



EDITORIAL

25 años después de la Reforma Sanitaria de Ernest Lluch. **Fernando Lamata Cotanda y Cristina Pérez Andrés. 421-426**

COLABORACIONES ESPECIALES

La reforma psiquiátrica 25 años después de la Ley General de Sanidad. **Manuel Desviat. 427-436**

Vigencia de la Ley General de Sanidad tras veinticinco años. **Juan José Criado Álvarez, José Ramón Repullo Labrador y Ángel García Millán. 437-448**

25 años de informes de salud en Barcelona: una apuesta por la transparencia y un instrumento para la acción. **Carme Borrell, Xavier Bartoll, Anna García-Altés, M Isabel Pasarín, Manel Piñeiro, Joan R Villalbí por el equipo del Informe de Salud de Barcelona 2008. 449-458**

Sin reconocimiento recíproco no hay calidad asistencial. **Fernando Calvo Rigual, Ana M Costa Alcaraz, Javier García-Conde Brú y M^a Jesús Megía Sanz. 459-468**

ORIGINALES

El impacto de la morbilidad en la salud de la población del País Vasco 2002-2007: una visión integral a través de las esperanzas de salud. **Unai Martín, Santiago Esnaola, Covadonga Audicana y Amaia Bacigalupe. 469-479.**

ORIGINALES BREVES

Relación entre actividad física diaria, actividad física en el patio escolar, edad y sexo en escolares de educación primaria. **Yolanda Escalante, Karianne Backx, José M. Saavedra, Antonio García-Hermoso y Ana M. Domínguez. 481-489**
Versión en inglés

Prevalencia de los factores de riesgo de fractura por fragilidad en varones de 40 a 90 años de una zona básica de salud rural. **Rafael Gómez Navarro. 491-498**

Prevalencia y relación entre el nivel de actividad física y las actitudes alimenticias anómalas en estudiantes universitarias españolas de ciencias de la salud y la educación. **Jose María Cancela Carral y Carlos Ayán Pérez. 499-505**

Versión en inglés

EDITORIAL**25 AÑOS DESPUÉS DE LA REFORMA SANITARIA DE ERNEST LLUCH****Fernando Lamata Cotanda (1) y Cristina Pérez Andrés (2).**

(1) Cortes de Castilla la Mancha

(2) Comité de redacción de la Revista Española de Salud Pública

[...] porque le roba su soberanía e independencia económica, porque han desmantelado su función pública, porque la obliga a vender sus servicios públicos a beneficio de los depredadores financieros. La ha puesto de rodillas porque ha acabado con hospitales públicos, porque ha privatizado la escuela por la reducción de los ingresos de los funcionarios públicos [...].

Bamako¹

Las reformas sanitarias son procesos políticos que intentan conjugar y equilibrar derechos personales, derechos sociales e intereses económicos. La tensión entre estos factores es permanente y las presiones ejercidas para que las reformas vayan en una u otra dirección son fuertes. Lo vimos con la Reforma Lluich durante el período 1984-1986. Lo hemos visto hace poco durante el intento de Reforma Sanitaria de Obama, y lo vemos ahora en España y en Europa, donde intereses económicos poderosos están presionando para recortar el modelo social.

Cuando hablamos de reforma hemos de intentar definir a qué nos referimos². Para calibrar que un determinado cambio puede ser catalogado como reforma sanitaria completa debemos valorar cuáles son las variables que se han modificado en el proceso y con qué intensidad. Para algunos autores podemos hablar de reforma cuando se concreta en una ley³. Para otros debe haber una definición de objetivos seguida de un proce-

so de cambios institucionales y estructurales profundos y sostenidos liderados por el gobierno⁴. Para otros podemos hablar de reforma sanitaria cuando se produce una modificación en variables importantes, que se pueden calificar de primer nivel⁵. Son las que se refieren a los derechos y obligaciones que definen un sistema sanitario: cobertura (¿a quién?), gasto sanitario total (¿con qué?), gasto sanitario público (¿de quién?), prestaciones (¿qué?) y resultados (¿para qué?).

La Reforma Lluich, recogida en la Ley General de Sanidad de 1986⁶ y en otras medidas importantes^{7,8}, incluidos los procesos de transferencias a las Comunidades Autónomas, supuso un impulso para la mejora de la atención sanitaria, consolidando y generalizando el derecho a la sanidad pública de calidad. En cuanto a las variables de primer nivel, se aumentó la cobertura hasta un 99,5% de la población, reconociendo el derecho a la atención sanitaria pública completa a 8 millones de personas que hasta

entonces no estaban cubiertas por el sistema sanitario. Para ello se incrementó el gasto sanitario público en relación con el PIB del 4,4% al 5,2% y se alcanzó un 78% de financiación pública sobre el total de gasto sanitario⁹. Esta financiación fue posible gracias a la reforma fiscal¹⁰ que permitió ir aumentando los ingresos públicos en relación con el PIB. En tercer lugar, se definieron y aumentaron las prestaciones sanitarias, sobre todo las referidas a la atención primaria, la atención a los problemas de salud mental, la planificación familiar y los trasplantes, configurando una atención sanitaria completa y de calidad, equiparable a las de los países de nuestro entorno. Los resultados positivos se reflejaron tanto a nivel de satisfacción subjetiva como en los indicadores sanitarios objetivos¹¹.

Conviene destacar, además, cambios en dos variables organizativas. El de la atención primaria fue un aspecto importante y novedoso de la reforma, con la creación de los Equipos de Atención Primaria y la puesta en marcha de Centros de Salud^{6,7}, el nuevo enfoque de la Medicina Familiar y Comunitaria¹²⁻¹⁴, el nuevo papel de la enfermería, la introducción de la historia clínica y las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud^{6,7}.

Otra característica importante fue la descentralización de la asistencia sanitaria, impulsando la creación y consolidación de los Servicios Regionales de Salud⁶, y transfiriendo las competencias de gestión para adaptar el modelo sanitario al Estado de las Autonomías, configurando el Consejo Interterritorial como órgano de coordinación del Sistema Nacional de Salud⁶.

Esta Reforma tuvo que enfrentar duras presiones¹⁵. El propio Ministro de Sanidad, Ernest Lluch describió la llamada Operación Primavera¹⁶, que intentó movilizar a los profesionales sanitarios y a la opinión pública contra la Ley General de Sanidad y lo que esta suponía, la universalización de una atención sanitaria de calidad.

Pero la Ley salió adelante y el Sistema Nacional de Salud español es hoy uno de los mejores del mundo, por cobertura, equidad, prestaciones de calidad efectivas y eficientes¹¹.

En la actualidad, en España la sanidad es una prestación no contributiva cuya financiación se realiza a través de los impuestos. El gasto sanitario público supone un 6,99% del PIB⁹, un punto menos que la media de la Unión Europea, la esperanza de vida al nacer es de 82 años, siendo la máxima en todos los países del mundo de 83¹⁷, el catálogo de prestaciones comprende las correspondientes a salud pública, atención sanitaria, y sociosanitaria¹⁸ y la cobertura en 2005 era del 99,8% de la población¹¹.

Un ejemplo paradigmático es el sistema español de trasplantes, por ser el primero del mundo, tanto por donaciones como por órganos trasplantados¹⁹. Es un modelo descentralizado y coordinado que funciona en toda España y que se moviliza todos los días, a cualquier hora, en múltiples centros sanitarios, con cientos de profesionales altamente cualificados.

Otra de las claves de nuestro buen funcionamiento es la excelente formación de los profesionales sanitarios a través del sistema MIR de especialidades, y un buen nivel de investigación en ciencias de la salud.

El gasto sanitario ha ido creciendo a lo largo de los años en función del crecimiento de la renta. El porcentaje de gasto sanitario público sobre el total de gasto sanitario se situaba en 2009 en un 73,6%²⁰, algo por debajo de los países de nuestro entorno (Francia 77,9%, Alemania 76,9%, Italia 77,9%, Reino Unido 84,9%)²⁰. En todo caso, el gasto sanitario público en España, en relación con el PIB, ha seguido estando por debajo de la media europea, es decir, era y es un gasto sostenible.

Sin embargo, el sistema sanitario público está cuestionado. No porque no sea sostenible para una economía como la española, sino porque hay quienes quieren cambiar el modelo, reduciendo cobertura y prestaciones públicas que hoy son accesibles para todas las personas en función de su necesidad, y trasladando parte de las prestaciones y los servicios a la cobertura privada, accesibles solamente a quien lo pueda pagar.

El problema planteado va más allá del sistema sanitario y afecta no solo a España sino a toda Europa.

Cuando dicen que el Sistema Sanitario no es “sostenible” se suelen referir a la sanidad pública, es decir, a cuánto gasto sanitario público se puede permitir un determinado país. No se suele hablar de si es sostenible el gasto sanitario privado para una familia determinada cuando no hay sanidad pública. El gasto sanitario total (público y privado) de un país es proporcional a su nivel de renta. Así un país con poca renta (como Eritrea: 322\$ de renta per cápita) gastará menos proporción de su renta y tendrá menos gasto total (por ejemplo: 3,1% del PIB y 10\$/persona año). Mali, con una renta per cápita de 735\$, tiene un porcentaje de gasto sanitario sobre PIB del 5,3% y un gasto sanitario por persona y año de 39\$. Un país con más renta per cápita (como España con 32.600\$) empleará mayor proporción de la misma y tendrá un mayor gasto sanitario total (9% y 3.132\$). EEUU, con más renta, gasta más todavía (15,8% y 7.164\$)²¹. Cada economía “sostiene” el gasto sanitario (público y privado) que le permite su renta. La cuestión es, pues, cuánto gasto se hace a través de cobertura pública y cuánto de forma privada. La primera se financia a través de impuestos y cotizaciones sociales y permite atender a las personas de forma equitativa en función de su necesidad. La cobertura privada se la paga cada uno y por eso solo pueden acceder a la atención sanitaria los que disponen de recursos para hacer ese gasto.

La clave de la sostenibilidad del gasto sanitario público, así como de todos los gastos sociales (educación, pensiones,...), está en que debe haber un sistema de ingresos públicos suficientes a través de los impuestos y de las cotizaciones sociales, en el que pague más el que más tiene y reciba prestaciones el que las necesita. El modelo social europeo, construido a lo largo del siglo XX, situaba los ingresos fiscales (incluyendo Seguridad Social) en el año 2009 en el 38,4% del PIB (media ponderada UE-27)²². No puede haber unos buenos servicios públicos si no hay una buena política fiscal. En el modelo social europeo se acepta el sistema de producción económica capitalista, en el que hay propiedad privada, ánimo de lucro y enormes diferencias de renta y riqueza. Pero se acepta también que parte de esa riqueza se aporte para los gastos sociales, de tal manera que todos estemos protegidos frente a la adversidad y todos tengamos igualdad real de oportunidades ante la enfermedad. En España los ingresos fiscales llegaron a alcanzar el 37,1% del PIB en el año 2007, una tasa que se iba acercando a la de la UE-27 (39,6%). Ese año y en los dos anteriores no se hablaba de déficit. Al contrario, por primera vez en la democracia se había logrado superávit fiscal (de 1% del PIB en 2005, 2% en 2006 y 1,9% en 2007)²³. Pero la crisis financiera de las “hipotecas basura”, con epicentro en EEUU, cambió el panorama de un día para otro. Provocó una caída brusca de la actividad económica, con pérdida de empleos, disminución de beneficios empresariales y reducción del consumo, con la disminución consiguiente de los ingresos fiscales. Estos cayeron en dos años a un 30,4% (6,7 puntos), más de 60.000 millones de euros. En UE-27 los ingresos fiscales cayeron entre 2007 y 2009 solamente 1,2 puntos desde 39,6% a 38,4%²². ¿Por qué fue mayor la caída en España? Al menos por dos razones. Una, el estallido de la burbuja inmobiliaria. La otra tiene su explicación en que las medidas que se habían ido tomando en los años de crecimiento económico (reducciones, supresiones, bonificaciones) disminu-

yeron la recaudación, ya que afectaron a muchos tributos (IRPF, impuesto de sociedades, impuesto de sucesiones y transmisiones patrimoniales, impuesto de patrimonio, etc.). El hecho es que se generó un déficit fiscal importante que alcanzó el 11,1% del PIB en 2009²³, debido a la suma de efectos de la caída de los ingresos y el aumento de gastos (para pagar a los desempleados y ayudar a los bancos).

La causa de la crisis económica internacional de 2007-2008 fue un fallo sistémico del capitalismo financiero mundial (fallaron los reguladores, los auditores, y las agencias de calificación) que llevó a grandes entidades financieras de EEUU y de Europa a la quiebra y a una fuerte contracción del crédito, con el freno consiguiente de la economía real. En 2008 la crisis era de tal magnitud que se habló de la necesidad de “refundar el capitalismo”, de redefinir las reglas de juego. Pero ni antes ni durante la crisis se ha regulado la circulación de capitales, ni el funcionamiento de las Bolsas, ni se han introducido tasas a las transacciones financieras para recuperar beneficio social, ni se ha puesto coto a los paraísos fiscales, ni se ha sancionado a los operadores, ni a los reguladores, ni a los certificadores que causaron este desastre. En lugar de penalizar y corregir los errores del sistema financiero, en lugar de refundar el capitalismo, los especuladores han tomado el control del “discurso económico”, situando el debate en el déficit público para justificar la necesidad de realizar recortes sociales “y así aumentar la competitividad y reducir el déficit”. Un déficit causado por ellos.

En el caso de España es necesario mejorar sus ingresos fiscales para acercarlos a los países de nuestro entorno (8 puntos de PIB respecto a la UE-27; 11,2 respecto a Francia; 9,3 respecto a Alemania)²³. Y eso pasa por una lucha contra el fraude fiscal (el volumen de la economía sumergida se estima en un 21,5%²⁴) y por una reforma fiscal adecuada, compatible con el impulso al crecimiento de la economía y la creación de empleos.

La agresión al modelo social está siendo general en toda Europa y se están produciendo recortes sociales a nivel de empleo público y privado, prestaciones sanitarias y educativas que recuerdan mucho a lo que sucede en el documental *Bamako*, con cuya cita comienza este editorial. En él se celebra un juicio en Bamako, capital de la República de Mali, al Banco Mundial y al Fondo Monetario Internacional por presionar con su deuda a privatizar el transporte, los servicios públicos sanitarios, educativos, etcétera. Como dicen los fiscales de la película ... *el pago de la deuda no solo termina de arruinar las economías sino que se le suma la liquidación de los bienes públicos. [...] Se ha privatizado la salud, privatizamos la educación, concebida como un derecho universal, hemos privatizado, malvendiendo, los servicios públicos, el agua, [...] Este pueblo es el huérfano que reclama el pecho de la madre arrebatado en el parto mientras él solo exigía un derecho: la atención primaria de salud*. En Bamako los fiscales solicitan la declaración de culpabilidad para el Banco Mundial *por no haber respetado su mandato original: servir a la humanidad* y lo condenan a *la pena más modesta y suave: trabajar por el interés general de la humanidad a perpetuidad [...] Porque se trata del equilibrio del mundo y del porvenir de la humanidad*. El documental *Bamako* fue declarado por las Naciones Unidas como Bien de Interés Cultural. En lugar de desaparecer este tipo de situaciones en los países del mundo en desarrollo, se ha extendido a los que consideramos países del primer mundo. Y con la excusa de la crisis económica se está creando más pobreza que soluciones lógicas que mantengan los recursos públicos en el sector público. También en nuestro ámbito están pasando a manos privadas de empresas que buscan el lucro y nunca el interés general. Es evidente que se trata de un error muy grave que pagaremos muy caro, lo que se reflejará en indicadores sanitarios, educativos, migratorios. Y, una vez más, concretamente en España, podemos vernos en la situación de ver emigrar a personas jóvenes en busca de

trabajo y sueldo digno, en lugar de diseñar las políticas sociales necesarias que faciliten que permanezcan en el país para, con la formación que en él han obtenido, colaboren a la superación de las consecuencias de la crisis. Si no fuera su deseo, no estarían surgiendo colectivos y movimientos, a través de las redes sociales de internet, reivindicando el final de un capitalismo depredador que asfixia a personas de todas las edades, pero que además deja sin futuro a los más jóvenes. Nos referimos a los movimientos de los indignados y a las rebeliones de los países del Magreb. Se trata de transformar los derechos universales en derechos políticos con fuerza de ley en cada país, en el ámbito europeo y en el mundial. No deberíamos seguir esperando a construir en todo el mundo gobiernos políticos, sociales y democráticos que puedan controlar al capital financiero para ponerlo al servicio de los intereses generales, tal y como rezan las Constituciones Nacionales como la española. Un paso modesto en esta dirección es la propuesta de una Carta Europea de la Salud²⁵ que promueva una legislación europea para una atención sanitaria pública universal y de calidad. De lo contrario, las clases sociales más desfavorecidas tendrán que soportar una vez más la injusticia social, incluyendo la desigualdad en la atención sanitaria, si continúa la desmantelamiento de la reforma que comenzó Lluch, lo que supondría para España un retroceso de más de 25 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sissako A. Bamako [documental]. Denis Fried y Abderramán Sissak. Francia, Mali y EEUU; 2006.
2. Lamata F. Manual de Administración y Gestión Sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 1998.
3. Jönsson B. Making sense of healthcare reform. En OECD, Health Care Reform. The will to change. Health Policy Studies nº 8. Paris: OCDE; 1996.
- 4.-Figueras J, Saltman RB. European Health Care Reforms. Analysis of current strategies. Copenhagen: WHO Europe;1996.
- 5.- Lamata F. Estudio Comparado de las Reformas de los Sistemas Sanitarios de España y Bulgaria. [Tesis Doctoral]. Universidad Autónoma de Madrid; 1998.
- 6.- Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 General de Sanidad. BOE número 102 de 29/4/1986.
- 7.- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE número 27 de 1/2/1984.
- 8.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1985.
- 9.- OECD (2011).Public expenditure on health Health: Health: Key Tables from OECD. DOI:10.1787/20758480 Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-key-tables-from-oecd_20758480
- 10.- Boletín Oficial del Estado. Ley 50/1977, de 14 de noviembre, de medidas urgentes de reforma fiscal. BOE núm 274 de 16/11/1977.
- 11.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
12. Boletín Oficial del Estado. RD 2015 de 1978 por el que se regula la obtención de especialidades médicas. BOE núm 206 de 29 de agosto de 1978.
13. Boletín Oficial del Estado. RD 3303 de 1978 de regulación de la Medicina de Familia y Comunitaria como especialidad de la profesión médica. BOE núm 29 de 2 de febrero de 1979.
14. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de médico especialista.
15. La reforma sanitaria en España a debate. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1984.
16. Lluch E. La campaña contra la Ley General de Sanidad. En: Ortega F, Lamata F. La década de la Reforma Sanitaria. Madrid: Ex libris;1998.
17. World Health Organization. Life expectancy at birth 1990, 2000, 2009. [Citado el 8/9/2011]. Disponible en: http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mbd/life_expectancy/atlas.html
18. Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm 128 de 29-05-2003.

19. Rafael Matesanz, Beatriz Domínguez-Gil, Elisabeth Coll, Gloria de la Rosa and Rosario Marazuela. Spanish experience as a leading country: what kind of measures were taken? *Trasplant International*. 2011: 333–343.

20.- OECD (2011). Public expenditure on health *Health: Key Tables from OECD*, doi: 10.1787/hlthxp-pub-table-2011-1-en Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/public-expenditure-on-health_20758480-table3

21.- Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales. Copenhague: WHO; 2011.

22.- Taxation trends in the European Union. Eurostat. Bruselas: Comisión Europea; 2011.

23. Banco de España. Déficit y deuda de las Administraciones Públicas. Boletín Estadístico. 2011. Disponible en: <http://www.bde.es/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/BoletinEstadistico/11/Fich/bes1107.pdf>

24. Arrazola M, de Hevia J, Mauleón I, Sánchez R, Malo MA, Garrido L et al. La economía sumergida en España. Cuadernos de información económica. 2011.

25.- Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública. Carta del Derecho a la Salud de los Ciudadanos y las Ciudadanas de la Unión Europea. Página Web de la Federación.

COLABORACIÓN ESPECIAL

LA REFORMA PSIQUIÁTRICA 25 AÑOS DESPUÉS DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD

Manuel Desviat

Centro de Salud Mental de Tetuán. Madrid.

RESUMEN

El artículo analiza la situación de la reforma psiquiátrica a los 25 años de la Ley General de Sanidad. Se pregunta por lo que se ha hecho y lo que se ha dejado de hacer; por el grado de implantación del modelo comunitario que adopta la Ley y por su sostenibilidad futura. Entre las fortalezas se señalan la pérdida de hegemonía del hospital psiquiátrico y el gran desarrollo de recursos alternativos, y se trata de explicar el porqué de las insuficiencias asistenciales, normativas y formativas, así como de las amenazas: los cambios producidos en la gestión de los servicios sociales y sanitarios, la creciente privatización de los servicios, la precarización teórica y los cambios en la demanda de la población.

Palabras clave: Reforma sanitaria. Sanidad pública. Salud mental. Psiquiatría comunitaria. Psiquiatría biológica. Políticas públicas. España.

ABSTRACT

Psychiatric Reform 25 Years after the General Law of Health

The paper analyzes the situation of the psychiatric reform 25 years of the General Health Law. The author wonders what has been done and what has been left undone, on the degree of implementation of the Community model that adopts the law and its future sustainability. It highlights, among the strengths, the loss of hegemony of the psychiatric hospital and the great development of alternative resources, and seeks to explain the reason for the inadequacies of care, policy and training, as well as threats: the changes in the management of social and health services, increased privatization of services, the theoretical impoverishment and changing demands of the population.

Keywords: Health care reform. Legislation. Public health care. Mental Health. Community Psychiatry. Biological Psychiatry. Public policy. Spain

Correspondencia:
Manuel Desviat. Juan de Austria 30, 4º A.
28010 Madrid
desviatm@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La inclusión en la Ley General de Sanidad¹ (LGS) de los principios que iban a guiar la reforma psiquiátrica en España señaló la demanda social existente ante la desastrosa situación de la atención a la salud mental y la presencia pública de un colectivo profesional que venía luchando desde los años setenta por otra psiquiatría y otra sanidad en un país democrático. La LGS cerró en 1986 un duro debate iniciado en la Transición, apostando por un Sistema Nacional de Salud que garantizara una prestación universal, equitativa y descentralizada, de financiación pública, frente al modelo liberal defendido por los grupos conservadores. En salud mental, la LGS diseñó en su artículo 20 las líneas maestras de la transformación de la asistencia psiquiátrica en base a un modelo comunitario y desinstitucionalizador y su total integración en la sanidad general. Con esta norma España asumió los principios que venían rigiendo los procesos de cambio en la asistencia psiquiátrica iniciados tras la II Guerra Mundial en países democráticos desarrollados (Reino Unido, EEUU, Canadá, Italia...), donde se estaban promoviendo reformas legales y asistenciales para garantizar una mejor atención y un mayor respeto de los derechos ciudadanos y humanos de los pacientes mentales. Reformas que surgieron en el clima de gran sensibilidad social y crecimiento económico de la posguerra mundial cuando, teniendo como horizonte el Estado de Bienestar, se promovió la creación de servicios nacionales de salud, el desarrollo de la atención primaria y la nueva salud pública³. La Organización Mundial de la Salud, en su Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000⁴, resumió y promovió el ideario y los objetivos de la época: un conjunto de medidas y recomendaciones encaminadas a la promoción de estilos de vida saludables, a la prevención de enfermedades evitables y al establecimiento de servicios

sanitarios que desplazaran el eje de la atención desde la asistencia hospitalaria a la atención primaria, preventiva y promotora de salud⁵.

Varias décadas después se inició en España la Reforma Psiquiátrica en el contexto de la reconstrucción democrática de la sociedad, acelerada tras el triunfo de la izquierda en las elecciones de 1982. Fue una gran ventaja para un proceso que exigía la complicidad social. Su inicio tardío permitió conocer los errores y problemas de las reformas primigenias, en especial las dificultades de atender la nueva cronicidad, surgida con la desinstitucionalización, y la necesidad de nuevas técnicas para afrontarla. Pero también traería consigo, demasiado pronto, las ambigüedades políticas a las que arrastró el cambio que se inició a finales de los ochenta en la gestión de la sanidad y las prestaciones públicas, que situó la reforma sanitaria y psiquiátrica a contracorriente de las nuevas tendencias político-económicas (políticas neoliberales en el Reino Unido⁶, directrices del Banco Mundial (1987)⁷, la Medicina Gestionada en EEUU)⁸.

PRINCIPIOS

Unos pocos principios, en buena parte contemplados en la LGS, caracterizaron los procesos que se iban a poner en marcha en las diferentes Comunidades Autónomas. En primer lugar, se buscó romper la marginación de la asistencia al enfermo mental, integrando todos los servicios de salud mental en el sistema sanitario general como atención especializada, en conexión con la atención primaria (puerta de entrada del sistema) y coordinada con los servicios locales de atención social. La organización de la sanidad en Áreas Sanitarias va a permitir desarrollar servicios de salud mental en cada Área, incorporando en una sola red los recursos hasta entonces dispersos en las distintas administraciones con competencias en salud mental (estatal,

provincial, municipal). Integración y acercamiento a la población que permitía el trabajo comunitario. Los servicios de psiquiatría pasaron a llamarse servicios de salud mental, lo que supuso algo más que un cambio de nombre. La nueva organización priorizó la toma a cargo del paciente por los equipos ambulatorios y el desarrollo de unidades y programas de hospitalización parcial, atención ambulatoria, atención domiciliaria, rehabilitación psiquiátrica y alternativas residenciales a la larga estancia manicomial (pisos supervisados, minirresidencias, residencias de salud mental). Se crearon unidades en el hospital general y se procuró la disminución de camas y el progresivo cierre de los hospitales psiquiátricos.

En segundo lugar, para salvaguardar los derechos de los pacientes mentales, se diseñaron cambios en las normativas legales que les afectaban, lo que representó uno de los aspectos más originales y vanguardistas de la reforma española: se reguló en el marco de las leyes ordinarias, evitando una legislación específica que pudiera discriminar a estos enfermos. La LGS de 1986, las modificaciones del Código Civil (Art. 211, 1983; LOPJM, 1996; Art. 763 LEC, 2000) y del Código Penal (1983, 1995), así como la reforma de la sanidad penitenciaria (con el cierre de los hospitales psiquiátricos penitenciarios y la creación de unidades de custodia en los hospitales generales) posibilitaron las nuevas modalidades asistenciales y la salvaguarda de los derechos del enfermo mental de forma inespecífica, como en cualquier otra situación o padecimiento donde el sujeto no puede gobernarse a sí mismo transitoriamente.

En tercer lugar, se modificó la formación de médicos residentes en psiquiatría (Programa MIR nacional, 1984, 1994), creando las especialidades de psicología clínica (PIR) y enfermería en salud mental (especialidad en 1987, EIR 1998), que se

adaptaron al nuevo modelo asistencial, con rotaciones obligadas por todas las unidades asistenciales, desde los centros de salud mental a los programas de rehabilitación. En los servicios de salud mental de cada área sanitaria se crearon comisiones de docencia.

LOGROS, DEBILIDADES Y AMENAZAS

Después de más de dos décadas de desarrollo, no cabe duda de la mejora de la atención psiquiátrica en España. En este tiempo, ha cambiado el modelo asistencial, el número y calidad de los recursos y el imaginario social en la representación que de la enfermedad mental y de los servicios psiquiátricos tiene hoy la población. Transformación que se refleja en la evolución de los indicadores, como puede comprobarse en la información dada por el Ministerio de Sanidad y Consumo⁹ y en el Observatorio creado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría- Profesionales de la Salud Mental¹⁰. Pero el desarrollo de la reforma fue tremendamente desigual debido a las características del Estado de las Autonomías y a las propias del subsistema de salud mental (desigualdades, entre otras, en el calendario de las transferencias de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas, en las voluntades políticas regionales y en el compromiso de los profesionales) y, sobre todo, a la ambivalencia del gobierno central y de los autonómicos. Desigualdad acusada sobre todo en los recursos que exigen un mayor soporte sociosanitario, como fue la atención a la cronicidad y, en general, los programas comunitarios. La persistencia del hospital psiquiátrico como larga estancia en muchas comunidades autónomas, por mucho que continuamente se repita que la reforma los ha cerrado, es prueba de ello. Una desigualdad que se ha visto acompañada por la ausencia de un sistema de información único y eficiente que pueda evaluar y contrastar el desarrollo del

modelo. La existencia de indicadores propios de la salud mental a nivel del Estado hubiera permitido homogenizar la reforma. Por otra parte, su ausencia ha dejado inerte, en algunas Comunidades, a la salud mental a la hora de su integración en la sanidad general.

Entre los logros que han constituido un elemento indispensable para la implantación de una nueva gestión clínica en salud mental, y que han convertido la reforma sanitaria española en modelo internacional, está el desarrollo de la atención primaria, su calidad y concepción integradora de los distintos niveles de la asistencia. Por ello mismo, constituyen una amenaza los signos que nos avisan de su progresivo deterioro por falta de medios, de tiempo, de presupuesto. Un presupuesto cuyo porcentaje atribuido (relación hospital-atención primaria) sigue siendo uno de los más bajos de Europa. Algo que es más pronunciado, según Gervás y Pérez Fernández¹¹, en las CCAA más ricas que orientan todavía más su gasto hacia los hospitales. Son las más pobres, envejecidas y/o gobernadas por la izquierda las que favorecen la atención primaria.

Con todo, las grandes debilidades de la reforma no están en la insuficiencia o precariedad de algunos recursos ni en la ausencia de una coordinación interterritorial más eficaz. La mayor debilidad se encuentra en las dificultades que el modelo propuesto ha tenido para ser integrado en la conciencia colectiva, tanto en la consideración de la sociedad civil y de sus agentes (asociaciones ciudadanas, partidos, sindicatos) como en la de los colectivos profesionales, así como en el precario desarrollo de aspectos centrales de la propia LGS. Entre otros, la no creación del Plan Integrado de Salud (que debería haber sido aprobado por el Parlamento de la Nación y ser referencia para todas las actividades del Sistema Nacional de Salud); o la no constitución de las Gerencias y los Consejos de Salud de Área, así como la ausencia casi total de participación social. In-

cumplimientos que se explican por la falta de determinación política en los sucesivos gobiernos de la nación para que la sanidad tenga la preferencia que le corresponde en cuanto bien social y como sector estratégico en el desarrollo económico. Y aquí juega un papel determinante el progresivo predominio mundial de la política neoconservadora, como señalábamos al principio, así como los cambios en la demanda, la medicalización y psicologización de una sociedad que ha convertido en una mercancía más la prestación sanitaria y en una responsabilidad individual estar enfermo. Pero, y esto no se puede obviar desde el sector sanitario, también han influido las insuficiencias técnicas, las dificultades en el propio mundo profesional “comunitario”, cuya práctica muchas veces no ha diferido, más allá del discurso, de la práctica tradicional a la que se pretendía desplazar. Es verdad que la urgencia por modificar la desastrosa situación asistencial estableció las prioridades en la dirección de la reforma, entre otras la escasa importancia que se le dio a la Universidad, lo que facilitó que no se implicara, o se implicara mínimamente, en el proceso de cambios. Y esta falta de visión estratégica nos explica algunos de los graves problemas que nos encontramos ahora en la formación de pregrado, en el currículo de los profesionales de la salud mental y en el predominio en el mundo académico de tendencias opuestas a los principios de la reforma. A lo que se une la incapacidad de gobiernos autonómicos y de la administración central para establecer un marco laboral que potencie el desarrollo del modelo propuesto por la LGS. En muchas ocasiones y regiones, la reforma se hizo sin cambios normativos que avalaran las nuevas formas de trabajo (la actividad en el territorio, la nueva articulación de los servicios), sin disposiciones que legitimaran la atención comunitaria, más allá del amparo del artículo 20 de La Ley General de Sanidad (al fin y al cabo unos principios interpretables).

Volviendo sobre la participación, es importante destacar el papel de las asociaciones de familiares desde los primeros

momentos de la reforma. En 1983 se creó la Federación Estatal de Asociaciones de Familiares de Enfermos Psíquicos (FEA-FES), que agrupa una serie de asociaciones que se han ido creando en el propio proceso de las reformas locales, que se consolidó a nivel nacional en 1991 como Confederación, en cuanto que ha sido un factor dinamizador fundamental, sobre todo de apoyo social, para la visibilidad social de la transformación asistencial. Su apoyo sigue siendo un factor indispensable y, por lo mismo, es preocupante el riesgo de las mudanzas que se están viviendo en su seno. Porque si bien los familiares, y en escasa medida los pacientes (en España no existen prácticamente asociaciones de enfermos mentales), asumen en su mayoría los principios desinstitucionalizadores y comunitarios, su financiación les hace muy dependientes de los cambios políticos de las administraciones. A lo que hay que añadir su cada vez mayor fragmentación: bipolares, esquizofrénicos, límites, trastornos de la conducta alimentaria..., que deja sus demandas a merced de los lobbies societarios que tienen mayor capacidad de influencia en el poder político. Algo que puede pervertir la planificación (véanse ejemplos recientes como la proliferación de unidades de fibromialgia o trastornos borderline, fagocitando recursos de la atención a la psicosis o a las neurosis graves).

LOS CAMBIOS EN LA GESTIÓN. EL CLIENTE SIGUE AL DINERO

Detengámonos a continuación en otros factores económicos, técnicos y políticos que hay que considerar determinantes de la situación actual de la sanidad y de una estrategia de futuro. Lo primero a tener en cuenta, como venimos diciendo, es que el marco general ha cambiado sin que la atención sanitaria y social comunitaria se haya convertido en una política de Estado, sin que se haya hecho un pacto de Estado que comprometa a las fuerzas políticas ni la salud mental haya sido asumida por la

población como un derecho primordial a defender. Al contrario, la seducción por el mercado como elemento regulador de las prestaciones sanitarias se introdujo en España durante los años 90 del pasado siglo, con el Informe Abril, junto con las nuevas formas de gestión, como un procedimiento para aumentar la eficiencia y recortar el gasto sanitario en los planes de varias comunidades autónomas (Cataluña, País Vasco, Valencia...) y a nivel nacional con el Plan Estratégico del extinto INSA-LUD en 1998.

Experiencias privatizadoras que se iniciaron desde entonces en distintas Comunidades Autónomas y que de hecho se legitimaron con la Ley 15/1997 aprobada con el acuerdo de los dos partidos mayoritarios en el Parlamento de la Nación. Transformación del modelo sanitario que llegó a su máxima expresión en las Comunidades de Madrid y Valencia (con concesiones administrativas que transfieren a las empresas privadas toda la gestión, tanto clínica como no asistencial, de los servicios sanitarios de un territorio), convirtiendo la sanidad en un negocio seguro para las constructoras y entidades antes de riesgo. Política sanitaria que pretende ignorar los resultados de más de dos décadas de modelos de gestión mixta (las Iniciativas de Financiación Privada, PFI en sus iniciales en inglés) en otros países, reseñados, entre otros, por el análisis del Observatorio Europeo de la Organización Mundial de la Salud¹²), que concluyó que los centros sanitarios bajo estas formas tienen un mayor coste, mayor complejidad y una menor calidad y flexibilidad¹². Una “sanidad del ladrillo” como plantea Javier Elola¹³, que viene acompañada de la desarticulación de la red pública, tendente a facilitar “la libre circulación del capital”; con dos líneas principales de actuación en la Comunidad de Madrid: de una parte, organizativa –área única, abandono de la atención primaria, libre elección de médico, desaparición de la Dirección de Salud

Pública- y de otra disciplinaria -tendente a un mejor control político de los profesionales, ceses de jefes de servicio y directivos por falta de idoneidad política, encumbramiento de otros sin adecuado perfil técnico pero afines a quienes les nombran.

UNA PSIQUIATRÍA SIN PARADIGMA TEÓRICO

A esta visión neoliberal de concebir la organización sanitaria le corresponde, como no podía ser de otra manera, una formulación supuestamente científica de la psiquiatría que pretende dar cobertura a su práctica. Factor de hipotético conocimiento a tener muy en cuenta, pues marca cuáles son las tendencias hoy hegemónicas de la psiquiatría y de la psicología en nuestro país y en el mundo, y cómo influyen en la asistencia. Desde los años ochenta del pasado siglo pierde presencia la psiquiatría dinámica y social en beneficio de un reduccionismo biológico, muy dependiente de la Empresa farmacéutica, que culmina en los Manuales Diagnósticos de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM, en sus siglas en inglés). Psiquiatría utilitarista que se declara ateórica y sustituye los síntomas por criterios diagnósticos. El Libro Blanco Francés de la Psiquiatría (editado en 2003 por la Fédération Française de Psychiatrie, que agrupa a las diferentes asociaciones de psiquiatría y salud mental de ese país) deja clara la situación cuando plantea la existencia de una crisis que está cuestionando la misma supervivencia de la psiquiatría, avistando el riesgo de que ésta esté perdiendo su razón de ser, ante el avance de una ideología que reduce la enfermedad mental a las ciencias moleculares del cerebro, y una demanda social proteica¹⁴. Una demanda muy medicalizada, producto de las nuevas formas de gestión del malestar que por parte de los gobiernos busca en las terapias soluciones a las fallas sociales y por parte de los ciudadanos atajos a la felicidad.

