



CONGRESO IGLESIA Y SALUD 1994

PRIMERA PONENCIA

"El mundo de la salud y de la enfermedad a examen"

Diego Gracia Guillén

Catedrático de Historia de la Universidad Complutense de Madrid

Mariano Galve Moreno

Coordinador de la Comisión de Pastoral de la Salud Mental

Manuel de los Reyes López

Cardiólogo y Magister en Bioética.

José Luis García Imas

Hermano de San Juan de Dios

Pablo Simón Lorda

Médico de Familia y Magister en Bioética

Javier Barbero

Coordinador del Area de la Tercera Edad.
Residencia San Camilo de Sant Pere de Rives

ESQUEMA

Introducción

I. Antecedentes

Remotos

Evolución del sistema sanitario español en las últimas décadas:

- Creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (1942)
- Paso de la medicina domiciliaria a la hospitalaria.
- Del médico generalista al especialista.

- Gran desarrollo del sector químico - farmacéutico y de la tecnología aplicada a la medicina.
- Transformación del paciente en usuario del sistema sanitario.

Referentes sociales, económicos, políticos y culturales:

- Identificación de la salud con el bienestar (O.M.S., 1946).
- Medicalización de la salud y de muchos aspectos de la vida individual y social.
- Incremento progresivamente acelerado del gasto sanitario en todos los países occidentales.
- Desarrollo de la medicina comunitaria y la asistencia primaria (Alma-Ata, 1978).

Próximos

Ley General de Sanidad (1986):

- Instauro el Sistema Nacional de Salud.
- Generaliza las prestaciones sanitarias al conjunto de la población española.

Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (1991):

- Emite directrices para intentar mejorar la efectividad, la eficiencia y la responsabilidad de todos los implicados en el sistema sanitario.

II. Exploración

- Los indicadores globales del estado de salud de la población española son bastante buenos.
- El gasto en sanidad no es excesivo, comparado con los países de la Unión Europea.
- La mayoría de los ciudadanos están relativamente satisfechos con la asistencia técnica y el trato humano que se les proporciona, pero consideran escasa la información que reciben.

III. Exploraciones complementarias

- La presencia de la Iglesia en el mundo de la salud.
- La aportación de la Iglesia a la Sanidad pertenece al mundo de los valores.

IV. Diagnóstico

Sindrómico

- Cambios en la estimación y valoración social de la salud y la enfermedad por parte del usuario. Identificación de malestar con enfermedad.
- Conversión del paciente en agente para la toma de decisiones sanitarias.
- Buen nivel de calidad científico-técnica de los médicos y del personal de enfermería, junto a carencias en su formación en bioética y una creciente desmotivación profesional.
- Poco sentido de la responsabilidad individual y colectiva en el control del gasto, problemas en la gestión y distribución de los recursos (humanos, técnicos y económicos) y deficiente organización y coordinación de determinados servicios.
- Traspaso de competencias del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) al Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO). Posible discriminación en el trato y en los cuidados a determinados colectivos más desfavorecidos y en ciertas situaciones de marginalidad social.
- Desigualdades en la accesibilidad real a los servicios sanitarios y sociales.

Etiológico

- La salud no es un mero hecho biológico sino un valor.
- La enfermedad del sistema de valores de nuestra sociedad.

V. Pronóstico

- Incremento de la secularización en el mundo de la salud.
- Mayor autonomía de los individuos en las decisiones sobre su propio cuerpo.
- Mentalidad mecanicista científico-técnica, racionalismo y utilitarismo.

VI. Terapéutica

Sintomática

- Redefinición de los conceptos de salud y enfermedad: inclusión de los valores.
- Formación de los profesionales sanitarios.
- La calidad de vida y de la asistencia como objetivos del quehacer sanitario.
- La eficiencia y la equidad en el Sistema Sanitario, responsabilidad de todos.
- El debate político y social sobre el modelo sanitario, las prestaciones del mismo y los servicios sociales.

Etiológica

- La reeducación en los valores.
- La aportación específica del mensaje cristiano en la tarea educadora y asistencial en el mundo de la salud.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta ponencia es hacer un diagnóstico de la Sanidad española que pueda servir como punto de partida para el análisis teológico -segunda ponencia- y el compromiso pastoral -tercera ponencia.

La tarea es muy difícil. De ahí la necesidad del trabajo en equipo. Esta ponencia, de hecho, es el resultado del trabajo de un equipo compuesto por Diego Gracia, Manuel de los Reyes, Pablo Simón, Javier Barbero, José Luis García y Mariano Galve. La redacción final se debe a Diego Gracia. Las proposiciones conclusivas que acompañarán a este texto constituyen un resumen, condensado pero explícito, de sus mensajes y contenidos.

De entre todos los métodos posibles hemos escogido uno que, cuando menos, tiene algo de original. Se trata de considerar a la Sanidad española como un enfermo, y aplicar a su estudio el método de la historia clínica. De ahí que nuestra ponencia podría titularse así: *Historia clínica de la Sanidad española*.

De acuerdo con el orden propio de la historia clínica vamos a comenzar recordando la evolución del sistema sanitario español en las últimas décadas -**Anámnesis**-, para luego pasar a su **exploración** (inspección, palpación, percusión, auscultación y análisis complementarios). A partir de todos esos datos formularemos un **diagnóstico**, arriesgaremos un **pronóstico** y, finalmente, propondremos algunas **medidas terapéuticas**. Con ello no pretendemos, como es obvio, agotar el tema, pero sí identificar algunos problemas que puedan servir de base a las otras dos ponencias de este Congreso.

1. ANTECEDENTES

Remotos

El sistema sanitario español en las últimas décadas

La aparición de los Seguros Obligatorios de Enfermedad revolucionó todo el sistema sanitario, haciendo surgir un modelo nuevo, rigurosamente distinto del que tuvo vigencia a todo lo largo del siglo XIX. Piénsese en el destino de un enfermo europeo en 1850: si pertenecía a la clase superior, es decir, si disfrutaba de una excelente posición económica, política o social, era atendido por alguno de los médicos de más prestigio en su propio domicilio, donde, si hacía falta, se habilitaban algunas habitaciones hasta hacer de ellas una pequeña clínica; si el enfermo formaba parte de las clases medias urbanas o del funcionariado gozaba por lo general de la protección de algún seguro privado, de forma que en caso de enfermedad podía acudir a la consulta particular de algún médico y, caso de agravamiento o intervención quirúrgica, era ingresado en una clínica dependiente del seguro; si, en fin, se trataba de un proletario o de un pobre de solemnidad, en caso de enfermedad había de acudir al hospital, institución reservada para quienes carecían de todos los anteriores recursos. Ni que decir tiene que estos hospitales eran instituciones lóbregas y mal dotadas, toda vez que dependían de la caridad.

