

MODELS D'ORGANITZACIÓ SANITÀRIA

JOSEP ARTIGAS I CANDELA

És molt difícil d'establir models purs que ens assenyalin el sistema sanitari vigent a qualsevol país. Malgrat tot, podem establir perspectives diferents d'anàlisis dels models sanitaris.

En una primera perspectiva tindrem en compte l'abast que el sistema pretén de tenir en el camp de la salut. D'acord amb això podem distingir quatre estadis evolutius o més ben dit, nivells de complexitat d'aquests sistemes sanitaris:

1r. En la primera etapa de desenvolupament el sistema sanitari s'encarrega només dels malalts que espontàniament van al metge, a un hospital o a un centre sanitari. Només es fa càrrec de la demanda de serveis, sigui o no satisfeta aquesta.

Gràficament podríem expressar-ho comparant tota la morbiditat a un iceberg. El sistema, en el seu primer nivell de desenvolupament, es fa càrrec només d'assistir la part visible de l'iceberg de la morbiditat.

2n. Una etapa més complexa d'evolució fa que el sistema sanitari es faci càrrec també de la part de la població que va al sistema, és a dir, que espontàniament no utilitza el sistema sanitari ni recorre al metge. Això vol dir que en aquest segon cas el sistema sanitari es fa càrrec també de la part submergida de l'iceberg de la malaltia. En poques paraules, té en compte les necessitats, siguin o no aquestes cobertes pel sistema sanitari.

3r. En aquest estadi evolutiu, que comprèn les societats més industrialitzades, el sistema sanitari comprèn també l'aspecte social del fenomen de la malaltia, tant a nivell individual com de la comunitat. En aquest cas els sistemes sanitaris es fan càrrec dels aspectes biològics i somàtics de la malaltia i a més a més d'altres com és ara l'alcoholisme, la toxicomania, la delinqüència juvenil..., casos que impliquen situacions d'incapacitat o falta d'integració social.

4t. L'estadi més evolucionat del sistema sanitari amplia els objectius fins a assolir la màxima satisfacció del poble amb el sistema sanitari. Això suposa un desig de participació popular en la presa de decisions dins el sistema. Per això en aquest quart grau es refusa de deixar la

total responsabilitat, fins i tot en el camp polític, a la professió mèdica o als tècnics exclusivament. Aquesta situació ha generat tensions darrerament al Regne Unit i als EE. UU.

Amb una altra perspectiva podríem separar els models de sistemes sanitaris tenint en compte el sistema econòmic o social vigent al país. Així podríem distingir:

1r. Sistemes sanitaris existents en països amb una economia de mercat o diguem-ne millor capitalista.

2n. Sistemes sanitaris existents als països amb una economia socialitzada o socialista.

3r. Sistemes sanitaris en països amb una economia mixta que participa d'elements dels dos sistemes abans descrits.

D'acord amb això podríem parlar, com a model del primer grup, del sistema sanitari existent als EE. UU., i del segon, del vigent a l'URSS. Podríem separar bastant bé els sistemes dels països de l'Est d'Europa dels de l'Europa Occidental. Ara bé, aquest criteri sol, abstractament considerat, no ens servirà gaire per a establir models ben definits.

Per això, i abans de fer una classificació o una agrupació dels països en funció del model sanitari adoptat, valdrà la pena de definir les funcions dels models sanitaris segons el moment de llur intervenció. Així distingirem:

1r. Prevenció primària: la intervenció del sistema sanitari es fa abans que aparegui qualsevol condició de malaltia. En aquest cas s'impedeix l'aparició d'una malaltia remoyent les causes que poden provocar-la directament. Pensem en les vacunacions, que constitueixen la prevenció primària típica. Pensem en una campanya de lluita contra el tabac, si sabem que hi ha una correlació entre el fumar i el càncer de pulmó. Pensem en el control de la pol·lució ambiental, atmosfèrica, en la contaminació de l'aigua i la seva incidència sobre malalties respiratòries, cardiovasculars, càncers, etcètera.