No hay nada inocente tras este supuesto

cientificismo. Detrás de esta simplificación de la psiquiatría que se hace llamar biológica se encubre una práctica, tanto en la investigación como en la clínica o la lucha contra el estigma, que desaloja al sujeto en beneficio del mercado. En España, la reforma psiquiátrica se construye sobre un vacío teórico de más de 40 años, pues salvo algunas excepciones aisladas, como Luis Martín Santos y Carlos Castilla del Pino, el desarrollo científico de la psiquiatría española, que adquirió gran relevancia internacional durante la Segunda República, quedó truncado con la dictadura. Perdidas las figuras relevantes de entonces en el exilio o la marginación interior, dominan el abandono de la asistencia pública y la mediocridad y el nepotismo en la Universidad y una total carencia de núcleos investigadores. El grupo generacional que emprende la reforma busca sus referencias fuera de España, en la psicoterapia institucional francesa, la comunidad terapéutica inglesa, la psiquiatría italiana en el territorio, la psiquiatría comunitaria estadounidense..., modelos asistenciales que encuentran su base teórica en el psicoanálisis, la terapia familiar, la psiquiatría social... Inspiradas en estos procesos de cambio durante el tardo franquismo se iniciaron una serie de experiencias de transformación llevadas a cabo por profesionales progresistas agrupados en la semiclandestina Coordinadora de psiquiatría y, posteriormente, al inicio de la democracia, en la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Fue una etapa de denuncia, represión y movilizaciones, que dieron a conocer la obsolescencia de la asistencia psiquiátrica en España y que permitió forjar un consenso entre los profesionales reformistas y una cierta sensibilización en la opinión pública. Hay un libro colectivo que da cuenta de estas experiencias pre-reforma¹⁵. Los principios de ese consenso, que se beneficiaron del inicio tardío de la reforma, aprendiendo de los errores y logros de otros lugares, nutrieron el Informe de la Comisión que creó el Ministerio de Sanidad en 1985¹⁶ y que un año después

sentó las bases del mencionado artículo 20 de la LGS. A partir de entonces, la construcción del modelo asistencial fue muy dispar. Hubo comunidades autónomas en avanzada: Asturias, Andalucía, Madrid, Navarra, donde gracias al apoyo de las administraciones se produjeron rápidos cambios en la estructura de la asistencia a la salud mental: separación de la especialidad de Neuropsiquiatría en Neurología y Psiquiatría, integración o coordinación de los recursos de salud mental, políticas activas de desinstitucionalización (superación de los hospitales psiquiátricos) y creación de recursos y programas asistenciales en la comunidad (seguimiento, rehabilitación, crisis, unidades de hospitalización breve en los hospitales generales, centros de salud mental, hospitales de día, coordinación con atención primaria...) ins-tauración de registros epidemiológicos de casos psiquiátricos..., pero, como señaló el Defensor del Pueblo en su Informe de 1991¹⁷, en otras comunidades el ritmo es mucho más lento, y el hospital psiquiátrico seguía siendo “el eje de la asistencia psiquiátrica y el principal dispositivo en materia de salud mental en algunos territorios, sin que se haya variado sustancialmente su estructura tradicional (por ejemplo Baleares, Cantabria, Canarias, Extremadura y Cataluña), si bien esta última simultanea el paulatino desarrollo de programas comunitarios con hospitales psiquiátricos sin transformar”. Diversidad que no solo se mantiene entre Comunidades sino hasta dentro de ellas, como ha sucedido en Madrid, entre la zona sur y el resto del territorio. En el libro editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*⁹ se puede seguir la evolución de la implantación de recursos asistenciales y su situación actual. En cuanto a la producción teórica, o la reflexión sobre lo que se viene haciendo, surgen publicaciones y revistas de orientación pública y comunitaria: la Revista (y la editorial) de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (1981), *Psiquiatría Pública* (1988-2001), *Editorial Nieva/Dorsa* (1988); y más recientemente *Siso-Saude*

(1984), *Goze/Norte de Salud Mental* (1997), *Frenia* (2001), *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* (2001) y *Átopos, salud mental, comunidad y cultura* (2003), las cuales intentan reflexionar sobre la práctica comunitaria, recuperando fundamentos psicopatológicos, sociológicos y filosóficos que puedan sustentar una nueva concepción de la locura y de la práctica de la salud mental.

Pero el esfuerzo docente e investigador de los profesionales reformistas se ha visto comprometido por una falta de apoyo y de reconocimiento. De una parte, la industria como patrocinadora de la ciencia, por otra la indiferencia de la Administración para con los profesionales de lo público, avocados a una práctica rutinaria entre la presión asistencial y la falta de incentivos. La investigación queda fuera de la labor clínica cotidiana. Hay una clara disociación entre quienes hacen clínica y quienes hacen investigación, o bien, en el ámbito de los servicios, entre quienes ven pacientes y quienes escriben sobre cómo se ven los pacientes. Brecha que hace que las preguntas que responden los investigadores no sean las que se producen en la clínica, y disociación que hace que los trabajos sobre clínica sean muchas veces revisiones de la literatura internacional de escasa aplicación a la práctica cotidiana. Hay que tener en cuenta que el cambio de marco territorial no ha sido suficiente, que el desarrollo de unos programas que fueran más allá de la consulta o de la asistencia no se ha desarrollado suficientemente. Tampoco una clínica diferente, permaneciendo anclada en una psicopatología incapaz de comprender la enfermedad mental en su determinación múltiple: histórica, social, orgánica y psicológica. No hubo una preparación, un cuidado del futuro y cuando cambiaron los tiempos, cuando el horizonte político fue otro que el Estado del bienestar, cuando el Banco Mundial apretó la presión sobre ajustes, recortes y privatizaciones de las prestaciones sanitarias y sociales, cuando los cambios políticos fueron adversos o poco proclives a la sanidad

pública, la ausencia de este desarrollo normativo coloca buena parte de la reforma bajo sospecha. No podemos ignorar que en España la reforma psiquiátrica no fue una ruptura, fue una transición pactada, cuidadosa con los poderes psiquiátricos provenientes de la dictadura, que ocupaban las cátedras y las jefaturas de los hospitales clínicos. Son muchos los que dicen que buena parte de las insuficiencias que tiene la democracia española tiene que ver con la forma posibilista y cautelosa con la que se hizo la transición democrática. El ejemplo es válido para la sanidad: los 13 borradores de la LGS lo atestiguan. Como lo atestigua su lento y precavido desarrollo: casi veinte años para completar las transferencias sanitarias, elemento llave de todo el proceso. La reforma sanitaria, y consecuentemente la reforma psiquiátrica española, no cambió las reglas de juego. De ahí, en parte, sus insuficiencias. De ahí algunos de los problemas que hoy nos encontramos, cuando ya se ha dado por acabado el proceso.

A MODO DE CONCLUSIONES

El proceso de reforma psiquiátrica que inauguró la LGS se enfrentó a un doble desafío: desmontar un sistema antiguo asentado en el hospital psiquiátrico y las consultas de neuropsiquiatría de dos horas del seguro de enfermedad y a la construcción de un nuevo modelo asistencial. No puede haber duda alguna de la consecución de lo primero. A pesar de sus insuficiencias, sobre todo en la cobertura residencial, la atención a la salud mental en España cumple los requisitos de una sociedad de economía avanzada. Y en lo público hay que reseñar avances epistemológicos y clínicos: se han desarrollado aplicaciones clínicas en la práctica pública, desde la intervención en crisis, la psicoterapia breve y de grupo a las herramientas de adquisición o recuperación de habilidades sociales, que permiten una asistencia que va más allá de la psicofarmacología o la contención física. El crecimiento de las neurociencias per-

mite, junto con los conocimientos epidemiológicos y de la psiquiatría social, un soporte a la clínica del sujeto, a un abordaje global no reduccionista del malestar psíquico. Cuestión diferente, por las razones ya expuestas, es si se ha construido un nuevo modelo o el peso hospitalario y la medicina organicista siguen siendo prevalentes frente a lo comunitario y los principios de salud pública que inspiraron la reforma. Claro que, en cualquier caso, el futuro de la psiquiatría no se juega en la falsa confrontación psiquiatría biológica - psiquiatría social o dinámica. Se juega, en primer lugar, al igual que toda la sanidad, entre sistema público de salud o la privatización de los servicios. Y en segundo lugar, entre un modelo médico reparador frente a un modelo sanitario orientado por la Salud Pública. La reforma psiquiátrica y, por tanto, la implantación del modelo comunitario, inició su andadura en nuestro país en el marco de una reforma que garantizaba el aseguramiento público y universal de todos los ciudadanos en los servicios sanitarios y sociales. Un modelo que descansa en el Área de Salud como espacio ordenador de la red sanitaria y con la atención primaria como puerta de entrada del sistema. Garantizar la atención en los distintos niveles de necesidad de los enfermos mentales exige de estas garantías, de este aseguramiento público y universal. Un Servicio Nacional de Salud público y universal es la más importante de todas las condiciones de posibilidad para la sostenibilidad del sistema frente a las iniciativas privatizadoras. Un sistema público con una buena gobernanza, que siga las recomendaciones recientes del Consejo de Europa para el Buen Gobierno de los Sistemas de Salud (respeto a los derechos humanos, universalidad, solidaridad, participación, democracia...). La lectura de los datos epidemiológicos obligaría a ello: los trastornos mentales constituyen la causa más frecuente de la carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Se estima que su coste económico está entre el 3 y el 4% del PNB¹⁸. En España, excluyendo los trastornos mentales

causados por el uso indebido de sustancias, se puede afirmar que el 9% de la población padece al menos un trastorno mental en la actualidad y que algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida¹⁹. Estas cifras se incrementarán probablemente en el futuro. Una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental. Los miembros de la familia son frecuentemente los cuidadores primarios de las personas con trastornos mentales. La mayoría de los trastornos mentales son leves o transitorios y, sea cual sea su gravedad, sabemos que existen medidas terapéuticas y de rehabilitación que se han demostrado efectivas. Pero para ello, para esa buena gobernanza de la sanidad, es precisa una acción política de los profesionales y del conjunto de la sociedad. Es precisa la labor de los profesionales tanto en el día a día de la clínica como en la influencia como expertos en la propia comunidad y de todo el tejido social. Y es preciso que la población asuma el cuidado de la salud, y de la salud mental en particular, como uno de sus objetivos prioritarios. Hay pendiente un trabajo ciudadano, desde las herramientas de nuestros oficios, para cambiar un imaginario colectivo que deposita cada vez más las dificultades y malestares en manos de expertos y chamanes, convirtiendo muchas veces en síntomas la incapacidad para hacer frente a los reveses de la existencia, o las fallas de un sistema social que predispone, cuando no provoca y prolonga, las llamadas enfermedades mentales. Y hay pendiente una reivindicación social, como en otras áreas de la gobernanza del bienestar, si la sociedad española quiere ser protagonista del cuidado de su salud y no mera usuaria de unos servicios no siempre eficientes. Hay que decirlo una vez más: la forma de atender a los enfermos más frágiles y necesitados define el sistema sanitario. Al igual que la forma como una sociedad afronta la desviación y la locura define su talante moral, sus valores cívicos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 General de Sanidad. BOE número 102 de 29/4/1986.
- 2.- Zambrano M. Persona y democracia. Madrid: Siruela; 1996.
- 3.- Ashton J, Seymour H. La nueva salud pública. Barcelona: Masson; 1990.
- 4.- OMS. Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Ginebra: OMS; 1981.
- 5.- Desviat M. La reforma psiquiátrica. Madrid: Dor; 1994.
- 6.- Secretary of State for Health. Working for Patients. London: HMSO; 1989.
- 7.- Akin J. Financing Health Services in Developing Countries. An agenda for Reform 1997. Washington DC: World Bank; 1987.
- 8.- Taintor Z, Cancro R. La medicina gestionada con ánimo de lucro en los EEUU. In: Guimón J SdSN, editor. La gestión de las intervenciones psiquiátricas. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003.
- 9.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en salud mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de sanidad y Consumo; 2007.
- 10.- Asociación Española de Neuropsiquiatría. El observatorio de salud mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2007.
- 11.- Gervás J, Pérez Fernández M. La necesaria Atención primaria en España. Gest Clín Sanit. 2008;10(1):8-12.
- 12.- Disponible en: <http://www.observatory.dk>. citado 2011.
- 13.- Elola J. La sanidad española en la nueva legislatura autonómica (2007-2011). Rev Adm Sanit. 2007;5(4):635-42.
- 14.- Fédération Française de Psychiatrie. Livre blanc de la psychiatrie. Paris: JL Jhon Libbeey Eurotext; 2003.
- 15.- González de Chávez M (coordinador). La transformación de la Asistencia Psiquiátrica. Madrid: Mayoria; 1980.
- 16.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1985.

17.- Defensor del Pueblo. Situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España. Madrid: Defensor del Pueblo; 1992.

18. Andlin-Sobocki P, Rössler W. Cost of psychotic disorders in Europe. *Eur J Neurol*. 2005; 12: 74-77.

19. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126 (12): 442-451.

COLABORACIÓN ESPECIAL**VIGENCIA DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD
TRAS VEINTICINCO AÑOS**

Juan José Criado Álvarez (1), José Ramón Repullo Labrador (2) y Ángel García Millán (1)

(1) Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina. SESCAM

(2) Departamento de Planificación y Economía de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III

RESUMEN

Desde su promulgación en 1986, la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986) ha sufrido sucesivos cambios que han consolidado un modelo de Sistema Nacional de Salud. La Ley se plasmó en 113 Artículos, 10 Disposiciones Adicionales, 5 Disposiciones Transitorias, 2 Disposiciones Derogatorias y 15 Disposiciones Finales, en total tiene 143 artículos. Tras la revisión de toda la legislación aparecida desde 1986 hasta la actualidad podemos ver que hay 106 artículos (74,2%) que han perdido efectividad normativa y merecen un análisis o reflexión. Todos pueden ser clasificados en cuatro grupos, 26 artículos derogados y modificados (18,2%), 33 artículos clasificados como obsoletos (23,1%), 6 artículos denominados inmaduros (4,2%) y, finalmente, el grupo crítico (temas controvertidos con redacción ambigua) que tiene 41 artículos (28,6%). Tras un cuarto de siglo de vigencia de la Ley hay dos tercios de la misma que deben ser revisados. Vista esta debilidad jurídica, parece que una nueva Ley del Sistema Nacional de Salud para el siglo XXI debería ser el objetivo central del pacto político por la sanidad

Palabras clave: Ley General de Sanidad. Financiación. Coordinación. Cooperación.

ABSTRACT**Contemporary Relevance of the
Spanish General Health Act after
Twenty Five Years**

Since its enactment in 1986, the General Health Law (Law 14/1986) has undergone several changes that have consolidated a model of National Health System. The law was embodied in 113 articles, ten Additional Provisions, five transitional arrangements, two Repeal and fifteen Final Provisions, has altogether 143 articles. After reviewing all legislation that appeared from 1986 to until today we can see that there are 106 articles (74.2%) that have lost regulatory effectiveness and merit analysis or reflection. All these items can be classified into four groups, the repealed and amended 26 articles (18.2%), 33 items of obsolete group (23.1%); the group of ill-developed are 6 articles (4.2%) and the critical (controversial and under ambiguous wording) group that has 41 articles (28.6%). After a quarter century of enforcement of the Act, two thirds of it to be reviewed. This legal weakness suggest the need of a new General Health Act for the Spanish National health System, being it a central objective of a political wide agreement

Keywords: General Health Law. Health Watch. Financing, Coordination. Cooperation.

Correspondencia:

Juan José Criado Álvarez

Gerencia de Atención Primaria de Talavera de la Reina, SESCAM

Calle José Luis Gallo, 2

45600 Talavera de la Reina (Toledo)

INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es el resultado de diferentes cambios e impulsos normativos a lo largo de los últimos 25 años. Estos sucesivos cambios han consolidado un modelo de SNS procedente de un seguro social sanitario, y con la particularidad española de una total descentralización autonómica¹. La Ley General de Sanidad (LGS)² supuso una de las primeras piedras de la configuración actual del SNS. Ernest Lluch no consiguió que la LGS naciera consensuada, ni con la profesión médica ni con el partido en la oposición, Alianza Popular, que se opuso frontalmente. El consenso, curiosamente, se obtuvo diez años después, cuando el Partido Popular en el gobierno, a través de la subcomisión parlamentaria para la consolidación y modernización del SNS, acabó aceptándola. Y el cierre del diseño básico se produjo dieciséis años después, al completarse las transferencias del Insalud a las comunidades Autónomas (CCAA) (enero 2002 con el nuevo sistema de financiación no finalista de la Ley 21/2001)³. En estos 25 años se ha ido añadiendo a la LGS diferente legislación sobre Seguridad Social (principalmente el RDL 1/1994)⁴, la Ley de Financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA Ley Orgánica 8/1980, Ley 21/2001)⁵ y la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (LCC, Ley 16/2003)^{6,7,8}.

En este trabajo se pretende valorar los principales contenidos básicos que componen el eje normativo del SNS, desde la perspectiva del derecho sanitario y de la seguridad social, identificando las convergencias, divergencias y vacíos o ausencias legales, y caracterizando la situación resultante. A dichos efectos, partimos de una LGS que se plasmó en 113 Artículos, 10 Disposiciones Adicionales (DA), 5 Disposiciones Transitorias (DT), 2 Disposiciones Derogatorias (DD) y 15 Disposiciones Finales (DF). En la actualidad podemos decir que la Ley tiene 143 artículos incluyendo los propiamente dichos de la Ley y las Disposiciones, excep-

to las derogatorias (en la medida en la que incorporan una dimensión regulatoria). Tras la lectura y revisión de la legislación sobre el tema, se ha construido una tabla de trabajo que ha permitido observar las similitudes y diferencias de los artículos. Todos ellos pueden ser clasificados en varios grupos, derogados y modificados (que de forma explícita han sido desplazados por otra norma), artículos obsoletos (donde la regulación se torna inefectiva o irrelevante ante el cambio de la realidad sanitaria), artículos inmaduros (que regulaban temas relevantes, pero que por diferentes problemas de desarrollo o aplicación se marchitaron sin florecer) y el grupo crítico de artículos.

ARTÍCULOS DEROGADOS Y MODIFICADOS

En total son 26 artículos, podemos pensar que el bajo porcentaje de cambios (18,2%) podría explicar que la LGS fuera de bases generales de la sanidad, por un amplio consenso que ha permitido su vigencia hasta la actualidad o por el bajo nivel que la sanidad ha tenido en la agenda política, lo que supondría más atonía legislativa que adaptación de la norma. Es una ley de marcado carácter estructural y que responde a la necesidad de emprender reformas profundas en la legislación precedente, todo ello como consecuencia de la entrada en vigor de la Constitución Española (CE)⁹ que reconoce el derecho de protección a la salud y establece un sistema de distribución territorial y política basado en CCAA que pueden recoger en sus estatutos amplias competencias en materias de sanidad, ello explica el consenso y que la norma pueda servir de mínimos o bases. Se trata de artículos que afectan a los tres actores del SNS: las personas usuarias, el personal sanitario y el propio SNS.

1.1.- Derechos del enfermo y Autonomía del paciente: La LGS supuso un avance al incluir los derechos de los enfermos¹⁰. La aparición de una medicina menos paternalista y quizás más defensiva hizo que se

aprobará la Ley 41/2002¹¹, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica¹². La Ley Orgánica 3/2007¹³, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, ha modificado y orientado la LGS hacia el concepto de igualdad de sexos en 4 artículos.

Legislación sobre personal estatutario: La Ley 55/2003¹⁴, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud vino a unificar el régimen del personal de los servicios sanitario manteniendo la regulación especial reiteradamente declarada por las normas reguladoras de los servicios públicos, como la Ley 30/1984 de Medidas para la Reforma de la Función Pública¹⁵ (DT 4ª) y la Ley 7/2007¹⁶, del Estatuto Básico del Empleado Público (artículo 2.3). No obstante, la Ley 55/2003 no llegó a abordar aspectos tan relevantes como las categorías profesionales y las funciones del personal.

La Alta Inspección y el Consejo Interterritorial: La Alta Inspección y el Consejo Interterritorial como elementos de cohesión y vertebración del SNS se modificaron con la LCC (Art. 67, 69.7 y la DD 1ª), quedando derogados los artículos 43 y 47, si bien éste último, que regulaba la materia sobre el modelo previsto de las Conferencias Sectoriales, se reproduce idénticamente en la LLC. La descentralización del SNS ha hecho proliferar los órganos de coordinación, así, para la función inspectora tenemos la Alta Inspección (Art. 79 LLC), para la coordinación financiera tenemos el Consejo de Política Fiscal y Financiera que prima sobre el Consejo Interterritorial (DF 2ª LCC). El intento de regulación de la Alta Inspección resulta innecesario y trasnochado, ya que el Art. 76 de la LCC es una copia del Art. 43 de la LGS. Quizás se debería haber desarrollado la figura de la Agencia o Alta Autoridad Tutelar Sanitaria¹⁷. El RD 2824/198¹⁸, sobre coordinación y planificación sanitaria, fue el primero en definir en

su Art. 4.1 la Alta Inspección (aunque solo aplicable en aquella época a Cataluña y País Vasco). La segunda vez fue en el Art. 43 de la LGS9. La LOFAGE (Ley 6/1997)¹⁹ dejó en su Art. 22.2.b la competencia del Delegado del Gobierno. Pero se trata de cauces normativos generales fuera de toda legislación relativa a la Alta Inspección^{20,21}.

Una nueva financiación sanitaria: La financiación del SNS ha pasado de un sistema de cotizaciones a un sistema no contributivo. Pero no han derogado el resto de ingresos, sino que el legislador añadió en el artículo 69 un nuevo apartado e) que coexiste con los apartados a), Cotizaciones sociales y c), de Seguridad Social. El Art. 7.3 de la Ley 21/2001³ reforzó la idea de separación entre asistencia sanitaria de la Seguridad Social, y la asistencia procurada por el resto del sistema. Desaparecen de este modo las subvenciones y fondos finalistas y tampoco se impide que cualquier comunidad pueda dedicar más recursos de los que están obligadas a dedicar²². También se modifica el sistema de financiación de las comunidades autónomas por la Ley 62/2003²³, de acompañamiento de 2003, en la medida en que mantiene el sistema de cohesión y establece el Fondo de Cohesión. Este despejó las dudas que planteó el sistema de financiación autonómica, e implica abandonar el Art. 82 de la LGS como cámara de compensación entre comunidades, incluso el hecho de que solo contemple las actividades hospitalarias programadas deja fuera del sistema de compensación a las no programadas. La LCC dotó al Fondo de Cohesión de unas finalidades ambiciosas, ya que serviría para corregir desigualdades y asegurar la cohesión, pero estos principios solo aparecen en la DA 5ª y de un modo artificioso o pomposo. La Ley 21/2001³ supuso una novedad con “vocación de permanencia” (Exposición de Motivos). Esta mejora legislativa, al incorporar los acuerdos del Consejo de Política Fiscal y Financiera, es menor, ya que al tratarse de una Ley ordinaria, no vincula al legislador en materia presupuestaria de años

posteriores. Este cambio en el modelo de financiación de la LGS también ha tenido su influencia en el RDL 1/1994⁴, ya que la Seguridad Social se ha tenido que acomodar a la nueva situación creada con el hecho de que la asistencia sanitaria pase a ser una prestación no contributiva y universal. Con estos cambios se opta por dejar abierto el terreno para que sea la legislación autonómica la que fije las pautas de la financiación sanitaria²⁴. Dejando también pendiente la tendencia universalizadora de la LGS (Art. 1.2, 3.2 y 46a), la existencia de las empresas colaboradoras de la Seguridad Social (Art. 77.1.b del RDL 1/1994)⁴, e incluso que en la propia Ley 24/1997²⁵ se dijera que los regímenes especiales se deberían de adaptar al nuevo sistema (DF 2^a), pero no significa que deban desaparecer. El RD 434/2004²⁶ creó la Comisión Interministerial para el estudio de los asuntos con trascendencia presupuestaria para el equilibrio financiero del Sistema Nacional de Salud o implicaciones económicas significativas, indica que la financiación, Estatuto Marco, la ordenación de profesiones y LCC se encuentran relacionados por un nexo común que es el equilibrio financiero. Este órgano, creado por la DF 2^a de la LCC, es de suma importancia (y a su vez poco conocido, pese a que sus informes son preceptivos). Algunos autores no descartan su inoperatividad²⁷.

Universidades e Investigación Biomédica: La Ley 14/2007²⁸, de Investigación biomédica es sin duda la que más ha actualizado nuestra LGS, ya que deroga todo lo relativo a fomento de la investigación y al Instituto de Salud Carlos III. La Ley 28/2006²⁹, de Agencias estatales para la mejora de los servicios públicos, plantea un nuevo escenario y, además de varias Agencias, crea en su DA 3^a la "Agencia Estatal de Investigación en Biomedicina y Ciencias de la Salud Carlos III".

Otro artículo modificado es el 105 y su regulación con la Ley Orgánica 6/2001³⁰, de Universidades, nuevamente modificado por la Ley Orgánica 4/2007³¹.

Otras modificaciones: La Ley "Ómnibus" (Ley 25/2009³², de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio) también modificó la LGS en sus apartados de relaciones del ciudadano con la administración y la relativa a publicidad de medicamentos.

ARTÍCULOS O TEMAS OBSOLETOS

Desde 1986 la realidad social, económica, política y sanitaria de España ha cambiado.

La Salud Pública como prestación sanitaria: La LGS en su concepción integradora de la salud incluyó a la prevención y promoción de la salud entre sus principios (Art. 3.1). Sin embargo los artículos dedicados a la misma son escasos (Art. 8 y 19), fijándose prioritariamente en asuntos epidemiológicos y de higiene. La preferencia de la LGS no era la Salud Pública, sino la estructuración de las bases del SNS, su dimensión asistencial como tutela de la salud de los individuos y no tanto de la colectividad. Los puestos centrales que ocupaban la asistencia colectiva han sido desplazados por lo asistencial³³. Cabría mencionar la Ley Orgánica 3/1986³⁴, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, pero actúa más a nivel de control policial o limitaciones administrativas en defensa de la salud colectiva, dando poderes a la Administración. La Salud Pública tras la LCC ha pasado a incorporarse al Catálogo de Prestaciones del SNS (RD 1030/2006)³⁵. El Art. 11 de la LCC especifica con detalle las prestaciones de la misma, y su organización se recoge en el Capítulo VIII (Art. 65-66). La Salud Pública sigue siendo una pequeña parte de la salud, a pesar de la gran experiencia en el tema, el mayor tiempo desde las transferencias y, lo que es peor, una mayor dilución de las responsabilidades en el nivel más periférico, dando una peor imagen de la misma, así como de una falta de Autoridad Sanitaria³⁶. Esperemos que tras la aprobación de la Ley 33/2011, de 4 de

octubre, General de Salud Pública³⁷ esta paupérrima situación se modifique. La Ley plantea que las actuaciones dirigidas a la mejora de la salud deben ser un tema transversal incorporado en todas las políticas. El Ministerio de Sanidad pretende recuperar con esta Ley su papel coordinador, pero no va a ser fácil conciliar su contenido con el de las diferentes leyes de salud pública³⁶. Se hace necesaria una Ley, no se trata de recuperar competencias, sino de dar orden al desacuerdo (por ejemplo calendario vacunal)^{33,38}.

Inspección y control de servicios: Las labores de inspección, autorización de centros o control siempre han sido funciones clásicas de la administración sanitaria. La LGS estableció como una exigencia la existencia de autorizaciones y registros (Art. 25), cualquiera que sea el tipo de establecimiento o centro (Art. 29), así como su control (Art. 30). El articulado de la LGS (23-31) no recoge conceptos actuales como acreditación, certificación, calidad, gestión de riesgos, seguridad clínica y evaluación; que si se han incorporado al articulado de la LCC (Art. 59-63).

¿Existió alguna vez un Plan Integrado de Salud? Quizás en la mente del legislador del momento o como documento académico de un curso de postgrado. La LGS dedicó muchos artículos y esfuerzos en definir el Plan (Art. 74-77) y su DA 9.2 estableció un plazo de dieciocho meses para la formación del primer Plan y el RD 938/1989³⁹ el procedimiento y los plazos para la formación de los Planes Integrados de Salud. Mientras el Ministerio decidía qué hacer, las CCAA fueron desarrollando sus propios planes de salud de acuerdo al Art. 54. Hasta el año 2003 no se recuperó la idea con la LCC que con su Art. 64¹⁷ vino otra vez en rescate de una LGS.

Coordinación, cooperación, cohesión, demasiados términos para decir lo mismo: hemos visto que los artículos 70-77 de

la LGS tratan del Plan Integrado y de la Coordinación. En 1986 se hablaba de coordinación (Art. 70.2 y 70.4), con la LCC se prefirieron los términos cohesión y cooperación. Si analizamos detenidamente el texto (Art. 70.2) vemos que lo que la LGS dice no es coordinación sino planificación. La LCC no ha aportado soluciones innovadoras o factibles, a los problemas estructurales del SNS sobre cómo coordinar y construir un modelo descentralizado y transferido⁴⁰.

La salud mental: Considerar la patología mental como un elemento distinto o diferenciado del resto de patología supone un anacronismo. La supuesta integración de dispositivos hace que lo podamos tomar como un continuum de cuidados (Art. 20.2). La DT 5^a establecía una progresiva integración de dispositivos.

Los medicamentos y los productos sanitarios: La LGS legisló el tema de los medicamentos y los productos sanitarios con los artículos 95-103. Ya se ha visto que sólo el Art. 100 ha sido modificado por una Ley (Ley 55/1999⁴⁰). El resto no fue modificado a pesar de que la Ley del Medicamento fue posterior a la LGS (Ley 25/1990⁴¹). Y ya está derogada por la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que incluye el uso racional y los productos sanitarios, pero no modifica ni altera la LGS, cosa que si hace a la LCC en su Art. 21.2 por la DF 4^a.

El personal pasa a ser un recurso humano: La LGS en sus Art. 85-87 y su DA 8^a trataba el tema del “personal” que ha pasado a ser “recurso humano” en la LCC (Art. 34-43). Igualmente, en el Estatuto Marco (Ley 55/2003), que tardó 17 años en ver la luz, el capital humano es un recurso y no un objeto o sección (incluso ahora, en el mundo de las ciencias de la empresa, ya se ha dejado de hablar de “recursos humanos” para hablar de personas). Hasta la Ley 5/2011 de Economía Social⁴² en su DA 6^a regula el ejercicio profesional de los psicó-

logos, regulando la actividad de “Psicología Sanitaria”. El Acuerdo Parlamentario para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud de 1998 en su apartado 10 consideró imprescindible el establecimiento de un nuevo modelo de relaciones laborales para el personal estatutario de los servicios de salud, a través de un estatuto marco que habría de desempeñar un papel nuclear como elemento impulsor de la dinámica de evolución, desarrollo y consolidación de nuestro SNS.

La prevención de riesgos laborales: ¿sanidad, trabajo, laboral, seguridad social...?: La salud laboral aparecía en la LGS en sus artículos 18, 20, 21 y su DF 6^a. El concepto y trascendencia de la salud laboral han dado un giro con la Ley 31/1995⁴³, de prevención de riesgos laborales, en el sentido de que se ha dado entrada al término “prevención”, tanto en lo legislativo como en la práctica fruto de la entrada de España en la Unión Europea. Si bien la acción sanitaria pertenece a la LGS o la propia LPRL⁴⁰, la acción protectora sigue perteneciendo a la Seguridad Social (RDL 1/1994⁴). La desvinculación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social necesita una modificación de todos los estatutos de autonomía de las comunidades del Art. 143, que ya lo hicieron en la legislatura 1996-2000. La existencia de las empresas colaboradoras (Art. 77 RDL 1/1994), pese a los intentos de erradicación; o el de las Mutuas (Art. 68 RDL 1/1994), no ayudan a dar solución al tema. El RDL 6/2000⁴⁴ las faculta para intervenir en la IT dándoles amplias competencias, esto puede favorecer que estas mutuas ofrezcan sanidad integral a sus empresas fragmentando así el SNS y retrocediendo hasta un sistema contributivo y profesional³⁸. Fuera de éste régimen mutualista siguen aquellos pertenecientes a mutualidades administrativas (MUFACE, MUGEJU, ISFAS).

Hemos visto treinta y tres artículos (23,1%) que pueden considerarse obsoletos,

es decir, que la Ley en veinte años ha perdido eficacia en casi una cuarta parte de su carga legislativa, debido tan solo al paso de los años y el avance de la sociedad española.

ARTÍCULOS INMADUROS

Se trata de temas que han pasado la niñez y pubertad de los inicios del SNS y, en cambio, no han alcanzado toda su madurez, a pesar de su importancia. En realidad, la falta de tensión técnica para el desarrollo efectivo de los contenidos normativos han condicionado que los temas se marchitaran sin florecer.

La información es poder: La LGS reflejó de modo escueto su interés por la información, dejándolo como una competencia exclusiva del Estado (Art. 40.13). La LCC en sus Art. 53-56 ha incidido mucho más sobre la información sanitaria, pero de forma muy vaga. Así, establece la importancia de la información, quiénes son los actores implicados, y cómo ha de transmitirse la información, pero muy poco o nada dice del tipo de información que se requiere (Art. 53.2). La importancia de la LCC radica en la creación del Instituto de Información Sanitaria (Art. 58).

La “cartilla” sanitaria: En la DF 3^a del RD 137/1984, sobre Estructuras Básicas de Salud⁴⁵, anterior a la LGS se intuía la idea de un paso de la cartilla familiar (titular y beneficiarios) a la individual, es decir, contemplaba la existencia de un documento que acreditaba el derecho al acceso (a aquellos que lo tuviesen). Hasta doce años después de la LGS no se estableció la Tarjeta Individual Sanitaria (TIS), la cual constituye una garantía de igualdad de los ciudadanos ante los servicios sanitarios y en la obtención de las prestaciones sanitarias a las que tengan derecho. La aplicación del RD 1088/1989⁴⁶, de extensión de cobertura de la asistencia sanitaria a las personas sin recursos económicos suficientes, supuso la introducción de

un documento, que permitía unificar el sistema de identificación de cada persona en su condición de usuario, independientemente del título por el que cada uno pudiera acceder a dicha condición³⁸. El Art. 57 de la LCC vino a dictaminar el uso e importancia de la TIS como un documento administrativo básico para los ciudadanos, y que les permite el acceso a la misma²¹. La LGS no contempló la TIS, por lo que el acceso se realizaba por derecho, y no era necesario acreditar un documento (Art. 1.2 y 1.3 LGS). Cuando se dicta el RD 183/2004⁴⁷, por el que se regula la tarjeta; se implanta el Código de Identificación Personal (CIP), que es irreplicable, único a lo largo de la vida y refleja prácticamente el reconocimiento de un derecho²¹. Llegados a este punto y en pleno siglo XXI ¿es necesario estar en posesión de una tarjeta o una cartilla individual para tener acceso a la asistencia (teniendo derecho a ella)?³⁸.

La participación del ciudadano y la democracia sanitaria: No se trata aquí de tratar el concepto de ciudadano sanitario, sino la de su participación en los órganos de decisión⁴⁸. La LGS en su Art. 53 favorecía la participación ciudadana en los Consejos de Salud y su Art. 5 mencionaba la “participación comunitaria” pero a través de las “corporaciones territoriales correspondientes”, esto significa que no es una democracia directa, sino una delegación de funciones de los ciudadanos en sus representantes “territoriales”. En el capítulo IX de la LCC se regula la participación de los ciudadanos y de los profesionales en el SNS, que se articula principalmente a través del Consejo de Participación Social⁴⁸.

La LGS sentó las bases sanitarias y los elementos de futuro del SNS que configuró, sin embargo, todavía es necesario clarificar y quitar sombras a varios puntos. En total son seis artículos (4,2%) del total de la LGS, por lo que no deberían suponer un problema para el legislador.

TEMAS CRÍTICOS

La agenda del legislador no suele coincidir con la del político y menos aún con la del ciudadano, por eso muchas veces hay temas que aparecen y desaparecen del panorama sin que nadie lo remedie. Y dentro de esta agenda hay puntos especialmente calientes donde es difícil saber si el legislador usa el lenguaje para aclarar o para ocultar, si el político pretende propiciar un curso de acción o más bien evitar tomar decisiones sin aparentarlo formalmente. Estos temas que hemos llamado críticos por su relevancia central muestran a lo largo del tiempo cómo su expresión normativa no llevaba a resolver los nudos de decisión, y cómo siguen siendo asignaturas pendientes de un apropiado abordaje normativo del máximo nivel.

¿Cómo se organiza el SNS? ¿Y cómo pretende estarlo en el futuro? Los artículos 44 y 45 de la LGS establecen cómo se organiza el SNS y que serán las comunidades las que deberán organizar sus Servicios de Salud (Art. 49). Se señalan las funciones de estos servicios de salud, pero no cómo se organizarán.

Nuevas, antiguas u otras formas de gestión (pero no administrativas): La LGS estableció en sus artículos 69, 89-94 la configuración y características de los establecimientos sanitarios. El Art. 69.1 favorecía la autonomía de los centros y los Concierdos (Art. 90) y los Convenios singulares de vinculación (Art. 67). En estos años lo más evidente ha sido la huida del derecho administrativo de las llamadas nuevas formas de gestión. El Informe Abril⁴⁹ y el posterior Acuerdo Parlamentario de 1998 en su apartado 8, tendieron a una mayor autonomía de los centros y un poder cada vez más grande de los gerentes²¹. Hubo acuerdo en la necesidad de agilizar y descentralizar la gestión. El RD Ley 10/1996⁵⁰ sobre habilitación de nuevas formas de gestión del INSALUD, en su único artículo, hizo que

sólo se aplicará a los centros de nueva creación (Exposición de motivos), ni siquiera se añadió en su exiguo articulado. La Ley 15/1997⁵¹, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS, volvió a demostrar la insuficiencia de la LGS y la premura del legislador por sacar una norma. La Ley 50/1998⁵², de acompañamiento de 1998, en su Art. 111 creó las Fundaciones Públicas Sanitarias al amparo de la LOFAGE, pero tuvo más importancia mediática y política que sanitaria, ya que tan solo fue aplicable a los centros dependientes del INSALUD²¹. Hasta la llegada del RD 29/2000⁵³, sobre nuevas formas de gestión del INSALUD, no se culmina el proceso transformador de las formas de gestión, con la reglamentación de la gestión a través de entidades dotadas de personalidad jurídica, tales como empresas públicas, consorcios o fundaciones. En la actualidad, se puede comprobar que el debate languidece, y ha dejado de tener su primer impulso con un alejamiento de lo administrativo y un acercamiento del civil o mercantil⁴⁰.^{2ª} Javier

La iniciativa y la financiación privada:

La LGS reconoció en todo momento el papel de la iniciativa privada, como un derecho recogido en los Art. 35-36 de la CE (Art. 88). También se reconoce la posibilidad de vincularse al SNS (Art. 66, 93), así como los controles a los que serán sometidos (Art. 94).

