

Osasun egoera eta modelua Euskadin

Anjel Larrañaga

Sarrera

Derrigorrizkoa dirudi, penintsulaldeko lau eskal herrialdeen osasun egoeraren ikuspegi estrukturala azaldu nahi duen lan eskematiko honetan, erreferentzi gisa bederen, gauza bat argi eta garbi uztea: hots, bere osotasunean geure egiten dugula Munduko Osasun Erakundeak «Osasuna»ri buruz emandako definizioa inspiratzen duen filosofia. Filosofia horren arabera, osasunaz, ongizate fisikoa, burukoa eta soziala ulertzen dugu, eta ez gaisotasunaren edo ajearen ausentzia soila bakarrik.

Adieraziaren ondorioz, beraz, aurrerantzean praktikan jarriko diren osasun ekintzek, indibiduoari bere ingurunera egokitzeko bidean trabak jartzen dizkioten faktore negatibo guztiak eliminatzen eta erraztasunak ematen dizkioten faktore positibo guztiak bultzatzen zuzenduak egon behar dute, gizonak, horrela, bere nortasunaren desarroi orekatu bat lortuko lukeelarik.

Horregatik, bada, osasuna, gizaki orok eskubidez eta obligazioz lortu behar duen ondasun bat bezala ulertu behar da, eta jite sozialezko ondasun bat bezala. Hori zabaldu eta eustearen erantzuki-

zuna, beraz, ez da gizabanakoaren eginkizun hutsa bakarrik, badago hor erantzukizun sozial garbi bat ere.

Erantzukizun sozialaren kontzeptu horrek, behar hainbat asumituz gero, ezinbestean intzidituko du oraindik Euskal Herrian nahitanahiez egiteko dagoen osasun erreforman. Zeren axolagabekeria haundiegia eman baita gizartearen aldetik alor honen hedadura osoan, osasun eginkizuna beti ere gaitzaren aurkako borrokara mugatuz eta ez sekulan hasierako definizioaren arabera bultzatuz.

Egungo osasunaren egoera

Araba, Bizkaia, Gipuzkoa eta Nafarroako osasun egoerak, bakoitzak bere testuinguru sozio-ekonomikoan txertatu behar du, inondik ere, intzidentzia handia baitu honek osasun arazoetan. Hala ere, bertotik esan daiteke, egiturazko akats bere-tan jausten direla, Estatuko gainerantzean bezala, osasun politika berezi baten ondorioz, osasunari, gizonari eta gizarteari buruzko kontzeptu berezi batzu direla medio. Aipatu egoera hori, honako puntu hauetan laburtuko genuke:

- Euskal Herria hesparru geografiko desarroilatua da, jadanik ere gizarte industriatsu aurreratuen elkargoan sartzen delarik, gisa horretako egoera batek suposatzen dituen problema guztiakin.
- Desoreka haundiak aurkitzen ditugu, Araban eta Nafarroan bereziki, baserriaren eta hiriaren artean, zenbait nekazal lurraldetan oraindik ere osasun problema arras larriekin aurkitzen garelarik.
- Demografiari dagokionez, eta honen eboluzio sozial eta ekonomikoaren arabera, jaiotzak gero eta gutiagotzeko joerarekin aukitzen gara; eta horrek, gero eta populazio zaharragora garamatza piskana piskana. Gero, bigarren eta hirugarren mailako sektore desarroilatuagoetaranzko migrazio mugimenduek ere, nekazaritza hutseko hesparruen zahartzapenera bultzatzen dute.
- Gure gaisotasun koadroek, nahiz eta diferentziarik egon herrialdetik herrialdera, zonalde desarroilatutzat ematen dute Euskal Herria. Zentzu honetan buruturiko estu-dioek, bai Bizkaiko Osasun Planaren eta bai Nafarroako Osasun Asistentzi Planaren arabera, honako osasun pro-

