

## Cambio político y salud. Estructura y funcionamiento de un sistema sanitario plural

A propósito de «La salud en China» (Hesketh, Therese; Wei Zing Zhu (1997) Health in China. *British Medical Journal*, 314, 1543-1545; 1616-1618; 1685-1687; 1898-1900; 315, 115-117)

Carla P. Aguirre Marco. Universitat de València

El *British medical journal* ha publicado durante 1997 una serie de cinco artículos sobre el estado actual de «La Salud en China», obra de Therese Hesketh y Wei Xing Zhu. Resulta de especial interés la información que ofrecen sobre la estructura y el funcionamiento actuales del sistema sanitario, un raro caso en el que conviven en todos los niveles dos sistemas médicos diferentes, la medicina china clásica y la medicina científica moderna (Traditional chinese medicine: one country, two systems, *B.M.J.*, 315, 115-117; The health care market, *B.M.J.*, 314, 1616-1618). Además recorre su implantación y desarrollo desde la revolución comunista hasta los cambios socioeconómicos recientes, acompañada de los indicadores sanitarios pertinentes, en lo que puede constituir un ejemplo especialmente claro de la directa repercusión que tienen los cambios políticos en la salud de la población (From Mao to market reform, *B.M.J.*, 314, 1685-1687). Un artículo se centra especialmente en la salud materno-infantil (Maternal and child health in China, *B.M.J.*, 314, 1898-1900.), y otro aborda de forma monográfica el tan manido asunto de la política de planificación familiar, «un hijo por familia»; la describe con todas sus excepciones y nos informa tanto de su carácter originalmente transitorio - planeado básicamente para una generación - como de su finalidad bastante más ambiciosa que la de contener el crecimiento demográfico. Sobre este último tema señalaremos únicamente que, según los autores, parece haberse conseguido el objetivo de modificar la estructura familiar tradicional, extensiva, por la nuclear, más adecuada sin duda a los cambios socioeconómicos que se han producido, especialmente en el mundo rural dominante (The one child family policy: the good, the bad, and the ugly, *B.M.J.*, 314, 1685-1687).

Centraremos nuestro comentario en los tres artículos dedicados al sistema sanitario chino. «De Mao a la reforma de mercado» explica los diferentes cambios introducidos por el comunismo: desde la instauración

del sistema sanitario a los que supuso la revolución cultural y, finalmente, la transición al sistema económico liberalizado actual. En «el mercado sanitario» revisan con detalle la organización y financiación sanitarias y los diversos problemas a los que se enfrentan hoy. En «La medicina tradicional China: un país, dos sistemas» se detalla la coexistencia institucionalizada de dos sistemas médicos muy distintos, tanto en el plano de los profesionales y las instituciones, y el de sus prácticas, como en el plano de los usuarios. Nuestra descripción y comentario no respeta estrictamente el orden de la exposición original. Hemos sistematizado los datos y nuestro comentario comenzando por la situación actual de la medicina clásica en el país; seguimos con el dismantelamiento presente del modelico sistema sanitario chino gratuito y universal, y terminamos con la revisión de las etapas del desarrollo de la sanidad en China desde la revolución maoísta, que muestran sin duda la repercusión directa de los cambios políticos en el estado de salud de los pueblos. Algunos de los datos económicos y sanitarios de la China actual que ofrecemos proceden de otras fuentes diferentes de los artículos que originalmente motivaron esta revisión y, cuando ha sido posible, han sido puestos al día los que ofrecían los autores en 1997.

### La medicina clásica en China hoy

El sistema sanitario chino constituye el único ejemplo actual de lo que llamamos propiamente pluralismo médico, esto es, la coexistencia de sistemas médicos diferentes en condiciones de igualdad en todos los niveles de la organización y el funcionamiento de un sistema sanitario y en todo el territorio nacional. La medicina científica clásica, que los autores denominan medicina tradicional, proporciona hoy el 40% de toda la atención sanitaria a la población, y la medicina científica moderna, que denominan «occidental», el 60% restante. La actual política de expansión, tanto en recursos

humanos como materiales, de la medicina china clásica está en entredicho tanto por la infrautilización de sus hospitales como por el enorme gasto económico que supone al Estado mantenerlos en funcionamiento, a diferencia de los hospitales de medicina «occidental». Esto se debe a diversos factores pero no al grado de eficacia de la medicina tradicional: la eficacia de los tratamientos tradicionales está cada vez más avalada por la investigación científica en China y en Occidente. Todo ello parece anunciar una futura integración o combinación de ambas medicinas más que el mantenimiento de instituciones separadas que, de hecho ya en la práctica, como veremos, manejan indistintamente tratamientos de ambos sistemas.