La gratuidad universal o la introducción del copago: La LGS en su Exposición de Motivos reconoció: "...el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España". Pero no figura en ningún artículo que la asistencia será gratuita, salvo que se tenga reconocida por norma específica. La LGS nunca desdeñó la financiación privada (Art. 79c) por las tasas (hoy llamadas cuotas) de prestación de determinados servicios. La LGS no legisló la gratuidad de la prestación sanitaria, al contrario, hay grupos de ciudadanos que no tienen

derecho a la asistencia gratuita, como los correspondientes al mutualismo administrativo, los ciudadanos que aún teniendo cobertura pública en determinadas circunstancias, ligadas normalmente a determinados riesgos (deporte, caza, vehículos...), están cubiertos por un tercero mediante el abono de una prima obligatoria^{22,38}. Para las personas sin recursos (Art. 80) se establece que su financiación será con fondos estatales, como posteriormente ratificó el Art. 1 del RD 1088/1989⁵⁴. El Art. 3 del RD 63/1995⁵⁵ de prestaciones volvió a incidir sobre este tema de forma idéntica, y en su Anexo II expuso un listado de las posibles entidades obligadas al pago, incluyendo el mutualismo administrativo, empresas colaboradoras y las MATEPP en el ámbito laboral³⁸. La cobertura gratuita lo será para las prestaciones incluidas en el catálogo de prestaciones. Las no incluidas (Anexo III del RD 63/1995) no podrán ser "financiadas con cargo a fondos de los Presupuestos Generales del Estado y de la Seguridad Social destinados a la asistencia sanitaria", pero se deja la posibilidad de que los sean "con cargo a otros fondos públicos o con cargo a los particulares que las soliciten"^{36,56}.

El ciudadano sanitario del siglo XXI:

Universalización y derecho a la asistencia: El Art. 43.1 de la CE reconoce "el derecho a la protección de la salud", y que serán los poderes públicos los encargados de "organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios" (Art. 43.2). El Art. 139.1 de la CE establece como principio que: "Todos los españoles tienen los mismos derechos y obligaciones en cualquier parte del territorio del Estado". Este sentido igualitario no aparece en la LGS, aunque en su Art. 3.2 dice que "El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva"; sin embargo antes dice "La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española". La nacionalidad española o la residencia legal

en el caso de extranjeros no es una condición suficiente para tener derecho a la asistencia, debiendo además estar dado de alta en la Seguridad Social o alguno de sus regímenes, términos del RD 1088/1989^{55,56}. La igualdad en el trato sigue primando independientemente del modo de acceso (Art. 16 LCC). El Acuerdo Parlamentario de 1998 en su apartado 1.1.b recomendaba la universalización. Desde ese Acuerdo han pasado ocho años, y la DF 2ª de la LGS sigue sin cumplirse a pesar de disponer de un plazo de dieciocho meses para armonizar y refundir los diferentes regímenes. Pero el mantenimiento de un mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU, ISFAS) no se entiende si se pretende la equiparación y universalización⁵⁹.

También hay desavenencias en el RDL 1/1994, ya que delimita en su Art. 1 que es un “derecho de los españoles a la Seguridad Social” tanto en sus modalidades contributivas como no contributivas. Y su Art. 10 permite la existencia de multitud de regímenes, que dan lugar a la dispersión normativa sobre el tema. Al igual que la existencia de las empresas colaboradoras de la Seguridad Social o las MATEPP (RD 1993/1995 y RD 428/2004). Queda por integrar a la Sanidad Penitenciaria como dispuso la DA 6ª de la LCC (en el plazo de dieciocho meses desde 2003), el Seguro Escolar (que data de 1953), o la multitud de seguros voluntarios y obligatorios que existen en España³⁸.

Este grupo crítico supone casi un tercio (28,6%) de la LGS con cuarenta y un artículos. Se trata de un importante volumen, el más importante de los vistos. No importa por su cantidad sino por los temas que tratan como la universalización de la asistencia, el copago, la iniciativa privada o el modo de organizarse el SNS. Son temas pendientes de realización o de debate claro, y que necesitan de una clarificación de posiciones por parte de los principales actores del escenario sanitario. Tras este análisis vemos que de los 143 artículos de la LGS hay 106 (74,1%) que merecen un análisis o reflexión.

CONCLUSIONES

El que el 74,2% del articulado de la LGS haya perdido efectividad real es un dato enormemente preocupante, que nos dibuja un sistema caracterizado por la debilidad de su arquitectura jurídica y competencial. Esta fragilidad es un punto muy débil ante el “tsunami” que está suponiendo la crisis económica⁶². Por ello, parece claro que el SNS debe ser capaz de conseguir un “Pacto por la Sanidad” que busque el consenso y promueva una nueva Ley de Sanidad necesaria para el siglo XXI. La LGS una vez estudiada pormenorizadamente, se ha quedado obsoleta, derogada, poco definida o superada.

La agenda sanitaria, en un futuro cercano, debe contemplar como marco de trabajo los siguientes objetivos: definir el nuevo papel del Ministerio o del Consejo Interterritorial como líderes del SNS, vincular el derecho a la salud y la asistencia sanitaria al concepto de ciudadanía, garantizar la sostenibilidad financiera del SNS (mediante una regulación y desarrollo del Fondo de Cohesión, o una regulación específica de la financiación sanitaria), conseguir la universalidad del SNS mediante la unicidad del aseguramiento, establecer garantías de igualdad y accesibilidad a los ciudadanos, así como de calidad y de cartera de servicios uniforme, mantener un sistema público y gratuito, y establecer un modelo racional y eficiente para la toma de decisiones que tenga en cuenta la propia arquitectura competencial de las CCAA. El reto que enfrentan hoy los grandes partidos políticos que configuran la mayoría parlamentaria en España reside en ser capaces de plasmar los consensos básicos que existen en un marco normativo nuevo, en una nueva Ley de Sanidad, o del Sistema Nacional de Salud para el siglo XXI.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pemán Gavín JM. La configuración de las prestaciones sanitarias públicas: Cuestiones abiertas y retos pendientes. En: Pemán Gavín JM. Asistencia sanitaria y Sistema nacional de Salud. Estudios jurídicos. Granada: Editorial Comares; 2005 .p. 43-121

2. Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 General de Sanidad. BOE número 102 de 29/4/1986.
3. Boletín Oficial del Estado. Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. (BOE 31-12-2001) Corrección errores (BOE 22-05-02).
4. Boletín Oficial del Estado. RD legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE núm de 29 de junio de 1994
5. Boletín Oficial del Estado. Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía. Boe núm 313 de
6. Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boe 128 de 29 de mayo de 2003
7. Oteo Ochoa LA, Repullo Labrador JR. Institucionalización y gobierno en el Sistema Nacional de Salud. En: Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LA (Editores). Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005 .p. 101-121
8. Jiménez Palacios A (2006). El Sistema Nacional de Salud 20 años después. Rev Admin Sanit. 2006; 4: 311-22
9. Boletín Oficial del Estado. Constitución española.
10. Pemán Gavín JM. Del seguro obligatorio de enfermedad al sistema nacional de salud. El cambio en la concepción de la asistencia sanitaria pública durante el último cuarto del siglo XX. En: Pemán Gavín JM. Asistencia sanitaria y Sistema nacional de Salud. Estudios jurídicos. Granada: Editorial Comares; 2005 .p. 3-45
11. Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274 de 15-11-2002.
12. Sánchez Caro J, Abellán F. Derechos y deberes de los pacientes. Ley 41/2002, de 14 noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Estudios jurídicos. Granada: Editorial Comares; 2003
13. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE número 71 de 23/3/2007
14. Boletín Oficial del Estado. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud BOE núm. 301 de 17-12-2003.
15. Boletín Oficial del Estado. Ley 30/1984, de 2 de agosto, de medidas para la reforma de la Función Pública. BOE número 185 de 3/8/1984
16. Boletín Oficial del Estado. Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público. BOE número 89 de 13/4/2007
17. Rey del Castillo J. Algunos comentarios para el análisis de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Rev Admin Sanit. 2003; 1: 365-402
18. Boletín Oficial del Estado. Decreto 2824/1981, de 27 de Noviembre, sobre Coordinación y Planificación sanitaria. BOE núm 288 de 2-12-1981.
19. Boletín Oficial del Estado. Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado. BOE núm 90 de 15/4/1997
20. Rebollo Puig M (2004). La Alta Inspección. En: Parejo I, Palomar A, Vaquero M (Coord.). La reforma del Sistema Nacional de Salud. Cohesión, calidad y estatutos profesionales. Madrid: Marcial Pons; 2004 .p. 137-66
21. Palomar Olmeda A. El nuevo papel de la Administración General del Estado. Madrid: Dykinson; 2004
22. Molina Garrido MC. Análisis del proceso de descentralización de la asistencia sanitaria de las comunidades de régimen común: Implicaciones del nuevo modelo de financiación autonómica. Pamplona: Thomson Civitas Aranzadi; 2005
23. Boletín Oficial del Estado. Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social. BOE núm. 313 de 31-12-2003
24. Pemán Gavín JM. Autonomía y unidad en el sistema nacional de salud. Reflexiones a propósito del cierre de las transferencias sanitarias y de la aplicación del nuevo sistema de financiación del sistema. En: Pemán Gavín JM. Asistencia sanitaria y Sistema nacional de Salud. Estudios jurídicos. Granada: Editorial Comares; 2005 .p. 125-84.

25. Boletín Oficial del Estado. Ley 24/1997, de 15 de julio, de Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social. BOE núm 169 de 16-07-1997
26. Boletín Oficial del Estado. RD 434/2004, de 12 de marzo, por el que se crea la Comisión Interministerial para el estudio de los asuntos con trascendencia presupuestaria para el equilibrio financiero del Sistema Nacional de Salud o implicaciones económicas significativas. 10 abril 2004
27. Pemán Gavín JM. La nueva configuración del sistema nacional de salud tras la ley de cohesión y calidad. En: Pemán Gavín JM. Asistencia sanitaria y Sistema nacional de Salud. Estudios jurídicos. Granada: Editorial Comares; 2005 .p. 187-251
28. Boletín Oficial del Estado. Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica. BOE núm. 159 de 4-7-2007.
29. Boletín Oficial del Estado. Ley 28/2006, de 18 de julio, de Agencias estatales para la mejora de los servicios públicos. BOE núm. 171 de 19-07-2006.
30. Boletín Oficial del Estado. Ley orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. BOE número 307 de 24/12/2001.
31. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de Universidades. BOE número 89 de 13/4/2007.
32. Boletín Oficial del Estado. Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio. BOE núm. 308 de 23-12-2009
33. Criado Álvarez JJ. ¿Qué pensaría Lalonde sobre la toma de decisiones en salud pública? Med Clin (Barc). 2005; 125: 158
34. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. BOE número 102 de 29/4/1986
35. Boletín Oficial del Estado. RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm. 222 de 16-09-2006.
36. Navarro V. El subdesarrollo social de España. Causas y consecuencias. Barcelona, Anagrama; 2006
37. Boletín Oficial del Estado. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. BOE núm Núm. 240 de 5-10-2011.
38. Freire Campos JM. La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: Importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. En: Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LA (Editores). Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005 .p. 61-99
39. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 938/1989, de 21 de julio, por el que se establecen el procedimiento y los plazos para la formación de los planes integrados de salud. BOE número 179 de 28/7/1989.
40. Rey del Castillo J. Arquitectura e instrumentos de cohesión en el sistema nacional de salud. En: Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LA (Editores). Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005 .p. 266-89
41. Boletín Oficial del Estado. Ley 55/1999, de 29 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y del orden social. BOE núm. 312 de 30-12-1999.
42. Boletín Oficial del Estado. Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento BOE número 306 de 22/12/1990
43. Boletín Oficial del Estado. Ley 5/2011, de 29 de marzo, de Economía Social. BOE núm. 76 de 30-3-2011
44. Boletín Oficial del Estado. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm 269 de 10/11/1995
45. Boletín Oficial del Estado. Rd Ley 6/2000, de 23 de junio, de Medidas Urgentes de Intensificación de la Competencia en Mercados de Bienes y Servicios. BOE núm. 151 de 24-06-2000.
46. Boletín Oficial del Estado. Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. BOE número 27 de 1/2/1984.
47. Boletín Oficial del Estado. RD 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes. BOE número 216 de 9/9/1989
48. Boletín Oficial del Estado. RD 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria indi-

vidual. BOE núm. 37 de 12-2-2004.

49. Vaquer Caballería M. La coordinación y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En: Parejo I, Palomar A, Vaquero M (Coord.). La reforma del Sistema Nacional de Salud. Cohesión, calidad y estatutos profesionales. Madrid: Marcial Pons; 2004 .p. 111-36

50. Instituto Nacional de la Salud. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe y Recomendaciones. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1991.

51. Boletín Oficial del Estado. RD Ley 10/1996, de 17 de Junio, sobre Habilitación de Nuevas formas de Gestión del Insalud. BOE. BOEnúm. 0147, 18-6-1996

52. Boletín Oficial del Estado. Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.

53. Boletín Oficial del Estado. Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. BOE número 313 de 31/12/1998

54. Boletín Oficial del Estado. RD 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud. BOE núm. 21 de 25-1-2000.

55. Boletín Oficial del Estado. RD 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes. BOE número 216 de 9/9/1989

56. Boletín Oficial del Estado. RD 63/1995 de 20 de enero sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE núm 35 de 10-02-1995

57. Gimeno Ullastres JA, Tamayo Lorenzo PA. La sostenibilidad financiera del sistema público de salud. En: Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LA (Editores). Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005 .p. 25-48

58. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes. BOE número 216 de 9/9/1989

59. Martín Delgado I. La asistencia sanitaria de los extranjeros en España. Derecho y Salud 2002, 10: 197-217 56. González López-Valcárcel B, Barber

Pérez P. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud de España. Madrid: Fundación Alternativas; 2004

60. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud de España. Madrid: Fundación Alternativas; 2004

61. Boletín Oficial del Estado. RD 1993/ 1995 de 7 de diciembre por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social

62. Boletín Oficial del Estado. RD 428/2004, de 12 de marzo, por el que se modifica el Reglamento general sobre colaboración en la gestión de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre. 30 marzo 2004 BOE núm. 77 de 30/3/2004.

63. Repullo JR. Las debilidades estructurales del Sistema Nacional de Salud ante la crisis económica. Referent. 2009; (8):4-11. Disponible en: <http://217.149.1.250/index.php?md=documents&id=3078&lg=cat>

COLABORACIÓN ESPECIAL**VEINTICINCO AÑOS DE INFORMES DE SALUD EN BARCELONA:
UNA APUESTA POR LA TRANSPARENCIA Y UN INSTRUMENTO
PARA LA ACCIÓN**

Carme Borrell, Xavier Bartoll, Anna García-Altés, M Isabel Pasarín, Manel Piñeiro, Joan R Villalbí por el equipo del Informe de Salud de Barcelona 2008

Agència de Salut Pública de Barcelona

Miembros del equipo del Informe de Salud de Barcelona 2008:

Agència de Salut Pública de Barcelona: Josep Arqués, Lucía Artazcoz, Xavier Bartoll, Vicenç Beneyto, Carme Borrell, M Teresa Brugal, Conrad Casas, Joan A Caylà, Xavier Continente, Immaculada Cortès, Albert Espelt, Anna García-Altés, Patricia García de Olalla, Anna Gómez, José Gracia, Enrique Muñoz, Manel Nebot, Marta Olabarria, Àngels Orcau, M Isabel Pasarín, Víctor Peracho, Anna Pérez, Glòria Pérez, Katherine Pérez, Manel Piñeiro, Rosa Puigpinós, Marc Rico, Maica Rodríguez-Sanz, Joaquín Salvador, Elena Santamariña, Natàlia Valero, Joan R Villalbí.

Ayuntamiento de Barcelona: Ricard Gomà, Josep Gómez, Isabel Ribas, Carles Salanova

Consorci Sanitari de Barcelona: Carme Beni, Ester Cros, Àlex Guarga, Elena Puigdevall, Montserrat Puigdollers, Elvira Torné, Corine Zara.

Institut de Govern i Polítiques Públiques-Universitat Autònoma de Barcelona: Joan Subirats

Serveis Socials, Hospital Sant Joan de Deu: Joan Uribe

RESUMEN

Este trabajo documenta la experiencia de 25 años de informes de salud anuales en la ciudad de Barcelona y extrae algunos elementos que pueden ser útiles en otros contextos, particularizando el análisis en el Informe de Salud de 2008.

Se muestra el marco conceptual, el proceso de elaboración del informe, las fuentes de información utilizadas y los contenidos del mismo. Se evalúa la difusión del Informe de Salud de 2008, tanto a nivel político como a los medios de comunicación, a los profesionales y a la ciudadanía. Además se analiza la repercusión del informe como herramienta de cambio social y de planificación.

Palabras clave: informe técnico, planificación sanitaria, diseminación de información

ABSTRACT**Twenty Five Years of Health Reports in Barcelona: A Commitment to Transparency and A Tool for Action**

After a quarter century of annual health reports in the city of Barcelona, this study documents the experience and draws some elements that may be useful in other contexts, specifying the analysis on the Health Report of 2008.

We show the conceptual framework, the process of preparing the report, sources of information used and the contents. We evaluate the dissemination of the health report, both at the political level, as well as the media, professionals and the public. Furthermore, we examine the impact of the report as a tool for social change and planning.

Key words: Technical report. Health planning. Information dissemination.

Correspondencia:

Carme Borrell

Agència de Salut Pública de Barcelona

Pl. Lesseps 1

08023 Barcelona

Correo electrónico: cborrell@aspb.cat

INTRODUCCIÓN

Una de las funciones esenciales de la salud pública es conocer el estado de salud de la población y sus determinantes¹. En el desarrollo de la salud pública como disciplina durante el siglo XIX, la realización de informes de salud por parte de los gobiernos locales fue uno de los instrumentos de cambio fomentados por Chadwick y desarrollados en Liverpool por Duncan². Pusieron de manifiesto los problemas de salud y sus causas, fomentando respuestas intersectoriales para afrontarlos. En España se produjeron diversos informes de esta naturaleza destacando la topografía médica de Barcelona de Laureano Figuerola, retomada por Ildelfonso Cerdà en su teoría general de la urbanización³.

En esencia, los informes de salud recogen, organizan y difunden datos e información sobre salud, enfermedades y sus determinantes en una población definida y, por lo tanto, reúnen piezas clave de información básica para la planificación. Un formato similar ha sido la base de documentos relativamente recientes que han tenido una tremenda influencia en la planificación sanitaria internacional, como el Informe sobre el Desarrollo Mundial⁴, el Global Burden of Disease Study⁵ o el informe de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS⁶. Para las ciudades, estos informes suelen utilizar fuentes de información e indicadores a nivel urbano para describir la salud de la población y proporcionan la evidencia para fundamentar las políticas de salud en la ciudad.

El proyecto *Ciudades Saludables* impulsado por la Organización Mundial de la Salud define como “Perfil de Salud de la Ciudad” (City Health Profile) el informe que “identifica por escrito y con gráficos, problemas de salud y sus posibles soluciones en una ciudad específica”⁷. Además, plantea que este informe debe ser la base de un plan de salud de la ciudad en el que se establezcan estrategias y programas de intervención para mejorar la salud de la población⁸. Actualmente, son abundantes las ciuda-

des incluidas en el proyecto *Ciudades Saludables* que realizan informes para monitorizar las desigualdades en salud⁹.

En Barcelona, tras la recuperación de la democracia municipal, se impulsó la realización del informe de salud documentando la situación de salud de la ciudad y poniendo de manifiesto las causas de los problemas¹⁰. El proceso se vió reforzado porque la ciudad participó desde 1986 en el proyecto de *Ciudades Saludables*. Actualmente, tras 25 años de informes anuales, este instrumento se ha consolidado y ha mostrado su valor y su aplicabilidad en planificación sanitaria.

En este trabajo pretendemos documentar esta experiencia y extraer algunos elementos que pueden ser útiles en otros contextos, particularizando el análisis en el Informe de Salud de 2008.

ETAPAS DEL INFORME DE SALUD DE BARCELONA

Durante estos años el informe ha pasado por varias etapas que se describen a continuación:

Primera etapa (1984-1989). Los informes de salud iniciales se realizaron al tiempo que los servicios de salud pública de la ciudad desarrollaban el núcleo inicial de su sistema de información sanitaria¹¹. Solían estar estructurados en dos partes: una que describía la salud y sus determinantes en el año finalizado, y una segunda parte centrada en estudios específicos. Hasta 1988 el informe fue presentado por el Concejal de Sanidad, Joan Clos, médico epidemiólogo y primer presidente de la Sociedad Española de Epidemiología, presentación que era más extensa que las actuales y que tenía un notable componente político, en torno a una serie de ideas entre las que destacan la voluntad de contribuir desde el Ayuntamiento al desarrollo del servicio autonómico de salud en la ciudad, garantizar que las intervenciones preventivas de probada eficacia llegasen a toda la población, introducir elementos sobre la importancia de la salud en todas las políticas,

reducir las desigualdades sociales en la salud y desarrollar un sistema de información integral que permitiera detectar los problemas e intervenir sobre ellos. Sobre la mesa se pusieron problemas que requerían de programas de salud y otros que sólo podían responder a abordajes intersectoriales. Algunos de estos se pusieron en marcha con cierto éxito .

Segunda etapa (1990-2002). Aunque con una transición dubitativa (el informe no se realizó en 1991), se entró en una etapa de institucionalización. En ella, el Informe de Salud pasó a ser un documento de carácter eminentemente técnico que describía la salud de la población de Barcelona y sus determinantes, compilando datos del sistema de información sanitaria, ya más consolidado. Algunos informes incluyeron la evolución de los objetivos del primer Plan de Salud de Catalunya formulado en 1993, la descripción de las desigualdades en salud en la ciudad, o diversos estudios específicos (como la evolución de la salud materno-infantil en 1992 y en 2002). Desde 1995 hasta 2000 se incluyó un anexo con indicadores de los 10 distritos y las 66 zonas básicas de salud de la ciudad. Se inició también una colaboración estable con los responsables de planificación del servicio autonómico de salud en la ciudad.

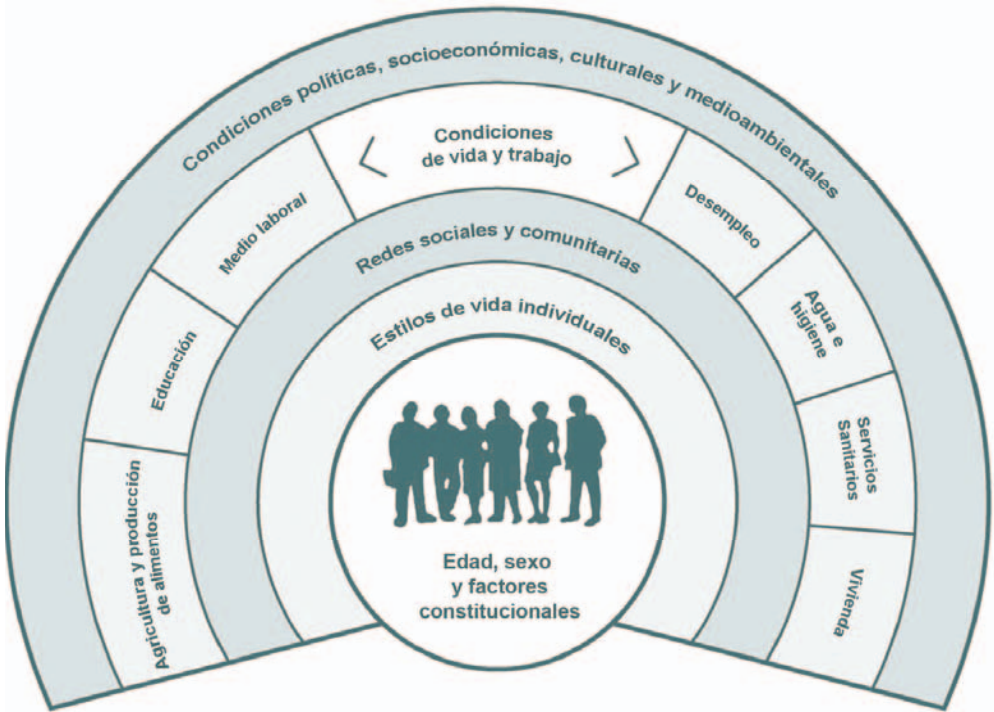
Tercera etapa (desde 2003). En esta etapa el informe se consolida y alcanza madurez como herramienta de planificación sanitaria. En el año 2003 se modificó de forma importante, tras un análisis de los informes de salud de otras ciudades y países, que se revisaron de acuerdo a los criterios de Brand y Cornelius-Taylor¹² (exhaustividad de la información sobre la salud y sus determinantes, estructura/forma, orientación a la toma de decisiones, existencia de un marco teórico de referencia, integralidad, prospectiva, tendencias y proyecciones y comparaciones entre grupos de edad, áreas y nivel socioeconómico). Así se renovó el contenido y el formato del informe, destacando la introducción de un marco conceptual y la consecuente reestructuración de los apartados, siguiéndolo, con una mayor integración de

ésto. Otros cambios fueron la presentación de toda la información estratificada por sexos, la modificación del diseño gráfico del informe para hacerlo más comprensible, con más figuras y un anexo con tablas de los indicadores por distrito municipal. También se incluyó un apartado con trabajos monográficos que reflejaran aspectos relevantes (por ejemplo el brote de Legionelosis de 2004, la contaminación atmosférica en 2005, la epidemia de sarampión en 2006, entre otros). En esta nueva etapa, el Consorci Sanitari de Barcelona (CSB), que asumió las funciones del servicio autonómico de salud en la ciudad, participa más activamente en la elaboración del informe, especialmente en la parte referida a servicios sanitarios. Además, a lo largo de este período, el sistema de información sanitaria de la ciudad se amplió integrando mejor la información sobre riesgos alimentarios y ambientales, que han tenido un reflejo en su mayor presencia en el informe.

MARCO CONCEPTUAL, ELABORACIÓN Y CONTENIDOS

El marco conceptual del informe se basa en el de Dahlgren y Whitehead de 1991¹³ para explicar los determinantes de la salud y de las desigualdades en salud (figura 1). En este marco, los determinantes de la salud se distribuyen en capas de influencia, en la que cada una influye sobre las demás. En el centro se sitúan las características individuales que afectan a la salud, como la edad, el sexo y los factores hereditarios. Éstas son fijas y no se pueden modificar. Alrededor se encuentran aquellos factores que son susceptibles de ser intervenidos. En la primera capa se encuentran los hábitos relacionados con la salud (consumo de tabaco, actividad física, comportamiento sexual,...), con una influencia clara y directa sobre la salud de las personas. En una segunda capa se encuentran las redes sociales y comunitarias, ya que la interacción con las personas del entorno inmediato (familiares, personas amigas o vecinas) también afecta a la salud. A continuación se encuentran las condiciones de vida y de trabajo: la agricultura y la producción de alimentos, la educación, el medio laboral, el desempleo, el

Figura 1
Marco conceptual utilizado en el Informe de Salud de Barcelona
(modificado de Dahlgren y Whitehead¹³)



agua y la higiene sanitaria, los servicios sanitarios y la vivienda. En la última capa se encuentran las condiciones socioeconómicas (incluyendo la estructura social), políticas, culturales y ambientales. Estas tres últimas capas de influencia afectan a la salud de las personas a través de la "incorporación" (*embodiment* en inglés), concepto que se refiere a la internalización biológica del mundo material y social en el que se vive¹⁴. Este modelo facilita la detección de puntos de entrada para la acción, de manera que se puede actuar bien sea a nivel global (macro), por ejemplo reduciendo la pobreza o las desigualdades de la renta en la población, o a nivel más concreto y cercano a la ciudadanía (micro) centrándose por ejemplo en determinantes que tienen que ver con las conductas relacionadas con la salud. En el

Informe de Salud se tienen en cuenta la mayoría de los determinantes nombrados.

Proceso de elaboración

Desde 2003 el proceso de elaboración del informe se sistematizó. En base al guión propuesto por un equipo de coordinación, personal técnico de la Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) y del CSB realiza una reunión en la que se configura la propuesta inicial de guión y se identifican posibles temas a tratar de forma monográfica en el documento, por su relevancia o actualidad. Esta propuesta se eleva a la dirección y, finalmente, la estructura final se acuerda con la Presidencia de la ASPB, que corresponde a la concejal de sanidad de la ciudad. Cada apartado del informe es ela-

borado por los responsables técnicos de los temas propuestos, tanto de salud pública como del ámbito asistencial, siendo profesionales de la ASPB los que coordinan la elaboración del documento. Una vez presentado el Informe de Salud al Plenario del Consejo Municipal y a los medios de comunicación, y tras incorporar las modificaciones necesarias, se procede a su impresión en papel así como a su publicación en el portal de Internet de la ASPB. El documento revisado del Informe de Salud de 2008¹⁵ se puso a disposición pública en noviembre de 2009. Posteriormente el informe fue difundido en distintos ámbitos.

Fuentes de información y formato

Para la elaboración del informe se utilizan diferentes fuentes de información. El contenido se presenta de forma sencilla y comprensible. Los datos suelen ser de fácil interpretación (número de casos, porcentajes, prevalencias, incidencias o tasas). La información se presenta por separado para hombres y mujeres y, en ocasiones, también por edad, por clase social, y/o por país de origen.

El Informe de Salud es un documento de unas 80-100 páginas que se puede consultar en la página web de la ASPB. Cada apartado consta de un texto corto, que se acompaña de gráficos o de alguna tabla sencilla. El informe se publica en catalán, con un resumen ejecutivo en castellano e inglés. El documento se imprime en tintas verde y negra, siguiendo las orientaciones de imagen institucional de las publicaciones de la ASPB, y en papel reciclado.

Contenidos

Los contenidos del informe se agrupan en:

- Presentación, resumen e introducción: este apartado contiene la presentación del informe a cargo de la Delegación de Salud Pública del Ayuntamiento de Barcelona, un resumen ejecutivo en catalán, castellano e

inglés, y el marco conceptual utilizado en el informe.

- Quiénes somos: presenta la situación demográfica, la situación socioeconómica, las condiciones de vida y la movilidad.

- Cómo vivimos: incluye indicadores del medioambiente, de las conductas relacionadas con la salud y de la utilización de los servicios sanitarios.

- Nuestra salud: describe los principales temas/problemas de salud de la ciudad, por ejemplo la salud sexual y reproductiva, la tuberculosis, el VIH/sida, el consumo de drogas o la mortalidad.

- Temas monográficos: Se incluyen 4-5 textos sobre temas relevantes ocurridos durante el año del informe.

- La salud de Barcelona en cifras. Este apartado contiene los indicadores para toda la ciudad durante los últimos 10 años en forma de tablas.

- Anexo: Presenta los indicadores para los 10 distritos de la ciudad durante los últimos 10 años en forma de tablas.

Debe destacarse que el informe “La salud a Barcelona 2008” fue el número 25 y, por ello, el primer apartado contenía la revisión de las políticas públicas en la ciudad de 1980 a 2008, escrita por un politólogo (Joan Subirats) y los demás apartados describían la salud en los últimos 25 años. Como excepción, este informe no tuvo temas monográficos.

Evaluación de los contenidos

Si se evalúa el contenido del informe a partir del año 2003 según los criterios de Brand y Cornelius-Taylor mencionados anteriormente¹², se aprecia que el Informe es exhaustivo, ya que muestra amplia información sobre la salud y sus determinantes, presenta de forma detallada y clara los contenidos, tiene una aproximación conceptual que se basa en el marco descri-

to previamente, interrelaciona los diferentes conceptos y apartados del informe con el marco conceptual y presenta comparaciones entre grupos de edad, distrito y sexo y, en alguna ocasión, por clase social y/o país de origen.

EVALUACIÓN DE LA DIFUSIÓN DEL INFORME DE SALUD DE 2008

El proceso de difusión del informe es el mismo desde 2003 pero en este apartado se evalúa concretamente la difusión del informe de salud de 2008.

La repercusión del informe a nivel político

El informe se preparó para su presentación anual en rueda de prensa y ante el Plenario del Consejo Municipal del Ayuntamiento de Barcelona. El Informe de Salud de 2008 fue presentado por el Segundo Teniente de Alcalde del Ayuntamiento el 27 de noviembre de 2009. Antes de presentarlo destacó “... *la importancia del informe como herramienta de conocimiento que se orienta a la acción [...] el conjunto de informes precedentes ha servido para ir definiendo, reorientando y fortaleciendo un abanico de políticas de salud y de incidencia sobre sus determinantes sociales y ambientales, que se han traducido en una evolución positiva de la mayoría de indicadores y, consecuentemente, en la mejora global de la salud como una dimensión clave del desarrollo humano [...] a lo largo de estos veinticinco informes se evidencian dos hilos conductores. Por un lado, la apuesta por una lectura contextual de la salud que tiene en cuenta los factores socioeconómicos, ambientales y de actitudes, que señalan la necesidad de políticas estructurales y preventivas en todas las dimensiones de la vida cotidiana, tan importantes como una buena prestación de servicios sanitarios. Por otra parte, también expresa la voluntad de generar un espacio de debate abierto para encontrar respuestas a los retos existentes, y una apuesta por la transparencia y la deliberación democrática con voluntad de buscar respuestas de actuación compartidas*”. Los representantes de los grupos políticos dis-

cutieron los contenidos del informe durante sus intervenciones.

La repercusión del informe en los medios de comunicación

La rueda de prensa se hizo de forma conjunta entre el Ayuntamiento de Barcelona y la ASPB, coordinándose los dos servicios de prensa. Se llevó a cabo el viernes 20 de noviembre de 2009. Asistieron 21 medios de comunicación (generalistas, prensa local y prensa sectorial dirigida a población inmigrante). En la mesa de la rueda de prensa participaron las personas coordinadoras y responsables del informe, el Segundo Teniente de Alcalde del Ayuntamiento de Barcelona, la Delegada de Salud Pública del Ayuntamiento de Barcelona y Presidenta de la ASPB, y el Director General de Salud Pública de la Generalitat de Catalunya y Vicepresidente de la ASPB. Asistieron además personas autoras del informe con responsabilidades de gestión y técnicas.

Tras una introducción de carácter político, se hizo una presentación del informe y después se contestaron las preguntas de los periodistas. Las cuestiones más frecuentes fueron sobre salud sexual y embarazo adolescente, consumo de tabaco y cannabis en jóvenes, urgencias hospitalarias, infección por VIH y urgencias por drogas.

Respecto a la repercusión en los medios de comunicación, hubo 64 referencias identificadas (prensa, teletipos, radio...). Se obtuvo una amplia cobertura, especialmente de los medios escritos, que dedicaron espacios generosos al tema. Parte de los medios destacaron en titulares el aumento de la esperanza de vida a lo largo de 25 años. En algún caso también recogieron que enfermedades como el sida y la tuberculosis estaban mejor controladas. El titular más difundido fue el aumento de los embarazos en adolescentes, seguido del relativamente alto porcentaje de chicas fumadoras.

Unos dos meses después se hizo una sesión monográfica en el Aula de EL PAÍS sobre “La

Salud en Barcelona, 25 años de informes de salud en la ciudad". Participó la responsable actual del informe (Carme Borrell) y el responsable del primer informe (Josep M Antó), en una sesión moderada por la periodista Milagros Pérez Oliva, defensora del lector del diario. El anuncio de la sesión se difundió en EL PAÍS (edición de Cataluña) durante tres días. Asistieron 35 personas, y sirvió para reflexionar sobre la importancia de la realización de este tipo de informes y sobre la relación entre los profesionales de la salud y los de los medios de comunicación.

La difusión del informe a profesionales y ciudadanía

Desde la ASPB se distribuyeron por correo postal unos mil ejemplares, principalmente a profesionales de la salud pública y de los servicios sanitarios, prensa relacionada con la salud, bibliotecas del ámbito de la salud, entidades y asociaciones.

Durante los años 2009 y 2010 los informes han recibido 3.564 visitas a través de la web de la ASPB (http://www.aspb.cat/quefem/documents_informes_salut_barcelona.htm). En ella están publicados los informes de salud desde el año 1999 y también otros documentos relacionados con el estado de salud de la ciudadanía (cáncer, salud de la población inmigrante, salud mental, etc.).

La presentación del informe en foros profesionales y su divulgación general también es un modo de dar a conocer los resultados del mismo. Así, un mes después de su presentación ante el Plenario del Consejo Municipal, el informe se presentó al Grupo de Salud del Consejo Municipal de Bienestar Social. Este grupo asesor está formado por unas 50 personas que representan a la sociedad civil de la ciudad, incluyendo representantes de partidos políticos, sindicatos, asociaciones, entida-

des y ONG. Los temas de debate se centraron en la tuberculosis y la infección por el VIH, la percepción de la ciudadanía respecto de los servicios de salud y la necesidad de fomentar la actividad física.

Un mes después, se presentó el Informe de Salud de 2008 en el marco de las sesiones científicas programadas semanalmente en la ASPB. La sesión consistió en la misma presentación realizada a la prensa, más un resumen del acto de presentación en el Aula de EL PAÍS y la repercusión del informe en los medios. Seguidamente se abrió un debate entre los profesionales sobre la importancia y significación del informe y de la idoneidad de la presencia en los medios así como sobre valoraciones para el futuro.

EL INFORME COMO HERRAMIENTA DE CAMBIO SOCIAL Y DE PLANIFICACIÓN

Como se ha comentado anteriormente, además de las y los políticos municipales electos, los destinatarios del informe son las personas responsables de tomar decisiones en salud pública y servicios sanitarios, así como de la planificación de estos servicios, las entidades proveedoras de servicios y las y los profesionales que trabajan en la ciudad, así como otras personas interesadas (investigadoras, ciudadanía). La información presentada en el Informe de Salud anual sirve de base para establecer intervenciones en las que ha participado activamente la ASPB, para el Plan de Acción Municipal, para el Plan de Salud de Barcelona y también para elaborar los informes de salud de los distritos de la ciudad.

En relación a algunos de los principales problemas de salud de la ciudad, el informe anual ha sido de especial relevancia para generar acciones e intervenciones orientadas a cambiarlos, con la participación activa de la ASPB. Así, por ejemplo, en el informe de 2008 se describe cómo a lo largo de los últimos 25 años el informe ha puesto en la agenda de los servicios de salud pública problemas como la elevada

mortalidad infantil en el distrito de Ciutat Vella en la década de 1980¹⁶, o el incremento de la mortalidad por cáncer de mama en la década de los 1990¹⁷. En ambos casos, el conocimiento y el debate llevaron a la búsqueda de respuestas posibles y la creación de programas que han sido evaluados y han mostrado su efectividad para cambiar la situación^{16,17}, con notables mejoras conseguidas mediante estrategias (Programa de Salud Materno-infantil de Ciutat Vella, distrito de bajo nivel socioeconómico, y Programa de Cribaje de cáncer de mama) que incluso intervinieron frente a las desigualdades sociales en salud.