- blema hauek nabarmentzen dituzte gehien: arnasketa gaitzak, burukoak, biotz-zainetako oinazeak, laneko eta bi-deetako istripuak, haur eta emagintza gaitzak eta alkoholarekin kontsumotik letozkeenak.
- Haur heriotzeen indizea nahiko bajua da, eta berdin jaiotzen ingurukoena ere, baina badu hobetzeko posibilitaterik Europako zenbait herrialderekin gonbaratzen badugu.
 - Gipuzkoako zenbait zonalde eta bereziki Bizkaiko zonalde industriatsu eta hiritarrak, kutsaduraren problema larriekin eta ingurugiroaren gainbeherako endekapenarekin aurkitzen dira.
 - Nekazal zonaldeetan, berriz, Araban eta Nafarroan bati-pat, ingurunearen saneamendu problemak daude, bai uren edangarritasunari eta bai depuraketa sistemei dagokienez.
 - Zonalde batzuren «nekazaltasun» horren ondorioz, zenbait gaitz kutsakorren problemak aurkitzen dira, bai uren kutsaduragatik eta bai abereen kutsakortasunagatik.
 - Psikiatriazko asistentzia bera, zeharo abandonaturik ez dagoenean, magal edo babes fase batetan aurkitzen dela esango genuke, lau herrialdeetan, eta berriztapen sakona eskatzen duela.
 - Zerbitzu sozialak, beren aldetik, hasiak dira jadanik garai bateko benefizientziako zentzu hura gaintzen. Baina oraindik ere estudio eta erreforma sakonen beharrea aurkitzen dira.
 - Erizain titulatuaren eskasiaz aparte, ba dugu osasun-profesional franko. Horien leku banaketa, aldiz, oso okerra da. Farmaziariek eta albatariak apenas kunplitzen duten osasun zereginak.
 - Osasun errekurtsuak, berriz, funtsean, zentralizazioak eta beren arteko koordinaketa faltak joak daude. Eta esan beharrik ere ez dago, horrela, beren efektibotasuna murriztu eta kostuak ugaritu besterik ez dela egiten.
 - Diputazio Foralak garrantzizko zeregin batekin kunplitzen dute osasun asistentziari dagokionez. Horrekin Aseguro Sozialak ez du ekonomi errekurtsurik alokatu beharrik izaten, Euskal Herri mailan superavit haundiekin funtzionatzen duelarik, nahiz eta gero ez jakin superavit horien norakoa.

Problematika honen aurretiko kausarik nagusienak

Orain, laburki bederen, osasun egoerarekin egin dugun bezala, gure eritziz aipatu problematika horren jatorrizko kausak agertzen saiatuko gara. Eta, hasteko, hiru talde haunditan banatuko ditugu:

A. Jite estrukturalekoak

- Osasun zerbitzuak ez integratzea, gure inguru geopolitikoko beste herrietan egin denaren alderantziz.
- Osasun politikak, egundaino, gaitz kutsakorren arriskua ebitatzen saiatu besterik ez du egiten.
- Asistentzia bera, praktikan, tratu desberdineko printzipioaren arabera antolatua dago. Desberdintasun hori hainbat neurritan nabaritzen da:
 - Lanbide eta errentaren arabera: Benefizentzia pobreentzako, Aseguro Soziala langileentzako eta publikoa baino estandar haundiagoko asistentzia pribatua, ordaintzeko gauza direnentzako, hots, goi mailako klaseentzako.
 - Desberdintasunak zonalde desarroilatuen eta ez hain desarroilatuen artean, hirigiro eta baserri giroaren artean.
 - Desberdintasun funtzionalak oinazearen arabera, beti ere buruko gaitzen kaltetan.
- Aspektu aurriskule edo prebentiboak, aspektu sendatzaile eta berrabilztzaileetatik bereiztea eta banatzea.
- Ikerlanaren laguntza falta eta masifikapenaren ondoriozko irakaskuntzaren kalitate eskasa.

