

Les retallades a la sanitat. La situació i les respostes.

Antoni J. Fuster

Coordinador Espai de Salut d'INICIATIVAVERDS

“Els grans especuladors internacionals i nacionals, més coneguts pel seu nom eufemístic com “els mercats”, després d’haver provocat un col·lapse a les economies occidentals a causa de la seva gran avarícia, cobdícia i supèrbia van obligar als governs dels estats a “rescatar-los”. Això va significar traspasar les seves pèrdues als Estats, mentre ells s’han continuat repartint beneficis en plena crisi mundial. Després d’haver provocat dues bombolles econòmiques -les “punto.com” del 2000 i la immobiliària actual -, ara cerquen nous camps on poder ficar cullerada per a obtenir grans beneficis i el seu objectiu són els serveis públics, la sanitat especialment”

No he trobat millor forma de començar el present article sobre les retallades sanitàries que citant textualment el paràgraf inicial de l’informe d’ATTAC *“Algunes respostes als intents de retallar i privatitzar el SNS <http://www.attac.es/category/sspp/sanidad-sspp>* Voldria, a més, subratllar la darrera frase on s’apunta el rerefons que s’escola en el discurs que se’ns presenta com una defensa per a la viabilitat dels recursos d’atenció sanitària pel que fa tant a les Illes Balears, l’Estat Espanyol i àmbit majoritàriament Occidental: la mercantilització de la salut i la subseqüent partida de beneficis per als monopolis privats i financers, tot afeblint l’estructura del sistema sanitari com les fonts de finançament a través de les corresponents partides a càrrec dels pressupostos generals de l’Estat i Comunitats Autònomes en el nostre cas.

Per a tal objectiu s’ha desplegat un immens aparell, no puc qualificar-ho d’altra manera, propagandístic i d’adoctrinament de l’opinió pública i fins i tot professional, a través dels mass-media: premsa, medis audiovisuals, etc. fent-se “ressò” d’articles, estudis, informes i entrevistes a professionals, economistes, polítics, gestors i administradors adscrits a models neoliberals. Informes com els d’“Abbot/Bernat Soria”, “Fundació Bamberg” o en l’àmbit de les Illes Balears: “Prognosi i Diagnosi del Sistema de Salut i Serveis Sanitaris de les Illes Balears” presentat al CES l’octubre de 2009 o el corresponent “IBSALUT 2020” de la present legislatura en són un exemple.

El biaix diagnòstic i les receptes per al guariment de la situació

Les tesi de partida que d’una o altra manera sostenen els esmentats documents es poden resumir en:

- 1.- Alta despesa i el seu increment gairebé incontrolat.
- 2.- Increment de la demanda sanitària per part de la població. Posant un sospitós èmfasi en la que procedeix de les noves poblacions immigrants .Envelliment de la població i subseqüent augment de les malalties cròniques.
- 3.- Responsabilitzant el conjunt de la població dels increments de despesa a través de la seva demanda.
- 4.- Impacte de la situació econòmica actual sobre la situació financera i recursos dels estats.

Una vegada establerta la diagnosi es proposen mesures estructurals, tècniques i assistencials fonamentalment orientades a:

- 1.- Desregulació els serveis sanitaris públics incentivant la presència del sector privat dins els SNS i dels corresponents a cada Comunitat Autònoma, (concessions administratives, PFI, etc)
- 2.- Retalls dels pressupostos públics adreçats a la Sanitat Pública amb la fi del deteriorament del prestigi, eficàcia i eficiència dels seus serveis cap a la població.
- 3.- Establiment de sistemes de desgravació fiscal per a l’ús de serveis privats.

4.- Implantació de sistemes de co-pagament assistencial, farmacèutic, hospitalari, etc.

5.- Increment de les càrregues de treball sobre els professionals, limitació de plantilles assistencials i limitació de les seves retribucions.

