

SALUD: EQUIDAD, EFICACIA EFICIENCIA

"La salud, su cultivo, su deterioro o su pérdida irreparable están inexorablemente ligados a los modos de vida social, a los riesgos y retos ambientales, a los alimentos que consumimos, a la vida productiva, a la distribución desigual de los recursos socio-económicos y, en definitiva, al espacio público en el que viven los individuos, las organizaciones y las comunidades", dice una de las citas seleccionadas por el autor del presente artículo. Desde esa perspectiva, analiza los problemas de equidad, eficacia y eficiencia que presenta el sistema público de salud y alerta contra las tentativas de dismantelar el mismo. El autor del artículo es presidente de Medicus Mundi Gipuzkoa y desempeña tareas de responsabilidad en Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

El análisis de la evolución de la oferta de los servicios sanitarios públicos en los últimos veinticinco años en nuestro país y en nuestra comunidad arrojan un saldo positivo. El reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud, la universalización de la asistencia dejando atrás el sistema profesional, y el impulso dado a la reforma de la organización sanitaria pasando de estructuras "hospital-centristas" a otras que pretenden dar un rol más importante a la atención primaria de salud, parece que nos llevan por el buen camino. Pero las amenazas que se ciernen sobre el sistema sanitario público y universal están tomando forma en un recorte de servicios por ahora muy poco evidente, pero que da pasos agigantados hacia un sistema en el que los criterios de equidad, eficacia y eficiencia no serán los ejes de la actuación pública.

Ejemplos de falta de equidad pueden encontrarse en la observación de la realidad en la que estamos inmersos. Así, a nivel estatal se cuantifican en 35.000 personas las que mueren y no debieran morir si la tasa global de mortalidad fuera en áreas pobres igual a la de las zonas más ricas. Estas diferencias entre comunidades se observan también en el acceso a determinadas tecnologías, tanto diagnósticas como terapéuticas. En el servicio sanitario público de Euskadi, por ejemplo, no están disponibles todas las técnicas de reproducción asistida, a diferencia de otros servicios también públicos de otras Comunidades (Valencia, Cataluña, Madrid...). Y no es necesario llegar a las desigualdades entre Comunidades: en Euskadi las tenemos entre Territorios Históricos (el gasto per capita es menor en uno de los territorios que en los otros dos), entre ambulatorios y entre facultativos del mismo centro de salud.

Un ejemplo evidente de falta de eficacia es el incremento de la siniestralidad laboral y de los accidentes de circulación (primera causa de mortalidad en cierto grupo de edad), motivado por una ausencia de interés por emprender políticas para corregir esa tendencia, a lo que deberíamos añadir la ineptitud de los responsables políticos al aplicar las ya existentes. No olvidemos que estamos ante una Administración que abusa de dar carácter discrecional a puestos de funcionarios.

Joan Benach. Universidad Pompeu Fabra de Barcelona. El País, 14 de Septiembre 1999.

También podemos hallar numerosos ejemplos de falta de eficiencia, entendida como la rentabilidad social de las acciones, en nuestro caso, de la administración pública. En estos últimos quince años, en el Territorio Histórico de Gipuzkoa hemos podido contemplar los efectos de una ausencia de planificación a la hora de dotarnos de recursos. Así, a mediados de la década de los años 80, se inauguró un Hospital Materno-Infantil cuando había empezado el descenso de las tasas de natalidad y, por el contrario, no se inauguró un centro geriátrico (ya construido y en proceso de abandono durante años) cuando ya era evidente el envejecimiento de nuestra población.

Ha sido necesario realizar reformas importantes en el mundo sanitario, pero no debemos olvidar que muchas de las mismas han venido de la mano de los cambios políticos que hemos tenido que adoptar para ponernos a nivel de los países de nuestro entorno. Quizás los cambios se iniciaron antes de la expiración física de Franco, pero es reciente cuando el papel del ciudadano como poseedor de derechos ha surgido dentro de las formas de entender el papel del Estado y la forma de organizarlo.

A veces da la impresión de que conceptos como "Estado protector", "bienestar social", "derechos humanos" u otros similares han pasado de moda como objetivos útiles en las formas de relación humana. Si a esto añadimos el problema ético que los países supuestamente desarrollados tenemos al observar pasivamente la muerte, la pobreza y la miseria de grandes capas de población, no hay duda de que nos encontramos ante un problema importante en los valores que inspiran nuestra existencia.

En este artículo no se pretende realizar un análisis académico de los diversos aspectos (financiación, organización, gestión...) que, siendo importantes para entender el contexto de la salud de las poblaciones, han relegado discursos también importantes para avanzar en la equidad, eficacia y eficiencia de los servicios financiados públicamente y que pretenden la promoción, prevención, curación y rehabilitación del estado de salud de los ciudadanos.