B. Jite sozio-politikodunak

- Integrapen sozio-sanitarioaren ausentzia, sistema, batasun faltaz, erakunde desberdinetan parte hartuz eta horien pentzudan jartzen delarik.
- Populazioaren osasunaren arduradun izango litzatekeen erakunde integratzaile baten falta.
- Ernaltasun tasaren beherapena.
- Asistentzi eta osasun errekurtsuak Bilbo, Donostia, Gasteiz eta Iruñea hiriburuetan polarizatzea.
- Desarroilo orekatsu baterako politika globalen ausentzia.

- Euskal Herri baterako autonomia politiko eta administrazio berririk eza.
- Hirigintza eta etxagintzetarako politika desagokiak.
- Ingurugiroari eta ekologiari dagokien politika falta.

C. Jite teknikodunak

- Ardura publikoaren falta, uren hornidura eta garbitasunari dagokienez.
- Lehen Asistentziaz eta populazioaren osasun heziketaz arretarik eza.
- Hospitale Erakundea osasun sistemaren ardatz bezala ematea.
- Osasunbidezko elikaduraren ausentzia eta elikatzeke heziketaren programa falta.
- Botiken kontsumo larriena, lehen asistentzia eskasaren, masifikapenaren eta osasun heziketa faltaren ondorioz.
- Laneko medikuntzaren politika eskasa.

Horago aipatu guzti horrek izan du zerikusirik barne zuzugabekeria izugarriak jositako osasun sistema hau hautatzerakoan. Eta baldin eta gauzak ez badira garaiz erremediatzen, osasun orokorra ez hobetu, baizik gero eta okerragotuz joango da; eta okerrago dena, gizarteak gero eta errekurtsu gehiago dedia beharko dio sistemari, osasunaren aldetiko albo errendimendu negatibo guztiekin. Hospitaleko kostuen inflazioak, errekurtsuen aprobetxamendu okerrak, osasunaren ikusmira integral batetik sistemaren inefikazia frogatuak, eta derrigorrez bere baitan sortzen dituen desberdintasun eta injustiziek, osasun eredu berri baten beharra planteiatzera garamatzaite: gaurko sistemaren egiturazko akats sozio-politiko eta teknikoak zuzenduko dituen, eta populazio osoari ongizate fisiko, buruko, lanekoren eta ingurugiroa adaptatzearen estandar egokiak garantiza ditzakeen osasun zerbitzu batetarako aldatetari ekiteko gauzago dena.

Eredu berri baten funtsezko karakteristikak

Aurrekoaren hildoari jarraiki, osasun eredu berri baten oinarriko karakteristikak aipatuko ditugu ondoren: horik Euskal Herrian ezartzeak oso beste era batetako osasun ekintzetarako

aldaketaren lehen urrats bat suposatuko lukete, osasun problemen jatorrizko kausetan, eta problema bakoitzean ere zuzenki intzidituz.

A. Osasun autonomia

Lehen puntu bezala, zera ulertzen dugu osasun autonomiaz: Estatuak onar dezala Euskal Herriak bere interes, karakteristika eta zirkunstantzien arabera, egokien derizkiokkeen osasun sistemaz baliatzeko eta antolatzeko duen eskubidea.

Eta bigarren puntu bezala, maila orotako autonomia ulertzen dugu, bidezko koordinaketa orokor baten baitan, munizipio, komarka edo herrialde desberdinek beren errekurtsu eta interes propioen behar adinako gestio maila goza ahal dezaten.