A les Balears ja són paleses les primeres passes cap l'aplicació de les mesures amunt esmentades. En el moment de la redacció d'aquest article el Govern acaba d'anunciar mesures tals com la facilitació a l'accés a la Sanitat privada mitjançant incentius fiscals per a les famílies nombroses i les persones majors de 65 anys a més de la derogació del decret de garanties de demora per a determinades intervencions quirúrgiques, que estableix un termini màxim de resposta en l'assistència sanitària especialitzada de 180 dies. Des d'avui els ciutadans i ciutadanes no podran reclamar al Govern l'atenció sanitària en un termini prudents A les quals s'han d'afegir l'anterior com la implantació d'una taxa per a l'adquisició de la Tarja Sanitària que en paraules de Fina Santiago, Diputada de la Coalició PSM-IniciativaVerds-ExM *“vulnera principis constitucionals recollits a la llei general de sanitat, com ara el principi d'igualtat d'accés a la sanitat pública, i que per tant pot ser inconstitucional”* n'és, per ara la més clara mostra.

Però també cal esmentar l'eliminació de la Gerència d'Atenció Primària, comportant una subordinació absoluta dels Centres de Salut al seu hospital de referència amb les conseqüències de traspass pressupostari cap l'hospital, increment de la medicalització del procés assistencial i despersonalització de l'assistència; la reducció a límits asfíxians de recursos personals en l'atenció a Urgències en els Hospitals, l'afectació del complement de la IT per al personal de l'IBSALUT així com de les nòmines, la desaparició de subvencions per a la pràctica totalitat d'associacions d'usuaris i malalts tot ofegant les prestacions complementàries i bàsiques en moltes ocasions a multitud de persones amb necessitats especials, així com la congelació de recursos i plantilles per a programes ja escassament dotats com els de Salut Mental.

I tot això partint d'una situació en la que Balears es troba en el darrer lloc del percentatge d'inversió sanitària en el conjunt de l'Estat Espanyol. Mesures que apunten clarament no a l'estalvi ans el contrari, més bé a la mercantilització de l'atenció sanitària tot per acabar amb el seu caràcter solidari i redistributiu per a convertir-la en un producte més de consum, en una mercaderia.

Exploracions complementàries.

Vull apuntar tot seguit dos aspectes que considero cabdals per a situar i contextualitzar la present situació.

Primer. Prenent en consideració l'indicador de despesa pública per habitant i comparant-lo amb la mitjana de la UE-15, grup de països amb un nivell de desenvolupament semblant al de l'Estat Espanyol, ens trobàvem als nivells de Grècia i Portugal. Comparant, ara la despesa sanitària pública en relació al PIB ens trobem igualment a la coa de l'esmentat grup d'estats. Existia ja una clara polarització per classe social de tal manera que el 30% de la població de l'E.E. (de renda superior) fa ús de la sanitat privada (amb un índex superior a les Balears) mentre que la resta, el 70%, fan ús dels serveis públics.

Palesar el clar sub-finançament crònic que es patia amb l'agreujant d'una evident diferència en la participació, a través d'impostos, per part de la població. Mentre la majoria de la classe treballadora en els darrers anys va aportant el 74% del que paguen als països nòrdics, les classes més adinerades aporten el 38% del que ho fan, per exemple a Suècia. A més el finançament de les CCAA no ha permès desenvolupar la necessària estructura sanitària que facilités òptims serveis sanitaris, tot creant situacions, com la nostra, en la qual s'evidencien greus dèficits tant pel que fa a recursos com en l'assistència a la població que, des de l'assumpció de les corresponents competències, cal prestar amb un mínim d'equitat i qualitat.

Assenyalar finalment que les despeses que han patit un major increment corresponen a les de despesa farmacèutica, molt superior en comparació al del grup de països de la UE i OCDE, juntament a la corresponent a la despesa hospitalària i sobre-utilització d'alta tecnologia, amb un 30% responsable d'usos excessius o inapropiats. *“Malas perspectivas para la Sanidad” Cuadernos de Políticas de Salud. Marciano Sánchez Bayle.*

Tampoc la situació financera i estructural anterior era la millor, tot el contrari.

