

EDITORIAL

ASPECTE ETICE ALE INEGALITĂȚILOR SOCIALE ÎN ÎNGRIJIRILE MEDICALE

În toate sistemele sanitare, atât cele private cât și cele publice, calitatea serviciilor medicale precum și rezultatele medicale sunt inegal distribuite de-a lungul spectrului social (Deaton, 2003). Pacienții aparținând grupurilor sociale din straturile de jos ale societății beneficiază de servicii medicale de o calitate mai scăzută și implicit au o stare de sănătate mai precară comparativ cu pacienții aparținând grupurilor sociale din zona superioară a spectrului social. Există un consens că aceste inegalități au semnificație etică (Astărăstoae). Pe de o parte, în mod intuitiv considerăm că apartenența unei persoane la un grup social din zona de jos a spectrului social nu trebuie să se asocieze cu o stare de sănătate mai precară comparativ cu o persoană aparținând unui grup social mai favorizat (Sen, 1992). Pe de altă parte, există dovezi că aceste inegalități sunt mai degrabă rezultatul unor aranjamente sociale decât cel al comportamentului individual inadecvat al pacienților (Marmot, 2000).

Cea mai frecventă abordare actuală a inegalităților sociale în sănătate la nivelul sistemelor sanitare implică două intervenții. În primul rând, tehnologiile medicale sunt supuse unei analize de cost eficiență (Powers and Faden, 2000). Acest proces are drept scop creșterea accesului pacienților la tehnologii medicale eficiente și utilizarea rațională a resurselor din sistemele sanitare. În al doilea rând, pacienții sunt informați asupra beneficiilor pe care le-ar putea avea dacă ar face uz de servicii medicale adecvate. În acest fel se consideră că pacienții ar putea lua cele mai bune decizii pentru ei înșiși și implicit aceasta ar conduce la îmbunătățirea stării de sănătate a populației. Cu toate acestea, inegalitățile sociale în sănătate s-au accentuat în ultimile decenii la nivel național și internațional (Ioan, 2008, Tinica et al., 2008). În continuare voi argumenta că promovarea dreptului la sănătate în mod echitabil la nivel de comunitate nu poate face obiectul strict al alocării resurselor din sistemul sanitar, ci trebuie să fie rezultatul unor politici inter-sectoriale la nivelul întregii societăți care să vizeze organizarea și finanțarea sistemului sanitar public, dar și politicile din educație și economie în egală măsură.

Starea de sănătate a populației este rezultatul unor mulți factori sociali cei mai mulți dintre aceștia fiind localizați în afara sistemelor sanitare. (Marmot, 2000) Există dovezi semnificative că statusul socio-economic (SSE) evaluat prin educație, venit și ocupație influențează starea de sănătate a populației (Adler et al., 2002, Pearce and Davey Smith, 2003, Marmot, 2005, Marmot, 2001). În primul rând există un efect direct al educației, venitului și ocupației asupra sănătății (Adler et al., 2002). Educația este cel mai de bază element al SSE, care configurează oportunitățile ocupaționale viitoare ale indivizilor și echipează indivizii cu aptitudini de viață bazale. Oamenii cu o educație mai bună sunt mai pregătiți să înțeleagă, să integreze și să ia avantaj de informațiile la care au acces. În același mod, venitul asigură oamenilor mijloacele de a

cumpăra îngrijiri medicale precum și o nutriție mai bună, condiții locative mai bune precum și oportunități educaționale mai crescute. Deși, un indicator mai complex, statusul ocupațional are un efect direct asupra stării de sănătate a populației, iar persoanele cu aptitudini ocupaționale mai scăzute, care sunt compensate financiar mai puțin sau sunt șomere, au de asemenea și o stare de sănătate mai precară (Adler et al., 2002).

