



Salud, desigualdad y sistema sanitario

FELIPE RODRÍGUEZ DE CASTRO

Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Gran Canaria "Dr. Negrín".
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Correspondencia: Felipe Rodríguez de Castro
Barranco de la Ballena, s/n.
35010 Las Palmas de Gran Canaria

e-mail: frodcasw@gobiernodecanarias.org

RESUMEN

Alrededor de 44 millones de seres humanos han sido arrastrados en 2011 bajo el umbral de la pobreza y la crisis actual amenaza con reducir de forma sustancial la ayuda al desarrollo. La desventaja económica supone para la gran mayoría de la población un deterioro de su salud, pero éste tiene sus raíces en cómo están organizadas y funcionan las sociedades. Además, un nivel de vida bajo está determinado no sólo por tener poca renta, sino por tener mala salud, lo que no puede aislarse de los problemas sociales. En las tres últimas décadas estamos asistiendo a un retroceso en los esfuerzos que los países occidentales habían hecho tras la segunda Guerra Mundial por hacerse menos desiguales, lo que se está traduciendo en menos movilidad intergeneracional, en oportunidades educacionales perdidas y en un aumento de síntomas de depresión. El derecho a la salud parte de la teoría de la justicia distributiva y del altruismo, y es distinto del resto de bienes económicos por su naturaleza de bien preferente o tutelar. La sanidad pública necesita un cambio y es urgente considerar varios aspectos conducentes a la reforma del sistema sanitario, cuyo principal motor ha de ser el médico.

PALABRAS CLAVE: Salud, desigualdad, determinantes de salud, sistema sanitario, reforma sanitaria.

Introducción

Las curvas de mortalidad demuestran que la esperanza de vida media de la humanidad se ha mantenido en torno a los 25 años desde el Paleolítico hasta la Revolución Industrial. Incluso en Europa, sólo el 35% de la población alcanzaba los 40 años a principios del siglo pasado. La higiene, el desarrollo de las vacunas y el descubrimiento de los agentes antimicrobianos han contribuido decisivamente a que la es-

peranza de vida en los países más ricos haya aumentado una media de tres meses por año desde mediados del siglo XIX, hasta situarse en la actualidad por encima de los 80 años en el mundo desarrollado. Por el contrario, las regiones más pobres, como Mozambique o Haití, siguen teniendo unas tasas de mortalidad apenas mejores que las observadas hace 12.000 años, lo que representa el triste testimonio de nuestro pasado común¹.



Crisis y pobreza

Según el Banco Mundial, cerca de 44 millones de seres humanos han sido arrastrados este año bajo el umbral de la pobreza debido al incremento del precio de los alimentos. Actualmente en todo el mundo hay alrededor de 985 millones de individuos que malviven con menos de un dólar diario. La salud de estas personas suele deteriorarse durante las crisis, entre otras razones, porque las mujeres de los países en vías de desarrollo tienden a trabajar más y a demandar menos cuidados sanitarios, para ellas y para sus hijos, cuando el PIB per capita desciende. Por todo ello, las crisis económicas repercuten considerablemente en la mortalidad de los niños: un descenso del 4% del PIB per capita se asocia con un aumento del 2% en la mortalidad infantil, que, además, es cinco veces mayor en el caso de las niñas que en el de los niños².

La crisis que vivimos en la actualidad amenaza con reducir de forma sustancial la ayuda al desarrollo y con aparcarse la solidaridad por tiempo indefinido. En 2007, la asistencia oficial para el desarrollo dedicada a la agricultura fue un 37% inferior a la de 1988 (2). Estos recortes en cooperación ponen en peligro la alimentación, la educación y la asistencia médica de millones de personas y las cifras de hambre vuelven a dispararse. Pero, incluso antes de las crisis alimentaria y económica, que fueron consecutivas, el número de personas subnutridas en el mundo llevaba aumentando, lenta pero inexorablemente, desde hacía más de una década. De acuerdo a datos recientes del Banco Mundial el número de personas que sufre hambre crónica se está acercando peligrosamente a los mil millones. Este hecho es especialmente descorazonador porque en la década de los ochenta, y durante los primeros años noventa, se hicieron grandes progresos en la reducción de esta lacra. A punto de alcanzar los 7.000 millones de habitantes en el mundo, tal vez alguien podría preguntarse si hay alimentos para todos³. La respuesta es que sí, los hay. El problema no radica en el nivel de producción de alimentos sino en su distribución. Según la FAO (Organización para la Alimentación y la Agricultura de las Naciones Unidas), el planeta produce el doble de lo que sería necesario para alimentar a su población, a pesar de lo cual, a día de hoy, parece imposible alcanzar el *Objetivo del Milenio* de reducir a la mitad