Frente a ese hospital clásico de beneficencia, el hospital actual se caracterizaba por ser un centro magníficamente dotado desde todos los puntos de vista. La siempre cicatera financiación benéfica había sido sustituida por otra basada en las contribuciones obligatorias de todos o muchos ciudadanos y del propio Estado. La sanidad recibía ahora una cantidad de dinero absolutamente desconocida a todo lo

largo de su historia. No hay duda de que al menos en este punto las previsiones de Keynes se cumplieron. El seguro de enfermedad activó sectores enteros de la economía, como el químico-farmacéutico, el de equipamiento hospitalario, etc. Las consecuencias de esta revolución fueron espectaculares. Señalaremos las más importantes:

1. La medicina pasó de ser preponderantemente domiciliaria a convertirse en hospitalaria. El hospital, el nuevo hospital, se convirtió en el centro del sistema sanitario. Todo acto médico debía realizarse en el hospital. La medicina se hospitalizó.
2. El médico, por su parte, fue rehuyendo poco a poco el viejo rol de generalista -el médico de cabecera- para asumir el nuevo de especialista. La especialización fue la consecuencia natural de la progresiva complicación tecnológica de los procesos diagnósticos y terapéuticos, que obligó al dominio técnico de parcelas cada vez más reducidas de la patología humana. La revolución tecnológica que se operó en la medicina obligó inmediatamente a la división del trabajo y como consecuencia a la especialización. Y dado que la nueva tecnología tenía su sede en el hospital, el médico especialista hubo de trabajar preferentemente en él, no en los domicilios de los pacientes ni en el suyo propio.
3. Esto revirtió sobre la propia enseñanza de la medicina, que hubo de abandonar su clásico esquema de formación de médicos generales en favor de otro basado en la formación de especialistas destinados a trabajar, de preferencia, en la institución hospitalaria.
4. Cambió, en fin, el paciente. La nueva medicina hospitalaria ya no iba dirigida a los pobres de solemnidad, a los seres que se hallaban al margen del sistema económico, sino a los productores y consumidores, es decir, a quienes constituyen el centro de la actividad económica tal y como la entendía Keynes.

Todos estos cambios conformaron un nuevo modelo sanitario completamente distinto del modelo decimonónico. Se habían transformado todos sus puntos fundamentales -el hospital, el ejercicio profesional, la enseñanza de la medicina, hasta los propios pacientes- como consecuencia del cambio en la estructura económica y en el sistema de financiación. En menos de un siglo la sociedad había pasado de ver el hospital como lugar de marginación a entenderlo como uno de los centros de la vida social.

Referentes sociales, económicos, políticos y culturales

Transformar el modelo sanitario suponía tanto como cambiar el propio concepto de medicina, su definición. Y, en efecto, esto es lo que aconteció inmediatamente después de la segunda guerra mundial. El 22 de julio de 1946 se firmaba en Nueva York la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, el nuevo organismo internacional dependiente de la Organización de Naciones Unidas, encargado de velar por la salud y bienestar de los hombres. En el preámbulo del documento se definía la salud en estos términos: "La salud es un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Nunca hasta entonces se había atrevido nadie a definir la salud en estos términos. Desde los hipocráticos hasta finales del siglo XIX habían venido sucediéndose las definiciones de salud y enfermedad, pero nunca nadie había identificado salud con bienestar, y con bienestar no sólo físico sino también mental y social. Sólo si se advierte que estamos en 1946, momento en que el *Welfare State* anglosajón se ha convertido en el santo y seña de todas las democracias occidentales tras su victoria sobre el nazismo, empieza a adquirir sentido la definición de salud en términos de "bienestar" (*Welfare*,

Well-being). La economía keynesiana y el Estado benefactor configuran una idea de salud entendida como bienestar. La definición de la OMS no tiene sentido desligada de su contexto histórico. Con lo cual resulta que a la correlación establecida antes entre la economía neocapitalista, la sociedad de consumo, el orden político del Estado de bienestar (*Welfare State*) y la ética utilitarista, hay que añadir ahora un nuevo dato: la *medicina del bienestar*.

Salud, pues, es igual a bienestar. Repárese que en la definición de la OMS hay una curiosa matización semántica. Salud y enfermedad han funcionado secularmente como términos antitéticos, de modo que la salud se definía como ausencia de enfermedad, y a la inversa. Ahora se afirma, por el contrario, que la salud no consiste sólo en ausencia de enfermedad, sino en el logro de un completo bienestar físico, mental y social. Es difícil no ver tras esto la ética utilitarista de la felicidad. La sanidad amplía así su perímetro hasta acaparar para sí todo tipo de sufrimiento. Realmente, el ámbito de la sanidad y la medicina crece tanto que acaba siendo superponible al ámbito de la vida humana entera. El médico se convierte así en el hombre que dictamina entre lo normal y lo anormal o patológico, entre lo bueno y lo malo, entre lo permitido y lo prohibido, del mismo modo que en el antiguo Egipto o en la antigua Mesopotamia lo hacía el sacerdote. El médico ha usurpado el papel clásico del sacerdote y la medicina se ha convertido en la nueva teología.

El resultado de estos planteamientos es claro. Del mismo modo que los hombres del tiempo de Ramsés II o de Hammurabi vivían en un mundo sacralizado, dominado por los sacerdotes y los teólogos, la medicina del bienestar ha generado una nueva servidumbre, la servidumbre médica. Hace años se preguntó, en una encuesta realizada a ciudadanos franceses, qué consideraban más relacionado con la felicidad. La mayor parte respondió que la salud, seguida del amor, la amistad, la vida en una sociedad justa, la seguridad y el éxito profesional. Otra pregunta decía así: "Con la misma suma de dinero pueden construirse un kilómetro de autopista, tres guarderías, veinte aulas de escuela, cincuenta camas de hospital, o financiarse un equipo de investigación oncológica: ¿qué elegiría usted?". El 52 por 100 eligieron el equipo de investigación del cáncer, seguido del 30 por 100 que optaron por las cincuenta camas de hospital.

La medicina del bienestar ha medicalizado la vida humana, de modo que ésta ha caído bajo el control de los médicos e higienistas. Los médicos dictaminan lo que es bueno y lo que es malo, y por tanto establecen los criterios por los que se rige la moral civil en nuestras sociedades. Deciden también quién es normal y se halla en el libre uso de sus facultades, y quién no lo es y carece de responsabilidad penal, con lo que se medicaliza la norma jurídica. Mayor es la medicalización de la política, hasta el punto de que la función principal del nuevo Estado de bienestar es higiénica y sanitaria. Los documentos de la OMS son buena prueba de ello. Con lo cual resulta que la medicina de bienestar no es mera consecuencia de la economía neocapitalista, la sociedad de consumo, el Estado de bienestar y la ética utilitarista, sino que refluye sobre todos y cada uno de esos factores, *medicalizándolos*. La ética se medicaliza, de forma que sólo se considerará bueno lo que produzca salud o bienestar, y otro tanto podemos decir respecto de la política y demás esferas.

Hay un caso en el que esto es particularmente significativo, el de la economía. También la economía neocapitalista se medicaliza. Es lógico que así sucediera, una vez que se hizo de la salud un bien de consumo, y no un bien de producción como en la economía clásica del siglo pasado. Esta versatilidad no es exclusiva de la medicina, sino que afecta a todo producto económico. Todas las cosas son bienes de producción vistos desde un cierto ángulo, y analizadas desde otro se comportan como bienes de consumo. Sin embargo, en todas predomina uno u otro aspecto. Una máquina-herramienta es básicamente un bien de producción, en tanto que los alimentos lo son

de consumo. Pues bien, el hombre consume salud de modo muy parecido a como consume alimentos. De hecho, hay una tradición ancestral que asemeja el fármaco al alimento. Los alimentos son necesarios para la salud, deben consumirse a fin de permanecer sano. De igual forma, consumimos medicamentos para conservar la salud o restaurarla cuando se ha perdido. Y del mismo modo que el exceso o el defecto de alimentos produce enfermedad, el defecto de fármacos impide la curación y el exceso es nocivo para la salud. El ejemplo del alimento parece adecuado y permite entender a la perfección el proceso del consumo de salud.

La guerra y el armamento es otro de los consumos privilegiados, no porque sea preferible a la producción de alimentos o de viviendas, sino porque no tiene tope, porque puede estimularse de modo casi indefinido. Ahora bien, la experiencia de estas últimas décadas es que el consumo de salud tiene sorprendentes semejanzas con el de armamentos. Por lo pronto, ambos se caracterizan por no tener tope, es decir, por poder estimular su consumo de modo creciente sin el peligro de que se produzca la saturación del mercado, como vimos que sucedía con los alimentos. Uno no puede comer indefinida ni continuamente, pero sí puede estarse continuamente medicando. La capacidad de medicación no viene limitada más que por el tiempo y por el dinero: nadie puede medicarse más de veinticuatro horas al día, ni gastarse en salud más dinero del que tiene; pero sí puede llegar hasta ese tope, dedicando todas las horas del día al cuidado de la salud y gastando en ella todo su dinero. La salud, como las armas, permite esta aberración.

