

COMENTARIO EDITORIAL

Salud y política: una relación sin inocencia

Juan Gérvas

Médico de Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón. Madrid. Equipo CESCA. Madrid. España.

Algunos ejemplos

A los estudiantes de salud pública les suele sorprender el hecho de que el período de mejor salud de los niños ingleses se diera durante el curso de la Segunda Guerra Mundial. Pero la explicación es fácil: el racionamiento. La situación bélica forzó la decisión política, y su aceptación por la población. El racionamiento aseguró la justa distribución de un mínimo diario suficiente a todos los niños, y con ello se logró la mejor salud de este grupo a lo largo del siglo XX. Sin racionamiento no se revierte la desigual distribución de la riqueza, y un sector de población, los niños pobres, carece de lo básico en alimentación, por lo que su salud se resiente.

Existen ejemplos varios que demuestran de formas diversas el impacto de la política en la salud¹. Así, la asociación entre aumento de los suicidios y períodos de gobiernos conservadores en el Reino Unido². También, el enorme nivel

Puntos clave

- La salud es el resultado de múltiples determinantes, entre los que son básicos la dotación genética y los recursos ambientales.
- La salud no es un derecho, aunque los poderes públicos tienen responsabilidad en su protección, promoción, prevención y atención.
- La democracia se asocia con un mayor nivel de salud, pero no todas las opciones políticas democráticas conllevan el mismo resultado en salud, ni las mismas alternativas respecto a la organización de servicios.
- En España se demuestra una asociación entre el gobierno de derechas de las CCAA y un menor interés por la atención primaria.

de salud de la población de Kerala (pobre Estado de la India), logrado tras una historia centenaria de educación de la mujer, y de décadas de gobiernos comunistas que aseguraron la justa distribución de los recursos básicos. En el ejemplo opuesto, los pobres resultados de EE.UU. en salud, pese a su inmensa riqueza, básicamente por la marginación de casi el 25% de su población. ¡Qué decir del ejemplo ruso, con miles de varones muriendo por causas evitables no controladas, consecuencia del caos económico, político y social tras la debacle comunista a finales del siglo XX!

Ciertamente, no es nada inocente la relación entre salud y política, entre la morbilidad y mortalidad de las poblaciones y la toma de decisiones de los políticos¹.

La salud no es un derecho

Es común la aceptación del derecho a la salud como algo evidente, y hasta consta en algunas constituciones, como la brasileña y otras muchas (no en la española, ni en la propuesta para la Unión Europea). Sin embargo, la salud depende de la genética y del ambiente, y no puede asegurarse a nadie, de la misma forma que no pueden asegurarse la felicidad, ni el amor, ni la inteligencia, ni la autoestima, ni otros bienes y valores frente a los cuales la responsabilidad de las instituciones públicas y privadas es tan sólo la de facilitar su consecución, no la de asegurarla. Si la salud fuera un derecho en la Constitución española habría que impedir, claro, la muerte de todo español, y morir estaría prohibido entre nosotros, por inconstitucional.

Respecto a la salud, en lo posible los poderes públicos deben defenderla (protección), incrementarla (promoción), evitarla (prevención), y asegurar servicios sanitarios accesibles según necesidad (atención). No obstante, contra lo aceptado habitualmente, la salud de una población depende poco de los servicios clínicos. Lo básico, si se desea incrementar la salud, es invertir en el sistema educativo (especialmente, en educación formal de las mujeres). Otras políticas clave en la salud de la población son las de higiene de agua y alimentos, de vivienda, de trabajo, de justicia y de redistribución de riqueza. Todas estas políticas crean fuertes conflictos en su aplicación. Por ello, la democracia es fundamental para la salud, ya que es el sistema menos malo de solventar conflictos. Se ha demostrado, con datos empíricos, la asociación entre democracia y salud, controlando incluso por grado de riqueza y distribución de ésta, y por gasto público³. Lamentablemente, no basta ni con democracia ni con cobertura pública universal de servicios clínicos, como bien demuestra, en países que gozan de ambas, la diferente mortalidad por causa infecciosa según la clase social (el triple entre los pobres, en España)⁴, y la diferente probabilidad de dar a luz un niño con síndrome de Down (más del doble entre los pobres, en Francia, por falta de uso del diagnóstico prenatal y del aborto consecutivo)⁵.

Respecto a la salud son fundamentales las opciones políticas globales, ya que son necesarias, pero no suficientes, la democracia y la cobertura sanitaria pública universal.

El impacto de las opciones políticas en la atención primaria

Por sintetizar, en democracia hablamos de derechas y de izquierdas para referirnos a opciones alternativas que se distinguen por su énfasis en lo público. Son conceptos simplificadores, pero resumen bien una orientación predominante al mercado con escaso control (derechas) o a una cierta intervención sobre el mercado (izquierdas). En España ambas opciones han gobernado en el Estado y en las CCAA durante períodos varios. Por ello puede analizarse el impacto en salud y/o en la organización de los servicios sanitarios de los distintos gobiernos, aprovechando el «experimento natural» de su acción política. Es un ejercicio de investigación de servicios cuya solidez se afirma si llevan a los mismos resultados fuentes de datos diversas, y si se mantienen a lo largo del tiempo.