2n. Prevenció secundària: suposa la intervenció del sistema sanitari abans de que un símptoma s'hagi desenvolupat i aturant la seva evolució posterior. El cas típic ho constitueixen les campanyes de prevenció de càncer, com el de pit o de coll d'uterus.

3r. Prevenció terciària: suposa la intervenció del sistema sanitari una vegada la malaltia i la simptomatologia s'han desenvolupat totalment. Pensem en la majoria de models de sistemes sanitaris que inverteixen la major part dels recursos en mitjans terapèutics, assistencials i de rehabilitació.

La major part dels sistemes sanitaris han començat construint llits

i invertint un 50 o 60 % dels recursos només en hospitals i productes farmacèutics. Pensem en la ineficiència de la nostra Seguretat Social, quan del total de recursos que destina a l'assistència sanitària més del 50 % són per a pagar productes farmacèutics que en certs casos ni curen, ni s'aprofiten, i de vegades (a través de l'automedicació o de l'abús) produeixen fins i tot noves malalties.

La major part dels sistemes de salut europeus van començar fent llits, i quasi tota la planificació sanitària d'un país era més aviat planificació de la construcció dels hospitals i res més. Els països s'han adonat que més llits no suposa necessàriament més salut o menys malalties.

Per això avui es parla sempre de la planificació o organització sanitària i de regionalització sanitària en lloc d'hospitalària.

Tothom avui té consciència que s'han de fer serveis de salut a l'abast de tothom i com més a prop millor del malalt que ho necessita i de tota la població, sigui a la ciutat o al camp.

El sistema sanitari ha d'ésser molt a prop del malalt, que és l'usuari, i per això la majoria dels bons models de Sanitat segueixen sistemes regionalitzats o descentralitzats.

I ara unes dades sobre els sistemes sanitaris d'EE. UU., URSS, Regne Unit de la Gran Bretanya, etc.; ens sembla que aquests països poden representar els models més significatius entre els que hi ha al món.

ESTATS UNITS D'AMÈRICA DEL NORD

L'organització sanitària als EE. UU. es caracteritza per la seva falta d'homogeneïtat i la inexistència d'una autèntica política sanitària a nivell nacional; més aviat hi ha tantes polítiques sanitàries com estats (que són una cinquentena).

El govern dels EE. UU. és un sistema federal amb tres estructures bàsiques: la federal, l'estatal i la local. Cadascuna té poder separat i per tant polítiques diferents. No existeix en aquest país un sistema generalitzat d'assegurances socials.

A nivell federal els sistemes que financen l'assistència són els següents:

- *Medicare*: sistema d'assistència gratuïta per a les persones de més de 65 anys.
- *Medicaid*: sistema que protegeix les persones allà considerades pobres.
- Organització de veterans, que comprèn una xarxa assistencial i d'assegurances per a veterans de les guerres.
- Sistemes de protecció per als indis que viuen a les reserves.

La resta de la població, de 181,5 milions de persones, és coberta per assegurances privades que comprenen dos sistemes principals:

- La *Bluecross*: que cobreix les estades als hospitals sense honoraris mèdics.
- La *Blueshield*: que cobreix l'import dels honoraris de metges.

Això sí, el Departament d'Educació i Benestar és el departament federal més important en el camp de la salut, però té poc poder en el camp de l'assistència. L'Estat federal, a través de la llei Hillburton, concedeix crèdits per a la construcció d'hospitals si segueixen les condicions mínimes que assenyala l'Estat federal.

Com s'aconsegueix una certa uniformitat a través de l'Estat federal? No més amb la intervenció de dues associacions privades però d'una gran importància: una d'elles és l'A. M. A. (*American Medical Association*), que vigila tot allò que fa referència al nombre i a la qualitat de la formació mèdica, tot defensant gelosament els privilegis de la professió mèdica; l'altra entitat és l'A. H. A. (*American Hospitals Association*), que uneix la major part dels hospitals dels EE. UU. Aquesta associació ha establert uns criteris d'acreditació que han de complir els hospitals associats.

