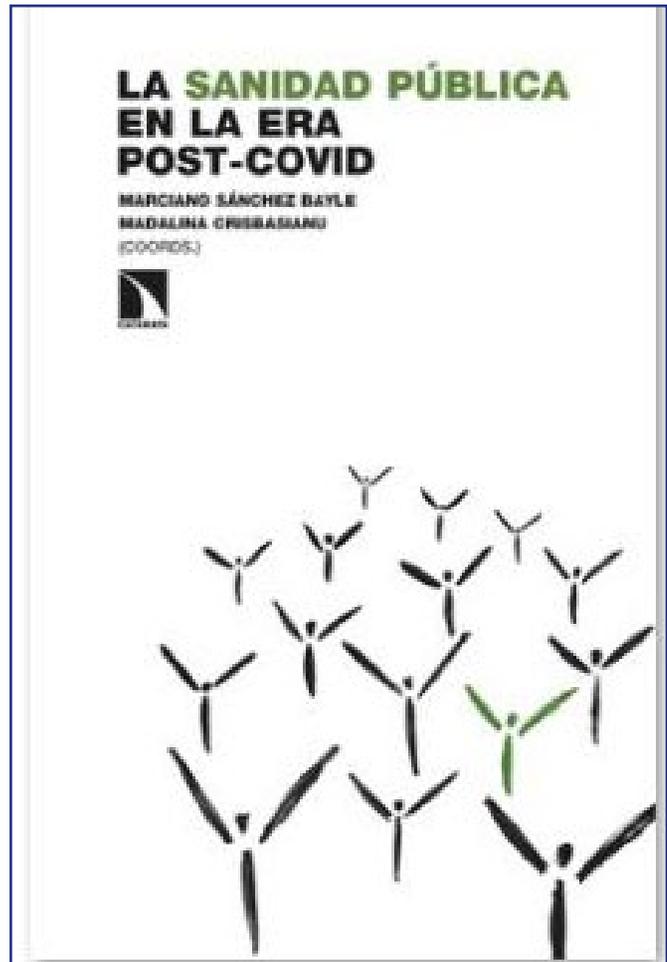


La sanidad pública en la era post-covid

Marciano Sánchez Bayle,
Madalina Crisbasianu
(coords.). Madrid:
Los Libros de la Catara, 2023

Durante la pandemia por coronavirus hubo peticiones para que se realizaran evaluaciones rigurosas e independientes de las condiciones de aparición de la infección, de su propagación y consecuencias y de la respuesta de los servicios sanitarios. Estos aspectos son el núcleo del libro que coordinan Marciano Sánchez Bayle y Madalina Crisbasianu. Sus doce capítulos pueden agruparse por su contenido en tres partes: los seis primeros capítulos abordan los efectos de la pandemia y la respuesta asistencial y salubrista en países Europeos (España, Portugal, Reino Unido) y americanos (Chile, México y Estados Unidos); hay cuatro capítulos dedicados a aspectos generales y transversales que influyen de manera determinante en la ocurrencia de enfermedades y en los sistemas sanitarios (medio ambiente y salud, el estado de bienestar en la protección de la salud, la política farmacéutica y las tecnologías de la información); los dos capítulos finales se centran en el papel futuro que deben jugar la atención primaria y el conjunto del sistema sanitario.

Hay dos conclusiones que pueden deducirse de este esforzado análisis: Los servicios sanitarios de los países estudiados estaban debilitados desde antes de aparecer la pandemia y, una vez superada, se constata frustración porque las promesas de reforma y



refuerzo de los sistemas sanitarios no se han cumplido.

Así, por ejemplo, en el caso de Portugal (capítulo escrito por Miguel Cabral de Pinho, Laurinda Queirós e Isabel do Carmo), tras un recorrido minucioso por las olas sucesivas de la pandemia y por las diferencias geográficas (mayor afectación del norte del país) y por los datos de incidencia, mortalidad y letalidad, señalando el descenso de ésta tras el inicio de la vacunación, recuerdan como la pandemia destapó muchos de los errores que se venían produciendo: Como se detectaron muchas residencias de ancianos que operaban ilegalmente, y como el elevado hacinamiento se tradujo en una mortalidad 20 veces superior a la de población de ancianos no institucionalizados. Un déficit de camas hospitalarias estimado en 5.047; falta de profesionales de la

salud y bajos salarios, a pesar de lo cual la respuesta profesional dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) fue extraordinaria y sacrificada hasta el agotamiento, y supuso el traslado de muchos profesionales de los servicios de urgencias a otros con menos presión asistencial.