el número de hambrientos en el año 2015. La crisis económica ha hecho que la inversión para mejorar la productividad agrícola en los países en desarrollo fuera la mitad de lo considerado necesario por la FAO, lo cual no es una buena noticia si se tiene en cuenta que las perspectivas para el año 2050 es que la producción agrícola debería aumentar un 70% para alimentar a los 9.100 millones de habitantes que tendrá el mundo en esa fecha. Se espera, por tanto, que aumente el número de personas que sufren inseguridad alimentaria y que el número de subnutridos en el mundo supere los 1.020 millones. Si estas previsiones se materializan, el número de personas que padecerán hambre crónica será el más elevado desde 1970. Además, conviene recordar que cuando se habla de desnutrición no sólo se hace referencia a la desnutrición aguda, sino también a desnutriciones crónicas, más silenciosas, pero que condicionan que los individuos crezcan sin los micronutrientes básicos necesarios para un desarrollo físico e intelectual adecuado y, por consiguiente, en una situación de desventaja para enfrentarse a un futuro ya de por sí incierto.

Así las cosas, este verano contemplamos cómo la peor hambruna de los últimos 50 años azota de nuevo a varias regiones de Somalia. Los alimentos básicos como los cereales o el agua se han convertido en bienes de lujo. El precio del maíz –alimento básico en todo el cuerno de África– se ha disparado un 240% hasta alcanzar cotas prohibitivas que han disparado la malnutrición. En Bakool y en Lower Shabelle, el 30% de los niños sufren malnutrición aguda (el doble de lo reconocido internacionalmente como emergencia) y dos adultos y cuatro niños de cada 10.000 individuos mueren de hambre al día, algo que no sucedía desde hacía casi dos décadas y todo esto tras recolectar las tres cosechas más grandes de la historia de la humanidad. En total, más de 25.000 niños menores de cinco años han muerto en Somalia en los últimos meses a causa de la hambruna y son más de 12 millones las personas afectadas por esta crisis humanitaria. La sequía, la consecuente pérdida de cosechas y de ganado y, como decíamos antes, los elevados precios internacionales de los alimentos básicos han contribuido a esta situación. Sin embargo, por sí sola, la sequía o los precios de los alimentos no explican por qué Somalia es el país más afectado, ni la enorme dimensión del desastre para los tres millones de personas que viven en el sur del país.



Pobreza, subdesarrollo, desarraigo, aculturación, forman un entramado que impide el acceso a demasiadas cosas, entre las que se encuentra la salud. Un escalón más en esta sinuosa madeja lo constituye la violencia constante, larvada, que en el caso de Somalia es el escenario cotidiano que se prolonga desde 1991 y que impide, entre otras cosas, que las agencias humanitarias lleguen a la población.

Pero, no sólo es la desnutrición; también la malaria, el sida, la tuberculosis multirresistente, la dificultad de acceso a medicamentos esenciales (por incapacidad de los países o por las trabas condicionadas por patentes y tratados comerciales), la falta de investigación orientada a problemas prácticamente exclusivos de países pobres, y tantas otras carencias que se suman a la invisibilidad culpable con la que estos países se muestran a los ojos del mundo más rico⁴. Un dato revelador: el 1% de la población mundial controla el 50% de la riqueza y el 20% consume el 80% de los recursos. La indignación que esto provoca debería transformarse en acciones concretas.

Salud y desigualdad social

La pobreza y sus consecuencias no afectan sólo a algunos continentes o a ciertos países. Sigue habiendo grandes diferencias, por ejemplo, en las oportunidades de estar sano y en el riesgo de enfermar y morir prematuramente entre los países europeos y, en algunos casos, estas diferencias están aumentando⁵.