Ara bé, tot aquest control té un caire privat i voluntari; això fa que, si d'una banda hi ha hospitals amb uns recursos i mitjans dels més perfectes del món, d'una altra banda hi ha molts hospitals públics de qualitat molt baixa.

Acabem amb algunes dades estadístiques:

- Població any 1971: 207 milions.
- Població negra: 11,2 %.
- Població d'origen llatí o hispànic: 4,7 %.
- Nombre de metges: 310.000.
- Nombre de llits: 1,6 milions.
- Nombre de personal en el camp sanitari: 4 milions.
- Escoles de Medicina: 113.

U. R. S. S.

L'U. R. S. S. és formada per 15 repúbliques, dins les quals hi ha, a més, unes altres 20 repúbliques autònomes. La població l'any 1970 era de 241 milions de persones.

L'U. R. S. S. té un sistema integrat i complet per als serveis sanitaris que pertanyen a l'Estat; els serveis es financen del presupost estatal. Hi ha 698.000 metges i 2,1 milions de personal paramèdic; en total treballen en el camp sanitari 5,2 milions de persones.

El sistema de salut de l'U. R. S. S. insisteix en els serveis de prevenció i en l'educació sanitària de la població. La medicina del treball té un gran desenvolupament i s'han creat molts centres especials i fins i tot hospitals per a empreses molt grans.

La xarxa hospitalària (2.725.000 llits) té una estructura piramidal que va des de l'hospital més complex fins a l'hospital més petit o al centre de barri o de fàbrica.

Tota aquesta xarxa té una organització regional. Això vol dir que tots els hospitals estan integrats en una xarxa que va des de la més petita *utxastok* al camp i dels de *raion* fins als grans hospitals dels *oblasts* que tenen tota mena d'especialitats.

Els hospitals de *raion* solen estar situats en ciutats petites o barris d'una gran ciutat; els hospitals d'*oblast* només són a les grans ciutats.

L'estructura de l'organització soviètica d'hospitals és bastant senzilla: es tracta d'un sistema molt centralitzat que compren serveis preventius i curatius. El govern central fixa unes normes, però de llur aplicació s'encarregen les autoritats de cada república.

Dins aquesta xarxa, l'hospital general té una tasca molt important, puix que, a més d'admetre i tenir serveis per a malalts hospitalitzats, té serveis d'ambulatori (policlínica) i d'assistència al domicili dels malalts. A més, i paral·lelament a la xarxa d'hospitals, hi ha un servei d'informació sanitària i vigilància epidemiològica. A càrrec de l'hospital hi ha els centres sanitaris a zones rurals portats pel *feldxer* i les llevadores.

Com és natural tots els centres funcionen amb recursos econòmics d'origen públic, bé de l'Estat Central o bé de les Repúbliques, que tenen cada vegada més autonomia en aquest camp.

L'U. R. S. S. ha creat un sistema sanitari d'un nivell mínim indispensable a l'abast de tota la població.

Hi ha un Ministeri de Salut que fixa la política sanitària, determina les inversions d'acord amb els plans elaborats a nivell de república autònoma i de les altres divisions administratives. Té un sistema sanitari fortament burocratitzat i sense grans personalitats. D'altra banda no existeixen les discriminacions tan «frapants» que hi poden haver als EE. UU. Podríem dir que és la seva antítesi.

GRAN BRETANYA

Donem les dades estadístiques següents:

- Població 1971: 55,4 milions d'habitants.
- Hospitals públics: 2.808, amb 524.000 llits (9,8 llits/‰).
- Hospitals privats: 1,1 % del total d'hospitals.
- Metges generals: 24.000 (no treballen en hospitals).
- Infermeres en hospitals: 314.000.

L'aspecte més original de la Sanitat anglesa és la creació l'any 1945 del Servei Nacional de Salut (National Health Service).