I segon. Penso que hi ha una greu mancança en l'anàlisi i avaluació de la present situació. Vull esmentar, encara que no exhaustivament una sèrie de condicions i fets anteriors.

Entenc que patim i vivim en una societat profundament medicalitzada. El pensament mèdic occidental ha anat introduint una sèrie de paradigmes que presenten biaixos en la concepció i praxis assistencial. Seguint els treballs de l'Equip CESCA aniré citant algun dels seus texts i tesi.

Pel que fa a la concepció de factor de risc i prevenció: *“...los médicos han invadido el campo de definición de la salud (“la expropiación de la salud”, en expresión de Iván Illich) ...En el corazón del cambio está el confuso concepto de factor de riesgo, y las consecuentes transformaciones del mismo, desde “causa” de enfermedad a enfermedad misma....el factor de riesgo pasa de asociación estadística a causa de enfermedad, y de aquí a ser considerado como enfermedad en sí mismo... En la consulta clínica el cambio supone dedicar cada vez más esfuerzo (tiempo y otros recursos diagnósticos, preventivos y curativos) a los factores de riesgo, con un coste marginal o incluso negativo.” Pel que fa al diagnòstic clínic mèdic: “El poder de “etiquetar” corresponde a comités de expertos en clasificaciones de enfermedades, que no son ajenos a las influencias comerciales,La búsqueda del diagnóstico conlleva el uso de tecnologías diagnósticas a las que le siguen casi “por obligación” las tecnologías terapéuticas y con todas estas tecnologías se “gobierna” mucho de la cultura de la actividad médica”*

El pas immediat és: *“Los gestores, dirigentes y accionistas de esas industrias se alían con los líderes clínicos para producir “estados de opinión”, que logran “poner en la agenda” de los políticos las cuestiones que cumplen sus intereses y expectativas, cumplan o no con las necesidades de la población” Els texts extractats provenen de l'article de Juan Gervás. “Salud y enfermedad y adopción de innovaciones sanitarias desde el punto de vista del clínico” <http://www.equipoCESCA.org/wp-content/uploads/2010/11/salud-enfermedad-innov-2010-omc-kovacs.pdf>.*

S'estarà o no d'acord, però no cal afegir més claredat en l'exposició. Pot ser ja als lectors se'ls haurà acudit al pensament la inqualificable despesa de recursos econòmics invertits en l'adquisició de vacunes per a la Grip A en el període 2009/10. I aquí es demanen per les relacions entre la farma-indústria i l'OMS. Seguim. Segons Starfield B. en el seu article “Is US health really the best in the world?” publicat a JAMA. 2000;284:483:5. l'activitat sanitària realitzada als EUA constitueix la tercera entre les causes de mort. Es pot sotmetre a anàlisi i revisió crítica el que s'afirma, però lluny de mirar el dit que assenyala l'estel, cal considerar el que s'apunta: la pressió dels interessos comercials dels sistemes d'assistència privada cap a resultats econòmics en perjudici de l'eficàcia terapèutica dels procediments.

Per altra banda s'ha de fer una atenta ullada a una altra qüestió. L'assumpció de què l'única pràctica possible en el guariment de la salut correspon a la Medicina clínica-pràctico-industrial, beatificada amb el qualificatiu de científica, monopolitzant qualsevol altre significat que no sigui amb el subratllat anterior. La cultura popular de la salut ha quedat al marge. Un enorme conjunt de coneixements i pràctiques acumulades durant milers d'anys s'han bandejat quedant confinats a activitats gairebé clandestines, per bé que encara àmpliament usats per una considerable part de la població. Pràctiques tecnològicament simples, de fàcil accés, amb mínims efectes secundaris són gairebé estigmatitzades per la pròpia des-regulació legal. N'és una mostra la

Directiva de la Comissió Europea sobre control i restricció quasi total d'herboristeria i remeis naturals per al guariment de la salut.