Un paso atrás a la hora de entender el papel del Estado en lo que se refiere a la protección social es la coincidencia que en el tiempo han supuesto, por un lado, la utilización de herramientas de gestión

en el sistema sanitario y, por otro, la efervescencia de las políticas neoliberales. Se ha asumido por parte de todos (ciudadanía, políticos de diferentes ideologías, personal de los servicios públicos...) una máxima de la política neoliberal, como es que el papel protector del Estado (educación, sanidad y seguridad social) es caro. Así podemos observar que, sin ningún rubor, hablamos de *cargas sociales* cuando nos referimos al bienestar social, cuando más bien deberíamos hablar de *solidaridad*.

Son aspectos como la salud, el ciudadano, el profesional, y la política sanitaria, los que utilizaremos en este artículo para poder analizar la equidad, eficacia y eficiencia del sistema.

1. LA SALUD

Según la Organización Mundial de la Salud, ésta se define como un "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades". Si bien no llegamos a concretar la salud en un aspecto unidimensional, no es menos cierto que todos sabemos lo que no es salud. Ha sido necesario reflejar lo que entendemos por salud en eslóganes y objetivos como "calidad de vida", "salud para todos en el año 2000", "ciudades saludables" y otros similares para poder establecer estructuras más o menos verticales que permitan aplicar actividades que nos acerquen a un escenario en el que sea posible dar "años a la vida" y "vida a los años".

Tanto la mortalidad como la morbilidad están motivadas por unos factores externos (principalmente infecciosos, ambientales...) como endógenos, (estilos de vida, hereditarios...). Asimismo, dichos factores están interrelacionados con otras circunstancias como son la educación, la pobreza, etc. Es decir, la salud es una situación que obedece a una influencia multifactorial. Hay factores conocidos sobre los que se puede influir, siendo evidente la influencia de la pobreza en el mantenimiento de los factores externos (la muerte por hambre y enfermedades infecciosas, principalmente en el Sur), así como de los estilos de vida en los factores endógenos (las tres primeras causas de muerte en el Norte son debidas a afecciones cardiovasculares, el cáncer, y los accidentes de tráfico).

2. EL CIUDADANO

El ciudadano ha delegado su salud en el Estado, produciéndose un proceso de "desculturalización" en lo que respecta al conocimiento de diferentes síntomas y signos, a causa de la ruptura en la transmisión de padres a hijos de las medidas más elementales para el abordaje de situaciones banales. Debido a la mayor oferta y accesibilidad de los centros sanitarios, hemos medicalizado nuestra vida, olvidándonos de las medidas primarias de prevención.

El incremento en la esperanza de vida gracias a los avances sanitarios y el descenso de las tasas de natalidad en nuestro ámbito nos lleva a un envejecimiento de la población unido a un incremento de enfermedades crónicas e invalidantes. Todo ello, junto al cambio de los estilos de vida y una reducción del tamaño de las familias, genera un incremento de la demanda sanitaria y social. Si a esto le añadimos los avances tecnológicos (complementarios) con sus costes al alza, observamos que todo acaba con una demanda en aumento. Pero nuestras necesidades como ciudadanos/as, ¿son atendidas realmente, o bien debemos adaptarnos a la "oferta" que el Estado pone a nuestra disposición?

Uno de los cambios que los gestores machaconamente nos reiteran es la mutación que debemos realizar para dejar de ser ciudadanos/as dotados/as de derechos y pasar a ser clientes. Nos podemos preguntar si es sólo un cambio de palabras o bien es una preparación para futuros cambios que paulatinamente nos despojen de derechos, que coincidan con una ausencia de obligaciones del Estado y que las mismas se pretendan regular con lo que llaman "mercado", objetivo tan querido por la OMC (Organización Mundial de Comercio).

3. LOS PROFESIONALES

La evolución del contexto político en el que ejercemos nuestras profesiones ha dejado de ser un modelo liberal para ser un modelo socializado. Así mismo, la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de Abril) hace al ciudadano poseedor de unos derechos que se traducen en el cambio de un modelo profundamente paternalista, en el que decidía casi exclusivamente el médico, a un modelo basado en la autonomía de los ciudadanos. El y la paciente son poseedores de unos derechos a la informa-

ción: "A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, oral y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico, y alternativas de tratamiento" (apartado 5, artículo 10). Además, debe consentir a que se le practiquen las pruebas o los tratamientos.

