tiende a interpretarse de manera positiva e individual. Esto es, algo a alcanzar, un ideal relacionado con el bienestar que cada persona debe definir. Para lograrlo dispone de diferentes instituciones, tanto asistenciales como de salud pública, que desarrollarán actividades con objeto de mejorar la salud de los individuos y, como consecuencia, de las poblaciones. La forma en que medimos la salud o priorizamos nuestras intervenciones o valoramos los resultados es el origen frecuente de los desencuentros.

¹⁹ No obstante, a pesar de que en general es el ámbito “preventivo” o, al menos, el no asistencial, el que suele entenderse como específico de la salud pública, la misma Ley 33/2011, en la Disposición adicional sexta sobre la extensión del derecho a la asistencia sanitaria pública, extiende de nuevo su acción incluyendo la asistencia sanitaria, al exponer que “se extiende el derecho al acceso a la asistencia sanitaria pública a todos los españoles residentes en territorio nacional a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídico”.

4. Valores y valoraciones de la salud

En el libro *El demonio del medio día* Andrew Solomon (2001) comentaba que al encontrarse con personas que habían sufrido una depresión, si les preguntaba o hablaba con ellos en momentos en que no sufrían estos síntomas, solían responder que estaban bien de salud. A pesar de que, en algunos casos, padecieran un cáncer o tuvieran una intervención quirúrgica inmediata. Esta situación no es anecdótica o exclusiva de un país como los Estados Unidos de América. En España, para conocer el estado de salud de la población, se tiende a usar una pregunta genérica en la que el encuestado ha de responder sobre una escala de Likert de cinco categorías desde un estado de salud muy malo a muy bueno²⁰. Si se analizan personas con determinadas patologías crónicas o discapacidades como puede ser el encontrarse en una silla de ruedas por un accidente de tráfico, no se hallan excesivas diferencias a esta pregunta genérica sobre su percepción del estado de salud. Por otro lado, con frecuencia se observan diferencias entre hombres y mujeres difícilmente atribuibles a un estado físico concreto (los hombres suelen valorar su salud mejor que las mujeres en todos los grupos de edad). Parece que, con toda probabilidad, los encuestados respondan a la pregunta desde una perspectiva global, como la definición de la OMS, mucho más cercana al bienestar que al concepto tradicional, “negativo”, de salud y enfermedad. Aquí empieza el primer desencuentro.

El sistema sanitario, con sus fortalezas y debilidades, está orientado con una finalidad, dar respuesta al artículo 43 de la Constitución Española. Así, en la Ley 14/86 General de Sanidad, en su primer artículo expresa que “la presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud”. Es decir, habla de protección de la salud y expresa en múltiples artículos la importancia tanto de la educación y promoción de la salud como de la atención sanitaria. No habla, sin embargo, de un hipotético e imposible derecho a estar sano, ni de un derecho al bienestar. Mucho menos, del derecho a la felicidad. Es decir, mientras en las mediciones e interpretaciones que se hacen sobre el estado de salud se incluye o interpreta, con toda probabilidad, un concepto genérico y amplio de la salud más parecido a bienestar, las actividades sanitarias reguladas tienen un objetivo mucho más concreto.

El segundo aspecto problemático o controvertido es la cuantificación de esta, de la salud, a nivel poblacional. Con mucha frecuencia, utilizamos los análisis numéricos como si con ellos se consiguiera una mayor objetividad de aquello que deseamos medir. No siempre es así. Por ejemplo, si decimos

²⁰ La primera pregunta sobre el estado de salud percibido que se presenta en la Encuesta Nacional de Salud en España (similar a la de otros países) es: “En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo”?.

que una persona se encuentra bien o regular aceptamos una subjetividad mayor que si decimos que se encuentra en una puntuación de 2,1 sobre una escala de 5. De esta manera, para conocer si una población se encuentra más sana, utilizamos la media de las puntuaciones obtenidas de cada individuo de la población. Pero la realidad es que los individuos no han respondido a una escala, han respondido a una pregunta categórica, es decir, han escogido como se encuentran entre distintas opciones (mal, regular, bien...). Para que pudiéramos utilizar las medias aritméticas como indicador del estado de salud de una población, lo primero que debería asegurarse es que la distancia numérica entre los valores que utilizamos y la categorización del estado de enfermedad sean exactamente iguales. Lo que quiere decir que, pasar de un estado de salud muy malo a malo se corresponde con un punto y es el mismo punto con el que valoraríamos pasar de bueno a muy bueno o de bueno a normal. Esto nunca es verdad.

Una alternativa frecuente en los estudios poblacionales es dicotomizar las respuestas obtenidas para hacer más sencilla la interpretación de las mismas. Es decir, agrupar malo y muy malo y bueno o muy bueno y comparar ambos extremos. Esta alternativa la podemos observar en prácticamente todos los informes sobre el estado de salud de la población cuando resumen o presentan los datos, especialmente si lo relacionan con otra variable, por ejemplo, el sexo, la edad, el tipo de trabajo, la nacionalidad. Lamentablemente es el origen de muchos errores y confusión que suelen pasar inadvertidos. Los expertos en estadística o análisis de datos te piden que veas inicialmente cómo se distribuyen las respuestas en las diferentes categorías antes de “juntarlas”. Unir lo que es diferente y tratarlo como igual no es correcto. Si hubiéramos querido esa información “unida”, se debería haber pedido así. Por ejemplo, si un 30% de los hombres hubieran clasificado su salud como mala y tan solo un 10% de ellos como muy mala; y, en el caso de las mujeres, estos porcentajes fueran al revés, es decir, un 10% calificasen su salud como mala y un 30% como muy mala, el resultado de unir ambas categorías nos daría la conclusión de que tanto hombres como mujeres califican su salud de manera igual. Un 40% dicen que es mala o muy mala. Eso es cierto, pero induce a una interpretación errónea de la realidad. Errores de este tipo se cometen con relativa frecuencia.

Más allá de los errores o dificultades de trasladar la información obtenida en los individuos a las poblaciones, el problema sobre aquello que valoramos no se ha resuelto ni resulta fácil de resolver. La utilización de valor o valoraciones, como ya expresaran en múltiples ocasiones todo tipo de profesionales, tiene en castellano tanto la interpretación de un número o cantidad, como de una cualidad. La toma de decisiones en sanidad, la valoración de necesidades o la priorización de actividades se apoyará en información “objetiva”. De hecho, la propia Ley General de Sanidad, en su artículo 8, señala “como actividad fundamental del sistema sanitario la

realización de los estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia”. Pero, parafraseando a José Bergamín, si fuera objeto sería objetivo, pero me hicieron sujeto... por lo que soy subjetivo: la selección de los propios indicadores es una toma de decisión previa y subjetiva.

