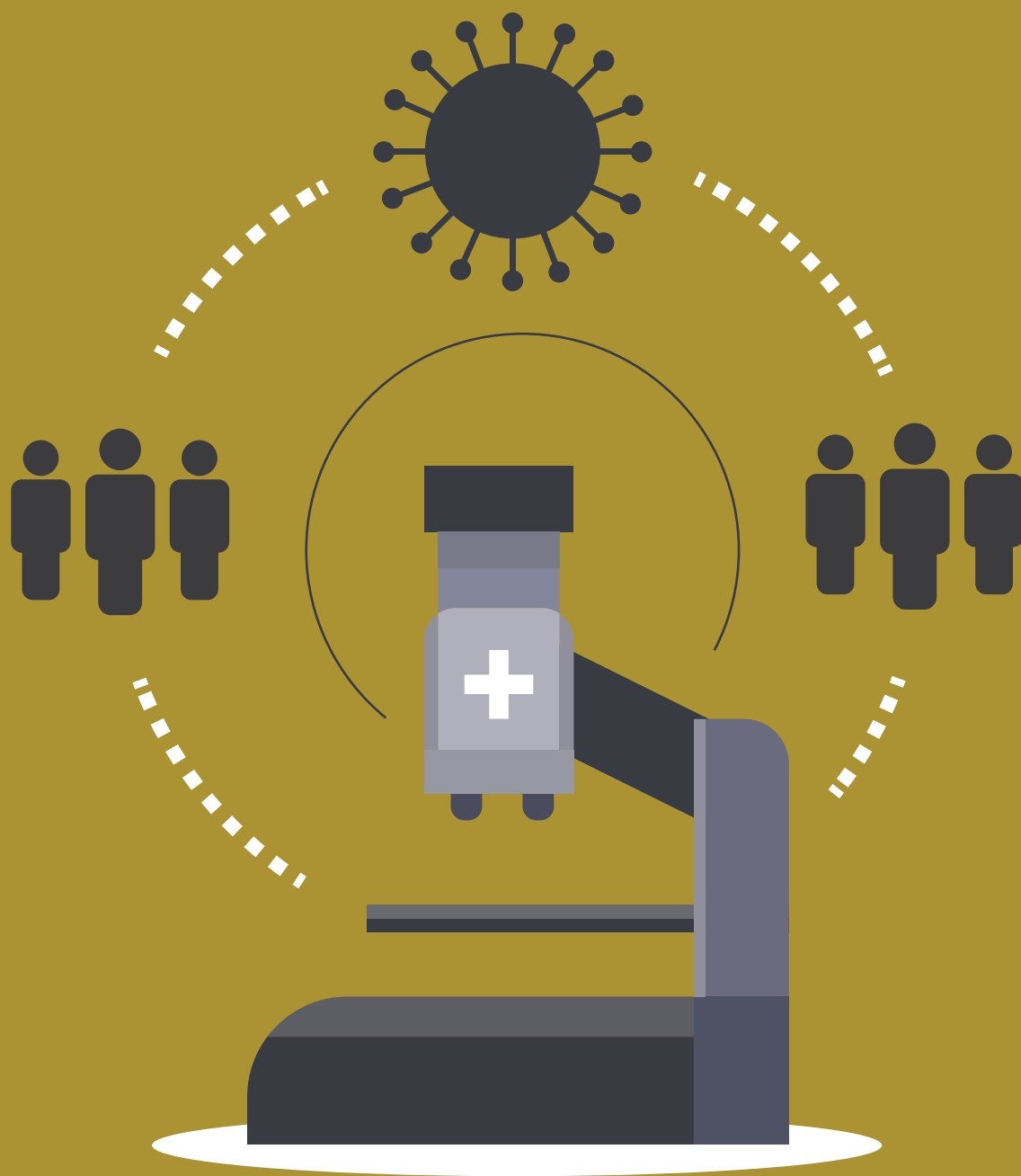


EVOLUCIÓN EN LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y EL USO DE INDICADORES CLAVES



Investigación VIU

viu | **Universidad**
Internacional
de Valencia

Autora: Raquel Sánchez Recio

Titulación: Graduada en Enfermería

Colaboración VIU: Máster en violencia de género e igualdad de oportunidades.

Autora: Carolina Varela Rodríguez

Titulación: Licenciada en Medicina y Cirugía, Doctora en Neuro-ciencias, Especialista MIR en Medicina Preventiva y Salud Pública, Master en Salud Pública y Gestión Sanitaria.

Colaboración VIU: Máster de Epidemiología y Salud Pública

Webpage: www.varelarodriguez.com

LinkedIn: <https://www.linkedin.com/in/carolina-varela-rodr%C3%ADguez-88066b3/>

Twitter: @carolinavr_D22

Palabras claves: utilización de servicios sanitarios, crisis económica, indicadores claves, big data, desigualdades en salud, TICS en sistemas de salud, indicadores de desempeño, salud autopercebida.

Abstract: Los determinantes socioeconómicos de la salud, descritos en el informe de Lalonde en 1978, fueron el desencadenante de un cambio de paradigma en la evaluación de la salud de la población. Se hizo evidente que una crisis económica o recesión necesariamente repercutiría en los indicadores de salud y uso de la salud. Aquí ofrecemos un panorama del impacto de la actual recesión económica en algunos de estos indicadores en España y algunos países de Iberoamérica. La crisis económica es un subproducto periódico del sistema económico del capitalismo, sin embargo algo ha cambiado claramente en la recesión actual y está teniendo un impacto en la percepción social de la salud como un bien preferido y, por lo tanto, podría tener un impacto en los propios indicadores. Esta es la evolución disruptiva de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), una nueva y poderosa parte interesada a tener en cuenta al considerar los impactos de los factores socioeconómicos. Por lo tanto, ofrecemos aquí una introducción muy concisa y conceptual de estas TIC dentro del entorno sanitario y su impacto en la gestión de indicadores de salud y salud.

Keywords: Use of health services, economic crisis, key indicators, big data, health inequalities, TICs in health services, performance indicators, self-rated.

Abstract: The socioeconomic determinants of health, described in the Lalonde's report in 1978, was the trigger for a paradigm change in population health evaluation. It became clear that an economic crisis or recession will necessarily impact in health and healthcare use indicators. We offer here an overlook of the impact of the current economic recession in some of such indicators in Spain and some countries of Iberoamerica. Economic crisis are a periodic by-product of the capitalism economic system, however something has clearly changed in the current recession and it is having an impact in social perception of healthcare as a preferred good and, therefore, could have an impact in the indicators themselves. This is the disruptive evolution of the Information and Communication Technologies (ICTs), a new and powerful stakeholder to take into account when considering impacts of socioeconomic factors. We, therefore, offer here a very concise and conceptual introduction of these ICTs within the healthcare environment and its impact in health and healthcare indicators management.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	2
1.1. CRISIS ECONÓMICA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA	2
1.2. CRISIS ECONÓMICA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN PAÍSES LATINOAMERICANOS.	8
1.3. FUENTES DE INFORMACIÓN E INDICADORES NECESARIOS PARA EL ESTUDIO DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD	10
1.4. EVOLUCIÓN DE LA SALUD AUTOPERCIBIDA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA 2001-2014	12
1.5. INDICADORES CLAVES PARA EL ESTUDIO DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD Y EN EL ACCESO A LA SALUD EN LOS PAÍSES LATINOAMERICANOS	14
2. OBJETIVOS	15
3. TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN LOS SISTEMAS DE SALUD	16
4. CONCLUSIONES	19
5. BIBLIOGRAFÍA	20
6. BIOGRAFÍA	22
7. FIGURAS	23

1. INTRODUCCIÓN

1.1. CRISIS ECONÓMICA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA

La Organización Mundial de la Salud define el sistema sanitario como un conjunto de elementos cuyo objetivo principal es mejorar el estado de salud de la población. La utilización de servicios sanitarios se entiende como la consecución de la atención proporcionada por estos en forma de contacto asistencial por parte de los usuarios (Ortega Tallon, Roca Figueres, Iglesias Rodriguez, & Jurado Serrano, 2004). Otros autores, definieron utilización de servicio sanitario como el acceso realizado a dichos servicios de salud por parte de la población (Birch, Eyles, & Newbold, 1993).

Existe evidencia científica que demuestra como las recesiones económicas influyen en la salud de la población, principalmente en los sectores más vulnerables de la sociedad (Pérez-Romero et al., 2016). Desde el 2007, casi todos los países europeos se han visto afectados por una recesión económica. España es uno de los países que se ha visto más afectado (Arroyo, Renart, & Saez, 2015). En marzo del 2017, el 18.75% de la población española se encontraba en desempleo, y el déficit público se situaba en -5.08% del PIB ((INE), 2016).

La crisis económica iniciada en Estados Unidos y reflejada en el icónico desplome de Lehman Brothers en 2008 había comenzado antes y se dejaron notar sus efectos en Europa ya en 2007 y en Iberoamérica más moderadamente comenzaron a notarse en 2010. Y es en 2008 cuando el Estado Español reconoce y denomina como crisis la grave situación de recesión económica en la que se encontraba ya España. Esta recesión ha hecho que las desigualdades socioeconómicas se acentúen aún más creciendo la inequidad, y por ende, las desigualdades en salud.

Históricamente en España, esta recesión económica se

produce a la par de: una crisis sin precedentes de legitimación de las instituciones democráticas y de los valores éticos; una descentralización acusada con el traspaso de competencias en salud a las Comunidades Autónomas (CCAA), excepción hecha de las Ciudades Autónomas (CiA) de Ceuta y Melilla que solamente han recibido transferencias en Salud Pública; un cambio en la consideración de impuestos, hasta ahora destinados de forma finalista a la financiación de la sanidad, a impuestos "no finalistas"; la falta de órganos auditores competentes con autoridad para el control de la distribución de la recaudación de los impuestos. Todo esto acentúa la brecha de inequidad y define un nuevo ámbito de impacto de la misma, las diferencias de atención sanitaria entre CCAA/CiA. Llegando a afectar a la capacidad de redistribución de rentas de los sistemas públicos de salud como el Sistema Nacional de Salud (SNS) del Estado Español, de espíritu universalista. Donde se da de acuerdo a lo que se puede y se recibe de acuerdo a lo que se necesita, produciendo un flujo de renta teórico desde los jóvenes a los ancianos y desde los ricos a los pobres. Los recortes lineales y la tasa de paro han generado una parada en esta redistribución incluso una inversión, donde los jóvenes en paro reciben ayuda de los mayores jubilados, y las clases sociales bajas han perdido accesibilidad a la atención sanitaria, uno de los efectos descrito del copago (González López-Valcarcel, 2007; SemCyF, 2010) donde se penaliza a los enfermos sobre todo crónicos y a los pobres doblemente porque el coste de oportunidad se debate muchas veces entre necesidades básicas como la atención sanitaria y la alimentación adecuada y porque generalmente gozan de peor salud y por tanto tienen mayor necesidad de atención sanitaria (SemCYF, 2000; 2010).