B. Integrapena

Hemen proposatzen dugun osasun ereduak, integratua izan beharko du nahitanahiez. Hots, osasun aktibitatearen prozesuan ezinbestekoak diren aurrikuteko, sendatzeko eta berrabiltzeko faseak, eredu global batetan benetako integrapen praktiko batez batu nahi dira. Zeren, gure ustez, eredu integratua baita osasunari buruzko gai honetan ditugun errekurtsu gizatar, material eta ezagupenezko guztiak benetan komunitatearen zerbitzuan jarriko lituzkeen eredu bakarra. Esan nahi da, alegia, eredu batetan, aurrikutzea edo prebentzio ekintza deslotu egiten badugu sendatzeko ekintzatik, oso erraz eror gintezkeela ereduak berak domeinaturiko eredu batetan, hots, gaurdaino «gaisotasun eredu» deitzera eman den horretantxe, eta ez osasun ereduan.

C. Unibertsaltasuna

Osasuna botere publikoek zaindu beharreko gizonaren jatorrizko eskubide bezala ulertzen denez gero, ereduak populazio osora era berean zuzendua egon beharko duela pentsatzen dugu, efikazia eta kalitatezko karakteristika berdintsuekin, eta errenta edo geografi mailako bereizkuntzarik gabe.

Guzti horren kontrakarrean, eta justiziazko sistema fiskal eta aurrerakoi baten bidez, hiritar orok lagundu beharko dio sistemaren funtzionamenduari ahal duen neurrian.

D. Deszentralizapena

Proposatzen dugun sanital modeluak deszentralizatua izan

behar du, bai lurralde kontuan eta bai funtziotan. Bertako instituzio eta entitate orok autonomia izango du berari dagozkion arazo guztiak planifikatzeko, eta baita gestio sanitarioaren desarrolloan. Hau da, maila bakoitzean behar diren zerbitzu guztiak egongo dira, egitura minimoa planketarako, gestiorako eta kontrolerako, lurralde konkretu bakoitzari dagozkion eginkizun sanitarioak desarroitatzeko, egintza koordinaturiko planketa koherente baten barruan aldeztatik aurretik ezarritako premien arabera.

Deszentralizaturiko planifikatzearen modelu baten bidez bakarrik lor genezake osasunarekiko berdintasunaren printzipioa betetzea eta horrela zuzendu ahal izango ditugu baserri-ingurunearen eta hiri-ingurunearen artean, inguru pobreen eta aberatsen artean tradizionalki sortzen diren desorekak. Sistemaren benetako homogenotasuna eta herritarren gaisotasunaren edo heriotzaren arriskuaren aurreko aukeraren egiazko berdintasunaren bila goaz deszentralizapen horren bidez.

E. Solidaritatea

Osasun sistemaren antolakuntzan, eta solidaritatezko ekintza batetan, funtsezko hiru gauzari begiratu beharko zaie beraziki: kuotei, gastuari eta osasunari, alegia. Ondorioz, honela ulertzen dugu solidaritatea, kuotei dagokienez: bakoitzaren ingresoen arabera, kuota ere gero eta haundiagoa izango da. Gastuak ere zuzen eta erantzukizunez egingo dira, nola indibiduo mailan, halaxe komarka mailan edo berrialde historikoen mailan, beti ere taxugabeko kontsumismo intsolidarioari ihes eginez.

Solidaritatea, osasunari dagokionez, zera ere esan nahi du guztzat: Euskal Herriko talde eta komunitate guztientzat osasun estandard hoberenak bilatzen saiatu behar dela. Ez zaiola gaisotasun indizearen beherapenari bakarrik begiratu behar, baizik eta problemaren nagusitasunak ere era berean banatua egon behar du.

F. Demokratizazioa

Herritar guztien partizipazioa indartu behar da bai osasun errekurtsuak planifikatzeko garaian eta bai horiek kontrolatu eta gestionatzeko garaian ere. Guk diseinatu dugun ereduak, baliatzaile guztiak izan behar dute erantzukizunaren jabe eta betetzailerak. Eta horretarako, kontutan izan beharko ditu ereduak, baliatzaileek parte hartu ahal izateko erabidea eta erakundeak (zentrale sindikalak, organizazio hiritarrak, etab.), eta berdin osasun-profesionalek parte hartzeko bideak ere. Gisa horretan,

bada, herri osoa izango da osasun ekintzako erantzukizunaren partaide. Hobeto ezagutuko ditu gastuaren zergatiak eta gehiago lagunduko populazioaren osasun hezkuntzan, administratzaile eta administratuen arteko diferentziak, mugak eta trabak eratsiz.

