

ELS RECURSOS SANITARIS I LLUR UTILITZACIÓ

FRANCESC BOLUMAR i MONTRULL

Un dels elements a analitzar en tot estudi dels sistemes sanitaris és el dels recursos existents, tant de caràcter humà com material i econòmic. L'estudi de l'estructuració i distribució dels anomenats recursos és fonamental per a explicar, almenys parcialment, la dinàmica sanitària existent en un país en un moment donat. Per a això, a l'hora d'analitzar les relacions entre el sistema sanitari i el procés d'emmalaltir hem de distingir entre el que és comú a la major part dels serveis sanitaris dels països industrialitzats i el que és específic i propi de tot sistema en particular.

Simplificant, direm que el comú és el procés i l'específic ho constitueixen els recursos.

El procés, o activitat sanitària, a més d'estar relacionat amb els recursos disponibles, va més enllà en la seva configuració i s'emmarca en la concepció científica prevalent, en el nostre cas, la de la medicina científica occidental. L'esmentada concepció comporta, entre altres coses, l'acceptació que la introducció d'una tecnologia creixent i cada vegada més sofisticada ajuda al benefici de la salut. Resulta sorprenent que l'acceptació d'aquest postulat es base en la forma més simple i pitjor d'evidència científica que és l'opinió clínica.

El problema científic global, que en major mesura ens pertoca, és la verificació de la hipòtesi que la introducció de nova tecnologia diagnòstica i terapèutica modifica en sentit positiu l'evolució o curs d'una malaltia. Tanmateix, el problema particular amb què ens enfrontem és el valor dels diferents tipus d'evidència al moment de verificar les hipòtesis.

La forma més antiga, i potser la més comuna de presentar la dita evidència és mitjançant l'opinió dels clínics. El seu valor varia d'acord amb la capacitat professional i l'experiència dels metges, però, en general, és baix en no existir ni un mesurament quantitatiu ni un intent de determinar el que hagués passat si els pacients no hagueren estat subjectes a aquest tipus de tractament o intervenció. Per tot això, insistim, resulta sorprenent que en contrast amb el caràcter científic de la nostra medicina, l'avaluació dels resultats de qualsevol tipus d'intervenció sanitària es fonamenta en la pitjor forma d'evidència científica, que és l'opinió clínica. Aquest fet ha estat d'una importància decisiva en la configuració posterior de l'activitat sanitària i repercuteix de forma notable en les relacions entre el sistema sanitari i la salut de la població, ja que la conseqüència lògica d'una activitat en la qual l'avaluació científica queda exclosa és la ineficiència i aquesta repercuteix, amb major o menor mesura, sobre la salut de la població.

D'acord amb Cochrane, la forma més important d'ineficiència resulta de la combinació d'accions terapèutiques poc o gens efectives amb aquelles accions que, encara que efectives, no es duen a terme en el moment i lloc adients. Per a resoldre aquests tipus d'ineficiència és necessària la introducció de criteris científics en l'avaluació de l'efectivitat de les accions diagnòstiques i terapèutiques. D'altra banda, la iatrogènia, que en la meua opinió abraça no sols aquelles accions que resulten perjudicials per als malalts, sinó també aquelles que son ineficaces, s'anirà ampliant inexorablement. Aquesta necessitat d'avaluació científica en una de les àrees en que major iatrogènia es produeix com és la de la medicació, es fa palesa en la ponència que Miquel Porta i Xavier Carné presenten a continuació. Així mateix, el doctor Munar presenta l'actual activitat hospitalària com a generadora de malaltia.

Com indicàvem abans, a més d'avaluar l'eficàcia de les accions és necessari determinar si les accions, l'eficàcia de les quals ha estat demostrada, s'apliquen de forma escaient. Pense en concret en la mala utilització dels serveis d'urgència, conseqüència de la pèssima estructuració de l'atenció primària o en la perllongada duració de les estancies hospitalàries d'un tipus de pacient que requeririen un altre tipus de lloc per al seu tractament.