La marginació de l'atenció pública que altres pràctiques pateixen: medicina natural, hosteopatia, medicina xinesa, homeopatia, etc. Mereix, si més no un debat seriós, en profunditat lluny de les influències que la indústria farmacèutica monopolista exerceix. Parlant de científicitat no estaria malament recordar que un estudi meta-analític de la bibliografia sanitària publicada ha mostrat que al menys un 20% dels articles són redactats per persones adscrites a les principals marques de la indústria farmacèutica "*Un 20% de los artículos de las revistas médicas son redactados por las Farmacéuticas*" (<http://www.nogracias.eu/2012/01/31/un-20-de-los-articulos-de-las-revistas-medicas-son-redactados-por-las-farmaceuticas/>)

L'ull de l'antropologia i la sociologia.

I, finalment, en el present apartat, anem a l'antropologia i la sociologia per apuntar cap a un element funcional estratègic: la relació metge-consultant. És mitjançant aquest canal on s'actualitza un vincle de transmissió (a banda dels canals d'informació i comunicació massives) en la que s'estableix una complementarietat de rols: actiu (el sanitari- en termes generals-) vs. passiu-receptor (el pacient-consultant) en la que actituds, cognicions, funcions són afirmades i establertes sota el paradigma científic-tècnic de la medicina actual. El pacient-consultor és examinat, diagnosticat, guarit, gràcies al consentiment i confiança cap el seu facultatiu. Però desde una posició desigual i de vulnerabilitat. Encara que l'OMS estableix clarament el paradigma de la salut com un fet bio-psico-social, és palesa la preponderància del primer element en el joc diàri de la relació assistencial. Diverses investigacions assenyalen xifres que oscil·len entre el 25% i fins el 70% el component psico-social com a transfons de la demanda en la consulta de Medicina Familiar, en la que l'expressió funcional somàtica és la que apareix en primer terme. Així és com s'estableix un enfortiment d'una cultura que en moviment circular crea una demanda, no satisfeta en el fons, que va creixent a través d'exploracions costoses, provisió de remeis al·lopàtics i farmacològics tot refermant actituds passivo-dependents i, també, d'incompliment de pautes com a única forma d'expressió d'autonomia de subjecte del consultant. Una font més de despesa estructural que cal tenir present.

Retallades o re-orientació: un decàleg per al tractament de les Polítiques Sanitàries.

Una vegada palesats els diagnòstics orientats ideològicament sota l'hegemonia de les polítiques econòmiques i socials neo-liberals, com a justificació per a les retallades, amb l'objectiu gairebé evident de retallar els drets socials i civils tot debastellant, entre d'altres, el sistema públic sanitari, i posant el mercat com a valor de provisió de bens i serveis, s'han exposat elements de context econòmic, social i antropològic que al meu entendre re-orienten la comprensió del que està succeint. És en aquest sentit que es fa necessari confegir una estratègia consensuada entre la majoria social i de les forces progressistes i d'esquerres tant dins l'àmbit nacional de les Illes Balears, de l'E.E. com europeu, adreçada tant a la formulació com ampliació de propostes que superin el discurs monopolitzador de les cultures socials i polítiques neo-liberals. Mesures que pot ser amb força gosadia per la meua banda exposo tot seguit en forma d'el present decàleg:

Democratització, co-participació i apoderament.

1.- Re-orientar i implementar en els currículums formatius de les professions sanitàries ampliant el seu cabàs científic-tècnic amb conceptes, habilitats, tècniques i pràctiques sanitàries fonamentades en el fet antropològic de l'ésser humà. Re-contextualitzar l'acte assistencial com una relació

d'anada i tornada dotant, sobre tot, als professionals de la medicina d'habilitats per a la relació i la interacció. Bagatge que és crític per als professionals de l'Atenció Primària de la Salut.