Sin duda, la desventaja económica supone, para la gran mayoría de la población, un deterioro de su salud. Sin embargo, en cierto modo, la salud de los ciudadanos es independiente de la riqueza de su país. Así, por ejemplo, los EE.UU., pese a su evidente solvencia, siempre presenta uno de los índices de salud más bajos entre los países desarrollados. EE.UU. gasta grandes sumas de dinero en sanidad, pero la esperanza de vida sus habitantes sigue estando por debajo de la de los bosnios y sólo es un poco mejor que la de los albaneses. Y es que, la mala salud no puede explicarse simplemente por gérmenes o por genes; tiene sus raíces en cómo están organizadas y en cómo funcionan las sociedades. No importa lo rico que sea un país, sino lo desigual que sea. En Suecia o en Finlandia, por ejemplo, dos de los

países más ricos del mundo en cuanto a su renta *per capita* o su PIB, la distancia que separa a sus ciudadanos más ricos de los más pobres es muy pequeña, y siempre están a la cabeza en los índices de bienestar mensurable.

Dentro de cada país, el número de años que vive una persona, parecería depender del nivel de renta que tenga. Se diría que con dinero se puede alcanzar más fácilmente las condiciones —educación, ejercicio físico, alimentación saludable— que permiten una vida más larga y de mayor calidad. En el último informe del *Centro de Estadística de la Salud*, se observa que los norteamericanos blancos han aumentado la esperanza de vida media entre un 0,2 y un 0,5%, mientras que los hispanos y los afroamericanos han disminuido esa misma tasa entre un 1,9 y un 3%. Entre los más ricos y los más pobres de una misma ciudad puede haber una diferencia en la esperanza de vida de 20 años. Por tanto, incluso dentro de un mismo país, la desigualdad desempeña un papel crucial en la salud de las personas. Por ejemplo, la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años en algunos suburbios de Nairobi es de 254 por 1.000, 17 veces más que los 15 por 1.000 registrados en los barrios más ricos de la ciudad. Los niños nacidos en Inglaterra en las familias con menos recursos tienen 2,5 veces más probabilidades de presentar problemas de crecimiento resultantes de privaciones calóricas en su primer año de vida que los niños nacidos en las familias más acomodadas⁶. En EE.UU., la probabilidad de disfrutar de una vida larga y saludable también está estrechamente relacionada con la renta. Así, una persona perteneciente al 5% del nivel de renta superior vive 20 años más que una persona perteneciente al 5% de renta inferior; en la Unión Europea (UE) de los 15, la diferencia es de siete años, y en España de 10 años, uno de los diferenciales más altos de este grupo de países. Estos gigantescos desequilibrios en materia de salud hacen del mundo, en palabras de la Directora General de la Organización Mundial de la Salud, Margaret Chan, un "*lugar inseguro e inestable*".

Pero el nivel de renta no es explicación suficiente para comprender las enormes diferencias en mortalidad en la población. Un trabajador no cualificado de Harlem, por ejemplo, tiene una esperanza de vida media de 46 años, mientras que para una persona de clase media de Bangladesh, a pesar de



disponer de una renta 25 veces menor, es de 55 años. ¿Cuál es la razón de esta mortalidad diferencial? En todos los países, independientemente de su riqueza, existen importantes desigualdades de salud determinadas socialmente. Estas desigualdades están relacionadas principalmente con la clase social, la geografía, la edad, el sexo y la cultura, y tienden a seguir lo que se conoce como gradiente social. Es decir, las desigualdades tienden a reflejar una disminución gradual en la salud con el descenso en la posición social⁷.

Determinantes de salud

Además de la disponibilidad de servicios sanitarios accesibles y de alta calidad, la salud de los individuos y de las comunidades se ve influenciada por el modo en que vivimos y trabajamos, y por el grado de satisfacción que experimentamos con nuestra existencia. El profesor *Michael Marmot* ha estudiado, por ejemplo, los niveles de salud de los funcionarios públicos en el Reino Unido y ha comprobado que factores como la dieta, el tabaquismo o el ejercicio físico, sólo explican un 30% de las diferencias de mortalidad entre los más y los menos sanos⁷. Estos aspectos, -que centran las intervenciones de salud pública, mayoritariamente enfocadas en mejorar los hábitos de consumo y el comportamiento individual-, aunque de gran importancia, son insuficientes. Otros factores juegan un papel incluso mayor: los determinantes sociales de la salud. Con este término hacemos referencia a las condiciones sociales en las que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen⁸, y que constituyen una especie de compendio de factores sociales, políticos, medioambientales, económicos y culturales que afectan en gran medida a la vida y a las oportunidades sanitarias, al estado de salud y a los resultados de salud. Entre estos factores está la sensación de poder controlar el trabajo y la vida de uno mismo. Tal sensación determina que a mayor percepción de control de la vida, mayor nivel de salud. En realidad, la renta, la educación, el estatus social y otras variables son instrumentos para alcanzar tal sensación de control⁹.