Osasunaren biharko asistentzi ekturktura

Gainerako gauzetan bezala, defini ditzagun hemen ere, eskematikoki berden, asistentzi ekturktura eta osasuna mailaka antolatzeke eman beharko liratekeen linea nagusiak.

A. Lehen maila bat

Pertsonaren eta osasun sistemaren arteko lehen harreman gunea suposatuko luke maila honek. Sistemaren benetako aitzin-muturra litzateke, beraz, eta bete-betean integraturik egon beharko du zerbitzen duen komunitatean, pertsonari tratamendu integrala dedikatzen diolarik bere familiako, laneko edo gizarteko testuinguruan.

Sendabide soilaren alorrean, espezializaziorik gabeko mediku batek edo oinarrizko espezializaziodunak (pediatria eta obstetri-zia) eman ditzakeen diagnostiko eta tratamendu zerbitzuak egongo dira. Era berean, hemen sartzen dira zentro espezializatueta-raman aurretik urgentziazko lehen asistentzi zerbitzuak ere.

Lehen maila hau, bere izaeraz, ez da hospitalezkoa. Eta beharrezko zaizkion zerbitzuek populaziotik hurbil egon beharko dute eta komunitatearen bizitzan murgilduak zuzen-zuzen.

B. Bigarren maila

Lehen maila horrek eskain ditzakeen baino haruntzagoko zerbitzuez horniturik egongo da, superespezializazioko goren mailatara iristeke. Ekipamendu konplexuagorik gabe eta normalen egoera bereziki kritikoko eta bakanek eskatzen dituzten balio haundiko eta gutti erabiltzen diren mediorik gabe.

Maila honetako asistentzia, internamenduz egin ohi da normalean, nahiz eta kasuren batetan ambulategiz ere egin litekeen. Horregatik, haren ekintzaren hesparru normala, erihandiak eta kronikoak izango dira, kontsultategi espezializatuak, etab.

Maila honetako asistentziak lehen mailako asistentziarekin etengabeko harreman hestuan egon beharko du.

C. Hirugarren maila

Diagnostiko eta tratamendurako mediorik konplexu eta sofisticatuenez hornitua egongo da, beti hospitale errejimenez baliatuz, kasu zail, kritiko eta bakanek eskatzen duten goren mailako espezializazio zerbitzu osoa eskaintzeko prest.

Guzti horrengatik, bada, hospitale haundietan eta departamendu oso berezietan bakarrik emango da, aktibitate maila ego-ki bati eusteko adinako populazio hesparua hartuko duelarik.

Maila bakoitzeko asistentzi eskea erabakitzeke garairako, oso beharrezko litzateke Euskal Herriko erikortasunaren estudio zehatz bat. Bien bitartean, eta eredu gisa, komenigarri litzateke estandard internazionalerik baliatzea. Alabaina, gaurregun bertan, bai Bizkaiko Osasun Planak eta bai Nafarroako Osasun Asistentzi Planak datu garrantzizkoak eskaintzen dizkigute osasun eskeari buruz, eta Euskal Herri osorako ere baliozkotzat eman daitezke.

Oinarrizko erakunde eskema

Osasun estruktura herrialdezkatu batetan, osasun eta asistentzi eginkizun denek eta bakoitzak xede berezi eta konkretu bat bete behar dute. Horretan diharduten erakundeek, beraz, gauza izan behar dute hori burutzeko, eta elkarrekiko harremanetan gainera, inoiz inolako asistentzi hutsunerik gerta ez dadin.

Honela bada, hiru moeta desberdinetan definituko ditugu bihar eguneko sarea osatu beharko duten zentruak: Oinarrizko Hospitalea, Hospitale komarkala eta Osasun Zentruak (Eritegiak).