Para hacer frente a dicha recesión, y con el objetivo de intentar garantizar la sostenibilidad del Estado de Bienestar, con sus beneficios económicos, políticos y sociales para todos los ciudadanos y los residentes en España, los gobiernos nacionales y autonómicos, tuvieron que adoptar importantes medidas de recortes económicos. Ocho años y medio de recortes y austeridad después se observa macroeconómicamente que la contribución fundamental a estos recortes ha sido debida a las rentas del trabajo que se han adelgazado de manera constante, mientras que la contribución de las rentas del capital ha sido menor, creciendo mucho antes que los salarios y de forma sostenibilidad a lo largo de estos ocho años de recesión (Figura 1A). Así, estos recortes impactaron principalmente en la economía familiar de millones de personas (Figura 1B) muchas de las cuales se encontraban en situaciones más desfavorecidas como desempleo, pobreza, precariedad y exclusión social, es decir, el estrato de la sociedad, que según lo señalado anteriormente más desigualdades en salud podrían registrar (López-Valcárcel & Meneu, 2012; Thielmann & Illnait Ferrer, 2012). De igual manera que desplazó hacia el umbral de la pobreza a muchas personas que de otra manera habían tenido una situación socioeconómica desahogada, sin afectar especialmente a los estratos sociales altos, aumentando desproporcionadamente la inequidad social¹. Según los datos de los Indicadores Claves del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS) que se pueden consultar en el Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud (SNS) del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)² la tasa de pobreza ha pasado de un 19,7% en 2007 a un 22,1% en 2015. Y este empobrecimiento afecta especialmente a los niños como muestra la figura tomada del informe sobre la infancia en España en 2012 de UNICEF³ (Figura 3) habiendo llegado en 2013 a un 26,2% de niños españoles

que viven en el umbral de la pobreza y con un 53% de aumento de la pobreza crónica en niños desde 2007 a 2010, así la deuda pública que soportan los niños al nacer es de 15,570 euros (si la distribución de la deuda fuese homogénea entre clases sociales). Este hecho tiene una importancia fundamental ya que la infancia es un determinante de salud que impacta directamente en la carga de enfermedad que va a soportar una persona a lo largo de su vida. Sin embargo, el nexo causal entre el impacto de la crisis durante la infancia y un aumento de la carga de enfermedad es difícilmente evidenciable y en cualquier caso requiere de muchos más años de evolución.

Este aumento desproporcionado en la brecha de inequidad se produce en sociedades como la española, donde la democratización y universalización del conocimiento, favorecido por la escolarización pública y obligatoria y el desarrollo de las Tecnologías de Información y Comunicación (TICs), nutre a una población inquieta que quiere entender el idioma que hablamos los profesionales sanitarios clínicos y gestores, que quiere formar parte de la cadena de toma de decisiones y que quiere tener la autonomía a costa de poder cometer errores respecto a su propia salud. De manera que la percepción ciudadana respecto a la atención sanitaria es de desencanto y de desconfianza hacia las instituciones que lo gestionan lo que repercute necesariamente en la consideración social de los sistemas de salud y su pertinencia y la calidad de la asistencia sanitaria. Así, en el Barómetro Sanitario se refleja un incremento notable de ciudadanos que consideran que la atención sanitaria⁴ ha empeorado, con una reducción en paralelo de los que consideran que ha mejorado (Figura 4).

1 Para profundizar sobre la inequidad en atención y servicios sanitarios se puede consultar la documentación accesible on-line en la London School of Economics and Social Science (LSE) – 2 Accesible en inglés <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/outputs/LSEHealthWorkingPaperSeries.aspx>

2 Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud accesible online tiene una herramienta de consulta interactiva en <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/aplicacionesConsulta/home.htm>

3 UNICEF - "La infancia en España 2012". Accesible online en <https://old.unicef.es/infancia/ong-espana/infancia-espana/infografias>

4 Barómetro Sanitario accesible online en el Portal Estadístico del SNS - <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/aplicacionesConsulta/home.htm>

No implica sin embargo esta pregunta del Barómetro Sanitario que los ciudadanos estén descontentos con el Sistema Nacional de Salud, sino que en los últimos cinco años su calidad asistencial ha disminuido.

Se han realizado muchos estudios con el objeto de analizar los efectos de la recesión económica sobre la salud de la población. Muchos de ellos se han centrado en el estudio de la salud autopercebida por ser uno de los mejores predictores de morbilidad y mortalidad (Idler & Benyamini, 1997; Jylhä, 2009; Kaplan et al., 1996), otros sin embargo se han centrado en el análisis de la mortalidad, arrojando resultados divergentes. Actualmente está cobrando interés, el estudio del impacto de la crisis económica en la población española y como ha evolucionado la utilización de los servicios sanitarios y a su vez los resultados en salud, como puede ser la salud autopercebida.

Davila-Quintana et al. (Quintana & López-Valcárcel, 2009) en su estudio “crisis económica y salud”, describían los efectos a corto plazo y largo plazo, que producían sobre la salud, las crisis económicas. Son tres los efectos a corto plazo que se pueden describir: emigración, empobrecimiento y desempleo. Se estima, que existe un retardo entre diez y veinte años desde que decrece el PIB hasta que aparecen todos sus efectos sobre la sociedad (Encuentro, 2012). El clásico análisis de los determinantes sociales de la salud y la enfermedad que fue el Informe Lalonde⁵ ya mostró, y se ha corroborado posteriormente en múltiples estudios (Babones, 2008; Lynch et al., 2004), que, tanto el nivel de renta per cápita de un país como su distribución, son decisivos en el grado de salud de la población. Así, progresivamente, el empobrecimiento produce cambios en los hábitos de vida como la dieta, en la utilización de los servicios sanitarios y en la inversión en educación que provocarán un efecto detectable a largo plazo.

En relación a la utilización de los servicios sanitarios en función de la clase social, sí que se ha estudiado como las desigualdades económicas influyen en la utilización de los mismos. Se sabe que la población con menor nivel de renta tiende a utilizar en mayor medida las consultas de atención primaria y, con mayores niveles

de renta, la atención especializada (Abásolo, Pinilla, & Negrín, 2008; Urbanos-Garrido, 2016). De manera que la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias constituye una preocupación prioritaria para la OMS, ya que es fundamental para reducir las desigualdades en salud (Organization, 2010).

De todos estos factores, uno de los más notables es el citado gasto farmacéutico ya sea en nuevos medicamentos, como los biológicos, como en productos y tecnología sanitaria. Baste tan solo pensar en toda la controversia y movilizaciones en relación con los tratamientos para la Hepatitis C. En este aspecto además las cosas se complican porque los actores implicados son muchos y sus intereses muchas veces contrapuestos. Las evaluaciones y la gestión apropiada de la información acude en ayuda del profesional gestor o clínico y las TICs son herramientas fundamentales en este proceso. Así, agencias como la Agencia Española del Medicamento (AEMPS)⁶, la Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria (AETS)⁷ en España, la conocida National Institute for Health and Care Excellence (NICE)⁸ o la Health Improvement Scotland (HIS)⁹ en el Reino Unido, la conocida Food and Drug Administration (FDA)¹⁰ o la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)¹¹ en Estados Unidos de América (EEUU) son ejemplos de la institucionalización de esta necesidad de información y de gestión adecuada de la misma. Así, tienen un rol fundamental y emiten informes basados en la evidencia y con la participación de los stakeholders implicados en cada una de las tecnologías, productos sanitarios o medicamentos en discusión. Estos informes son recomendaciones pero no vinculantes, y estas agencias asesoras deben ser independientes, la información debe ser pública y accesible, y deben contar con la participación de todos los actores o stakeholders afectados por las tecnologías sanitarias y medicamentos analizados. De hecho, la NICE hizo una autoevaluación del impacto de sus recomendaciones en las decisiones finales de la autoridad gubernamental correspondiente encontrando un impacto moderado de sus recomendaciones en las decisiones finales al respecto (Sheldon et al, 2004; Wathen y Dean, 2004).

5 El informe Lalonde es un documento clásico de la Salud Pública accesible online en inglés en la página del Servicio Canadiense de Salud en <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-eng.php> y en castellano en muchas páginas web entre ellas, por ejemplo la página web de la Fundación de Educación para la Salud del Hospital Clínico San Carlos, accesible en <http://www.fundadeps.org/Observatorio.asp?codrecurso=132>

6 Agencia Española del Medicamento – <https://www.aemps.gob.es>

7 Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria - <http://www.redets.mssi.gob.es/>; y la documentación es accesible en el la página web del Instituto Carlos III <http://publicaciones.isciii.es/unit.jsp?unitId=aets>.

8 National Institute for Health and Care Excellence (NICE) – <https://nice.org.uk>.

9 Health Improvement Scotland (HIS) - <http://www.healthcareimprovementscotland.org/>.

10 Food and Drug Administration (FDA) - <https://www.fda.gov/>

11 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) - <https://www.ahrq.gov/>

Actualmente vivimos en una época de creciente gasto sanitario. Numerosas investigaciones relacionan este creciente gasto con el envejecimiento de la población, el aumento de la demanda asistencial, el aumento de la demanda de recursos, de gasto farmacéutico, de la prevalencia de enfermedades crónicas y minusvalías relacionadas con los cambios demográficos y nuevos estilos de vida, reemergencia y emergencia de enfermedades infecciosas, así como el avance en tecnologías tanto preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación.

En España, para hacer frente al importante gasto sanitario en época de crisis, el Estado se vio obligado a tomar medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud sin reducir la calidad y seguridad asistencial, pero intentando evitar el aumento del déficit sanitario público, así como las diferencias en cuanto a equidad y resultados en salud por parte de la población.

En los recortes en los gastos en sanidad en España se pueden observar dos bienios claramente diferenciados (Bandrés & González, 2015):

> 2010/2011, alcanzando la reducción una media anual de -1,4% del gasto sanitario anual, a través de la implantación de medidas como:

- Restricción de las ofertas de empleo público y racionalización de los recursos.
- Racionalización del gasto farmacéutico en 1.500 millones de euros (marzo).
- A partir de mayo (RD. 8/2010), reducción salarial del 5% para todos los empleados excepto para los que cobran 1,5 veces del salario mínimo.
- Reducción del gasto farmacéutico de un 7,5% en el precio

regulado de los medicamentos.

- Racionalización del consumo y adquisición centralizada de los suministros.

- Principalmente la contención de gastos de observación en atención primaria más que en atención especializada y hospitalizaciones, tampoco se ve muy afectado el sector privado.

> 2012/2013, alcanzando la reducción una media anual del -4,8% en gasto sanitario con medidas como:

- Se congelan las retribuciones del personal y la oferta de empleo público, limitando sólo al 10% la tasa de reposición y severas restricciones en contratación de personal temporal.

- Real Decreto Ley 16/2012, excluyendo de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España, salvo urgencias y embarazos.

- Copago farmacéutico en función de las rentas para la farmacia ambulatoria.¹²

- Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio supresión de la paga extraordinaria de diciembre y de algunos días libres, aumento de la jornada laboral a 37,5 horas semanales.

- Ley Presupuestaria del 2013 congelación de las retribuciones del personal aunque restauración de la paga extraordinaria, por lo que supone un -8,4% de recorte en personal.

- -15,6% en farmacia y prótesis.

- -43,5% en gastos de capital.

¹² En el caso de los trabajadores en activo, la aportación general, que era del 40% se mantiene en ese porcentaje solo para aquellos cuya renta anual no exceda de los 18.000 euros, aumentando hasta los 50% para los que se encuentran entre esa cifra y los 100.000 euros, y al 60% según se alcancen o no los 100.000 euros de renta, pero con unos topes de 8 euros al mes para aquellos con rentas inferiores a los 18.000 euros anuales, 18 euros para los que están entre esa cifra y los 100.000 euros y 60 euros mensuales para los que superan los 100.000 euros. Finalmente, se mantienen exentos determinados colectivos preceptores de prestaciones de asistencia social.