En este sentido es especialmente ilustrativo analizar cuáles son los fármacos de mayor consumo en nuestro país. En un lugar muy destacado se encuentran las benzodiazepinas, só-

lo por detrás de los inhibidores de la bomba de protones. Los antidepresivos ocupan el noveno lugar. Si pudiésemos, a partir de este dato, comparar los sufrimientos de la población, veríamos que el dolor psíquico es mucho mayor que el dolor físico. Es, como apunta *Guillermo Rendueles*, el caso de la fibromialgia o del síndrome de fatiga crónica, que son sufrimientos difusos que tienen relación con la mala vida cotidiana y que se expresan como dolor porque es la única forma que tiene el paciente de ser escuchado. En lugar de reconducir todo este sufrimiento contra las disfunciones de la vida diaria, nos limitamos a medicalizarlo.

Organización social y salud

Desde finales del siglo XIX las sociedades occidentales más avanzadas habían hecho esfuerzos para hacerse menos desiguales, gracias a la tributación progresiva, los subsidios del gobierno para los necesitados, y la provisión de servicios sociales y garantías contra las situaciones de crisis. Las democracias modernas se estaban desprendiendo de sus extremos de riqueza y de pobreza. Desde luego, seguía habiendo grandes diferencias, pero cada uno a su manera se había visto afectado por la creciente intransigencia social a la desigualdad excesiva y había establecido la provisión pública para compensar las carencias privadas¹⁰.

En los últimos 30 años estamos arrojando por la borda todo el esfuerzo realizado. La restauración del monetarismo en los años ochenta y la financiación de los estados democráticos sobre todo con emisiones de deuda pública en los mercados internacionales, más que con impuestos tributarios, ha traído como consecuencia el crecimiento de las desigualdades sociales. La cohesión social que caracterizó a la mayoría de los países occidentales después de la segunda Guerra Mundial, cuando las políticas redistributivas centraban las estrategias económicas y fiscales, se ha desvanecido.

Las consecuencias están claras. La movilidad intergeneracional se ha interrumpido. Al contrario que sus padres y abuelos, los niños de estos países occidentales, especialmente de los EE.UU. y del Reino Unido, tienen muy pocas expectativas de mejorar la condición social en la que nacieron. Los pobres seguirán siendo pobres. Las políticas neoliberales en las que cada individuo debe competir con



otros con escasa o nula protección social y con aumento de la inseguridad laboral y del desempleo, son una causa importante de patología social, de escasa calidad de vida y de mala salud para la mayoría de la población.

Y no sólo se trata de esperanza de vida. Las desigualdades sociales también se traducen en mayor proporción de delincuencia y de trastornos mentales. *Alain de Botton*, uno de los filósofos más populares del Reino Unido ha analizado la frustración social que subyace tras las revueltas callejeras ocurridas en Londres y otras ciudades británicas en el pasado mes de Agosto. Para este pensador, estos acontecimientos no son un problema político o racial, sino que están relacionados con la desigualdad existente en un país rico. Se ha roto el ascensor social y se ha derrumbado el gran sueño surgido tras la segunda Guerra Mundial, según el cual existiría una oportunidad y un respaldo independientemente del lugar que se ocupara en la estructura social. Se dice que estas revueltas son imposibles de prever, pero, como en el caso de la crisis financiera, no es que no saltaran las alarmas, sino que éstas fueron sistemáticamente ignoradas. Hoy, la sociedad británica, y con ella el resto de Europa, se asombra de los niveles de desigualdad alcanzados en una de las principales economías mundiales, y es que, la pobreza es una abstracción, incluso para las personas que la sufren. Pero los síntomas de empobrecimiento colectivo son palpables en nuestra vida cotidiana. España es el séptimo país de la UE con mayor riesgo de pobreza entre su población, según los últimos datos de Eurostat correspondientes a 2009. En concreto, España cuenta con una tasa de población en riesgo de pobreza del 19,5%, por encima de la media de la UE, que se sitúa en el 16,3%. Nuestro país, por cierto, es de los que menos invierte en gasto social, un 22,5% del PIB, cuando la media de la UE es de 27,5%¹¹. El justo corolario a esta situación es que ahora, en 2011, hay casi tantos pobres en nuestro país como hace un siglo. Las rentas básicas de inserción –las que solicita el ciudadano en las oficinas de los servicios sociales públicos cuando no se dispone de ningún otro apoyo económico o se han ido perdiendo los que se tenían- han experimentado un notable incremento en nuestro país, alcanzando las 200.000 familias en 2010. Cuando se llega a esta situación es que se han agotado todas las redes –familiares, amigos, prestaciones públicas- que frenaban la caída, y se corre un serio riesgo de caer bajo el um-