La infrautilización y el déficit de los hospitales de medicina clásica china se debe principalmente al sistema de financiación y de liberalización de los precios que se ha venido imponiendo desde 1985 con la apertura del mercado.

La medicina tradicional cuenta con un departamento propio en el ministerio de Sanidad y con oficinas provinciales y comarcales en todo el país. Tiene sus propios centros de formación de profesionales, sus propios hospitales e institutos de investigación. Aunque atiende, como hemos dicho, el 40% de la demanda sanitaria total, la proporción es mayor en las zonas rurales, y debe tenerse en cuenta que el 70% de la población china vive en áreas rurales. Estas cifras no incluyen la automedicación que es una práctica muy extendida y que concierne especialmente a la farmacopea tradicional china.

Algunos datos sobre China :

*Población* (1998): 1.244.200.000 (1/4 parte de la población mundial = 3 x población de la U E)

*Superficie*: 9.596.961 km<sup>2</sup>

*Forma de Estado*: República socialista unitaria y multinacional

*Organización*: 22 provincias, 5 regiones autónomas (Guangxi; Mongolia Interior; Ningxia; Xinjiang y Xizang (Tíbet), 4 grandes ayuntamientos (Pekín, Shangai; Chongquín y Tianjín)

*Crecimiento anual población*, 1995-2000: 0,9%; 1975-1985: 2,9%; 1985-1995: 2,2%

*Nacimientos anuales*: 22.000.000

*Mortalidad infantil*: 37 por mil (Hesketh y Wei Xing Zhu) (últimos datos disponibles: 41 por mil, 1995-2000)

*Mortalidad materna*: 5 por mil

*Índice de fecundidad*: 1975-1985: 2,9; 1985-1995: 2,2; 1995-2000: 1,8

*Población rural*: 70%

*Población activa agricultura*: (1975): 76,3%;

(1985): 73,3 %; (1996): 47,7%

*Número de médicos*: (1994): 1,57 por o/oo hab. (=1.971.450 médicos. En 1997, 300.000 son de formación clásica)

*PIB per capita*: 470 \$ (Hesketh y Wei Xing Zhu) (últimos datos disponibles, 1997: 3.130\$)

*Crecimiento anual PIB* (1998) 7,8%

*Índice de inflación* (1997): 9,2%; (1998): -0,8%

*Esperanza de vida al nacer*: 1995-2000: 70 años

*Índice de alfabetización adultos*: 81%

Cada ciudad capital de provincia cuenta con un hospital de medicina tradicional y hay en marcha un plan para disponer de un hospital por cada condado. Los hospitales del sistema occidental constituyen el 95%, pero todos cuentan con servicios de medicina tradicional con camas para ingresos. Los pacientes eligen el tipo de medicina a su llegada a consultas externas. En una de las provincias más ricas, Jiangsu, una cuarta parte de la demanda es a la medicina tradicional, lo que supone más de 1 millón de consultas en un año.

También es importante la colaboración entre ambos sistemas que refleja la práctica. El 40% de los medicamentos utilizados en los hospitales de medicina occidental son remedios tradicionales y el 40% de los utilizados en los hospitales tradicionales son fármacos de la medicina occidental. En las capitales de condados y en las aldeas los médicos prescriben indistintamente ambos tipos de medicamentos sin contradicción aparente. En el caso de las afecciones respiratorias de vías altas se prescribe a los niños una media de 5 fármacos diferentes que siempre son una mezcla de ambos tipos de medicamentos.

Respecto a la formación de profesionales, la enseñanza de la medicina clásica china se mueve desde el aprendizaje artesanal familiar a estudios universitarios específicos de 3 a 5 años de duración. En las universidades donde se forman los profesionales de la medicina y la enfermería occidentales, entre un 10 y un 15 % del curriculum es medicina tradicional, lo que incluye el aprendizaje de la acupuntura especialmente en enfermería.

La actual política estatal de expansión de la medicina clásica china incluye el aumento del número de sus profesionales médicos, que en la actualidad son cerca de 300.000, y otros profesionales sanitarios, y el aumento en un 20% del número de camas hospitalarias, aumento que viene siendo del 8% anual desde 1985.