Veiem, per tant, com una pràctica sanitària arrelada en la concepció prevalent de la medicina científica occidental pot ésser generadora de malaltia.

Un dels elements que amb major constància apareix en els principis fundacionals dels diferents serveis nacionals de salut és la separació entre el que constitueix l'assistència sanitària pròpiament dita i els recursos econòmics de què disposen els diferents individus per a sufragar-la.

Tanmateix, una sèrie d'estudis han revelat notables desigualtats socials en la disponibilitat i utilització dels serveis sanitaris.

La desigual utilització dels anomenats serveis suposa únicament una explicació parcial de les desigualtats globals en els nivells de salut. Així, nombrosos investigadors han demostrat que les diferències existents en el nivell de salut entre els diferents sectors de la població poden dependre en major mesura de les variacions en les condicions socio-demogràfiques i econòmiques de la població que del volum i característiques de l'assistència sanitària disponible. En aquest sentit s'orienta la ponència que J. Artells presenta a continuació. Tanmateix qualsevol desigualtat en la disponibilitat i utilització dels serveis sanitaris respecte a les necessitats existents és injusta i ha d'ésser remeiada. Més encara, l'estudi d'aquestes desigualtats constitueix un element fonamental en l'avaluació del funcionament i el rendiment dels serveis sanitaris, ja que un dels seus objectius primordials és garantir la igualtat d'accés a tots els sectors de la població.

Descartant la mortalitat, els elements clàssics per a valorar l'existència de desigualtats entre les diferents classes socials són les taxes d'utilització de consultes ambulatories, la freqüentació hospitalària i l'acceptació i posterior utilització dels serveis de caràcter preventiu.

Julian Tudor Hart al seu conegut article «The inverse care law» diu textualment que la disponibilitat d'una bona assistència sanitària tendeix a variar de forma inversament proporcional a les necessitats de la població assistida. Tractarem aviat d'extrapolar aquesta afirmació al camp de les consultes ambulatories. La millor font d'informació per a categoritzar per classes socials les visites ambulatories és l'enquesta de salut dirigida a la població. Malhauradament, al nostre país, aquest tipus d'enquesta només s'ha realitzat de manera parcial i puntual al Principat, i doncs la informació de què disposem és molt escassa.

A més, la categorització per classe social no és uniforme als diversos estudis realitzats al país, i existeix doncs una necessitat urgent de fer una classificació consensuada que ens permeti d'establir comparacions per classe social entre les diferents àrees geogràfiques. En la ponència que presentaran a continuació Xavier Casas i Joan Clos es posa de manifest el que acabem d'esmentar en no poder aportar sinó dades parcials sobre la utilització de serveis molt específics per part de les diferents classes socials.

Quan hom estudia en perspectiva les successives enquestes de salut realitzades en països com, per exemple, Gran Bretanya, s'observa que les tendències referides al nombre de persones que consulten un metge i la mitjana del nombre de consultes tendeixen a incrementar-se en les classes menys afavorides. Tanmateix, les bases adients per a comparar les taxes de consulta no són simplement el volum de població assistida sinó principalment la necessitat d'assistència que la dita població experimenta.

Sir John Brotherston al seu estudi: «Inequality: is it inevitable?» fa un breu comentari sobre els índexs creats per a correlacionar visites amb necessitat d'assistència. Aplicant aquests índexs, utilització/necessitat, als resultats obtinguts en les enquestes de la salut anglesa corresponents als anys 1974-76 s'observa una disminució d'aquests índexs mentre passem de la classe social 1 a la 5, és a dir, la menys afavorida. Forester, utilitzant la morbiditat per malalties cròniques com a mesura de necessitat, troba, en estudiar les enquestes dels anys 71 i 72, aquest mateix tipus de tendència. És a dir, l'observació del fet que les classes més desfavorides utilitzen més els serveis ambulatoris queda corregida quan la utilització es relaciona amb la necessitat, en el sentit que en les dites classes la utilització no s'adequa a la seua major necessitat. En aquest sentit el nombre de consultes no ho és tot ja que a més de la quantitat interessa conèixer la qualitat, el contingut de les visites. Aquest és un tema de difícil investigació, però alguns treballs pioners han posat en relleu la major informació i beneficis obtinguts de les consultes per part de les persones que pertanyen a la classe mitjana i mitjana alta.