bral de la pobreza o en la exclusión social. Una sociedad con tales bolsas de pobreza no debería ser considerada como desarrollada y justa. Desempleados, trabajadores mal pagados, fracaso escolar, delincuencia, ... Estos problemas son tan endémicos que ya no sabemos cómo hablar sobre lo que no está funcionando, y mucho menos plantear soluciones para mejorar el nivel de vida de nuestra sociedad.

En definitiva, la desventaja económica para la gran mayoría se traduce en mala salud, en oportunidades educacionales perdidas y –cada vez más- en los síntomas habituales de la depresión: alcoholismo, obesidad, juego y delitos menores. Un estudio reciente publicado en *The Lancet* indica que como consecuencia de la situación económica actual, la tasa de suicidios en el continente ha aumentado en un 2,4% desde el inicio de la crisis, estableciéndose un crecimiento del 0,8% por cada punto porcentual adicional en la tasa de desempleo¹². La respuesta no consiste, por tanto, en aumentar los gastos en asistencia sanitaria, sino en mejorar las condiciones de trabajo y de nuestro modo de vida. Los países donde se invierte menos en programas de reinserción laboral pagarán un peaje más alto en términos de cantidad y calidad de vida.

El sistema sanitario y su reforma

Lo que determina un nivel de vida bajo no es sólo tener poca renta, sino tener mala salud y, como ya hemos comentado, no se puede aislar la salud de los problemas sociales. El derecho a la salud parte de la teoría de la justicia distributiva y del altruismo, y puede considerarse distinto del resto de bienes económicos por su naturaleza de bien preferente o tutelar. La salud es un bien impagable y su cuidado o su restauración nunca debería considerarse un gasto sino una inversión. Sin embargo, en los últimos años, la codicia de los “mercados” y la inoperancia de los políticos están poniendo en peligro el estado del bienestar y muchas de las conquistas sociales alcanzadas con el esfuerzo y sacrificio de millones de personas. Es preocupante que se esté empujando a cuestionar un sector tan vulnerable del que depende no sólo la calidad de vida de los ciudadanos, sino una gran proporción del empleo, la productividad y la innovación generada en nuestro país. El Nobel de Economía, *Joseph*



Stiglitz, lo resumió en Davos: *"Los bancos asumieron riesgos excesivos; los empresarios se endeudaron demasiado; los reguladores permitieron todo esto, y, ahora, los contribuyentes tienen que acudir en su ayuda para limpiar toda esta basura, lo que disparará la deuda del Estado y acabará teniendo consecuencias sobre los bienes públicos como la sanidad"*. Así como el endeudamiento se debe en gran medida a la falta de rigor en la evaluación de algunas inversiones (aeropuertos, universidades, armamento, televisiones, policías autonómicas) en las épocas de bonanza, la salida de la crisis requiere establecer prioridades. Es hora de pensar a qué renunciamos para poder salvar lo imprescindible. Con toda probabilidad, entre estas cosas imprescindibles se sitúa la salud y el sistema sanitario que la hace posible; con todas probabilidad, los ciudadanos se privarían de una cadena de televisión autonómica antes que poner en riesgo el suministro de fármacos.