La importancia del conocimiento sobre la salud y sus determinantes para avanzar en la equidad en salud ha sido reconocida por el gobierno municipal y se ha incorporado en su Documento estratégico¹⁸ como uno de los ocho grandes objetivos en salud. El Informe de Salud anual es uno de los instrumentos básicos para avanzar en esta línea. Además, el Plan de Acción Municipal contiene otros siete objetivos relacionados con la puesta en marcha de políticas e intervenciones de salud, en los que el Informe es una de las herramientas utilizadas para monitorizar y evaluar estos objetivos.

El Plan de Salud de la ciudad de Barcelona¹⁹ se enmarca dentro del Plan de Salud de Catalunya y el Informe de Salud es un instrumento a tener en cuenta en la definición del Plan, que ayuda a priorizar los objetivos de salud y las líneas de intervención. Además, el informe también es útil para monitorizar y evaluar alguno de los objetivos de salud que se definen en el mismo. Es necesario señalar que el Plan de Salud incluye objetivos relacionados con la disminución de las desigualdades en salud y, por lo tanto, el Informe es útil para monitorizarlos ya que contiene datos territoriales, por sexo, edad y, en ocasiones, por clase social y/o país de origen.

Es importante destacar que la información generada en el Informe de Salud también se utiliza para elaborar bianualmente un Informe de Salud breve para cada uno de los 10 distritos

de la ciudad, en el que se presenta la información por zona básica de salud además de la del distrito. Este informe con frecuencia se presenta en el Consejo de Salud del Distrito en el que participan diferentes agentes sociales como los representantes de las asociaciones de vecinos y vecinas, de la coordinadora de farmacias, de hospitales y centros de atención primaria del distrito, de asociaciones del barrio que intervinen en salud, de grupos políticos y personal técnico del distrito.

Finalmente, cabe señalar que el informe de salud puede servir de base para mostrar la puesta en marcha del proceso “Salud en todas las políticas” ya que a lo largo de los años se han ido mostrando las políticas fuera del sector salud que pueden ser relevantes para mejorar la salud de la población, por ejemplo las políticas de movilidad y vía pública, las políticas educativas, de medioambiente o de deportes.

A MODO DE REFLEXIÓN

En España, el acceso a datos y archivos de las administraciones públicas es menos fácil que en otros países de nuestro entorno, aunque la Ley Municipal y de Régimen Local de Cataluña (Ley 8/1987, de 15 de abril) en su artículo 139 refiere que: “Las corporaciones locales deberán facilitar la más amplia información sobre su actividad y la participación de todos los ciudadanos en la vida local”, y el Decálogo de Buenas Prácticas de la Comunicación Local Pública de 2003²⁰ resalta la importancia de informar de una manera veraz, plural y transparente. En la línea de estas directrices, la ASPB hace una apuesta por la transparencia en su gestión, haciendo públicos los datos de costes, actividad y gestión en su memoria anual de actividades, además de los relativos a la salud y sus determinantes (integrados en el Informe de Salud anual, pero recogidos más ampliamente en los diversos componentes de su sistema de información sanitaria)²¹.

A los 25 años de su inicio, el Informe de Salud de Barcelona marca un hito en una larga trayectoria de rendimiento de cuentas ante la

sociedad sobre la situación de la salud y sus determinantes en la ciudad, impulsada desde los servicios de salud pública, que muestra la voluntad política continuada de generar espacios de debate y una apuesta por la transparencia y por la acción basada en la evidencia. En este sentido, nos parece interesante comentar que la ciudad de Barcelona ha sido gobernada durante estos años por una coalición de gobiernos de izquierdas. El informe de 2008 describe la evolución durante los últimos 25 años de los indicadores de salud y sus determinantes en la ciudad y sus distritos. La evaluación de la repercusión del informe en distintos ámbitos muestra su utilidad.

Como hemos mencionado, la difusión del estado de salud y sus determinantes en las personas residentes en Barcelona se realiza a través de diferentes canales de comunicación. Un aspecto de debate interno es la divulgación del informe en los medios de comunicación mediante rueda de prensa. A menudo, el titular en la prensa se aleja de la información que las personas redactoras del informe juzgarían oportuna, relevante o conforme a los hechos. Así, por ejemplo suele existir cierta tendencia por parte de la prensa a buscar un titular o una noticia llamativa, preferentemente en términos de problemas más que de datos de naturaleza positiva, sin una valoración en profundidad de los contenidos del informe. De todos modos, la pluralidad de medios informativos conlleva que, en conjunto, se ofrezca una visión no sesgada. Cuando se realiza la rueda de prensa del Informe, sus primeras galeradas están ya disponibles en la página web de la ASPB y se ha enviado a los políticos del consistorio como documentación anexa a la convocatoria oficial del Consejo Municipal para su información. Lo cierto es que la ASPB tiene una cierta credibilidad ante los medios que, probablemente, se deriva de esta trayectoria.

El proceso documentado en este trabajo sobre el Informe de Salud de Barcelona pone encima de la mesa la necesidad de llevar a cabo acciones de mejora para seguir avanzando en nuestro compromiso de rendimiento de cuen-

tas ante la sociedad. Así por ejemplo, sería interesante evaluar el impacto que tiene el informe en los profesionales o en la ciudadanía o la adecuación de contenidos y su comprensión por parte de las personas que lo utilizan.

La publicación sistemática de los informes de salud contribuye a basar las políticas en los datos y la evidencia científica y a evitar propuestas de acción en salud basadas en experiencias personales, ideologías, intuiciones, o ideas poco contrastadas²². La monitorización del estado de salud de la población es una de las actividades esenciales de la salud pública²³: documenta de forma sistemática los niveles de salud y sus determinantes, informa sobre los problemas y avances sobre diferentes aspectos de la salud de la población y sirve como instrumento para planificar y evaluar las acciones que se deben llevar a cabo para mejorarla.

BIBLIOGRAFÍA

1. Institute of Medicine, Committee on the future of public health. *The future of public health*. Washington: National Academy Press; 1988.
2. Rosen G. *A history of public health* (2nd ed). Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1993.
3. Cerdà I. *Teoría general de la urbanización y aplicación de sus principios y doctrinas a la reforma y ensanche de Barcelona*. Vol II. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales; 1968: 504-5.
4. Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*. Washington: Banco Mundial; 1993.
5. Murray CJL, Lopez AD (Eds). *The global burden of disease*. Cambridge: Harvard University Press; 2006.
6. CSDH. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization; 2008.
7. WHO Oficina Regional para Europa (1995). *City Health Profiles-How to report in your city*. Copenhagen. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/101061/wa38094ci.pdf

8. Webster P, Lipp A. The evolution of WHO city health profiles: a content review. *Health Promot Int.* 2009;24 Suppl 1:i56-i63.
9. Ritsatakis A. Equity and social determinants of health at a city level. *Health Promot Int.* 2009;24 Suppl 1:i81-i90.
10. Clos J. La salut a Barcelona, 1984. Informe presentat pel Regidor de Sanitat al Consell Plenari del mes de juliol de 1984. Barcelona: Publicacions de l'Ajuntament; 1985.
11. Borrell C, Company A. Projecte de vigilància i monitorització de l'estat de salut dels ciutadans de Barcelona. Barcelona: L'Ajuntament; 1987.
12. Brand H, Cornelius-Taylor B. Evaluation of National and Regional Public Health Reports. Final Report of EU project 2000/IND/2043, 2001. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/monitoring/fp_monitoring_2000_exs_05_en.pdf
13. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen: World Health Organisation; 1991.
14. Krieger N. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *J Epidemiol Comm Health.* 2005; 59: 350-5.
15. La Salut a Barcelona 2008. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2009. Disponible en: http://www.aspb.cat/quefem/docs/Salut_bcn_2008.pdf
16. Diez E, Villalbí JR, Benaque A, Nebot M. Desigualdades en salud maternoinfantil: el impacto de una intervención. *Gac Sanit.* 1995;9(49):224-31.
17. Pons-Vigués M, Puigpinós R, Cano-Serral G, Mari-Dell'Olmo M, Borrell C. Breast cancer mortality in Barcelona following implementation of a city breast cancer-screening program. *Cancer Detect Prev.* 2008;32(2):162-7.
18. Ayuntamiento de Barcelona. Plan de acción Municipal 2008-11. Disponible en: <http://w3.bcn.es/fitxers/participacio/pam/pamdef.223.pdf>
19. Servei Català de la Salut. Regió Sanitaria de Barcelona. Pla de Salut de Barcelona Ciutat a l'horitzó de 2010. Barcelona: Consorci Sanitari de Barcelona i Agència de Salut Pública de Barcelona; 2008.
20. Decálogo de Buenas Prácticas de la Comunicación Local Pública de 2003. Disponible en: <http://www.labce.es/Recerques/pdfs/Decaleg.pdf>
21. Agència de Salut Pública de Barcelona. Memòria anual. Barcelona: ASPB; 2010. Disponible en: http://www.aspb.cat/quefem/documents_memories.htm
22. Brand H. Final Report. Impact Assesment of Public Health Reporting (PIA PHR). Brussels: European Comission; 2009.
23. CDC. Essential Public Health Services. Disponible en: Public Health Functions Steering Committee. Public Health and Essential Public Health Services. Washington: US. Department of Health and Human Services; 1995. Disponible en: <http://www.health.gov/phfunctions/public.htm>

COLABORACIÓN ESPECIAL**SIN RECONOCIMIENTO RECÍPROCO NO HAY CALIDAD ASISTENCIAL (*)**

Fernando Calvo Rigual (1,5), Ana M Costa Alcaraz (2,3,5), Javier García-Conde Brú (3,5) y M^a Jesús Megía Sanz (3,4,5).

- (1) Servicio de Pediatría. Hospital Lluís Alcanyís. Xàtiva. Valencia.
- (2) Centro de Atención Primaria Nazaret. Valencia. Agencia Valenciana de Salud.
- (3) Facultad de Medicina. Universidad de Valencia.
- (4) Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanitat. Valencia.
- (5) Grupo de Investigación en Bioética de la Universidad de Valencia.

(*) La aportación de Costa se inscribe dentro del proyecto de investigación "El reconocimiento recíproco como base de una bioética intercultural" (FII2008-06133/FISO), subvencionado por el Ministerio de Ciencia e Innovación.

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con la redacción del presente trabajo.

RESUMEN

Aspectos básicos de la relación clásica médico-enfermo han entrado en crisis en la medicina actual. Dificultades de comunicación, infravaloración de la empatía, o interposición de criterios economicistas están dando lugar a estilos asistenciales que facilitan la cosificación de los pacientes, el menosprecio de los sanitarios y la indiferencia –de unos y otros– hacia las medidas colectivas de la salud. Principios básicos de esa relación tales como calidad, justicia, autonomía del paciente y beneficencia podrían aparecer débiles de contenido.

En este trabajo se propone aplicar el concepto de "reconocimiento recíproco" procedente de la filosofía, para "recargar" de contenido diferentes aspectos de la relación clínica. En un aspecto "interno", abordando la identidad de los protagonistas: el reconocimiento recíproco buscaría potenciar tanto la del paciente como la del profesional. En un aspecto "externo", buscaría incidir en la calidad de la asistencia, objetivo fundamental de la relación clínica. Con el reconocimiento recíproco aplicado a la salud pública se refuerza el principio de justicia facilitando la construcción de una identidad como ciudadanos de derechos.

Palabras clave: Autoimagen. Relaciones médico-paciente. Calidad de la atención de salud. Bioética

ABSTRACT**Without Reciprocal Recognition
there is not Quality of Care**

Understanding the classic doctor-patient relationship has entered a crisis in medicine today. Communication difficulties, underestimation of empathy, or bringing economic criteria are leading to care styles that facilitate the objectification of patients, contempt for doctors, and indifference of both to collective measures of health. Basic principles of this relationship such as quality, justice, patient autonomy and beneficence may appear weak content.

We intend to apply the concept of "reciprocal recognition" from philosophy to "recharge" content different aspects of the clinical relationship: a look "inside", dealing with the identity of the protagonists seek to promote it by using reciprocal recognition of both patient and the professional. In one aspect "external", focusing on the quality of care, a key objective of the clinical relationship. With reciprocal recognition, issues of justice and equity are reinforced through public health, building an identity of citizens with rights.

Keywords: Self concept. Physician-patient relations. Quality of health care. Bioethics.

Correspondencia:
Fernando Calvo Rigual
Servicio de Pediatría
Hospital Lluís Alcanyís
Carretera Silla- Xàtiva km 2
Xàtiva
46800 Valencia
calvo_fer@gva.es

INTRODUCCIÓN

La medicina actual de los países desarrollados se caracteriza por un alto grado de eficacia acompañado, inevitablemente, de un alto nivel de complejidad. En España los aspectos positivos del modelo asistencial, como la amplitud de cobertura y prestaciones, coexisten con otros poco deseables.

Por una parte, la excesiva confianza en la tecnología unida a la percepción de la asistencia sanitaria como un bien de consumo en un marco de recursos limitados¹, así como algunos factores derivados de la interculturalidad², han contribuido a la crisis de identidad de los protagonistas del encuentro clínico^{3,4}. Junto con un estilo paternalista, en el cual es el médico quien decide lo que considera mejor para su paciente, empieza a coexistir un estilo participativo en el que el facultativo actúa como experto que asesora a un paciente competente que se implica en la toma de decisiones^{5,6} estableciéndose en muchos casos una alianza terapéutica que mejorará la efectividad de las medidas propuestas⁷ y planteando nuevos problemas, como los derivados del paciente consumista que demanda pruebas diagnósticas o tratamientos clínicamente inadecuados.

Por otra parte, el acelerado desarrollo científico-técnico aporta una nueva fuente de variabilidad en la práctica clínica⁸⁻¹⁰, haciendo imprescindible su evaluación con el doble objetivo tanto de fomentar lo mejor para el paciente (recomendando las mejores prácticas) como de asegurar la sostenibilidad del sistema (a través de la identificación de nuevos productos introducidos, siempre más caros que los existentes en el mercado, que aportan escasa o irrelevante novedad terapéutica). Es importante una mirada crítica ante medicamentos novedosos que supuestamente aportan ventajas a los existentes en el mercado, objetivo que ha dado lugar al surgimiento de páginas web en diferentes países^{11,12}. Así pues, analizar factores de variabilidad de la práctica forma parte de las herramientas pro-

puestas desde la salud pública no solo para evaluar la calidad asistencial, sino también para orientar la toma de decisiones en gestión sanitaria¹³. El análisis de la calidad asistencial se ha aplicado a centros y profesionales comprometidos en buscar lo mejor para el paciente¹⁴, aunque en ocasiones olvida contemplar aspectos relacionados con la comunicación entre ellos y los pacientes.

Por último, a consecuencia de la presión asistencial, profesionales y pacientes se encuentran con frecuencia en un escenario de distanciamiento, de mero intercambio de servicios, en el que la falta de tiempo dificulta la comunicación interpersonal y pone trabas a la toma de decisiones compartida^{15,16}. La organización del sistema sanitario no siempre la favorece. Con ello, el respeto a la autonomía se pervierte. Un ejemplo puede observarse en algunos documentos de consentimiento informado, obtenidos en condiciones tales que los pacientes les llaman documentos de “consentimiento asustado”. La asistencia pública y universal coloca al médico en situación de dependencia respecto a una estructura burocrática susceptible de conflictos de relación, tanto con los estamentos jerárquicos que organizan el trabajo como con aquellos pacientes que hubieran querido elegir otro profesional para recibir atención.

Nos encontramos, pues, en un escenario en el cual el acto médico tiene el riesgo de perder su componente empático¹⁷, para ser sustituido por una mera relación de intereses con una mutua tendencia a la instrumentalización¹⁸. En consecuencia, es frecuente encontrar instituciones cuyo compromiso ético con el paciente se orienta de forma exclusiva a controlar la calidad en sus aspectos científico-técnicos. En este marco es difícil aplicar los conocidos principios de la bioética. ¿Cómo respetar la autonomía del paciente, partiendo de una situación histórica de paternalismo? ¿Cómo lograr una justa distribución de los recursos, cuando éstos son limitados?¹⁹

Honneth ha desarrollado un concepto que tiene su origen en los escritos de Hegel en Jena, "el reconocimiento recíproco", que considera esencial en la construcción de la identidad personal. La identidad del ser humano se construye, a lo largo de la vida, a partir de la auto-comprensión que nace del encuentro con los otros seres humanos. Para sentirnos realizados como personas, los seres humanos necesitamos ser reconocidos por los demás. Cuando no lo somos, de uno u otro modo nos vemos impulsados hacia alguna forma de lucha para alcanzar el reconocimiento²⁰.

Un reconocimiento que va progresando en estadios, desde un ámbito familiar, basado en el afecto, hasta un nivel de reconocimiento social, basado en la dignidad de la persona, pasando por un estadio de reconocimiento legal, que nos considera ciudadanos de derechos. En todos los estadios, el reconocimiento oscila entre el individuo y la colectividad, el individuo como sujeto de derechos y de respeto, y la colectividad que lucha para conseguir unos derechos, y para disponer del marco que permita la cooperación mutua²¹.

La tabla 1 presenta diferentes factores que pueden dificultar el reconocimiento recíproco en el ámbito de la salud. A continuación se desarrollará, sin ánimo de exhaustividad, algunos aspectos relacionados con el encuentro clínico, la organización de los servicios y la salud pública.

RECONOCIMIENTO E IDENTIDAD EN LA RELACIÓN CLÍNICA

La relación clínica se da entre iguales, pero es asimétrica. Se establece entre dos seres humanos que buscan mejorar la salud. El médico pone en juego su prestigio profesional, mientras que el paciente expone su persona. La enfermedad conduce a una situación de fragilidad que hace a quien la sufre más o menos vulnerable²².

En la atención a la salud, además de mantener los conocimientos científico-técnicos

actualizados, es preciso desarrollar habilidades de comunicación y evitar actitudes que induzcan al paciente a sentirse un objeto. Una actitud distante, en la que no se atiende al estado emocional ni a las necesidades de información de quien consulta, puede llevar a que el paciente se sienta cosificado. La actitud de reconocimiento, atendiendo a las emociones suscitadas por la propia enfermedad y a las necesidades de información, así como al impacto emocional suscitado por algunos diagnósticos, es antagónica a la de cosificación.

A finales del pasado siglo todavía había pocas investigaciones que evaluaran la influencia de la actitud en los resultados del encuentro clínico²³, pero los expertos ya insistían en la necesidad de incluir aspectos de comunicación dentro de los planes educativos²⁴, necesidad de la que cada vez hay más conciencia en el ámbito de la asistencia^{25,26}. Empatizar y ser capaz de establecer una adecuada comunicación con los pacientes, consiguiendo que se sientan escuchados²⁷ forma parte de la competencia profesional y habiéndose observado una relación inversa con demandas por negligencia en el ámbito de la atención primaria²⁸. Como cualquier otra habilidad de comunicación, la empatía puede aprenderse²⁹. Junto con la empatía, otro aspecto importante de la comunicación es la invitación a compartir decisiones³⁰ (primera esfera de reconocimiento) así como el respeto a derechos-deberes recogidos en cartas o códigos deontológicos (segunda esfera de reconocimiento). Cuidando tales aspectos se creará un clima adecuado para que la relación esté basada en la confianza recíproca (tercera esfera de reconocimiento), facilitándose la superación de la actual crisis de identidad del acto médico.

Independientemente de su prestigio social, el médico recibe reconocimiento del paciente cuando éste le manifiesta confianza. Construye su identidad profesional a partir de las pequeñas o grandes manifestaciones cotidianas de confianza que recibe de sus pacientes, y dicha identidad puede reforzarse al recibir la consideración de colegas o grupos sociales.

Tabla 1
Factores que dificultan el reconocimiento recíproco en el ámbito de la salud

Aspectos relacionados con la formación
<ul style="list-style-type: none">• Formación académica (pre y post-grado) que incide casi exclusivamente en la dimensión corporal, relegando la psico-espiritual• Currículo oculto
Aspectos relacionados con la gestión
<ul style="list-style-type: none">• Sistemas de control de calidad basados en la imposición de protocolos, sin evaluar los resultados en salud• Estilo autoritario o economicista de dirección (frente a dirección por valores)<ul style="list-style-type: none">○ Características de planificación de recursos humanos (excesiva presión asistencial)○ Características de planificación de recursos materiales (dificultad de acceso a pruebas complementarias)○ Diferentes tipos de contratos para una misma actividad profesional (plazas, acumulo de tareas)○ Ausencia de refuerzos positivos○ Algunos sistemas de incentivos no relacionados con la mejor cualificación profesional
Aspectos relacionados con el encuentro clínico
Dependientes del paciente
<ul style="list-style-type: none">• Consumismo sanitario y expectativas excesivas por parte de algunos pacientes (choque con las recomendaciones científicas, o con la equidad)• Falta de confianza en el profesional
Dependientes del médico
<ul style="list-style-type: none">• Hacer sentirse al paciente un caso clínico (habilidades de comunicación)• Hacerle sentir menor de edad (toma de decisiones compartida)• Incompetencia emocional ante situaciones o pacientes difíciles.
Aspectos relacionados con la salud pública
<ul style="list-style-type: none">• Coordinación entre los profesionales asistenciales y los salubristas inadecuada o insuficiente• Comunicación entre los salubristas y otros profesionales (enseñanza, medios de comunicación) inadecuada o insuficiente• Registros de información inadecuados o insuficientes

El paciente (“patients”, que padece) recibe reconocimiento cuando percibe ser tratado como una persona que tiene un problema y no como un caso clínico interesante. Para ello, el profesional debe ser capaz de entender cómo se siente y saber manifestárselo mediante expresiones verbales o no verbales. En casos de enferme-

dad grave, quien la sufre se ve impulsado a remodelar su identidad personal adaptándola a las nuevas limitaciones. La enfermedad contamina todos o gran parte de sus pensamientos, bloquea su deseo de proyectar una imagen y lo convierte en persona necesitada de ayuda.

¿En qué situaciones puede producirse falta de reconocimiento?

Cuando el profesional se centra de forma exclusiva en resolver el problema orgánico o psíquico y evita implicarse, no está reconociendo al paciente como persona en situación de fragilidad. Aunque para empatizar es necesario un cierto grado de implicación, no se debe anular cierta distancia terapéutica. El justo equilibrio evitará uno de los principales factores desencadenantes de burnout³¹. En casos de no implicación se corre el riesgo de terminar considerando al paciente como un código diagnóstico, un caso clínico interesante, o un demandador insaciable de asistencia sanitaria, consideraciones que alejan de las metas de la medicina a aquellos profesionales que las sostienen³².

Los medios de comunicación con frecuencia tratan los temas relacionados con la salud fomentando consumismo y alarmismo ante enfermedades banales. Inducen a solicitar sin límite bienes y servicios, y, ante las expectativas generadas a la población, los médicos encuentran difícil asumir la incertidumbre y optan por prescribir en exceso³³ (fármacos, pruebas, derivaciones a diferentes especialistas). Los pacientes que presionan al médico para obtener lo que clínicamente no está justificado, sin atender a razones, están interponiendo barreras, dejando de reconocer la cualificación del profesional.

Potenciar la respectiva identidad puede facilitar el reconocimiento recíproco entre profesionales y pacientes. La identidad del paciente se potencia con el trato personalizado así como con la invitación a participar, si lo desea, en los procesos diagnósticos y terapéuticos³⁴ y facilitándole la articulación de un discurso narrativo propio que le ayudará a autocomprenderse y permitirá al profesional conocer potenciales miedos y expectativas que hayan podido despertar con el proceso de enfermedad³⁵.

La identidad del profesional se potencia con la actualización de conocimientos y el perfeccionamiento de habilidades o la adquisición de otras nuevas que sean aplicables en su contexto³⁶.

No sólo se puede potenciar la identidad en el encuentro clínico. A ello también contribuye el reconocimiento la protección de derechos y obligaciones. En este caso, la promulgación de la Ley 41/2002³⁷ proporcionó un marco adecuado para desarrollar los diferentes aspectos que facilitan la toma de decisiones compartida con el paciente.

RECONOCIMIENTO Y CALIDAD

La interacción entre los dos actores del encuentro clínico viene condicionada por la estructura sanitaria³⁸. Dentro del proceso de atención existen factores organizacionales que, junto con los derivados del encuentro clínico, determinan la calidad total.

La garantía de calidad, entendida como establecimiento de estructuras formales que permiten evaluar la atención prestada³⁹, es un concepto que surge del ámbito empresarial. Según el enfoque que se adopte, puede definirse como excelencia, como valor, como ajuste a unas determinadas características del producto, o como satisfacción de las expectativas del cliente. Los profesionales sanitarios que trabajan para una empresa han de ajustarse a los criterios de calidad contemplados en la misma⁴⁰. En ocasiones, la ética profesional no coincide con la institucional y ello puede ser también fuente de conflictos⁴¹.

Donabedian establece una serie de componentes para el análisis de la calidad⁴²: un componente técnico (estructura), un componente interpersonal que destaca la relación enfermo y personal sanitario (proceso) y un componente correspondiente a la consecución de objetivos con la intervención sanitaria (resultado).

La actualización en conocimientos y habilidades, junto con la disponibilidad de medios diagnósticos y terapéuticos, así como la facilidad de acceso a los diferentes niveles de atención, son los componentes de calidad referidos a la estructura del sistema sanitario. La calidad de procesos se orienta hacia la detección de errores evitables (los cuales ofrecen oportunidades para mejorar el sistema)⁴³⁻⁴⁶ la comunicación y los registros de información, teniendo en cuenta cuestiones de ética como son los valores profesionales⁴⁷ y los principios de la bioética. En cuanto a los resultados, la calidad contempla diferentes aspectos que se refieren a los resultados en salud⁴⁸ (por ejemplo, tasa de buen control de la enfermedad entre pacientes crónicos que reciben tratamiento, tasa de mortalidad entre los pacientes hospitalizados).

Conjugar el respeto a la autonomía con el uso prudente de los recursos limitados son premisas de obligada consideración cuando se busca sinceramente el bien del enfermo en el marco de la sanidad pública. La misma importancia, en consideraciones relativas a la calidad, tiene registrar la información generada por los actos asistenciales en la historia clínica. La historia clínica, construida a partir de un diálogo interdisciplinario para el manejo experto de la complejidad diagnóstica y con aspectos surgidos de la comunicación, continúa siendo el eje facilitador de una buena relación con el paciente. A partir de lo recogido en la misma es posible tomar decisiones prudentes que permitan superar las opciones enfrentadas de beneficencia y autonomía llevadas al extremo, aunque todavía existe controversia sobre el derecho del paciente al acceso a las anotaciones subjetivas contenidas en su historia clínica⁴⁹.

Es obvio que el reconocimiento recíproco está limitado o anulado no sólo por la injusticia en la utilización de los recursos de salud, sino también cuando se renuncia a una cultura sanitaria orientada a mejorar la

calidad asistencial. El proceso de calidad es dinámico, se construye de forma continua a partir de los problemas o necesidades detectadas⁵⁰.

RECONOCIMIENTO Y SALUD PÚBLICA

La ya clásica definición de Winslow considera que “La salud pública es la ciencia de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud... y la eficiencia a través de esfuerzos de la comunidad organizada... y de la organización de servicios médicos y de enfermería...”⁵¹. Los conocimientos científicos sobre medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad difícilmente podrán aplicarse en comunidades inestables. Atendiendo a la propuesta de Honneth sobre lucha por el reconocimiento²⁰, se puede afirmar que la estabilidad de los colectivos humanos surge a partir de experiencias de justicia y se consolida con la reciprocidad de reconocimiento.

Para promover la salud es preciso definir en qué consiste ésta. El X Congreso de *Metges i Biòlegs en Llengua Catalana* matiza la definición propuesta por la OMS (1946)⁵², señalando que el malestar y la misma enfermedad están con frecuencia presentes en la búsqueda de la salud (en tanto en cuanto significan sensibilidad y capacidad de reacción adecuadas). En dicho congreso se define la salud como “una manera de vivir autónoma, solidaria y alegre”⁵². El proceso de enfermar viene determinado no solo por factores individuales, también por factores sociales. La salud pública tiene entre sus cometidos el de identificar en la práctica factores de riesgo para enfermar así como errores evitables del sistema de salud, recomendar estilos de vida saludables y elaborar informes que fundamenten las decisiones tomadas por gestores y políticos responsables de la planificación sanitaria.

Desde el ámbito de la salud pública se practica reconocimiento a ciudadanos y

profesionales cuando, en el desarrollo de investigaciones sobre los diferentes presupuestos filosóficos, se es capaz de fomentar la identidad de los miembros de diferentes colectivos, conminando al Estado a atender las necesidades detectadas⁵³. Y también cuando desarrolla instrumentos para evaluar y potenciar la calidad asistencial⁵⁴, siempre teniendo en cuenta el punto de vista de los colectivos afectados⁵⁵.

Las recomendaciones del clínico en relación a decisiones referidas a la salud individual no suelen ser desatendidas por quienes toman decisiones en materia de planificación sanitaria. No sucede lo mismo con las cuestiones relativas a la salud pública, que muchas veces son adoptadas sin tener en cuenta las prioridades de la población y los informes técnicos elaborados (en base a pruebas científicas consistentes) por los salubristas⁵⁶. Estos casos, imprudentes desde el punto de vista del conocimiento científico, ejemplifican la falta de reconocimiento desde el ámbito de la gestión hacia los profesionales expertos en salud pública. En otras ocasiones, aunque se atiende a las recomendaciones sobre objetivos, no se tiene en cuenta el método, por lo cual las medidas políticas encaminadas a modificar conductas son impositivas y, consiguientemente, susceptibles de provocar desapego cuando no rechazo social. Es el caso de la reciente Ley española antitabaco⁵⁷. Muy posiblemente la respuesta habría sido otra si la ley hubiese culminado un proceso de programas informativos, educativos y asistenciales, aceptando como interlocutores válidos a los colectivos afectados⁵⁸ y estableciendo plazos a partir del consenso.

Desde el ámbito de la gestión se puede potenciar la identidad de pacientes y profesionales. La del primer colectivo minimizando las listas de espera, disponiendo de un buen sistema de información sobre derechos-deberes, contemplando la posi-

bilidad de libre elección (de profesionales asignados o de centro asistencial) y mediante un servicio de atención al paciente con capacidad resolutoria. La de profesionales, clínicos o salubristas, dotándoles de medios adecuados para desempeñar su función y facilitándoles la continuidad en los puestos de trabajo. La de ambos colectivos (pacientes y profesionales) reconociéndoles como interlocutores válidos y mediante una organización adecuada que, por una parte, evite circuitos redundantes, por otra, posibilite la comunicación entre niveles asistenciales así como con otros colectivos sociales interesados en la salud (educadores, medios de comunicación y sectores laborales, entre otros).

A MODO DE CONCLUSIÓN

La reciprocidad de reconocimiento en la relación clínica exige, por una parte, mantener estilos de comunicación adecuados basados en el respeto mutuo y, por otra, establecer el empoderamiento de los actores implicados en la misma, pacientes y profesionales. Implicando a los pacientes en la toma de decisiones concernientes a su salud se reduce el riesgo de errores evitables y se mejora el control de los problemas de salud crónicos^{59,60}.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Juan Carlos Siurana Aparisi. Investigador Ramón y Cajal. Profesor del Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política de la Universidad de Valencia, por sus sugerencias y apoyo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gracia D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. En: Bioética, cap 23 [citado el 10-5-2011]. Accesible en: <http://www.bibliomed.com/biblioteca/paho/bioetica/Cap23.pdf>
2. Kreuter MW, McClure SM. The role of culture in health communication. *Annu Rev Public Health*. 2004;

25:439-55.

3 . Giddens A. Modernidad e identidad del yo. Barcelona: Península; 1997.

4. González Quirós, JL. Valores, modos y modas en el ejercicio de la medicina. *Educ méd.* 2006;9:15-20.

5. Lázaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *An Sist Sanit Navar.* 2006;29(Supl. 3):7-17.

6. Mira JJ. El paciente competente, una alternativa al paternalismo. *Fundación Medicina y Humanidades Médicas*, monografía nº 8 [citado el 10-5-2011]. Accesible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo8.pdf>

7. Lorenzo S. Hacia nuevos planteamientos de la calidad. El paciente como coprotagonista. Informe SES-PAS 2008. *Gac Sanit.* 2008; 22 Suppl 1:186-91.

8. Gómez de la Cámara A. La medicina basada en evidencias científicas: mito o realidad de la variabilidad de la práctica clínica y su repercusión en los resultados en salud. *An Sis Sanit Navar.* 2002;25:11-26.

9. Fiol M, Cabadés A, Sala J, Marrugat J, Elosua R, Vega G, et al. Variabilidad en el manejo hospitalario del infarto agudo de miocardio en España. Estudio IBERICA (Investigación, Búsqueda Específica y Registro de Isquemia Coronaria Aguda). *Rev Esp Cardiol.* 2001;54:443-52.

10. López de Castro F, Montero Fernández MJ, Valles Fernández N, Fernández Rodríguez O, Alejandro Lázaro G, Chacón Fuertes J. Variabilidad en la prescripción farmacéutica de atención primaria de Castilla la Mancha durante 2003. *Rev Esp Salud Pública.* 2005;79:551-8.

11. Farmacéuticos de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana. Hemos leído... noticias terapéuticas y de prescripción [citado el 10-5-2011]. Accesible en: <http://www.hemosleido.es/>

12. Asociación Mieux Prescrire. Prescrire [citado el 10-5-2011]. Accesible en: <http://www.prescrire.org/fr/>

13. Burgos Rodríguez R. El clínico ante la gestión clínica. Variabilidad en la práctica médica. *Rev Esp Reumatol.* 2002;1(Supl 2):41-3.

14. Mira JJ, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Aranaz J, Sitges E. La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. *Rev Calid Asist.* 1998;13:92-7.

15. Costa Alcaraz AM, Almendro Padilla C, García Vicente S, Ordovás Casaurrán R. ¿Es posible ayudar a los pacientes a decidir? *Aten Primaria.* 2008;40(2):97-9.

16. Abellan Perpignan JM, Sanchez Martinez FI, Martinez Perez JE. ¿Cómo incorporar las utilidades de los pacientes a las decisiones clínicas? *Gac Sanit.* 2008; 22 Suppl 1:179-85.

17. Borrell i Carrió F. Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Med Clin (Barc).* 2011;136:390-7.

18. Bernal-Delgado E, Ortun-Rubio V. La calidad del Sistema Nacional de Salud: base de su deseabilidad y su sostenibilidad. *Gac Sanit.* 2010;24:254-8.

19. Wulff HR, Pedersen SA, Rosenberg R. Introducción a la filosofía de la medicina. Madrid: Triacastela; 2002.

20. Honneth A. La lucha por el reconocimiento. Barcelona: Crítica; 1997.

21. Ricoeur P. Caminos del reconocimiento: tres estudios. Madrid: Trotta; 2005.

22. Ricoeur P. La diferencia entre lo normal y lo patológico como fuente de respeto. En: *Lo justo 2.* Madrid: Trotta; 2008. p. 173-182.

23. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *J Am Board Fam Pract.* 2002;15:25-38.

24. Stillman PL, Swanson DB. Ensuring the clinical competence of medical school graduates through standardized patients. *Arch Intern Med.* 1987;147:1049-52.

25. Domínguez-Nogueira C, Expósito-Hernández J, Barranco-Navarro J, Pérez-Vicente S. Dificultades en la comunicación con el paciente de cáncer y su familia. *Rev Calid Asist.* 2007;22:44-9.

26. Arroba Basanta ML, Dago R, Manzarbeitia P. Entrevista clínica en pediatría: teoría y práctica. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2010; 12 Supl 19:s263-70.

27. Mira JJ, Lorenzo S, Pérez-Jover V, Ortiz L. Escuchar con atención al paciente aporta más de lo que cuesta. *Med Clin (Barc).* 2010;135:477-8

28. Lewinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA.* 1997; 277:553-9

- 29 . Buckman R, Tulsy JA, Rodin G. Empathic responses in clinical practice: Intuition or tuition?. *CMAJ*. 2011;183:569-71
- 30 . Costa Alcaraz AM, Siurana Aparisi JC, Almendro Padilla C, García Vicente S, Ordovás Casaurrán R. Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente. *Rev Clin Esp*. [en prensa 2011]
- 31 . Epstein RM. Comunicación, burnout y resultados clínicos: más preguntas que respuestas. *Aten Primaria*. 2001;27:511-3.
- 32 . Siurana JC. La Bioética y los fines de la medicina [citado el 10-5-2011]. Accesible en: <http://www.fisterra.com/bd/upload/bioeticayfines.pdf>
- 33 . Schwartz B, Bell DM, Hughes JM. Preventing the Emergence of Antimicrobial Resistance. *JAMA*. 1997;278:944-5.
- 34 . Groopman J. ¿Me está escuchando, doctor? Un viaje por la mente de los médicos. Barcelona: RBA; 2008.
- 35 . Charon R. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*. 2001;286:1897-902.
- 36 . Epstein RM. Mindful Practice. *JAMA*. 1999;282:833-9.
- 37 . Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE [citado el 5-7-2011]. Accesible en: http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-2002-22188.
- 38 . Girón M, Beviá B, Medina E, Simon Talero M. Calidad de la relación médico-paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: Un estudio con grupos focales. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76:561-75.
- 39 . Rodríguez Pérez P. Perspectiva histórica sobre la Calidad de la Atención Sanitaria: Evolución, tendencias y métodos. *Arbor* 2001; CLXX(670):371-81.
- 40 . Costa Alcaraz AM, Almendro Padilla C. Ética de las empresas sanitarias [citado el 10-5-2011]. Accesible en: <http://www.fisterra.com/formacion/bioetica/pdf/empresas.pdf>
- 41 . Gracia D. Ética profesional y ética institucional: ¿Convergencia o conflicto?. *Rev Esp Salud Pública*. 2006; 80:457-67.
- 42 . Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1996;44:166-206.
- 43 . Leape L, Brennan T, Laird N, Lawthers A, Localio A, Barnes B, et al. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991;324:377-84.
- 44 . Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust*. 1995;163:458-71.
- 45 . Alonso Cuesta P, Rodríguez Roldán JM. Ética y variabilidad de la práctica médica. *RAS*. 2000; 4: 17-27.
- 46 . Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*. 2001; 322:517-9.
- 47 . Costa Alcaraz AM, Almendro Padilla C. Los valores [citado el 10-5-2011]. Accesible en: <http://www.fisterra.com/formacion/bioetica/valores.asp>
- 48 . Soto Álvarez J. Implicación de la investigación de resultados en salud en la mejora continua de la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud. *An Med Interna*. 2007;24:517-9.
- 49 . Moreno Madrid F, Molina Carvallo A, Herrmann F, Tesse R, Girón Caro F, Muñoz Hoyos A. Anotaciones subjetivas en la historia clínica. Divergencias entre el Derecho y la Medicina. *Bol SPAO*. 2010;4:209-14.
- 50 . Aronson MD, Neeman N, Carbo A, Tess AV, Yang JJ, Folcarelli P, et al. A model for quality improvement programs in academic departments of medicine. *Am J Med*. 2008;121:922-9.
- 51 . Winslow CEA. The Untilled Fields of Public Health. *Science*. 1920;51(1306): 23-33.
- 52 . Xe Congrè de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana [citado el 10-5-2011]. Accesible en: <http://taller.iec.cat/cmibllc/fons/10/10.03.056.pdf>
- 53 . Granda E. Salud pública e identidad. OPS [citado el 14-5-2011]. Accesible en: http://salpub.uv.es/spts/docs/Granda_articulo64.pdf
- 54 . Guix Oliver J. Calidad en salud pública. *Gac Sanit*. 2005;19:325-32.
- 55 . March JC, Prieto A. La calidad y la salud pública: un reto hacia una salud pública basada en la evidencia. *Rev Calid Asist*. 2001;16:57-60.