Toți acești determinanți socio-economici se răsfrâng de asemenea și asupra modului cum sunt utilizate de către pacienți resursele sanitare existente, precum și calitatea serviciilor medicale la care cetățenii au acces. Astfel, persoanele cu SSE mai scăzut primesc o îngrijire medicală de calitate mai scăzută. Calitatea îngrijirilor medicale este influențată semnificativ de SSE. De exemplu, în Statele Unite 40% din cei care nu absolvă o liceu sunt neasigurați medical comparativ cu numai 10% din cei ce absolvă o universitate (Adler et al., 2002, Crawford et al., 1994, Derose et al., 2007, Fiscella et al., 2000, Pincus et al., 1998). Chiar și printre cei ce au asigurare medicală în Statele Unite, sau în țările unde există o acoperire universală a îngrijirilor de sănătate de către stat, serviciile de sănătate sunt puternic influențate de SSE. De exemplu, SSE scăzut este asociat cu mai puține îngrijiri preventive, mai puține îngrijiri specializate în ambulatorii sau spitale (Crawford et al., 1994, Derose et al., 2007, Fiscella et al., 2000). Căile prin care SSE influențează procesul și utilizarea îngrijirilor medicale, descrise în literatură, includ capacitatea de a plăti serviciile medicale, transportul spre serviciile medicale, nivelul de cunoștințe medicale ale pacienților, aptitudinile pacienților de a avea grijă de sănătatea lor, precum și compromisurile pe care mai ales cetățenii cu SSE mai scăzut trebuie să le facă între interesele legate de propria sănătate și alte interese precum cele legate de servicii sau grija pentru alți membri ai familiei (Baker et al., 1996, Bao et al., 2007, Crawford et al., 1994, Derose et al., 2007, Fiscella et al., 2000, Nerenz et al., 2006, Schillinger et al., 2006).

Toate aceste dovezi sugerează că pentru a promova șansele egale ale cetățenilor de a beneficia de servicii medicale de aceeași calitate nu este suficientă numai creșterea accesului cetățenilor la aceste servicii ci și multiple politici inter-sectoriale care să vizeze educația sau economia pe ansamblu (Kickbusch, 2004, Kickbusch, 2007). Astfel, politici focalizate pe scăderea gradientului social în educație sau a nivelul de polarizare economică a societății pot conduce în egală măsură și la creșterea capacității pacienților, mai ales din grupurile defavorizate, de a beneficia de servicii medicale de calitate. Focalizarea acestor politici inter-sectoriale asupra grupurilor sociale defavorizate este necesară din cel puțin trei motive. În primul rând, îmbunătățirea stării de sănătate a populației nu este posibilă în absența diminuării gradientului social din sănătate. În al doilea rând, scăderea gradientului social în sănătate este esențială atât pentru eficiența cât pentru eficacitatea politicilor de sănătate publică. Aceasta este așa, pentru că încărcătura de morbiditate și mortalitate din societate cade disproporționat, atât ca număr cât și ca magnitudine, asupra grupurilor defavorizate (Yach et al., 2005, Yach et al., 2006). În al treilea rând, prin focalizarea asupra grupurilor sociale defavorizate politicile de sănătate pot duce la o creștere a potențialului capitalului uman existent în societate și astfel la dezvoltarea economică a societății (Coleman, 1988).

*Liviu Oprea **

* Lector asociat Bioetică, UMF „Gr.T. Popa” Iași, România, e-mail: liviu.oprea@gmail.com