Oinarrizko hospitalea

700en bat oheduneko neurrian ezarriko genuke. Oso inportantea iruditzen zaigu neurri hori ez gehiegi gaintitzea. Hospitale erraldoien problemetan eroriko baitginateke, gaurregun gertatzen den bezala. Eta zuzendu beharra dago akats hori. Esan bezala, gisa honetako zentruak, zonaldeko premia superespezializatuak erantzungo diete. Aldi berean, komarkal bezala ere funtzionatuko dute, beroriei dagokien inguruko, eta berdin beren hurbileneko arearen osasun zentru bezala ere.

Hospitale komarkala

100dik 200erako ohe bitartean ezarriko genuke, dagokion

populazioaren demografi kopuruaren arabera. Hurbileneko area-
ren lehen mailako beharrei ere erantzungo die. Horren ekintza-
ren hedadura, 40.000tik 800.000 biztanletarainoko hesparru mu-
getara iritsiko da.

Maila honetako hospitale batek, honako oinarrizko bost es-
pezialitate hauen jabe izan behar luke gure eritziz:

- Barne medikuntza.
- Traumatologia.
- Zirugia Orokorra.
- Pediatria.
- Tokoginekologia.

eta oinarrizko bi zerbitzu lagungarri hauen jabe:

- Radiologia.
- Análisi klinikoetarako laborategia.

Osasun Zentrua

Lokala da honen hesparrua eta hemendik zuzenki egingo dira
programa prebentiboak eta osasun heziketakoak, lehen mailako
asistentzia eta oinarrizko berrabilketa ere bertan egingo dire-
larik.

Halako kasu konkretu batetan, eskurakoitasunezko abagune
bereziengatik edo, eduki dezake alboan enfermeria edo gaixote-
gi unitate bat, non, bigarren mailako asistentziarik gabe, edozein
arrazoirengatik beren etxetan zaindu ezin litezkeen gaisoak egon-
go bait lirateke.

Esan bezala, Osasun Zentruaren hesparrua lokala da, eta
kasu bakoitzean definitu beharrekoa. Eta bertan integratuko li-
rateke bere hesparru mailako profesional guztiak.

Eritegien mailatik aparte, beti egon behar du guzti horietan
sare-ideiak. Ideia hurrek, osasun asistentziari efikaziarik haun-
diena eman diezaioketen guneak eta funtzioak integratzen dituen
estrukturaketa suposatzen bait du.

Beren artean ongi koordinaturik eta hierarkizaturik leude-
keen zentruok, bestalde, osasun politika baten integratzaile be-
zala ikusten ditugu beren osotasunean. Horietako bakoitza, bere
hesparru barruan, orientapen eta erabaki zentru bilakatzen da:
osasun heziketa, medikuntza prebentiboa eta nekazal giroko eta
hirietako asistentzi eta profesio medio guztien ekintzaren koor-
dinakuntza osoa zentru horietako bakoitzetik jaulkitzen da.

Azken oharrak

Orain arte esandako guztiarekin, alde batetik eta gaingiroki bederen, Euskal Herriko osasun estrukturan egoera adierazi nahi izan dugu. Euskal Herrian osasunak jasaten dituen problemak azaldu, horien azken kausak begien bistan jarri, eta osasun eredu berri baten oinarritzko baldintzak susma erazi.

Maila orokor eta aski lauso horretatik xehetasun partikularrera jaitea, luzaro gabe egin beharreko eginahal politiko, tekniko eta sozial haundi bat dugu eskierki.

Gure osasun erreformak, alor horretako konpetentzien birreskurapen autonomikotik pasa beharko du derrigorrez. Birreskurapen horretatik hasita bakarrik ezar daitezke, osasun mailan, ekintza berri batetarako zimentarriak, behin horien oinarri politikoak biharko euskal parlamentuan luze eta zabal eztabaidatu ondoren.