4.1. *Indicadores sanitarios*

Existen varios modelos y enfoques utilizados para medir la salud en diferentes contextos. Por ejemplo, el conjunto de indicadores clave del sistema sanitario reúne más de un centenar. Debido a esta multiplicidad, se presentan algunos de los modelos de medición de la salud más comunes, agrupándolos según el objetivo de la medida.

En primer lugar, aquellos relacionados con la mortalidad ocasionada por diferentes causas. Los indicadores de mortalidad fueron los primeros que se utilizaron para analizar y conocer el estado de salud de las poblaciones²¹. El indicador más utilizado para medir la salud de una población es la esperanza de vida. Representa el número promedio de años que se espera que viva una persona al nacer y es una indicación general del estado de salud y bienestar de una población. Desgraciadamente, con frecuencia se interpreta erróneamente como longevidad. La longevidad tendría que ver con la duración de la vida humana, algo que no ha variado tanto en los últimos siglos. Sin embargo, la esperanza de vida es el promedio, es decir, la media de años que se espera que viva una persona de una población. Por tanto, si una población la formasen sólo dos personas y una se hubiera muerto tras el nacimiento y la otra al cumplir los 80 años, la esperanza de vida en esa población estaría alrededor de los 40 años. Lo que no significa que se esperase que una persona de esa población viviera sólo 40 años. De esta manera, puede entenderse que una tasa de mortalidad infantil alta va a disminuir mucho la esperanza de vida en esa población. En España, al inicio del siglo XX existía una esperanza de vida en torno a los 34 años. Esto no quiere decir que, al nacer, una persona esperaría morir a esa edad. La interpretación más correcta sería pensar que existían muchos niños que tras el nacimiento o durante los primeros meses o años de vida morían. Esa realidad nos es cercana al revisar casos familiares, de abuelos o antepasados, donde junto a una alta natalidad (las mujeres tenían muchos hijos) se presentaba también una alta mortalidad infantil. Era frecuente en casi todas las familias, la existencia de muertes de niños en edades tempranas. De esta manera, quizás nos llame menos la atención que, en cualquier época, encontremos escritores, artistas, filósofos que alcanzaban edades avanzadas antes de morir.

²¹ Aunque existen registros y análisis a lo largo de la historia, probablemente, el inicio de los estudios de mortalidad sistematizados se puede situar en la Inglaterra del siglo XVII y XVIII, con los trabajos de John Graunt Johan o Peter Frank.

El problema de la esperanza de vida es que en países desarrollados como España, donde la mortalidad infantil o adolescente es muy pequeña, ha dejado de ser un indicador válido para medir intervenciones sanitarias. Esta medida es muy útil para medir intervenciones sanitarias que puedan afectar a la mortalidad en edades tempranas. Por ejemplo, las vacunaciones infantiles, la asistencia a los partos en condiciones higiénicas, la reducción de mortalidad de jóvenes y adolescentes por accidentes de tráfico o guerras, etc. Dada la situación sanitaria en nuestro país, donde la mayoría de la mortalidad se concentra en edades avanzadas, no se observarán prácticamente cambios en la esperanza de vida. Se ha recurrido a algunas alternativas para solventar este problema como medir la esperanza de vida a una determinada edad, por ejemplo, a los 65 años o a los 85 años. En estos casos, representaría el número promedio de años que se espera que viva una persona que ha cumplido, por ejemplo, 85 años en esa población²². Otra alternativa de todos los sistemas de información sanitaria es la utilización de tasas de mortalidad específicas por las diferentes causas de mortalidad o por grupos de edad. Por ejemplo, por enfermedades cardiovasculares, por cáncer, por enfermedades respiratorias. Esto permite realizar valoraciones en determinados ámbitos, pero a su vez genera una multiplicidad de indicadores “parciales” y dificulta poder sacar una valoración global.

La realidad de los indicadores comentados previamente es que, como se ha dicho ya, no van a poner en valor las intervenciones o situaciones que no se relacionan con la mortalidad. En España y en los países vecinos, el principal problema de los sistemas de salud es la morbilidad, el número de enfermos, no la mortalidad. Por ejemplo, si una persona sufre un cuadro de artrosis grave que le genera dolor y dependencia funcional o una enfermedad mental de aparición temprana, cualquier intervención que se haga sobre estas situaciones tendrá poco o nulo impacto sobre la mortalidad. De tal manera que no se afectará el indicador escogido (sea esperanza de vida al nacer o mortalidad por cualquier causa a una determinada edad...) y no será posible valorar su impacto o priorizar las intervenciones que podrían realizarse en esa área o enfermedad²³. Con objeto de incorporar esa “carga de enfermedad” debida no sólo a la mortalidad sino también a estar padeciendo una enfermedad, se desarrollaron otros indicadores. Entre ellos, los más utilizados son los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). Los AVAD son una medida que combina la mortalidad y la morbilidad para evaluar la carga total de enfermedad en una población. Los AVAD tienen en

²² Como puede observarse, si se siguiera interpretando erróneamente como la longevidad, no cabría decir que tuviera ninguna esperanza de vida, tendría que estar muerto según las estadísticas. Evidentemente, a cualquier edad, se sigue teniendo una esperanza de vida.

²³ Este puede ser uno de los muchos motivos por los que no se ha desarrollado o priorizado la salud mental. Las enfermedades incluidas bajo este epígrafe nunca ocupaban las primeras causas de mortalidad poblacional. Si no figuraban como un problema en los indicadores utilizados, evidentemente, los recursos destinados iban a ser menores.

cuenta tanto los años perdidos debido a la muerte prematura como los años vividos con discapacidad o en un estado de salud subóptimo. Esta medida permite comparar la “carga” individual que sufre una persona que padece las diferentes enfermedades y factores de riesgo. Hoy en día los AVAD o DALYs (como son conocidos en inglés, *Disability-Adjusted Life Years*) es un indicador extensamente utilizado tanto por los organismos internacionales (OMS o Naciones Unidas) y nacionales (en España, el Ministerio de Sanidad o las comunidades autónomas) como en las publicaciones científicas. Este modelo se desarrolló a finales de la década de los 80 y principios de los 90 y es conocido como Carga Global de Enfermedad (GBD, *Global Burden Disease*). Es, por tanto, un modelo que mide la falta de salud (por muerte o enfermedad) que experimenta una persona, obteniendo un indicador poblacional como medida de las cargas individuales agregadas. Con este indicador, sin entrar en detalle en los métodos de cálculos y las dificultades técnicas que han surgido²⁴, podríamos poner en valor enfermedades que ocurren en edades tempranas o medias de la vida y que no afectan a la mortalidad.

Si analizamos estos dos grupos de indicadores, no podemos dejar de sorprendernos de que, mientras las leyes, definiciones utilizadas y principios en los que se sustentan los principales modelos de atención sanitaria descansan sobre un concepto positivo de salud –algo a alcanzar, que se puede promover y desarrollar–, los principales indicadores en los que se basa la toma de decisiones están orientados a un modelo negativo de salud, algo que se pierde por enfermedad o muerte y que se debe recuperar o proteger.