Señalan como los hospitales público-privados recibieron pacientes covid menos graves y como las informaciones alarmistas y la reiteración de imágenes morbosas o ampliando la sensación de caos perjudicaron el estado mental de la población, pese al esfuerzo honesto de investigadores y clínicos por reforzar las medidas favorables a los cuidados.

Los autores consideran que en Portugal hay oportunidades de mejora si se avanza en las reformas iniciadas de carácter constitucional y sobre el sistema de salud.

En España, los autores del capítulo, Sergio Fernández Ruiz y Marciano Sánchez Bayle, destacan los déficits sanitarios previos a la pandemia, consecuencia, sobre todo, de las medidas tomadas a partir de la crisis de 2008: atención primaria debilitada, prolongadas listas de espera, capacidad hospitalaria reducida, 50.000 trabajadores menos, salud pública infradotada, etc.

A pesar de las promesas de refuerzo del sistema

sanitario, de los aplausos, etc., en el plan de reconstrucción comprometido con los fondos europeos, solo el 1,5 % de esos fondos se destinó a sanidad, el tercer país que menos, mientras que Italia le dedicó a su sanidad el 22,62 %, Alemania el 17,7 %, Francia el 15,0 % y Portugal un 8,3 %.

A modo de conclusión, los autores destacan que la pandemia en España tuvo un comportamiento similar al observado en los países del sur de Europa; que la transmisión se favoreció por la ausencia de sistemas de protección; que fue especialmente dramática la mortalidad en residencias de ancianos, asunto en investigación judicial; que la respuesta profesional fue ejemplar; que las limitaciones en el acceso al sistema sanitario perjudicaron a los enfermos no covid, empeorando su evolución e incrementando su mortalidad y que los compromisos de reconstrucción y mejora del sistema sanitario se han plasmado en pocas medidas.

Sally Ruane señala que el National Health Service (NHS) se encontraba muy debilitado cuando estalló la pandemia porque arrastraba una década de restricciones financieras; que la respuesta del gobierno no aumentó la capacidad permanente del NHS sino que añadió capacidades adicionales al sector privado y a instalaciones temporales; que se exacerbaban las desigualdades existentes y que aumentó el tiempo de





retraso en recibir tratamientos en todo el servicio de salud.

La amenaza para la salud pública que supone la emergencia climática, los altos niveles de endeudamiento, la elevada inflación, los “goles en propia puerta” consecuencia del Brexit, el fracaso de los planes fiscales del efímero gobierno Truss, el aumento del coste de la energía, etc..., repercutirán en el NHS incrementando los costes. En este contexto, fortalecer el NHS pasa por invertir más en medidas preventivas y en promoción de la salud, redistribuir mejor los impuestos, facilitar viviendas y transporte público y expandir la atención primaria y los servicios de atención social.

En el caso de Chile, César Gattini señala las consecuencias sobre la elevada incidencia, letalidad y

mortalidad general durante la pandemia de factores como la pobreza, la ruralidad, el envejecimiento, la menor cobertura vacunal y la postergación de atención sanitaria a casos no covid. Como consecuencias positivas destaca el fortalecimiento de los sistemas de información, vigilancia y monitoreo.

Un sistema sanitario altamente fragmentado en redes, con mucha medicina privada claramente mercantil, con limitaciones en el acceso de la población a los niveles adecuados de atención, acaba incrementando la inequidad. Hay esperanzas en que el nuevo gobierno que llegó al poder en marzo de 2022, formado por los líderes del llamado “estallido social” formulen una reforma hacia un sistema universal de salud de componente esencialmente estatal.

En México (capítulo de Olivia López Arellano, Victoria Ixshel Delgado Campos y Silvana Forti), a febrero de 2023 se habían notificado 7,4 millones de casos de covid y 332.850 fallecidos, y se estimaba la reducción de la esperanza de vida entre 2 y 10 años.

La pandemia, que había llegado al país en pleno apogeo de las políticas neoliberales, mostró las debilidades del sistema público de atención sanitaria. El reto para fortalecerlo pasa, entre otras medidas, por recuperar soberanía sanitaria promoviendo la producción pública de medicamentos y de insumos estratégicos para la salud; colocar la salud en todas las políticas; incrementar la inversión en salud; reforzar la solidaridad internacional y, en el nivel del sistema asistencial, por mejorar la organización territorial de los servicios; priorizar la atención primaria; disminuir las inequidades y las desigualdades en el acceso; ampliar las acciones de seguridad sanitaria y la participación comunitaria o evitar la precariedad laboral de los profesionales de la salud.

