

Problemas de fondo de la Sanidad Pública

Los sistemas sanitarios públicos en casi todo el mundo, y por supuesto en nuestro país, sufren hace tiempo un proceso de recortes, deterioro, desmantelamiento y privatización que, con fórmulas e intensidades diversas en cada país, y en España (como sucede también en los países con servicios sanitarios descentralizados) en cada comunidad autónoma, avanzan en la dirección del cuestionamiento de

la Sanidad como un servicio público de calidad para toda la población. No obstante conviene buscar lo que hay detrás de lo que es evidente y analizar los problemas que subyacen tras las políticas que se aplican a los sistemas sanitarios, porque si no abordamos estas “corrientes subterráneas” será difícil conseguir cambios sustanciales en los sistemas sanitarios.

Marciano Sánchez Bayle

Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Las principales cuestiones a tener en cuenta a la hora de entender este sustrato o subsuelo de los sistemas sanitarios son:

1 La contradicción entre el derecho a la protección de la salud y el mercado

Los sistemas sanitarios públicos se basan en una concepción que choca frontalmente con los mecanismos de mercado. Podría decirse que los sistemas universales de salud se basan en que las personas reciben la atención sanitaria según sus necesidades y aportan por la vía de los impuestos según sus posibilidades. Otra manera de plantearlo es que son un esfuerzo solidario de las personas más sanas y con más recursos económicos con aquellas que están más enfermas y son más pobres. En cambio el mercado propende a dar todo el protagonismo a la demanda económicamente solvente, es decir a quienes tienen más medios económicos independientemente de sus necesidades de salud.

Esta contradicción está presente cada vez que se quieren introducir mecanismos de mercado dentro del funcionamiento del sistema sanitario, aunque sean débiles y con las mejores intenciones, porque todos ellos acaban primando los criterios económicos sobre el derecho de las personas a la atención de su salud.

2 La salud como resultado multifactorial en un entorno socioeconómico

Aunque la población, los medios, muchos profesionales sanitarios y la mayoría de los médicos piensen lo contrario, la capacidad de los sistemas sanitarios para garantizar la salud es limitada, porque la salud es el resultado de una situación histórica concreta, de la genética, de los hábitos (no siempre elegidos y muchas veces impuestos por las circunstancias) y del medio socioeconómico y medioambiental en que se desarrollan las personas; lo que se han denominado los determinantes de salud. Además, la concepción de salud y enfermedad evoluciona en cada periodo histórico y no se entiende de igual manera en todas las sociedades. Por otro lado,

estas limitaciones de los sistemas sanitarios para “producir” salud han sido utilizadas en el argumentario para favorecer políticas de recortes y desmantelamiento de los sistemas sanitarios.

Además, en el proceso de mercantilización de los sistemas sanitarios alcanza un gran protagonismo el modelo organicista y biomédico de la salud, que a la postre todo lo reduce a más pruebas diagnósticas, más intervenciones y más utilización de los servicios sanitarios (que es lo más fácil de comprar, vender y facturar), independientemente de la utilidad de estas actuaciones para mejorar la salud, moviéndose en un círculo vicioso donde la demanda tiende hacia el infinito sin ningún sentido práctico sobre la salud de las personas.

3 El autogobierno de las personas sobre su salud; el paciente como “coproductor” de salud

La salud no solo es un estado objetivo sino también una vivencia, una manera de adaptarse al medio, frecuentemente adverso que es la vida, por eso y por la influencia que tienen nuestras decisiones sobre nuestra salud y la de los

demás es fundamental la capacidad de las personas de tomar decisiones sobre su propia salud y no dejarlas delegadas en manos de los teóricos especialistas (los profesionales de la salud). Es lo que hizo a Tudort Hart definir a los pacientes como “coproductores de salud”. En este sentido se ha avanzado en dos líneas de desarrollo, por un lado el empoderamiento de los pacientes/enfermos/usuarios, en el que estos adoptan un papel cada vez más activo en la toma de decisiones, que en muchos casos se ha envuelto en medio de múltiples normativas y documentos, como los “consentimientos informados”, que con frecuencia suelen ser más bien textos legales con el único fin de exonerar de responsabilidad al sistema sanitario, y, por otra parte en los sistemas de participación comunitaria en la línea de lo propugnado en Alma Ata (1978).