Como mencionamos, el sistema asistencial tradicional cuenta hoy con problemas económicos muy graves, debidos a la apertura del país y de su sanidad a la economía de mercado. La tecnología y el especialismo están económicamente privilegiados por el sistema de precios, y la medicina tradicional china es esencialmente general e internística, con apenas especialización y desde

luego poca tecnología. La mayoría de los pacientes de sus hospitales son externos. A diferencia de los hospitales de medicina occidental, que obtienen beneficios por la utilización de la tecnología y por el gasto farmacéutico, los tradicionales sobreviven por la financiación estatal y nunca tienen un superávit que permita mejorar sus instalaciones. Un estudio realizado en 6 hospitales comarcales demostró su infrutilización y su exceso de personal. Sale más rentable incorporar los servicios de medicina tradicional en hospitales de medicina occidental.

En cuanto a la investigación, hay una prioridad en los estudios clínicos sobre la eficacia y la seguridad de los tratamientos tradicionales. Apenas se realizan investigaciones a doble ciego con usos de placebo, pero su necesidad es evidente. En Estados Unidos, el departamento de control de fármacos y alimentos estaba probando así la eficacia de la tricoxantina en el sida. La cultura china supone una barrera para la realización de este tipo de investigaciones clínicas porque considera que no es ético negar un remedio potencialmente beneficioso a los enfermos.

Desde el punto de vista de occidente se necesita identificar los principios activos de muchos remedios tradicionales. Hoy es la artemisina, el principio activo del antipalúdico tradicional chino quing hao su, con más de 2000 años de uso, el fármaco antimalárico de elección en Asia. Los estudios clínicos demostraron que con este medicamento, el tiempo requerido para la desaparición del parásito en la sangre del enfermo era menor que con la cloroquina, además de que hacía remitir antes los síntomas y no tiene toxicidad grave.

Otro aspecto importante de la investigación se refiere al tipo de enfermedades en las que sería más eficaz un tipo u otro de medicina. Los estudios muestran que la población recurre más a menudo a la medicina tradicional para afecciones de tipo inmunitario, enfermedades de curso crónico e incurables, y en cambio para las agudas se somete a la medicina occidental. Sin embargo los estudios fiables de eficacia terapéutica cuentan con la dificultad casi insalvable de que en la práctica ambos tipos de medicina, sus instituciones y sus profesionales, usan simultáneamente remedios de una y otra medicina. Por otra parte, mientras persiste el temor de que la medicina científica moderna desplace a la china clásica, a la vez ha aumentado de forma espectacular el interés de la medicina occidental por la medicina china clásica, en particular por sus recursos terapéuticos. El empleo de la acupuntura es un hecho fuera de China, aunque casi exclusivamente como analgésico. La medicina occidental en China, sin embargo, la emplea también en anestesia quirúrgica. En cuanto a la farmacopea china, el *Nei Ching* registra más de 500 prescripciones, cada una de las cuales incluye cerca de 15 plantas diferentes que han de prepararse juntas. Hoy se ofrecen también en forma de comprimidos, y es precisamente la industria farmacéutica la gran beneficiaria de este interés. Entre 1988 y 1992 aumentó sus ventas en un 52%; sus ventas a occi-

dente aumentaron en este periodo un 51%. La regulación legal china es igualmente exigente con los fármacos de una y otra medicina, pero hoy existe un mercado negro que ofrece los medicamentos a bajo precio y sólo una quinta parte de los hospitales del país se abastece de los vendedores autorizados por el Estado.

### **La crisis actual del modelo de Alma Ata**

En la actualidad ha dejado de existir el modelo chino de sistema sanitario plural que por incorporar los recursos de la medicina tradicional y de la medicina científica moderna y proporcionar un acceso universal y gratuito a la atención sanitaria básica fue el modelo de Alma Ata para el mundo en 1978.