Beste aldetik, azpimarratu beharra dago, uneon egiten ari den plangintza lan inportantea ere, zein, dena batuz gero, urrats haundi bat izango baitlitzateke autogobernuzko bideetan, dena aurrera eramateko konpetentziak politika bidez lortu ondoren.

Egun horretan bai, gastu publiko osoa konpetentzia bat beretik raziionalki planteatuz, eta egungo barreiapen hori osteratu berbatu ondoren, egun horretan ekin geniezaioke osasun sistemaren birregituraketari. Eta hori, beti berdintasunezko eta solidaritatezko parametroei jarraiki, noski: osasuna, guztion ondasunaren elementu bir-banatzaitako bat eta, azken batez, justizia sozialaren tresna garrantzizko gerta dadin.

Euskaratzailea: **Gotzon Nazabal**

A. L.

SANIDAD EN EUSKADI Y MODELO SANITARIO SANTÉ AU PAYS BASQUE ET MODÈLE SANITAIRE

Este estudio pretende, en primer lugar, dar de manera sucinta una visión estructural de la grave situación sanitaria en Euskadi Sur y ofrecer, luego, un modelo sanitario nuevo para Euskadi, tomando siempre como punto de partida el concepto de salud tal como es definido por la OMS.

La situación sanitaria en Euskadi Sur adolece, en general, de los mismos

defectos estructurales que en el resto del Estado. En concreto hay que reseñar los siguientes defectos o insuficiencias: un fuerte desequilibrio entre el campo y la ciudad; tendencia a la disminución de la natalidad, con el consiguiente envejecimiento progresivo de la población, agravado en el área rural por la migración a los centros industriales; los cuadros de morbilidad se corresponden con los de las zonas desarrolladas: los principales problemas de salud los constituyen las enfermedades respiratorias, mentales, dolencias cardiovasculares, accidentes laborales y de tránsito, enfermedades infantiles y obstétricas, así como las derivadas del consumo de alcohol; la mortalidad infantil y perinatal es más bien baja, pero muy susceptible de ser mejorada; existen graves problemas de contaminación y deterioro del medio ambiente en las zonas industriales, así como de saneamiento ambiental en el área rural; la asistencia psiquiátrica se halla en una fase custodial, cuando no de abandono; los servicios sociales requieren profundas reformas, si han de superar el carácter de cuasi-beneficencia que todavía revisten; la distribución espacial de los profesionales sanitarios es muy desigual; los recursos sanitarios pecan de centralización y falta de coordinación.

Las causas de este estado de cosas son: 1.—de naturaleza estructural: la no integración de los servicios sanitarios; una equivocada política de salud pública; la organización de la asistencia pública basándose en el principio de trato desigual; la separación de los aspectos preventivos respecto a los curativos y a la rehabilitación; bajo nivel de la docencia y de la investigación. 2.—socio-políticas: carencia de unidad en el sistema socio-sanitario, dependiente de entidades diferentes; centralización o polarización de los recursos asistenciales y sanitarios en las cuatro capitales; falta de autonomía administrativa, falta de una planificación del desarrollo, etc. 3.—técnicas: deficiencias en el abastecimiento y saneamiento de aguas; desatención de la Asistencia Primaria y de la educación sanitaria, falta de higiene alimenticia, etc.

El modelo sanitario que se propone para Euskadi debería tener las siguientes características fundamentales: autonomía sanitaria, extensiva también a cada territorio, comarca o municipio; descentralización, tanto en los aspectos territoriales como funcionales; democratización; integración global de las fases de prevención, curación y rehabilitación en un modelo global; universalidad, es decir, que se dirija a toda la población por igual. El nivel primario de asistencia —Centros de Salud— deberá estar perfectamente integrado en la comunidad; el nivel secundario de asistencia deberá contar con Hospitales comarcales, de 100 a 200 camas, provistos de servicios de medicina interna, traumatología, cirugía general, pediatría y tocoginecología, así como de los servicios básicos de apoyo, radiología y laboratorio de análisis clínicos. El Hospital base —nivel terciario— se sitúa en torno a las 700 camas, evitando gigantismos. Todos estos centros, coordinados y jerarquizados entre sí, deberán estar estructurados en una red que integre espacios y funciones con vistas a la mayor eficacia en la atención sanitaria.