Por otro lado, el estudio de las desigualdades en salud no es algo novedoso. Desde los años 90, son muchas las investigaciones realizadas con el objeto de analizar las desigualdades en el estado de salud y el papel de los servicios sanitarios. Dentro de estos, destacan, el informe Black (Black, Morris, Smith, & Townsend, 1988) realizado en 1988 y su posterior actualización realizada por Mackenbach et al (Mackenbach, Stronks, & Kunst, 1989) (1989). Estos informes concluían que la mortalidad evitable por la atención médica podría ser causa de un aumento de las desigualdades en mortalidad, explicando estas desigualdades, entre grupos socioeconómicos, como consecuencia a las diferencias en accesibilidad, utilización y calidad de la atención sanitaria recibida.

Las desigualdades en salud tienen su origen en las desigualdades políticas, económicas y sociales ya existentes en la propia sociedad. Está relacionado con las diferentes oportunidades y recursos que las personas tienen en relación al acceso a la salud (Peter et al., 2001). Diferencias en relación a la clase social,

el género la etnia o el territorio, de tal forma, que se sabe que aquellas personas más desfavorecidas tienen peor salud que el resto de población.

Dentro de las desigualdades sociales en salud, es necesario mencionar la dimensión moral y ética que tiene este concepto, en relación de que existen diferencias o desigualdades en salud que son innecesaria y evitables, injustas e intolerables. Esto hace necesario renovar el compromiso social por parte de todos los ciudadanos, políticos, gestores sanitarios y los propios profesionales asistenciales con la equidad en salud, de tal forma que se garantice que todo el mundo tenga la misma oportunidad de alcanzar el máximo grado de salud posible (Whitehead, 1992).

Y en el corazón de este contrato social redefinido debe situarse la búsqueda de la excelencia, el profesionalismo y la lucha por la eficiencia que garantice la sostenibilidad intergeneracional del SNS. Sistema que ha permitido a la población española cotas de salud no alcanzadas por la mayor parte de los países.

1.2. CRISIS ECONÓMICA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN PAÍSES

La situación de la crisis económica en la que se hayan inmersos los países euro-peos no es algo que no haya afectado a los países latinoamericanos. Ciertos países como Honduras han registrado una asociación entre la disminución del Producto Interior Bruto (PIB) y el Índice de Desarrollo Humano (IDH), dando lugar a situaciones de falta de políticas sociales, corrupción, diferencias en educación, alta prevalencia de población en pobreza extrema y pobreza crónica, desnutrición crónica cercana al 50%, baja expectativa al nacer, etc. (Fermán, González, Ochoa, & Gómez, 2013).

Es necesario recordar, que los problemas de salud de la población, no sólo afectan a los países en desarrollo, sino que afectan a cualquier país, aún cada caso particular desarrollará sus propios problemas en función de características propias definitorias de las poblaciones que en ellos habitan.

Para comenzar con el análisis del impacto de la crisis económica y el impacto de la crisis en la salud e su población vamos a analizar el caso México.

La Constitución Política de México en su artículo 4º recoge que la salud es un derecho para todos los mexicanos. A pesar de esta afirmación día de hoy, no todos los ciudadanos disfrutan del mismo derecho de atención a la salud. En concreto en México se pueden diferenciar tres tipos de beneficiarios:

- Los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias. Este grupo población cubre sus necesidades asistenciales, en más de un 80% a través del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). Otro 18% es atendido por el ISSSTE (Instituto de Seguridad

y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado). Un 1% es cubierto a través de los seguros para empleados PE-MEX, SEDENA y SEMAR.

- Los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado laboral, así como sus familias. Es un grupo de población no asalariada que por lo general cubren sus necesidades de salud a través del Ssa (Secretaría de Salud), los SESA (Servicios Estatales de Salud) y el IMSS-O (IMSS-Oportunidades). A partir del 2003 y con la aprobación de la Ley General de Salud se crea el SPSS (Sistema de Protección Social en Salud) y el SPS (Seguro Popular de Salud), con esto se da cobertura principalmente a este grupo poblacional. A pesar de ello, se sabe que en México a día de hoy aún hay más de 30 millones de personas sin protección en salud, y para atender sus necesidades suelen recurrir a la Ssa, los SESA e IMSS-O.¹³

- El resto de población con capacidad de pago. Este grupo poblacional se contratan seguros privados para atender sus necesidades en salud.

Según datos aportados por organismo oficiales como la OCDE, el Consejo Nacional para la Evaluación para el Desarrollo Social (CONEVAL) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), entre otros investigadores claves, la situación de la atención a la salud en México, tras el impacto de la crisis económica se encuentra en una situación preocupante, debido al aumento de las tasas de pobreza y pobreza extrema.

¹³ Una gran parte de la población pobre mexicana, procedente del campo y población sin seguridad social de la ciudad también suelen recurrir a la atención privada de salud, ya no tanto a través de la contratación de seguros permanentes sino más bien a través de pagos puntuales de atención ambulatoria.

Amodo de ejemplo señalar que en el 2009 la salud de los mexicanos se encontraba entre las peores de los 30 países que integran la OCDE. Con el impacto de la crisis económica se han visto como han aumentado la práctica de comportamientos de ries-go por parte de la población, el clima de inseguridad y de violencia social, el aumento de la distribución desigual de los recursos, etc. (UNICEF, 2013) junto con un aumento de las ya indicadas tasas de pobreza.

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012 (Gutierrez et al., 2012):

- El numero de personas en situación de pobreza en el 2012 aumentó a 53,3 millones, aumentando desde el 2010 algo mas de dos millones (52,8).
- El acceso a los servicios públicos de salud se redujo en un 8%, en el 2010 tenían un acceso el 29,2% de la población y en el 2012 un 21,5%.
- La carencia por acceso a la seguridad social pasó de 69.6 millones de per-sona de 69.6 millones a 71.8 millones.
- La calidad y espacios de la vivienda se redujo de 17.4 millones de perso-nas a 15,9 millones, en ese periodo de tiempo.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en México va a permitir realizar una observación más reciente del estado de salud y nutrición de la población, siendo una encuesta representativa de los mexicanos, tanto en lo que se refiere a su distri-bución geográfica como a sus niveles socioeconómicos (Gutierrez, et al., 2012).

Según estos datos de esta encuesta los principales problemas de salud de los me-xicanos son la hipertensión, la diabetes, la obesidad y el sobrepeso, sin olvidar otros problemas de salud como el cáncer, la desnutrición, las enfermedades de transmisión sexual, VIH-SIDA, las muertes por accidentes y la violencia social, entre otras.

En Perú, la ley No 20.344 enmarca el aseguramiento sanitario universal a fin de ga-rantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud y define las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del ase-guramiento sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento. Corresponde al Minis-terio de Salud, en su carácter rector, establecer de manera descentralizada y partici-pativa las normas y políticas sobre promoción, implementación y fortalecimiento del aseguramiento nacional en salud.

Otra ley a destacar en Perú, el la Ley No 29.124 que establece la cogestión y la par-ticipación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos sanitarios del Ministerio de Salud, con el fin de ampliar la cobertura, mejorar la calidad y el acce-so equitativo a la atención y generar mejores condiciones con participación de la co-munidad organizada en el marco del ejercicio pleno a la salud en concordancia con las normas de descentralización.

Así mismo y con la perspectiva de aumento de las desigualdades sociales y econó-micas debido al impacto de la crisis, a nivel global, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), junto con las Naciones Unidas, una propuesta con el objeto de conseguir una protección social en salud mí-nima para toda la ciudadanía. A este respecto se aprobó la iniciativa "Piso de Protec-ción Social", en la que se recogían:¹⁴

- La necesidad de asegurar una serie de derechos y transferencias sociales básicas, monetarias y en especie, destinados a aportar una seguridad mí-nima de ingreso y de medios de subsistencia para todos, así como facilitar una demanda efectiva y el acceso a los bienes y servicios esenciales.
- El suministro de un nivel esencial de bienes y servicios sociales como la sa-lud, el agua y saneamiento, educación, alimentación, vivienda e información sobre la vida y el ahorro de activos que sean accesibles para todos.

14 Organización Internacional del trabajo; Organización Mundial de la Salud. Iniciativa del piso de protección social; 2010

En relación a esta iniciativa, en el 2009, la Organización de los Estados Americanos puso en marcha la denominada “Red Interamericana de Protección Social (RIPSo)”, como una comunidad de práctica dirigida a facilitar el intercambio de información sobre políticas, experiencias, programas y prácticas óptimas sobre protección social. La RIPSo, cuenta con la participación de ministerios y organismos nacionales de desarrollo social de las Américas y con la colaboración de organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales, el sector primario y la academia¹⁵.

A modo de ejemplo se exponen las iniciativas puestas en marcha en países latinoamericanos como México y Perú:

- En México el Seguro Popular de Salud logró una expansión importante de la cobertura de servicios médico quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios para más del 40% de la población
- En Perú el Sistema Integral de Salud, que aporta aseguramiento

público sub-sidiario, tiene como meta avanzar hacia la cobertura universal, priorizando a las poblaciones vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. Hay que destacar que en el quinquenio 2005-2010 se registraron aumentos importantes del acceso a este sistema de salud de la población tanto pobre como no pobre, consiguiendo aumentar la tasa de cobertura de la población.

A pesar de todas estas iniciativas, en los países de la Región Latina, los servicios en salud aún tienen que afrontar retos y amenazas que países europeos ya tienen superadas, como por ejemplo el alto grado de fragmentación del sistema de salud y su ineficiencia para responder a las exigencias impuestas por el modelo existente de atención, junto con problemas globales a nivel mundial como son el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas, las consecuencias del cambio climático y los problemas de la creciente urbanización.

1.3. FUENTES DE INFORMACIÓN E INDICADORES NECESARIOS PARA EL ESTUDIO DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD LATINOAMERICANOS

Actualmente, numerosos estudios han demostrado la existencia de las desigualdades en salud a lo largo de los años y el aumento de dichas desigualdades en salud con el impacto de la crisis económica. Dentro de todos estos artículos científicos en España destacan los Informes SESPAS (Urbanos-Garrido, 2016), informes que analizan en profundidad las desigualdades en salud desde diferentes perspectivas como puede ser el género, la clase social y la ocupación.

Pero medir el efecto sobre la salud de la desigualdad es complejo, indicadores clásicos y robustos para valorar impactos sobre la salud como la tasa de mortalidad (Figura 10) presenta importantes limitaciones. Primero, el tiempo que se tarda en

tener los datos finales, actualmente sólo están disponibles en el Portal Estadístico del SNS los datos de 2014 y en la página del INE los datos hasta 2015; segundo, la mortalidad depende de muchos factores y no solamente de la desigualdad en el acceso a la atención sanitaria; y tercero y quizá más importante, es solamente un evento único final que además es un fenómeno o evento raro que se ajusta estadísticamente a un proceso de Poisson, mientras que la desigualdad puede tener impacto durante un corto plazo. Así mismo, factores como la cohesión social, el activismo social y el sesgo de rechazo a la denegación de auxilio en situaciones de riesgo vital mitigan el efecto de las desigualdades. Así el impacto sobre la tasa de mortalidad será menor del posible y tardará mucho tiempo en ser evidente en los indicadores.

¹⁵ Organización de los Estados Americanos. red Interamericana de Protección Social. <https://www.oas.org/es/>

Parece sencillo, pero obtener datos fiables, recurrentes, exactos y útiles no es tarea fácil. Uno de los grandes problemas de la información sanitaria son las fuentes de información, sin ellas no es posible ni generar ni recoger nuevos datos. ¿Por qué es importante tener fuentes de información oficiales o avaladas por organismos con cierto prestigio o tradición científica? Principalmente porque dan una cierta garantía de fiabilidad y de posibilidad de recurrencia o repetibilidad en el tiempo. El dato sin marco de referencia aporta poco valor al conocimiento.