Pero hay aún otros puntos de semejanza. Por más que en uno y otro campo la función de la industria privada sea esencial, en ambos el papel motriz y gestor corresponde al Estado que, mediante su estímulo, intenta cumplir con el principio keynesiano de fomento de las obras públicas. De este modo, resulta que la industria de la muerte y la industria de la vida -la guerra y la salud- se hallan indisolublemente unidas en este macabro juego económico, hasta el punto de poder ser contempladas como las dos caras de una misma moneda. Nunca como en nuestro siglo la economía y la industria se han puesto al servicio de la destrucción y de la muerte, y nunca se han volcado tanto hacia la salud y la vida. Tal es la paradoja que subyace en el fondo de la nueva economía de consumo.

Existe, sin embargo, otra paradoja en la nueva industria de la salud. Durante los últimos decenios el gasto sanitario ha crecido de modo espectacular en todos los países occidentales. Basándose en las informaciones publicadas por el departamento de investigación del Instituto Mac Kinsey, J. M. Simon calculó en 1978 que el crecimiento decenal de los gastos sanitarios en los países ricos había sido el siguiente: de 1 punto suplementario del producto interior bruto de cada país entre 1950 y 1960; de 1,5 puntos suplementarios entre 1960 y 1970; y de 2 puntos suplementarios entre 1970 y 1980. Estos datos muestran bien el crecimiento acelerado de la parte destinada a sanidad del conjunto del producto interior. Dicho en otros términos, el gasto en salud crece más deprisa que la riqueza de los países ricos, de modo que cada año hay que dedicar una mayor cantidad de los recursos totales al área sanitaria, detrayéndola de otras. Si el ritmo de aceleración continuara indefinidamente, llegaría un momento en que toda la riqueza de una nación habría de gastarse en salud; y otro momento, el inmediatamente posterior, en que el total de la riqueza ya no sería suficiente para cubrir los gastos sanitarios.

Si el gasto sanitario crece más deprisa que la riqueza de un país, es obvio que hay que transferir financiación de otros sectores al sanitario. Y esto plantea un grave problema de justicia distributiva. Aun suponiendo que la salud sea muy importante, ¿puede permitirse que otros servicios sociales y públicos queden infradotados por atender a las demandas sanitarias? He aquí el problema que ha disparado los trabajos sobre justicia distributiva sanitaria en los últimos años. No ha sido una

preocupación teórica, sino eminentemente práctica. ¿Todo gasto en salud está éticamente justificado y es exigible en justicia? ¿El derecho a la salud y el derecho a la asistencia sanitaria han de ser cubiertos en toda su inagotable extensión, o hay unos límites de exigencia, tras pasados los cuales ya nada se puede exigir en virtud del principio de justicia? ¿Cuáles son esos límites? ¿Cómo pueden fijarse?

Estas preguntas se han hecho perentorias a partir de la década de los años 70. Entonces se produjeron dos fenómenos de la máxima importancia. Uno económico, la gran crisis económica de 1973, que de algún modo suponía la tumba del keynesianismo. El otro fenómeno ha sido estrictamente médico: los avances tecnológicos han hecho posible mantener en vida a personas que hasta hace poco morían sin remedio. La joven Karen Ann Quinlan ha vivido en estado vegetativo permanente durante diez años. ¿Hay obligación en virtud del principio de justicia de procurarla todo tipo de asistencia médica? Este hecho, por otra parte, no es más que un caso particular de algo que la medicina ha convertido en norma: actuar en sentido antidarwiniano. Si la naturaleza, según Darwin, selecciona a los más aptos y condena a la muerte a los débiles e inadaptados, la medicina actúa exactamente en sentido contrario. Esto hace que el número de enfermos crónicos irrecuperables (niños deficientes, pacientes crónicos, ancianos, etc.), sea cada vez mayor, lo que ha traído como consecuencia la denominada *explosión de costes*. Y vuelve de nuevo la pregunta: ¿hay obligación de justicia en atender con todos los recursos a todos esos enfermos?; ¿hasta qué límites deben ser tratados?; ¿a partir de qué punto la obligación deja de ser perfecta (o de justicia), para convertirse en imperfecta o de caridad?

Las respuestas, como es obvio, han sido varias. La más aceptada, sobre todo por políticos y economistas, es decir, por los gestores del sistema sanitario, ha sido la utilitarista. Su contenido es muy clásico. Lo que afirma es que la justicia distributiva debe regirse siempre por la proporción coste/beneficio, de tal modo que nunca hay obligación de hacer en justicia algo irracional, entendiendo aquí por racionalidad la económica, según la cual debe buscarse siempre la optimización del gasto. Esto significa varias cosas. Primero, que por más que los recursos sanitarios sean limitados -siempre lo serán, toda vez que el consumo sanitario es ilimitado- no es justo desviar financiación de otras partidas del presupuesto a la sanidad, si la relación coste/beneficio es mejor en esos otros campos que en el sanitario. Así, por ejemplo, la educación o la política de vivienda pueden presentar una relación coste/beneficio superior, en cuyo caso lo justo es invertir el dinero en esos campos. Segundo, que dentro del ámbito sanitario los limitados recursos que se poseen deben destinarse a las actividades que con un menor coste produzcan un mayor beneficio sanitario. Por ejemplo, si hay que elegir entre una campaña de vacunación o realizar un trasplante cardíaco, no hay duda de que la relación coste/beneficio exige conceder prioridad al primer programa, por más que ello traiga como consecuencia el perjuicio y hasta la muerte de algunas personas. Tercera, hay prestaciones y servicios sanitarios que no pueden ser exigidos en justicia, dada su baja relación coste/beneficio. Tal sucedía hasta hace poco con los trasplantes de corazón, riñón e hígado, y tal parece ser el caso de las muertes cerebrales, los estados vegetativos permanentes, etc.

No hay duda de que estas conclusiones suponen una corrección importante de la doctrina anterior. Tanto, que han obligado a redefinir el modelo sanitario. El modelo de los años cincuenta y sesenta se basaba, como ya vimos, en varias premisas: 1. salud era igual a bienestar, y todo malestar, ya fuera físico, mental o social, podía ser tributario de asistencia sanitaria; 2. el sistema sanitario aceptaba como justas todas las demandas de asistencia; y 3. la asistencia se hacía de modo casi exclusivo en el hospital. Según estos principios no hay duda de que deberían transferirse recursos de otros sectores económicos al sanitario, que el paciente tendría derecho al trasplante

de hígado aunque la relación coste/beneficio fuera baja, y que deben mantenerse abiertos todos los servicios, por más que resulten antieconómicos. Pues bien, el modelo de los años 80 va a negar todos esos presupuestos. A ello va a contribuir la propia Organización Mundial de la Salud, que, si bien no ha cambiado su definición de salud, sí ha introducido en ella importantes matices. En el documento sobre Asistencia Primaria elaborado en la Conferencia de Alma-Ata (1978) la OMS se ratificó en su definición de salud, pero añadió acto seguido: "Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios, debe ser el que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esta meta como parte del desarrollo, conforme al espíritu de justicia social".