56. Criado-Alvarez JJ. ¿Qué pensaría Lalonde sobre la toma de decisiones en salud pública?. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:158-9.

57. Boletín Oficial del Estado. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. BOE núm 318 de 31-12-2010

58 . Ramiro Avilés MA, Lobo F. La justificación de las políticas de salud pública desde la ética y la eficiencia económica. Informe SESPAS. *Gac Sanit*. 2010;24 Suppl 1:120-7.

59. Fisher P. Wellbeing and empowerment: the importance of recognition. *Sociol Health Illn*. 2008;30:583-98

60. Anderson RM, Funell MM. Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Educ Couns*. 2005;57:153-7.

ORIGINAL

IMPACTO DE LA MORBILIDAD EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN DEL PAÍS VASCO 2002-2007: UNA VISIÓN INTEGRAL A TRAVÉS DE LAS ESPERANZAS DE SALUD (*)

Unai Martín (1), Santiago Esnaola (2), Covadonga Audicana (3) y Amaia Bacigalupe (1,2).

(1) Departamento de Sociología 2. Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)

(2) Servicio de Estudios e Investigación Sanitaria. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco

(3) Servicio de Registros e Información Sanitaria. Departamento de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco

(*) Este trabajo ha contado para su realización con la financiación del Instituto Vasco de Innovación Sanitaria (O+Berri), así como del Departamento de Sanidad y Consumo (Ayuda para trabajos de investigación comisionada 2009/02).

No existen conflictos de interés

RESUMEN

Fundamentos: La estimación del impacto de la morbilidad en la salud de la población es esencial para la planificación sanitaria. El objetivo consistió en estimar este impacto utilizando la esperanza de vida libre de discapacidad y en analizar si la hipotética eliminación de diferentes grupos de enfermedades hubiera conllevado una compresión o expansión de la morbilidad.

Métodos: Estudio transversal referido a la población residente en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Se combinaron datos de mortalidad (2002-2006), de la encuesta de salud del País Vasco (2007) y de población. Se estimó el impacto de los grupos de enfermedades y de enfermedades seleccionadas sobre las tasas de mortalidad, la esperanza de vida y los años potenciales de vida perdidos (APVP), y la discapacidad (número absoluto y tasas), así como de manera conjunta a través de la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLVD), calculada mediante el método Sullivan.

Resultados: Las enfermedades que provocaron un mayor impacto sobre la mortalidad en los hombres fueron los tumores (35,2% de las muertes y el 39,3% de los APVP), y en las mujeres las enfermedades circulatorias (34,5% del total de muertes) y los tumores (43,6% del total de APVP). En la discapacidad las de mayor impacto fueron las enfermedades osteomusculares, que provocaron el 26,6% y el 45,2% del total de casos en hombres y mujeres. Las causas con un mayor impacto conjunto fueron las del aparato circulatorio (4,2 años de EVLVD en hombres y 3,8 en mujeres). Sin embargo, las enfermedades osteomusculares fueron las que produjeron un mayor impacto sobre los años de vida con discapacidad.

Conclusiones: Las enfermedades con mayor impacto en la salud fueron las del sistema circulatorio, los tumores y las del sistema osteomuscular. La eliminación de este último grupo de enfermedades hubiera provocado una compresión de la morbilidad provocando la mayor reducción en años vividos con discapacidad entre el total de causas.

Palabras clave: Costo de enfermedad, morbilidad, mortalidad, esperanza de vida, estado de salud, España.

Correspondencia:

Unai Martín Roncero

Departamento de Sociología 2

Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación

Universidad del País Vasco

48940 Leioa (Bizkaia)

unai.martin@ehu.es

ABSTRACT

Impact of Morbidity on the Health of the Basque Country Population 2002-2007: A Comprehensive Approach through Health Expectancies

Background: The estimation of the impact of morbidity on health is essential to health planning. The objective was to estimate this impact using disability free life expectancy, and to analyze whether the hypothetical elimination of various diseases would have led to a compression or expansion of morbidity.

Methods: Cross-sectional study on the population of the Basque Country. Data on mortality (2002-2006), health survey data (2007) and population based data were used. The impact of different groups of diseases on mortality rates, years of life and potential years of life lost (PYLL) and disability (absolute number and rates) were calculated. An integrated analysis was also done, using disability free life expectancy (DFLE), using the Sullivan method.

Results: The diseases causing the greatest impact on mortality were tumours among men (35,2% and 39,3% of deaths and PYLL respectively), and circulatory diseases (34,5% of deaths) and tumours (43,6% of PYLL) among women. Osteomuscular diseases had a major impact on disability, causing the 26,6% and the 45,2% of the total cases in men and women. Circulatory diseases had the highest impact as a whole (4.2 years of DFLE in men and 3.8 in women). However, osteomuscular diseases had the highest influence on years of life with disability.

Conclusions: The diseases which caused the overall greatest impact on mortality and disability were circulatory system related ones, tumours, and osteomuscular diseases. The elimination of this last group of diseases would have led to a morbidity compression, meaning the greatest reduction in life years with disability among all the causes.

Keywords: Cost of illness. Morbidity. Mortality. Health expectancy. Health status. Spain.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento del impacto que las diferentes enfermedades tienen en la salud de la población constituye un aspecto esencial para la planificación sanitaria y la asignación de recursos. Tradicionalmente, este impacto se ha medido utilizando principalmente indicadores basados en la mortalidad, como los años potenciales de vida perdidos¹⁻³. Sin embargo, en la mayor parte de las poblaciones occidentales la mortalidad es baja, se concentra en edades avanzadas y son prevalentes las enfermedades poco letales pero con un impacto importante sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Por ello, los indicadores basados exclusivamente en la mortalidad han perdido capacidad para resumir la salud poblacional y, por lo tanto, para estimar el impacto que la morbilidad tiene en el estado de salud de las poblaciones⁴. Por otra parte, se han utilizado otro tipo de indicadores de uso de servicios sanitarios o variables de estado de salud, como la discapacidad, la calidad de vida relacionada con la salud o la salud percibida⁵⁻⁶ que, sin embargo, no permiten valorar de forma integrada los efectos no letales y letales de las diferentes enfermedades. De forma alternativa, las medidas resumen de la salud de la población⁷ permiten obtener un único indicador que resume ambos impactos, por lo que ya han sido utilizadas en el contexto internacional para el estudio del impacto sobre la salud de las diferentes enfermedades, lesiones o factores de riesgo⁸.

Entre estas medidas es posible distinguir dos grandes aproximaciones que difieren desde el punto de vista teórico y metodológico⁹, lo que conlleva diferencias en los usos potenciales de sus resultados¹⁰. La primera está basada en estudios epidemiológicos y opiniones de personas expertas para calcular una medida de déficit de salud, los años de vida ajustados por

discapacidad (disability adjusted life years)¹¹. Esta aproximación incluye los denominados estudios de Carga de Enfermedad (Burden of Disease BoD), entre los que destaca el Estudio de Carga Global de Enfermedad (Global Burden of Disease GBD)^{8,12,13}. La segunda aproximación, basada principalmente en encuestas de salud, utiliza como indicador de impacto las esperanzas de salud^{9,14-18}. Esta aproximación ha sido utilizada para evaluar los hipotéticos efectos que la eliminación de diferentes enfermedades hubieran tenido sobre la mortalidad, la discapacidad y la salud de la población¹⁵, determinando si se produce una compresión de la morbilidad¹⁹ (aumento de los años de vida y reducción de los años con discapacidad), una expansión de la morbilidad²⁰ (aumento de los años de vida a costa de un incremento de los años con discapacidad) o modelos intermedios²¹.

En el caso de España son escasos los estudios que han tratado de estimar de forma integrada el impacto de las diferentes enfermedades sobre la salud de la población y todos ellos han sido realizados desde la primera aproximación. La mayor parte de los mismos han estimado la carga de enfermedad asociada a patologías concretas²²⁻²⁸, y pocos han estudiado de manera conjunta el impacto del conjunto de la morbilidad²⁹⁻³². Además, gran parte de ellos ha estimado los datos de salud para España a partir de datos sobre el estado de salud de regiones más amplias como la europea.

El objetivo de este trabajo fue calcular el impacto de los grupos de enfermedades más prevalentes en la salud de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) durante el período 2002-2007 utilizando como medida principal un tipo de esperanza de salud: la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD). Asimismo, para cada uno de esos grupos de enfermedades, se analizó si su elimina-

ción hubiera conllevado una compresión o expansión de la morbilidad.

SUJETOS Y METODOS

Diseño, población de estudio y fuentes de información. Estudio transversal referido a la población residente en CAPV en el período 2002-2007. Se estudió el impacto de los grandes grupos de enfermedades y de algunas enfermedades concretas sobre la mortalidad y la discapacidad de manera separada y sobre ambas de forma integrada. Las enfermedades se seleccionaron por su alta prevalencia y/o impacto sobre la mortalidad (tabla 1).

Se combinaron los datos de mortalidad del período 2002-2006 con los de la Encuesta de Salud de la CAPV 2007 (ESCAV'07³³) y los datos de población de 2004. Los datos de mortalidad se obtuvieron de la Estadística de Defunciones de la CAPV realizada por el Instituto Vasco de Estadística (Eustat) en colaboración con el INE (datos facilitados por la Dirección de Gestión del Conocimiento y Evaluación, Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco). Se utilizó el número total de muertes durante el período 2002-2006 (94.540) de las que 49.834 fueron en hombres y 44.706 en mujeres. Los datos de población por edad y sexo se estimaron por interpolación lineal a partir de los datos del Censo de Población y Viviendas de 2001, y la Estadística de Población de 2006 llevada a cabo por Eustat ambos datos facilitados por el Eustat-Instituto Vasco de Estadística). Los datos de salud se obtuvieron de la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2007³³, dirigida a una muestra representativa (13.555 sujetos) de la población no institucionalizada de la CAPV, cuya metodología detallada ha sido publicada con anterioridad³³.

Análisis estadístico. El impacto sobre la mortalidad se valoró mediante el número de defunciones, las tasas de mortalidad (calcu-

ladas para todo el periodo y expresadas de forma anual) y los años potenciales de vida perdidos totales y por grupos de enfermedades. En el caso de los años potenciales de vida perdidos se tuvo en cuenta las defunciones de menores de 1 año y se utilizó la esperanza de vida como umbral para considerar una muerte como prematura, considerando 77 años para hombres y 84 para mujeres. En el caso de la discapacidad se calculó el número total de personas con discapacidad y las tasas brutas de discapacidad totales y por grandes grupos de enfermedades y causas seleccionadas. Para el cálculo de la esperanza de vida (EV) se utilizó la tabla de vida abreviada siguiendo el método de Chiang³⁴, y la EVLD se calculó integrando la información de la discapacidad en la tabla de vida mediante el método de Sullivan³⁵. Se estimó la EV, la EVLD, la esperanza de vida con discapacidad (EVD) y el porcentaje de vida que se espera vivir sin discapacidad antes y después de la hipotética eliminación de cada una de las diferentes causas o grupos de ellas. Se utilizaron tablas con "causas eliminadas" siguiendo la metodología de tablas con decrementos simples asociados, recogida en Preston et al^{17,36}, utilizando el método propuesto por Chiang³⁷ y asumiendo independencia entre las causas de muerte y de discapacidad. Para el cálculo de la porción de años vividos (ax) se realizaron las transformaciones tal y como se propone en Preston et al³⁶ a partir de las propuestas de Chiang³⁴ para las tablas de vida con todas las causas, ya que éstas fueron las que se utilizaron en el cálculo de la esperanza de vida general. La EVLD por causas eliminadas se estimó calculando las prevalencias de discapacidad una vez se eliminaron las discapacidades provocadas por la causa a eliminar. El impacto se midió tanto de manera absoluta como relativa.

Atribución de las causas de mortalidad y discapacidad a las diferentes causas. Las defunciones fueron atribuidas a cada una de las causas y grupos de enfermedad utilizando la causa básica de defunción del

Tabla 1
Grupos de enfermedades y causas seleccionadas

Grupo de enfermedad	Código CIE-10	CIE-9MC
Tumores	C00-D48	140-239, 273.1.3, 289.8
Cáncer de mama	C50	174, 175
Cáncer de pulmón	C33-C34	162
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	E00-E90	240-278, 330.0.1 (excepto 273.0.1.2.3, 274)
Diabetes mellitus	E10-E14	250
Trastornos mentales y del comportamiento	F00-F99	290-319
Enfermedades del sistema nervioso	G00-H95	320-389, 435 (excepto 330.0.1)
Enfermedades del sistema circulatorio	I00-I99	390-459, (excepto 427.5, 435, 446, 459.0)
Cardiopatía isquémica	I20-I25	410-414
Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69	430-434, 436-438
Enfermedades del sistema respiratorio	J00-J99	460-519, 786.0
EPOC	J40-J44, J47	490-492, 494, 496
Asma	J45, J46	493
Enfermedades del sistema digestivo	K00-K93	520-579
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	M00-M99	274, 446, 710-739
Enfermedades del sistema genitourinario	N00-N99	580-629

Fuente: Registros de mortalidad de las Comunidades Autónomas e INE⁴²

Tabla 2
Atribución del escenario de compresión o expansión de la morbilidad a partir de los cambios en la esperanza de vida (EV), la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD), esperanza de vida con discapacidad (EVD) y porcentaje de esperanza de vida que se espera vivir libre de discapacidad (%EVLD/EV).

EV	EVLD	EVD	% EVLD/EV	Escenario
Aumenta	Aumenta	Disminuye	Aumenta	Compresión morbilidad
Aumenta	Aumenta	Aumenta	Aumenta	Relativa compresión morbilidad
Aumenta	Aumenta	Aumenta	Disminuye	Relativa expansión morbilidad
Aumenta	Disminuye	Aumenta	Disminuye	Expansión de la morbilidad

Fuente: Elaboración propia a partir de Nusselder et al.¹⁵

Boletín Estadístico de Defunción, que en el caso del País Vasco es codificado por el Departamento de Sanidad y Consumo, utilizando la CIE-10³⁸ (tabla 1). En cuanto a la atribución de la discapacidad, además de la existencia o no de la limitación para las actividades de la vida cotidiana, en la ESCAV se recoge el motivo que originó esta limitación con una pregunta abierta que permite detallar hasta tres causas que posteriormente son codificadas por personal sanitario, utilizando la CIE-9MC³⁹ (tabla 1). Un mayor detalle de la metodología de la ESCAV para estas variables así como el cuestionario se puede consultar en la publi-

cación oficial de dicha encuesta³³. Para calcular las tasas de discapacidad por causas específicas se consideraron todas las causas señaladas como origen de la misma. Sin embargo, en el caso de la EVLD sólo se “eliminaron” los estados de discapacidad cuando se señaló una única causa, ya que se consideró que si una persona señalaba dos causas como el origen de su discapacidad, ésta no desaparecería si se eliminara una de las causas señaladas.

Atribución del escenario de compresión o expansión de la morbilidad a la eliminación de una enfermedad. El análisis

del impacto de la eliminación de cada causa en la compresión o expansión de la morbilidad, partiendo de lo propuesto por Nusselder et al¹⁵ se llevó a cabo teniendo en cuenta su efecto combinado sobre la EV, la EVLD, la EVD y el porcentaje de vida que se espera vivir sin discapacidad, tal y como se muestra en la tabla 2.

RESULTADOS

Impacto sobre la mortalidad. En el caso de la mortalidad masculina fueron los tumores los que provocaron un mayor número de muertes, un total de 17.522 (32,5% del total), así como de APVP, un total de 154.883 (39,3% del total), seguidos de las enfermedades del sistema circulatorio con 13.735 muertes (27,6% del total) y 73.057 APVP (18,1% del total). En el caso de las mujeres, las enfermedades del sistema circulatorio fueron las causantes del mayor impacto sobre la mortalidad por el número de muertes: 15.328 (34,3% del total), y los tumores por el número de años potenciales de vida perdidos: 127.111 (43,6% del total). Entre las enfermedades concretas seleccionadas, en los hombres la causa con un mayor impacto fue la cardiopatía isquémica si se considera la tasa de mortalidad, con un total de 4.649 (9,3% del total) y el cáncer de pulmón si se atiende a los APVP, con 42.682 años (10,8% del total). Respecto a la mortalidad total en las mujeres, las de mayor impacto fueron la enfermedad cerebrovascular con 4.615 defunciones (10,3% del total) y la cardiopatía isquémica con 3.115 (7,0% del total). En relación a la mortalidad prematura, destacaron el cáncer de mama: 23.720 APVP (8,1%), seguido de la enfermedad cerebrovascular: 16.669 APVP (5,7% del total).

Impacto sobre la discapacidad. El grupo de las enfermedades del sistema osteomuscular fue el causante del mayor número de personas discapacitadas, tanto en hombres, 22.831 (26,6%) como en mujeres, 41.811 (45,2%). A este grupo le siguieron las enfer-

medades del sistema circulatorio y las enfermedades del sistema nervioso en hombres y las enfermedades del sistema nervioso y los trastornos mentales en mujeres. Entre las enfermedades concretas, fueron la cardiopatía isquémica en hombres, 6.767 (7,9%) y el tumor de mama en mujeres, 2.426 (2,6%), las que provocaron una mayor discapacidad.

Impacto conjunto sobre la mortalidad-discapacidad. Los grupos de enfermedades con mayor impacto sobre la EVLD fueron las enfermedades del sistema circulatorio (4,2 años en hombres y 3,8 en mujeres), los tumores (4,1 y 2,7 años), las enfermedades del sistema osteomuscular (1,3 y 2,5 años) y las enfermedades del sistema nervioso (1,1 y 1,6 años). Teniendo en cuenta de manera conjunta el impacto que su eliminación hubiera tenido en la EV, la EVLD, la EVD y el porcentaje que la EVLD representa sobre el total de la EV (tablas 3 y 4), se pudieron establecer diferentes grupos de enfermedades. La eliminación de las enfermedades del sistema osteomuscular, del sistema nervioso, los trastornos mentales y las enfermedades del sistema circulatorio en el caso de los hombres (sobre todo la cardiopatía isquémica) hubieran provocado un aumento en la esperanza de vida y en la EVLD (hombres: 1,3; 1,1; 0,9; 4,2 años y mujeres: 2,5; 1,6; 1,1; 3,8 años respectivamente), así como una disminución de la EVD (hombres: 1,3; 0,6; 0,6; 0,2, años y mujeres: 2,3; 0,9; 0,4; 1,4 años respectivamente). La eliminación de los tumores (especialmente del cáncer de pulmón en los hombres), las enfermedades del sistema circulatorio en las mujeres, así como en menor medida las de los sistemas respiratorio, digestivo y genitourinario en ambos sexos, hubieran provocado un aumento de la esperanza de vida y la EVLD (tablas 3 y 4). Sin embargo, esta hipotética eliminación también hubiera incrementado el número de años que se espera vivir con discapacidad, aumentando también el porcentaje que tales años representan respecto a la esperanza de vida total. La eliminación de las enfermedades endocrinas y las enfermedades cerebrovasculares en hombres hubiera con-

Tabla 3
Impacto de los diferentes grupos de causas y causas seleccionadas en la discapacidad (número de personas, prevalencia), mortalidad (defunciones, años potenciales de vida perdidos y esperanza de vida) y de manera conjunta (esperanza de vida libre de discapacidad, esperanza de vida con discapacidad y porcentaje de esperanza de vida libre de discapacidad). Hombres CAPV. 2002-2007

	Discapacidad				Mortalidad					Impacto conjunto (EVLID)						
	Personas discapacidad	Prevalencia*	% del total	Defunc	Tasa*	% total	Años perdidos	% total	EV	Aumento total	Aumento %	Total			Cambio	
												EVLID	EVLID %	EVLID	EVD	EVLID %
Total	85.708	8.242,54	100	49.834	966,6		394.353		77,4			70,7	6,7	91,4		
Grupos de enfermedades																
Tumores	5.055	486,1	5,9	17.522	339,9	35,2	154.883	39,3	82,4	5,1	6,5	74,7	7,7	90,7	4,1	1,0
Cáncer de mama	0	0,0	0,0	15	0,3	0,0	200	0,1	77,4	0,0	0,0	70,7	6,7	91,4	0,0	0,0
Cáncer de pulmón	841	80,9	1,0	4.221	81,9	8,5	42.682	10,8	78,5	1,1	1,4	71,6	6,9	90,3	0,9	0,2
Endocrinas	1.157	111,3	1,3	1.156	22,4	2,3	5.749	1,5	77,6	0,3	0,3	70,9	6,7	91,4	0,2	0,0
Diabetes	831	79,9	1,0	982	19,1	2,0	3.786	1,0	77,6	0,2	0,3	70,9	6,7	92,7	0,2	0,0
Mentales	12.851	1.235,9	15,0	1.227	23,8	2,5	2.042	0,5	77,6	0,3	0,3	71,6	6,1	92,2	0,9	-0,6
Nervioso	13.182	1.267,7	15,4	1.729	33,5	3,5	9.384	2,4	77,8	0,4	0,5	71,8	6,0	92,2	1,1	-0,6
Circulatorio	17.990	1.730,1	21,0	13.735	266,4	27,6	7.3057	18,5	81,4	4,0	5,2	74,9	6,5	92,0	4,2	-0,2
Cardiopatía . Isquémica	6767	650,8	7,9	4.649	90,2	9,3	32.746	8,3	78,5	1,2	1,5	72,0	6,6	91,0	1,3	-0,1
Enfermedad Cerebrovascular	2711	260,7	3,2	3.539	68,6	7,1	15.008	3,8	78,2	0,8	1,1	71,5	6,7	91,1	0,8	0,0
Respiratorio	5.179	498,1	6,0	5.495	106,6	11,0	15.770	4,0	78,7	1,3	1,7	71,9	6,8	91,3	1,2	0,1
EPOC	2003	192,6	2,3	2.998	58,2	6,0	7.168	1,8	78,0	0,7	0,8	71,2	6,8	90,8	0,5	0,1
Asma	2117	203,6	2,5	53	1,0	0,1	741	0,2	77,4	0,0	0,0	70,8	6,6	91,5	0,1	-0,1
Digestivo	3.255	313,3	3,8	2.700	52,4	5,4	23.953	6,1	78,1	0,7	0,9	71,3	6,8	91,3	0,6	0,1
Osteomuscular	22.831	2.195,7	26,6	204	4,0	0,4	733	0,2	77,4	0,0	0,0	72,0	5,4	93,0	1,3	-1,3
Genitourinario	403	38,8	0,5	928	18,0	1,9	2.732	0,7	77,6	0,2	0,3	70,8	6,7	91,3	0,1	0,1

* Tasas por 100.000

Tabla 4
Impacto de los diferentes grupos de causas y causas seleccionadas en la discapacidad (número de personas, prevalencia), mortalidad (defunciones, años potenciales de vida perdidos y esperanza de vida) y de manera conjunta (esperanza de vida libre de discapacidad, esperanza de vida con discapacidad y porcentaje de esperanza de vida libre de discapacidad).Mujeres CAPV. 2002-2007

	Discapacidad			Mortalidad				Impacto conjunto (EVLID)			
	Personas discapacidad	Prevalencia* % del total	Defunc. Tasa*	% total Años perdidos	% total	EV total	Aumento total %	Total		Cambio	
								EVLID	% EVLD	EVLID	% EVLD
Total	92.486	8.487,0	44.706	291640	828,3	84,7		76,7	8,0	90,6	
Grupos de enfermedades											
Tumores	6.360	583,6	10.014	127111	183,5	87,8	3,1	79,4	8,4	90,4	2,7
Cáncer de mama	2426	222,6	1438	23720	26,6	83,2	0,5	76,7	8,0	90,6	0,5
Cáncer de pulmón	548	50,3	714	13622	13,2	84,9	0,3	77,2	8,0	90,6	0,3
Endocrinas	2.198	201,7	1.640	7326	30,4	85,1	0,4	77,1	8,0	90,6	0,4
Diabetes	1619	148,6	1351	5347	23,0	85,0	0,3	77,0	8,0	90,6	0,3
Metabólicas	10.814	992,4	2.695	3909	49,9	83,3	0,6	77,7	7,6	91,1	1,1
Neuróticas	17.009	1.560,8	2.725	13.562	50,5	83,4	0,7	78,3	7,1	91,7	1,6
Circulatorias	9.648	883,4	13.328	52328	284,0	89,9	5,2	80,5	9,4	89,5	3,8
Cardiopatía. Isquémica	1485	136,3	3115	12987	57,7	83,4	0,8	77,0	8,0	90,6	0,6
Enfermedad Cerebrovascular	1160	106,5	4615	16669	85,5	83,8	1,1	77,3	8,2	90,4	0,8
Respiratorio	2.960	271,6	4.236	12045	78,9	83,7	1,1	77,5	8,2	90,4	0,8
EPOC	772	70,8	1130	3816	20,9	84,9	0,3	77,5	8,3	90,3	0,2
Asma	1917	173,9	188	1077	3,5	84,7	0,1	76,9	8,1	90,5	0,2
Digestivo	1.995	183,1	2.207	14356	40,9	83,2	0,6	77,2	8,1	90,5	0,5
Osteomuscular	4.181	3.836,8	564	2112	10,5	84,8	0,2	79,2	5,7	93,3	2,5
Genoturno	280	25,7	959	3372	17,8	84,9	0,2	76,9	8,1	90,5	0,2

* Tasas por 100.000

llevado un aumento de la EVD, si bien el porcentaje que estos años representan en la esperanza de vida total hubiera disminuido.

DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta el efecto conjunto sobre la mortalidad y la discapacidad, los grupos de enfermedades de mayor impacto fueron las enfermedades del sistema circulatorio, los tumores, las enfermedades del sistema osteomuscular y las enfermedades del sistema nervioso y trastornos mentales. El impacto sobre la salud de la población vasca derivado de la hipotética eliminación de los grupos de enfermedades no sólo fue diferente en términos cuantitativos sino también cualitativos. Así, la eliminación de las enfermedades del sistema osteomuscular, del sistema nervioso y los trastornos mentales, así como las del sistema circulatorio en el caso de los hombres, hubiera provocado una compresión de la morbilidad, es decir, un aumento de los años de vida acompañado de una reducción de los años con discapacidad. Sin embargo, la eliminación de los tumores y las enfermedades del sistema circulatorio en las mujeres, así como las de los sistemas respiratorio y digestivo, hubieran provocado una relativa expansión de la morbilidad, es decir, el aumento de los años de vida acompañados de un incremento paralelo de los años de vida en discapacidad y de un descenso del porcentaje que la EVD representa en la EV. En un escenario intermedio se sitúa la eliminación de las enfermedades endocrinas que hubieran provocado una relativa compresión de la morbilidad, es decir, un aumento del número de años de vida totales y con discapacidad, pero un descenso en el porcentaje que estos representan respecto al total de esperanza de vida.

No se ha encontrado otra estimación del impacto global de los diferentes grupos de enfermedad utilizando datos de la CAPV. En el caso del Estado español, algunos estudios han estimado este impacto para el con-

junto de enfermedades utilizando medidas de déficits de salud, es decir, la primera de las aproximaciones mencionada en la introducción²⁹⁻³¹, pero no se ha encontrado ninguno que lo haga utilizando esperanzas de salud. En el ámbito internacional, la variabilidad en la metodología de los estudios no permite una comparación directa con nuestros resultados. Sin embargo, en términos generales los resultados coinciden con los descritos en otros estudios^{9,15}. La metodología más parecida es la utilizada por Bronnum-Hansen et al. para los mayores de 65 años en Dinamarca¹⁷: aunque los resultados derivados de la comparación deban realizarse con cautela, en base a los datos para los mayores de 65 años de la CAPV (no mostrados) parece que los tumores tienen un mayor impacto sobre los hombres en la CAPV que en Dinamarca, y la cardiopatía isquémica un impacto menor. En el caso de las mujeres mayores de la CAPV, el impacto de las enfermedades del sistema circulatorio fue mayor, sobre todo en las enfermedades cerebrovasculares, mientras que la cardiopatía isquémica tuvo un impacto menor. Las enfermedades del sistema osteomuscular también tuvieron un impacto menor en el caso de las mujeres de la CAPV.

Entre las limitaciones de este estudio, conviene tener en cuenta el posible sesgo introducido por la comorbilidad, tanto en el caso de la mortalidad (al considerar una única causa como la responsable de la muerte) como de la discapacidad. Asimismo, se usaron distintas clasificaciones para unir los datos de mortalidad (CIE-10) y discapacidad (CIE-9MC). Otra de las limitaciones se deriva del uso del método Sullivan para el cálculo de las esperanzas de salud. Este método utiliza datos de prevalencia para los estados de salud y de incidencia para la mortalidad, por lo que en el caso de la discapacidad, se tienen en cuenta efectos de enfermedades que pueden haberse producido en épocas anteriores al estudio. Sin embargo, la relativa simplicidad de los datos requeridos para su cálculo hace de éste el método

más usado y el único posible en nuestro contexto. Por último, la ESCAV, al igual que la mayoría de encuestas de salud poblacionales, no recoge información para la población institucionalizada, lo que puede suponer un sesgo, sobre todo en la población mayor y en el caso de que alguna enfermedad aumente las probabilidades de institucionalización. Además, la manera de medir la discapacidad y sus causas en la ESCAV puede introducir sesgos clásicos de los estudios poblacionales por encuesta como la dificultad de recuerdo u otros derivados de la medida autodeclarada de la discapacidad.

Este estudio ha utilizado esperanzas de salud, lo que supone una serie de ventajas respecto a otros que utilizan otras medidas globales, como los años de vida ajustados por discapacidad. Además de la menor exigencia de datos para su cálculo, las esperanzas de salud tienen una mejor capacidad para reflejar los cambios en el impacto de las enfermedades sobre la salud⁹, y permiten un mejor tratamiento de la comorbilidad y la introducción de otras variables en el estudio, como las características socioeconómicas¹⁶. Otra de las ventajas del estudio es contar con la información necesaria para estimar el impacto en la salud de las diferentes enfermedades a partir de datos de la población objeto de estudio. Ello implicó que no fuera necesario utilizar estimaciones realizadas en otras poblaciones más generales, como ocurre en algunos de los estudios que utilizan la metodología de los años de vida ajustados por discapacidad²⁹⁻³¹. Además, la atribución de los estados de discapacidad a las causas se realizó de una manera directa y no a partir de la relación entre el estado de salud de la persona y las enfermedades crónicas que presenta⁹.

Los resultados de este estudio mejoran el conocimiento actual del impacto de las diferentes enfermedades sobre la salud de la población siendo de gran valor para las políticas de salud. Los resultados relativos al impacto de las diferentes enfermedades

medidos a través de la esperanza de vida libre de discapacidad difieren del patrón mostrado según las medidas de mortalidad, lo que tiene importantes implicaciones desde el punto de vista de asignación de recursos y priorización de servicios. Considerar únicamente la mortalidad llevará, por ejemplo, a infraestimar la importancia de enfermedades crónicas como las enfermedades del sistema osteomuscular, las enfermedades del sistema nervioso o los trastornos mentales. Es de gran relevancia la introducción de este tipo de análisis en la monitorización del estado de salud de las poblaciones con el objetivo de ayudar a una planificación y asignación de recursos que refleje más adecuadamente la influencia que las diferentes enfermedades tienen en la salud de la población.

Resulta necesario seguir avanzando en esta línea de investigación incorporando además mejoras conceptuales y metodológicas. Estas mejoras deberán incluir la estimación del impacto de las enfermedades siguiendo otras metodologías alternativas (Global Burden of Disease)⁸ así como mejoras en la metodología empleada. Asimismo, futuros estudios deberían explorar en nuestro contexto la posibilidad de introducir en estas estimaciones, además de otras enfermedades, factores de riesgo como el tabaco, el sedentarismo o la desigualdad social. Por último, se debería tener en cuenta si el impacto de estas enfermedades o factores de riesgo es igual en los diferentes grupos sociales y cuál es la contribución de las diferentes enfermedades y factores de riesgo sobre las desigualdades sociales de la salud, tal y como se ha realizado en otros contextos^{40,41}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centers for Disease Control. Premature mortality in the United States: public health issues in the use of years of potential life lost. *MMWR*. 1986;35:1-11S.

2. Romeder JM, McWhinnie JR. Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning. *Int J Epidemiol.* 1977; 6:143-151.
3. Lapostolle A, Lefranc A, Gremy I, Spira A. Premature mortality measure: comparison of deaths before 65 and expected years of life lost. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2008; 56:245-252.
4. Schopper D, Torres AM, Pereira J, Ammon C, Ceun-de N, Alonso M et al. Setting health priorities in a Swiss canton: what do different methods tell us? *J Epidemiol Community Health.* 2000; 54:388-393.
5. Perruccio AV, Power JD, Badley EM. The relative impact of 13 chronic conditions across three different outcomes. *J Epidemiol Community Health.* 2007; 61:1056-1061.
6. Van Den Bos GAM. The burden of chronic diseases in terms of disability, use of health care and healthy life expectancies. *Eur J Public Health.* 1995; 5(1):29-34.
7. Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD, editors. Summary measures of population health. Concepts, ethics, measurements and applications. Geneva: World Health Organization; 2002.
8. Murray CJL, Lopez AD, editors. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. *Global Burden of Disease and Injury, Vol 1.* Cambridge: Harvard School of Public Health on behalf of WHO; 1996.
9. Manuel DG, Schultz SE, Kopec JA. Measuring the health burden of chronic disease and injury using health adjusted life expectancy and the Health Utilities Index. *J Epidemiol Community Health.* 2002; 56:843-850.
10. Mathers CD. Cause-deleted health expectancies. En: Robine JM, Jagger C, Mathers CD, Crimmins EM, Suzman RM, editors. *Determining Health Expectancies.* Wiley, West Sussex; 2002.p.149-174.
11. Murray CJL, Lopez A. Quantifying disability: data, methods and results. *Bull World Health Organ.* 1994; 72:481-94.
12. World Health Organization. *World Health Report 2000. Health Systems: improving Performance.* Geneva: WHO; 2000.
13. World Health Organization. *The global burden of disease: 2004 update.* Geneva: WHO; 2008.
14. Colvez A, Blanchet M. Potential gains in life expectancy free of disability: a tool for health planning. *Int J Epidemiol.* 1983; 12(2):224-229.
15. Nusselder WJ, van der Velden K, Sonsbeek JLA, Lenior ME, van der Bos GA. The elimination of selected chronic diseases in a population: the compression and expansion of morbidity. *Am J Public Health.* 1996; 86(2):187-193.
16. Manuel DG, Luo W, Ugnat AM, Mao Y. Causes-deleted health-adjusted life expectancy of Canadians with selected chronic conditions. *Chronic Diseases in Canada.* 2003; 24(4):108-115.
17. Bronnum-Hansen H, Juel K, Davidsen M. The burden of selected diseases among older people in Denmark. *J Aging Health.* 2006; 18(4): 491-506.
18. Pérès K, Jagger C, Matthews FE. Impact of late-life self-reported emotional problems on disability-free life expectancy: results from the MRC Cognitive Function and Ageing Study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2008; 23(6):643-9.
19. Fries JF. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine.* 1980; 303:130-135
20. Gruenberg EM. The failure of success. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society.* 1977; 55:3-24
21. Manton KG. A Changing concepts of morbidity and mortality in the elderly population. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society.* 1982; 60:183-244.
22. Cortés M, Pereira J, Peña-Rey I, Génova R, Amela C. Carga de enfermedad de la población española de 15 años para el año 1999. *Med Clin (Barc).* 2004; 122(10):369-371.
23. Bermúdez-Tamayo C, Martín Martín JJ, Ruiz-Perez I, Olry de Labry Lima A. Factors associated with improvement in disability-adjusted life years in patients with HIV/AIDS. *BMC Public Health.* 2008; 8:362.
24. Sánchez-Valle E, Posada M, Villaverde-Hueso A, Touriño E, Ferrari-Arroyo MJ, Boada L et al. Estimating the Burden of Disease for Autism Spectrum Disorders in Spain in 2003. *J Autism Dev Disord.* 2008; 38(2):288-296.
25. Cortés M, Pereira J, Peña-Rey I, Génova R, Amela C. Carga de enfermedad atribuible a las afecciones inmunoprevisibles en la población infanto-juvenil española. *Gac Sanit.* 2004; 18(4):312-320.

