

PRÓLOGO

Este Informe SESPAS nace con la misma vocación que los anteriores: suministrar información de la mayor calidad posible para que políticos, profesionales y ciudadanos tomen sus decisiones teniendo en cuenta tanto los costos para la salud –personal y colectiva- como las posibilidades de promoción de la salud que estas decisiones conllevan.

SESPAS pretende contribuir, como colectivo profesional, a la mejora de la salud, ofreciendo una valoración independiente y crítica de cuál es la actual situación de salud en nuestro país. Y también de cuáles son las opciones en políticas, en prácticas profesionales y en programas que permitirían una mejora alcanzable partiendo de la actual situación. Esperamos que el presente informe, como los anteriores, sea una herramienta útil en el debate sobre temas de salud.

Nuestra salud para el próximo milenio depende en gran medida de la gestión que hagamos como ciudadanos de las políticas sociales; por ello los editores de este informe eligieron como tema central del mismo y del reciente congreso SESPAS “La Salud Pública y el futuro del Estado del Bienestar”, siguiendo una tradición en nuestra sociedad de examinar los grandes determinantes de la salud en nuestro medio y llevar al núcleo del debate las posibles soluciones. El informe también sigue la tradición de dividir su contenido en dos partes: la que hace referencia a la situación de salud de la población y la que examina la situación de los servicios sanitarios, esta vez más inmersa aún en el marco general de las políticas sociales.

La salud en España sigue siendo buena, en términos generales, si la comparamos con el nivel esperable que daría nuestro nivel de desarrollo económico. A pesar de una desaceleración de las ganancias en esperanza de vida producidas por la desfavorable evolución de la epidemia de sida –España es el país desarrollado con mayores tasas de sida por habitante- gozamos aún de indicadores globales aceptables. No ocurre sin embargo lo mismo si descendemos a menores niveles de análisis.

Existe en nuestro país un claro gradiente de desigualdad que se refleja incluso en la mortalidad. Una de las conclusiones más relevantes de este informe es la existencia de un gradiente de mortalidad norte-noreste y sur-suroeste que evidencia una menor esperanza de vida en las regiones más pobres —Andalucía, Canarias, Murcia, Castilla la Mancha, Ceuta y Melilla. Esta situación debería tenerse en cuenta en el actual debate nacional sobre modelos de redistribución territorial. El envejecimiento de la población española supone retos para nuestra salud diferenciadores con otros países de nuestro entorno. Demográficamente más acusado por nuestra extraordinaria disminución de la fertilidad, y socialmente menos tamponado por nuestra también abultada tasa de desempleo, necesita claramente de más atención en el futuro. Como también necesita de más atención, recursos y sensibilidad política la salud de las mujeres españolas, ciertamente más longevas que los varones, pero con indicadores de calidad de vida sensiblemente peores que éstos.

También son aceptables en líneas generales las conclusiones referentes al estado de los servicios sanitarios. SESPAS, a través de los autores del informe, entiende como prioridad básica el mantenimiento del sistema sanitario público, definiendo un sistema duradero de financiación adecuada, mejorando su gestión, concluyendo el proceso transferencial de la asistencia sanitaria, potenciando el papel del Consejo Interterritorial, completando la cobertura de atención primaria. De nuevo este Informe SESPAS, como los anteriores, identifica la necesidad de contar en nuestro país con estrategias nacionales de salud para todos.

El informe contiene también recomendaciones a nivel de práctica sanitaria: sobre la necesidad de eliminar selectivamente los procedimientos inadecuados e ir construyendo una práctica clínica basada en la evidencia. Por último y no menos importante, el informe revisa y da algunas sugerencias sobre la organización de los servicios de salud pública en un ambiente más flexible como escenario más probable.

Sin embargo nuestra salud en un mundo cada vez más globalizado no sólo dependerá de las acciones que tomemos desde nuestro país. El hecho social, cultural y económico más importante en los últimos años ha sido sin duda el impacto tecnológico en el alcance y velocidad de la transmisión de la información, los bienes, los servicios y también de las personas. La salud como fenómeno ligado a variables sociales se ve notable y rápidamente afectada por estos cambios. Si cada día es más difícil pensar en términos de economía, evolución social y cultural a niveles exclusivamente nacionales, regionales o locales, también es imposible comprender y actuar en salud sólo desde dentro de nuestras fronteras.

En estos días, miles de nuestros conciudadanos están afectados de una grave enfermedad, el sida, originada en el centro de África. Paradójicamente, en un mundo cada vez más expuesto a riesgos globales se debilitan cada vez más los servicios de salud internacional y se recorta el presupuesto de las agencias transnacionales (como la OMS) que venían ejerciendo las funciones de salud pública a nivel mundial. Las ONG se ven obligadas a ejercer funciones de salud internacional de manera fraccionada y descoordinada para rellenar este vacío. Esta vuelta atrás histórica, de ingenua confianza en la caridad y la filantropía, está produciendo a nivel mundial respuestas inconexas e ineficientes que no pueden hacer frente de manera adecuada a los retos de la salud mundial producidos por los procesos de globalización.

A nivel micro, los cambios antes descritos imponen una mayor dependencia de dinero por parte de los ambientes domésticos e individuos para cubrir sus necesidades básicas. Cada vez es más difícil obtener bienes y servicios de transacciones informales basadas en los lazos de apoyo mutuo que sustentan las comunidades. Estos fenómenos, nuevos en nuestra historia económica, de destrucción comunitaria, están teniendo un enorme impacto en nuestro sistema de salud en la medida en que se debilita y se hace más vulnerable el sistema informal de cuidados, que actualmente atiende a una inmensa mayoría, el 88% de las necesidades de salud de la población. Progresivamente más y más aspectos de nuestra cultura de salud y de la gestión de los procesos de salud-enfermedad pasan desde ámbitos estrictamente domésticos o comunitarios al sector monetarizado, medicalizado y profesional dentro de una estrategia de las corporaciones médicas para aumentar su volumen de mercado.

Para los seres más vulnerables de nuestra sociedad los procesos de destrucción comunitaria suponen añadir a su ya existente pobreza en recursos financieros la pobreza producida por la erosión progresiva de sus recursos comunitarios y domésticos. En todos los países del mundo, este nuevo fenómeno de los doblemente pobres (pobres en dinero y pobres en comunidad) está produciendo circunstancias extremas de crisis en los entornos domésticos (algunas desconocidas hasta el momento, como el masivo abandono de niños en los asentamientos urbanos de latinoamérica) y masivas migraciones hacia las ciudades y hacia otros países.

Es por ello que la pregunta de qué hacer con el Estado del Bienestar tiene una respuesta tajante en este informe: "reorientarlo hacia los más pobres".

En nombre del Consejo Directivo de SESPAS me gustaría agradecer a Patxi Catalá y Esteban de Manuel el excelente trabajo que han realizado como editores del Infor-

me. Gracias también a los autores; sin la calidad de sus contribuciones los informes SESPAS no conseguirían su objetivo.

El Informe SESPAS sobre salud pública y el futuro del Estado del Bienestar ha contado con el patrocinio de la Escuela Andaluza de Salud Pública y de Merck, Sharp & Dohme de España. Gracias también a ellos.

Carlos Alvarez-Dardet
Ex-Presidente de SESPAS