Desgraciadamente la evolución ha sido negativa en los dos aspectos. Las decisiones individuales de los enfermos/pacientes/usuarios se han visto manipuladas por los poderes fácticos del sistema sanitario (los profesionales y sobre todo la industria tecnológica), y la participación comunitaria, que se contradice y enfrenta con el impulso que han recibido los mecanismos de mercado en el sector, ha prácticamente desaparecido en los países desarrollados y solo quedan algunos atisbos aislados en países en desarrollo, especialmente en Latinoamérica.

4 La evidencia científica, sus avances y sus condicionamientos

Una gran parte de la actividad del sistema sanitario está condicionada por los avances científicos en las ciencias de la salud, lo que indudablemente permite mejoras sustanciales en la salud y en la esperanza de vida de la población, asunto este en el que no merece la pena insistir. No obstante el conglomerado industrial de la tecnología sanitaria, que incluye los productos farmacéuticos, ejerce una gran presión sobre los profesionales para vender sus produc-

tos y propagar el uso de sus innovaciones (verdaderas o supuestas) con independencia de su eficacia clínica, con una repercusión muy negativa sobre el incremento de los costes y a veces con efectos negativos sobre la salud.

Para controlarlo surgió el movimiento denominado “medicina basada en la evidencia” que establecía criterios rigurosos para la evaluación de las actividades médicas y sanitarias (diagnósticas, tratamientos, etc). Pero la industria ha sabido adaptarse a estos métodos de evaluación mediante la utilización de numerosos “trucos” que con frecuencia falsean, en todo o en parte, los datos de las publicaciones y que condicionan su difusión. Es un tema de muy complejo control porque en el late la contradicción que ya se señaló inicialmente: la industria quiere y favorece la mayor utilización posible de sus productos independientemente de su utilidad, mientras que la capacidad de control y evaluación de los sistemas públicos es generalmente mucho más limitada.

5 Lo primero es no hacer daño (“*primum non nocere*”) o lo difícil que es controlar el poder médico

El juramento hipocrático recoge como uno de sus preceptos el de evitar dañar a los pacientes, lo que trasladado a nuestro tiempo supone el valorar siempre antes de cualquier actuación los daños y efectos secundarios que esta puede causar y hacer un cálculo del riesgo/beneficio a obtener.

Desgraciadamente la práctica clínica en los últimos años, se ha lanzado hacia un uso indiscriminado y frecuentemente no justificado de las pruebas diagnósticas y de tratamientos (se dice que el 30% de la utilización tecnológica no está justificada por la evidencia científica y que incluso en más del 10% de los casos su uso supone riesgos para la salud), en parte por la presión ya señalada de la industria tecnológica, pero también por el deseo de muchos profesionales de realizar “diag-

nósticos brillantes” y/o publicaciones que engorden su ego y su curriculum. Por otro lado conviene no olvidar el papel que juega la creciente litigiosidad en el sistema sanitario (mayor cuanto mayor es su grado de privatización).

6 La vida, la salud y sus límites

Parece que muchas personas y profesionales entienden la medicina como una lucha contra la muerte, sin asumir que esta última siempre gana la partida, y que la prolongación de la vida, que por supuesto es deseable, tiene que tener en cuenta la calidad de la vida que se prolonga y la percepción y los deseos de las personas implicadas al respecto.

Existe una propensión del sistema sanitario a medicalizar la vida de las personas, convirtiendo en enfermedades cuestiones que solo son momentos en la evolución de las personas (el caso más paradigmático es la menopausia), pero en la práctica puede extenderse casi hasta el infinito, se trata de las que se ha denominado “enfermedades inventadas”.

Por eso es muy importante evitar lo que se ha denominado “encarnizamiento terapéutico”, y garantizar mecanismos para permitir la “muerte digna” (cuidados paliativos) así como favorecer una legislación sobre la eutanasia.

7 Cómo compaginar los intereses generales con los particulares

Cuando se aborda un enfermo en concreto, dentro del marco de un sistema sanitario público, siempre se acaba planteando cómo compaginar los intereses particulares con los intereses generales. De una manera genérica todos los enfermos, especialmente los que tienen graves problemas de salud, suelen querer que se utilicen todos los medios diagnósticos y terapéuticos existentes en su caso, independientemente de que su eficacia esté o no contrastada y que la probabilidad de que les sean beneficio- ➔

sos sea muy baja. Ello plantea casi siempre problemas éticos a los profesionales y administradores del sistema y además el asunto se hace más complejo porque sobre el suelen incidir los intereses y la propaganda de la industria que fabrica estas tecnologías y los intereses de los propios profesionales que intervienen en los procesos asistenciales.