26. Villaverde-Hueso A, Sánchez-Valle E, Alvarez E, Morant C, Carreira PE, Martín-Arribas MC et al. Estimating the burden of sleroderma disease in Spain. *J Rheumatol.* 2007; 34(11):2236-42.
27. Ayuso-Mateos JL, Gutierrez P, Haro JM, Salvador L, Vázquez FJ, Negrín MA et al. Reducing the Burden of Mental Illness in Spain. Bilbao: Fundación BBVA; 2008.
28. Cubo E, Alvarez E, Morant C, De Pedro J, Martínez P, Genova R et al. Burden of disease related to Parkinson's disease in Spain in the year 2000. *Mov Disord.* 2005; 20:1481-7.
29. Gènova R, Álvarez E, Morant G. Estimación de la carga de enfermedad en España en el año 2000. *Cuadernos Geográficos.* 2005; 36:571-6.
30. IESPCM. Informe del estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid 2006. Madrid: Instituto de salud Pública, Dirección General de Salud Pública y Alimentación, Consejería de Sanidad y Consumo; 2008.
31. Consellería de Sanidade. Carga de enfermedad en Galicia. Disponible en: www.qaliciasalud.net/Investigacion/Docs/InformeAVADs.pdf
32. Catalá F, Álvarez E, Gènova R, Ginestar M. Relación en España entre la investigación sanitaria financiada por el Sistema Nacional de Salud y la carga de enfermedad en la comunidad. *Rev Esp Salud Publica.* 2009; 83:137-151.
33. Pérez Y, Esnaola S, Ruiz R, Diego M, Aldasoro E, Calvo M, Bacigalupe A, llano J, Martín U. Encuesta de Salud de la C.A del País Vasco 2007. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2010
34. Chiang CL. The life table and its applications. Florida: Robert E. Krieger Publ. Co.; 1984.
35. Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Rep.* 1971; 86:347-54.
36. Preston SH, Heuveline P, Guillot M. Demography: measuring and modelling population processes. Oxford: Blackwell; 2003.
37. Chiang CL. Introduction to stochastic processes in biostatistics. New York: John Wiley; 1968.
38. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Décima revisión. Volumen I. Washington DC: OPS; 2008.
39. CIE-9-MC Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión Modificación Clínica, 6ª Edición, Enero 2008.
40. Nusselder WJ, Loman CW, Mackenbach JP, Huisman M, van Oyen H, Deboosere P, Gadeyne S, Kunst AE. The contribution of specific diseases to educational disparities in disability-free life expectancy. *Am J Public Health.* 2005; 95(11): 2035-41
41. Bronnum-Hansen H, Juel K. Impact of smoking on the social gradient in health expectancy in Denmark. *J Epidemiol Community Health.* 2004; 58(7): 604-10
42. Instituto Nacional de Estadística. Anexo 3. Lista reducidas de causas de defunción. En: Manual de causas de defunción (CIE-10). Versión 7.1. Madrid, INE; 2007. p. 1-4. Disponible en: www.ine.es/daco/daco42/sanitarias/listas_02.doc

ORIGINAL BREVE

RELACIÓN ENTRE ACTIVIDAD FÍSICA DIARIA, ACTIVIDAD FÍSICA EN EL PATIO ESCOLAR, EDAD Y SEXO EN ESCOLARES DE EDUCACIÓN PRIMARIA (*)

Yolanda Escalante (1), Karianne Backx (2), José M. Saavedra (1), Antonio García-Hermoso (1) y Ana M. Domínguez (1).

(1) Facultad de Ciencias del Deporte, Grupo de Investigación AFIDES, Universidad de Extremadura, Cáceres.

(2) Cardiff School of Sport, University of Wales Institute. Cardiff. United Kingdom.

(*) Este estudio fue financiado por el Fondo Social Europeo (Fondos FEDER) y la Consejería de Economía, Comercio e Innovación de la Junta de Extremadura (PRI08A066). Durante la finalización del artículo YE y JMS realizaron una estancia de investigación posdoctoral en University of Wales Institute, Cardiff (Reino Unido), financiada por Fondo Social Europeo (Fondos FEDER) "Una manera de hacer Europa" de la Unión Europea y la Junta de Extremadura (PO10012 y GR10171, respectivamente).

RESUMEN

Fundamento. El sedentarismo tiene efectos negativos sobre la salud. El recreo escolar puede ser una oportunidad para realizar actividad física. El objetivo de este estudio fue describir la actividad física realizada diariamente y durante el recreo por escolares de Educación Primaria en función del sexo y la edad.

Métodos. Participaron 738 escolares (379 niños y 359 niñas; 8,5±1,7 años; rango de 6 a 11 años). Se evaluó la actividad física diaria a través de cuestionario validado cubierto por los padres y la actividad física en el patio durante el recreo a través de acelerometría. Se realizó un ANOVA de una vía para conocer las diferencias entre niños y niñas en cada grupo de edad, calculando, además, los intervalos de confianza y el tamaño del efecto. También se realizó un MANOVA para analizar los efectos de la edad y el sexo con post hoc de Sheffé.

Resultados. Los niños mostraron mayores niveles de actividad física diaria que las niñas en todos los grupos de edad, siendo mayor esta diferencia a los siete años (47,6±6,5 vs 42,6±6,4 MET/día; p<0,001), a los ocho (48,5±8,6 vs 41,9±4,6 MET/día; p<0,001) y a los nueve (49,8±8,3 vs 44,1±5,9 MET/día; p<0,001). La actividad física en el patio fue mayor en niños que en niñas a los nueve (28,4±12,0 vs 23,7±11,8 motion counts; p<0,039), diez (28,5±10,8 vs 23,7±10,0 motion counts; p<0,014) y once años (24,6±12,2 vs 20,7±9,3 motion counts; p<0,047).

Conclusión. En relación a la actividad física diaria, los niños son más activos que las niñas en todas las edades estudiadas (seis a once años). Por su parte, en la actividad física en el patio escolar sólo existen diferencias, a favor de los niños entre los nueve y once años.

Palabras clave: Actividad física. Ejercicio. Salud. Estilo de vida sedentario. Infancia.

ABSTRACT

Relationship between Daily Physical Activity, Recess Physical Activity, Age and Sex in Scholar of Primary School, Spain

Background. Sedentary behavior has negative effects on health. School recess playgrounds provide important settings and opportunities for children to engage in physical activity. The aim of this study was to describe the daily physical activity (PA) and physical activity during recess of Primary School children and the relationship with sex and age.

Method. 783 children (379 boys and 359 girls; age=8.5±1.7 years; range 6 to 11) participated in the study. Daily PA of each child was measured using a validated questionnaire that was completed by the parents of each child, whilst playground recess PA was measured using accelerometry. An ANOVA was used to determine differences by sex in each age group with confidence intervals and effect sizes. Also MANOVA was used to analyse the main and interaction effects of age and sex on variables. The Scheffé post-hoc test was used for comparisons.

Results. Boys reported higher daily PA levels than girls across all age groups. The differences were bigger in seven (47.6±6.5 vs 42.6±6.4 MET/day; p<0.001), eight (48.5±8.6 vs 41.9±4.6 MET/day; p<0.001) and nine years old (49.8±8.3 vs 44.1±5.9 MET/day; p<0.001). Measured recess PA was higher for boys compared to girls at age nine (28.4±12.0 vs 23.7±11.8 motion counts; p<0.039), ten (28.5±10.8 vs 23.7±10.0 motion counts; p<0.014) and eleven years old (24.6±12.2 vs 20.7±9.3 motion counts; p<0.047).

Conclusion. Daily PA is higher in boys compared to girls across all age groups (six to eleven years old). On the other hand, recess PA was higher only in boys between nine and eleven years.

Key word: Childhood. Physical activity. Exercise. Health. Sedentary lifestyle. Spain.

Correspondencia:

Yolanda Escalante

Facultad de Ciencias del Deporte

AFIDES Research Group

Universidad de Extremadura

Avda. Universidad s/n, 10071

Cáceres (España)

yescgon@unex.es

INTRODUCCIÓN

Investigaciones bien documentadas demuestran los efectos negativos del sedentarismo y, en contraposición, los efectos beneficiosos de la actividad física sobre la salud y el bienestar a largo plazo¹. Los estilos de vida sedentarios son una de las principales causas de enfermedades crónicas, incluyendo enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2 y osteoporosis, entre otras. Estas patologías contribuyen en gran medida al aumento de la morbilidad y mortalidad. Se ha evidenciado que la salud y el bienestar en la edad adulta tienen su origen en el comportamiento y los estilos de vida de la infancia¹. Las guías actuales recomiendan que los/as niños/as y jóvenes (5-17 años) deben acumular un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física, mayoritariamente aeróbica, de intensidad moderada o vigorosa. Asimismo, es conveniente un mínimo de tres veces a la semana de práctica de actividades que fortalezcan el aparato locomotor². Es preocupante que el estudio internacional Health Behavior in School-aged Children² señale que sólo el 27% de las niñas y el 40% de los niños cumplen las recomendaciones al respecto. Los determinantes fisiológicos de la actividad física en niños/as y adolescentes incluyen la raza, el sexo y la edad³. Un estudio reciente sostiene que los niños pequeños menores de 10 años y de raza blanca son más activos que las niñas de cualquier edad, los niños mayores de 12 años de raza blanca y niños/as de cualquier edad de raza de color⁴. No obstante, existen estudios que confirman que la actividad física de los escolares puede verse influenciada por la que realizan los amigos/as⁵, hermanos/as⁶, padres/madres⁷ o por el apoyo que los escolares tengan de éstos³.

Existen pruebas irrefutables que apoyan los beneficios de la actividad física en la infancia⁸. A fin de aumentar la participación en actividades físicas entre los escolares, es importante saber dónde, cuándo y cómo estos patrones evolucionan con la edad. Así, el colegio es un entorno adecuado y conveniente para la promoción de la actividad física y la salud⁹, ya que los escolares pasan gran parte del día en él¹⁰, adquiriendo la escuela un papel importante en el desarrollo de la sociedad¹¹. La clase de educación física y el recreo ofrecen las dos principales oportunidades de realizar actividad física dentro del colegio¹². Healthy People 2010¹³ recomienda que la educación física debería ofrecerse a diario y las clases deberían tener una intensidad moderada o vigorosa al menos la mitad del tiempo de clase. La evidencia sugiere que los escolares que no se ajustan a esta pauta¹⁴ no obtienen beneficios sobre la salud¹⁵. Del mismo modo, el recreo es una buena oportunidad para aumentar los niveles diarios de actividad física¹⁶. Sin embargo, los estudios que han tratado de evaluarla durante el recreo se han centrado en grupos específicos de edad¹⁶⁻¹⁹, étnias²⁰, en relación con las pautas recomendadas²¹ o en intervenciones para aumentar la actividad física²¹⁻²³. No existe en nuestro conocimiento ningún estudio transversal en escolares que abarque seis años y que infiera las diferencias entre sexos.

Así pues, el objetivo del presente estudio fue describir la actividad física realizada diariamente y durante el recreo por escolares de Educación Primaria en función del sexo y la edad.

SUJETOS Y METODO

Diseño. Se realizó un estudio descriptivo y transversal, en el que las variables independientes fueron la edad y el sexo,

mientras que las variables dependientes fueron la actividad física diaria y la actividad física en el patio de recreo.

Muestra. Fueron invitados a tomar parte en el estudio siete colegios de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Los colegios fueron seleccionados por accesibilidad o conveniencia (muestreo que consiste en seleccionar a los colegios por la facilidad o disposición a participar en el estudio²⁴). En este muestreo se respetaron las cuotas de colegios rurales (en poblaciones menos de 5.000 habitantes) y colegios urbanos (en poblaciones de más de 25.000 habitantes). Inicialmente, los padres/madres de 913 escolares (84% de los invitados) firmaron un consentimiento informado para participar. Un total de 175 sujetos no fueron incluidos en el análisis debido a que no cumplimentaron el cuestionario general (76 niños) o el cuestionario de aptitud física (63 niños), o debido a errores en el registro del acelerómetro (36 niños). Así, la muestra final fue de 738 escolares ($8,5 \pm 1,7$ años, rango de edad de 6 a 11 años).

Instrumentos. Se evaluó peso y talla de todos los participantes. La actividad física diaria de cada escolar se valoró mediante un cuestionario validado que fue cumplimentado por los/as padres/madres de cada sujeto²⁵. El cuestionario recogió todas las actividades realizadas (24 horas) durante tres días (jueves, viernes y sábado). Dichas actividades estuvieron agrupadas en seis categorías: dormir, actividades muy ligeras (por ejemplo actividades de ordenador o videojuegos), actividades ligeras (por ejemplo aseo personal), actividades moderadas (por ejemplo ir en bicicleta), actividades vigorosas (por ejemplo correr), actividades muy vigorosas (por ejemplo jugar al fútbol). Posteriormente para conocer el gasto energético al día

de cada sujeto (MET/día), las horas realizadas en cada categoría fueron multiplicadas por el gasto energético correspondiente, de acuerdo con las tablas existentes²⁶. Finalmente, se calculó el gasto energético medio de los tres días.

La actividad física en el patio se midió a través de acelerometría. Este método es utilizado comúnmente en población pediátrica²⁷. Del mismo modo, se han realizado estudios longitudinales y transversales para medir los niveles de actividad física en cohortes de escolares²⁸ y para evaluar los niveles de actividad física en niños con sobrepeso y normopeso²⁹. Se utilizó un acelerómetro Caltrac (Hemokinetics, Madison, WI, EEUU), que fue programado para monitorizar la actividad física³⁰. El Caltrac es un acelerómetro que contiene un elemento flexor piezoeléctrico, que evalúa el movimiento en el plano vertical. El Caltrac suma e integra los valores absolutos de la aceleración versus las curvas y derivadas en un valor numérico (motion counts). Este acelerómetro uniaxial ha mostrado una alta correlación con el acelerómetro triaxial³¹. Esta metodología es similar a la utilizada en otros estudios³²⁻³⁴.

Procedimiento. Después del contacto inicial realizado con los colegios y la aceptación a participar en el estudio por parte de los Directores/as de los centros; se entregó el consentimiento informado a los/as padres/madres de los escolares. Aquellos que firmaron el citado consentimiento fueron incluidos en el estudio. Posteriormente, la altura y peso de los niños fueron medidos al inicio de la jornada escolar. Aproximadamente diez minutos antes del recreo, dos investigadores entraban en el aula y distribuían los acelerómetros a los participantes que estaban sentados en sus pupitres. Cada

acelerómetro se fijó a la cintura de la falda o pantalón de cada participante antes del comienzo del recreo. La pantalla del acelerómetro estaba cubierta con cinta adhesiva negra para evitar que los escolares pudieran observar la cuantificación realizada por el acelerómetro. Los maestros e investigadores controlaron el patio, asegurándose de que las actividades realizadas fuesen las habituales y los escolares no manipulasen el acelerómetro. A su regreso al aula, después del recreo, los participantes depositaban los acelerómetros en un contenedor de plástico de recogida. Posteriormente, se registraba el dato de la actividad física realizada. El tiempo de recreo en todos los colegios fue de 30 minutos, se realizó al aire libre en días soleados y todos los grupos de edad tuvieron el recreo de forma simultánea. Se realizó un registro por participante y en cada recreo se valoró a 40 sujetos. El estudio fue aprobado por la Comisión de Bioética de la Universidad de Extremadura y cumplió con los principios de la Declaración de Helsinki.

Análisis estadístico. Se comprobó la normalidad y homocedasticidad de la distribución a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov y test de Levene, respectivamente. Se realizó un análisis de varianza de una vía (ANOVA) para evaluar la hipótesis sobre la igualdad de las medias entre los grupos para la actividad física diaria y actividad física durante el recreo. Se utilizó la prueba post-hoc Scheffé para comparar por grupos de edad y sexo. Un MANOVA fue utilizado para analizar los principales efectos e interacciones de la edad y el sexo en las variables. Además, se realizaron comparaciones por pares entre grupos a través de contrastes simples. Se consideró $p \leq 0,05$ como estadísticamente significativa. Se calcularon intervalos de confianza y tamaño del efecto de las diferen-

cias³⁵. En todos los análisis se utilizó el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS para Windows, versión 15.0).

RESULTADOS

La tabla 1 incluye la caracterización de la muestra. Por otro lado, todas las variables cumplieron el criterio de normalidad ($0,643 \geq z \leq 1,328$; $p > 0,05$) y homocedasticidad ($0,207 \geq F \leq 2,322$; $p > 0,05$).

En lo referente a la actividad física diaria, los niños mostraron mayores niveles que las niñas en todos los grupos de edad, siendo mayor esta diferencia a los siete años ($47,6 \pm 6,5$ vs $42,6 \pm 6,4$ MET/día; $p < 0,001$), a los ocho ($48,5 \pm 8,6$ vs $41,9 \pm 4,6$ MET/día; $p < 0,001$) y a los nueve ($49,8 \pm 8,3$ vs $44,1 \pm 5,9$ MET/día; $p < 0,001$) (tabla 2). Por otro lado, no existieron diferencias en los niños en función de la edad ($p = 0,190$), mientras que las niñas que tenían seis, siete y ocho años fueron menos activas ($42,1 \pm 4,8$ MET/día; $42,6 \pm 6,4$ MET/día; $41,9 \pm 4,6$ MET/día, respectivamente) que las de once años ($45,0 \pm 8,1$ MET/día; $p < 0,001$). Por lo que respecta a la edad en la totalidad de la muestra, existieron diferencias entre los escolares de diez años en comparación con los de seis ($47,5 \pm 9,4$ vs $44,2 \pm 6,4$ MET/día, $p < 0,001$) y ocho años ($47,5 \pm 9,4$ vs $45,0 \pm 7,5$ MET/día; $p < 0,001$) (tabla 2).

En cuanto a la actividad física en el patio fue mayor en los niños que en las niñas a los nueve ($28,4 \pm 12,0$ vs $23,7 \pm 11,8$ motion counts, $p = 0,039$), diez ($28,5 \pm 10,8$ vs $23,7 \pm 10,0$ motion counts, $p = 0,014$) y once años ($24,6 \pm 12,2$ vs $20,7 \pm 9,3$ motion counts, $p = 0,047$) (tabla 2). De nuevo, la actividad física en el patio en función de la edad en niños no varía ($p = 0,156$), mientras que en niñas fue mayor entre las de ocho años en compara-

Tabla 1
Características generales de las personas de la muestra

Características	Total (N =738)	Niños (n =379)	Niñas (n =359)	p
Valoración cincantopométrica				
Talla (m)	1,37 ± 0,1	1,37 ± 0,3	1,37 ± 0,1	0,570
Peso (kg)	35,3 ± 10,6	35,4 ± 10,7	35,2 ± 10,6	0,649
IMC (kg/m ²)	18,3 ± 3,4	18,4 ± 3,2	18,3 ± 3,0	0,808
Practica deporte fuera del horario escolar (%)				
Si	82,1	86,7	77,1	0,241
No	17,9	13,3	22,9	0,393
Tiempo ocio pasivo (TV, ordenador...) (h/semana)	15,4 ± 10,4	16,1 ± 8,8	14,4 ± 9,8	0,005
Camina para ir al colegio (%)				
Si	60,6	61,1	58,2	0,439
No	39,4	38,9	41,8	0,531

Tabla 2
Actividad física diaria (MET/día) y en el patio (motion counts) expresados en media y desviación típica en función de edad y sexo. Valores de p en el ANOVA de una vía (diferencias por sexo en cada grupo de edad), intervalos de confianza, tamaño del efecto y valores de p en el MANOVA con post hoc de Sheffé

Variable	6 años (a) (n=122)	7 años (b) (n=131)	8 años (c) (n=126)	9 años (d) (n=117)	10 años (e) (n=125)	11 años (f) (n=117)	p	post-hoc de Sheffé
Actividad física diaria (MET/día)								
Totalidad de la muestra (n=738)	44,2 ± 6,4	45,4 ± 6,9	45,0 ± 7,5	47,0 ± 7,8	47,5 ± 9,4	47,0 ± 8,5	<0,001	a, c <e
Niños (n=379)	46,2 ± 7,0	47,6 ± 6,5	48,5 ± 8,6	49,8 ± 8,3	49,5 ± 8,9	48,6 ± 8,6	0,190	-
Niñas (n=359)	42,1 ± 4,8	42,6 ± 6,4	41,9 ± 4,6	44,1 ± 5,9	44,4 ± 10,0	45,0 ± 8,1	<0,001	a, b, c <f
Intervalo confianza	1,08-0,26	1,16-0,38	1,36-0,57	1,19-0,38	0,92-0,15	0,82-0,04		
p, niños vs. niñas	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,023	0,029		
Tamaño del efecto	0,67	0,77	0,97	0,78	0,54	0,43		
Actividad física recreo (motion count)								
Totalidad de la muestra (n=738)	25,0 ± 11,0	26,4 ± 12,3	29,0 ± 11,7	26,0 ± 12,1	26,2 ± 10,6	22,7 ± 11,0	0,008	c >f
Niños (n=379)	27,1 ± 10,4	27,3 ± 11,1	30,1 ± 12,9	28,4 ± 12,0	28,5 ± 10,8	24,6 ± 12,2	0,156	-
Niñas (n=359)	23,3 ± 9,9	25,4 ± 9,2	28,0 ± 10,5	23,7 ± 11,8	23,7 ± 10,0	20,7 ± 9,3	<0,001	c >f
Intervalo confianza	0,77-0,03	0,56-0,19	0,55-0,20	0,78-0,01	0,84-0,07	0,74-0,04		
p, niños vs. niñas	0,125	0,294	0,315	0,039	0,014	0,047		
Tamaño del efecto	0,37	0,19	0,18	0,39	0,46	0,35		

ción con las de once (28,0±10,5 vs 20,7±9,3 motion counts, p<0,001). Finalmente en la totalidad de la muestra existieron diferencias en escolares de ocho años en comparación con los de once (29,0±11,7 vs 22,7±11,0 motion counts, p=0,008). No existieron interacciones entre la edad y sexo ni en la actividad física diaria ni en la actividad física en el recreo.

DISCUSIÓN

Los resultados mostraron que los niños realizaron más actividad física diaria que las niñas, tanto en la totalidad de

la muestra como en cada grupo de edad, lo que concuerda con investigaciones previas^{3,5,16,36,37}. La principal diferencia en los diversos grupos de edad se observó a los ocho años, donde los niños fueron más activos que las niñas. Estos resultados son similares a un estudio reciente³⁸ en el que se valoró la actividad física diaria a través de acelerometría. Algunos estudios han mostrado que las diferencias de maduración entre los sexos (las niñas maduran antes que los niños) puede ser una de las razones por las que los resultados muestran de forma consistente cómo las niñas son menos activas que los niños de la misma edad³⁹.

No obstante, en este estudio se observó un menor nivel de actividad física diaria en niñas en las edades más jóvenes, lo que sugiere que la madurez puede no ser el único factor para reducir los niveles de actividad física.

En el presente trabajo no se encontraron diferencias en niños ni en la actividad física diaria ni en el patio de recreo en ningún grupo de edad. Este hallazgo contrasta con estudios que indican que después de los nueve años existe una reducción de la actividad física diaria llevada a cabo por niños³². Por otro lado, las niñas de once años mostraron mayor nivel de actividad física diaria que sus compañeras de ocho años. Sin embargo esta diferencia no se reflejó en la actividad física en el patio. Esto podría deberse a que la actividad física para este grupo de edad se produce fuera del recreo⁴⁰ principalmente. Por otro lado, los niveles de actividad física en el patio en ambos sexos son bajos lo que concuerda con investigaciones previas³⁶. Así un estudio³⁸ sugiere una disminución en los niveles totales de actividad física diaria medida de forma objetiva entre los seis y nueve años. Esta disminución podría explicarse por un incremento del tiempo programado pasado en el colegio y actividades extraescolares no deportivas (clases de refuerzo, música, inglés...). Además, es posible que el tiempo dedicado al ocio electrónico (televisión, ordenador o videoconsola) sea importante, tal como se muestra en el presente estudio, lo que parece explicar en parte esta disminución de actividad física diaria. El abuso de este tipo de ocio puede influir en la aparición de patologías como la obesidad⁴¹. Así, el entorno familiar debe ser considerado un área de intervención para el incremento de la actividad física diaria en estas edades, aunque la falta de evaluaciones de alta calidad en este ámbito dificulta las con-

clusiones relativas a su eficacia¹⁴.

Por otro lado, los patios de los colegios ofrecen opciones y oportunidades para que los escolares realicen actividad física. En el presente estudio, los niños fueron más activos que las niñas durante el recreo a partir de los nueve años. Las razones que explican estas diferencias en la actividad física en el patio no están del todo claras^{42,43}. Si bien, se han observado diferencias en el tipo de actividad en la que participan los niños y las niñas^{5,37,44}. Por ejemplo, los niños participan con frecuencia en actividades deportivas de equipo, como fútbol, balonmano o baloncesto de intensidad moderada a vigorosa que, a menudo, contiene un elemento competitivo. Por su parte, las niñas suelen participar en actividades de menor intensidad, tales como hablar, caminar o saltar a la cuerda¹⁶. Así, de forma general, los niños participan en actividades más competitivas y las niñas muestran una preferencia por actividades de carácter cooperativo y ven la hora del recreo como una oportunidad para socializar con los amigos²⁰. Además las diferencias encontradas en la actividad física realizada durante el recreo podría deberse a que el acelerómetro es más sensible a actividades vigorosas, que son en las que participan los niños preferentemente, esto aumentaría las diferencias encontradas entre sexos cuando se utiliza esta medida⁴⁰. A esto hay que añadir que el tipo de actividad física realizada durante el tiempo de recreo también podría verse afectada por factores culturales y ambientales⁴⁵. En el análisis de la muestra de forma conjunta, la actividad física durante el recreo no reveló diferencias entre los grupos de edad, salvo entre el grupo de escolares de ocho y once años. Este hallazgo no concuerda con otros estudios que han encontrado una disminución en los niveles de actividad

física a partir de los nueve años de edad^{23,32}. Además, un estudio⁴⁰ explica esta reducción de la actividad física por la reticencia de llevar los acelerómetros. Del mismo modo, coincidiendo con trabajos previos³⁸, las diferencias de género en la actividad física fueron más pronunciadas durante el recreo. Estas diferencias podrían ser debidas al hecho de que algunos de los estudios con acelerómetro se centraron en valorar la actividad vigorosa^{14,22}, mientras que los datos del presente estudio y de otros trabajos representan el volumen total acumulado de la actividad física durante el recreo, independientemente de su intensidad¹⁶. De este modo, este estudio sugiere que deberían desarrollarse estrategias para incrementar la actividad física realizada en el recreo por las niñas de más de nueve años. Así, el recreo tiene que ser percibido no sólo como un tiempo de ocio, sino también como una oportunidad para promover un estilo de vida activo y saludable. El recreo podría utilizarse por el profesorado para organizar actividades que se adapten a los respectivos grupos de edad, sexo e intereses de los escolares.

El presente estudio tiene algunas limitaciones. En primer lugar, el uso de los acelerómetros pudo influir en la actividad física realizada en el patio. Sin embargo, los/as maestros/as de los escolares confirmaron que las actividades desarrolladas fueron las habituales. En segundo lugar, como se comentó anteriormente, la valoración de la actividad física en el recreo se realizó un único día, por lo que la actividad física podría haberse visto afectada. No obstante, el tamaño de la muestra y la opinión de los/as maestros/as de que los escolares no realizaron ninguna actividad no habitual, puede disminuir la importancia de esta limitación.

Así, este estudio examinó las diferen-

cias en los niveles de actividad física diaria y actividad física en el recreo en escolares de educación primaria y su relación con la edad y el sexo. Este es el primer estudio transversal que analiza niveles de actividad física durante el recreo en edades comprendidas entre 6 y 11 años.

La conclusión que se puede extraer del presente trabajo en relación a la actividad física diaria es que los niños son más activos que las niñas en todas las edades estudiadas (seis a once años), mientras que en la actividad física en el patio escolar sólo existen diferencias a favor de los niños entre los nueve y once años.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean mostrar su agradecimiento al Comité de Redacción y revisores anónimos, quienes han ayudado a mejorar la calidad de este artículo. Del mismo modo, agradecen la colaboración de los escolares, padres/madres y Colegios participantes en este estudio (CP Castra Caecilia de Cáceres, CP Cruz del Río de Villanueva de la Serena, CP Hernán Cortés de Medellín, CP Manuel Mareque de Navaconcejo, CP Miralvalle de Plasencia; C Paideuterion de Cáceres; CP Santísimo Cristo del Risco de Sierra de Fuentes). Finalmente agradecer a S.Vega y A.Hidalgo su colaboración en la recogida de datos

BIBLIOGRAFÍA

1. Welsman JR and Armstrong N. The measurement and interpretation of aerobic fitness in children: current issues. *J R Soc Med.* 1996; 89:281-285.
2. World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Berna (Suiza): World Health Organization 2010. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html. (consultado 14-08-2011).
3. Sallis JF, Prochaska JJ, and Taylor WC. A review

of correlates of physical activity of children and adolescents. *Med Sci Sports Exerc.* 2000; 32:963-975.

4. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J et al. Youth risk behavior surveillance - United States 2009. *MMWR Surveill Summ.* 2009; 59:1-142.

5. Perula de Torres LA, Lluch C, Ruiz Moral R, Espejo Espejo J, Tapia G and Mengual Luque P. Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y ciertos estilos de vida en escolares cordobeses. *Rev Esp Salud Pública.* 1998; 72:233-244.

6. Sallis JF, Patterson TL, Buono MJ, Atkins CJ and Nader PR. Aggregation of physical activity habits in Mexican-American and Anglo families. *J Behav Med.* 1988; 11: 31-41.

7. Pugliese J, and Tinsley B. Parental socialization of child and adolescent physical activity: a meta-analysis. *J Fam Psychol.* 2007; 21:331-343.

8. Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, Daniels SR, Dishman RK, Gutin B et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr.* 2005; 146:732-737.

9. Sánchez Moreno A, Sánchez Estévez V, Canovas Valverde J, Barceló Apericio ML and Maset Campos P. Dimensiones educativas y sanitarias de la educación para la salud en la escuela: Una experiencia participativa y global en dos zonas de salud de Murcia. *Rev Esp Salud Pública.* 1993; 67:293-304

10. Van Sluijs EM, McMinn AM and Griffin SJ. Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. *BMJ.* 2007; 335:703-716.

11. Gavidia Catalán V. La transversalidad y la escuela promotora de salud. *Rev Esp Salud Pública.* 2001; 75:505-516.

12. Naylor PJ, and McKay HA. Prevention in the first place: schools a setting for action on physical inactivity. *Br J Sports Med.* 2009; 43:10-13.

13. United States Department of Health and Human Services. Healthy people 2010: understanding and improving health. Washington, DC: US Government Printing Office; 2000.

14. Stratton G. Promoting children's physical activity in primary school: an intervention study using playground markings. *Ergo.* 2000; 43:1538-1546.

15. McGall SE, McGuigan MR, and Nottle C. Contribution of free play towards physical activity guidelines for New Zealand primary school children aged 7-9 years. *Br J Sports Med.* 2011; 45:120-124.

16. Beighle A, Morgan CF, Le Masurier G, and Pan-grazi RP. Children's physical activity during recess and outside of school. *J Sch Health.* 2006; 76:516-520.

17. Mota J, Silva P, Santos MP, Ribeiro JC, Oliveira J and Duarte JA. Physical activity and school recess time: differences between the sexes and the relationship between children's playground physical activity and habitual physical activity. *J Sports Sci.* 2005; 23:269-275.

18. Ridgers ND, and Stratton G. Physical activity during school recess: The Liverpool Sporting Playgrounds Project. *Pediatr Exerc Sci.* 2005; 17:281-290.

19. Ridgers ND, Toth M and Uvacsek M. Physical activity levels of Hungarian children during school recess. *Prev Med.* 2009; 49:410-142.

20. Blatchford P, Baines E and Pellegrini A. The social context of school playground games: Sex and ethnic differences, and changes over time after entry to junior school. *Br J Dev Psychol.* 2003; 21:481-505.

21. Stratton G, and Mullan E. The effect of multicolor playground marking on children's physical activity level during recess. *Prev Med.* 2005; 41:828-833.

22. Ridgers ND, Fairclough SJ, and Stratton G. Twelve-month effects of a playground intervention on children's morning and lunchtime recess physical activity levels. *J. Phys Act Health.* 2010; 7:167-175.

23. Stellino MB, Sinclair CD, Partridge JA, McClary King K. Differences in children's recess physical activity: recess activity of the week intervention. *J Sch Health.* 2010; 80:436-444.

24. Borda M, Tuesca, T, Navarro E. Métodos cuantitativos. Herramientas para la investigación en salud (2ª ed.). Barranquilla: Universidad del Norte; 2009.

25. Cale L. Self-report measures of children's physical activity: Recommendations for future development and a new alternative measure. *Health Educ J.* 1994; 53:439-453.

26. Ainsworth BE, Haskell WL, Leon AS, Jacobs DR Jr, Montoye HJ, Sallis JF, et al. Compendium of

- physical activities: classification of energy costs of human physical activities. *Med Sci Sports Exerc.* 1993; 25:71-80.
27. Rowlands AV. Field methods of assessing physical activity and energy balance. In: *Kinanthropometry and exercise physiology laboratory manual. Tests, Procedures and Data.* R.G. Eston, and T. Reilly (Ed.). London: Routledge, 2001.p. 151-170.
28. Riddoch CJ, Bo Andersen L, Wedderkopp N, Harro M, Klasson-Heggebo L, Sardinha L et al. Physical activity levels and patterns of 9- and 15-yr-old European children. *Med Sci Sports Exerc.* 2004; 36:86-92.
29. Deforche B, De Bourdeaudhuij I, D'Hondt E, and Cardon G. Objectively measured physical activity, physical activity related personality and body mass index in 6- to 10-yr-old children: a cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2009; 6:1-9.
30. Sallis JF, Buono MJ, Roby JJ, Carlson D. and Nelson JA. The Caltrac accelerometer as a physical activity monitor for school-age children. *Med Sci Sports Exerc.* 1990; 22:698-703.
31. Eisenmann JC, Strath SJ, Shadrick D, Rigsby P, Hirsch N and Jacobson L. Validity of uniaxial accelerometry during activities of daily living in children. *Eur J Appl Physiol.* 2004; 91(2-3): 259-263.
32. Kimm SY, Glynn NW, Kriska AM, Fitzgerald SL, Aaron DJ, Similo SH et al. Longitudinal changes in physical activity in a biracial cohort during adolescence. *Med Sci Sports Exerc.* 2000; 32:1445-1454.
33. Sigmund E, Sigmundová D, El Ansari W. Changes in physical activity in pre-schoolers and first-grade children: longitudinal study in the Czech Republic. *Child Care Health Dev.* 2009; 35:376-382.
34. Saglam M, Arikan H, Savci S, Inal-Ince D, Bosnak-Guclu M, Karabulut E et al. International physical activity questionnaire: reliability and validity of the Turkish version. *Percept Mot Skills.* 2010; 111:278-284.
35. Cohen L. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
36. Troiano RP, Berrigan D, Dodd KW, Masse L, Tilert T and McDoweal M. Physical activity in the United States measured by accelerometer. *Med Sci Sports Exerc.* 2008; 40:181-188.
37. Nebot M, Comin E, Villalbi JR and Murillo C. Las actividad física de los escolares: Un estudio transversal. *Rev Esp Salud Pública.* 1991; 65:325-331.
38. Nyberg GA, Nordenfelt AM, Ekelund U, and Marcus C. Physical Activity Patterns Measured by Accelerometry in 6- to 10-yr-Old Children. *Med Sci Sports Exerc.* 2009; 41:1842-1848.
39. Sherar LB, Esliger DW, Baxter-Jones AD and Tremblay MS. Age and gender differences in youth physical activity: does physical maturity matter? *Med Sci Sports Exerc.* 2007; 39:830-835.
40. Sallis JF, Alcaraz JE, McKenzie TL and Hovell MF. Predictors of change in children's physical activity over 20 months. Variations by gender and level of adiposity. *Am J Prev Med.* 1999; 16:222-229.
41. American Academy of Pediatrics. Children, adolescents, and television. *Pediatrics.* 2001; 107:423-426.
42. Nettlefold L, McKay HA, Warburton DER, McGuire KA, Bredin SSD and Naylor PJ. The challenge of low physical activity during the school day: at recess, lunch, and physical education. *Br J Sports Med.* 2010.
43. Ridgers ND, Stratton G and Fairclough SJ. Physical activity levels of children during school playtime. *Sports Med.* 2006; 36:359-371.
44. Macdonald D, Rodger S, Abbott R, Ziviani J and Jones J. I could do with a pair of wings: perspectives on physical activity, bodies and health from young Australian children. *Sport Educ Soc.* 2005; 10:195-209.
45. Sallis JF, Mckneize TL, Elder JP, Hoy PL, Galati T, Barry CC et al. Sex and ethnic differences in children's physical activity: discrepancies between self-report and objective measures. *Pediatr Exerc Sci.* 1998; 10:277-284.

BRIEF ORIGINAL**RELATIONSHIP BETWEEN DAILY PHYSICAL ACTIVITY, RECESS PHYSICAL ACTIVITY, AGE AND SEX IN SCHOLAR OF PRIMARY SCHOOL (*)****Yolanda Escalante (1), Karianne Backx (2), Jose M Saavedra (1), Antonio Garcia-Hermoso (1) and Ana M Dominguez (1).**

(1) Facultad de Ciencias del Deporte, AFIDES Research Group, Universidad de Extremadura. Cáceres.

(2) Cardiff School of Sport, University of Wales Institute. Cardiff. United Kingdom.

(*) This study was funded by European Social Funds (FEDER FUNDS) and the Autonomous Government of Extremadura (Junta de Extremadura, Spain) (PRI08A066, PO10012, GR10171)

The authors report no conflicts of interest.

ABSTRACT

Background. Sedentary behavior has negative effects on health. School recess playgrounds provide important settings and opportunities for children to engage in physical activity. The aim of this study was to describe the daily physical activity (PA) and physical activity during recess of Primary School children and the relationship with sex and age.

Method. 783 children (379 boys and 359 girls; age=8.5±1.7 years; range 6 to 11) participated in the study. Daily PA of each child was measured using a validated questionnaire that was completed by the parents of each child, whilst playground recess PA was measured using accelerometry. An ANOVA was used to determine differences by sex in each age group with confidence intervals and effect sizes. Also MANOVA was used to analyse the main and interaction effects of age and sex on variables. The Scheffe post-hoc test was used for comparisons.

Results. Boys reported higher daily PA levels than girls across all age groups. The differences was bigger in seven (47,6±6,5 vs 42,6±6,4 MET/day; p<0,001), eight (48,5±8,6 vs 41,9±4,6MET/day; p<0,001) and nine years old (49,8±8,3 vs 44,1±5,9 MET/day; p<0,001). Measured recess PA was higher for boys compared to girls at age nine (28,4±12,0 vs 23,7±11,8 motion counts; p<0,039), ten (28,5±10,8 vs 23,7±10,0 motion counts; p<0,014) and eleven years old (24,6±12,2 vs 20,7±9,3 motion counts; p<0,047).

Conclusion. Daily PA is higher in boys compared to girls across all age groups (six to eleven years old). On the other hand, recess PA was higher only in boys between nine and eleven years.

Key word: Childhood. Physical activity. Exercise. Health. Sedentary lifestyle. Spain.

RESUMEN**Relación entre actividad física diaria, actividad física en el patio escolar, edad y sexo en escolares de educación primaria**

Fundamento. El sedentarismo tiene efectos negativos sobre la salud. El recreo escolar puede ser una oportunidad para realizar actividad física. El objetivo de este estudio fue describir la actividad física realizada diariamente y durante el recreo por escolares de Educación Primaria en función del sexo y la edad.