En gran medida debido a la complejidad y a la incertidumbre que las Ciencias Médicas manejan constantemente, es necesario abordar los análisis desde varias perspectivas. El presente trabajo ha desarrollado un acercamiento a través del análisis de la salud autopercebida y la utilización de los servicios sanitarios utilizando para ellos datos de indicadores aportados por organismos oficiales como pueden ser las Encuestas de Salud, los datos de utilización de servicios del Sistema de Información sobre Atención Especializada (SIAE) y del Sistema de Información sobre Atención Primaria (SIAP) y otros indicadores recogidos dentro de los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS) recogidos y sistematizados en una herramienta de consulta en el Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.¹⁶ Otro tipo de fuentes de datos tradicionales y muy repetitivos son los registros de nacimientos y defunciones que son básicos para calcular indicadores como la tasa de mortalidad o de natalidad o analizar fenómenos demográficos como los cambios residenciales, la inmigración y la emigración accesibles en la página del Instituto Nacional de Estadística (INE).¹⁷ De igual manera a la hora sobre todo de estudiar la morbilidad de las poblaciones son fundamentales las bases de datos derivadas de la vigilancia epidemiológica.

Las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) y las Encuestas

Europeas de Salud (EES) están diseñadas con el fin de obtener información sobre la salud de la población, especialmente sobre la salud autopercebida, utilización de recursos sanitarios, estilos de vida, actividades preventivas, etc. Son una fuente de datos de información importante para estudiar las desigualdades en salud. Actualmente tenemos disponibles las ENS de 1987, 1993, 1995, 1997, 2001, 2003, 2006, 2011 y las Encuestas Europeas de salud del 2011 y 2014 (INE, 2016).

Y entonces, ¿por qué hacemos este esfuerzo de recogida, sistematización y análisis de los innumerables datos? El objetivo fundamental es reducir la inmensa incertidumbre que maneja la ciencia médica, establecer hechos más o menos predecibles y llegar a consensos en las materias y problemas suficientemente estudiados. Así, como explica el Dr. Repullo Labrador¹⁸ de manera muy sintética, conforme nos alejamos del consenso científico nos adentramos en la incertidumbre hasta alcanzar la frontera del caos, donde el método científico de ensayo error es un método fundacional. Pero en la zona en que ya se han recogido suficientes datos que se han transformado en conocimiento, la incertidumbre disminuye, se alcanzan consensos científicos y se sistematizan y protocolizan las actuaciones asistenciales de manera que se “garantizan” ciertos niveles de calidad de los resultados.

Los indicadores sanitarios se miden y se analizan como una etapa iterativa del ciclo virtuoso de la mejora continua, es decir, su medición debe permitir la detección de puntos críticos y llevar a la acción y la toma de medidas de mejora. La falta de información sistemática sobre los determinantes de contexto socioeconómico y político de la salud, y la dispersión de sus fuentes de información contribuyen a la descontextualización y politización de los estudios epidemiológicos sobre las desigualdades en salud sobre hombres y mujeres (Carrasco-Portiño, Ruiz Cantero, Fernández Sáez, Clemente Gómez, & Roca Pérez, 2010).

¹⁶ Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud accesible online tiene una herramienta de consulta interactiva en <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/aplicacionesConsulta/home.htm>

¹⁷ Página de demografía y población del Instituto Nacional de Estadística (INE) accesible online en http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735573002

¹⁸ Extraído de la presentación accesible online en <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/xiv-reunion-jefes-servicio/jose-ramon-repullo-labrador.pdf>

1.4. EVOLUCIÓN DE LA SALUD AUTOPERCIPIBIDA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA 2001-2014 EN ESPAÑA

La salud autopercebida es uno de los indicadores de salud más utilizados en las investigaciones sobre desigualdades sociales en salud, ya que se considera un buen espejo de la salud en la que se encuentra la persona (Navarro López & Benach de Rovira, 1996). Medir la salud autopercebida tiene mucha importancia ya que se ha observado como está directamente relacionada con la probabilidad de presentar una enfermedad crónica y con la utilización de servicios sanitarios (Doorslaer, Koolman, & Jones, 2004; Sáez, 2003; Van Doorslaer et al., 2000). Otros autores han llegado a sugerir que la salud autopercebida podría ser un buen predictor de la mortalidad (DeSalvo, Bloser, Reynolds, He, & Muntner, 2006; Idler & Benyamini, 1997; Jylhä, 2009).

A partir del 2011 se ha observado como se produce una llamativa mejora de la salud autopercebida en la población en su conjunto. En concreto estudios realizados por Calzón Fernández, señalan un incremento del 5,6% en el 2012, datos que concuerdan con lo observado por otros/as investigadores/as como Regidor et al (Regidor, Barrio, Bravo, & de la Fuente, 2014) y Aguilar-Palacio et al (Aguilar-Palacio, Carrera-Lasfuentes, & Rabanaque, 2015).

Con estas premisas, se planteó la necesidad, utilizando los datos de las ENS y de las EES, de observar como había evolucionado la salud autopercebida y de la utilización de los servicios sanitarios (en concreto utilización de urgencias) en la población española durante el periodo 2001-2014, tomando como año de inflexión el 2008 año de la crisis.

La salud autopercebida es uno de los indicadores de salud más utilizados en las investigaciones sobre desigualdades sociales en salud, ya que se considera un buen espejo de la salud en la que se encuentra la persona (Navarro López & Benach de Rovira, 1996). Medir la salud autopercebida tiene mucha importancia ya que se ha observado como está directamente relacionada con la probabilidad de presentar una enfermedad crónica y con la utilización de servicios sanitarios (Doorslaer, et al., 2004; Sáez, 2003; Van Doorslaer, et al., 2000). Otros autores han llegado a sugerir que la salud autopercebida podría ser un buen predictor de la mortalidad (DeSalvo, et al., 2006; Idler & Benyamini, 1997;

Jylhä, 2009).

En los estudios realizados para el presente informe, se puede observar la tendencia ascendente de la buena salud autopercebida, tanto para hombres como para mujeres (figura 5, en la figura 6 se observa la tendencia descendente de la mala salud autopercebida). Destacar como a partir del 2011 se observa una cierta inflexión positiva en la mejora de la salud autopercebida en la población en su conjunto. En concreto estudios realizados por Calzón Fernández, señalan un incremento del 5,6% en el 2012, datos que concuerdan con lo observado por otros/as investigadores/as como Regidor et al (Regidor, et al., 2014) y Aguilar-Palacio et al (Aguilar-Palacio, et al., 2015).

En la figura 8 se puede observar el impacto de género en la salud autopercebida, observando como hay una diferencia estadísticamente significativa tanto en la buena salud autopercebida como en la mala, en relación a los hombres. La mujeres en ambos análisis presentan peor salud autopercebida que los hombres. Datos similares que han sido encontrados en otros estudios científicos (Pérez-Romero, et al., 2016).

En cuanto al estudio de la tendencia en la utilización de servicios sanitarios y el impacto de la crisis económica en España a través de la utilización de los servicios de urgencias, un estudio realizado por Bonilla García et al (figura 9), titulado "Aumento de la demanda asistencial en un servicio hospitalario de urgencias por cuadro de dolor y su relación con la crisis económica", concluyó que "El crecimiento de la desigualdad puede estar en el origen de la crisis económica y ésta, a su vez, genera nuevos niveles de desigualdad y brechas en la equidad social y sanitaria agravando la crisis social. Es fundamental una mejor gestión de los recursos disponibles, de manera que los ajustes no favorezcan la aparición de nuevas desigualdades". Por lo tanto, para poder mejorar esa gestión sanitaria, son necesarios indicadores actuales, fiables y fáciles de interpretar, a la par que accesibles que permitan la generación de conocimiento y la toma de decisiones adecuadas y pertinentes.

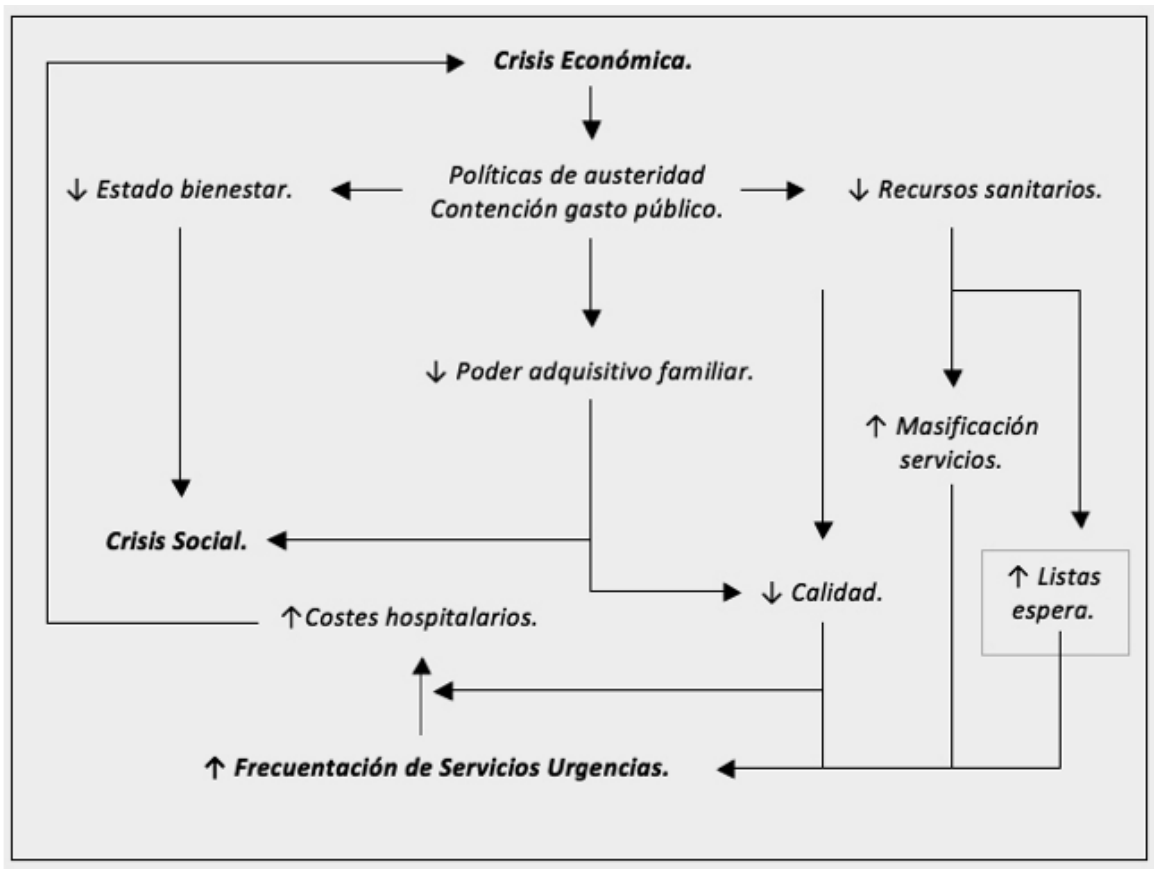


Figura 9. Relación entre crisis económica y frecuentación del servicio de urgencias.¹⁹

Fuente: Bonilla García et al, 2013.

La tendencia en la utilización del servicio de urgencias (figura 5) tanto para hombres como para mujeres ha sido ascendente durante el periodo de estudio²⁰. El estudio de la utilización del servicio de urgencias hospitalarias en nuestro país no es algo novedoso, de hecho la literatura científica relaciona dicho servicio con un problema crónico de nuestro sistema sanitario, debido a que refleja la mala utilización por parte de los usuarios de otra serie de recursos asistenciales como son la atención primaria.