Para Daniel Puga Reimann y María Eugenia León Rueda la respuesta a la pandemia en los EE.UU. muestra la paradoja de un país que fracasa en su manejo pero que, a la vez, es capaz de descubrir las herramientas farmacéuticas más efectivas. Con casi 104 millones de casos de covid confirmados y 1.123.299 muertos supone la mortalidad más alta de

cualquier país y la vigésima más alta per cápita.

Al analizar las medidas puestas en práctica contra la pandemia, como el distanciamiento, señalan el clima de desconfianza social hacia esas medidas, caldo de cultivo del negacionismo, fomentado también porque las facturas médicas son la causa principal de bancarrota en los EE.UU. por lo que algunos perciben el sistema sanitario como una amenaza. Las consecuencias de la pandemia se agravaron por los determinantes sociales de salud (pobreza, racismo insitucionalizado, epidemias de obesidad, comorbilidades, etc...) y por la ausencia de un sistema universal de salud. Para los autores ha llegado el momento de encaminarse hacia un sistema de salud universal en los EE.UU. si consideramos el acceso a la salud como un derecho humano y si todos somos lo suficientemente humanos como para disfrutar de ese derecho.

La influencia del medio ambiente en la salud y en los sistemas sanitarios es analizado por Carmen Sánchez Bellido, describiendo su efecto sobre enfermedades emergentes. En el capítulo se describen las consecuencias de la crisis energética, de la contaminación atmosférica, del calentamiento global, de la pérdida de biodiversidad, de las alteraciones sobre la alimentación, de la reducción de recursos hídricos, del incremento en las desigualdades y del aumento de la pobreza, del efecto del deterioro medioambiental sobre las mujeres y sobre la salud mental y laboral.

En cuanto a las propuestas para aminorar el efecto del cambio climático sobre la salud, se enumeran las propuestas por la OMS, por la Organización Meteorológica Mundial y otras organizaciones que, en primer lugar, proponen esforzarse por alcanzar el “cero neto” en 2050 y por dar prioridad a los cobeneficios para la salud de la lucha contra el cambio climático y la contaminación atmosférica y por abordar las desigualdades, ampliando las acciones a nivel local que adaptan los programas de protección, promoción y mejora de la salud al clima.



Carlos Ponte Mittelbrun analiza la evolución histórica de los sistemas de protección a la salud y señala como han ido calando las tendencias biomédicas y comerciales por medio de la despolitización de la salud y de la enfermedad; la descontextualización de la atención sanitaria; la externalización de la tecnociencia y la privatización y por la medicalización de la salud. La apuesta de futuro pasa por considerar la protección de la salud como un derecho humano, por poner a la tecnociencia al servicio de las necesidades humanas, por superar el consumismo por medio de la autogestión y por transformar la democracia representativa (o adversativa, o competitiva) en democracia deliberativa.

Los cambios que necesita la política farmacéutica después de la covid son abordados por Fernando Lamata Cotanda y Serapio Severiano Peña. En primer lugar denuncian como los derechos de propiedad intelectual no aumentan la I + D innovadora, no facilitan la transferencia de conocimiento ni de tecnología y sirven para incrementar enormemente los beneficios de la Big Pharma. Con el modelo ac-

tual de investigación y fabricación de medicamentos, en España, en 2022 se ha producido un exceso de gasto por sobrepagos y prescripción inadecuada de 10.000 millones de euros que podrían invertirse en otras necesidades de salud. Durante la covid la fabricación de las vacunas no ha sido considerada un bien público, de manera que los beneficios de la industria han tenido prioridad sobre las vidas de la gente.

Para conseguir una política farmacéutica más saludable y más justa, los autores proponen separar los precios de los medicamentos de los costes de la investigación y desarrollo y, para España, negociar precios cercanos a los costes de fabricación; fijar incompatibilidades estrictas para evitar puertas giratorias; reclamar los derechos de propiedad de productos resultantes de investigaciones patrocinadas por servicios públicos; tender a la supresión de copagos; establecer programas de garantía de calidad de la prescripción y extremar la transparencia en toda información relativa al sector farmacéutico.