Referințe

- [1]. Adler N.E., Newman K., Ostrove J.M., **Socioeconomic disparities in health: pathways and policies. Socioeconomic status and health: what we know and what we don't**, *Health Aff (Millwood)*, 21, 60-76, 2002
- [2]. Astărăstoae V., Is it necessary an ethical analysis of the romanian healthcare system? *Revista Romana De Bioetica*, 8, 114-115, 2010
- [3]. Baker D.W., Stevens C.D., Brook R.H., **Determinants of emergency department use: are race and ethnicity important?** *Ann Emerg Med*, 28, 677-82, 1996
- [4]. Bao Y., Fox S. A., Escarce J.J., **Socioeconomic and racial/ethnic differences in the discussion of cancer screening: "between-" versus "within-" physician differences**, *Health Serv Res*, 42, 950-70, 2007
- [5]. Coleman J.S., **Social Capital in the Creation of Human Capital**, *The American Journal of Sociology*, 94, S95-S120, 1988
- [6]. Crawford S. L., MCGraw S.A., Smith K.W., MCKinlay J.B., Pierson J.E., **Do blacks and whites differ in their use of health care for symptoms of coronary heart disease?** *Am J Public Health*, 84, 957-64, 1994
- [7]. Deaton A., **Health, Inequality, and Economic Development**, *Journal of Economic Literature*, 41, 113-158, 2003
- [8]. Derose K.P., Escarce J.J., Lurie N., Buntin M.B., Goldman D., Bao Y., Fox S.A., Nerenz D.R., Hunt K.A., **Immigrants and health care: sources of vulnerability. Use of physicians' services for Medicare beneficiaries. Socioeconomic and racial/ethnic differences in the discussion of cancer screening: "between-" versus "within-" physician differences Health care organizations' use of data on race/ethnicity to address disparities in health care**, *Health Aff (Millwood)*, 26, 1258-68, 2007
- [9]. Fiscella K., Franks P., Gold M.R., Clancy C.M., **Inequality in Quality: Addressing Socioeconomic, Racial, and Ethnic Disparities in Health Care**, *JAMA*, 283, 2579-2584, 2000
- [10]. Ioan B., **Cross-border healthcare services and human rights in europe**. *Revista Romana De Bioetica*, 6, 5-6, 2008
- [11]. Kickbush I., **From charity to rights: proposal for five action areas of global health.(Editorial)**, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58, 630(2), 2004
- [12]. Kickbush I., **Innovation in health policy: respondign to the health society**, *Gaceta Sanitaria*, 21, 338-34, 2007
- [13]. Marmot M., **Does Inequality Matter?**, *Boston Review* available online: <http://bostonreview.net/archives.html>, 2000
- [14]. Marmot M., **Inequalities in health**, *N Engl J Med*, 345, 134-6, 2001
- [15]. Marmot M., **Social determinants of health inequalities**, *Lancet*, 365, 1099-104, 2005
- [16]. Nerenz D.R., Hunt K.A., Escarce J.J., **Health care organizations' use of data on race/ethnicity to address disparities in health care**, *Health Serv Res*, 41, 1444-50, 2006
- [17]. Pearce N., Davey Smith G., **Is social capital the key to inequalities in health?** *Am J Public Health*, 93, 122-9, 2003
- [18]. Pincus T., Esther R., Dewalt D.A., Callahan L.F., **Social Conditions and Self-Management Are More Powerful Determinants of Health Than Access to Care**, *Ann Intern Med*, 129, 406-411, 1998
- [19]. Powers M., Faden R., **Inequalities in health, inequalities in health care: four generations of discussion about justice and cost-effectiveness analysis**, *Kennedy Inst Ethics J*, 10, 109-27, 2000
- [20]. Schillinger D., Barton L.R., Karter A.J., Wang F., Adler N., **Does literacy mediate the relationship between education and health outcomes? A study of a low-income population with diabetes**, *Public Health Rep*, 121, 245-54, 2006

- [21]. Sen A.K., **Inequality reexamined**, New York Oxford [England], Russell Sage Foundation ; Clarendon Press, 1992
- [22]. Tiniță G., Bostan I., Grosu V., **The dynamics of public expenses in healthcare and demographic evolution in Italy and Romania**, *Revista Romana De Bioetica*, 6, 56-63, 2008
- [23]. Yach D., Leeder S.R., Bell J., Kistnasamy B., **Global chronic diseases**, *Science*, 307, 317, 2005
- [24]. Yach D., Stuckler D., Brownell K.D., **Epidemiologic and economic consequences of the global epidemics of obesity and diabetes**, *Nat Med*, 12, 62-6, 2006.