L'anglès, molt pragmàtic, va adonar-se dels avantatges que tenia la coordinació dels hospitals i de tota activitat sanitària durant la guerra. Es va comprovar una millora del nivell dels serveis de salut. Per això, quan els laboristes guanyaren les eleccions i Atlee fou primer ministre, crearen el Servei Nacional de Sanitat, que d'una banda agafa tots els hospitals com a propietat de l'Estat, però manté la sanitat local i l'estructura dels metges de família (*General Practitioner*) separades. A. Bevan, de l'esquerra laborista, aconsegueix l'acord de tots els metges anglesos i permet transitòriament l'estada d'una part de pacients privats als hospitals públics. Vint-i-cinc anys després, l'intent de la ministre Barbara Castle de posar fi als serveis privats als hospitals, li costa el càrrec. Però ara, a Gran Bretanya, tots aquests serveis s'estan tancant.

El Regne Unit organitza el seu Servei Nacional de Salut d'una manera regional i descentralitzada. Hi ha un sistema de gestió general dels hospitals i un altre de diferent per als hospitals universitaris.

Vint-i-cinc anys més tard (això és el més sorprenent) tota aquesta carcassa i gran estructura que és el Servei Nacional de Salut és sotmès a un procés de reestructuració i unificació totalment reeixit.

Ara les tres organitzacions separades (Hospitals, General Practitioner i Sanitat Local) queden unificats sota el N.H.S., que esdevé un autèntic Servei Nacional de Salut per a tot el país.

Actualment tot el Regne Unit, sanitàriament parlant, queda dividit en 14 regions i 200 àrees. Les àrees queden dividides en districtes, que són les unitats més elementals dins tot l'esquema sanitari del N.H.S. anglès. La funcionalitat i l'execució dins cada districte correspon a un Comitè de Gestió del Districte (*District Management Team*). Aquest Comitè és constituït per sis persones: un administrador o director d'Hospital, un economista, una infermera en cap (*Matron*) i tres metges: un director de Servei Hospitalari (*Consultant*), un metge general (*General Practitioner*) i un epidemiòleg. Tots sis d'acord dirigeixen la Sanitat del Districte.

Però l'equilibri és complet amb un Consell Sanitari de la Comunitat, associació voluntària dels usuaris o futurs usuaris dels Serveis. Aquest grup es dedica a la crítica de l'actuació sanitària del Districte. Totes les seves crítiques són publicades i l'autoritat de l'àrea té l'obligació de donar resposta a totes les qüestions. Sembla que aquest sistema d'equilibri i control ara per ara dona bons resultats.

Convé, per acabar, de fer destacar una modificació important. Quan l'any 1945 es creà el N.H.S., el pressupost es distribuïa dins cada regió en funció del nombre de llits d'hospitals existents. Es va considerar l'únic criteri vàlid en aquell moment. Però aquest sistema era més aviat assistencial que no pas autènticament sanitari. Aquest sis-

tema produïa greus diferències entre regions i fomentava la creació de nous hospitals per raons pressupostàries (com més llits, més pressupost).

Per això la reforma del 1974 ha convertit les regions hospitalàries en regions sanitàries i el pressupost es distribueix en funció de la població, que és l'autèntic factor que determina la necessitat de serveis de Salut. Aquesta nova perspectiva ha produït en certs llocs el tancament d'hospitals o la disminució del nombre de llits.

El Servei Nacional de Salut Anglès és avui en dia, malgrat les deficiències que té, el sistema més econòmic de tots els dels països occidentals, tot i que produeix una medicina d'alta qualitat i uns serveis bons a l'abast de tothom. Això sí, els metges anglesos són els que tenen el nivell d'ingressos més baix de tots els països del Mercat Comú d'Europa.

REPÚBLICA POPULAR XINESA

Aquest immens país té més de 800 milions d'habitans. Després de la implantació del règim popular a Xina es pot dir que la primera preocupació del govern va ésser de donar de menjar a aquest poble. Per això no tenia el país grans possibilitats d'inversions massives per a fer hospitals.

