

XIII SEMINARIO DE AUTOFORMACIÓN DE LA RED-CAPS

Barcelona, 18 de Noviembre de 2011

PRESUPUESTOS SANITARIOS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO.

Carme Valls Llobet

Programa Mujeres, salud y Calidad de Vida. CAPS.

“La comprensión epidemiológica es incompleta si la influencia del sistema social en el ámbito estadístico no está apropiadamente reconocida. Al tradicional triunvirato de agente, huésped y medio ambiente, una cuarta influencia puede ahora ser añadida desde la perspectiva de género que es la contribución desde el sistema social, como las políticas de reembolso de los gobiernos, las prioridades organizativas y las variables de conducta de los proveedores de salud” (McKinlay 1996).

El presupuesto sanitario debería comprender los gastos que se destinan a la atención sanitaria de la población en los centros de primaria y en los hospitales y, en menor grado por ahora, el dinero que se destina a tareas de prevención (vacunaciones) y salud pública en general. Pero la cartera de servicios del sistema sanitario público debe tener en cuenta también las prioridades organizativas, lo que podríamos denominar políticas públicas, que definan qué aspectos de la asistencia se debería promover, y que tengan en cuenta el género como una variable. Pero la forma en que trabajen los profesionales sanitarios, las variables de conducta de los proveedores de salud, deben ser valoradas y modificadas, ya que si no se tiene en cuenta la perspectiva de género, nunca podremos obtener estadísticas fiables de la morbilidad diferencial, es decir, de las enfermedades más prevalentes entre mujeres y hombres. Los proveedores pueden detectar nuevos problemas de salud, y pueden ser estimulados a hacerlo si reciben estímulos económicos para cumplir unos objetivos que incluyan proveer salud teniendo en cuenta las diferencias. Por lo tanto si no se tiene en cuenta el sistema social y la influencia que va a tener en los gastos sanitarios, y no se introduce la perspectiva de género desde el primer momento en todos los planes y las políticas que después se han de presupuestar, no se podrá incluir la mirada sobre las diferencias en la salud de mujeres y hombres en el sistema sanitario público.

Las prioridades organizativas

Se pueden analizar si atendemos a los planes de salud del Estado o de las Comunidades Autónomas (CCAA), aunque en muchos casos no se corresponda el Plan de salud con los presupuestos ni con las políticas públicas que se aplican. La investigadora Rosana Peiró (1) realizó un estudio para examinar la sensibilidad de género en las políticas formuladas en los planes de salud de las CCAA de España. La autora define “sensibilidad de género” como el grado en que los planes de salud tienen en cuenta la existencia del género como categoría de relación y desarrollan acciones para aminorar las desigualdades debidas a éste. Para realizarlo propone un cuestionario que cada Comunidad Autónoma debería realizar para conocer si realmente ha incluido la perspectiva de género en sus planes de salud.

Cuestionario para la revisión sistemática de la sensibilidad de género:

- ¿Se describe la situación general de los determinantes sociales comparados con los problemas de salud desagregados por sexo?
- Entre los principios y valores, ¿reducir las desigualdades o específicamente las de género es uno de los ejes?
- Entre los objetivos generales, ¿se menciona la reducción de desigualdades o específicamente las de género?

Contenidos operativos

En cuanto a los problemas de salud priorizados

- En la descripción de la situación de salud ¿describe el problema de salud desagregado por sexo?

En cuanto a la intervención:

- ¿Propone objetivos específicos para la reducción de las desigualdades de género en la población?
- ¿Propone líneas de actuación para la reducción de las desigualdades de género en la población?
- ¿Propone objetivos específicos y líneas de actuación para grupos de exclusión social?

En cuanto a los entornos para la salud:

- En la descripción de la situación de salud ¿Describe la situación de salud en el entorno específico desagregada por sexo?

En cuanto a la intervención:

- ¿Propone objetivos específicos para reducir las desigualdades de género en la población?
- ¿Propone líneas de actuación para reducir las desigualdades de género en la población?
- ¿Propone objetivos y líneas de actuación para grupos de exclusión social?