Existen otros indicadores contruidos sobre conceptos positivos de salud. Entre ellos, el más conocido es el Índice de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). El CVRS es una medida que evalúa la calidad de vida en relación con el estado de salud de una persona. Se basa en la percepción subjetiva del individuo sobre su bienestar físico, emocional y social. El CVRS se puede medir a través de cuestionarios estandarizados que evalúan diferentes dominios de la calidad de vida, como la función física, la salud mental, el bienestar social y la calidad del sueño. La dificultad de estos indicadores es doble. Por un lado, su cálculo o estimación es complejo, requiriendo tiempo y estimaciones a partir de respuestas individuales no obtenidas de registros o bases de datos. La segunda dificultad es la amplitud del campo que abordan. La calidad de vida es un concepto tan amplio y en el que influyen tantas variables que es difícil que no se produzcan distintos

²⁴ Se han producido diferentes discusiones y modificaciones en los cálculos a lo largo del tiempo. Entre ellos, por ejemplo, la posibilidad o no de ponderar la edad en la que se producía el evento, queriendo interpretar un valor social del tiempo vivido o la discusión sobre si la muerte y pérdida de años vividos era una medida de carga individual, dado que, al no estar vivo, no hay experiencia de pérdida. En cualquier caso, es llamativo que, desde su inicio, fue el primer grupo de trabajo de la OMS que contó con un filósofo como miembro contratado e integrante del equipo para ayudar a conceptualizar los problemas.

niveles de confusión. Es decir, que otras variables influyan en los resultados de calidad de los indicadores de CVRS, sin tener nada que ver con las intervenciones sanitarias evaluadas.

Además de los modelos generales mencionados anteriormente, existen muchos indicadores utilizados para medir aspectos específicos de la salud. Estos pueden incluir prevalencia de factores de riesgo (como el tabaquismo o la obesidad), tasas de vacunación o indicadores de actividad y recursos como número de profesionales o número de trasplantes renales. Estos indicadores proporcionan información más detallada sobre aspectos específicos y permiten un seguimiento más preciso de los resultados y los factores determinantes de aspectos concretos.

En España, según el último informe del estado del SNS, la esperanza de vida es una de las más altas del mundo a pesar de haber disminuido por primera vez desde que se fundó el SNS tras la pandemia. Se sitúa en 80 años para los hombres y 85 años para las mujeres, con una esperanza de vida a los 65 años de 19 años. Junto con la elevada edad, hay que destacar que se mantienen como la principal causa de muerte las enfermedades cardiovasculares y el cáncer que, en conjunto, suponen más del 50% de todas las causas, dato similar al de otros países de la Unión Europea. Los indicadores han constatado un aumento en las listas de espera: la espera media para una primera consulta de atención especializada se situaba en 2019 en 99 días y el tiempo medio de espera para cirugía programada no urgente en 148 días; esta situación se ha traducido en una percepción por los pacientes “mejorable” (en palabras del Ministerio) de la coordinación entre atención primaria y especializada. Finalmente, el gasto sanitario ha aumentado un 15% desde el 2015, suponiendo el 57% el referido a la atención curativa asistencial (Ministerio de Sanidad, 2022b).

4.2. Indicadores de gasto sanitario

España, como todos los países de su entorno, se ve sometida a múltiples problemas en la financiación sanitaria que condicionan la sostenibilidad de los modelos existentes. Algunos de estos problemas ya se han comentado en apartados anteriores como el envejecimiento de la población, el aumento de la cronicidad, la demanda creciente de servicios sanitarios o la necesidad de inversión en infraestructuras y tecnología médica avanzada. Todos ellos generan una presión sobre el sistema de salud y sus recursos financieros. Este aumento de la presión puede afectar a la capacidad de respuesta y a la calidad de la atención, provocando la queja reiterada de que el sistema presenta financiación insuficiente. España cuenta con un sistema público de salud (Sistema Nacional de Salud) y, precisamente por ello, el presupuesto asignado siempre es limitado y puede que no siempre sea adecuado para hacer frente a las necesidades crecientes de la población.

Las comparaciones entre países según el gasto sanitario son frecuentes. De hecho, es el indicador sanitario más común a nivel poblacional. Es la manera que tenemos de intentar dar respuesta a la pregunta planteada, si la financiación de un país es suficiente o no. Como se puede apreciar, realmente no da respuesta a esta pregunta pero, al menos, da una orientación sobre si gastamos mucho o poco más o menos que otros países. Para conocer si la financiación es suficiente, incluso al compararnos con otros países, deberíamos tener en cuenta, por ejemplo, si nuestra población es joven o anciana –este dato a menudo se utiliza cuando vemos los resultados ajustados por edad–, pero también (sobre todo) tendríamos que saber si existen muchos enfermos o pocos. ¿Tenemos muchos hipertensos? ¿En España hay muchos diabéticos? ¿Es más o menos frecuente el cáncer de colon o el Alzheimer que en un país vecino? Dar respuesta a estas preguntas es mucho más difícil; es casi imposible por varios motivos que exponemos a continuación.

El primero de ellos es que no conocemos estos datos. Nosotros podemos conocer cuántos enfermos tenemos diagnosticados, por ejemplo, de diabetes, pero no cuántos están sin diagnosticar y deberían ser tratados. Aunque existen estudios en algunas enfermedades que intentan dar respuesta a esta pregunta, no dejan de ser “proyectos de investigación” que rara vez, si alguna, se tienen en cuenta en la gestión sanitaria. Es más, el problema se agudiza porque, en gran medida, el número de enfermos que diagnosticamos se encuentra directamente relacionado con los recursos sanitarios que invertimos. Esta situación pudo verse con frecuencia durante la pandemia de COVID-19. El diagnóstico de la infección requería de unas pruebas específicas. En un primer momento, la única que estaba disponible era una técnica que detectaba el material genético del virus en la persona, la famosa PCR²⁵, que sólo algunos laboratorios podían realizar. Posteriormente se desarrollaron las técnicas de antígenos (las que utilizamos en los autotest), cuyos resultados no eran igual de fiables, pero permitían hacer un cribado inicial. En caso de duda, se realizaba una PCR.

La consecuencia de esta manera de proceder es que en aquellos países o territorios donde se disponía de un número suficiente de laboratorios y de pruebas se diagnosticaban más casos que en aquellos donde, por dificultades económicas, falta de recursos o decisiones políticas, no se realizaron tantas pruebas. En resumen, países “democráticos y ricos” tenían más casos que países con regímenes políticos de poca transparencia o más pobres. Ambos tendrían enfermos, pero en el segundo grupo de países no los detectarían. Esta situación hace que sea muy difícil establecer comparaciones válidas.