Garantizar información actualizada, de buena calidad e independiente de los intereses comerciales es la base de una política estratégica para lograr intervenciones en salud basadas en la evidencia científica. Esta es la premisa con la que parte el análisis de Carlos Sánchez Fernández sobre las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC). En el capítulo se describe el desarrollo del almacenamiento y accesibilidad de los datos; las alertas y la investigación en salud pública o la telemedicina, y termina advirtiendo sobre la necesaria confidencialidad y protección de los datos sanitarios, sobre las consecuencias de los “apagones” informáticos o sobre la brecha en el acceso que sufren las personas de más edad o con discapacidades, justamente las que tienen más problemas de salud, siendo una muestra más de la ley de cuidados inversos.

Sobre cómo queremos la atención primaria del futuro escribe José Manuel Aranda Regules. A su juicio no es necesario cambiar de modelo, si no resolver



los problemas actuales y los acumulados en su desarrollo. Así, desgana las consecuencias del deterioro de las condiciones de trabajo de los profesionales; las sobrecargas administrativas; la inexistente relación con el hospital, con los servicios sociales y educativos y con la salud pública y la medicalización y el gasto farmacéutico.

El capítulo recuerda las propuestas de mejora que fueron la base del movimiento liderado por la FADSP “salvemos la Atención Primaria”, entre otras: incrementar el presupuesto para recuperar lo recortado años atrás; incrementar el personal e incorporar nuevos profesionales. En cuanto al modelo de atención, recomienda garantizar unos centros de salud abiertos y accesibles dando prioridad a las consultas presenciales; desmedicalizar y desarrollar más la orientación comunitaria y garantizar la participación ciudadana. En cuanto a la gestión, propone desarrollar las áreas de salud integradas, con gestión descentralizada de base profesional y mejorar la relación con el hospital.

El libro termina con el capítulo destinado a describir el aprendizaje que nos queda después de la pandemia y las propuestas para mejorar la sanidad pública, y está escrito por Madalina Crisbasianu y Marciano Sánchez Bayle. La salud debe ser considerado un derecho humano fundamental y hay que universalizar el derecho a la atención sanitaria. Explican ventajas e inconvenientes legales de medidas adoptadas durante la pandemia, como los confinamientos, y las consecuencias desastrosas de unos sistemas sanitarios dañados por la crisis económica de 2008 y con privatizaciones crecientes que aumentaron los costes de la atención sanitaria (en España un coste entre 5 y 11 veces mayor que la alternativa pública), se redujo la calidad asistencial, se incrementaron las desigualdades y se redujo la inversión en investigación.

Otros factores que influyeron en las consecuencias negativas de la pandemia fueron la tradicional desatención de la salud pública, la deslocalización de las cadenas de suministro, el papel del negacionismo, las condiciones de las residencias de ancianos, las desigualdades sociales, la desatención de enfermos no covid y la descoordinación regional, nacional y mundial.

Prepararse para afrontar el futuro en un contexto de calentamiento global es un desafío considerable que obligará a reforzar los servicios de salud pública y los mecanismos de gobernanza a todos los niveles (OMS, etc.), así como la participación social. Se debería favorecer la soberanía sanitaria, y políticas de salud independientes de las multinacionales y de las políticas neoliberales; extender y universalizar la protección sanitaria por medio de sistemas sanitarios públicos potentes: dedicar al menos un 8 % al sistema sanitario público para que al menos el 85 % del gasto sanitario fuera financiado públicamente; parar las privatizaciones y revertir las existentes; potenciar la atención primaria; fomentar el compromiso de los profesionales con el sistemas sanitario público; abordar los determinantes sociales de la

salud y garantizar espacios sociosanitarios dignos, entre otras muchas propuestas.

Debemos contar con el apoyo de la población y de amplios sectores profesionales, porque existe una tensión permanente entre una sociedad cada vez más penetrada por el neoliberalismo y el mantenimiento de la sanidad pública y de otros servicios públicos; entre el estado mínimo y el estado de bienestar.

De momento, los sistemas sanitarios van perdiendo la partida frente a las multinacionales farmacéuticas. Los sistemas sanitarios no se han reforzado pero la industria farmacéutica ha asentado su poder adueñándose de las primicias tecnológicas e imponiendo sus condiciones en la metodología científica, condicionando el acceso a los nuevos medicamentos y multiplicando sus ganancias con las vacunas. (LP).