Métodos. Participaron 738 escolares (379 niños y 359 niñas; 8,5±1,7 años; rango de 6 a 11 años). Se evaluó la actividad física diaria a través de cuestionario validado cubierto por los padres y la actividad física en el patio durante el recreo a través de acelerometría. Se realizó un ANOVA de una vía para conocer las diferencias entre niños y niñas en cada grupo edad, calculando, además, los intervalos de confianza y el tamaño del efecto. También se realizó un MANOVA para analizar los efectos de la edad y el sexo con post hoc de Sheffe.

Resultados. Los niños mostraron mayores niveles de actividad física diaria que las niñas en todos los grupos de edad, siendo mayor esta diferencia a los siete años (47,6±6,5 vs 42,6±6,4 MET/día; p<0,001), a los ocho (48,5±8,6 vs 41,9±4,6 MET/día; p<0,001) y a los nueve (49,8±8,3 vs 44,1±5,9 MET/día; p<0,001). La actividad física en el patio fue mayor en niños que en niñas a los nueve (28,4±12,0 vs 23,7±11,8 motion counts; p<0,039), diez (28,5±10,8 vs 23,7±10,0 motion counts; p<0,014) y once años (24,6±12,2 vs 20,7±9,3 motion counts; p<0,047).

Conclusión. En relación a la actividad física diaria, los niños son más activos que las niñas en todas las edades estudiadas (seis a once años). Por su parte, en la actividad física en el patio escolar sólo existen diferencias, a favor de los niños entre los nueve y once años.

Palabras clave: Actividad física. Ejercicio. Salud. Estilo de vida sedentario. Infancia.

Address:

Yolanda Escalante
Facultad de Ciencias de I Deporte
AFIDES Research Group
Universidad de Extremadura
Avda. Universidad s/n
10071 Cáceres (Spain)
yesgon@unex.es

INTRODUCTION

Well documented research demonstrates the negative effects of high levels of inactivity and the beneficial effects of physical activity on health and well-being in the long term¹. Sedentary lifestyle is one of the leading causes of chronic diseases, including cardiovascular disease, type 2 diabetes, osteoporosis, and other. Evidence is accumulating that health and well-being in adulthood originates from childhood behavior and lifestyle¹. Current guidelines recommend that children and youth people (5-17 years) should engage in 60 minutes or more of daily physical activity mainly aerobic and moderate or vigorous in intensity. Furthermore it is also recommended that children participate in activities that strengthen the musculoskeletal system at least three times a week². Worryingly, the international Health Behavior in School-aged Children study², reports that only 27% of all girls and 40% of all boys follow these recommendations. Physiological determinants of physical activity in children and teenagers include race, sex, and age³. A recent study shows that Caucasian boys under 10 years old are more active than girls of any age, Caucasian boys over 12 years of age and black children of any age⁴. However there are studies that confirm how physical activity of schoolchildren can be influenced by physical activity of friends⁵, siblings⁶ and parents⁷ or by parental support³.

There is evidence that supports the benefits of physical activity in childhood⁸. In order to increase participation in physical activity among schoolchildren it is important to know

where, when and how these patterns evolve with age. So, the school is an appropriate and convenient environment for the promotion of physical activity and health⁹, because the children spend a large portion of their day in school¹⁰. School has an important role in the development of society¹¹. Physical education and recess provide the two main opportunities for school-based physical activity¹². Healthy People 2010¹³ recommend that physical education should be offered daily and consist of lessons that engage children in moderate to vigorous physical activity at least 50% of class time. Evidence suggests that schoolchildren who do not follow these recommendations¹⁴ do not obtain health benefits¹⁵. In the same way, recess is a good opportunity to increase the daily physical activity levels¹⁶. However, the studies that have attempted to evaluate it during recess have concentrated on specific age groups¹⁶⁻¹⁹, ethnic differences²⁰ in relationship with recommended guidelines²¹ or interventions for accumulating more physical activity²¹⁻²³. To our knowledge, no cross sectional study in schoolchildren exist that covers six years and investigates differences between sex. The aim of this study was to describe the daily physical activity and physical activity during recess of Primary School children and their relationship with sex and age.

SUBJECTS AND METHOD

Design. A descriptive and cross-sectional study was carried out, where the independent variables were age and sex, while the dependent variables were daily physical activity and physical activity during recess.

Subjects. Seven schools from Extremadura (Spain) were invited to take part in the study. The schools were selected by accessibility and convenience (sampling which consisted of selecting schools the easiness or disposal to participate in estudio²⁴). Initially, the parents of 913 children (84% of those invited) gave written informed consent to participate. 175 subjects were not included in the analysis due to failure to complete the general questionnaire (76 children), physical activity readiness questionnaire (63 children), or a problem with the accelerometers (36 children). The final sample therefore consisted of 738 children (8.5 ± 1.7 years, range 6 to 11 years).

Instruments. All participants were assessed for height and weight. Daily physical activity of each child was measured using a validated questionnaire that was completed by the parents of each child²⁵. The questionnaire measured all activities done (24 hours) during three days (Thursday, Friday and Saturday). These activities were divided into six categories: sleeping, very light activity (for activities such as computer or video games), light activities (e.g. cleaning), moderate activities (e.g. cycling), vigorous activity (e.g. running), very vigorous activities (e.g. playing football). To calculate the daily energy cost of each participant (MET/day) the hours used in each category were multiplied by the corresponding energy cost, according to reference tables²⁶. Finally, the total daily energy cost was calculated using the average of three days.

Playground recess physical activity was measured using accelerometry. This method is commonly used in

pediatric population²⁷. Both longitudinal and cross-sectional studies have been conducted previously, to measure levels of physical activity in school cohorts²⁸ and to assess levels of physical activity in overweight and normal weight children²⁹. The accelerometer used was a Caltrac (Hemokinetics, Madison, WI, USA) which was programmed to function as a physical activity monitor³⁰. The Caltrac is an accelerometer that contains a piezoelectric bender element which assesses the movement in the vertical plane. The Caltrac adds and integrates the absolute values of acceleration versus curves and derives this into a numerical value (motion counts). This uniaxial accelerometer has been showed to be highly correlated with the triaxial accelerometer³¹. This methodology is similar to that used in other studies³²⁻³⁴.

Procedure. After initial contact with schools and the acceptance to participate in the study by the Head Teachers and School, an informed consent was given to parents/guardians. Those who signed the consent form were included in the study. The children were measured (height and weight) at the start of the day. Approximately ten minutes before recess, two researchers entered the classroom and distributed accelerometers to the participants who were seated at their desks. Each accelerometer was fixed to the waistband of the child's skirt or trousers before recess; the screen of the accelerometer was covered using black tape to prevent observation of the accelerometer measurement. Teachers and researchers monitored the recess ensuring that physical activity was not different from usual activities in order to prevent the manipulation of

the accelerometer measurement. Upon returning to the classroom after recess time, students placed their accelerometers in a plastic collection container. The recess in all schools was of 30 minutes duration, was performed outdoors on sunny days and all age groups participated simultaneously, 40 children were assessed during each recess period. The study was approved by the Commission of Bioethics at the University Extremadura and complied with the principles of the Declaration of Helsinki.

Data Analysis. The normality of the distributions was assessed by means of the Kolmogorov-Smirnov test and Levene test. A one-way analysis of variance (ANOVA) was used to test hypotheses about the equality of the means between groups for daily PA and recess physical activity. The Scheffé post-hoc test was used for comparisons between groups, age and sex. MANOVA was used to analyse the main and interaction effects of age and sex on variables. Additionally, pair-wise comparisons between groups were made through simple contrasts. A P-value $< .05$ was considered to be statistically significant. Confidence intervals and effect sizes of the differences were calculated³⁵. The Statistical Package for Social Sciences (SPSS for Windows, version 15.0) was used for all analyses.

RESULTS

Table 1 describes the characteristics of the sample. All variables met the criteria of normality ($0.643 \geq z \leq 1.328$; $p > 0.05$) and homocedidad ($0.207 \geq F \leq 2.322$, $p > 0.05$).

With regard to daily physical activity, boys reported higher levels than

girls across all age groups, this difference was higher at seven years (47.6 ± 6.5 vs 42.6 ± 6.4 MET/days, $p < 0.001$), eight years (48.5 ± 8.6 vs. 41.9 ± 4.6 MET/day, $p < 0.001$) and nine years (49.8 ± 8.3 vs 44.1 ± 5.9 MET/day, $p < 0.001$) (Table 2). Whilst physical activity for boys did not vary across age groups ($p = 0.190$), there were lower levels of physical activity levels reported in 6, 7, and 8 year old girls (42.1 ± 4.8 METs/day, 42.6 ± 6.4 MET/day, 41.9 ± 4.6 MET/day, respectively) compared to eleven year old girls (45.0 ± 8.1 MET/day, $p < 0.001$). The largest mean difference between boys and girls was in eight year olds (48.5 ± 8.6 vs. 41.9 ± 4.6 METs, $p < 0.001$, reported by boys and girls respectively). With regard to age in the whole sample, there were differences among schoolchildren in ten years compared with six (47.5 ± 9.4 vs 44.2 ± 6.4 MET/day, $p < 0.001$) and eight years (47.5 ± 9.4 vs 45.0 ± 7.5 MET/day; $p < 0.001$) (Table 2).

Playground physical activity was higher for boys compared to girls at nine years (28.4 ± 12.0 vs 23.7 ± 11.8 motion counts, $p = 0.039$), ten years (28.5 ± 10.8 vs 23.7 ± 10.0 motion counts, $p = 0.014$) and eleven years (24.6 ± 12.2 vs 20.7 ± 9.3 motion counts, $p = 0.047$) (Table 2). Again, playground physical activity in boys does not vary across age group ($p = 0.156$), while in girls physical activity was higher among eight year olds compared to eleven year olds (28.0 ± 10.5 vs. 20.7 ± 9.3 motion counts, $p < 0.001$). Finally, in the whole sample there were differences between eight and eleven year olds (29.0 ± 11.7 vs 22.7 ± 11.0 motion counts, $p = 0.008$). There were no interactions between sex or age and daily physical activity or physical activity at recess.

Table 1
Characteristics of sample

Characteristics	Children (N=738)	Boys (n=379)	Girls (n=359)	p
Kineanthropometric				
Height (m)	1.37 ± 0,1	1.37 ± 0.3	1.37 ± 0.1	0.570
Weight (kg)	35.3 ± 10,6	35.4 ± 10.7	35.2 ± 10.6	0.649
BMI (kg/m ²)	18.3 ± 3,4	18.4 ± 3.2	18.3 ± 3.0	0.808
Practice sport out school (%)				
Yes	82.1	86.7	77.1	0.241
No	17.9	13.3	22.9	0.393
Passive leisure (TV, computer...) (h/week)	15.4 ± 10.4	16.1 ± 8.8	14.4 ± 9.8	0.005
Walking to school (%)				
Yes	60.6	61.1	58.2	0.439
No	39.4	38.9	41.8	0.531

Table 2
Daily physical activity (MET/day) and playground physical activity (motion counts) of children according to age and sex. P-value of ANOVA (difference by sex and age), interval confidence, effect size and p-value of MANOVA with Sheffe post-hoc. Data are mean and standard deviation

Variable	6 years (a) (n=122)	7 years (b) (n=131)	8 years (c) (n=126)	9 years (d) (n=117)	10 years(e) (n=125)	11 years (f) (n=117)	p	Sheffé post-hoc
Daily PA (MET/day)								
Children (n=738)	44.2 ± 6.4	45.4 ± 6.9	45.0 ± 7.5	47.0 ± 7.8	47.5 ± 9.4	47.0 ± 8.5	<0.001	a, c <e
Boys (n=379)	46.2 ± 7.0	47.6 ± 6.5	48.5 ± 8.6	49.8 ± 8.3	49.5 ± 8.9	48.6 ± 8.6	0.190	-
Girls (n=359)	42.1 ± 4.8	42.6 ± 6.4	41.9 ± 4.6	44.1 ± 5.9	44.4 ± 10.0	45.0 ± 8.1	<0.001	a, b, c <f
Superior interval confidence	1.08	1.16	1.36	1.19	0.92	0.82		
Inferior interval confidence	0.26	0.38	0.57	0.38	0.15	0.04		
p-value, male vs. Female	0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.023	0.029		
Effect size	0.67	0.77	0.97	0.78	0.54	0.43		
Playground PA (motion count)								
Children (n=738)	25.0 ± 11.0	26.4 ± 12.3	29.0 ± 11.7	26.0 ± 12.1	26.2 ± 10.6	22.7 ± 11.0	0.008	c >f
Boys (n=379)	27.1 ± 10.4	27.3 ± 11.1	30.1 ± 12.9	28.4 ± 12.0	28.5 ± 10.8	24.6 ± 12.2	0.156	
Girls (n=359)	23.3 ± 9.9	25.4 ± 9.2	28.0 ± 10.5	23.7 ± 11.8	23.7 ± 10.0	20.7 ± 9.3	<0.001	c >f
Superior interval confidence	0.77	0.56	0.55	0.78	0.84	0.74		
Inferior interval confidence	-0.03	-0.19	-0.20	0.01	0.07	-0.04		
p-value, male vs. Female	0.125	0.294	0.315	0.039	0.014	0.047		
Effect size	0.37	0.19	0.18	0.39	0.46	0.35		

DISCUSSION

The results showed that boys did more daily physical activity than girls overall, as well as within each age group, this agrees with previous research^{3,5,16,36,37}. The major difference in age was observed at 8 years, where boys were more active than girls. These results are similar to a recent study³⁸, where the daily physical activity was measured with accelerometers. Some

studies have reported that maturity differences between sexes (females mature earlier than males) may be one reason why results consistently show that females are less active than males of the same chronological age³⁹. However this study observed less daily physical activity levels in girls at younger ages, which suggest maturity may not be the only factor for the lower physical activity levels reported by girls.

In the current study, no differences were found in daily physical activity or recess physical activity across age groups in boys. This finding is in contrast to studies that indicate that after age 9 there is a reduction in daily physical activity in boys³². On the other hand, 11-year old girls reported more daily physical activity than their 8-year old peers. However this difference was not reflected in their recess physical activity. This could be explained by physical activity for this age group occurring outside the playground⁴⁰. On the other hand playground physical activity levels in both sexes are low, which is in agreement with previous research³⁶. Another study³⁸ suggest a decline in objectively measured overall physical activity levels between the ages of 6 and 9 years. This decline might be explained by increased time spend in scheduled time in school and non-sporting extracurricular activities (e.g. extra tuition, music lessons). It is possible that increased screen time (television, computer, console) such as that reported in the present study could at least partly explain this decline in physical activity. Too much screen time has been shown to influence the appearance of diseases such as obesity⁴¹. Therefore, the family environment might be considered an area of intervention to increasing physical activity in this age group, although a lack of high quality evaluations of interventions in such a setting hampers conclusions concerning effectiveness¹⁴.

On the other hand, school playgrounds provide important settings and opportunities for children to engage in physical activity. In the present study, from the age of nine, boys were more active than girls during recess. Reasons that explain these differences

in playground physical activity are not completely clear^{42,43}. Differences have been observed between the type of activity in which boys and girls participate^{5,37,44}. For example boys often participate in team activities such as handball, football, and basketball of moderate to high intensity, which often contained a competitive element, whereas girls generally participated in lower intensity activity such as talking, walking or skipping¹⁶. Generally, boys take part in more competitive activities and girls showed a preference for activities of cooperative character and view recess time as an opportunity to socialize with friends²⁰. Another explanation of the differences found between the amount of physical activity engaged in during recess, might be that the accelerometer is more sensitive to the type and intensity of activities participated in by boys, this would exaggerate the differences found between sexes when using this measure⁴⁰. Furthermore, the type of physical activity engaged in during recess time, might also be affected by cultural and environmental factors⁴⁵. The analysis of recess PA revealed that there were no differences across age groups except among the group of schoolchildren aged 8 and 11. This finding is in disagreement with other studies that have found a decrease in physical activity levels from the age of nine^{23,32}. One study⁴⁰ explained this decrease in physical activity to a reluctance of wearing accelerometers. Likewise, according to previous research³⁸, gender differences in physical activities were most pronounced during school recess. These differences could also be due to the fact that some of the accelerometry studies focused on vigorous activity^{14,22}, whereas the present data and other studies

represent the total volume of physical activity accumulated during recess time, regardless of intensity¹⁶. Thus, this study suggests that strategies should be developed to increase physical activity at recess for girls over nine years of age. So, recess must be perceived not only as a leisure time, but also as an opportunity to promote a healthy and active lifestyle. Recess could be used by teachers to organize activities to suit the respective age, gender and interests groups of school-children.

The present study has some limitations. First, the use of accelerometers could influence the physical activity at the playground; however the teachers of the children denied that the behavior of the children differed from normal. Second, as discussed above, the assessment of physical activity during recess was done one day, so that physical activity may have been affected. However, the sample size and the lack of highlighted unusual activity by the teachers may decrease the importance of this limitation.

Thus, this study examined the differences in daily physical activity and playground physical activity in primary schoolchildren and their relationship with age and sex. This is the first cross-sectional study that examines physical activity levels during recess between the ages of 6 and 11 years. The conclusion can be drawn from this work in relation to daily physical activity is that boys are more active than girls across all age groups (six to eleven years old), while that in recess physical activity the differences was only in boys between nine and eleven years of age.

ACKNOWLEDGMENTS

The authors wish to thank the Editorial Committee and anonymous reviewers who have helped to improve the quality of this article. Similarly, would like to thank students, parents/mothers and school participating in this study (CP Castra Caecilia in Cáceres, CP Cruz del Rio in Villanueva de la Serena, CP Hernán Cortés in Medellín, CP Manuel Mareán in Navacencejo, CP Miralvalle in Plasencia; C Paideuterion in Cáceres, CP Santísimo Cristo del Risco in Sierra de Fuentes). Finally thank S. Vega and A.Hidalgo because their collaboration in data collection.

BIBLIOGRAPHY

1. Welsman JR and Armstrong N. The measurement and interpretation of aerobic fitness in children: current issues. *J R Soc Med.* 1996; 89:281-285.
2. World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Berna (Suiza): World Health Organization 2010. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/index.html. (consultado 14-08-2011).
3. Sallis JF, Prochaska JJ, and Taylor WC. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Med Sci Sports Exerc.* 2000; 32:963-975.
4. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J et al. Youth risk behavior surveillance - United States 2009. *MMWR Surveill Summ.* 2009; 59:1-142.
5. Perula de Torres LA, Lluch C, Ruiz Moral R, Espejo Espejo J, Tapia G and Mengual Luque P. Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y ciertos estilos de vida en escolares cordobeses. *Rev Esp Salud Pública.* 1998; 72:233-244.
6. Sallis JF, Patterson TL, Buono MJ, Atkins CJ and Nader PR. Aggregation of physical activity habits in Mexican-American and Anglo families. *J Behav Med.* 1988; 11: 31-41.
7. Pugliese J, and Tinsley B. Parental socialization of child and adolescent physical activity: a meta-analysis. *J Fam Psychol.* 2007; 21:331-343.

8. Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, Daniels SR, Dishman RK, Gutin B et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr.* 2005; 146:732-737.
9. Sánchez Moreno A, Sánchez Estévez V, Canovas Valverde J, Barceló Apericio ML and Marset Campos P. Dimensiones educativas y sanitarias de la educación para la salud en la escuela: Una experiencia participativa y global en dos zonas de salud de Murcia. *Rev Esp Salud Pública.* 1993; 67:293-304
10. Van Sluijs EM, McMinn AM and Griffin SJ. Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. *BMJ.* 2007; 335:703-716.
11. Gavidia Catalán V. La transversalidad y la escuela promotora de salud. *Rev Esp Salud Pública.* 2001; 75:505-516.
12. Naylor PJ, and McKay HA. Prevention in the first place: schools a setting for action on physical inactivity. *Br J Sports Med.* 2009; 43:10-13.
13. United States Department of Health and Human Services. *Healthy people 2010: understanding and improving health.* Washington, DC: US Government Printing Office; 2000.
14. Stratton G. Promoting children's physical activity in primary school: an intervention study using playground markings. *Ergo.* 2000; 43:1538-1546.
15. McGall SE, McGuigan MR, and Nettle C. Contribution of free play towards physical activity guidelines for New Zealand primary school children aged 7-9 years. *Br J Sports Med.* 2011; 45:120-124.
16. Beighle A, Morgan CF, Le Masurier G, and Pangrazi RP. Children's physical activity during recess and outside of school. *J Sch Health.* 2006; 76:516-520.
17. Mota J, Silva P, Santos MP, Ribeiro JC, Oliveira J and Duarte JA. Physical activity and school recess time: differences between the sexes and the relationship between children's playground physical activity and habitual physical activity. *J Sports Sci.* 2005; 23:269-275.
18. Ridgers ND, and Stratton G. Physical activity during school recess: The Liverpool Sporting Playgrounds Project. *Pediatr Exerc Sci.* 2005; 17:281-290.
19. Ridgers ND, Toth M and Uvacek M. Physical activity levels of Hungarian children during school recess. *Prev Med.* 2009; 49:410-142.
20. Blatchford P, Baines E and Pellegrini A. The social context of school playground games: Sex and ethnic differences, and changes over time after entry to junior school. *Br J Dev Psychol.* 2003; 21:481-505.
21. Stratton G, and Mullan E. The effect of multicolor playground marking on children's physical activity level during recess. *Prev Med.* 2005; 41:828-833.
22. Ridgers ND, Fairclough SJ, and Stratton G. Twelve-month effects of a playground intervention on children's morning and lunchtime recess physical activity levels. *J. Phys Act Health.* 2010; 7:167-175.
23. Stellino MB, Sinclair CD, Partridge JA, McClary King K. Differences in children's recess physical activity: recess activity of the week intervention. *J Sch Health.* 2010; 80:436-444.
24. Borda M, Tuesca, T, Navarro E. *Métodos cuantitativos. Herramientas para la investigación en salud (2ª ed.).* Barranquilla: Universidad del Norte; 2009.
25. Cale L. Self-report measures of children's physical activity: Recommendations for future development and a new alternative measure. *Health Educ J.* 1994; 53:439-453.
26. Ainsworth BE, Haskell WL, Leon AS, Jacobs DR Jr, Montoye HJ, Sallis JF, et al. Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities. *Med Sci Sports Exerc.* 1993; 25:71-80.
27. Rowlands AV. Field methods of assessing physical activity and energy balance. In: *Kinanthropometry and exercise physiology laboratory manual. Tests, Procedures and Data.* R.G. Eston, and T. Reilly (Ed.). London: Routledge, 2001.p. 151-170.
28. Riddoch CJ, Bo Andersen L, Wedderkopp N, Harro M, Klasson-Heggebo L, Sardinha L et al. Physical activity levels and patterns of 9- and 15-year-old European children. *Med Sci Sports Exerc.* 2004; 36:86-92.
29. Deforche B, De Bourdeaudhuij I, D'Hondt E, and Cardon G. Objectively measured physical activity, physical activity related personality and body

mass index in 6- to 10-yr-old children: a cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2009; 6:1-9.

30. Sallis JF, Buono MJ, Roby JJ, Carlson D. and Nelson JA. The Caltrac accelerometer as a physical activity monitor for school-age children. *Med Sci Sports Exerc.* 1990; 22:698-703.

31. Eisenmann JC, Strath SJ, Shadrick D, Rigsby P, Hirsch N and Jacobson L. Validity of uniaxial accelerometry during activities of daily living in children. *Eur J Appl Physiol.* 2004; 91(2-3): 259-263.

32. Kimm SY, Glynn NW, Kriska AM, Fitzgerald SL, Aaron DJ, Similo SH et al. Longitudinal changes in physical activity in a biracial cohort during adolescence. *Med Sci Sports Exerc.* 2000; 32:1445-1454.

33. Sigmund E, Sigmundová D, El Ansari W. Changes in physical activity in pre-schoolers and first-grade children: longitudinal study in the Czech Republic. *Child Care Health Dev.* 2009; 35:376-382.

34. Saglam M, Arikan H, Savci S, Inal-Ince D, Bosnak-Guclu M, Karabulut E et al. International physical activity questionnaire: reliability and validity of the Turkish version. *Percept Mot Skills.* 2010; 111:278-284.

35. Cohen L. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

36. Troiano RP, Berrigan D, Dodd KW, Masse L, Tilert T and McDowal M. Physical activity in the United States measured by accelerometer. *Med Sci Sports Exerc.* 2008; 40:181-188.

37. Nebot M, Comin E, Villalbí JR and Murillo C. Las actividad física de los escolares: Un estudio transversal. *Rev Esp Salud Pública.* 1991; 65:325-331.

38. Nyberg GA, Nordenfelt AM, Ekelund U, and Marcus C. Physical Activity Patterns Measured by Accelerometry in 6- to 10-yr-Old Children. *Med Sci Sports Exerc.* 2009; 41:1842-1848.

39. Sherar LB, Esliger DW, Baxter-Jones AD and Tremblay MS. Age and gender differences in youth physical activity: does physical maturity matter? *Med Sci Sports Exerc.* 2007; 39:830-835.

40. Sallis JF, Alcaraz JE, McKenzie TL and Hovell MF. Predictors of change in children's physical acti-

vity over 20 months. Variations by gender and level of adiposity. *Am J Prev Med.* 1999; 16:222-229.

41. American Academy of Pediatrics. Children, adolescents, and television. *Pediatrics.* 2001; 107:423-426.

42. Nettlefold L, McKay HA, Warburton DER, McGuire KA, Bredin SSD and Naylor PJ. The challenge of low physical activity during the school day: at recess, lunch, and physical education. *Br J Sports Med.* 2010.

43. Ridgers ND, Stratton G and Fairclough SJ. Physical activity levels of children during school playtime. *Sports Med.* 2006; 36:359-371.

44. Macdonald D, Rodger S, Abbott R, Ziviani J and Jones J. I could do with a pair of wings: perspectives on physical activity, bodies and health from young Australian children. *Sport Educ Soc.* 2005; 10:195-209.

45. Sallis JF, Mckneize TL, Elder JP, Hoy PL, Galati T, Barry CC et al. Sex and ethnic differences in children's physical activity: discrepancies between self-report and objective measures. *Pediatr Exerc Sci.* 1998; 10:277-284.

ORIGINAL BREVE**PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DE FRACTURA POR FRAGILIDAD EN VARONES DE 40 A 90 AÑOS DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD RURAL**

Rafael Gómez Navarro

Equipo de Atención Primaria Teruel Rural. Consejería de Sanidad, Bienestar Social y Familia de Aragón.

RESUMEN

Fundamento: La osteoporosis, y como consecuencia de ella las fracturas por fragilidad, se han convertido en los últimos años en un importante problema de salud pública en los países desarrollados. Aunque es bien conocida su epidemiología y factores de riesgo en la mujer postmenopáusica son escasos los trabajos centrados en analizar esta patología en los hombres. El objetivo es determinar la prevalencia de los factores de riesgo de fractura por fragilidad en los varones y calcular su riesgo absoluto de fractura osteoporótica mayor y de fractura de cadera.

Métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en una zona de salud rural. La población de estudio fueron los varones de entre 40 y 90 años. No se contemplaron causas de exclusión. Se realizó entrevista personal recogiendo los siguientes datos: edad, peso, talla, índice de masa corporal (IMC), antecedente de fractura previa, antecedente de fractura de cadera en progenitores, hábito tabáquico, consumo de corticoides, antecedente de artritis reumatoide, osteoporosis secundaria, consumo de alcohol y densidad mineral ósea (DMO). Con estos datos se calculó el riesgo absoluto de fractura y el riesgo de fractura de cadera mediante la aplicación de la herramienta FRAX®.

Resultados: Se estudió a 431 hombres. Media de edad $65,8 \pm 13,9$ años e IMC de $28,4 \pm 4,3$ Kg/m². A ninguno se le había determinado DMO. Prevalencia de los factores de riesgo: fractura previa 3,7%; progenitores con fractura de cadera 10,4%; fumadores 21,1%; corticoides 2,8%; artritis reumatoide 0,9%; osteoporosis secundaria 2,3%; alcohol 30,9%. Riesgo absoluto de fractura del $3,7 \pm 3,1$ IC al 95% (3,43-4,02) y riesgo de fractura de cadera del $1,7 \pm 2,5$ IC al 95% (1,51-1,98).

Conclusiones: Especialmente importante en el varón sería supresión del alcohol y del tabaco.

Palabras clave: Osteoporosis. Fractura. Factor de riesgo. Varón. Atención Primaria de salud.

ABSTRACT**Prevalence of Risk Factors for Fragility Fracture in Men Aged 40 to 90 Years of a Spanish Basic Rural Health Area**

Background: Osteoporosis and as a consequence fragility fractures have emerged in recent years as a major public health issue in developed countries. Although its epidemiology and risk factors in postmenopausal women are well known, few studies exist focused on analyzing this pathology in men. Our objective is to determine the prevalence of fragility fracture risk factors in men belonging to our population and to calculate the absolute risk of major osteoporotic fracture and hip fracture.

Methods: Cross-sectional study conducted in a Rural Health Basic Area. The target population was composed by males between 40 and 90 years old. Causes of exception were not considered. Personal interviews were carried out collecting the following data: age, weight, height, body mass index (BMI), previous fractures, background on parent hip fracture, smoking habits, use of corticosteroids, background on rheumatoid arthritis, secondary osteoporosis, alcohol and bone mineral density (BMD). With this data, later in our Health Center, the Absolute Fracture Risk and the Hip Fracture Risk were calculated using the FRAX® tool.

Results: 431 cases were studied. Mean age $65,8 \pm 13,9$ years old and BMI $28,4 \pm 4,3$ kg/m². BMD had not been determined for any of the patients. Prevalence of risk factors: previous fracture 3,7%; parents with hip fractures 10,4%; smokers 21,1%; glucocorticoids 2,8%; rheumatoid arthritis 0,9%; secondary osteoporosis 2,3%; alcohol 30,9%. Absolute fracture risk, $3,7 \pm 3,1$ 95% CI (3,43-4,02); hip fracture risk $1,7 \pm 2,5$ 95% CI (1,51-1,98).

Conclusion: Particularly important for males, the elimination of alcohol and tobacco.

Key words: Osteoporosis. Fracture. Clinical risk factors. Male. Primary health care. Spain

INTRODUCCIÓN

Íntimamente ligada al envejecimiento, la osteoporosis (OP) es una enfermedad que a lo largo de las últimas décadas ha alcanzado en los países desarrollados proporciones de verdadera epidemia, siendo previsible que en las próximas continuará su incremento¹.

En España se estima que la OP afecta actualmente a 3,5 millones de personas y cada año se producen más de 500.000 fracturas osteoporóticas y 80.000 estancias hospitalarias²⁻⁴. Constituye pues un problema de salud pública de primera índole por su prevalencia, por la morbimortalidad que ocasiona y por el consumo de recursos sanitarios que conlleva.

Disponemos de muchos menos datos de la epidemiología de la OP masculina y de sus factores de riesgo que de la mujer postmenopáusica.

Probablemente el problema de la OP en el varón ha sido subestimado hasta la fecha. Sin embargo estamos asistiendo en los últimos años a un interés creciente por conocerlo mejor. Son diversos los datos que nos llevan a pensar que debemos prestarle cada vez una mayor atención. En 2002 se estimaba que 2 millones de hombres estadounidenses padecían OP y unos 12 millones más tenían baja densidad mineral ósea (DMO)⁵. Más de la cuarta parte de los pacientes con fractura de cadera son varones. Además de esto, es mayor la mortalidad después de una fractura de cadera para hombres que para mujeres⁶⁻⁸. Ello hace suponer que aunque los hombres tienen un menor riesgo de desarrollar OP y fracturas por fragilidad que las mujeres, presentan un mayor riesgo de efectos adversos graves asociados.

En el MEDOS (Mediterranean Osteoporosis Study)⁹, realizado en la cuenca mediterránea y en el que participó nuestro país, se observó una incidencia de fractura de cadera debida a OP en individuos de más de 45 o de 50 años que en los hombres oscilaba 50 y 100 casos por 100.000 habitantes y año.

El objetivo del presente trabajo es determinar la prevalencia de los factores de riesgo de fractura por fragilidad en los varones y calcular su riesgo absoluto de fractura osteoporótica mayor y de fractura de cadera.

SUJETOS Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal realizado entre el 1 de Enero de 2011 y el 30 de Junio del mismo año en la zona básica de salud (ZBS) Teruel Rural, perteneciente al Sector Teruel del SALUD (Aragón), atendida por el EAP homónimo y que en el momento de comenzar el estudio contaba con una población asignada de 1.972 usuarios.

La población en estudio fueron los varones cuyas edades estaban comprendidas entre 40 y 90 años. No se contemplaron causas de exclusión.

A todos los hombres con los que entramos en contacto durante el tiempo de estudio referido se les realizó entrevista personal apoyada por su historia clínica en la que se recogieron en un registro específico los siguientes datos: edad, peso, talla, IMC, antecedente de fractura previa, antecedente de fractura de cadera en sus progenitores, hábito tabáquico, consumo de corticoides, antecedentes de artritis reumatoide, OP secundaria, consumo de alcohol y densidad mineral ósea (DMO). Con estos datos se calculó su riesgo absoluto de fractura y el riesgo de fractura de cadera mediante la aplicación de la herramienta FRAX^{®10}. Tanto en su utilización como en la valoración de los distintos factores de riesgo nos atuvimos a las indicaciones y aclaraciones existentes al respecto en la página web de la herramienta¹⁰.

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS (SPSS INC, Chicago; IL).

RESULTADOS

Del total de los varones de la ZBS al comenzar el estudio, 637 tenían edades comprendidas entre 40 y 90 años. De ellos obtuvimos una muestra de 431 casos. Estudiamos por lo tanto

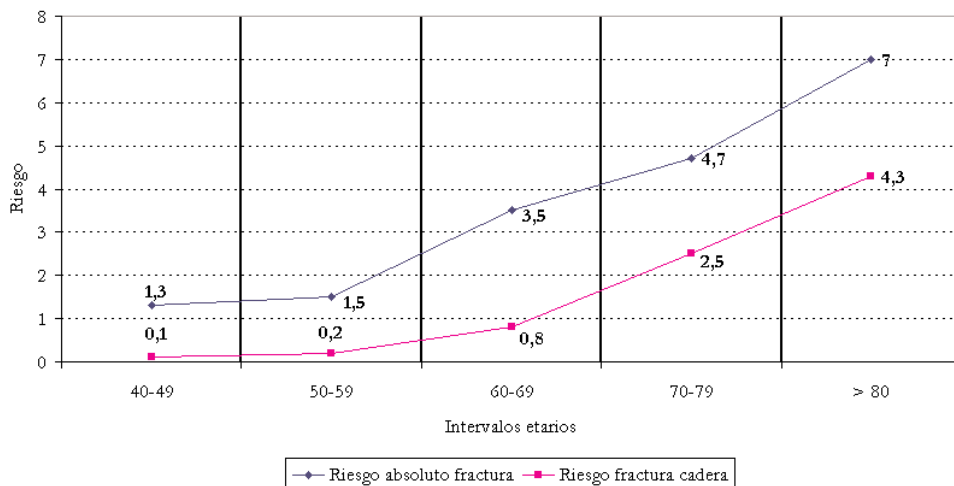
Tabla 1
Prevalencia de los distintos factores de riesgo estudiados

Factor de riesgo	Prevalencia
Alcohol, 3 o más dosis por día	30,9%
Fumador activo	21,1%
Padres con fractura de cadera	10,4%
Fractura previa	3,7%
Glucocorticoides	2,8%
Osteoporosis secundaria	2,3%
Artritis Reumatoide	0,9%

Tabla 2
Factores de riesgo según intervalos etarios

Intervalos etarios	n	Factores de riesgo							
		IMC	Fractura previa	Padres con fractura cadera	Fumadores	Corticoides	Artritis reumatoide	Osteoporosis secundaria	Alcohol
40-49	74	28,5±4,9	0%	5,4%	50%	2,7%	0%	1,4%	37,8%
50-59	83	29,7±4,6	0%	15,7%	26,5%	0%	1,2%	1,2%	34,9%
60-69	70	28,7±3,7	5,7%	21,4%	20%	8,6%	2,9%	4,3%	34,3%
70-79	128	28,3±3,7	4,7%	7%	11,7%	0,8%	0,8%	0,8%	32%
> 80	79	26,8±4,4	7,6%	5,1%	6,3%	3,8%	0%	5,1%	15,2%

Figura 1
Variación del riesgo de fractura con la edad



al 67,6% de todos los usuarios que formaban la población diana.

Su media de edad era de $65,8 \pm 13,9$ años y su IMC de $28,4 \pm 4,3$ Kg/m².

A ninguno de los varones estudiados se le había determinado previamente la DMO mediante DEXA.

La prevalencia de cada uno de los factores de riesgo estudiados se detalla en la tabla 1. Destacan como más prevalentes el consumo de alcohol (30,9%) y el hábito tabáquico (21,1%)

En la tabla 2 desglosamos los distintos factores de riesgo en los distintos intervalos etarios.

El riesgo absoluto de fractura osteoporótica (cadera, vertebral, antebrazo y hombro) fue igual a $3,7 \pm 3,1$ (IC al 95%: 3,43-4,02) y el riesgo de fractura de cadera igual a $1,7 \pm 2,5$ (IC al 95%: 1,51-1,98).

En la figura 1 podemos apreciar el incremento con la edad tanto del riesgo de fractura osteoporótica como el de cadera .

DISCUSIÓN

La edad media de los varones estudiados se sitúa en la séptima década. Siendo la OP una patología propia del envejecimiento, este resultado debería alertarnos ante la posibilidad de que entre la población masculina se pudieran producir fracturas por fragilidad. No nos extraña por otro lado la edad media de los sujetos ya que nos encontramos en una ZBS rural de una de las provincias con más altas tasas de envejecimiento de España.

El riesgo de fractura aumenta con la edad encontrándose en el caso de los varones el pico máximo de incidencia 10 años más tarde que en las mujeres¹⁰. Es sabido que la edad es una de las variables que más determina el riesgo. Además de esto, en los casos estudiados encontramos también en los varones más año-

sos las prevalencias más altas de otros dos factores de riesgo: el antecedente de fractura y la OP secundaria.

Los dos factores de riesgo en los que hemos encontrado globalmente más altas prevalencias son el hábito tabáquico y el consumo de alcohol.

El consumo de tabaco se asocia tanto a un mayor riesgo de baja densidad mineral ósea como a un mayor riesgo de fractura¹¹⁻¹².