Se ha demostrado que el gasto sanitario público en atención primaria se mantiene en España durante décadas en torno al 16%, con independencia del color del partido gobernante⁶. Sin embargo, por CCAA se puede demostrar una mayor opción por la atención primaria entre aquellas CCAA menos ricas y/o con población más envejecida, generalmente gobernadas por las izquierdas (las regiones más ricas, en general gobernadas por las derechas, tienen una opción definida por los hospitales)⁷. La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) hizo un estudio al respecto⁸, que se continúa con el excelente artículo publicado en este mismo número⁹, y que confirma los resultados que demuestran una opción por la atención primaria más clara en las CCAA gobernadas por la izquierda.

Incluso con otros datos se llega a parecidas conclusiones¹⁰. Así, por ejemplo, si se suman centros de salud y consultorios, y se divide por las zonas de salud, la media en España es de 4,5. Pero las variaciones son enormes, de hasta 23 veces, entre 15,8 en Castilla-León y 0,7 en Madrid, y el orden es similar al que llegan la FADSP y los autores del texto comentado^{8,9}. En otro ejemplo, el orden es casi similar con la densidad de administrativos en atención primaria, profesionales más escasos en las CCAA gobernadas por las derechas. Se invierte el orden respecto al porcentaje de médicos generales que siguen trabajando en el modelo de dos horas y media de consulta, pues esta lista la encabezan Galicia y Baleares, lo que confirma de otra forma el escaso interés de su atención primaria. Es decir, en general destacan las CCAA que han sido gobernadas más tiempo por las derechas (Canarias, Baleares, Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid y Murcia) respecto a la falta de desarrollo de la atención primaria. Sin embargo, llama la atención Castilla-León, con muy buenos resultados, probablemente asociados con su pobreza y envejecimiento, por más que haya sido gobernada por las derechas.

Conclusión

En investigación de servicios no es fácil llegar a resultados irrefutables. Pero es muy interesante el estudio de las ten-

dencias e hipótesis que sugieren los «experimentos naturales» en torno a la atención primaria en España. Por ejemplo, aunque la reforma de la atención primaria española de 1984 precisa de un *aggiorgamiento*, con más de un cambio radical, algunos de sus componentes pueden servir de ejemplo para otros países^{11,12}. Para utilizar dicha reforma como ejemplo conviene entenderla a fondo. En este sentido son fundamentales los trabajos sobre el impacto de las opciones políticas en el desarrollo de la atención primaria. Además, sería deseable completar dichos estudios con otros paralelos respecto al impacto en salud. Con ellos podría entenderse mejor la relación entre política y salud¹. En todo caso, parece que la opción política de derechas se asocia con un menor «interés» por la atención primaria.

Bibliografía

1. Navarro V, Borrell C, Benach J, Muntaner C, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, et al. The importance of the political and the social in explaining mortality differential among the countries of the OECD, 1950-1998. *Int J Health Serv*. 2003;33:419-94.
2. Kelleher CC. How exactly do politics play a part in determining health? New perspective on an old age issue. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56:726.
3. Franco A, Álvarez-Dardet C, Ruiz MT. Effect of democracy on health: ecological study. *BMJ*. 2004;329:1241-4.
4. Regidor E, Mateo S, Calle ME, Domínguez V. Educational level and mortality from infectious diseases. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56:692-3.
5. Khoshnood B, Vigan C, Vodovar V, Bréat G, Goffinet F, Blondel B. Advances in medical technology and creation of disparities: the case of Down syndrome. *Am J Public Health*. 2006;96:2139-44.
6. Simó J, Gervas J, Seguí M, De Pablo R, Domínguez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. *La Atención Primaria española, Cenicenta europea*. *Aten Primaria*. 2004;34:472-81.
7. Simó J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. *La Atención Primaria, Cenicenta del Sistema Nacional de Salud*. *Aten Primaria*. 2007;39:127-32.
8. FADSP. Informe: Evaluación de la Atención Primaria en las CCCAA. Madrid: FADSP; 2007. Disponible en: www.fadsp.org/pdf/APCCAA07.doc
9. Martín García M, Sánchez-Bayle M, Palomo L. El desarrollo de la atención primaria en relación con la orientación política de los gobiernos autonómicos. *Aten Primaria*. 2008; 40(6): .
10. Gervas J. La práctica clínica (acceso y proceso). En: Navarro V, Martín Zurro A, coordinadores. *La Atención Primaria de Salud en España y CCAA*. Barcelona: Generalitat de Catalunya-IAPS; 2008 [en prensa].
11. Gervas J, Pérez-Fernández M, Palomo-Cobos L, Pastor-Sánchez R. Veinte años de reforma de la Atención Primaria en España Valoración para un aprendizaje por acierto/error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 2005. Disponible en: <http://www.diezminutos.org>
12. Rico A, Freire JM, Gervas J. El sistema sanitario español (1976-2006): factores de éxito en perspectiva internacional comparada. En: Espina A, coordinador. *Estado de bienestar y competitividad. La experiencia europea*. Madrid: Fundación Carolina-Siglo XXI; 2007. p. 401-44.