Este cambio en nuestras formas de trabajar y en nuestras actitudes hacia los ciudadanos y enfermos... ¿cómo lo realizamos? ¿Es posible legislar las actitudes? ¿Qué significa, si no, el que debemos tener en cuenta que quien se nos sienta enfrente tiene unas necesidades de comprender qué le pasa y tiene unos derechos a decidir y comunicar...? ¿Es tan fácil? Además, en el contexto en el que trabajamos -en el que somos los principales responsables del gasto sanitario dado que nuestras prescripciones tienen un coste (farmacia, pruebas diagnósticas,...)-, ¿tenemos los conocimientos para aplicar criterios de coste-eficacia individual y social?

De los nuevos roles que debe asumir el personal de enfermería, ¿están los médicos preparados para colaborar con la enfermera que ya ha dejado de ser exclusivamente ayudante?, ¿está la enfermera preparada para realizar las actividades de cuidado que se le suponen?, ¿entendemos la salud como un hecho individual o comunitario?

Podríamos hacernos estas y muchas preguntas más. No hay duda de que las posibilidades de mejorar nuestra profesión pasan por un cambio en el curriculum universitario, empezando por el estudio de las técnicas de comunicación, pasando por la economía y sin olvidar otra serie de materias que, en definitiva, persiguen el dar vida a los años y años a la vida.

4. POLITICA SANITARIA

Quizás sería preciso realizar un repaso de lo que implican las diferentes referencias al derecho a la protección de la salud. Podríamos analizarlo tanto como derecho humano fundamental recogido en la Declaración de los Derechos Humanos, en la Constitución española, así como en diferentes declaraciones que a nivel institucional se han realizado en el Parlamento Vasco (que recordemos, la última fue *Osasuna Zainduz*).

Daré por hecho que todavía a nivel programático mantenemos un sistema universal, equitativo, eficaz y de calidad.

que se mantiene principalmente con los diversos impuestos que, por formar parte de la comunidad, debemos abonar. También daré por hecho que al Estado le concedemos, entre otras, las funciones de distribución de recursos y que persigue principios como la solidaridad y la justicia; y que, en función a estos principios, debe cubrir las necesidades educativas y sanitarias, así como la cobertura de los estados de necesidad de sus ciudadanos.

Si tal es el punto de partida, debemos pensar que el Estado persigue el Bienestar Social de todos sus ciudadanos, y que los políticos que son elegidos democráticamente deben perseguir este principio. Pero, desgraciadamente, observamos que, sin ningún rubor, a esto le llaman "cargas sociales". Ha entrado en sus reglas de juego lo que llaman libre mercado (que en un análisis pormenorizado de la realidad veríamos que no es tan libre), y pretenden que un bien tan preciado como la salud entre dentro de las reglas del mercado, como si fuera un bien más de consumo.

Pero los gobiernos han generado órganos supraestatales en los que delegan parte de sus atribuciones. Dentro de éstos podríamos destacar órganos como la ONU, OMS, FAO y UNESCO, pero también el Fondo Monetario Internacional (FMI), y la Organización Mundial de Comercio (OMC) que, persiguiendo intereses estrictamente económicos, ponen en tela de juicio los principios de solidaridad que otras instancias paralelas proclaman. Asimismo, plantean escenarios que, sin ninguna duda, se impondrán y en los que el ser humano pasa de ser "ciudadano" a ser "consumidor" y que, seguramente, acabará en la mutación final de ser "consumidos". Un ejemplo fácil de entender sería la sanidad alimentaria donde, con el objetivo de obtener más beneficios, hemos visto proliferar las vacas locas, los pollos tóxicos, los alimentos transgénicos... Respecto a la salud medioambiental, qué decir...

Volviendo al libre mercado, no es posible que la competencia que generan sistemas basados en la oferta y la demanda, puedan regular el derecho, la equidad, la solidaridad, aunque sí sean eficaces a la hora de dismantelar el sistema sanitario público.

5. CONCLUSIONES

"La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurran exclusiva-

mente en el espacio privado de nuestra vida personal. La calidad de vida, el cuidado y promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, los problemas de salud y la muerte misma, acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia personal. La salud, su cultivo, su deterioro o su pérdida irreparable están inexorablemente ligados a los modos de vida social, a los riesgos y retos ambientales, a los alimentos que consumimos, a la vida productiva, a la distribución desigual de los recursos socioeconómicos y, en definitiva, al espacio público en el que viven los individuos, las organizaciones y las comunidades. Son tributarios también, con todas las consecuencias, del sistema político responsable de definir las prioridades de un país y de decretar el valor que la salud y las condiciones que favorecen una cultura de la salud han de tener en las acciones de gobierno"². Estas opiniones vertidas antes de la Ley General de Sanidad y de la nueva forma de organización del Sistema Nacional de Salud están plenamente vigentes hoy en día.