Está claro que el sistema sanitario público tiene unos medios limitados que deben de utilizarse racionalmente con criterios de evidencia científica y de evaluación coste/beneficio, porque el exceso de utilización dirigido a un caso concreto imposibilita el uso en otras personas que hipotéticamente podrían beneficiarse más del sistema sanitario. Hay muchos estudios en la línea de aplicar criterios racionales, como la evaluación de los costes en relación con los años de vida recuperados por cada intervención o incluso de los años de vida de buena calidad (el NICE es un buen ejemplo de ello). Aunque es un tema que todavía tiene mucho recorrido, es importante el realizar una evaluación económica de las actuaciones médicas que tenga en cuenta los resultados en salud sobre la población a la hora de priorizar y planificar los servicios sanitarios.

8 Lo privado como "quinta columna" dentro de los servicios públicos

La relación entre la Sanidad Pública y la asistencia sanitaria privada es un tema clave para el buen funcionamiento de los servicios públicos de salud, porque con frecuencia estos últimos son utilizados como modelos de apoyo y/o rescate para la asistencia privada que se especializa en aquellos aspectos más rentables de la asistencia sanitaria. En este sentido un grave problema es la existencia de numerosos profesionales que trabajan en ambos sectores generando numerosos casos de colusión de intereses, competencia desleal y utilización de los recursos públicos con fines de lucro privado. Separar claramente sector público y sector privado, especialmente en cuanto a sus

La industria favorece la mayor utilización posible de sus productos independientemente de su utilidad

profesionales, es una premisa imprescindible para garantizar el buen funcionamiento del sistema sanitario público.

De todas maneras hay que ser conscientes de que el auge de los modelos de "colaboración público-privada" en la asistencia, docencia, investigación, etc, son una fuente de problemas y una permanente derivación de fondos públicos hacia el lucro privado.

9 El papel clave de la formación de los profesionales de la salud

La formación de los profesionales de la salud es una clave para el funcionamiento de los sistemas sanitarios. Desgraciadamente la formación, que ha mejorado mucho a nivel general, sigue teniendo problemas reseñables, por ejemplo la formación de medicina está muy centrada desde el punto de vista clínico y de la enfermedad, pero poco o nada desde el de la salud, la epidemiología, la atención primaria, o sobre las actividades de los otros profesionales que forman parte de los equipos de trabajo en el sector sanitario. Además, la prueba MIR focaliza mucho la formación, que se dirige fundamentalmente a obtener unos buenos resultados en la misma y poco a favorecer una concepción holística de la salud. Sería necesario un cambio en la formación buscando unos criterios más salubristas y una concepción de la salud menos biomédica y más abierta hacia el componente social que tiene el ejercicio de las profesiones sanitarias.

Otra cuestión importante es la necesidad de acabar con el papel hegemó-

nico que tienen las multinacionales de la tecnología en la formación continuada de los profesionales, garantizando una formación continuada de calidad y basada en la evidencia en el sistema público.

10 El corporativismo profesional

Por una serie de circunstancias históricas y de desarrollo de los sistemas sanitarios, existe en ellos un elevado componente de corporativismo entre los profesionales de la salud, tradicionalmente entre los médicos, pero que se ha ido propagando al resto de las profesiones sanitarias, reforzado por la cadena jerárquica, por la capacidad de tomar decisiones autónomas y de imponerlas al resto de los profesionales que trabajan en los centros sanitarios y por las organizaciones corporativistas como los colegios profesionales.

El corporativismo propende a imponer los intereses de los grupos profesionales concretos por encima de los de la población en general y de los otros sectores profesionales, lo que provoca disfunciones en el funcionamiento deseable del sistema sanitario. Como se trata de actitudes en muchos casos emocionales y a veces defensivas (acotar el terreno a otras profesiones para tener más empleo y más poder), no son fáciles de erradicar, pero pueden limitarse fomentando el trabajo en equipo, la solidaridad y la cooperación por encima de la competencia y la competitividad. ♦

Lo urgente nos hace olvidarnos de lo importante, que a veces pueden ser las causas últimas de los problemas que afrontamos con urgencia, de manera que sin solucionar lo importante volverán a aflorar los mismos problemas, por eso, aunque no nos quede más remedio que responder a lo urgente (los recortes y las privatizaciones en nuestro caso) es importante que sepamos abordar también los problemas de fondo para poder asegurar una Sanidad Pública de calidad para toda la población.