Objetivos de apoyo al desarrollo del plan

En cuanto a la descripción de la situación de salud:

- ¿Describe la necesidad de su desarrollo y sus implicaciones respecto al género?

En cuanto a la intervención:

- ¿Propone objetivos para su desarrollo con implicación de género para la población?
- ¿Propone líneas de actuación con implicaciones de género para la población?
- ¿Propone objetivos específicos y líneas de actuación para grupos de exclusión social?

En cuanto a capítulos específicos

- ¿Incluye un apartado sobre salud reproductiva?
- ¿Incluye un apartado sobre salud de las mujeres en población general?
- ¿Incluye un apartado de población excluida con objetivos y líneas de actuación?

Después de analizar 13 planes de salud la autora y sus colaboradores concluyen que la sensibilidad de género en los planes de salud es muy desigual por CCAA. Diferencian entre sensibilidad simbólica de género, como el grado de inclusión de apartados con objetivos que tienen en cuenta las diferencias, y sensibilidad operativa de género según los resultados obtenidos. El País Vasco, la Comunidad Valenciana y Canarias tienen un alto índice de sensibilidad simbólica que no se corresponde con su índice de sensibilidad operativa. El País Vasco, Cataluña y Galicia tienen los índices de sensibilidad operativa de género más altos. Proponen formación de coaliciones y redes de profesionales y colectivos para poner de manifiesto el problema y construir planes a partir de la experiencia de las CCAA con mayor sensibilidad de género en sus propuestas.

Políticas de reembolso de los gobiernos

Las políticas de reembolso de los gobiernos podrían permitir cambios en la orientación de la actividad asistencial y la mejoría de la eficiencia de la actividad profesional, si en lugar de orientarse a recortar el gasto de forma indiscriminada se orientara a clarificar objetivos.

Los objetivos de la asistencia sanitaria tendrían que asistir a las necesidades de las y los pacientes pero en muchos lugares del mundo se plantean si la asistencia que estamos ofreciendo (2) está dedicada realmente a los problemas de salud de las personas. La "Medicina centrada en el paciente" contrasta con la "Medicina centrada en los médicos" y en sus necesidades y objetivos. Imperceptiblemente la medicina hospitalaria e incluso la especializada se ha desarrollado y se ha orientado hacia los intereses específicos de los profesionales sanitarios (investigaciones concretas, publicaciones, obligación de determinados protocolos) más que a las necesidades de los y las pacientes. En atención primaria se han vivido procesos diferentes, ya que desbordados sus profesionales por la multiplicidad de tareas cotidianas y el gran número de pacientes, no se pueden planificar objetivos asistenciales y se pierden motivaciones e intereses (o se buscan en actividades fuera de la profesión). El ejemplo clínico que analiza Bardes con un paciente dando vueltas por el sistema sanitario para resolver un dolor en la rodilla y acabando sin solución después de haber consultado a cuatro especialistas, es un ejemplo repetido en la actividad habitual de la atención primaria en relación al dolor de las mujeres. El dolor en "todas partes" y el cansancio son las dos primeras causas de demanda de atención de las mujeres en atención primaria en España. Siguiendo las encuestas de Salud de población, más de un 32% de la población femenina en Catalunya debe causar baja en su actividad habitual por presentar dolor en alguna parte del cuerpo. ¿Está preparado el sistema sanitario y la Ciencia médica de la atención primaria para dar respuesta a este gran problema? Si es un problema que afecta a una tercera parte de la población femenina ¿está incluido el diagnóstico y el tratamiento del dolor entre los objetivos de la atención primaria?