La justicia social no parece que obligue, pues, a procurar el "perfecto bienestar" de todas las personas, sino sólo esa "atención primaria de salud" que permite llevar a los hombres "una vida social y económicamente productiva". Es la vuelta desde la *medicina de bienestar* o *medicina pedagógica* de la anterior etapa, es decir, de la medicina como bien de consumo, a la medicina como bien de producción. El "completo bienestar" de la definición de 1946 se divide ahora en "niveles", concretamente en tres, el primario, el secundario y el terciario. En el modelo anterior el nivel primario o de medicina comunitaria, se hallaba infradesarrollado, en tanto que el terciario u hospitalario ocupaba un volumen máximo. Su funcionalidad era muy baja y su rentabilidad también, ya que no se correspondía con las necesidades y los recursos; por eso tampoco puede afirmarse que fuera justo. Cuando se analizan las necesidades sanitarias de la población y se cuantifican los recursos, se advierte pronto que unas y otros se corresponden aceptablemente bien con el modelo de tres niveles. Así, las necesidades sanitarias de las comunidades suelen ser en el 86 por 100 de los casos de asistencia primaria, en el 12 por 100 de asistencia secundaria y sólo en el 2 por 100 de asistencia terciaria. La distribución óptima de los recursos económicos se ajusta también a este esquema, ya que en la asistencia primaria se consigue la máxima rentabilidad, en tanto que en la secundaria la rentabilidad es menor y en la terciaria la rentabilidad económica es mínima. La rentabilidad se mide aquí mediante la razón coste/beneficio. Por ello hay que decir que un sistema sanitario será tanto más injusto, o que la justicia distributiva será tanto peor en él, cuanto más desarrollado esté el nivel terciario y menos el primario. A tal respecto puede afirmarse que en el mundo funcionan hoy tres modelos: 1. el de los países desarrollados, que han conseguido atender aceptablemente bien tanto el nivel primario como el terciario; 2. el de los países no desarrollados, que carecen de nivel terciario pero han conseguido un aceptable nivel primario; 3. y el de los países semidesarrollados o en vías de desarrollo, que han invertido todas sus reservas en la asistencia hospitalaria, descuidando casi por completo la asistencia primaria. Este último modelo es, sin duda, el más antieconómico y el menos justo.

Próximos

Ley General de Sanidad

La *Ley General de Sanidad* (Ley 14/1986 de 25 de abril) consagró un modelo sanitario que se caracteriza, entre otras cosas, por generalizar las prestaciones sanitarias al conjunto de la población española. Puede decirse, por ello, que por primera vez en la

historia de nuestro país la asistencia sanitaria ha logrado un objetivo histórico: la *universalización* de las prestaciones, el acceso igualitario de todos al sistema de salud.

La Ley General de Sanidad instaura el Sistema Nacional de Salud y establece los siguientes principios generales: prioridad en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad; extensión a toda la población de forma progresiva; acceso en condiciones de igualdad efectiva; superación de las desigualdades territoriales; participación comunitaria a través de las Corporaciones territoriales; y rehabilitación y reinserción social del paciente o del usuario.

Crisis del sistema sanitario

Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (1991). Una vez lograda la extensión del derecho a la asistencia sanitaria a toda la sociedad española, se hace más necesario que nunca aumentar su eficiencia dado que en caso contrario no podrá cumplir sus objetivos. Para ello se propone tratarlo como un *mercado interno*, en el que el funcionamiento de las leyes del mercado hagan aumentar la responsabilidad, la eficacia, la eficiencia y la efectividad.

Si observamos la situación sanitaria no podemos negar la existencia de un importante cambio, pues el nivel de cobertura y los medios de que dispone el ciudadano son muy superiores en el momento actual a la situación pasada.

Creemos que se impone una valoración de la dimensión social del proceso vivido, y lo que ha significado en aspectos de solidaridad y justicia distributiva. Con todas sus deficiencias es necesario tener en cuenta que el sistema ha supuesto un importante movimiento de redistribución de la riqueza del país, pues ha posibilitado una cobertura a los ciudadanos, que por sus propios medios les hubiera sido imposible alcanzar.

2. EXPLORACION

Este sistema sanitario cuya génesis acabamos de describir, es de una enorme complejidad. Tanta, que no es fácil someterlo a un chequeo que pueda considerarse completo. De todos modos, sí cabe hacer una breve *exploración por aparatos*, como en cualquier historia clínica.

Los indicadores globales de la sanidad española

Los indicadores globales del estado de salud de la población española son bastante buenos, mejores que los de la media europea. En 1991 la *tasa de mortalidad infantil* fue de 0,78 fallecimientos por cada 100 nacidos vivos, y en 1988 la *tasa de mortalidad absoluta* fue de 7,4 por cada 1.000 habitantes. La *esperanza de vida al nacer* era, en 1990, de 80,1 años para las mujeres y 74,5 años para los hombres, situándose ambos valores entre los más altos de la Unión Europea (EU).

El *gasto sanitario* no es excesivo, aunque difícilmente va a poderse incrementar en los próximos años. El gasto total en asistencia sanitaria ha ido aumentando paulatinamente, desde la bajísima cifra del 1,5% del PIB en 1960 al 6,7% en 1991. Este porcentaje supone un gasto de 727 *ecus* por habitante, que es uno de los más bajos de los países de la UE. De este gasto, el 66% se financió en 1991 con cargo a los presupuestos del Estado, el 29% con los fondos de la Seguridad social y el 5% restante con los pagos directos y otros ingresos.

La tasa de *ingresos hospitalarios* registrada en 1990 fue baja en comparación con los niveles europeos, con 9,8 ingresos por cada 100 habitantes, existiendo, además, una

baja dotación de camas (4,3 por 1.000 habitantes). La duración media de las estancias en los hospitales para enfermos agudos fue de 9,6 días, que representa un nivel equiparable con los datos de otros países de la UE.

Hay en España unos 890 *hospitales*, el 43% de los cuales pertenece al sector público, y el resto al privado. Los hospitales públicos son propiedad, bien del INSALUD, bien de otras instituciones públicas; suelen tener mayor capacidad que los privados y en ellos se suelen realizar intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos más complejos y costosos. La gestión de un buen número de centros sanitarios privados es llevada a cabo por instituciones sin ánimo de lucro (órdenes religiosas, etc.)

La satisfacción del usuario

Las encuestas sociológicas parecen demostrar que el ciudadano está relativamente satisfecho de la *asistencia técnica* que se le presta. Todos consideran que esa asistencia es mejorable, pero que el nivel alcanzado es relativamente bueno, y en cualquier caso muy superior al de cualquier otra época anterior de la Sanidad española. En la encuesta de opinión realizada en enero de 1990 sobre la asistencia sanitaria en España, el 43% de los encuestados consideraban que la asistencia era buena, el 23% que era regular y el 12% que era mala.

Podría pensarse que las cifras iban a ser muy distintas cuando se preguntara por el *trato humano*. Pero, sorprendentemente, esto no es así. A la pregunta de "qué opinión le merece el trato humano que reciben los enfermos por parte de los médicos, las enfermeras, los celadores y el personal administrativo", los sujetos de la encuesta anterior respondieron así: el 58% considera que el trato humano que reciben de los médicos es bueno, regular el 24%, y malo el 7%. Los porcentajes en el caso del personal de enfermería, los celadores y los administrativos son prácticamente idénticos.

Las cifras bajan algo cuando se les pregunta por la *información* que reciben. El 42% considera que es buena, el 29% la considera regular y el 14% que es mala. Este es, quizá, el dato más significativo de la encuesta, y demuestra que es un punto en el que es preciso incidir de modo especial. El paternalismo sigue presente y actuante en nuestra práctica sanitaria.

En cualquier caso, si comparamos este nivel de satisfacción con el de los ciudadanos europeos el nuestro resulta bajo. De hecho, está en el noveno lugar entre los once países de la UE estudiados.

3. EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Puesto que estamos en un Congreso de Pastoral Sanitaria, es lógico que dediquemos un apartado a analizar los tipos de presencia de la Iglesia en el mundo de la salud, y los problemas derivados de esta presencia o de su ausencia.

El campo sanitario está tan unido a la acción de la Iglesia que durante siglos lo consideró como un campo propio, hasta el punto de que cuando el Estado empezó a fundar instituciones hospitalarias la Iglesia lo vio como grave intromisión en sus funciones, directamente derivadas del precepto evangélico de la caridad. Sólo así se entiende la llamada "polémica de pobres", que tuvo lugar en Europa durante el siglo XVI y que estuvo presente hasta en las deliberaciones del Concilio de Trento.

Hoy el sistema sanitario es fundamentalmente público, y todos estamos de acuerdo en que es misión del Estado atender este tipo de necesidades básicas de la población. Por tanto, ya no es posible entre nosotros una nueva edición de la citada polémica.

Con todo, uno de los redescubrimientos básicos de la teología en estos últimos tiempos es la especificidad cristiana de la opción preferencial por los pobres. El cristiano no tiene recetas económicas, o políticas, o culturales específicas. En esto no goza de ninguna ventaja sobre los demás mortales. Pero cree que Jesús ha iniciado el reino mesiánico, aquél que anuncian las bienaventuranzas y que acabará con la violencia, la injusticia, la pobreza, la debilidad. La única diferencia del cristiano respecto de los demás hombres es que cree esto, y que está dispuesto a poner su vida al servicio de esa causa. De ahí que las bienaventuranzas sean las verdaderas señas de identidad cristiana. La atención preferencial a los pobres, a los necesitados y a los que sufren hace que el mundo de la enfermedad deba ser considerado, hoy como en tiempos de Jesús, un lugar mesiánico primordial en el que el cristiano puede, debe y tiene que estar presente. El problema es cómo. Hay varios modos posibles: *presencia institucional*, mediante la creación y dirección de centros asistenciales propios; *presencia ministerial*, mediante los servicios de asistencia religiosa en los centros sanitarios; *presencia profesional*, mediante los profesionales sanitarios cristianos (médicos, enfermeras, etc.); y, en fin, *presencia eclesial básica* en el ámbito de las diócesis y parroquias.

Tipos de presencia

La *presencia institucional* ha sido y sigue siendo enormemente importante. Según las estadísticas de la Federación Española de Religiosos Sanitarios (FERS), cerca de 12.000 religiosos y religiosas pertenecientes a setenta y nueve Congregaciones se dedican a la asistencia sanitaria y social.

Un gran avance operado en los últimos años se ha producido en el nivel de *presencia* que antes hemos llamado *ministerial*, a través de los capellanes de hospital y en general de los agentes de pastoral sanitaria en los centros asistenciales.

Otra *presencia* de la Iglesia en el mundo de la salud es a nivel diocesano y parroquial. Se trata de una auténtica evangelización en clave de cercanía y ayuda a los enfermos y otras personas necesitadas, a través de grupos de voluntariado. Si el nivel del voluntariado social, y en concreto sanitario de una comunidad cristiana, es un fiel reflejo del nivel de compromiso y de vitalidad del cristianismo de un grupo eclesial, hemos de reconocer que nuestras comunidades cristianas necesitan revitalizarse y orientar su acción pastoral en este campo.

La *presencia profesional*, es decir, la presencia de los profesionales sanitarios cristianos seculares en el mundo de la salud es todavía escasa. Ello se debe, no en última instancia, al debate que se ha producido dentro de las propias instituciones profesionales a propósito de sus señas de identidad. El problema es saber qué añade el adjetivo cristiano al sustantivo profesional. Si uno es un buen profesional, ¿cambia en algo su actividad por el hecho de ser cristiano? Y a la inversa, ¿mejora la condición de mal profesional por el hecho de ser cristiano? El debate sobre la identidad profesional, que ha sido muy fuerte en las últimas décadas, va a seguir en los próximos años, pero esperamos que más matizado. Hoy todos admitimos que más allá o más acá de las cualidades profesionales están las cualidades humanas del profesional, su sistema de valores, su actitud ante la vida, y que todo esto tiene mucho que ver con la calidad de la asistencia sanitaria. Este es un campo en el que se necesita aún trabajar mucho para evitar los dos extremos, a cual más pernicioso: el de convertir la actividad profesional en una actividad confesional, y el de considerar que la religión no añade nada a la actividad profesional. La Asociación de Profesionales Sanitarios Cristianos (PROSAC) y alguna otra, están trabajando últimamente en esta dirección de modo muy correcto y prometedor.

He aquí una breve semiología de la presencia, y de las ausencias, de la Iglesia en el mundo de la salud. Cabe decir que la presencia será tanto más eclesial y cristiana cuanto más cerca esté de las bienaventuranzas y de la opción por los más pobres y necesitados. En este sentido, quizá está ya menos justificado el mantenimiento de centros propios que rivalizan con los de la red pública o con los de la red privada, y que obligan a los cristianos, en especial a los miembros de las Ordenes y Congregaciones religiosas a ocuparse en demasía de cuestiones administrativas y gerenciales. Parece claro que la presencia más importante de la Iglesia en el mundo de la salud ha de ser humana o de humanización. Es el nivel de ayuda personalizada al enfermo que cada vez tiene más importancia: voluntariado, grupos de acogida, asistencia espiritual, etc.

IV. DIAGNOSTICO

Sindrómico

Los *signos y síntomas* de disfunción o de enfermedad que presenta el sistema sanitario son muchos y todos distintos entre sí. Pero el hecho de que sean distintos no quiere decir que no estén más o menos relacionados. En la terminología clínica al conjunto de síntomas y signos que se dan unidos se le conoce con el nombre de *síndrome*. Por eso cabe decir que los problemas del sistema sanitario pueden agruparse en torno a diferentes síndromes:

1. El *síndrome del usuario*. La mayor accesibilidad al sistema sanitario por parte de los usuarios ha supuesto un gran avance, que podemos y debemos considerar histórico, pero a la vez está planteando importantísimos problemas que pueden dar al traste con todo el sistema. El hecho de que el paciente haya pasado a ser usuario demuestra que ha empezado a jugar un papel activo en el sistema, frente al clásico, fundamentalmente pasivo. Eso significa que si no controla su propia demanda, puede llevar al sistema a la crisis. De aquí que haya conflictos derivados del cambio de estimación y valoración social de la salud y la enfermedad por parte del usuario: en nuestra sociedad la salud ha pasado a ser un bien de consumo. Esto ha planteado un conjunto de problemas -deseo irracional de salud, consumo desmedido de recursos sanitarios, etc.- que se agravan por la precaria educación sanitaria de la población y la poca conciencia del deber de mantener hábitos saludables. Estamos sufriendo las consecuencias de que los servicios sanitarios se hayan convertido en un bien de consumo generalizado, y resulta cansado repetir y escuchar que la sociedad de consumo, en su dinámica de creación de nuevas necesidades, no es fuente de felicidad; pero cuando se trata de los servicios de salud olvidamos o damos a entender que ignoramos este planteamiento.