Las mujeres, se puede observar, como durante todo el periodo de estudio, muestran una menor utilización que los hombres. Autoras de prestigio como Urbanos (Urbanos-Garrido, 2016) relacionan este hecho con una mayor utilización de las mujeres del servicio de Atención Primaria, y los hombres mayor gravedad del cuadro cuando acuden a los servicios de urgencias hospitalarias.

Las diferencias en la utilización del servicio de urgencias para hombres y mujeres pueden estar relacionados con muchas causas. Estudios científicos ponen en evidencia como, en los países desarrollados, la tasa de empleo de las mujeres han aumentado significativamente en el último decenio, a pesar de seguir presentando una segregación vertical y horizontal (Artazcoz, Escriba-Aguir, & Cortes, 2004). El impacto de la crisis ha afectado más a los trabajos relacionados con la burbuja inmobiliaria, trabajos principalmente desarrollados por hombres, que los trabajos de carácter social, como la educación, sanidad, el cuidado de personal dependientes, etc, trabajos desarrollados principalmente por mujeres (Duvvury & Finn, 2014; Perry, 2010). Esto, junto con una diferente percepción de la salud y de la utilización de los servicios sanitarios por parte de hombres y mujeres, puede justificar una diferencia en la utilización de los servicios sanitarios.

¹⁹ <http://anestesiario.org/2013/aumento-de-la-demanda-asistencial-en-un-servicio-hospitalario-de-urgencias-por-cuadros-de-dolor-y-su-relacion-con-la-crisis-economica/>

Por otro lado, innumerables estudios han tratado de analizar qué causas llevan al aumento de la utilización del servicio de urgencias hospitalarias frente a otro tipo de servicios. Son varios los resultados a los que han llegado estos estudios, destacando, dentro de sus conclusiones, la falta de criterio del profesional de medicina de Atención Primaria para definir criterio de urgencias, un incremento de la demanda por la mejora de la accesibilidad a los servicios de urgencias, un aumento de la dotación de recursos materiales y el fracaso de la Atención primaria para solucionar los

problema urgentes.

Sin embargo, no es desdeñable la posible influencia que puede suponer en países con sistemas de salud más privados, donde existe pago en el punto de acceso, que las crisis y recesiones económicas tengan un efecto de freno para solicitar atención sanitaria reglada en el momento oportuno y por tanto favorezca la búsqueda de asistencia médica en estadios más avanzados del problema de salud por la puerta de entrada de la urgencia.

1.5. INDICADORES CLAVES PARA EL ESTUDIO DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD Y EN EL ACCESO A LA SALUD EN LOS PAÍSES LATINOAMERICANOS

Estudios reciente publicados por la PAHO, determinan que dicha región se encuentra en situación beneficiosa al registrarse un aumento de la esperanza de vida de la población de 69,2 años a 76,1 años de vida. Pese a este aumento, también es importante volver a destacar el índice de pobreza de la población de las Américas, ya que 1 de cada 5 habitantes vive con menos de 2 dólares americanos al día.²⁰

Por otro lado también destacan las tasas de exclusión social y las inequidades persistentes en la distribución y en la distribución de la riqueza y en el acceso y la utilización de los servicios de salud, hecho que hace que se reflejen en los posteriores resultados de salud. Es más, la PAHO refiere estos factores como uno de los principales obstáculos para el correcto desarrollo humano en la Región y obstaculiza la correcta implantación de planes de lucha contra la pobreza, la exclusión social y la mejora de las condiciones de salud de la población.

Son muchas las iniciativas que se han puesto en marcha en la Región para luchar contra las inequidades sociales y en salud. En el 2005 en Chile se realizó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde se formularon las siguientes recomendaciones integrales

para luchar contra las desigualdades e inequidades:

- Mejorar las condiciones de vida cotidianas.
- Luchas contra la distribución desigual de poder, el dinero y los recursos.
- Medir y entender el problema y evaluar la repercusión de las medidas.

Una de las iniciativas relacionadas con el papel de las TICs como actores activos de la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud, es el Observatorio Iberoamericano de Políticas y Servicios de Salud (OIAPSS)²¹. El OIAPSS es una red de instituciones gubernamentales y no gubernamentales que colaboran para facilitar el acceso a la información y la comunicación sanitaria para la defensa de sistemas sanitarios públicos. Participan en este observatorio diversos países americanos así como España y Portugal. Ya que además de su relación histórica con los países iberoamericanos y sus buenas relaciones actuales, aportan el conocimiento y la experiencia de gestión de sistemas públicos de salud.

²⁰ En el estudio de la tendencia de utilización del servicio de urgencias con los datos de las EES y ENS no se pudo utilizar el año 2009 por no presentar datos comparables con el resto de encuestas. La EES del 2009 es la primera Encuesta de Salud Europea que se realiza en España con esa metodología y presenta problemas de comparabilidad con el resto de ENS y con la EES del 2014 que es mejorada y permite realizar comparaciones con el resto de encuestas.

²¹ Observatorio Iberoamericano de Políticas y Servicios de Salud (OIAPSS) - <http://www.oiapss.org/>

Su misión fundamental es aportar valor al conocimiento sanitario y facilitar su utilización para mejorar la calidad asistencial. Favoreciendo el análisis de necesidad comparada y la adopción de acciones de mejora eficientes adaptadas a entornos y países diversos. Con especial foco en la importante globalización de la salud pública y las relaciones de interdependencia geográfica y socioeconómica de los países participantes, que hace que enfrente retos comunes, enfermedades transmitidas por vectores, a los que más que adaptar las medidas eficientes entre ellos, hay que diseñar estrategias para responder coordinadamente.

Su visión es ser una referencia internacional para aportar valor en la toma de decisiones estratégicas para garantizar y promover la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud. Surge la iniciativa

al intentar analizar el efecto de los factores socioeconómicos en la atención sanitaria en un conjunto heterogéneo de países que tiene mucha información pero dispersa y poco sistematizada. El OIAPSS nace por tanto de la necesidad detectada de tener instrumentos y métodos de síntesis análisis de cuestiones estratégicas para la gestión de movimientos sociales, con una perspectiva de análisis de necesidades de salud comparadas.

Sin embargo, la recesión económica tiene impacto a todos los niveles de los servicios y sistemas de salud y por ello también afecta a los sistemas de información. Así el OIAPSSS tiene problemas de financiación que hacen peligrar su sostenibilidad futura.

2. OBJETIVOS

Analizar cual es la evolución de la utilización de los servicios sanitarios por parte de la población tanto española como latinoamericana durante la época de crisis, así como el estado de su salud autopercebida.

Analizar la importancia que tienen las nuevas tecnologías de las

información para el aporte de indicadores claves que permitan, a los gestores e investigadores en salud, analizar la situación en la que se encuentra la población y los servicios sanitarios con el objetivo de poder tomar decisiones con datos reales y extrapolables a toda la población.

3. TECNOLOGÍAS DE LAS INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN EN LOS SISTEMAS DE SALUD

Las organizaciones sanitarias son organizaciones basadas en el conocimiento y se encuentran por tanto integradas fundamentalmente por profesionales del conocimiento. Así, en el entorno sanitario los datos nos inundan, el ritmo cardíaco, la presión arterial, los reflejos, la falta de vida que refiere un paciente, los resultados del TAC, el análisis de sangre, la sonrisa o la crispación que los pacientes tienen debido a un proceso asistencial, el número de camas en funcionamiento que están libres para ser ocupadas, el tiempo de quirófano entre otros muchos. Todos estos “eventos” si se recogen se convierten en datos, y estos datos si sistematizan y se convierten en información si se analiza se convierte en conocimiento que puede impactar en la atención sanitaria.

De la misma manera que los sistemas sanitarios son un bien preferente ya que beneficia no sólo a quien hace uso de los servicios sino a la población en general mediante externalidades positivas, por ejemplo la inmunidad de rebaño por la vacunación generalizadas de la población, pero su uso por un ciudadano supone que otro no puede usar los mismos recursos, la información es un bien público. Los bienes públicos se caracterizan por generar estas externalidades externas pero que además el uso de ellos por una persona no afecta al uso que pueda hacer otra del mismo recurso, un ejemplo típico es la información.

Sin pretender hacer aquí una descripción detallada de las TICs y su impacto en el entorno sanitario queremos ofrecer en este

informe un recorrido tipo desde la generación de los datos que denominamos “crudos” en el argot epidemiológico (recogida de datos o información) hasta los indicadores y los informes de análisis de situación (generación de conocimientos) o las conclusiones inferenciales. Un ejemplo habitual de transformación de datos en conocimiento (Figura 11). No es objeto de este trabajo analizar los requisitos legales y normativos imbricados en el proceso que son fundamentalmente dos leyes estatales la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD)²² y la Ley Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica²³, aunque hay otras leyes como la Normativa Ministerial relacionada con el CMBD o los informes de alta²⁴, la Ley General Presupuestaria en lo referente a la contabilidad pública²⁵ y disposiciones particulares de las CCAA que se salen del objeto de este trabajo pero que deben estructurar cualquier trabajo que se haga con información sanitaria.

La herramienta de información y comunicación más clásica del entorno sanitario es la historia clínica. La historia clínica es un conjunto de documentos referidos a la atención sanitaria y condiciones de salud de una persona. Es, por lo tanto, una herramienta de gestión de la información asociada a un evento único generalmente de larga duración, la vida de un paciente y su atención sanitaria. Por tanto, la TICs impactan necesariamente en esta que es una de las principales armas diagnósticas del profesional sanitario.

22 Disponible online en la página web de la Agencia Española de Protección de datos, accesible online en http://www.agpd.es/portalwebAGPD/canaldocumentacion/informes_juridicos/reglamento_lopd/index-ides-idphp.php

23 Ley Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica - <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

24 Información legal accesible online en <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbd.htm>

25 Información legal accesible online en <http://www.minhfp.gob.es/es-ES/Normativa%20y%20doctrina/Normativa/Paginas/NormativaResultados.aspx?normativa=Presupuesto%20y%20Gasto%20P%C3%BAblico:Contabilidad%20p%C3%BAblica>

Hasta hace pocos años todo esto se recogía a mano, físicamente en carpetas o cuadernos de anotaciones e informes. Podríamos decir que las primeras TICs fueron el papel y el lápiz. El progreso imparable de la tecnología fue introduciendo fotocopiadoras, faxes, teléfonos y llegó el ordenador que permitió contener la información en un espacio virtual (con una parte física que son los discos duros de almacenamiento, los servidores, pero tan desmesuradamente pequeño respecto a los sistemas anteriores que en general es un factor despreciable y no suele mencionarse).

En una primera fase los ordenadores fueron el progreso lineal de los métodos mecánicos de escritura con la ventaja de poder “guardar” la información y no necesitar el papel de carbón para hacer varias copias. Así, las primeras bases de datos se digitalizaron y se agilizaron con la llegada de los discos de almacenaje electrónico. El análisis de datos dio un primer salto cuántico que con la llegada de internet y el correo electrónico se multiplicó exponencialmente.

El cambio más radical que se está produciendo en la historia clínica, y por lo tanto, en la práctica clínica habitual es la implantación generalizada de la historia clínica electrónica que ha conducido al desarrollo de herramientas de análisis de datos de gran potencia y alcance.

Pero, ¿cómo se convierten esos síntomas y signos, esos contactos asistenciales, esos acuerdos y desacuerdos con el sistema en tasas, ratios o porcentajes? ¿Y por qué se hace tanta referencia a la importancia de las TICs para la información en el entorno sanitario? ¿Cómo puede el cambio de paradigma respecto a la Información y Documentación Clínica que estamos viviendo ser parte garante de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud?