No obstante, aquí no se acaban las dificultades para conocer si la inversión en salud es suficiente. El segundo gran problema es consecuencia

²⁵ Realmente el nombre era reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR, por sus siglas en inglés).

del cambio de conceptualización de la salud que se ha comentado en un apartado anterior. La salud la definimos como algo positivo a alcanzar y, además, reivindicamos su carácter subjetivo; por tanto, ya no existen límites. Si la salud la definimos como el estado de “completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad” y, además, depende del concepto subjetivo que tiene cada uno de bienestar, se ha transformado en un bien de consumo. Aquí se desmoronan parte de las intenciones con las que Bismarck en Alemania y otros muchos países después, desarrollaron los modelos nacionales de atención sanitaria. El presupuesto del que partía era algo similar a lo siguiente: si atendemos a la población enferma, cada vez habrá menos enfermos y la población será más sana; con el tiempo, la inversión necesaria en salud será menor. Actualmente, nos enfrentamos a que nunca habrá menos “enfermos” porque las personas siempre demandarán más salud.

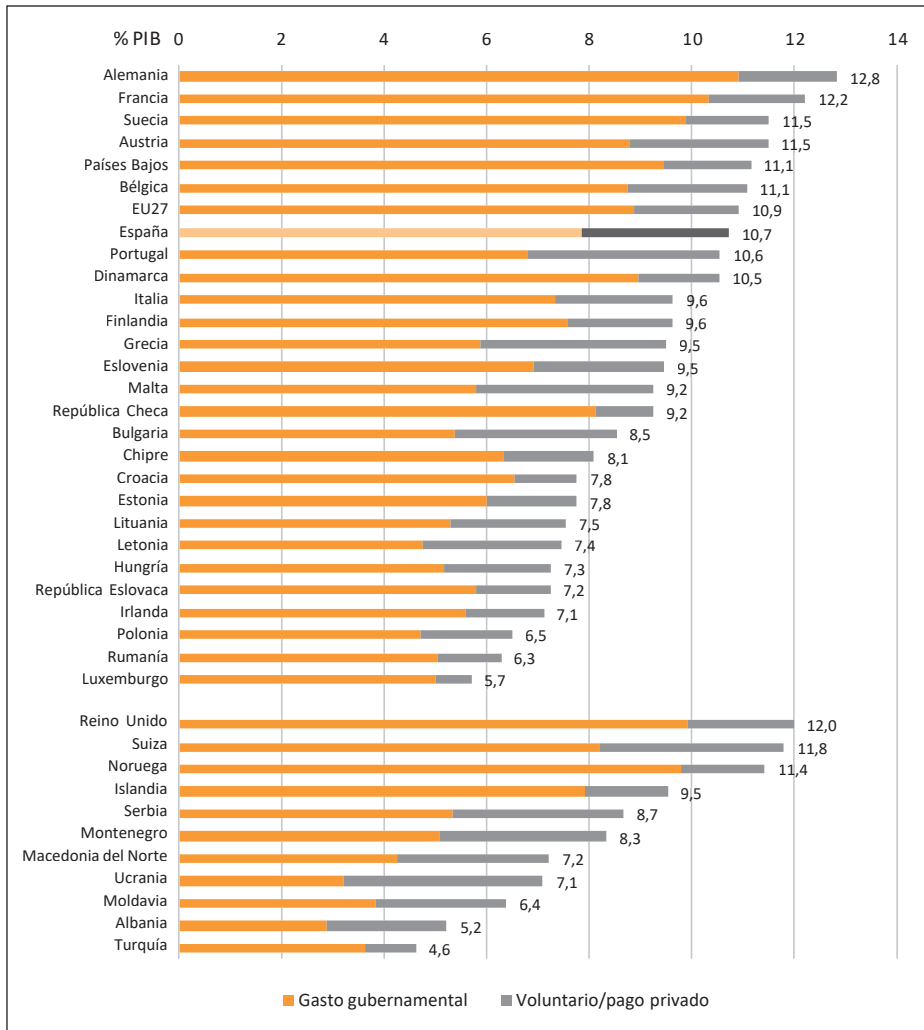
Dado que no hay un gasto que podamos considerar suficiente e intentar atender a todas las demandas generaría un aumento infinito del presupuesto, lo que nos queda es ver qué hacen otros países parecidos al nuestro. Aquí lo adecuado lo trasmutamos en lo normal, entendiendo por normal el sentido más estadístico del término.

Los indicadores de gasto sanitario los podemos encontrar en diferentes formatos. Los que con más frecuencia se utilizan son: la cantidad de dinero que se invierte por persona (habitante) en salud en un país o el porcentaje del PIB que un país invierte en su sistema de salud. En ambos casos, entre los países de nuestro entorno (Unión Europea o miembros de la OCDE), España suele tener un gasto aproximadamente medio o incluso inferior a la media de estos grupos de países. Por ejemplo, el gasto sanitario medio de la Unión Europea (27 países) estimado como porcentaje del PIB durante 2020 fue de un 10,9%, y en España fue del 10,7%²⁶ (gráfico 1). Sin embargo, a pesar de encontrarse en torno a la media, las interpretaciones o valoraciones de estos datos difieren entre investigadores, gestores o diversas posiciones políticas.

Por un lado, existen voces que llaman la atención sobre la necesidad de incrementar la inversión en el sector salud a niveles similares a los registrados en Alemania, Francia, Austria, Países Bajos, Suiza, Reino Unido o Noruega, países de nuestro entorno con mayor gasto sanitario. Lo que no se suele expresar con la misma rotundidad es que esto conducirá necesariamente a la desinversión en otros sectores o al aumento del pago desde el ámbito privado (como las propuestas de copagos o aseguramiento privado de parte de la población).

²⁶ En los últimos datos del Ministerio de Sanidad encontrados en su página web habla de un 10,9% https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla30_3.htm

Gráfico 1 – Gasto sanitario como porcentaje del PIB en la UE27 y en países de la OCDE. 2020 (o año más cercano)



Nota: La media de la UE está ponderada.

Fuente: OCDE/Unión Europea, *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*.
<https://doi.org/10.1787/507433b0-en>

Por otro lado, existen otras voces que mantienen que los resultados obtenidos por el Sistema Sanitario no dependen directamente del gasto sanitario o, mejor dicho, que a partir de un gasto medio sanitario por habitante la relación entre los resultados obtenidos en salud y la inversión realizada no son linealmente crecientes. Por tanto, sostienen que no hay que aumentar el gasto sanitario en España. El ejemplo siempre utilizado es el modelo de

Estados Unidos, el país con mayor inversión en salud del mundo y con unos resultados poblacionales no acordes o similares (y en muchos casos peores) a otros países europeos con menor gasto. También se presenta el propio ejemplo de España en años anteriores, que con un gasto medio relativamente reducido obtenía unos excelentes resultados poblacionales, llegando a ser considerado como uno de los mejores sistemas de salud del mundo (en algunas métricas el mejor). Lo que, en este caso, no suelen expresar los que argumentan en esta línea es que simplemente la desinversión (los recortes) no traerán como consecuencia una mejora del sistema. Traerán ahorro y, casi con seguridad, un peor funcionamiento, disminuirá la capacidad y calidad de atención, y se generará malestar social²⁷.