2. El síndrome del usuario lleva parejo con frecuencia el *síndrome del fantasma del enfermar*. Una gran parte de la demanda asistencial, especialmente en atención primaria, no está en relación con causas orgánicas sino con otros tipos de problemas psicológicos, sociales, laborales, familiares, espirituales, etc. El haber identificado salud con bienestar ha llevado también a identificar malestar con enfermedad, y por tanto todo aquello que produzca algún tipo de insatisfacción es percibido como un problema de salud, que, cómo no, el sistema sanitario tiene obligación de resolver. La mayor parte de las veces eso es imposible, lo que provoca una enorme frustración tanto del usuario como del profesional. Otras veces el profesional podría, teóricamente, reorientar e incluso solventar el problema; pero se halla inmerso en una estructura sanitaria deshumanizante e imbuido por un talante demasiado tecnificado y funcional que presta poca atención a las demandas no verbalizadas

de los pacientes. Algunos individuos responden a la frustración que les produce el sistema sanitario derivando por otros caminos. Puesto que el problema que tenían lo han identificado como enfermedad, es decir, lo han medicalizado, lo siguiente es buscar otro tipo de servicio sanitario que pueda solucionárselo. Esta es una de las raíces fundamentales del incremento, en los últimos diez años, de las llamadas *medicinas alternativas*. Es muy posible que su popularidad se deba a su capacidad para acercarse, aunque sea de forma fraudulenta la mayoría de las veces, a las necesidades de sus usuarios: acogida y escucha, encuentro y calor humano, diálogo, aumento de la autoestima, esperanza, etc.

3. Además de esos dos síndromes -uno social y otro cultural- hay otro, el *síndrome político*. Por éste entendemos el hecho de que en una sociedad democrática como la nuestra, son los representantes del pueblo, o mejor, la sociedad a través de sus representantes, los que acaban decidiendo las líneas generales de nuestro sistema sanitario. Ha sido la sociedad española la que ha decidido que la Sanidad española se estructure en forma de Sistema Nacional de Salud, con las características que antes hemos señalado. Pero a la vez es ese pueblo el que, si por una parte protesta por la falta de prestaciones del sistema sanitario, por otra se niega a dedicar una mayor parte del presupuesto nacional a la sanidad. En estos momentos está entre el 6 y el 7% del PNB, y no parece que vaya a ser posible incrementarlo sustancialmente en los próximos años. El gobernante obedece, en la mayoría de los casos, a razones de fuerza mayor, o en términos más llanos, a presiones de los ciudadanos; no olvidemos que su objetivo es permanecer en el poder y que los ciudadanos son los que hacen posible que permanezca en el poder, o que lo pierda.

4. Los males del sistema sanitario se han visto agravados por la forma y los criterios de gestión que se han utilizado. Todos estamos de acuerdo que no se ha hecho bien, o mejor, que con los mismos recursos se podría haber obtenido más y mejor salud para la población. Esto constituye un nuevo síndrome, que llamaríamos *síndrome administrativo o gerencial*. Si el primer y segundo síndromes tienen que ver con el usuario y el tercero con la estructura política, este cuarto se refiere a los gestores del sistema. Hay un amplio conjunto de problemas directamente relacionados con ellos. Nuestro sistema tiene problemas de gestión, de mala distribución de los recursos, de organización ineficiente de los servicios, de falta de autoridad, de falta de competencia, etc. Esto ha llevado a una gran burocratización de las consultas y a una falta de coordinación de los servicios y niveles asistenciales. La burocracia administrativa utiliza un lenguaje muy peculiar, que ha generado lo que algunos llaman la *enfermedad del signo o del estigma*, que da lugar a que sectores de la población como ancianos, gitanos y personas pertenecientes al Cuarto Mundo, no disfruten equitativamente de la asistencia. Este es un reto para la comunidad cristiana, que puede recuperar un papel preponderante como mediadora de salud, aprovechando su estructura territorial de base.

5. Hay un *síndrome económico*. Se debe a la limitación de los recursos. Durante décadas hemos vivido pensando que el sistema sanitario no carecería de recursos económicos. La crisis del 73 nos sacó de este error, y veinte años después todos estamos convencidos que la escasez de recursos no es meramente coyuntural sino estructural. Escasez de recursos habrá siempre, y tenemos que aprender a convivir con ella. Esto plantea un conjunto de problemas enormes, que además son nuevos y requieren de un abordaje que no conocemos en su detalle. No debe olvidarse que en el mundo de los servicios sanitarios la experiencia ha demostrado, y demuestra, que cuantos más servicios haya en funcionamiento más utilización se hace de ellos. En términos más técnicos, aquí es evidente y notorio que la oferta genera la demanda y el límite de este proceso está por descubrir.

6. Hay un *síndrome profesional*. La profesión médica ha cambiado drásticamente en su estructura. De basarse en el ejercicio privado ha pasado a ser una profesión de servicio público; y el médico, de ser un trabajador por cuenta propia ha pasado a ser un trabajador por cuenta ajena. Esto hace que las instituciones tradicionales de defensa de la profesión, a la cabeza de todas los Colegios de Médicos, nacidas para organizar el ejercicio de la medicina privada, se muestren enormemente ineficientes e ineficaces para resolver los conflictos profesionales surgidos en esta nueva situación. A esto se añade la profunda desmotivación del personal sanitario, debida a varias causas y no en último lugar al envejecimiento paulatino de la vida media de los profesionales. El sistema sanitario español tuvo una fuerte expansión en los años sesenta y setenta, que hace que la mayor parte de los profesionales tengan una edad muy similar, con la dificultad de promoción interna que esto conlleva, y que hoy, veinticinco años después, la edad media de los profesionales sea lo suficientemente elevada como para que su entusiasmo haya disminuido sensiblemente.

La enfermería, por su parte, ha cambiado su rol de modo muy importante, lo que a su vez ha sido fuente de conflictos interprofesionales. Y además, la aparición de un amplio conjunto de profesiones sanitarias distintas de la médica, han hecho enormemente compleja la relación de los diferentes profesionales entre sí.

Finalmente, hay que decir que si bien el nivel de calidad científico-técnica de los profesionales sanitarios es en conjunto bueno, su nivel de calidad ética y humana todavía es deficiente. El paternalismo, el elitismo, la incapacidad para detectar las necesidades reales de los pacientes y para incorporar los valores éticos a la discusión clínica, la mala comunicación -a veces, hasta la simple mala educación-, la ceguera para la percepción de los conflictos éticos, etc., están a la orden del día. La vulneración de los derechos de los pacientes es, por desgracia, un hecho bastante habitual.

7. Hay otro síndrome llamado *síndrome sanitario*, que también podría denominarse *síndrome del espejismo de la equidad*. La sanidad, si bien por una parte ha ampliado su ámbito de actuación al definir la salud como bienestar, por otra lo ha reducido drásticamente, al traspasar al Instituto Nacional de Servicios Sociales el cuidado de ancianos y de ciertos tipos de enfermos crónicos. Casi no nos hemos enterado todavía que en España muchos pacientes crónicos y los ancianos no pertenecen ya al sistema sanitario, no dependen del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) sino del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO). Este último está mucho menos estructurado que el sistema sanitario y recibe una financiación sensiblemente menor, razón por la cual hay una clara discriminación entre los enfermos agudos, que pueden recuperarse y volver a trabajar, y los crónicos y ancianos. Nuestro sistema prima claramente a los servicios sanitarios sobre los sociales, a los agudos respecto de los crónicos, al curar frente al cuidar. El gran consumo de recursos por parte de los primeros desasiste a un amplio estrato de población que precisa fundamentalmente de los segundos: ancianos (residencias, hospitales de día, uso de medicamentos y productos sanitarios, etc.), pacientes terminales (cuidados paliativos) y enfermos con SIDA (casas de acogida).

Por otra parte, la equidad tampoco reina dentro del propio sistema sanitario. Seguimos dedicando muchos más recursos al nivel terciario que al primario y secundario, que son los que debieran consumir la mayor parte del presupuesto.