¿Cómo se convierten esos síntomas y signos, esos contactos asistenciales, esos acuerdos y desacuerdos con el sistema en tasas, ratios o porcentajes?

Resumidamente, el origen de los datos que conforman la denominada información sanitaria son los pacientes, los profesionales y trabajadores y las pruebas complementarias (Figura 11). Estos datos se recogen en fuentes primarias de información (Figura 11) que son básicamente la historia clínica y los documentos contables de una gerencia (en el más amplio sentido de la palabra, especialmente referido a la contabilidad analítica

sin entrar en más disquisiciones).

Estos datos se recogen en bases de datos de las cuales, quizá las más conocidas son quizá el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), las bases de datos de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDOs) y las bases de datos de gestión que ejemplarizaremos con una herramienta, un cuadro de mandos.

El conjunto mínimo de datos o CMBD es una base de datos administrativas creada inicialmente por motivos de gestión de costes y elaboración de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRDs) con niveles similares de costes para el sistema sanitario. Sin embargo la universalidad del registro del CMBD, su homogeneidad (controvertida y complicada) por medio de la codificación CIE, la accesibilidad y el bajo coste en general, hace que esta base de datos administrativa se esté generalizando como una herramienta de análisis e investigación científica. A falta de validación exhaustiva de su aportación fuera del campo meramente administrativo, el CMBD está permitiendo una profundización en el conocimiento del funcionamiento de los hospitales con una perspectiva conjunta financiera y clínica.

La Vigilancia Epidemiológica y sus bases de datos son herramientas de trabajo propias de la Salud Pública cuyo objetivo y foco es la protección de la salud de la población. Para ello varios sistemas estructurados de toma, almacenaje de datos e integración de los mismos se han implementado y se implementan sistemas estructurados desde el caso (paciente) de un centro sanitario dentro de una población, agregando los datos a nivel provincial y a nivel autonómico (servicios de epidemiología de las consejerías de sanidad) y a nivel estatal (MSSSI)²⁶ hasta datos a nivel europeo (ECDC)²⁷. Existen sistemas clásicos de vigilancia de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) como las prevenibles por vacunas o enfermedades concretas de especial interés para la sociedad como el VIH o puntualmente los brotes anuales de gripe que se estudia mediante redes centinela. Y esta vigilancia es muy dinámica y adaptable a las nuevas circunstancias así, actualmente se están poniendo en funcionamiento los sistemas de vigilancia de las Infecciones Relacionadas con la Atención Sanitaria – IRAS y se han comenzado a vigilar sistemáticamente la presencia de vectores de enfermedades como los tipos mosquitos y garrapatas.

A nivel de gestión de sistemas de salud se produce un seguimiento similar al descrito para la vigilancia epidemiológica, partiendo desde los servicios y consultas y su actividad agregando e integrando datos de manera ascendente. Los datos de servicios e instituciones se agregan en herramientas como puede ser un cuadro de mandos y de ahí se agregan a nivel provincial, autonómico y estatal. Estos datos permiten calcular costes y resultados de los servicios de salud.

¿Y por qué se hace tanta referencia a la importancia de las TICs para la información en el entorno sanitario?

Las TICs participan del proceso de generación del conocimiento desde muchas perspectivas y claramente tienen una doble vertiente, una inicial de toma de datos y análisis y una más final de comunicación de los resultados a diferentes niveles, desde los profesionales y las autoridades sanitarias y gestoras hasta el ciudadano y usuario. Por ello cada vez más las redes sociales participan de la promoción de la salud y proliferan las apps de salud y autocuidado, de comunicación con los pacientes y familiares, de organización del flujo de trabajo en los centros sanitarios y de intercambio de información. Son innumerables los ejemplos de integración de las TICs en las tareas de promoción de la salud, intercambio de información científica, activismo social y organizaciones de pacientes.

Para ilustrar este punto sirvan simplemente iniciativas públicas como la del MSSSI para promoción de hábitos de vida saludables: la iniciativa Nutrición, Actividad y Prevención de la obesidad del MSSSI (NAOS)²⁸ tiene una página web con juegos y una app para aprender a comer bien; dentro del plan²⁹, el plan nacional sobre drogas también ha creado una app para ayudar a los ciudadanos³⁰; dentro del plan de lucha contra la violencia de género han

creado desde el MSSSI otra app³¹ para asesorar en los viajes internacionales;³² aplicaciones para dejar de fumar;³³ para evitar factores de riesgo cardiovascular;³⁴ el plan cuídate más también cuenta con página web y con app³⁵

La administración de cuentas de twitter (@sanidadgob; @consaludmental; @plancuidatebien), de linkedin³⁶ o de Facebook³⁷ son ya parte normalizada y diaria de las actividades del MSSSI y gracias a ello se puede informar a los ciudadanos, e influir en las conductas y hábitos de vida, tomar e informar de medidas urgentes en crisis de salud pública con una reducción de costes económicos, de transacción y de demora respecto a medios de difusión como la radio, la televisión o la prensa escrita.

¿Cómo puede el cambio de paradigma respecto a la Información y Documentación Clínica que estamos viviendo ser parte garante de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud?

El Big Data es el presente y va a significar un cambio radical en la forma de entender los datos sanitarios, la historia clínica y la información personal íntima, y desde luego supone un cambio fundacional en la Epidemiología. El Big Data es hijo de un progreso tecnológico en múltiples ámbitos, registro de datos muchas veces a tiempo real, almacenamiento de estos datos, búsqueda y acceso ágil a la información, anonimización por fragmentación de los datos, globalización de internet y muchos otros factores de esta índole. El Big Data es también una herramienta dependiente de los cambios legislativos en muchos países que en gran medida se solventan con la anonimización pero a veces llega a ser más complicado. Mientras estas robustísimas y potentes herramientas se materializan en el día a día debemos seguir aportando valor y generando conocimiento como profesionales sanitarios que somos.

26 Información de la Vigilancia Epidemiología a nivel estatal en la página web del MSSSI - <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/home.htm>

27 European Centre for Disease Prevention and Control - <http://ecdc.europa.eu/en/data-tools/Pages/home.aspx>

28 Accesible online en http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm

29 Accesible online en <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/subseccion/juegos.htm>

30 Accesible online en <http://www.pnsd.msssi.gob.es/gl/appPNSD/home.htm>

31 Accesible online en <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/informacionUtil/recursos/appLibres/home.htm>

32 Accesible online en <https://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3336>

33 Accesible online en <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/ayuda.htm>

34 Accesible online en <https://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3540>

35 Accesible online en <http://www.plancuidatemas.aesan.msssi.gob.es/>

36 MSSSI en <https://www.linkedin.com/company/ministerio-de-sanidad-y-politica-social>

37 MSSSI en <https://es-es.facebook.com/msssi.es/>

No hay que olvidar, parafraseando a Bernardo de Chartres, que si vemos más lejos, es porque nos sentamos a hombros de gigantes y el Big Data es una aplicación lógica de estos avances tecnológicos al cuerpo metodológico y epistemológico de la sistematización de la información para generar conocimiento propio de las ciencias como la Epidemiológica y la Estadística.

Una de las características más atractivas para la Salud

Pública es la capacidad del Big Data para captar y almacenar datos anonimizados de toda la población y sus métodos de análisis y aprendizaje con algoritmos de inteligencia artificial permiten estudiar muchas variables de esta población. Será necesario el tiempo para completar la curva de aprendizaje, y detectar y corregir sesgos y errores pero es una herramienta potente que va a suponer un cambio de paradigma de la ciencia epidemiológicas y de la salud pública.

4. CONCLUSIONES

- La actual recesión económica está teniendo impacto en la sostenibilidad in-tergeneracional del SNS.
- Los efectos deletéreos de las crisis económicas y el empobrecimiento de la población sobre la salud de la misma comienzan a aparecer tímidamente en los indicadores de salud de la población, pero su mayor impacto debe valorarse a más largo plazo.
- Los efectos en la salud autopercebida y el uso de los servicios de urgencias se ha dejado notar en un deterioro de salud autopercebida y un aumento del uso de servicios de urgencias.
- La sociedad debe aceptar que la salud y el derecho a la protección de la salud es un bien preferente para rediseñar el contrato social de protección de la misma.
- La información es un bien público y las TICs son herramientas de cambio decisivas que impactan en la percepción social del sistema sanitario y tienen un impacto importante en la mejora de la eficiencia de los sistemas de salud ayudando a garantizar la sostenibilidad.

5. BIBLIOGRAFÍA

- (INE), Instituto Nacional de Estadística. (2016), 28-11-2016, from www.ine.es
- Abásolo, Ignacio, Pinilla, Jaime, & Negrín, Miguel. (2008). Equidad en la utilización de servicios sanitarios públicos por comunidades autónomas en España: un análisis multinivel. *Hacienda pública española*, 187(4), 87-106.
- Aguilar-Palacio, Isabel, Carrera-Lasfuentes, Patricia, & Rabanaque, M José. (2015). Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 37-43.
- Arroyo, Elena, Renart, Gemma, & Saez, Marc. (2015). How the economic recession has changed the likelihood of reporting poor self-rated health in Spain. *International journal for equity in health*, 14(1), 1.
- Artazcoz, L., Escriba-Aguir, V., & Cortes, I. (2004). [Gender, paid work, domestic chores and health in Spain]. [Comparative Study Review]. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 18 Suppl 2, 24-35.
- Babones, Salvatore J. (2008). Income inequality and population health: correlation and causality. *Social science & medicine*, 66(7), 1614-1626.
- Bandrés, Eduardo, & González, Rosa. (2015). La reducción del gasto sanitario en España durante la crisis. *Cuadernos de Información Económica*, 248, 37-48.
- Birch, Stephen, Eyles, John, & Newbold, K Bruce. (1993). Equitable access to health care: methodological extensions to the analysis of physician utilization in Canada. *Health economics*, 2(2), 87-101.
- Black, Douglas, Morris, JN, Smith, Cyril, & Townsend, Peter. (1988). *The black report. Inequalities in health: the Black Report and the health divide*. London: Penguin Books.
- Carrasco-Portiño, Mercedes, Ruiz Cantero, María Teresa, Fernández Sáez, José, Clemente Gómez, Vicente, & Roca Pérez, Victoria. (2010). Desigualdades en el desarrollo geopolítico de género en España 1980-2005: un determinante estructural de la salud. *Revista española de salud pública*, 84(1), 13-28.
- DeSalvo, Karen B, Bloser, Nicole, Reynolds, Kristi, He, Jiang, & Muntner, Paul. (2006). Mortality prediction with a single general self rated health question. *Journal of general internal medicine*, 21(3), 267-275.
- Doorslaer, Eddy van, Koolman, Xander, & Jones, Andrew M. (2004). Explaining income related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Economics*, 13(7), 629-647.
- Duvvury, Nata, & Finn, Caroline. (2014). 'Man-covery': recession, labour market, and gender relations in Ireland. *Gender, Sexuality, and Feminism*, 1(2).
- Encuentro, Fundación. (2012). Informe España 2012. Una interpretación de su realidad social. Retrieved from http://www.fund-encuentro.org/informe_espana/informeespana.php
- Fermán, Irma Aída Torres, González, Atenógenes H Saldívar, Ochoa, Dolores Lin, & Gómez, María del Carmen Barrientos. (2013). LA CRISIS ECONÓMICA Y SU IMPACTO SOBRE LA SALUD. LA SALUD... UNA RIQUEZA QUE SE PIERDE. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 4(1), 81.