Para llevarlas adelante es preciso volver a las raíces del sistema democrático y a uno de los principios básicos que incluye el concepto de atención primaria de salud definido en la *Declaración de Alma-Ata* (1978): "La implicación activa del individuo y de la sociedad en las decisiones que afectan a la salud, tanto participando en la toma de decisiones, como asumiendo una mayor responsabilidad personal en relación con la salud"³. Para ello, será preciso volver a retomar las estrategias de Educación para la Salud que tan olvidadas tenemos últimamente.

No olvidemos que "la protección del derecho a la salud de los ciudadanos es una prioridad de la acción pública, a cuya consecución debe orientarse la actuación eficiente y coordinada de todos los poderes públicos" (Resolución del Parlamento Vasco, aprobada en Pleno el 23 de Junio de 1993, que debatió el contenido de *Osasuna Zainduz/Estrategias de cambio para la Sanidad Vasca*').

IMANOL APALATEGI

² *Salud comunitaria*. Miguel Costa y Ernesto López. Editorial Martínez Roca. Barcelona. 1986

³ *Diario Médico* 25 de febrero de 1998 pag. 27: "Organización y Gestión de los Servicios de Atención Primaria", José Manuel Freiré.

⁴ *Boletín Oficial del Parlamento Vasco* n°93 de 2 de Julio de 1993.

ANEXO: MORTALIDAD Y DESIGUALDADES SOCIALES

Un estudio publicado en el mes de julio en la revista *Journal of Epidemiology and Community Health* cuantifica el número de muertes que acontecen en España a causa de las desigualdades sociales. La conclusión es la siguiente: si todo el Estado español tuviera el índice de mortalidad que registra el 20% de las zonas más ricas, cada año se producirían 35.000 muertes menos, el 10% de todas las muertes que se producen cada año en España.

Según el autor del estudio, el epidemiólogo Joan Benach, del Departamento de Ciencias Experimentales y Salud de la Universidad Pompeu Fabra, ya se sabía que el mayor número de muertes evitables se da entre los más pobres, pero lo relevante es que se produce un gradiente en toda la escala social, de forma que el número de muertes evitables disminuye conforme el grupo analizado tiene mejor posición.

Para calcular el exceso de mortalidad, Benach ha dividido España en 2.200 áreas geográficas y las ha clasificado según cuatro parámetros sociales: paro, analfabetismo, hacinamiento en la vivienda y clase social. A continuación, ha tomado como referencia la mortalidad del 20% de las zonas situadas en la mejor posición y la ha comparado con la mortalidad del resto, dividido también en grupos del 20% agrupados de mayor a menor posición social. El resultado indica que si el índice de mortalidad del 20% más rico se diera en el 80% restante, cada año se producirían 35.090 muertes menos.

De todas ellas, más de 25.000 corresponden a personas mayores de 65 años, que es el colectivo donde se concentran algunas de las bolsas de pobreza más agudas. Por área geográfica, se observa una clara tendencia al aumento de la mortalidad conforme se avanza hacia el Sur y el Oeste de la Península, lo que coincide

con los datos de pobreza y desigualdad, ya que Andalucía, con el 18% de la población, tiene un tercio de los desempleados y de los analfabetos de todo el país. En Asturias, por poner otro ejemplo, hay algunas bolsas de exceso de mortalidad entre los más jóvenes que coinciden con las áreas mineras más deprimidas.

Otros estudios, como el realizado por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), en 1998, señalan que el promedio de esperanza de vida al nacer es en España de 74,6 años en los hombres y de 80,7 en las mujeres. Pero también aquí se observan desigualdades que alcanzan hasta los seis años de vida y que siguen el mismo patrón de distribución geográfica que la mortalidad. En los hombres, por ejemplo, la menor esperanza de vida al nacer, menos de 72 años, se observa en la zona occidental de Andalucía, Extremadura y algunas zonas de Asturias y de Galicia.

Aparte de las carencias en el medio laboral o ambiental, las privaciones nutricionales y las carencias en los cuidados personales que puede comportar la falta de recursos económicos suficientes, hay otros factores muy relacionados con los niveles de instrucción y de cultura. Por ejemplo, entre los pobres hay más casos de cáncer de pulmón debido a que el tabaquismo aumenta entre los hombres conforme se desciende en la escala social. Lo mismo ocurre con el consumo de alcohol o con el sobrepeso en el caso de las mujeres, lo cual parece indicar que los pobres se benefician menos de las campañas de prevención. Y aunque se observa que el sistema sanitario público es un importante factor de redistribución, se detectan también diferencias en el acceso a los servicios sanitarios, ya que las personas de las clases sociales y áreas geográficas más deprimidas utilizan menos los recursos de salud preventiva y sufren mayores demoras en el acceso al diagnóstico.

ZERBITZUA

N