Además de estas desigualdades, hay otras no menos llamativas. El nivel de recursos sanitarios sigue siendo menor en unas regiones de España que en otras, y desde luego es menor en el campo que en la ciudad. La dotación real, material y humana, de los centros sanitarios de atención primaria en las zonas rurales sigue siendo claramente inferior a la de zonas urbanas. La infraestructura de atención secundaria,

hospitales comarcales, todavía es escasa. Hay que destacar también, que la accesibilidad real a los servicios terciarios está limitada por los costes económicos del desplazamiento, alojamientos, etc., en poblaciones ya de por sí con bajo poder adquisitivo. Finalmente, hay que decir que ciertos grupos marginales (población gitana, toxicómanos, alcohólicos, inmigrantes ilegales, parados de larga duración), su propia marginalidad hace que les resulte más difícil acceder realmente a los recursos sanitarios. Otros problemas socio-sanitarios, como los derivados del desempleo y del paro juvenil, plantean un horizonte incierto.

Etiológico

Una vez identificadas las diversas constelaciones de problemas o síndromes, es preciso analizar sus causas. Del diagnóstico sindrómico hay que pasar al diagnóstico etiológico. Una enfermedad es un conjunto de síndromes producidos por una misma causa. Así, por ejemplo, la enfermedad llamada tuberculosis cursa con varios síndromes, uno pulmonar, caracterizado por ciertos síntomas (tos, expectoración, hemoptisis) y algunos signos (por ejemplo, radiológicos); otro síndrome es general, y se caracteriza por febrícula, adelgazamiento, etc.; y pueden coexistir otros síndromes, hematológico y dermatológico por ejemplo, con ganglios infartados y abiertos al exterior, etc. Todos estos síndromes, distintos entre sí, los llamamos tuberculosos cuando somos capaces de referirlos a una misma causa, el bacilo de Koch.

Pues bien, si consideramos que la sanidad está enferma, y que los descritos son algunos de los síndromes que la caracterizan, hemos de ver si somos capaces de encontrar una causa explicativa de todos ellos. Si no es una causa, sino que son varias las que producen toda esa sintomatología, entonces tendremos que decir que coexisten distintas enfermedades, cada una de ellas con su propia causa. También esto es frecuente en la patología humana, como lo demuestra el hecho de que una persona pueda ser tuberculosa y además tener un cáncer de colon, o la rubeola. También puede suceder que además de la tuberculosis tenga una infección por el VIH. En este caso hemos de decir que la tuberculosis es una enfermedad distinta al SIDA, puesto que los agentes causales son distintos, pero que sin embargo ambos procesos están estrechamente relacionados, pues la baja de defensas propia del SIDA explica la tuberculosis, que por eso mismo habremos de calificar de secundaria. Esto puede pasar también en sanidad, que aunque coexistan causas distintas, haya una que merezca el nombre de fundamental o primaria.

¿Hay una causa primaria de todos esos problemas? ¿Cuál es ella? Nuestra tesis es que sí, que hay una causa primaria de todos esos problemas que hoy padece nuestra sanidad. Naturalmente, es una causa muy general, y por ello también un poco abstracta, razón por la cual resulta difícil de neutralizar o de combatir. De todos modos, pensamos que es importante que reflexionemos brevemente sobre esta raíz de muchos, si no de todos nuestros problemas.

Nuestro diagnóstico es que la salud no es un *hecho* sino un *valor*, y que por tanto no puede ser definida nunca de un modo absolutamente objetivo e intemporal, sino en el interior del sistema de valores de cada grupo social y en cada momento histórico. Esto hace que la causa de todos nuestros males haya que buscarla, en última instancia, en el *sistema de valores de nuestra sociedad*.

Estos valores nos han hecho avanzar sensiblemente respecto de épocas anteriores. Ya lo hemos dicho: nuestro sistema sanitario es más justo que ninguno otro anterior. Pero ese sistema de valores es también el causante de nuestros males, que por ello mismo no pueden atribuirse en primer lugar a los sanitarios, ni a los gestores, ni a los propios políticos, sino a la sociedad como un todo. La sanidad la decide la sociedad.

Es de la sociedad de donde salen los políticos, y es la sociedad la que los confirma o los cambia cada cuatro años. También es la sociedad la que aprueba los presupuestos del Estado cada año, y la que decide cuánto dinero quiere gastarse en sanidad. Por otra parte, los gestores, los profesionales sanitarios y los propios usuarios del sistema también proceden de la sociedad y forman parte de ella. Del mismo modo que se ha dicho con toda razón que cada país tiene los políticos que se merece, cabe decir que cada sociedad tiene el sistema sanitario que se merece, y que las virtudes y los defectos de ese sensibilísimo microsistema de la sociedad que es la sanidad, refleja con toda precisión las virtudes y los defectos de la sociedad en su conjunto.

Vivimos en un país que se caracteriza por tener una sociedad muy poco estructurada, que tiende a delegar excesivas funciones en el Estado. Además, nuestra sociedad ha vivido durante mucho tiempo en una situación de tutela, que la ha hecho considerarse como menor de edad, inmadura, e incapaz de valerse por sí misma. En 1987, el sociólogo Víctor Pérez Díaz escribió un importante libro sobre la transición española, y lo tituló "El retorno de la sociedad civil". Su tesis es que la transición española hacia la democracia supuso una devolución a la sociedad civil de su protagonismo, de tal modo que ésta, la sociedad, empezó a considerarse responsable de su destino. En una sociedad democrática, en efecto, el Estado es sólo el resultado de las decisiones de la sociedad civil. Esto es verdad siempre, pero sobre todo en las sociedades democráticas.

Pues bien, lo mismo cabe decir de la sanidad. También en ésta se ha dado en las últimas décadas una entrega de responsabilidades a la sociedad civil. Por eso los pacientes son cada vez más críticos, porque cada vez se ven más a sí mismos como protagonistas de la sanidad, como agentes y no sólo como pacientes.

Nuestra tesis es que está produciéndose una enorme revolución en medicina, y que esto supone un cambio de papeles en todos los protagonistas de la sanidad. Esto requiere una reeducación de todos en su nuevo rol, cosa que no se ha producido, y que es causa de muchos conflictos. Ni el médico sabe cuál es exactamente su papel, ni la enfermera, ni tampoco el usuario. Hay que reeducar a todos en la gestión y el control de las decisiones sanitarias. Sólo así podrán solucionarse la mayoría de los problemas que antes hemos identificado. Se trata de una *reeducación en los valores*, que tienen que hacer las instituciones sociales. Y como la Iglesia es una institución social, debe concluirse que la Iglesia tiene también una importante función en este campo.

IV. PRONOSTICO

Tras la reconstrucción del pasado y la exploración y diagnóstico del presente, es necesario que intentemos prever el futuro. Este futuro pasa, a nuestro modo de ver, por la continuación del proceso iniciado hace ya mucho tiempo.

La sanidad va a seguir su proceso de secularización. Recordemos que hasta hace algunos siglos, la asistencia a los marginados y enfermos fue considerada una prerrogativa de la Iglesia. Esto ya no es así, pero va a dejar de serlo aún más en el futuro. La autonomía de las realidades terrenas va a seguir incrementándose, incluso en campos que podemos considerar insospechados.

Uno de estos, quizá el fundamental, es el de asunción por parte de los pacientes de las decisiones sobre su propio cuerpo. Hemos vivido en una situación paradójica. A la vez que hemos considerado normal que las personas tomaran decisiones sobre su vida, comprando propiedades, casándose, engendrando hijos, etc., les hemos negado la capacidad de tomar las decisiones fundamentales sobre su propio cuerpo. Esto es lo que hoy se conoce con el nombre de paternalismo. En el pasado no hemos dejado a los pacientes decidir sobre sus vidas ni sobre sus muertes. Hoy han comenzado a

tomar conciencia de su capacidad y de su derecho para decidir, pero aún distan mucho de poderlo y saberlo hacer. Entre otras cosas, porque se lo impide el Derecho penal. En este sentido, creemos que nos esperan bastantes sorpresas en el próximo futuro.