Van partir del criteri d'utilitzar tots els recursos disponibles per a la Salut tal com Mahler, director general de l'O. M. S., havia proposat.

Així es van seguir aquests criteris:

- Insistència en l'educació sanitària de la població.
- Començar des del nivell més concret i petit de la població (barri, comuna...)
- Aprofitar tota persona formada en salut.
- Integrar o coordinar la Medicina tradicional xinesa amb la Medicina occidental.
- Formar uns equips de personal de base anomenats «metges de peus nus».
- Planning familiar per tal d'aconseguir que cap home no es casi abans dels 28 anys i les dones abans dels 24. Així a ciutats com Pequín o Xanghai la natalitat ha baixat fins al 4 ‰.

Dins aquesta mateixa òptica, a Xina s'han aprofitat els 1.600.000 llits d'hospitals com a base d'una campanya o lluita sanitària fonamentada en els criteris següents:

- Educació sanitària.
- Prevenció.
- Descentralització.
- Participació de la població.

Aquest darrer aspecte s'ha fet amb grans mobilitzacions de les poblacions, tot desmitificant el paper del metge i la medicina amb la creació dels metges «peus nus». Aquests suposen un contingent d'1.500.000 persones per tot el país. Són la base educativa i preventiva de tota la gran lluita contra la malaltia en benefici de la salut.

La higiene es considera com un moviment patriòtic. Malalties com l'esquistosomiasi han estat pràcticament acabades.

Alhora es pot destacar la convivència de la Medicina tradicional xinesa amb la Medicina occidental. Així hi ha 20 instituts o facultats que preparen en Medicina Tradicional i 50 facultats amb un ensenyament de tipus occidental.

Un gran problema és el del creixement de la població. En 20 anys han aconseguit de disminuir la mortalitat a la meitat, i el creixement de la població s'ha arribat gairebé a reduir a la meitat també, gràcies a les campanyes de mentalització.

Tots els mitjans de limitació de naixements són admesos, i l'avortament és lliure, igual que l'esterilització. De fet s'ha aconseguit, com ja hem dit, de fer els casaments tard.

Només podem comprendre la millora sanitària del poble xinès amb les esmentades campanyes de mentalització de tot el país, i així han aplicat els criteris de:

- La malaltia afecta l'individu i la societat.
 - Tots han de participar en el manteniment d'aquest patrimoni que és la salut.
 - Lluita contra l'immobilisme.
 - Refús de considerar el malalt com a objecte clínic.
 - El principi que el metge és abans de res al servei del poble.
 - El caràcter totalment obert dels hospitals a llur comunitat.
- En resum basen l'assistència sanitària en els criteris polítics següents:
- Desmitificació.
 - Descentralització.
 - Continuïtat amb el passat.
 - Promoció de les responsabilitats individuals.

CUBA

Aquest petit país pot ésser un exemple d'una bona organització sanitària amb la preocupació bàsica de posar un servei acurat a l'abast de tota la població, que participa en tot el procés d'un manera interdisciplinària.

A l'arribada de Castro al poder, la major part dels metges van marxar i la preocupació va ésser de formar un bon metge amb sentit bàsic d'integració i servei a la comunitat.

Hi ha un Ministeri de la Salut que centralitza tota la política sanitària del país, però tot el sistema és organitzat sobre una base regional.

El país està dividit en províncies, cada província en regions i les regions en àrees sanitàries.

A la província hi ha els hospitals d'ensenyament o clínics; a sota hi ha els hospitals regionals, i finalment les policlíniques. Els tres nivells tenen els Serveis bàsics de Medicina, Cirurgia, Ginecologia i Pediatria. El Policlínic està relacionat amb els hospitals rurals i els centres de salut materno-infantil.

Amb tot això s'ha aconseguit una disminució dràstica a tot el país del nombre de malalties infeccioses típiques a Amèrica Central i del Sud.

Els metges es formen a les escoles de Medicina durant 5 anys. Després es fa 1 any d'internat i tot seguit 2 anys de Medicina als serveis rurals. La residència per a fer qualsevol especialitat dura de 3 a 4 anys.