Desde 1982 se ha introducido el libre mercado en el sistema sanitario y ha cambiado radicalmente su forma de financiación con dos consecuencias principales: las desigualdades en el acceso de la población a los servicios y una mayor ineficacia en la utilización de los recursos. Los indicadores sanitarios para el conjunto de la población no han empeorado, algunos han mejorado incluso, debido a las mejoras en el nivel macroeconómico y también debido al mantenimiento del énfasis sanitario en la prevención. Sin embargo, debemos tener en cuenta que si las desigualdades económicas entre ricos y pobres han aumentado considerablemente, esos indicadores sanitarios globales no reflejan la realidad del estado de salud de la población. El gobierno nacional ha disminuido su financiación del sistema sanitario hasta aportar menos del 1% del gasto sanitario total. Solamente contribuye económicamente con inversiones y préstamos a los hospitales y a la medicina preventiva de las áreas más desfavorecidas. El grueso del coste sanitario ha pasado a ser responsabilidad de las provincias y de los condados, sale de los impuestos locales y apenas cubre los salarios mínimos del personal sanitario y entre un 20 a un 30% del gasto hospitalario. El resto proviene de la aportación particular de los usuarios.

A la vez, el colapso del sistema agrícola colectivizado ha comportado la desaparición del sistema de asistencia colectivizada ligado a las comunas agrarias. Era gratuito y ahora funciona sobre tarifas que dependen de la prestación solicitada por el usuario.

Los ciudadanos básicos se prestan por debajo de su coste y los beneficios del sistema provienen de la venta de medicamentos y del uso de tecnología. El beneficio se sitúa entre un 15 y un 25% sobre el coste del medicamento, porcentaje que va directamente al médico o a la institución. Las formas de pago por los servicios son bien particular, bien por las aseguradoras privadas o por el seguro laboral.

La estructura de precios ha resultado directamente en una mayor ineficacia en el uso de los recursos. Entre otros casos, la hipermedicación de los enfermos ha sido estudiada desde diversos puntos de vista. El gasto en farmacia, incluyendo tanto la tradicional como la occidental, supone hoy el 50% del gasto sanitario total;

la infusión intravenosa de antibióticos para enfermedades leves o de soluciones de rehidratación que podrían indicarse de forma oral son tan frecuentes que los hospitales disponen de salas especialmente dedicadas a estos procedimientos en las consultas externas; un estudio comprobó que el gasto en farmacia para pacientes operados de apendicitis en un mismo hospital fue mucho mayor para los asegurados que para los no asegurados, sin que se apreciaran diferencias en los resultados terapéuticos. Dado que los seguros no cubren los cuidados intensivos neonatales, que suponen un uso excesivo también de tecnología y cuestan dos veces el salario medio mensual, no es nada infrecuente que el Estado separe a los niños que los requieren sus familias porque los padres no pueden costearlos. Este sistema de financiación de los hospitales ha conducido a una paradoja: se invierte sobre todo en tecnología porque proporciona mayores beneficios que permiten mejorar en su conjunto la asistencia hospitalaria, pero éstos han de invertirse de nuevo en tecnología, con lo que las restantes prestaciones quedan desasistidas.

Para la medicina clásica china, que por su mismo contenido es ajena a la intervención tecnológica tanto en lo que concierne a la exploración como al tratamiento, y especialmente a la cirugía, las consecuencias son más graves que para la medicina científica moderna. No sólo porque no ingresa el dinero que por el sistema de jerarquización de precios va en mayor medida a la financiación de la otra forma de medicina y que la obliga además a ofrecer el grueso de sus prestaciones por debajo de los costes reales, sino porque esto mismo está viciando la práctica profesional de hecho.

Se entiende muy bien que los problemas principales sean ahora precisamente aquéllos cuya resolución había conferido al sistema sanitario chino su carácter modélico: la desigualdad en el acceso, esto es, la existencia de una medicina para ricos y asegurados y otra para pobres, por una parte y, por otra, la ineficacia en la utilización de los recursos por esa estructura de los precios anómala que privilegia el medicamento y la tecnología.

Sin embargo, los autores subrayan la mejora de los indicadores sanitarios tanto en el medio urbano como en el rural, también que el acceso al nivel básico de la atención y la propia asistencia en este nivel sigue siendo mejor que en gran parte del resto del mundo, que en el nivel de los pueblos y aldeas sí puede costearse todo el mundo la asistencia médica y apuntan los indicios visibles hoy de intentos de solucionar estos problemas en el nivel local (creación de cajas de seguros para pobres, por ejemplo), ya que el Estado no interviene más que en las zonas más deprimidas.