Este debate, desde posiciones prácticamente inmóviles, no es fácil de resolver. El único acuerdo, parece ser, es que existen diferentes modelos de gestión que pueden mejorar o empeorar la eficiencia, la calidad o la equidad de la atención médica. De ahí la enorme importancia que han adquirido los diferentes modelos de gestión sanitaria. Más allá de la pregunta sobre si es suficiente o no la financiación, los esfuerzos se centran en analizar si hacemos o no bien las cosas con lo que tenemos.

Como se ha visto hasta el momento, los indicadores sanitarios son utilizados para generar conocimiento sobre el estado de salud o el impacto de diversas intervenciones que ayuden a tomar decisiones. Sin embargo, el aumento de información no siempre implica un aumento de conocimiento. No solamente es difícil trasladar la información individual a información poblacional, sino que también es importante tener en cuenta que cada modelo de medición tiene sus fortalezas y limitaciones, y se utiliza en función del contexto y los objetivos específicos de la medición de la salud. Estos objetivos han de ser planteados previamente y de manera consensuada por los actores implicados, ya que no sólo el modelo sino también el enfoque influyen en las decisiones que se han de tomar. Conocer los modelos actuales en los que se desarrollan las actividades de salud será el objetivo del siguiente apartado.

5. Modelos de gestión actuales. La desconexión entre lo individual y lo comunitario

Los modelos de gestión sanitaria que se han impulsado a nivel internacional, en diferentes países, intentan afrontar los retos actuales, es decir, gestionar enfermedades crónicas que requieren cuidados a largo plazo y en

²⁷ Por ejemplo, el informe Bloomberg que analiza la eficiencia de los sistemas sanitarios a través de costes, calidad asistencial y esperanza de vida, situaba en 2018 a España en el puesto 3º (tras Singapur y Hong Kong). Este mismo informe, en 2021, la situó en el puesto 15. Sin embargo, los datos de Bloomberg sobre los países más saludables para vivir sitúan a España en el número 1 en 2023 (datos de 2019).

cuyo origen se encuentran pautas culturales y estilos de vida. En este grupo de enfermedades, la educación sanitaria es de enorme importancia, no sólo para promocionar hábitos de vida saludables que puedan reducir o retrasar la presencia de enfermedad, sino también para conseguir una adecuada aceptación y seguimiento de los tratamientos que en ocasiones durarán años. Para muchos expertos, se debe evolucionar de un sistema orientado a curar enfermedades a otro orientado a cuidar enfermos. Con este objetivo de acercar la atención a las necesidades de la población, fomentar la educación y promoción de la salud, desarrollar capacidades y la atención individualizada, conteniendo el gasto, se han ido implementado diferentes modelos.

5.1. Integración de niveles asistenciales

En España, se han llevado a cabo diferentes iniciativas y proyectos con el objetivo de mejorar la coordinación y la continuidad de la atención médica. Sobre un modelo desarrollado y establecido desde la Ley General de Sanidad de atención primaria y especializada, que no se ha modificado desde los años ochenta, y en una población envejecida y con patologías crónicas, la gran mayoría de los esfuerzos se orientan a lograr una mayor integración de la atención primaria y especializada en una continuidad asistencial, a la mejora de la gestión de enfermedades crónicas y a la contención de costes.

Estos modelos de integración se han desarrollados a diferentes niveles. Por un lado, a nivel clínico, asistencial o funcional y, por otro, a nivel normativo o sistémico. El primer caso está centrado en los cuidados que han de recibir las personas con determinadas enfermedades y busca una integración funcional, estandarizando el abordaje asistencial mediante un enfoque multidisciplinar en el que se redefinen y asignan nuevos roles a los profesionales. El segundo grupo de integración busca la unificación de estructuras de gestión y de asistencia, tanto desde un punto de vista organizativo como estratégico. En él se promueven nuevas relaciones no sólo funcionales sino también jerárquicas²⁸. Algunos autores han denominado al primer grupo acciones de coordinación y al segundo de integración, sin que exista un consenso en la denominación.

Dentro del primer grupo, el que se ha denominado de integración funcional, numerosas comunidades autónomas han establecido planes de actuación que tienen como objetivo integrar la atención primaria y especializada en el manejo de enfermedades crónicas complejas. Los Modelos de Gestión de Enfermedades Crónicas se dirigen específicamente a la gestión

²⁸ Para una mayor profundización de estos aspectos puede consultarse el libro editado por Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) "Modelos de atención integrada en España SEDAP 2020. Disponible en https://www.sedap.es/wp-content/uploads/2020/12/modelosai_sedap-091220.pdf

de algunas enfermedades, como la diabetes, enfermedades cardiovasculares o respiratorias, en las que tienen una importancia prioritaria las intervenciones preventivas, la educación para el autocuidado y el seguimiento continuo. Los criterios que justifican la selección de estas enfermedades son múltiples. Estos incluyen desde la elevada frecuencia de aparición, la gravedad o consecuencias que tengan para la salud, la dificultad en el manejo, el elevado consumo de recursos o, generalmente, una mezcla de ellos. Un ejemplo de este modelo es el programa Chronic Care Model implementado en los Países Bajos, que demostró mejorar los resultados de salud y la satisfacción del paciente en el manejo de enfermedades crónicas (Kodner & Spreeuwenberg, 2002). En España, a nivel nacional, se desarrolló la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, desarrollada en 2012 y evaluada en 2019, junto con otros planes estratégicos para el abordaje de enfermedades crónicas concretas. En las comunidades autónomas podemos encontrar, durante ese periodo, diferentes planes de actuación. Algunos ejemplos son: el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas (PAAIPEC), la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad de Canarias, la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas de Madrid, etc. Con estos planes se busca evitar duplicidades y la falta de continuidad en la atención. La crítica fundamental a estos modelos es que se aplican a un número limitado de patologías y que en ellos no hay una verdadera rendición de cuentas, tanto económica como jerárquica.