No obstante, la sanidad pública, nuestra sanidad, también necesita un cambio. Es urgente considerar varios aspectos conducentes a la reforma del sistema sanitario público. En primer lugar, se ha de abordar muy seriamente la cronicidad creciente de pacientes envejecidos y pluripatológicos. Nuestro modelo de atención clásico, -basado en encuentros breves, poco o nada planificados, para resolver fundamentalmente problemas agudos y con un acento importante en el diagnóstico-, ya no da respuesta a las necesidades de este nuevo paciente. En segundo lugar, hay que reforzar la gestión profesional en los centros sanitarios para resolver las bolsas de ineficiencia que sin duda existen. La Administración pública debe abandonar un torpe igualitarismo y corregir los bajos salarios que fomentan la mediocridad y la indolencia, y alejan la cultura del esfuerzo y del mérito en el personal sanitario; no se debe renunciar a la flexibilización de las condiciones de trabajo porque es la única forma de captar recursos escasos por parte de demandantes en competencia. En este mismo sentido, es preciso plantearse la desmedicalización asistencial, que es producto de años de exceso de médicos que han conducido a una subocupación profesional. En otras palabras, el médico debe dejar de realizar funciones que pueden mecanizarse o que pueden ser desempeñadas más eficientemente por otros profesionales. En tercer lugar, hay que recuperar la dimensión suprarregional del mercado sanitario, perdida con

las autonomías, y fomentar la solidaridad, la movilidad interior y la flexibilidad y cooperación entre comunidades autónomas, incluyendo las posibilidades de traslado de facultativos¹³. La equidad está seriamente comprometida por las desigualdades de recursos y de prestaciones de los servicios autonómicos de salud. La troncalidad, la fusión de algunas especialidades, la definición de circuitos y posibilidades de reciclaje entre especialidades, y una regulación clara de las áreas de capacitación específica son tareas pendientes y esenciales. Por último, hay que analizar cómo se financia el sistema, sin olvidar los ahorros derivados de una mayor eficiencia y de la promoción de hábitos de vida saludables. En cualquier caso, para gestionar la demanda en función de las posibilidades financieras reales habrá que trasladar el gasto de otras partidas presupuestarias hacia la sanidad, subir impuestos, crear tasas finalistas, incrementar lo que paga el usuario de forma directa (farmacia, hostelería, servicios especializados) graduándolo o no por el nivel de renta, o reducir el catálogo de prestaciones gratuitas. Las opciones son múltiples, pero todas requieren de un pacto de estado.

Sin embargo, el sistema parece anclado en el inmovilismo por circunstancias que impiden generar la presión social y política necesaria para su reforma. Hemos llegado a la aberración de que, a pesar de los gastos superfluos constantes, nos inquiete siquiera plantear cualquier incremento en el gasto público para servicios sociales o infraestructuras. Siguiendo a *Enrique Costas Lombardía*, las razones de este letargo reformador son diversas. En primer lugar se podría decir que, paradójicamente, la sanidad pública no es un problema para una sociedad integrada mayoritariamente por ciudadanos sanos. Se debate sobre educación, sobre la vivienda, sobre la prima de riesgo o sobre la seguridad vial, pero no sobre la calidad de nuestra sanidad pública porque este tema sólo afecta a los enfermos, una minoría segregada que no constituye un grupo social influyente. Además, la asimetría de la información habitualmente existente entre médico y paciente, o las cesiones de soberanía que éste realiza en el proceso de toma de decisiones, no permite al enfermo apreciar la calidad de la asistencia recibida que, por otra parte, no parece una prioridad en el sistema dados los escasos esfuerzos que se realizan para medirla. El paciente es atendido allí donde cae enfermo, generalmente en su lu-



gar de residencia, y para él la asistencia pública más próxima es el sistema es su conjunto. No tiene capacidad de comparar ni enjuiciar. Hoy día, según *Guillem López Casanovas*, las desigualdades más llamativas se dan dentro de una misma comunidad autónoma. En esta disgregación de opiniones, con un creciente número de ciudadanos que acuden a la sanidad privada, es difícil llegar a formarse una opinión fundada sobre el sistema sanitario público y a demandar su reforma. Finalmente, la asistencia clínica es con frecuencia apresurada y está masificada, pero los políticos y las personas influyentes no sufren las listas de espera. Además, los gobiernos autonómicos quieren mantener la politización actual del sistema y huir de cualquier reforma que suponga poner en riesgo los resultados electorales. Los políticos evitan medidas impopulares y dan preferencia a aquellas operaciones llamativas que hacen parecer que la sanidad pública es moderna y eficaz.

Así pues, sin el adecuado impulso social y con la flagrante indolencia de los responsables políticos, sólo nos queda esperar una sanidad cada vez más desintegrada, más cara, menos equitativa, menos eficiente, menos solidaria, de menos calidad y con profesionales menos entusiastas; causa, cuando debería ser remedio, de desigualdades en salud entre los españoles.