En este momento el pago por objetivos constituye un complemento salarial de los médicos y médicas y del personal de enfermería, pero los objetivos que han de cubrir están determinados de forma jerárquica con escasa participación de los profesionales que los han de aplicar. Los objetivos no obedecen a un análisis de los problemas de salud de una determinada población y no hemos encontrado en los objetivos

asistenciales de ninguna Comunidad Autónoma objetivos con perspectiva de género. Por ejemplo los objetivos para el control de riesgos cardiovasculares son el control del colesterol y de la presión arterial. Si sólo pagamos a nuestros profesionales de atención primaria para que analicen estos objetivos no nos puede extrañar que se medicalice después un factor de riesgo como el colesterol, tratándolo con medicación, en lugar de intentar una prevención primaria con buenos hábitos de nutrición y ejercicio físico. Como decía McKinlay según los objetivos por los que paguemos a los proveedores de salud, existirá un sesgo en las estadísticas de prevalencia de enfermedades y carencias en la salud de la población, y permanecerán invisibles las causas del cansancio y el dolor y otros problemas de salud, con el agravante de que los recientes estudios epidemiológicos realizados (sin conflicto de intereses), no demuestran una relación entre la prevención de los niveles de colesterol y la mortalidad por problemas cardiovasculares, en especial entre las mujeres.

Privatización de los servicios y sesgo de la atención

La privatización y el copago de los actos sanitarios también afecta a las variables de conducta de los proveedores de salud. El libro que nos ha proporcionado Consuelo Catalá (3) analiza la experiencia valenciana de la privatización de las concesiones administrativas a la sanidad pública.

El caso de Alzira y Madrid constituye un ejemplo de la política de las tres PPP (*Public-Private -Partnership) Gestión Privada de un Servicio Público*. A partir de aprovechar las inversiones hechas con dinero público se privatizan los beneficios y se socializan los riesgos. La inversión privada participa con el 51% del capital con lo que asegura la toma de decisiones pero sin riesgos ya que el resto de capital lo asumen las Cajas de Ahorro. Captan clientes privados y públicos y ofrece servicios “estrella” quirúrgicos, pero no tiene UCI infantil y deriva los pacientes con VIH y trasplantes a la red pública. Sólo realizan asistencia (no docencia ni investigación) ,y sean como sean las cuentas (casi siempre opacas), la Consejería de Sanidad acaba siempre pagando con dinero público.

Los centros privatizados han discriminado a sus facultativos, han promovido despidos por maternidad, no han asumido costes sociales ni han aceptado el 5% de minusvalías. Además, no han asumido las prestaciones de farmacia, que constituyen el 30% del presupuesto, ni la Oxigenoterapia ni las Prótesis ni el Transporte Sanitario.

Las consecuencias reales del modelo son que se deja entrar a capital privado en condiciones privilegiadas que rompen los principios de economía de mercado. Los clientes son fijos. No hay competencia. No hay impagados. Los gastos imposibles los paga el erario público o sea los impuestos de toda la ciudadanía. Las dimensiones de las plantillas de profesionales son inferiores a los hospitales públicos por lo que el estrés y el Burn-out de las personas que trabajan en el sistema se convierte en la primera enfermedad profesional. Con los impuestos de la ciudadanía se está pagando el Sistema Nacional de Salud en el que las empresas privadas van a obtener beneficios. (Modelo EEUU calidad de asistencia depende del nivel de ingresos de los ciudadanos/as).

Prioridades políticas y organizativas para preservar la salud de las mujeres

"Las mujeres tienen órganos que no sienten como suyos cuyas funciones les son ajenas, y de los que disponen los entendidos en el terreno que sea" Victoria Sau.

Existen muchas enfermedades crónicas, carencias metabólicas y disfunciones endocrinas que son de predominio femenino, MORBILIDAD DIFERENCIAL, pero falta Ciencia que permita la formación de los profesionales y que haya investigado patologías crónicas. Algunas de estas enfermedades pueden dar dolor generalizado y dolor en puntos de inserción músculo-tendinosa. Si se dejan de diagnosticar, o se confunden como si fueran quejas psicósomáticas (ansiedad o depresión), los sesgos de diagnóstico se cronifican y los presupuestos no contemplan los problemas reales de salud de las mujeres.

Esta falta de ciencia específica constituye una de las formas de microviolencia en el acto médico y creo que en los objetivos sanitarios con perspectiva de género se tendría que incluir un análisis más a fondo de las violencias conscientes o inconscientes que se ponen en práctica en la relación médico-paciente. Para profundizar en este tema me remito al capítulo de mi libro *"Mujeres, salud y poder"* (4), con encuestas a pacientes sobre su de haber sido sometidos a violencia en el acto médico.

