

Hermanos de
San Juan de Dios
Barcelona

Año 44. Segunda época. Enero - Febrero - Marzo 1992
Número 223. Volumen XXIV

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

MIGUEL MARTÍN

Redactores

MARIANO GALVE
JOAQUÍN PLAZA
CALIXTO PLUMED
FRANCISCO SOLA

Administración

BENJAMÍN PAMPLONA

Secretaría de Dirección

LOURDES COLL
EDUARDO GARCÍA

CONSEJO ASESOR

FRANCISCO ABEL
FELIPE ALÁEZ
M.ª CARMEN ALARCÓN
MIGUEL A. ASENJO
MANUEL CEBEIRO
ESPERANZA CACHÓN
ÁNGEL CALVO
JESÚS CONDE
RUDESINDO DELGADO
JOAQUÍN ERRA
FRANCISCO DE LLANOS
PILAR MALLA
JAVIER OBIS
JOSÉ A. PAGOLA

DIRECCIÓN

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Carretera Esplugas s/n
Teléfono 203 40 00
08034 Barcelona

Publicación autorizada por el Ministerio
de Sanidad como Soporte Válido. Ref.
SVR n.º 401.

ISSN 0211-8268
Depósito Legal: B. 2998-61
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

1	EDITORIAL Iglesia y Sanidad	8
2	PANORAMA DE LA SANIDAD ESPAÑOLA ACTUAL Juan Viñas Salas	10
3	PERSPECTIVAS DE FUTURO DE LA SANIDAD ESPAÑOLA Manuel Evangelista	20
4	PRIMERAS MANIFESTACIONES DE JOSÉ ANTONIO GRIÑÁN MARTÍNEZ Ministro de Sanidad	27
5	TRANSFORMACIONES NECESARIAS PARA AFRONTAR EL FUTURO Francisco Sola Pagola	31
6	INFORME DE LA COMISIÓN DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Informe Abril Martorell	42
7	ENTREVISTA A FERNANDO ABRIL MARTORELL Presidente de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud Miguel Martín Rodrigo	57
8	LA APORTACIÓN DE LA IGLESIA A LA SANIDAD Jesús Conde Herranz	69
9	PRESENCIAS DE LA IGLESIA EN LA SANIDAD	78
10	LA SANIDAD ESPAÑOLA DESDE DIFERENTES ÁNGULOS	87
11	DÍA DEL ENFERMO 1992: DESCUBRE SU MUNDO Materiales de Trabajo	96

O.H.S.J.D.
CURIA PROVINCIAL
SANT BOI
5.E.27

1. EDITORIAL

Iglesia y Sanidad

Por quinto año consecutivo LABOR HOSPITALARIA dedica un número monográfico a la promoción de la *Campaña del Día del Enfermo*.

En años anteriores estas páginas han acogido, haciéndose eco de otras campañas, temas tan importantes como «LOS ENFERMOS MÁS NECESITADOS Y DESASISTIDOS», «LA FAMILIA DEL ENFERMO», «LA COMUNIDAD CRISTIANA Y LOS ENFERMOS» e «IGLESIA Y SALUD».

El tema de este año es de no menos trascendencia y envergadura, pues a su modo engloba a los precedentes: **IGLESIA Y SANIDAD**.

El Departamento de Pastoral de la Salud, de la Conferencia Episcopal Española, inicia con esta Campaña un proceso de amplias miras pues, según nuestras fuentes de información, está preparando un Congreso Nacional sobre Pastoral de la Salud y un documento de la propia Conferencia Episcopal, en los que se va a prestar una atención muy particular a la evolución de la Sanidad hoy y en el inmediato futuro, y en los que también se van a analizar muy cuidadosamente la función que la Iglesia de España debe cumplir, el lugar que debe ocupar y los compromisos que debe asumir en tal proceso.

Todos estos datos hacen que la *Campaña del Día del Enfermo 1992*, aparte del interés que tiene por sí misma, adquiera una relevancia muy singular y, dentro de ella, el conjunto de reflexiones que la han puesto en marcha, desde la plataforma de la XVI Reunión Nacional de Delegados de Pastoral de la Salud.

LABOR HOSPITALARIA ofrece en este número monográfico lo más granado de tales reflexiones, a las que muy brevemente quiere aquí añadir la suya propia.