Pel que fa al segon element, la freqüentació hospitalària, les ponències de Xavier Casas-Clos i de Josep Fusté-Elisa Sèculi aporten una informació molt valuosa com veurem posteriorment, però de nou destaquen la dificultat d'establir, a partir de la informació existent, un gradient d'utilització per classe social. Aquesta dificultat és comuna a molts altres països, àdhuc aquells que realitzen de manera periòdica enquestes de salut, ja que el baix percentatge de persones hospitalitzades d'entre les que són entrevistades no permet, una vegada classificades per classes socials, una anàlisi estadística adient.

En qualsevol cas, les dades disponibles apunten clarament a una major utilització hospitalària per part de les classes socials més baixes. Finalment, com assenyàvem amb anterioritat, l'acceptació i utilització dels serveis de caràcter preventiu es un altre dels indicadors del nivell d'interrelació entre el sistema sanitari i les actituds dels diferents sectors de la població. Malgrat l'absència de fonts d'informació de caràcter sistemàtic sobre la distinta utilització dels serveis preventius per part de les diferents classes socials, sí que existeix informació provinent de nombrosos treballs d'investigació (Black). A partir d'ells pot establir-se que les classes socials 4 i 5 (les menys afavorides) utilitzen molt poc els serveis preventius. A més, l'ambigüitat que rodeja les relacions entre necessitat i utilització de serveis al cas de les consultes ambulatories no la troben aquí ja que tals serveis com cribratge del coll uteri o atenció antenatal no depenen de la morbiditat o de la necessitat d'atenció. Al cas de la

planificació familiar i dels programes de vacunació existeix abundant evidència del que acabem d'esmentar (entre altres els treballs de Casas-Clos i J.R. Villalbi). És a dir, que no sols existeix major necessitat sinó que als serveis, en certa forma independents de la morbiditat o necessitat, la utilització també és menor.

Fins aquí hem analitzat les desigualtats per classe social pel que fa a la utilització d'una sèrie de serveis als quals suposadament té lliure accés tota la població. Tanmateix, existeix un tipus de desigualtat, que podríem anomenar de caràcter estructural, que fuig al control de l'individu. Em referesc a la desigual distribució geogràfica dels recursos sanitaris que necessiten al nostre país d'una urgent reforma. En Ricard Gutiérrez ens parlarà d'aquesta reforma en el vessant hospitalari. Malhauradament aquest tipus de desigualtat geogràfica s'afegeix, generalment, a la desigualtat d'utilització per classe social, car estan ambdues variables correlacionades.

Veiem, per tant, com el caràcter de la dinàmica sanitària unit a la utilització i disponibilitat de serveis conforma, en certa mesura, les relacions entre el sistema sanitari i la salut de la població. Dic en certa mesura car, com assenyalàvem abans, la salut de la població està més afectada per factors socio-demogràfics i econòmics que pel propi sistema sanitari. En Joan Artells ens parlarà d'aquest fet.

En qualsevol cas, la sanitat i l'estructuració dels serveis sanitaris són la resposta que una societat ofereix als problemes que se li plantejen en matèria de salut. Pretendre que la medicina i la sanitat en general tenen una filosofia diferent de la societat en què operen manca de fonament. Per tot això, les possibles inconsistències del sistema sanitari són les mateixes que les de la societat d'on sorgiren.