En relación con la integración sistémica-normativa, como es el caso de la gerencia única, se comparten estructuras jerárquicas, financiación y rendición de cuentas. Así mismo, al integrarse la responsabilidad de toda la atención sanitaria, no queda limitado a un listado de unas pocas enfermedades. Sin embargo, no han faltado las voces críticas sobre un posible “hospitalocentrismo”, con una disminución del peso de la atención primaria sin haber demostrado la pretendida mejora de eficiencia o efectividad de estas formas de gestión. Por otro lado, la gestión de los recursos en provincias con múltiples áreas sanitarias se facilita cuando no se divide para cada área. Este es uno de los motivos por los que, por ejemplo, podemos encontrar en Guadalajara una gerencia compartida de atención primaria y hospitalaria y, en Madrid, una gerencia para atención primaria independiente de las gerencias hospitalarias. Con el objetivo de mejorar el control de los recursos sin llegar a implementar una gerencia única, diferentes comunidades han desarrollado las Unidades de Gestión Clínica. Estas unidades pueden estar compuestas por profesionales de atención primaria y/o especializada que trabajan en equipo para ofrecer una atención más coordinada y centrada en el paciente. Estos modelos de gestión clínica, además de la mejora de la coordinación o gestión funcional, buscan la implicación de los profesionales sanitarios en la gestión de recursos con el objetivo de reducir o, al menos, controlar el gasto sanitario.

El fin de conseguir cualquier integración real exige, más allá de lograr una integración funcional o incluso de la gobernanza, una integración de valores y cultura profesional que dificulta, sin el tiempo adecuado, el éxito de la misma.

Una lectura detallada de las diferentes formas de gestión planteadas en España nos revela que los principales movimientos están dirigidos a la gestión individual de enfermos, sin aproximaciones reales poblacionales. Es decir, los modelos no han cambiado la forma de enfocar el problema. Buscan mejorar indicadores de actividad, sean económicos (gasto por proceso) o funcionales (número de ingresos, altas, estancias medias, listas de espera, etc.). No se mide ni se conoce el impacto en la población. Impacto positivo que se asume, de forma indirecta, por la mejora funcional de los centros asistenciales.

Una aproximación que se está desarrollando a nivel del Ministerio de Sanidad con la participación de diferentes comunidades autónomas con el fin de mejorar el conocimiento y la atención poblacional es la estratificación del riesgo de morbilidad de la población. El principio es sencillo: dado que las personas con multimorbilidad requieren más recursos y presentan peor calidad de vida, si tenemos una herramienta para conocer y estratificar el nivel de morbilidad de la población, se podría utilizar tanto para identificar a la población de riesgo e incorporarlos a programas específicos de gestión de enfermedades crónicas, como para ajustar los indicadores sanitarios sobre necesidades asistenciales y, en último término, mejorar la eficiencia²⁹.

5.2. Integración del sistema asistencial y salud pública

Los modelos de integración de servicios asistenciales y de salud pública son mucho más limitados a pesar de que la Ley de Salud Pública establece la obligada colaboración. Estos esfuerzos promueven una visión más holística de la salud, mejorando o dando un mayor peso a la prevención y el control de enfermedades. Por ejemplo, en Cataluña, se ha implementado un Plan de Salud Pública que tiene como objetivo fortalecer la colaboración entre los servicios de salud y los servicios de salud pública, promoviendo la coordinación en la prevención, la promoción de la salud y el control de enfermedades. En la Comunidad de Madrid se ha desarrollado una Estrategia de Atención Comunitaria que busca fortalecer la colaboración entre los centros de salud, los servicios de salud pública y otros agentes comunitarios para mejorar la salud de la población y promover estilos de vida saludables.

²⁹ Se realizó un proyecto publicado en 2018 Proyecto de estratificación de la población por grupos de morbilidad ajustados (GMA) en el SNS (2014-2016) disponible en : https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/informeEstratificacionGMASNS_2014-2016.pdf

Desgraciadamente, en muchos casos, no dejan de ser un mero traslado de información. Las dificultades que se han encontrado pueden tener su origen en la visión que cada institución tiene del concepto de salud y de la propia misión: atender a enfermos individuales o preservar la salud poblacional.

La integración entre el sistema asistencial y el sistema de salud pública enriquecería el funcionamiento al integrar no sólo los modelos de prevención sino también todo el desarrollo de indicadores e información poblacional de la que desde las unidades de salud pública se suele disponer.

Un ejemplo exitoso, implantado desde hace años y al que se le reconoce su utilidad, lo constituyen las Redes de Vigilancia Epidemiológica. En toda España, se han establecido redes de vigilancia epidemiológica que buscan la integración de la atención sanitaria y la salud pública en la detección y control de enfermedades. Estas redes permiten la comunicación y colaboración entre los profesionales de salud en diferentes niveles, facilitando la detección temprana, la notificación de casos y la respuesta coordinada ante brotes y epidemias. Estas redes han funcionado para el control de enfermedades infecciosas; sin embargo, los esfuerzos por tener un modelo semejante para las enfermedades crónicas son aún insuficientes.

5.3. Integración del sistema sanitario y sociosanitario

Uno de los sistemas que va cobrando mayor importancia y que resulta esencial en la gestión de la salud de la población del siglo XXI es el sistema sociosanitario. Tradicionalmente, existía una separación clara entre los servicios sanitarios y los servicios sociales, donde se incluían los servicios sociosanitarios. Los servicios sanitarios se centran en la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades y lesiones. Estos servicios son proporcionados por profesionales de la salud en hospitales, clínicas, centros de atención primaria y otros entornos de atención médica. Su objetivo principal es mejorar la salud y el bienestar de las personas. Por otro lado, los servicios sociosanitarios se refieren a la atención y el apoyo que se brinda a las personas con necesidades de salud y sociales combinadas. Estos servicios están diseñados para ayudar a las personas a mantener su independencia, mejorar su calidad de vida y facilitar su integración en la sociedad. Los servicios sociosanitarios pueden incluir atención domiciliaria, cuidado de larga duración, rehabilitación, servicios de apoyo social y programas de atención comunitaria.

La evolución demográfica y epidemiológica de la población, es decir, las enfermedades que padecen y sufren las personas, han cambiado drásticamente en el último siglo. Ninguna de las principales causas de mortalidad en España a principios del siglo XX coincide con las principales causas de

mortalidad en el siglo XXI. En los primeros años del siglo pasado, las principales causas de mortalidad eran de origen infeccioso o las denominadas causas externas. Hoy en día, el cáncer y la patología cardiovascular lideran los motivos de defunción. A esto hay que añadir la aparición de las demencias como verdadera epidemia del siglo XXI, lo que nos dibuja un panorama de incremento de dependencia, rehabilitación y cuidados de larga duración. Así mismo, las nuevas definiciones de salud que maneja la población, como se ha comentado, no se limitan a curar la enfermedad e integran muchas de las funciones y actividades atribuidas a los servicios sociales. Abordar los cuidados de esta población resultará imposible sin un buen sistema de servicios sociosanitarios.