- Gutierrez, Juan Pablo, Rivera-Dommarco, Juan, Shamah-Levy, Teresa, Villalpando-Hernández, Salvador, Franco, Aurora, Cuevas-Nasu, Lucía, . . . Hernández-Ávila, Mauricio. (2012). Encuesta nacional de salud y nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 108-112.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S. Review]. *Journal of health and social behavior*, 38(1), 21-37.
- Jylhä, Marja. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social science & medicine*, 69(3), 307-316.
- Kaplan, G. A., Goldberg, D. E., Everson, S. A., Cohen, R. D., Salonen, R., Tuomilehto, J., & Salonen, J. (1996). Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study. *International journal of epidemiology*, 25(2), 259-265.
- López-Valcárcel, Beatriz González, & Meneu, Ricard. (2012). El gasto que está triste y azul. Debe preocupar más la salud que el gasto sanitario. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 176-177.
- Lynch, John, Smith, George Davey, Harper, Sam AM, Hillemeier, Marianne, Ross, Nancy, Kaplan, George A, & Wolfson, Michael. (2004). Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. *Milbank Quarterly*, 82(1), 5-99.
- Mackenbach, Johan P, Stronks, Karien, & Kunst, Anton E. (1989). The contribution of medical care to inequalities in health: differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention. *Social science & medicine*, 29(3), 369-376.
- Navarro López, Vicente, & Benach de Rovira, Joan. (1996). Desigualdades sociales de salud en España (Informe de la Comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales de Salud en España. *Revista Española de Salud Pública*, 70(5-6), 505-636.
- Organization, World Health. (2010). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations: World Health Organization.
- Ortega Tallon, M. A., Roca Figueres, G., Iglesias Rodríguez, M., & Jurado Serrano, J. M. (2004). [Patients over-using a primary care centre: their social, demographic and clinical characteristics, and their use of health service facilities]. [Comparative Study]. *Atencion primaria / Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria*, 33(2), 78-85.
- Pérez-Romero, Shirley, Gascón-Cánovas, Juan J, de la Cruz-Sánchez, Ernesto, Sánchez-Ruiz, José F, Parra-Hidalgo, Pedro, & Monteagudo-Piqueras, Olga. (2016). Recesión económica (2006-2012) y cambios en el estado de salud de la población española. *salud pública de méxico*, 58(1), 41-48.
- Perry, Mark J. (2010). The Great Mancession of 2008-2009. Statement before the House Ways and Means Committee, Subcommittee on Income Security and Family Support.
- Peter, Fabienne, Evans, Timothy, Evans, T, Whitehead, M, Diderichsen, F, Bhuiya, A, & Wirth, M. (2001). Ethical dimensions of health equity. Challenging inequities in health: from ethics to action, 25-33.
- Quintana, CD Dávila, & López-Valcárcel, B González. (2009). Crisis económica y salud. *Gac Sanit*, 23(4), 261-265.
- Regidor, E., Barrio, G., Bravo, M. J., & de la Fuente, L. (2014). Has health in Spain been declining since the economic crisis? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 68(3), 280-282. doi: 10.1136/jech-2013-202944
- Sáez, M. (2003). Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria: Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gaceta Sanitaria*, 17(5), 412-419.
- Stanworth, Michelle. (1984). Women and class analysis: a reply to John Goldthorpe. *Sociology*, 18(2), 159-170.

- Thielmann, Klaus, & Illnait Ferrer, José. (2012). La crisis y la salud. ¿La salud en crisis? *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(2), 278-285.
- UNICEF, CONEVAL. (2013). La niñez y la adolescencia en el contexto de la crisis económica global: El caso de México.
- Urbanos-Garrido, Rosa. (2016). La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gaceta Sanitaria*.
- Van Doorslaer, Eddy, Wagstaff, Adam, Van der Burg, Hattem, Christiansen, Terkel, De Graeve, Diana, Duchesne, Inge, . . . Gross, Lorna. (2000). Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *Journal of health economics*, 19(5), 553-583.
- Whitehead, Margaret. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services*, 22(3), 429-445.
- Zinczenko, David. (2009). Decline of the American male. *USA Today*.

6. BIOGRAFÍA

Raquel Sánchez Recio

Graduada en enfermería. Profesora en el Máster de Gerontología-VIU. Profesora en el Máster de violencia de género e igualdad de oportunidades-VIU. Jefa de la Unidad de Violencia sobre la Mujer, Subdelegación del Gobierno en Teruel. Coordinadora del Plan Director para la convivencia en los Centros Escolares. Integrante de las mesas de prevención y erradicación para la violencia de género en las Comarcas de la provincia de Teruel. 12 años de experiencia como enfermera asistencias en Instituciones Penitenciarias en el Centro Penitenciario de Daroca. Docente en numerosos cursos de formación continuada en relación con la salud, con el género y con la violencia de género. Máster en Salud pública y epidemiología. Diplomada en Salud pública. Diplomada

en Salud Pública y Género. Experta Universitaria en Enfermería Legal y Forense. Experta Universitaria en Enfermería del Trabajo. Integrante del Equipo de investigación GIE-VIU. GRISA (Grupo de investigación de servicios sanitarios en Aragón). Integrante del equipo de investigación End-Trakifing: las relaciones sociales ante la trata de mujeres con fines de explotación sexual de la Universidad de Barcelona. Diversas publicaciones y participante en congresos relacionadas con la violencia de género. Directora del Curso en la Universidad de Verano con el título "El empowerment como estrategia de afrontamiento a la violencia de género". Actualmente desarrollando mi tesis doctoral con la línea de investigación en utilización de servicios sanitarios y el impacto del desempleo, crisis económica y género".

Carolina Varela Rodríguez

Licenciatura en Medicina y Cirugía (Universidad de Navarra); Máster de Neurociencias (Universidad Internacional de Andalucía); Doctorado en Neurociencias (Universidad de Alcalá de Henares); Máster de Salud Pública (Escuela Nacional de Sanidad – ISCIII); Máster Universitario de Administración Sanitaria (Escuela Nacional de Sanidad – ISCIII – UNED); Profesora homologada por la EOI; Acreditada por la ANECA como Contratado Doctor.

14 años de experiencia en investigación básica en electrofisiología del Sistema Nervioso Central y Periférico (University of California at Davis, University College of London, INSERM París, CSIC, Instituto de Neurociencias de Alicante, Universidad de Murcia,

Universidad de Alcalá). 5 años de experiencia en investigación epidemiológica y de salud pública, gestión de ensayos clínicos, conocimientos empresariales, metodología “Lean” y “Agile”, técnicas de generación de ideas, métodos cualitativos y cuantitativos de investigación, adaptación de herramientas de análisis de gestión al entorno sanitario, dinámica de grupos y comunicación persuasiva. 1 año de experiencia (2016) como Evaluadora Experta Europea en transferencia de la innovación. Premio Desafío XXI (2012) de Innovación empresarial por la Fundación Globalcaja. Desde 2017 Profesora asociada de la Universidad Internacional de Valencia. Desde 2017 Profesora de la Academia AMIR.

7. FIGURAS

Figura 1: Impacto de la crisis en las rentas del trabajo y del capital. A) Evolución de los salarios y de los beneficios brutos en España en el periodo de 2008 a 2016 ; B) Contribución del trabajo y del

capital al PIB durante el periodo de 2012 a 2016. Fuente: Reproducido con el permiso del Dr. Oteo Ochoa de su presentación en la Escuela Nacional de Sanidad (2016).

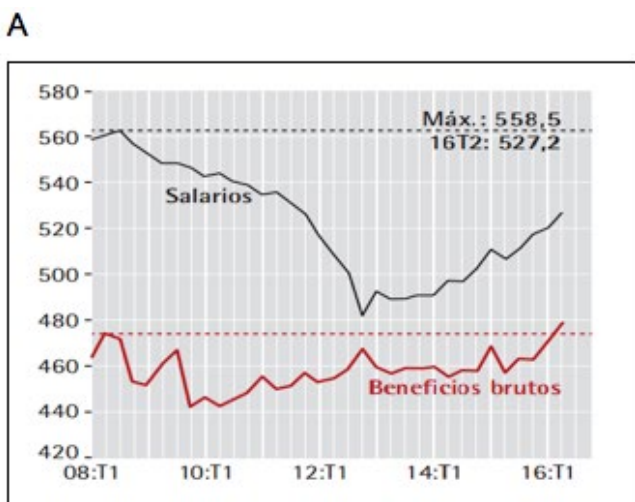


Figura 2: Evolución de la tasa de pobreza en el periodo de 2006 a 2015. Fuente: IN-CLASNS – Portal estadístico del SNS - MSSSI

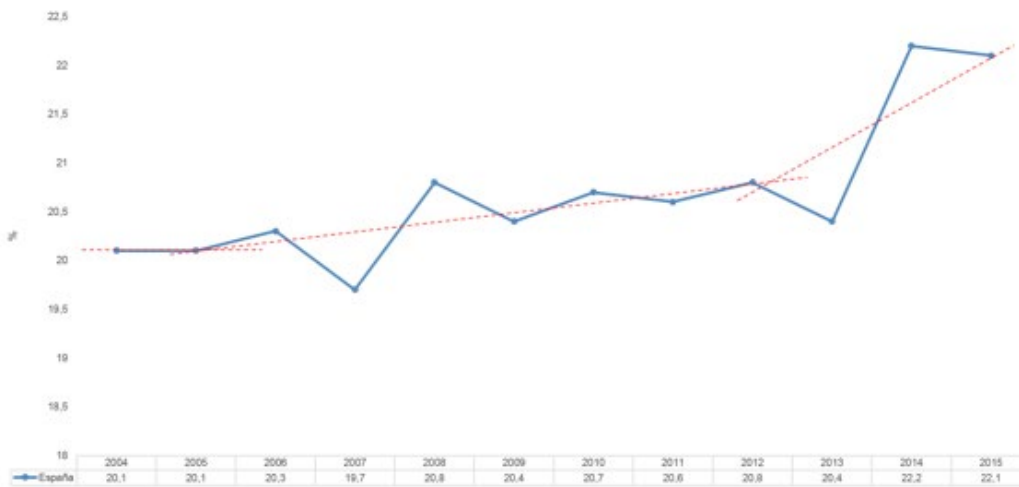


Figura 3: Impacto de la crisis en la infancia española. Fuente: Infografía tomada del Informe de Infancia en España (2012).