Esto también puede formularse diciendo que el derecho a la libertad de conciencia va a continuar desarrollándose en las próximas décadas, y concretamente en el ámbito de la sanidad. Por más que hoy esto pueda parecer algo obvio, conviene no olvidar que este derecho estuvo condenado por la Iglesia, bajo el nombre de liberalismo, durante todo el siglo XIX, y que sólo ha recibido una cierta aceptación pública y explícita por parte de la Iglesia el año 1965, cuando el Concilio Vaticano II proclamó su Declaración de Libertad Religiosa. Sin embargo, hay muchas razones para pensar que el respeto a la libertad de conciencia no ha llegado todavía a ser total ni por parte de la Iglesia ni por la del Estado. Aceptar la libertad de conciencia supone tanto como conceder primacía a la sociedad civil respecto del Estado. Este tiene que proteger los derechos individuales de todos los ciudadanos y promover la igualdad de oportunidades, pero en todo lo demás la persona tiene que ser la única responsable. Cada vez será más importante el trabajo con los individuos y los grupos sociales, en un intento por educarlos en la asunción y el manejo de los valores. En este punto, la Iglesia tiene una gran misión que cumplir.

V. TERAPÉUTICA

Hay dos tipos de tratamientos posibles. Unos se llaman sintomáticos, porque sólo curan los síntomas pero no la causa de la enfermedad. Otros, por el contrario, se llaman etiológicos porque intentan corregir la causa última de los problemas.

Tratamientos sintomáticos

Han sido los más frecuentes, porque son aquellos que corrigen antes algunos de los síntomas de la enfermedad aunque no afecten a la causa. Los tratamientos sintomáticos pueden ordenarse de acuerdo con los diferentes síndromes que identificamos en la exploración.

1. *Síndrome administrativo*. Menor burocracia y mejora de la gestión (pero no creemos que sea el marco de esta ponencia y de este Congreso el entrar en consideraciones sobre este tema).
2. *Síndrome económico*. Búsqueda de la eficacia, la efectividad y la eficiencia. Financiación por parte del Estado y establecimiento de un mercado interno sanitario. Mayor conciencia del gasto por parte de todos, profesionales y usuarios del sistema de salud. Los recursos son escasos, y en caso de necesidad habrán de limitarse las prestaciones.
3. *Síndrome político*. Durante muchos años el sistema sanitario ha sido utilizado por los partidos políticos como modelo de prestaciones sociales. Hoy, sin embargo, el interés político por la sanidad ha disminuido sensiblemente, sobre todo por la dificultad de controlar el gasto. Se han convencido de que nunca podrá ser rentable. Por eso se hace cada vez más necesario fomentar el debate político sobre estos temas, de modo que la sociedad se conciencie de la situación y exprese claramente su parecer sobre el modelo sanitario que quiere y las prestaciones que desea sean cubiertas con cargo a los fondos públicos. El ejemplo del Estado de Oregón (EE.UU) es muy ilustrativo a este respecto. Se podrá discutir si los criterios que se utilizaron en Oregón son los correctos o no, pero de lo que no cabe duda es de que ha servido para tomar conciencia de la relevancia política y social de este tipo de decisiones. ¿Ha habido en España, por ejemplo, un debate político serio sobre el problema de la

asistencia a pacientes crónicos y ancianos? ¿No es este un problema que requeriría una mayor discusión pública? Nosotros, al menos, así lo creemos.

4. *Síndrome profesional*. Las instituciones profesionales de la sanidad, como por ejemplo los Colegios profesionales, están en una grave crisis de identidad que puede dar al traste con su propia existencia. De hecho, no sirven para controlar la calidad de los colegiados, y se han convertido con harta frecuencia en instituciones de mera autodefensa. Este es otro debate absolutamente necesario, y que los propios profesionales se niegan a emprender.

5. *Síndrome sanitario*. Necesidad de redefinir con más precisión los conceptos de salud y enfermedad. Importancia de los valores en la definición de esos conceptos y urgencia en la educación sanitaria en esos temas. Mejora de los planes de formación de las diferentes profesiones sanitarias.

Tratamiento etiológico

En España, una vez conseguido el acceso básicamente universal al sistema sanitario, hay que decir que la asignatura pendiente ya no es tanto la de la cantidad cuanto la de la calidad.

El término *calidad* no es descriptivo sino evaluativo. La calidad no es algo que se perciba, como se perciben los colores de las cosas. No hay un sentido específico para percibir la calidad. La calidad no se percibe, se estima. Los juicios de percepción reciben el nombre de hechos. Por el contrario, los juicios de estimación reciben el nombre de valores. La calidad es un valor, o mejor, es un proceso de valoración de ciertos hechos o de ciertas realidades.

La *calidad de vida*, entendida como *calidad total*, tiene dos niveles distintos: *calidad intrínseca*, técnica y científica, vinculada al producto, de difícil valoración por el usuario; y *calidad estimada o aparente*, vinculada al proceso y de difícil valoración por el personal sanitario.

El problema de la sanidad española es hoy, fundamentalmente, un problema de *valores*. Este es, quizá, el principal problema por resolver, *la educación en los valores*. Sólo así se conseguirá humanizar la asistencia sanitaria y dar vida a los años, y no sólo años a la vida.

En este campo la Iglesia puede, debe y tiene que estar presente. La promoción de los valores de respeto a los seres humanos, la solidaridad, la ayuda mutua, el socorro a los necesitados, la compasión, el desapego de las realidades terrenas, el control del consumo desenfrenado, la búsqueda de objetivos distintos del mero disfrute, pueden tener de hecho una importancia grande en la educación humana y sanitaria de la población. He aquí, pues, un tema en el que debería seguirse profundizando, en la aportación de la Iglesia a la promoción de los valores de una sociedad, no sólo en el orden de los valores específicamente cristianos, sino también, y quizá principalmente, en el de los simplemente humanos.

De estos presupuestos se deduce que una terapéutica fundamental a la actual situación del sistema sanitario debe estar en la educación y el autocontrol en el uso de los servicios de salud, siempre sobre estas bases: nueva escala de valores de nuestra sociedad, educación para la salud, vida sana, hábitos saludables y utilización racional de los servicios sanitarios.

La Iglesia no debe competir con el sistema sanitario público, pero sí puede y debe: 1. colaborar con él, ofertando servicios de calidad muy alta en determinadas áreas desatendidas (enfermos crónicos, mentales, pacientes terminales); 2. potenciar la humanización de la atención sanitaria, animando y fomentando la creación de

grupos de voluntariado que desempeñen tareas específicas; 3. detectar y denunciar las lagunas que existen en la cobertura socio-sanitaria real, para que el sistema las subsane; y mientras esto no ocurra, si se trata de colectivos desfavorecidos o marginados, impulsar iniciativas eclesiales propias que las cubran (atención a enfermos con SIDA, alcohólicos, toxicómanos, minusválidos).

No podemos dejar de decir, finalmente, que dado que la Iglesia es la comunidad de Jesús, el conjunto de sus seguidores en la esperanza escatológica y en el celo por la construcción del reino, dicha Iglesia no puede cejar hasta conseguir que en este ámbito del dolor y la expropiación que es la enfermedad se haga realidad el Sermón de la Montaña. Este tiene que ser nuestro objetivo. La realidad histórica nunca será perfecta. El sistema sanitario siempre tendrá defectos. Misión del cristiano será siempre suplir las deficiencias, mejorar las estructuras, consolar las penas, acompañar a los más necesitados... De este modo, haremos posible el objetivo de la esperanza cristiana, el advenimiento del reino de Dios.

Departamento de Pastoral de la Salud, Congreso Iglesia y Salud, Edice, Madrid 1995 (pp. 75-104)