Gestionar los servicios sanitarios y sociosanitarios de manera común implica la colaboración y coordinación entre los distintos actores involucrados, como son los profesionales de la salud, los proveedores de servicios sociosanitarios, los responsables políticos y las organizaciones de la sociedad civil. Para ello es necesario el desarrollo de políticas y marcos legales adecuados que fomenten la colaboración y la gestión común de los servicios sanitarios y sociosanitarios. Esto implica establecer incentivos para la integración, desarrollar estándares de calidad, promover la equidad en el acceso a los servicios, compartir información, establecer protocolos de colaboración y trabajar en equipo para abordar las necesidades de las personas, lo que exige la creación de planes de atención individualizados, la coordinación de visitas y citas médicas, y el seguimiento regular de la evolución de la persona. Todo ello, claro está, asegurando la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su atención y promoviendo su participación en el diseño y evaluación de los servicios. Esto es, respetar sus preferencias y necesidades, así como empoderarlos para que sean socios activos en su propio cuidado.

Las dificultades encontradas en los procesos de integración dentro de un mismo ámbito (la atención sanitaria) con profesionales de culturas profesionales similares muestran las dificultades de conseguirlo entre el campo sanitario y sociosanitario, frecuentemente, además, con dependencia funcional de consejerías distintas. Conscientes de su importancia, diferentes comunidades han comenzado a realizar iniciativas en esta dirección. De esta manera, Madrid, en noviembre de 2022, presentó el Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable para Personas Mayores, un modelo de atención sociosanitaria con el objetivo de retrasar la dependencia. En Cataluña, en marzo de 2023 se comenzó a desplegar en dos localidades (Ampostá y Ripollés) la atención integral social y sanitarias. No obstante, aún se encuentran en posiciones muy iniciales para poder valorar su funcionamiento e impacto.

Los sistemas de todo el mundo se encuentran en una reforma continúa intentando dar respuesta a las demandas crecientes. El objetivo de estas

reformas es conseguir mejorar la calidad y la satisfacción de las personas con el sistema sanitario, a la vez que reducir los costes, lo que se denomina la Triple Meta. Este marco conceptual implica la coordinación asistencial que evite la fragmentación y un mayor enfoque poblacional. Pero este cambio no podrá implementarse sin una fuerte intervención desde la esfera política³⁰. El impulso político, con el desarrollo legislativo necesario, es la base donde podrá sustentarse un enfoque de atención integrado y una mayor preocupación en los resultados poblacionales.

6. Conclusiones. La salud como bien común

Lograr que la mejor salud, desarrollo y bienestar de la población sea un patrimonio del conjunto de la población, más allá de los intereses particulares e individuales, implica considerarla como un bien. Un bien común y un bien público.

El concepto de salud como bien común se refiere a que la salud es un recurso compartido y de interés colectivo. Se reconoce que el acceso equitativo a servicios de salud de calidad y la promoción de la salud en general benefician a toda la sociedad. La salud de un individuo puede afectar directa o indirectamente a la salud de otros –lo que no se restringe a las enfermedades infectocontagiosas–, y una población sana es fundamental para el desarrollo social y económico. Desde esta perspectiva, se considera que es responsabilidad de la sociedad en su conjunto garantizar el acceso equitativo a la atención médica y trabajar para mejorar los determinantes sociales de la salud.

La salud también se considera un bien público debido a sus características particulares. Un bien público se caracteriza por ser no rival y no excluible. En el contexto de la salud, esto significa que el acceso y los beneficios de la salud no se agotan por el uso de una persona y no se puede excluir a nadie de esos beneficios. Por ejemplo, si se implementa un programa de vacunación para prevenir una enfermedad, todos los miembros de la comunidad se benefician de la protección contra la enfermedad, sin importar quién haya recibido la vacuna.

La importancia de considerar la salud como un bien compartido y de interés colectivo es fundamental para reclamar la responsabilidad de la sociedad y los Gobiernos en garantizar el acceso equitativo a la atención médica, promover unas condiciones de salud favorables para todos y colaborar

³⁰ El término de la Triple Meta se acuñó en 2008 para agrupar los objetivos de mejorar la salud, mejorar los cuidados y reducir los costes. Desde entonces diferentes autores han argumentado sobre la posibilidad real de conseguirlo, entre ellos Rafael Bengoa (Bengoa R. & Arratibel P., 2014).

en la búsqueda de los mejores resultados de salud para toda la sociedad. Hoy en día es necesario unir las voces sobre la defensa del “bien común” en nuestra sociedad³¹.

Existen, no obstante, múltiples dificultades para que se superen los intereses particulares y las visiones individuales. La política y gestión sanitaria implica una serie de decisiones y acciones que pueden plantear desafíos y conflictos éticos y socavar la confianza necesaria en las instituciones.

En situaciones de escasez de recursos, como camas de hospital, medicamentos o personal médico, se plantea el desafío de tener que decidir cómo asignar y distribuir equitativamente esos recursos limitados. Esto se pudo ver en la asignación de vacunas o camas hospitalarias durante la pandemia de COVID-19. Con frecuencia las tensiones se generan entre la igualdad de acceso a la atención médica y el principio de maximizar los beneficios para la mayor cantidad de personas posible. Equidad en el acceso a la atención médica y la inequidad en la distribución de recursos son problemas comunes. Los responsables sanitarios deben abordar las desigualdades en el acceso a la atención y garantizar que se brinde atención médica de calidad a todas las personas, independientemente de su origen socioeconómico, género, raza u otras características personales. Asegurarse de que las necesidades de las poblaciones más vulnerables o marginadas se tengan en cuenta puede estar reñido con la eficiencia. Esto obligaría a revisar los indicadores de resultados con los que se evalúa la gestión asistencial. La mayoría centrados en la eficiencia y actividad, suele brillar por su ausencia la perspectiva de atención a grupos vulnerables³². Sin estudios poblacionales, como se comentó en el primer apartado de este capítulo, es imposible valorar o poner de relieve estos problemas y sus soluciones.

La transparencia en las decisiones y la rendición de cuentas por sus acciones de los responsables en la gestión sanitaria son la base necesaria para asegurar la confianza y credibilidad. Los conflictos de intereses, sean estos financieros o políticos, pueden influir en las decisiones sobre qué tratamientos se ofrecen o cómo se asignan los recursos y, en ocasiones, presentar un enfoque excesivo en resultados a corto plazo. Los modelos de decisión pueden verse afectados por sesgos y discriminación, ya sea de manera intencional o no intencional, si los criterios utilizados están sesgados. Por ejemplo, si se priorizan ciertas condiciones de salud sobre la base de estigmas sociales o prejuicios, puede haber discriminación perpetuando estereotipos negativos.

³¹ El profesor Julio Martínez, recientemente ha publicado un excelente libro titulado *Por una política del bien común* (Martínez, 2022) en el que desarrolla de manera profunda estos conceptos.