Iglesia y Sanidad son los dos universos en cuyo interior se mueve esta revista, y a los que se siente indisolublemente vinculada con la mente y el corazón. LABOR HOSPITALARIA ha querido ser siempre un testigo fiel de la pasión de la Iglesia por la Sanidad, manifestada por el gran número y calidad de las personas e instituciones puestas al servicio de ésta por aquélla. Pero ha intentado ser también, si no motor, al menos carburador o dinamo, que transmitiera al resto de la Iglesia el interés

por la Sanidad de esas personas e instituciones; a tantos otros cristianos de la base y de la altura que, con harta frecuencia y complacencia, han delegado en ellas una responsabilidad que el Evangelio extiende a todos.

Nuestro primer deseo es que esta Campaña, junto con los actos mencionados que la seguirán, sirva de caja de resonancia en la Iglesia entera de España, y en cada una de las comunidades que la componen para emitir con el volumen y la claridad suficientes un doble mensaje: la sanidad es un terreno primordial en el que de un modo u otro, según las posibilidades de cada uno, todos los cristianos deben atestiguar su fidelidad al evangelio; y la sanidad es, al mismo tiempo, el terreno donde, en nombre del evangelio y de la Iglesia, muchos cristianos están contribuyendo con su esfuerzo a la redención y el progreso del mundo, sin contar con toda la atención y el apoyo debidos por parte de sus hermanos.

Pero, al mirar a la Sanidad desde el interior de la Iglesia, LABOR HOSPITALARIA experimenta también sentimientos encontrados entre sí. Reconoce con gran satisfacción sus grandes avances en diferentes frentes abiertos al servicio de la salud de los ciudadanos, y apuesta por su mejora en cantidad y calidad. Sin embargo, tampoco se le esconden sus dificultades y contradicciones, no menores que aquéllos. Y, en sintonía con la mayoría de los ciudadanos, cristianos o no, se pregunta si la Sanidad camina realmente hacia adelante, o si ha iniciado un retroceso, quizá ahora imperceptible, pero a la larga imparable. No es catastrofismo, sino amor preocupado por un gigante enfermo lo que estamos intentando expresar.

Desde nuestras posibilidades reales queremos contribuir al restablecimiento de nuestra Sanidad, pues nuestra es, de todos. Y creemos que las voces contenidas en las diversas comunicaciones de este número ofrecen datos para un buen diagnóstico y sugerencias para un tratamiento con pretensiones de integral. Hay, sobre todo, en ellas un común denominador: el afán por destacar que la Iglesia está dispuesta a seguir poniendo al servicio de la Sanidad lo mejor y más apropiado que de sí misma pueda ofrecerle. Y que, para poder hacerlo con desenvoltura y eficacia, espera de los responsables de la Sanidad una postura abierta, sin recelos ni malentendidos. Porque ambas instituciones no se justifican por sí mismas más que en la medida en que una y otra se sienten subsidiarias de la salud de todo ser humano y de todos los seres humanos, en nombre de sus ideales respectivos.

LH

2. PANORAMA DE LA SANIDAD ESPAÑOLA ACTUAL

DESCRIPCIÓN DE SUS RASGOS MÁS SIGNIFICATIVOS

Juan Viñas Salas

Médico cirujano

Hospital «Arnau de Vilanova» de Lleida

Delegado Diocesano de Pastoral de la Salud de Lleida

Presidente de Prosac (Profesionales Sanitarios Cristianos) de España

El autor es un profundo conocedor del mundo de la salud desde sus diferentes perspectivas. Como médico cirujano en ejercicio, como profesor universitario, como presidente de los profesionales sanitarios cristianos de España, la sanidad no tiene excesivos secretos para él.

En el presente artículo nos esboza un panorama de la misma, en el que subraya aquellos rasgos que sobresalen y que la definen más específicamente. Y lo hace en diálogo con las aportaciones del Informe Abril.

INTRODUCCIÓN

La asistencia sanitaria es una de las necesidades consideradas como básicas por la población, formando parte de los primeros estratos de la pirámide de Maslow. Hoy en día la cultura dominante es la de la salud como un bien y como un derecho. Cuando uno cae enfermo se considera como una injusticia y se exige al sistema sanitario que rápida y gratuitamente te cure de la enfermedad y te restituya la salud *ad integrum*.

Por ello todos estamos muy sensibles ante la sanidad como *servicio público*, exigiendo que funcione el máximo de bien y resuelva mi problema de salud personal, también el ambiental para que pueda tener una buena calidad de vida. Se pueden tolerar disfunciones en otros campos, pero se es muy exigente con la sanidad, pues uno *se juega la piel*.