### **El desarrollo del sistema sanitario chino. Ejemplo de la repercusión directa de los cambios políticos en la salud de la población**

Los autores distinguen cuatro periodos en el desarrollo del sistema sanitario que se corresponden con los cuatro grandes cambios políticos y económicos de la sociedad

china desde la revolución comunista china.

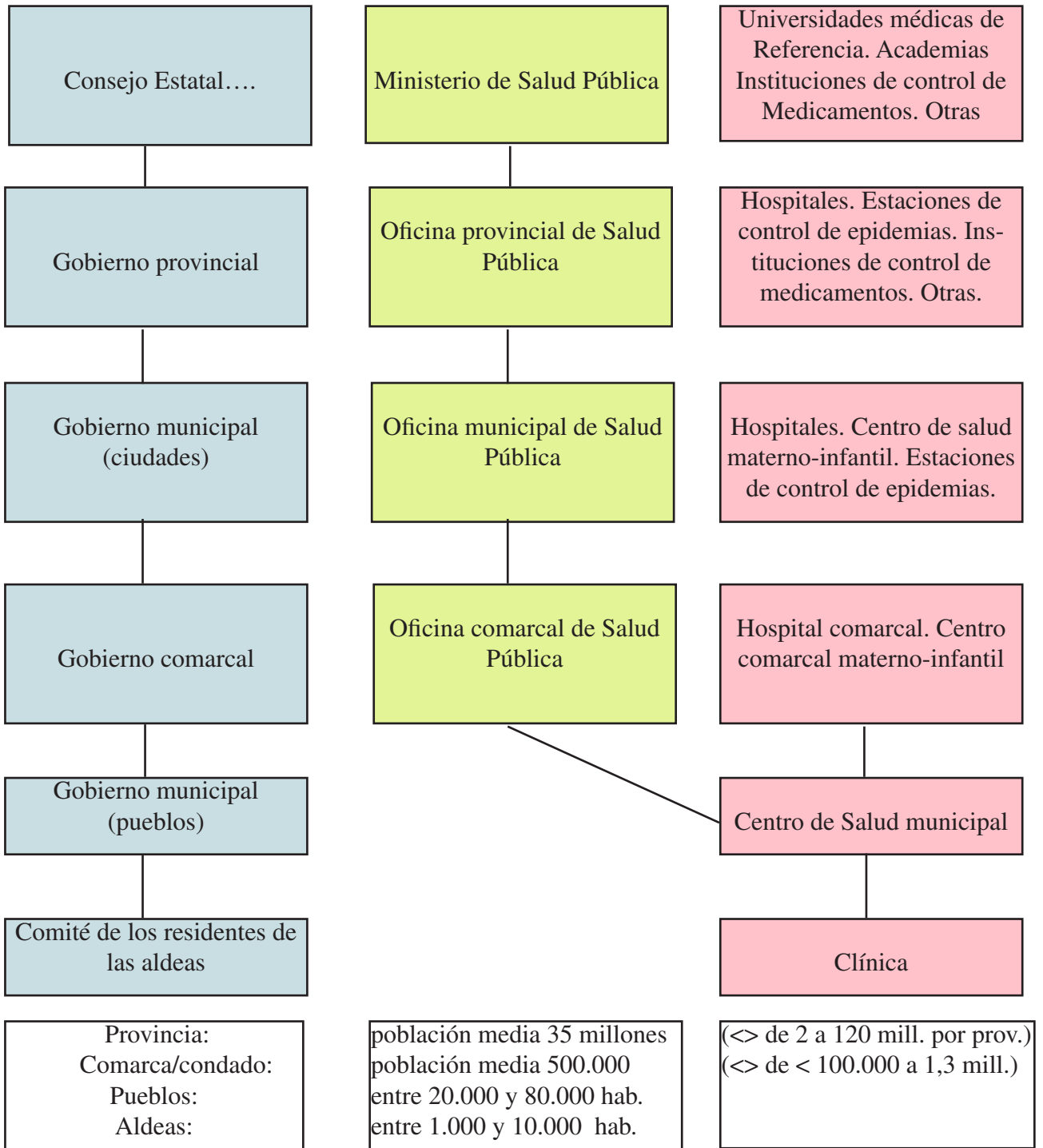
Cuando en 1949, tras una larga guerra, triunfa la revolución comunista de Mao, los indicadores sanitarios eran pésimos, como refleja una tasa de mortalidad infantil de 250 por mil. El cambio social y económico fue radical. En el mundo agrario dominante las comunas reemplazaron a la unidad familiar en lo que se refiere no sólo al empleo, sino también a la alimentación, al cuidado infantil, la educación y la salud. A lo largo de las décadas de 1950 y 1960 disminuyeron notablemente las tasas de mortalidad y de morbilidad de la población, gracias a las mejoras en las condiciones socioeconómicas, al énfasis que se dio a la medicina preventiva y al logro de un acceso universal y gratuito a la asistencia sanitaria básica. El sistema de asistencia fue comunal. En el terreno de la prevención, no sólo se realizaron inmunizaciones masivas, sino que se movilizó a la población para conseguir en la realidad mejoras alimentarias, la potabilización de las aguas y el control de ciertas enfermedades, como la esquistosomiasis. En este caso, la población consiguió erradicar el parásito trasbajando en equipor que le daaban caza con palillos. Se acabó mediante este tipo de participación ciudadana con moscas, mosquitos, ratas y gorriones (en este caso por su voracidad con las cosechas de grano). En algunos casos el exterminio condujo a problemas ecológicos contraproducentes, pero la bverdad es que en poco tiempo se erradicó la esquistosomiasis, las enfermedades de transmisión sexual, la lepra o la peste.