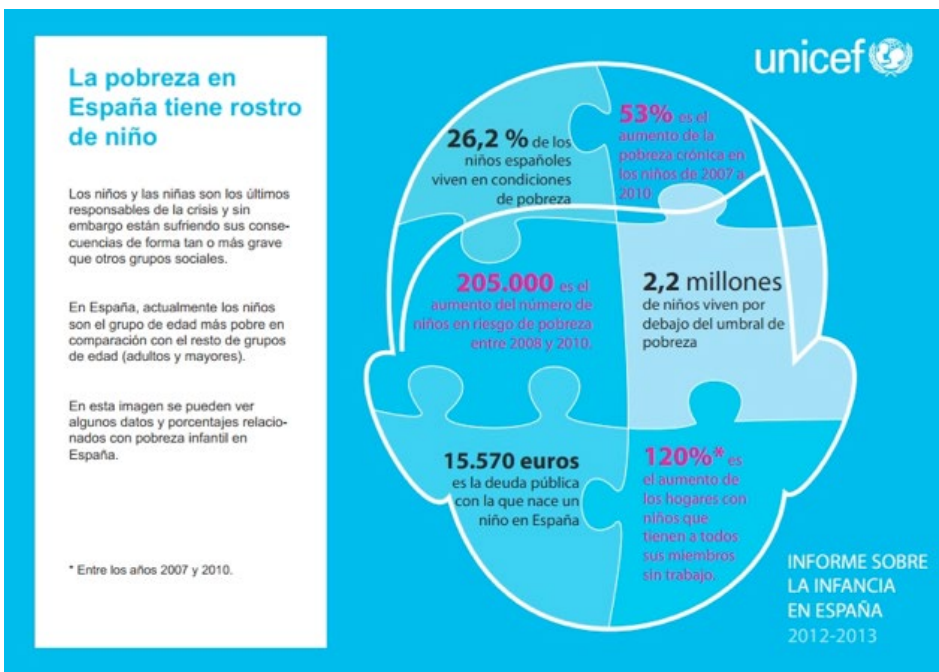


Figura 4: Resultados del Barómetro Sanitario (2016). Respuestas a las preguntas “Pro-porción de ciudadanos que consideran que, en los últimos cinco años, los servicios asistenciales han mejorado, empeorado o seguido igual” respecto a (A) los servicios de atención primaria y (B) consultas externas de atención especializada. (Fuente: Portal Estadístico del SNS – MSSSI)

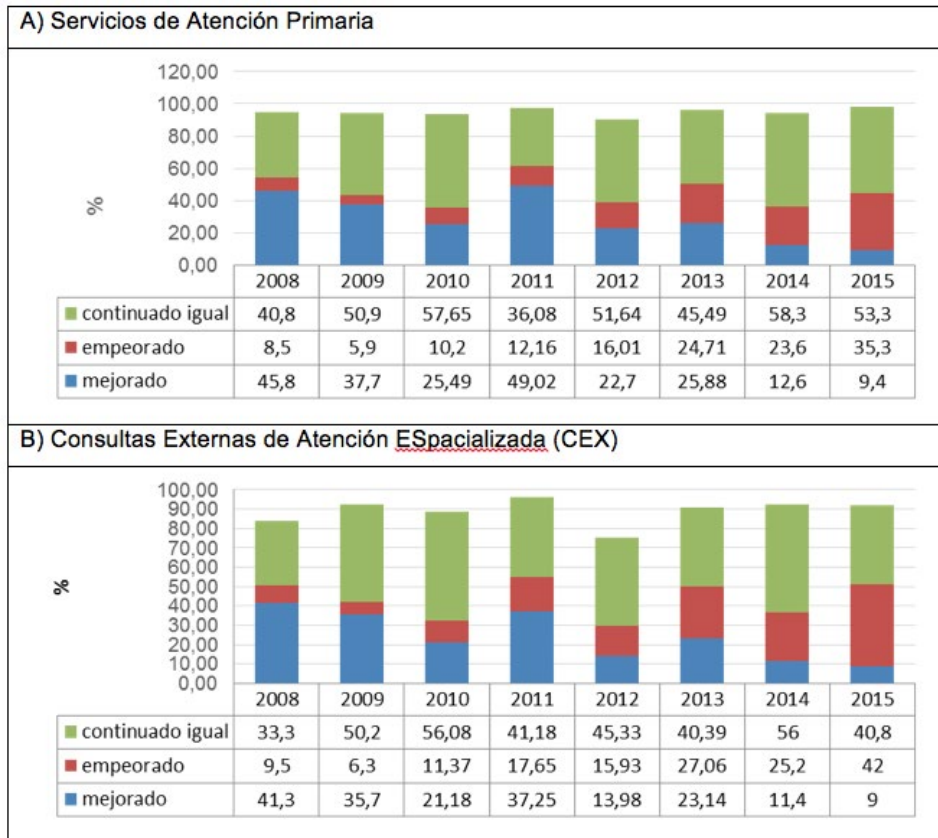


Figura 5. Buena salud autopercebida de hombres y mujeres en España a partir de los datos de Encuestas de salud (España 2001-2014)

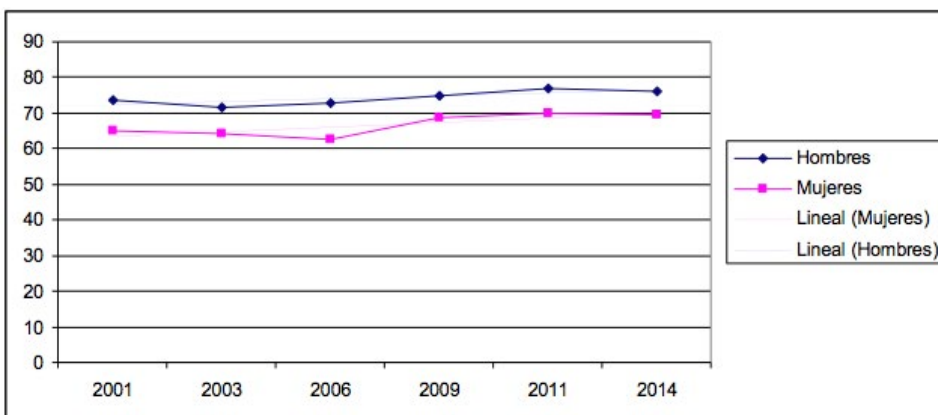


Figura 6. Mala salud autopercibida de hombres y mujeres en España a partir de los datos de Encuestas de salud (España 2001-2014)

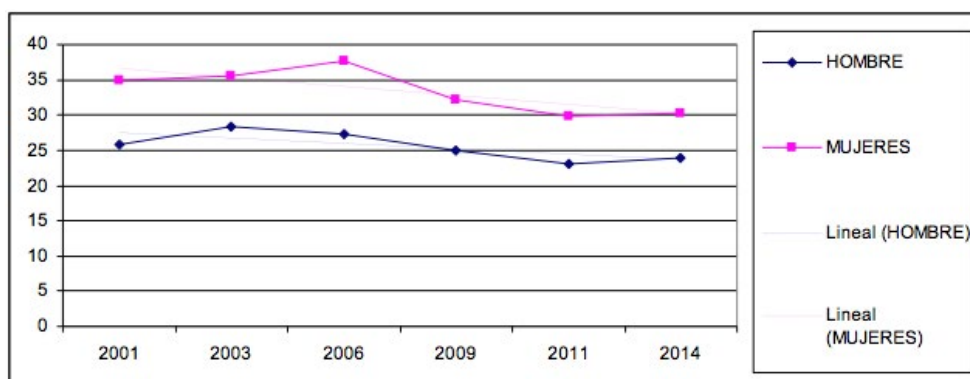


Figura 7. Diferencias de buena salud autopercibida de hombres y mujeres en España a partir de los datos de Encuestas de salud (España 2001-2014)

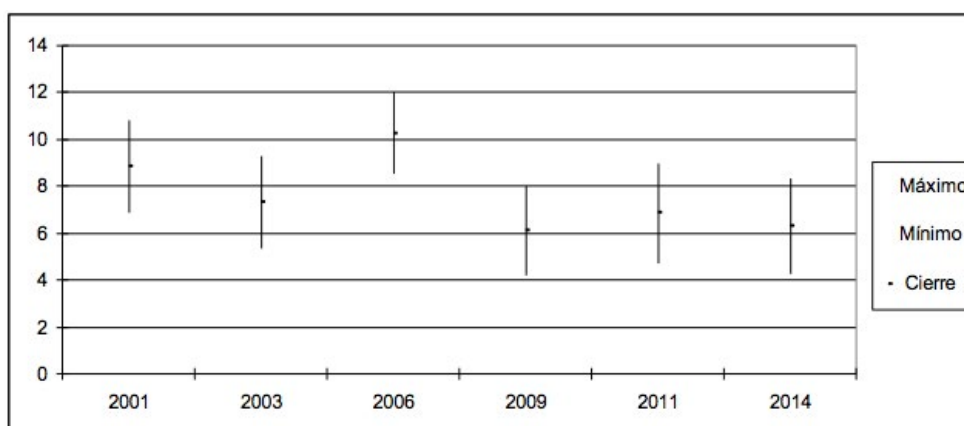
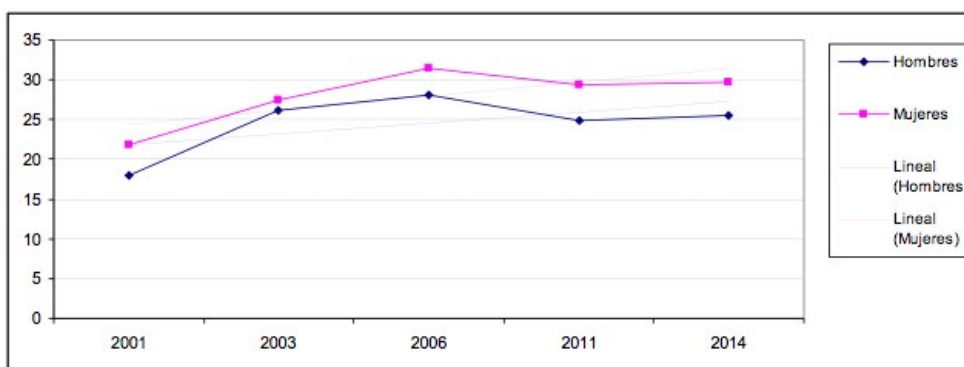


Figura 8. Utilización del servicio de urgencias de hombres y mujeres en España a partir de los datos de encuestas de salud (España 2001-2014).³⁸



³⁸ En el estudio de la evolución de la utilización de servicios sanitarios por parte de la población española, en concreto, el estudio de la utilización del servicio de urgencias hospitalarias, a partir de datos aportados por al ENS y EES, se tuvieron que excluir los datos de la EES del 2009 por no aportar datos que permitieran la comparabilidad con el resto de encuestas de salud.

Figura 10: Evolución de las tasas de mortalidad ajustada por edad por 100.000 habitantes de España en el periodo de 1981 a 2014. Se observa un descenso constante de la mortalidad. Fuente: Portal Estadístico del SNS – MSSSI.

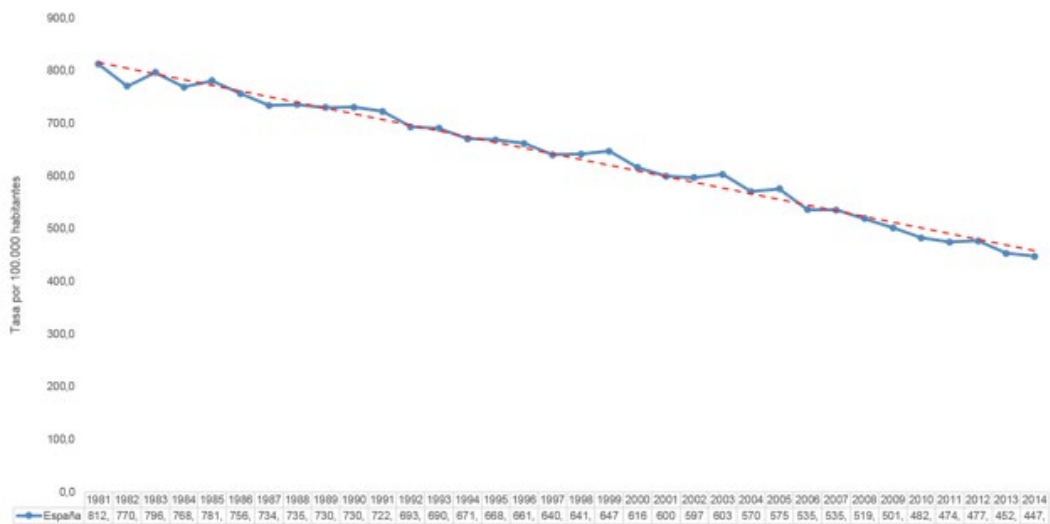


Figura 11: Esquema descriptivo del ciclo de transformación de los datos en conocimiento dentro del entorno sanitario.



viu | **Universidad**
Internacional
de Valencia

Síguenos en:



www.viu.es