2.- Implementació, potenciació i promoció de la participació tant dels professionals, organitzacions socials i ciutadanes en els debats, valoracions i accions de política sanitària, organitzativa i comunitària. Re-activar els Consells de Salut d'Àrea, establerts per la Ley General de Sanidad, així com, en l'àmbit de les Illes Balears pel Decret 44/2004, de dia 14 de maig, pel el qual s'estableix el règim i el funcionament del Consell de Salut de les Illes Balears i estenent als municipis i zones de salut la seva presència, a través la modificació de la prop esmentada Llei, tal com ja s'ha fet a Catalunya pel Decret 38/2006, de 14 de març <http://www.gencat.cat/diari/4594/06061064.htm>.

Aprofundir en l'eficàcia i eficiència de l'Organització Sanitària.

3.- L'Atenció Primària de Salut és la clau de l'accessibilitat i l'eficiència del nostre sistema sanitari. La proximitat, l'aplicació de processos i tècniques fiables, consensuades i tecnològicament senzilles i poc costoses són els seus valors i fortaleses més preuats. Permeteu-me remetre'm a l'article d'Aina Vicens del núm. 3 de L'Altra Mirada, "Menysprear l'atenció primària, amb quina finalitat?", (http://ateneuperemascaro.org/IMG/pdf/l_altra_mirada_-_numero_3.pdf) per a copsar l'impacte que sobre la població significarà la seva absorció dins el "nou model de sectorització" de l'IBSALUT tot assimilant-la i fonent-la dins les pantagruèliques i insaciabls actuals estructures hospitalàries com n'és exemple el de Son Espasses.

Cal, per tant, en el marc de l'esperit i lletra del document Estrategia AP21

"Proyecto AP21. Estrategias para la Atención Primaria del SigloXXI"<http://www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/ProyectoAP21/home.htm> del reprendre la iniciativa per a posar l'Atenció Primària de Salut al lloc que li correspon.

4.- Millorar i aprofundir els vincles i canals de comunicació i coordinació entre els Serveis de Salut, Serveis Socials i Serveis Sòcio-Sanitaris.

5.- Enfortiment i agilització del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salut juntament amb l'elaboració, pendent des de l'aprovació de la Ley General de Sanidad, d'un Pla Integrat de Salut.

6.- Pel que fa específicament a les Illes Balears cal un nou Pla de Salut quadriannual que substitueixi el vergonyós document IBSALUT 2020 juntament amb un nou Pla de Salut Mental, integral, transversal i vertaderament Comunitari.

Re-orientació de les mesures d'estalvi cap:

7.- Control de la pressió del màrqueting industrial de les farmacèutiques i fre a la porositat a les activitats de formació i investigació per elles patrocinades, estalvi que segons Sánchez Bayle. "Malas perspectivas para la Sanidad" Cuadernos de Políticas de Salud", suposaria un estalvi de 5.000 EUR. A més d'una ferma contenció de l'ús abusiu de l'alta tecnologia hospitalària.

8.- Establiment de procediments legals per al pagament, per part de les Mútues Laborals,

controlades per la Patronal, del cost que suposa l'atenció hospitalària, a càrrec de la Sanitat Pública, d'un 18% de totes les persones hospitalitzades.

Evidentment no són aquestes les úniques mesures que es poden aplicar, però sí assenyalen la direcció on s'han d'orientar les polítiques d'estalvi i racionalització de despesa sanitària enfront dels co-pagaments, retallades i supressió de serveis sanitaris.

I, finalment.

Una societat sana és una societat solidària i equitativa.

9.- Finançament adequat, via Estat Federal, de les CCAA per atendre suficientment els serveis de salut de la sanitat pública de cada una d'elles.

10.- Polítiques fiscals equitatives, on qui més té més aporta. Control del frau fiscal i d'evasió de capitals. Impostos més alts sobre el consum de tabac i alcohol. Aprofundiment de la participació democràtica. I fer del medi ambient un lloc per a viure, plenament, satisfactòriament i amb salut.