Katarina Swahnberg la denomina violencia estructural:

La violencia estructural es un proceso silente que impide que los individuos y los grupos profesionales se den cuenta de su verdadero potencial. Por ejemplo los profesionales sanitarios desobedecen muchas veces los principios éticos pero no se dan cuenta de ello y no siempre son percibidos como violaciones por las/los pacientes.

Katarina Swahnberg argumenta que ni las pacientes ni los profesionales se dan cuenta de las violaciones efectuadas en los ejemplos del cuestionario porque los dos grupos están sometidos a la violencia estructural.

Al hablar de prioridades y de objetivos también habría que evaluar resultados de prácticas profesionales de alto coste que se realizan en los hospitales, y cuyos resultados son difíciles de evaluar. ¿Nos podemos permitir ser el primer país europeo en trasplantes? Evaluemos los resultados (5).

La satisfacción del paciente como objetivo ¿refleja realmente una mejora del estado de salud?

La satisfacción de los pacientes se mide en relación a como evalúan éstos los sistemas y planes de salud y en relación a cómo son tratados por los profesionales, pero no está claro si la relación entre calidad clínica asistencial y satisfacción es proporcional. En el estudio de Fenton et al. (6), se cruzó una muestra de 34.000 personas adultas (edad media 48 años, y el 58% mujeres) que fueron entrevistadas y seguidas durante 4 años, con los registros de mortalidad. Los pacientes más satisfechos tenían un 8% menos de utilización del servicio de urgencias pero en cambio un 12% más de admisiones al hospital, un 9% más de prescripción de fármacos y un 26% más de mortalidad que los

que estaban insatisfechos. La explicación a estos hechos que da Thomas Schwenk el Journal Watch General Medicine (6 March 2012) es que unos servicios innecesarios y excesivos que quizás satisfacen aparentemente los pacientes, son asociados con mayores riesgos y peores resultados de salud. "Más no es siempre mejor".

Por lo tanto el conflicto está en qué objetivos se deben proponer: ¿los que permitan hacer mejores diagnósticos y tratamientos (o ningún tratamiento), los que mejoren la satisfacción de los pacientes o los destinados a dar un estímulo económico a los profesionales sanitarios?. ¿Cuál podría ser la mejor solución en función de la "Patient centered Medicine"?

El modelo relacional

Hemos de cambiar el modelo de investigación y docencia hacia un modelo médico-científico relacional, que se aleje del concepto de salud sólo reproductiva, y del cuerpo de la mujer lleno de hormonas destinadas a la reproducción y haga una nueva lectura del cuerpo como organismo, de su funcionamiento, de los conceptos de la medicina, en Anatomía y Fisiología atendiendo a las diferencias, entre mujeres y hombres, como tales, y no como inferioridades, y abordando la ciencia de la morbilidad diferencial (7).

Mari Luz Esteban

Si entendemos la salud como un aumento de la autonomía y de la libertad personal, según qué objetivos nos propongamos (por ejemplo, que todo el mundo tenga el colesterol en una determinada cifra) incrementaremos o no la tensión entre libertad individual y políticas de salud pública. ¿Dar empoderamiento a cada ser humano puede mejorar las desigualdades en salud? Sabemos que las clases sociales influyen en el estado de salud, pero el ESTRÉS, la AUTOESTIMA y las RELACIONES SOCIALES pueden influenciar mucho en el estado de salud y no son evaluadas habitualmente como objetivo de salud (8).