Sin embargo, el aislamiento del país durante la década de los cincuenta planteó como un reto la industrialización, lo que condujo en los años de 1958 a 1960 a desmontar la agricultura comunal con los objetivos de alcanzar un nivel determinado de producción industrial, por ejemplo de acero. En estos pocos años, denominados «el gran salto adelante», se produjeron entre 20 y 50 millones de muertes por hambre, y la mortalidad infantil global alcanzó tasas de 300 por mil. Una brutal regresión de los indicadores sanitarios que fue transitoria.

La década de la «Revolución cultural» se instauró en 1966 con el objetivo de combatir a «las cuatro viejas» que eran las costumbres, las ideas, la cultura y los hábitos heredados del pasado. Se combatió directa y expresamente la posición privilegiada de los médicos, se cerraron las escuelas y universidades médicas y también los servicios médicos especializados. Los propios profesionales de la medicina sufrieron una persecución que les obligaba a trabajar en el medio rural durante años, bien como médicos, formando a los médicos de pies descalzos, bien como simples agricultores. Las tareas manuales se encomendaron precisamente a los más sabios, como fue el caso del cirujano cardiovascular más prestigioso del país que estuvo 7 años dedicado a plantar arroz. Con todo lo nefasto que pueda tener esta política, entre sus resultados positivos destacan la formación de más de 1 millón de médicos de pies descalzos, el empleo en la práctica de plantas medicinales y la atención sanitaria primaria gratuita universal, a muy



### Estructura del sistema sanitario



bajo coste. Esto es lo que constituyó el modelo de Alma Ata, aunque allí se reconocía que era un sistema sanitario integrado en la sociedad china y no transplantable tal cual a otros países. En 1972 se reabrieron las escuelas médica y las universidades, sometidas a un enorme grado de politización que impidió establecer un número de años de estudios para obtener las titulaciones y con un gran énfasis en el trabajo manual. La regulación de los estudios de medicina en un curriculum de 5 años se implantó en 1977.

La muerte de Mao en 1976 dio pie a una serie de reformas económicas y políticas que se produjeron bajo el gobierno de Deng Xiaoping. El país salía de dos décadas de estabilidad económica pero sin crecimiento. La introducción de la economía de mercado sí impulsó un crecimiento económico más rápido, pero también desigual. Una de sus actuaciones fue el desmantelamiento de las comunas. Las familias campesinas pueden

vender los excedentes en mercados de libre comercio. La producción agrícola del país se duplicó en sólo 5 años, y la renta per cápita de los campesinos comenzó a crecer en un 10 a 12% anual. A partir de 1982 se crea una política de puertas abiertas que consigue hacer crecer la economía a través de las inversiones extranjeras en un 10% anual. Las rentas medias han aumentado, pero ha aumentado también mucho las diferencias entre ricos y pobres, especialmente en lo que se refiere al acceso a los bienes básicos por una disminución del poder adquisitivo. Desde 1982 se ha introducido el sistema de libre mercado en el sistema sanitario, lo que también ha mejorado las medias de los indicadores sanitarios para el conjunto de la población a la vez que han aumentado considerablemente las desigualdades sanitarias.