³² La presencia de un indicador de accesibilidad poblacional no soluciona este problema. Los grupos vulnerables, por definición, suelen ser minorías. Si no se pone el foco específicamente en ellos, los indicadores agregados poblacionales no serán relevantes para evaluar los resultados en estas poblaciones.

La falta de participación puede llevar a decisiones poco informadas y que no reflejen las necesidades reales de la población. Es necesario establecer adecuados sistemas que recopilen información sobre la salud de la población, que permitan identificar patrones y tendencias y tomar decisiones informadas. Esto incluye el uso de registros electrónicos de salud, sistemas de información geográfica, análisis de *big data* y herramientas de inteligencia artificial para mejorar la gestión de la salud poblacional. La falta de transparencia en el proceso de toma de decisiones socava la confianza y genera dudas sobre la justicia y equidad de las decisiones adoptadas.

Las nuevas formas de gestión sanitaria centradas en poblaciones se basan en un enfoque que busca mejorar la salud y el bienestar de toda una comunidad o grupo de personas, en lugar de centrarse únicamente en la atención individual de los pacientes. Las nuevas formas de gestión sanitaria centradas en poblaciones se basan en la visión de la salud como bien común.

Estas formas de gestión reconocen que la salud de una población está determinada por una variedad de factores que van más allá de la atención médica tradicional. Por lo tanto, se adopta un enfoque multidisciplinario que aborda estos factores de manera intersectorial, involucrando a diferentes disciplinas como la medicina, la salud pública, la epidemiología, la psicología, la sociología, la economía, entre otras. Esta teoría es sólida, el problema se inicia cuando en muchos de estos factores no se puede incidir o modificar y, en otros, no hay evidencia del impacto de las acciones.

En estas nuevas formas de gestión sanitaria centradas en poblaciones se prioriza la prevención y promoción de la salud, lo que implica identificar los factores de riesgo por los que aumenta la frecuencia de casos que afectan a una población, como pueden ser los determinantes sociales de la salud, y no sólo los factores de riesgo de la enfermedad (por ejemplo, no sólo identificar si una dieta es más o menos sana, sino también identificar por qué unos grupos de población consumen determinada dieta). Se involucra activamente a la comunidad en la toma de decisiones, para que las intervenciones sean culturalmente apropiadas y respondan a las necesidades reales de la población. Se fomenta la colaboración y coordinación entre los diferentes actores, evitando la fragmentación y los vacíos en la atención. Al hacerlo, se espera lograr mejores resultados de salud, reducir las desigualdades en salud y promover el bienestar general de la población. Sin embargo, no escapan a los problemas comentados sobre escasez de recursos, transparencia y rendición de cuentas.

La situación sanitaria que vivimos, tanto por las enfermedades que sufre la población, como por la dificultad en la sostenibilidad del sistema, obliga a buscar una alternativa, una nueva forma de hacer las cosas o, como algunos lo definen, una nueva función de producción. Los recortes

de cobertura, cartera de servicios o financiación pueden ser una solución a corto plazo, pero hay suficientes datos para considerar que agravarán los problemas a medio plazo. El objetivo de la Triple Meta planteado desde numerosas instancias nos orienta hacia una integración de los actores y a una visión poblacional del problema. Se han de integrar los niveles e instituciones asistenciales. Se ha de disponer, gracias a la digitalización y el *big data*, de los recursos de información necesarios. Se ha de modificar la visión de una gestión individual de enfermos por una gestión orientada a la salud de las poblaciones. Para ello, es imprescindible trabajar desde la esfera política de manera consensuada, considerando la salud como un bien común.

Bibliografía

- Alemayehu, B., & Warner, K.E. (2004). The lifetime distribution of health care costs. *Health Serv Res*, 39, 627-642.
- Bengoá, R. & Arratibel, P. (2014). Implementando la triple meta: «lecciones» desde el ámbito directivo. *Papeles de Economía Española*, 142. https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PEE/142art03.pdf
- Berlin, I. (2016). *El erizo y el zorro*. Península.
- Bitton, A., Martin, C., & Landon, B. E. (2012). A nationwide survey of patient centered medical home demonstration projects. *Journal of General Internal Medicine*, 27(7), 901-906. doi: 10.1007/s11606-012-2015-6
- Callahan, D. (1987). *Setting limits: Medical goals in an aging society*. Simon & Schuster.
- Callahan, D. (2009). Introduction: Taming the beloved beast. En *Taming the Beloved Beast: How Medical Technology Costs Are Destroying Our Health Care System* (pp. 1-9). Princeton University Press.
- Conferencia de Alma Ata (1978). *Declaración de Alma Ata*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Durand, P. (1991). *La política contemporánea de Seguridad Social*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Eurostat (2023). *ESSPROS Database (Version 2.0)*. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/social-protection>
- Fairclough, G. (2001, 16 de Julio). Smoking Can Help Czech Economy, Philip Morris-Little Report Says. *The Wall Street Journal*.
- Fuchs, V. R. (1974). *Who Shall Live? Health economics and social choice*. Basic Books.
- García Gual, C. (Ed.). (1983). *Tratados Hipocráticos I*. Editorial Gredos.
- Kodner, D. L., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications. A discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2, e12. doi: 10.5334/ijic.67
- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Minister of Supply and Services.
- Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1963-22667>
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-15623>
- Martínez, J. L. (2022). *Por una política del bien común*. BAC.
- Ministerio de Sanidad (2018). *Proyecto de estratificación de la población por grupos de morbilidad ajustados (GMA) en el SNS (2014-2016)*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/informeEstratificacionGMAS-NS_2014-2016.pdf

- Ministerio de Sanidad (2022a). *Estrategia Nacional de Salud Pública 2022*. https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022___Pendiente_de_NIPO.pdf
- Ministerio de Sanidad (2022b). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-21*. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf
- OECD (2021). *SOCX Database (Version 2021)*. <https://www.oecd.org/social/expenditure.htm>
- OECD/European Union (2022). *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>
- Organización Internacional del Trabajo (1952). *Convenio n° 102 de la OIT sobre normas mínimas de seguridad social*.
- Organización Mundial de la Salud (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. WHO
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Cobertura sanitaria universal: Hechos básicos*. WHO.
- Organización Mundial de la Salud (2015). *The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More Than Ever*. <https://www.who.int/whr/2008/en/>
- Rose, G. (1985). Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology* 14, 32-38. <https://doi.org/10.1093/ije/30.3.427>
- Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP) (2020). *Modelos de atención integrada en España SEDAP*.
- Solomon, A. (2001). *El demonio del mediodía: La depresión y el arte de la melancolía*. Anagrama.
- Tang, C. H., & Seah, S. K. (2012). Health care financing reform in Singapore. *Health Policy*, 105(2-3), 160-166. doi: 10.1016/j.healthpol.2011.11.003