Si entendemos que la calidad de vida nos ha de conducir a una salud para disfrutar hemos de entender que los objetivos de salud tendrían que pasar por:

- Potenciar la energía personal
- Mejorar el rendimiento físico y mental
- Subsanan carencias metabólicas y/o disfunciones endocrinas
- Salud y calidad de vida: ocio, sexualidad, sensualidad y relaciones humanas y Participación social

Para ello sería necesario dentro de las propuestas de género en la asistencia:

- Potenciar la investigación en morbilidad diferencial
- Introducir docencia en Morbilidad diferencial en planes de estudio de profesionales sanitarios
- Detección de morbilidad diferencial incorporada los objetivos de Asistencia Primaria y que disponga de recursos para diagnóstico y capacidad resolutoria de morbilidad diferencial en Asistencia Primaria

La salud en todas las políticas

Tal como ha propuesto la Dra. Lucia Artazcoz en el año 2010 (9), es necesario que los presupuestos públicos incluyan la salud en todas las políticas: en las políticas socio-sanitarias, en las políticas en educación, de medioambiente, en las políticas municipales...

También sería importante establecer objetivos intersectoriales en los planes de salud como:

- Salud en la infancia.
- Salud y trabajo en la vida adulta.
- Envejecimiento activo y saludable.
- Sostenibilidad ambiental y estado de salud: Contaminación agua, aire, alimentos y electromagnética.
- Políticas fiscales y salud: ¿Bastan con los impuestos?

En el futuro hemos de construir un nuevo sistema de promoción de la salud con perspectiva de género que incluya los DERECHOS DE CIUDADANÍA:

- A la INFORMACIÓN y a la PARTICIPACIÓN (Consejos de salud locales, con profesionales sanitarios y asociaciones de mujeres; Coordinación con bienestar)
- Derecho a decidir.
- Derecho a la maternidad libre, responsable y no medicalizada.
- Derecho a decidir sobre el propio cuerpo.
- Derecho a vivir en ciudades saludables (sin ruido, sin pesticidas, sin contaminación ...).
- DERECHO AL PLACER Y LA CALIDAD DE VIDA.
- DERECHO A DISFRUTAR.

Para ello hemos de incrementar los niveles de AUTOFORMACIÓN, tratar de continuar por todos los medios con el intercambio de información y los ricos debates virtuales de la RED-CAPS, la realización de su encuentro anual, seguir desarrollando la Escuela de Formación en Morbilidad Diferencial, continuar publicando la Revista Mujeres y Salud, y seguir trabajando, en suma, para que la salud de las mujeres bio-psico-social y medio ambiental sea tenida en cuenta en los objetivos de asistencia atanto primaria como especializada y hospitalaria, y en las encuestas y estudios de salud pública.

GRACIAS POR VUESTRO SOPORTE Y PONGAMONOS A PENSAR ESTRATEGIAS PARA QUE LA RED CONTINUE Y CREZCA.

Bibliografía

1. Peiró R, Ramón N, Alvarez-Dardet C, Colomer C, Moya C, Borrell C, Plasència A, Zafra E, Pasarín MI. [Gender sensitivity in the formulation of Spanish health plans: what it could have been but wasn't]. Gac Sanit. 2004;18 Suppl 2:36-46.
2. Bardes CL. Defining "patient-centered medicine". N Engl J Med. 2012 Mar 1;366(9):782-3.

3. John Lister, Mark Hellowell y Allyson M. Pollock, UNISON, Delia Álvarez Edo, Juan Benedito, Ramón Serna y Juan Antonio Gómez Liébana. Por nuestra salud. La privatización de los servicios sanitarios. Ed. Traficantes de sueños 2010.
4. Valls- Llobe, Carme (2009). Mujeres Salud y Poder. Madrid: Catedra (Col. Feminismos)
5. Engels EA, Pfeiffer RM, Fraumeni JF. Los pacientes transplantados presentan el doble de riesgo de padecer cáncer que la población general. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2011;13(3):111.
6. Fenton JJ, et al. The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Arch Intern Med.* 2012 Mar 12;172(5):405-11.
7. Fenton JJ, et al. The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Arch Intern Med.* 2012 Mar 12;172(5):405-11.
8. Wilkinson, R. (1992) Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal* , 304 , 165 – 168
9. Artazcoz, Lucía; Oliva, Juan; Escribà, Vicneta y Zurriaga, Óscar. La salud todas las políticas, un reto para la salud pública en España. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria* 2010; Suppl 1:1-6.