Según el informe del Estado de Salud de Aragón 2010¹³ el 23,6% de los aragoneses declara fumar a diario. Hemos encontrado una prevalencia de tabaquismo del 21,1%, resultado por lo tanto muy similar a la de la población general en nuestra Comunidad Autónoma.

Destaca en nuestros resultados el consumo de alcohol como el factor de riesgo modificable más importante hallado entre los varones, estando presente casi en una tercera parte de ellos.

El alcoholismo tiene un papel multifactorial en el aumento del riesgo de fracturas en el varón, debido a los déficits nutricionales de calcio, vitamina D y proteínas, hipogonadismo y propensión a las caídas¹⁴.

El IMC medio que hemos hallado en los hombres estudiados se sitúa en el intervalo del sobrepeso. No nos extraña tampoco este resultado si consideramos que en Aragón el 14,5% de los adultos presenta obesidad, llegando hasta el 35,4% los que se sitúan en el rango de sobrepeso¹³.

Es conocido que un IMC bajo se vincula con un riesgo de fractura significativamente elevado llegándose a describir para el caso de las mujeres ancianas, que el peso bajo es el mejor predictor de disminución de la DMO¹⁵.

Las prevalencias encontradas en el resto de los factores de riesgo estudiados (glucocorti-

coides, artritis reumatoide y osteoporosis secundaria) son más bajas.

Un 3,7% de los sujetos estudiados presentaba antecedente personal de fractura. Aunque es bien sabido que las fracturas por fragilidad son mucho más prevalentes en las mujeres que en los hombres, llama la atención que si comparamos este resultado con el que obtuvimos estudiando mujeres de la misma zona básica de salud, este factor de riesgo se presentaba en ellas en el 15,8% de los casos, es decir, más de cuatro veces más¹⁷.

En el ámbito de la atención primaria es interesante referirse al trabajo publicado por Roig Vilaseca et al.¹⁶ en el que analizaba la frecuencia de distintos factores de riesgo de tener una masa ósea baja. Estudiaron un total de 446 personas con edades comprendidas entre 18 y 91 años (media de edad de 54,3), de las que 139 eran varones. Comparando con ellos nuestros resultados encontramos que son muy similares en cuanto al antecedente de tabaquismo (23,7%), uso de glucocorticoides (2,9%) y antecedente de artritis reumatoide (0,7%). Las diferencias más importantes las advertimos en la prevalencia que hallan en el antecedente de fractura osteoporótica (1,4%), casi una tercera parte de la encontrada por nosotros para este factor.

No hemos encontrado ningún varón en el que se hubiera realizado previamente estudio de DMO mediante absorciometría digital por doble fotón con rayos X (DEXA). No es frecuente que los médicos de atención primaria tengamos excesivas facilidades de acceso a la DEXA, pasando la mayoría de las veces su indicación por las manos del nivel especializado. Se añade en nuestro caso particular que los pacientes deben desplazarse varios centenares de kilómetros hasta los lugares en los que se realiza.

Esta prueba se considera patrón de oro desde 1994¹⁸, año en el que la OMS desarrolló los criterios operativos para diagnosticar OP en base a la DMO.

Para esta clasificación se considera el T-score, que es el número de desviaciones estándar por arriba o abajo de la DMO media de la población normal joven del mismo sexo, estudiada mediante DEXA. De esta manera podemos establecer las siguientes categorías:

- Normal: cuando la DMO es superior a -1 DE en la escala T.

- Osteopenia: cuando la DMO se sitúa entre -1 y $-2,5$ DE en la escala T.

- Osteoporosis: cuando la DMO es inferior a $-2,5$ DE en la escala T.

- Osteoporosis grave o establecida: cuando al criterio de osteoporosis se añade la presencia de fracturas.

La *International Society for Clinical Densitometry* (ISCD) estableció en 2007 los siguientes criterios para determinar la interpretación de la DMO en otros grupos¹⁹:

- En hombres de más de 50 años se considera también el T-score, aplicándose los criterios de la OMS.

- En mujeres premenopáusicas y hombres de menos de 50 años de edad se toma en consideración el Z-score (en relación con sujetos normales de la misma edad y sexo). Normal, hasta $-2,0$.

- En niños se toma en consideración el Z-score para la evaluación densitométrica de columna lumbar, y del cuerpo entero excluyendo cráneo (no se debe considerar la cadera). Normal hasta $-2,0$.

En este punto conviene señalar que hay dudas sobre los puntos de corte de DMO para el diagnóstico de OP masculina, a diferencia de los criterios densitométricos diagnósticos para la OP postmenopáusica. Los resultados de los estudios muestran controversia acerca de si hay o no diferencia entre hombres y mujeres en la relación entre DMO y riesgo de

fractura. En sujetos ancianos, la fractura de cadera se produce con una DMO similar entre ambos sexos. Sin embargo, en personas de edad menos avanzada las fracturas ocurren en los varones con una media de DMO mayor que en las mujeres²⁰⁻²¹.

Hemos encontrado en los varones un riesgo absoluto de fractura osteoporótica de 3,7 y un riesgo absoluto de fractura de cadera de 1,7. Es muy difícil comparar nuestros resultados con estudios similares realizados en varones por la práctica inexistencia de los mismos en nuestro medio. En el trabajo realizado en Barcelona por Roig Vilaseca et al²² estudiaron a 192 personas, de las cuales 45 eran varones, y calcularon el riesgo de fractura con la herramienta FRAX^{®10}. El riesgo de fractura osteoporótica, sin considerar la DMO, arrojó un valor medio de $7,00 \pm 6,66$ IC al 95% (6,06-7,94) y para la fractura de cadera de $2,9 \pm 4,19$ IC al 95% (2,31-3,49). La diferencia en los resultados -menores riesgos en nuestro caso- se justifica sin duda por haber estudiado solamente varones y por las distintas características sociodemográficas de las personas por ellos estudiadas.

La determinación del riesgo de fractura debería servirnos como criterio fundamental en la toma de decisiones sobre la procedencia o no de tratamiento farmacológico de cada caso. Debemos recordar aquí que la herramienta FRAX^{®10} no establece recomendaciones expresas sobre el umbral de riesgo a partir del cual se debe iniciar tratamiento, ampliar estudios o establecer otras medidas. Se trata de un instrumento de apoyo para la prescripción de tratamientos y pruebas complementarias en la práctica diaria, debiendo prevalecer siempre el buen juicio del clínico, las características particulares de cada sujeto y la disponibilidad de recursos. El umbral de intervención depende de las tasas de fractura, costos, recursos y voluntad de pagar de cada país²³⁻²⁵.

Carecemos de estudios coste efectivos para el tratamiento de la OP en hombres en nuestro

país. Para EEUU, Schousboe JT et al.²⁶ indican que resulta coste efectivo tratar a varones de 50 años con OP cuando tengan un riesgo de fractura de cadera a 10 años de 12% y de 16,5% para la edad de 80 años. También estaría indicado tratar a los mayores de 65 años con historia de fractura previa y a los mayores de 80 años con o sin fractura previa. En los varones menores de 70 años sin fractura previa, el tratamiento sería coste efectivo solo cuando el coste de la terapia oral con un bifosfonato esté por debajo de 500 dólares por año.

Una cuestión interesante a la luz de los resultados obtenidos sería establecer a qué varones se les debe realizar el cribado de riesgo de fractura. En general, podemos decir que las guías más importantes recomiendan el cribado en varones mayores de 65 a 70 años y por debajo de esta edad si existe fractura o algún factor predisponente para padecer OP.

Nuestro trabajo presenta algunas limitaciones que debemos señalar. Hemos analizado solamente los factores de riesgo de fractura que maneja la herramienta FRAX^{®10}. Hay otros ampliamente citados en la literatura que podrían haber sido considerados de manera específica. Entre ellos podemos citar: el hipogonadismo²⁷⁻²⁸, el hipertiroidismo, el hiperparatiroidismo primario, los trastornos intestinales, la hipercalcemia idiopática, las enfermedades malignas y la inmovilización prolongada, así como diversos grupos de fármacos (anticonvulsivantes, anticoagulantes, antineoplásicos, antiestrógenos, antiandrógenos, litio, barbitúricos...) ²⁹⁻³¹. Conviene aclarar en cualquier caso que muchos de estos factores -aunque no todos- se consideran en la herramienta FRAX^{®10} dentro del ítem "osteoporosis secundaria". Además de esto, la prevalencia de este factor de riesgo en nuestros resultados es sólo de un 2,3%, por lo que pensamos que presentar estos factores desagregados no nos aportaría resultados relevantes por la coincidencia de varios de ellos en un mismo varón.

En relación con los fármacos que pueden estar implicados en la génesis de la

OP y que hubiera sido interesante estudiar como factor de riesgo, cabe destacar el trabajo de Eom et al³², que encontraron una posible vinculación entre el uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP) y un mayor riesgo de fractura. El uso generalizado de estos fármacos y su riesgo potencial de fractura sería de gran importancia para la salud pública. Los médicos deberíamos considerar cuidadosamente la decisión de prescribir los IBP en sujetos que ya tengan un riesgo elevado de fractura debido a la edad u otros factores.

Por otro lado, somos conscientes de que la herramienta FRAX^{®10} todavía está pendiente de validar y calibrar en la población española, lo que se debería hacer preferentemente en atención primaria y, si es posible, en distintas áreas geográficas y, a partir de ello, establecer los umbrales de riesgo a partir de los cuales solicitar estudio mediante DEXA y/o indicar tratamiento farmacológico.

Finalmente podemos concluir a la vista de la prevalencia de los factores de riesgo estudiados que desde nuestro nivel asistencial debemos mantener una actitud activa que lleve a promover medidas generales de prevención, como es el fomento de una dieta variada rica en lácteos, actividad física adecuada, sobre todo con ejercicios de carga y la supresión del alcohol y del tabaco, especialmente importante en la OP del varón.

AGRADECIMIENTOS

Contribuyeron a la recogida de la información Amparo Pérez Berna, Agustín Galve Royo, M^a José Navarro Julián, Natividad Belenguer Andrés, Julián Albiñana Tarragó, Manuel Antón Crespo, Lidia Fortea Gimeno y Ricardo Montoliu Villanueva, del Equipo de Atención Primaria Teruel Rural.

BIBLIOGRAFIA

1. Riggs BL, Melton LJ III. The worldwide problem of osteoporosis: insights afforded by epidemiology. *Bone*. 1995;17 5 Suppl:505-11.
2. Paulino J, Paulino M. Osteoporosis: importancia, epidemiología y manifestaciones clínicas. *Medicine (Madrid)*. 2000; 8: 15-22.
3. Rapado A, Díaz M. Manual práctico de osteoporosis en Atención Primaria de Salud. Madrid: FHOEMO (Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Oseas); 1996.
4. Espallargues M, Estrada MD, Samprieto-Colom L, Granados A. Cribado de la osteoporosis en las personas mayores. *Med Clin (Barc)*. 2002;116 Supl 1:77-82.
5. National Osteoporosis Foundation. America's bone health: the state of osteoporosis and low bone mass. [Internet]. [Acceso 6 de Junio 2011]. <http://www.nof.org/advocacy/prevalence/index.htm>.
6. Gennari L, Bilezikian JP. Osteoporosis in men. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2007;36:399-419.
7. Center JR, Nguyen TV, Schneider D et al. Mortality after major types of osteoporotic in men and women: an observational study. *Lancet* 1999;353:878-82.
8. Kiebzak GM, Beinart GA, Perser K, Ambrose CG, Siff SJ, Heggeness MH. Under treatment of osteoporosis in men with hip fracture. *Arch Intern Med*. 2002;162:2217-22.
9. Kanis JA and the MEDOS Study Group. The apparent incidence of hip fracture in Europe: A study of national register sources. *Osteoporosis Int* 1992;2:298-302.
10. WHO. WHO Fracture Risk Assessment Tool. Disponible en <http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?country=4>
10. Nguyen ND, Ahlborg HG, Center JR et al. residual lifetime risk of fractures in women and men. *J Bone Miner Res* 2007;22:781-788.
11. Supervía A, Enjuanes A, Vila J, Mellibovsky L, Nogués X, Díez-Pérez A. Efecto del tabaquismo sobre los valores séricos de leptina y su relación con las hormonas esteroideas y la densidad mineral ósea. *Med Clin (Barc)*. 2006;127:645-7.
12. Olofsson H, Byberg L, Mohsen R, Melhus H, Lithell H, Michaelsson K. Smoking and the risk of fracture in older men. *J Bone Miner Res*. 2005;20:1208-15.

13. Departamento de Salud y Consumo. Estado de salud de la población aragonesa, sus determinantes y las actuaciones del Departamento de Salud y Consumo 2010. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2010.
14. Santolaria F, González-Reimers E, Pérez-Manzano JL, Milena A, Gómez-Rodríguez MA, González-Díaz A, et al. Osteopenia assessed by body composition analysis is related to malnutrition in alcoholic patients. *Alcohol*.2000;22:147–57.
15. Dargent-Molina P, Poitiers F, Breart G, for the EPIDOS group. In the elderly women weight is the best predictor of a low bone mineral density: evidence from the EPIDOS study. *Osteoporos Int*. 2000;11:881-8.
16. Roig D, Valero C. Proporción de individuos con criterios de indicación de densitometría ósea y frecuencia de los factores de riesgo de baja masa ósea en consultas de atención primaria. *Aten Primaria*. 2006;38(8):435-42.
17. Gómez R. Aplicación de la herramienta FRAX® para la determinación del riesgo de fractura en mujeres de un ámbito rural. *Rev Esp Salud Pública* 2010; 84: 321-330.
18. World Health Organization. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. WHO Technical report series 843, Geneva: WHO; 1994.
19. Official Positions of the International Society for Clinical Densitometry 2007. [Internet]. [Acceso 29 de Agosto 2011].
20. Johnell O, Kanis JA, Oden A, Johansson H, De Laet C, Delmas P, et al. Predictive value of BMD for hip and other fractures. *J Bone Miner Res*.2005;20:1185–94.
21. Cummings SR, Cawthon PM, Ensrud KE, Cauley JA, Fink HA, Orwoll ES. Osteoporotic Fractures in Men (MrOS) Research Groups; Study of Osteoporotic Fractures Research Groups. BMD and risk of hip and non vertebral fractures in older men: A prospective study and comparison with older women. *J Bone Miner Res*.2006;21:1550–6.
22. Roig D, et al. Riesgo de fractura calculado con el índice FRAX en pacientes con osteoporosis tratados y no tratados. *Med Clin (Barc)*. 2010;134:189-93.
23. Kanis JA, on behalf of the WHO Scientific Group. Assessment of Osteoporosis at the Primary Health Care Level. Geneva, World Health Organization, 2008.
24. Kanis JA, Oden A, Johnell O, et al. The burden of osteoporotic fractures: a method for setting intervention thresholds. *Osteoporos Int*. 2001;12:417-27.
25. Kanis JA, Johnell O, Oden A, et al. Intervention thresholds for osteoporosis. *Bone*. 2002;31:26-31.
26. Schousboe JT, Taylor BC, Fink HA, Kane RL, Cummings SR, Orwoll ES, et al. Cost-effectiveness of bone densitometry followed by treatment of osteoporosis in older men. *JAMA*. 2007;298:629–37.
27. Francis RM, Peacock M, Aaron JE, Selby PL, Taylor GA, Thompson J, et al. Osteoporosis in hypogonadal men: role of decreased 1,25- dihydroxyvitamin D, calcium malabsorption and low bone formation. *Bone*. 1986;7:261-8.
28. Peris P, Guañabens N, Monegal A, Suris X, Alvarez L, Martínez de Osaba MJ, et al. A etiology and presenting symptoms in male osteoporosis. *Br J Rheumatol* 1995;34:936-41.
29. National Osteoporosis Foundation. Clinician’s guide to prevention and treatment of osteoporosis. [Internet]. Citado el 8 de Julio 2011]. Disponible en: <http://www.nof.org/professionals/NOF-Clinicians-Guide.pdf>.
30. Israeli RS, Ryan CW, Jung LL. Managing bone loss in men with locally advanced prostate cancer receiving androgen deprivation therapy. *JUrol*.2008;179:414–23.
31. Body JJ, Bergmann P, Boonen S, Boutsens Y, Devogelaer JP, Goemaere S, et al. Management of cancer treatment induced bone loss in early breast and prostate cancer. A consensus paper of the Belgian Bone Club. *Osteoporos Int*.2007;18: 1439–50.
32. Eom CS, Park SM; Myung SK, Yun JM, Ahn JS. Use of Acid-Suppressive Drugs and Risk of Fracture: A Meta-analysis of Observational Studies. *Ann Fam Med*. 2011; 9:200-202, 257-267.

ORIGINAL BREVE

PREVALENCIA Y RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA Y LAS ACTITUDES ALIMENTICIAS ANÓMALAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIAS ESPAÑOLAS DE CIENCIAS DE LA SALUD Y LA EDUCACIÓN

Jose María Cancela Carral y Carlos Ayán Pérez

Facultad de Ciencias de la Educación y el Deporte, Universidad de Vigo. Campus A Xunqueira. Pontevedra.

RESUMEN

Fundamentos: Los futuros profesionales de la salud y de la educación serán los responsables de promover la práctica de actividad física y la correcta alimentación entre la población. Los objetivos de este trabajo son conocer la prevalencia y grado de asociación existente entre el nivel de actividad física y los trastornos de la conducta alimentaria en una población de mujeres estudiantes de enfermería, fisioterapia y magisterio.

Método: Un total de 258 estudiantes universitarias matriculadas en el curso académico 2009-2010 en la Universidad de Vigo de las titulaciones de enfermería (87), fisioterapia (73) y magisterio (98), participaron en este estudio descriptivo-transversal. El nivel de actividad física fue valorado mediante el "International Physical Activity Questionnaire" y los trastornos de la conducta alimentaria mediante el "Eating Attitude Test".

Resultados: Los mayores niveles de inactividad física se detectaron en enfermería 63 (72,1%) y magisterio 63 (64,7%). Los trastornos de la conducta alimentaria fueron observados también en estas dos titulaciones: enfermería 13 (15,3%) y magisterio 19 (19,4%). Se encontraron diferencias significativas entre la titulación cursada y el nivel de actividad física ($\chi^2=10,265$; Sig.<0,05). La asociación entre el gasto calórico derivado de la práctica de actividad física, y la posibilidad de padecer trastornos de la conducta alimentaria, fue significativa únicamente entre las estudiantes de magisterio (OR=3,58; IC 95%=1,29-9,93; Sig.<0,05).

Conclusiones: La inactividad física y los desórdenes alimenticios tienen una importante prevalencia entre las alumnas matriculadas en magisterio y enfermería. Existe la posibilidad de que la realización de actividad física intensa confluya con las actitudes alimenticias anómalas.

Palabras clave: Actividad motora. Nutrición. Mujeres. Fisioterapia. Educación. Enfermería. Universidad.

ABSTRACT

Prevalence and Relationship between Physical Activity and Abnormal Eating Attitudes in Spanish Women University Students in Health and Education Sciences

Background: Future education and health professionals will be responsible for promoting physical activity and correct eating habits among the general population. This work aims to describe the prevalence and the degree of correlation between physical level and eating disorders in a sample made of nursing, physiotherapy and education female students.

Methods: A total of 258 female students doing university courses during the academic year 2009-2010 at the University of Vigo (Pontevedra's Campus) and who were registered in nursing (87), physiotherapy (73) and education (98) took part in this transversal descriptive study. The International Physical Activity Questionnaire and the Eating Attitude Test were used to assess the prevalence of physical activity and eating disturbed attitudes respectively.

Results: The data showed that 63 (64,7%) of nursing students and 63 (72,1%) of education students reported the higher physical inactivity values, while 19 (19,4%) and 13 (15,3%) of them were likely to suffer from eating disorders respectively. Significant differences were found between the academic degree and the physical activity level of the sample ($\chi^2=10,265$; Sig.<0,05). The degree of association observed between physical activity energy expenditure and the existence of eating disturbed attitudes was only significant among education students (OR= 3,58; IC 95%= 1,29-9,93; Sig.<0,05).

Conclusion: An important prevalence of physical inactivity and eating disturbed attitudes seems to exist attitudes among education and nursing students. There is a chance that the performance of intense physical activity could be related to inadequate eating habits.

Keywords: Motor activity. Nutrition. Women. Physical Therapy. Education. Nursing. Universities.

Correspondencia:

José M^o Cancela Carral
Facultad de Ciencias de la Educación y el Deporte
Campus da Xunqueira s/n
36005 Pontevedra.
Correo electrónico: chemacc@uvigo.es

INTRODUCCION

La promoción de la práctica de los hábitos saludables, particularmente los referidos a la actividad física (AF) y a la alimentación, constituye una de las laborales primordiales de los profesionales de la salud y la educación¹⁻², siendo los estudiantes universitarios vinculados a estas vías curriculares los futuros responsables de promover este tipo de hábitos entre las futuras generaciones. Para lograr este objetivo es necesario que dicha población universitaria no sólo conozca, sino que también practique un estilo de vida saludable³⁻⁴. Sin embargo, la etapa universitaria ha sido señalada como una fase de cambios en los que la práctica de AF suele verse reducida⁵ y los hábitos alimenticios se ven afectados negativamente⁶, especialmente en la población femenina.

Los estilos de vida son potencialmente modificables por la acción política, por lo que es de gran interés para la salud pública conocer su evolución y tendencia, sobre todo en lo que concierne al sedentarismo y a los hábitos nutricionales⁷. Esto permitiría establecer estrategias de prevención y promoción de la salud, especialmente entre aquellos grupos sociales que se encuentran consolidando su estilo de vida y cuya conducta futura deberá ser un modelo a imitar.

Aunque los estudios sobre la prevalencia de las conductas saludables en los estudiantes universitarios españoles son frecuentes en la literatura científica^{1,8-10}, los dirigidos a valorar específicamente los hábitos alimenticios y la práctica de AF entre las alumnas de titulaciones vinculadas a la salud (como enfermería, y especialmente fisioterapia) son más bien escasos. A esto hay que añadir que muy poco se sabe a cerca del perfil universita-

rio de los futuros docentes de nuestro país, a pesar de constituir un factor de vital importancia en la promoción de la AF y de la correcta nutrición².

Dada esta situación, el propósito de este estudio es conocer la prevalencia del sedentarismo y de las Actitudes Alimentarias Anómalas (AAA) e identificar si existe algún grado de asociación entre ambos hábitos en una población universitaria formada por futuras diplomadas en enfermería, fisioterapia y magisterio.

SUJETOS Y MÉTODOS

Diseño: Se realizó un estudio transversal descriptivo de las estudiantes matriculadas durante el curso 2009-2010 en el Campus de Pontevedra de la Universidad de Vigo y que se encontraban cursando las diplomaturas de enfermería, fisioterapia y magisterio. La población objeto de estudio estaba compuesta por 545 alumnas distribuidas en tres grupos: (Grupo E) enfermería (147), (Grupo F) fisioterapia (143) y (Grupo M) magisterio (245). La recogida de datos se llevó a cabo durante el periodo lectivo, sin previo aviso al alumnado con el fin de evitar el absentismo en el aula, en un día de clase de la asignatura con más alumnas matriculadas para el curso y la titulación seleccionada y mediante un cuestionario "ad hoc" autorespondido y anónimo. Las participantes dieron su consentimiento informado por escrito y el estudio fue valorado y aprobado por el comité de ética y buenas prácticas de la Universidad de Vigo. La muestra quedó compuesta por un total de 258 estudiantes universitarias y distribuidas en función de la titulación cursada del siguiente modo: enfermería (87), fisioterapia (73) y magisterio (98).

Instrumentos. El nivel de AF de la muestra fue valorado mediante la versión española del International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)¹¹. El IPAQ aborda la cantidad de días y minutos destinados a la realización de actividades físicas, tales como actividades de ocio y tiempo libre, ocupaciones, locomoción y trabajo doméstico. La puntuación se obtiene a partir de la cantidad de días, minutos y horas empleados en las mismas y generalmente es expresada en METS-minuto/semana (min. sem^{-1}). Considerando los criterios de frecuencia, intensidad y duración de la AF realizada, las alumnas fueron clasificadas como sedentarias ($< 600 \text{ METS. min. sem}^{-1}$), moderadamente activas ($\geq 600 - \leq 1500 \text{ METS. min. sem}^{-1}$) o muy activas ($> 1500 \text{ METS. min. sem}^{-1}$). La versión española del Eating Attitudes Test-40 items (EAT-40)¹² fue empleada para detectar la posible existencia de AAA. Esta herramienta consta de 40 items relacionados con los hábitos alimenticios que se puntúan en base a una escala Likert que ofrece 6 posibilidades (desde “nunca” hasta “siempre”). La puntuación máxima posible es de 120, correspondiéndose con una mayor posibilidad de padecer AAA. Dadas las características de la muestra estudiada, se eligió un punto de corte situado en 21 puntos⁸.

Análisis estadístico. Se efectuó un análisis descriptivo e inferencial con el objetivo de ver la relación existente entre el nivel de actividad física y los trastornos en la conducta alimentaria. Los resultados se expresan como medias con sus desviaciones estándar (DE) y proporciones. Para valorar la asociación entre las variables estudiadas y las diferentes categorías se llevó a cabo el cálculo de la Odds Ratio (OR) con sus intervalos de confianza del 95%, así como la

prueba de ji-cuadrado, considerando una significación positiva si $p < 0,05$. Para el almacenamiento, recodificación y tratamiento descriptivo de los datos se utilizó el programa estadístico-informático SPSS-16. Para el análisis epidemiológico, medidas de asociación y análisis estratificado se utilizó el programa de análisis epidemiológico para datos tabulados (EPIDAT 3.1) para Windows.

RESULTADOS

Del total de la población objeto de estudio (545), formaron parte de la muestra 258 alumnas que cumplieron el cuestionario. Sus características en función del nivel de actividad física y la posible existencia de actitudes alimentarias anómalas se muestran en la tabla 1. La tasa de respuesta fue del 59,1% (87) para el grupo E; del 51,05% (73) para el grupo F y del 38,43% (98) para el grupo M. Los resultados obtenidos (tabla 1) muestran que 63 (72,1%) alumnas del grupo E y 63 (64,7%) del grupo M fueron clasificadas como sedentarias. En ambas titulaciones (grupo E y M) se observaron los mayores porcentajes de AAA (13; 15,3% y 19; 19,4% respectivamente). Las alumnas del grupo F mostraron los porcentajes más bajos, tanto para la inactividad física (36,7%; 27) como para las AAA (13,2%; 10).

En la tabla 2 se muestra el grado de correlación entre las puntuaciones obtenidas en el IPAQ y el EAT-40 para todas las titulaciones. Se aprecia una relación estadísticamente significativa por la que parece que a mayor gasto calórico derivado de la práctica de AF mayor posibilidad existe de presentar AAA (OR: 3,02; $p < 0,05$). Sin embargo, al realizar un análisis más pormenorizado, la relación únicamente se reveló como estadísticamente significativa para el grupo M (OR: 3,58; $P < 0,05$).

Tabla 1
Caracterización de la muestra en función del nivel de actividad física y la posible existencia de actitudes alimentarias anómalas

	n	EDAD (años)		IPAQ (MET'S min ⁻¹ sem ⁻¹)			EAT-40	
		media	DE	<600	>1500	Chi2	>21	Chi2
Grupo M	98	21,07	4,08	64,7%	11,8%	chi ² =10,265 p=0,036*	19,4%	chi ² =0,895 p=0,639
Grupo F	73	20,22	2,51	36,7%	26,7%		13,2%	
Grupo E	87	21,54	4,60	72,1%	14,0%		15,3%	

* Sig.<0,05.

Tabla 2
Relación entre el nivel de actividad física realizado y la posibilidad de padecer actitudes alimentarias anómalas en función de la titulación cursada

			N	n	%	OR	IC _{95%}	chi ² _p
M+F+E	EAT-40 (>21)	IPAQ≤600	153	15	9,80	1	1,51-6,05	chi ² =19,645 p=0,001*
		IPAQ>600	105	26	24,76	3,02		
Grupo M	EAT-40 (>21)	IPAQ≤600	63	8	12,69	1	1,29-9,93	chi ² =16,965 p=0,011*
		IPAQ>600	35	12	34,28	3,58		
Grupo F	EAT-40 (>21)	IPAQ≤600	27	3	11,11	1	0,47-7,92	chi ² =1,964 p=0,346
		IPAQ>600	46	9	19,56	1,94		
Grupo E	EAT-40 (>21)	IPAQ≤600	63	4	6,34	1	0,67-12,90	chi ² =3,687 p=0,283
		IPAQ>600	24	4	16,67	2,95		

* Sig.<0,05.

N= muestra que cumple que el IPAQ≤600 ó IPAQ>600.

n= muestra que cumple dos requisitos (EAT-40 >21+ IPAQ≤600) ó (EAT-40 >21+ IPAQ>600)

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos parecen indicar que la inactividad física y las AAA están presentes en un elevado porcentaje de alumnas, especialmente en aquellas que cursan las diplomaturas de enfermería y de magisterio.

Las comparaciones con otros estudios respecto al nivel de AF encontrado son difíciles de realizar debido, por un lado, a las diferentes metodologías empleadas para establecerlo y, por otro, a la escasez de estudios al respecto. Así, Bayona et al.¹³ observaron que el 65,8% de las estudiantes de fisioterapia reali-

zaban ejercicio moderado, valores que están en línea con lo observado por otros autores a nivel internacional¹⁴, y que hablan de un aceptable nivel de práctica de AF entre las alumnas que suelen cursar esta titulación. En el caso de las alumnas de enfermería, Irazusta et al.¹ encontraron porcentajes de inactividad física entre el 47%-50% (dependiendo del curso analizado), claramente inferiores a los observados en este estudio, mientras que Romero et al.¹⁵ informaron que en torno al 30% de las estudiantes de enfermería podían ser calificadas como moderadamente activas. Otros autores han observado valores de práctica deportiva ligeramente superiores al 60% en la población universitaria en general⁸, que siguen poniendo de manifiesto la necesidad de promocionar la práctica de AF en este colectivo.

En este estudio se ha empleado un punto de corte distinto al generalmente propuesto por otros autores para valorar la posible existencia de AAA lo que, unido a que este tipo de investigaciones suelen ser más abundantes entre adolescentes¹⁶, y dada la especificidad de la muestra aquí analizada, complica en cierto modo la comparación de los resultados obtenidos. A este respecto debe ser señalado que Sepúlveda et al.¹⁰, empleando la misma metodología, encontraron que en torno al 20% de las estudiantes universitarias encuestadas en su estudio, presentaban riesgo de padecer alguna alteración en la actitud alimenticia, porcentaje que se encuentra dentro del rango informado en este trabajo y que refuerza la idea de que en la población universitaria, pese a que exista conocimiento sobre los hábitos saludables alimenticios, éstos no son siempre respetados¹⁷.

La práctica de AF ha sido señalada como un factor de riesgo vinculado a la existencia de alteraciones en la actitud alimenticia¹⁸, incluso entre estudiantes universitarias¹⁹. Aunque en este estudio se encontró un cierto grado de asociación entre el nivel de AF realizado y la

posibilidad de padecer AAA ésta sólo fue significativa en el caso de las estudiantes de magisterio, población universitaria cuyos hábitos saludables deben ser estudiados de manera más específica, dada la ausencia de investigaciones al respecto. Es destacable el hecho de que las estudiantes de enfermería y de magisterio presenten conductas saludables similares, dato que ha sido previamente observado²⁰, y que refleja el contraste existente entre dichas conductas y su perfil formativo y profesional.

Por último, conviene realizar dos puntualizaciones en relación a los hábitos saludables aquí estudiados y su prevalencia en comparación con la población general del mismo grupo de edad. Primeramente, se puede afirmar que el nivel de inactividad física de las alumnas matriculadas en enfermería y magisterio es similar al informado para el mismo grupo de edad en población no universitaria²¹. En este aspecto, hay que reseñar que las alumnas de fisioterapia se encuentran por encima de la media.

En segundo lugar, se debe mencionar que la ausencia de estudios epidemiológicos sobre las AAA en poblaciones mayores de 20 años no universitarias realizados en nuestro país²², junto con el ya comentado elevado punto de corte empleado, no permite establecer comparaciones directas. De todos modos, cuando las AAA han sido estudiadas ajustando el punto de corte de la herramienta de valoración a las características de la población adolescente y universitaria, los porcentajes encontrados son similares a los aquí presentados^{10,23}. Este hecho, unido al porcentaje de AAA informado para la población femenina adolescente española, permite ahondar en la idea de que la formación universitaria parece no influir en el desarrollo de este tipo de conductas.

Debido al carácter transversal de este estudio, ciertas limitaciones deben ser señaladas. Primeramente, el no poder establecer más que simples asociaciones entre las variables estudiadas, sin poder profundizar en su causalidad, dada la naturaleza transversal del estudio. En segundo lugar, la posible existencia de un sesgo de clasificación, al basarse los datos obtenidos únicamente en la declaración de las estudiantes encuestadas, quiénes sólo representan una parte de la población universitaria analizada. Por último, se debe mencionar que el elevado punto de corte empleado para valorar las AAA pudiera afectar a la relación observada entre los hábitos de AF y éstas, no permitiendo realizar firmes conclusiones al respecto. Todos estos aspectos, junto con la baja tasa de participación obtenida, hacen que los resultados aquí mostrados deban ser interpretados con cautela.

A modo de conclusión, se puede afirmar que la inactividad física y la alimentación inadecuada están presentes en las estudiantes de enfermería y magisterio en la misma medida que la informada para otras alumnas universitarias y para la población en general del mismo grupo de edad. Aunque las estudiantes de fisioterapia parecen llevar un estilo de vida más saludable, la relación observada entre la práctica de actividad física intensa y la prevalencia de hábitos nutricionales inadecuados confirma la necesidad de desarrollar estrategias de promoción de conductas saludables entre la población universitaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Irazusta A, Gil S, Ruiz F, Gondra J, Jauregui A, Irazusta J, et al. Exercise, physical fitness and dietary habits of first-year female nursing students. *Biol Res Nurs.* 2006; 7:175-85
2. Schlessman AM, Martin K, Ritzline PD, Petrosino CL. The role of physical therapist in pediatric health promotion and obesity prevention: comparison of attitudes. *Pediatr Phys Ther.* 2011; 23:79-86
3. Lobelo F, Duperly J, Frank E. Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. *Br J Sports Med.* 2009; 43:89-92.
4. Pericas J, Gonzalez S, Bennasar M, De PJ, Aguilo A, Bauza L. Cognitive dissonance towards the smoking habit among nursing and physiotherapy students at the University of Balearic Islands in Spain. *Int Nurs Rev.* 2009; 56:95-101.
5. Keating XD, Guan J, Piñero JC, Bridges DM. A meta-analysis of college students' physical activity behaviors. *J Am Coll Health.* 2005; 54:116-25
6. Raich R, Mora M, Sánchez D, Torras J, Viladrich M, Zapater L, et al. A cross-cultural study on eating attitudes and behaviours in two Spanish-speaking countries: Spain and Mexico. *Eur Eat Disorders Rev.* 2001; 9:53-63.
7. Ballesteros JM, Dal-Re M, Pérez N, Villar C. La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (estrategia naos) *Rev Esp Salud Pública.* 2007; 81:443-449 CE.
8. Martínez A, Balanza S, Leal M, Martínez A, Conesa C, Abellán J. Association between the consumption of tobacco and alcohol and physical exercise while at university. *Aten Primaria.* 2009; 41:558-63.
9. Fernandez D, Martin V, Molina AJ, De Luis JM. Smoking habits of students of nursing: a questionnaire survey (2004-2006). *Nurse Educ. Today.* 2010; 30:480-484.
10. Sepulveda AR, Carrobbles JA, Gandarillas AM. Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: an epidemiologic study. *BMC. Public Health.* 2008; 8:102.
11. Gine-Garriga M, Martin C, Martin C, Puig-Ribera A, Anton J, Guiu A, et al. Referral from primary care to a physical activity programme: establishing long-term adherence? A randomized controlled trial. Rationale and study design. *BMC Public Health.* 2009; 9:31.
12. de Irala J, Cano A, Lahortiga F, Gual P, Martínez A, Cervera S. Validation of the Eating Attitudes Test (EAT) as a screening tool in the general population. *Med Clin (Barc).* 2008; 130:487-91.
13. Bayona I, Navas FJ, Fernández FJ, Mingo T, de la Fuente M, Cacho A. Eating habits in physical therapy students. *Nutr Hosp.* 2007; 22:573-7

14. Chevan J, Haskvitz E. Do as I do: exercise habits of physical therapist, physical therapist assistants, and students physical therapist. *Phys Ther.* 2010; 90:726-34.
15. Romero A, Cayuela M, Molina A, Solsona M. Are our university students eating properly? *Rev Enferm.* 2004; 27:57-62
16. Rodríguez A, Martínez JM, Novalbos JP, Ruiz MA, Cano C, Chocrón Y. Ejercicio físico y hábitos alimentarios: un estudio en adolescentes de Cádiz. *Rev Esp Salud Pública.* 1999; 73 (1):81-87.
17. Montero A, Úbeda N, García A. Evaluation of dietary habits of a population of university students in relation with their nutritional knowledge. *Nutr Hosp.* 2006; 21:466-73
18. Jáuregui I, Tomillo S, Santiago M, Bolaños P. Body shape model, physical activity and eating behaviour. *Nutr Hosp.* 2011; 26(1):201-207.
19. Thome JL, Espelage DL. Obligatory exercise and eating pathology in college females: replication and development of a structural model. *Eat Behav.* 2007; 8:334-49.
20. Clément M, Jankowski L, Bouchard L, Perreault M, Lepage Y. Health behaviors of nursing students: a longitudinal study. *J Nurs Educ.* 2002; 41:257-65.
21. Moscoso D, Moyano E coordinadores. Sport, health and quality of life. *Obra Social La Caixa. Social Studies Collection num 26; 2009.*
22. Peláez M, Raich R, Labrador F. Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Rev Mex Trastor Aliment.* 1 (2010) 62-75.
23. Yannakoulia M, Matalas AL, Yiannakouris N, Papoutsakis C, Passos M, Klimis-Zacas D. Disordered eating attitudes: an emerging health problem among Mediterranean adolescents. *Eat Weight Disord.* 2004;9:126-33.
24. Peláez A, Justicia F, Raich R. Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en España: revisión y estado de la cuestión. *Cuad Med Psicosom Psiquiatr Enlace.* 2004; N°. 71-72; 33-41.