Els estudis dels 5 anys de la carrera que abans es feien per departaments ara es fan per sistemes (sistema circulatori, nerviós, etc.).

Mereix d'ésser destacat que els laboratoris d'Higiene i Microbiologia i els Bancs de sang estan organitzats a nivell de província o regió.

Acabem dient que els serveis preventius o curatius i els productes farmacèutics són pràcticament gratuïts per a tothom.

És, de tota l'Amèrica Llatina, el país amb una sanitat més ben organitzada i a l'abast de tota la població.

Dades estadístiques:

- Superfície: 110.924 Km.²
- Població: 7.631.000 hab.
- Densitat: 69,36 hab/Km.²
- Mortalitat infantil: 27,4 ‰ (1973).
- Mortalitat: 7,6 ‰

BIBLIOGRAFIA

- Vegeu, per tal de completar la informació, els documents següents:
- NAVARRO, VICENTE: «Health Planning in National Development: An appraisal of the Stats of the Art. Policopiat. Euro 4104/21, 14 juny 1972.
- O. M. S. Oficina d'Europa. Copenhague, 1972. En aquest document es fa un plantejament tècnic molt correcte i complet del problema d'organització de la Sanitat i del procés de la planificació sanitària. Navarro va preparar aquest document per a un seminari celebrat a Estocolm el juny de 1972. Ens sembla una elaboració molt acurada i pensada. És un dels plantejaments més ben fets que coneixem.
- O. M. S. Bureau Regional de l'Europe. «Les services de Santé en Europe». Copenhague, 1974. Aquesta publicació és un repertori complet de l'organització dels serveis de Salut a tots els països pertanyents a l'Oficina Europea de l'Organització Mundial de la Salut. El document té dues parts: A la primera hi ha una mena de dossier sanitari de tot Europa. La segona descriu país per país seguint un mateix esquema de matèries.
- HILLEBOE, BARKHUUS, THOMAS: «Métodos de Planificación Sanitaria Nacional». Cuadernos de Salud Pública, O. M. S., núm. 46, Ginebra, 1973. Aquí s'estudien sistemes d'organització sanitària que es consideren significatius en tot allò que fa referència a la plani-

ficació sanitària. Com a exemples s'estudien els de l'Índia, U. R. S. S., Suècia, U. S. A. i altres països.

BRIDGMAN, ROEMER: «La legislación y la administración hospitalaria», Cuadernos de Salud Pública, O. M. S., núm. 50, Ginebra, 1974. Llibre també molt útil per a conèixer sistemes sanitaris comparats. Analitza sobretot les lleis sanitàries a cada país i l'administració dels serveis de salut. És un text clar i senzill.

THE LANCET: «Health Services Prospects. An International Survey», Londres, 1973. Publicat per tal de commemorar el 150è aniversari de la prestigiosa revista «Lancet», recull opinions sobre els països més importants del món, en molts casos amb un bon sentit crític. Són molt bons els capítols referents a Anglaterra i U. S. A.

Sobre Xina i Cuba es pot trobar informació molt completa a la revista «International Journal of Health Services» dels anys 1972 i 1973 i posteriors. Vegeu en particular els articles següents:

SIDEL: «Some observations on the Health Services in the People's Republic of China», I. J. H. S., vol. 2, núm. 3, pàgs. 385-395.

NAVARRO: «Health, Health Services and Health planning in Cuba», I. J. H. S., vol. 2, pàgs. 397-431.

LIWANG: «Training of the barefoot doctor in the People's Republic of China», I. J. H. S., vol. 5, núm. 3, pàgs. 475-488.

Freixanet - Libros

LIBREROS, DISTRIBUIDORES E IMPORTADORES DE OBRAS DE MEDICINA

- Cuentas corrientes de librería
- Suscripciones a Revistas Médicas nacionales y extranjeras
- Servicio de encuadernación
Revistas - Apuntes - Libros