Cette étude prétend donner, en premier lieu, de manière succincte, une vision structurale de la grave situation sanitaire au Pays basque sud et offrir ensuite un modèle sanitaire nouveau pour le Pays basque, en prenant toujours comme point de départ le concept de santé tel qu'il est défini par la OMS.

La situation sanitaire au Pays basque sud souffre en général des mêmes défauts structureux que dans le reste de l'état. En bref il faut signaler les différents défauts ou insuffisances suivants: un fort déséquilibre entre les

villes et les campagnes; Une tendance à la baisse de la natalité, entraînant un vieillissement progressif de la population, aggravé par l'exode rural vers les centres industriels; les tableaux de morbidité correspondent à ceux des zones développées: les principaux problèmes de santé sont les maladies respiratoires, mentales, les maladies cardio-vasculaires, les accidents de travail, les accidents de la route, les maladies infantiles, obstétricales, ainsi que les maladies dues à la consommation de l'alcool; la mortalité infantile et périnatale est plutôt basse, mais susceptible d'être améliorée; il existe de graves problèmes de pollution et de détérioration du milieu ambiant dans les zones industrielles, ainsi que des problèmes d'assainissement de l'atmosphère dans les zones rurales; l'assistance psychiatrique se trouve dans une phase de surveillance des malades, quand elle n'est pas laissée à l'abandon; les services sociaux exigent de profondes réformes s'ils veulent surmonter le caractère de quasi-bienfaisance qu'ils possèdent encore; la distribution des postes du personnel sanitaire est très inégal; les ressources sanitaires souffrent de centralisation et de manque de coordination.

Les causes de cet état de choses sont: **1. de nature structurelle:** la non intégration des services sanitaires; une politique erronée de santé publique; l'organisation de l'assistance publique basée sur le principe de traitement inégal; la séparation des aspects préventifs par rapport aux aspects curatifs et à la réhabilitation; le bas niveau des études et de la recherche. **2. socio-politiques:** manque d'unité dans le système socio-sanitaire, dépendant d'entités différentes; centralisation ou polarisation des ressources sanitaires et des ressources d'assistance dans les quatre capitales, manque d'autonomie administrative, manque d'une planification du développement, etc. **3. techniques:** insuffisances dans l'approvisionnement et l'assainissement des eaux; négligence de l'assistance primaire et de l'éducation sanitaire, manque d'hygiène alimentaire, etc.

Le modèle sanitaire qu'on propose pour le Pays basque devrait avoir les caractéristiques fondamentales suivantes: autonomie sanitaire, étendue aussi à chaque territoire, région ou commune; décentralisation aussi bien dans les aspects territoriaux que dans les aspects fonctionnels; démocratisation; intégration globale des phases de prévention, traitement et réhabilitation dans un modèle global; universalité, c-à-d qui s'adresse d'une façon égale à toute la population. Le niveau primaire de l'assistance devra être parfaitement intégré à la communauté (Centres médicaux); le niveau secondaire de l'assistance devra compter des hôpitaux régionaux, de 100 à 200 lits, pourvus de services de médecine interne, traumatologie chirurgie générale, pédiatrie et tocogynécologie, ainsi que des services de base d'appui, radiologie et laboratoire d'analyses cliniques. L'hôpital principal —niveau tertiaire— possède environ un total de 700 lits, en évitant le gigantisme.

Tous ces centres coordonnés et hiérarchisés entre eux, devront être structurés dans un réseau qui intègre espaces et fonctions en vue de la meilleure efficacité dans les soins sanitaires.