El médico y el sistema sanitario

Sólo el médico puede detener esta deriva. Descartados los ciudadanos e inhibidos los políticos, el único que puede suscitar y guiar la renovación de la sanidad pública es el médico, a través de su compromiso con la excelencia y con la participación de otros profesionales sanitarios y de la sociedad civil en los mecanismos de control del sistema. El profesionalismo médico es precisamente ese conjunto de valores y compromisos por los que la sociedad otorga a los médicos un contrato social específico y éstos se comprometen a rendirle cuentas. Los Estatutos de la Medicina para el Nuevo Milenio son la versión más actualizada de este compromiso vinculante de los médicos que se basa en principios éticos como la primacía del bienestar del paciente y su autonomía, el altruismo y la justicia social¹⁴.

Se ha descrito al médico de nuestros días como a un héroe derrotado, más proclive a dejar de hacer algo que a luchar

por cambiarlo. Algunos políticos pretenden tratarlo, en palabras de *Juan Bestard*, como "simple operario de una fábrica de curar". Reconocer que la Medicina actual tiene una base científico-técnica, no implica entenderla exclusivamente como una ocupación para técnicos de alta cualificación. La Medicina trata con pacientes, personas que sufren, algunas de los cuales pueden ser tratadas con éxito; pero también se responsabiliza del cuidado de aquellas otras, -hoy día mayoritarias-, cuyas dolencias sólo pueden ser paliadas y para las que no es sólo un momento lo que cuenta, sino todo el proceso. Sin embargo, los médicos ya no controlan del todo este proceso asistencial. Han de trabajar en complejas estructuras en las que no es fácil encajar cuestiones emocionales. La Medicina ha cambiado tanto que ahora el dinero es el que tiene la voz más potente. Todo es cuestión de dinero, incluso el tiempo del que disponemos para atender bien a un paciente, lo cual es particularmente relevante si consideramos que la Medicina es antes que nada una relación y las relaciones necesitan tiempo y nada puede sustituirlo. No basta con ser meramente correctos. La Medicina es una actividad moral cuya función primordial es sanar, lo que depende en gran medida de la confianza del paciente y de la sociedad. Hoy más que nunca, y a pesar de todas las dificultades, los españoles atribuyen el más alto valor y credibilidad a sus médicos y a la sanidad pública, según los últimos datos del *Barómetro Continuo de Confianza Ciudadana* realizado por *Metroscopia* para el diario *El País* el pasado mes de Julio¹⁵. Hemos de aprovechar esta confianza de los ciudadanos en sus médicos y sus científicos para liderar los cambios necesarios en nuestro sistema sanitario y contribuir de esta forma a la reconstrucción de una sociedad más justa, menos desigual y con mayor nivel de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Casanova JL, Abel L. Inborn errors of immunity to infection: the rule rather than the exception. *J Exp Med* 2005; 202:197-201.
- 2.- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. El Estado de la inseguridad alimentaria en el mundo. Crisis económicas: repercusiones y enseñanzas extraídas. Roma, 2009.
- 3.- George S. Informe Lugano (13ª edición). Barcelona, Icaria Editorial, S.A., 2008.
- 4.- Farias P. Salud y Pobreza: los cabos de una madeja. *Eidon* 2010; 32:54-8.



5.- Ziglio E, Simpson S. Determinantes sociales y desigualdades en la salud. Eidon 2010; 32:44-53.

6.- Acheson D. Independent Inquiry into Inequalities in Health-Report. London, The Stationery Office, 1998.

7.- Marmot M. The Status Syndrome: How Social Standing affects our health and our longevity. London, Bloomsbury Publishing Plc., 2004.

8.- Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. En: Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). Health and social organization. London, Routledge, 1996; 71-93.

9.- Navarro V. Desigualdades sociales, calidad de vida y salud. El País (1/5/2008): 25-6.

10.- Judt T. Algo va mal (3ª ed). Madrid, Santillana Ediciones Generales, S.L., 2010.

11.- Europe in figures. Eurostat yearbook 2010. Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2010.

12.- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. Lancet 2009; 374:315-23.

13.- Ortún V, González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Determinantes de las retribuciones médicas. Med Clin (Barc) 2008; 131:180-3.

14.- Oriol A. El profesionalismo: asignatura pendiente del sistema educativo médico. Eidon 2010; 33:52-7.

15.- Toharia JJ. Los médicos llegan a la cúspide. El País (14/8/2011): 12.††