El sentir mayoritario de la población usuaria del sistema sanitario español y también de los profesionales que trabajamos en el mismo es de *insatisfacción* sobre su funcionamiento actual.

Es necesario, al ir describiendo los rasgos más significativos del panorama de la sanidad española hacer un breve recorrido histórico para poder comprender dónde estamos y cómo hemos llegado a la situación actual. Describiré a continuación la estructura legal, el marco legal en el que se encuentra la asistencia sanitaria.

RECUERDO HISTÓRICO

La asistencia sanitaria de la primera mitad de siglo se basaba en el pago directo por acto médico. Existía una *medicina para ricos* y gente que podía pagar al médico y una *beneficencia* a la que se acogían aquellos que no tenían recursos, careciendo también de derechos.

Como recordaréis la existencia del Ministerio de Sanidad es muy reciente en la historia de España. El Ministerio de Sanidad fue creado con la democracia. Fue el presidente Suárez quien en su primer Gobierno, en 1977, nombró el primer Ministro de Sanidad.

¿Nos preguntamos hoy cómo podían funcionar antes? Las competencias en temas sanitarios estaban distribuidas entre varios ministerios: Trabajo, Justicia, Gobernación, Economía, etc. Lo cual quería decir que cada uno de ellos iba creando sus propias estructuras y organización, al margen de los otros.

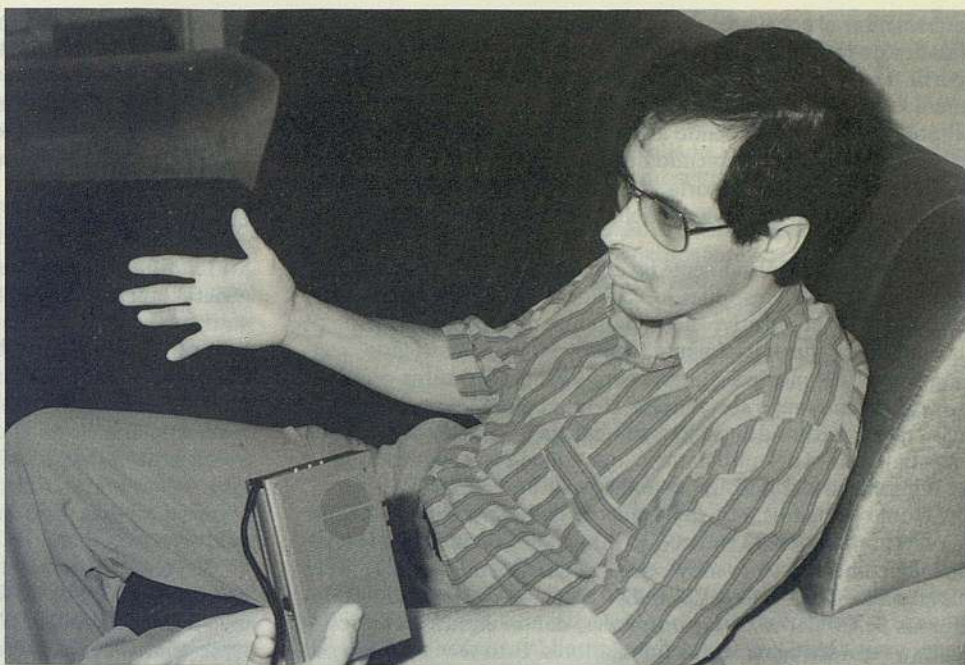
En 1942 el Ministerio de Trabajo del gobierno del general Franco, con Girón de Velasco, creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), para dar a los trabajadores una asistencia sanitaria gratuita y no de beneficencia. Representó un gran avance pues, el acceso al sistema sanitario era abierto y gratuito a todos los trabajadores. Era un *regalo* de Franco a todos los trabajadores, que ya no tenían que pagar para ir al médico, aunque se les descontaba de la nómina un pequeño porcentaje.

Inicialmente los ambulatorios eran las consultas particulares de los médicos contratados por la inspección que las arrendaban, con poco dinero, para atender a los asegurados dos horas al día. El médico privado atendía primero, concertando sus visitas, a los clientes de pago y luego a los del seguro, por lo que no cobraba de ellos sino un sueldo a final de mes, que los citaba y despachaba en las dos horas que disponía. En muchas casas las colas llegaban a la calle bajando las escaleras. Ni el enfermo elegía el médico, que le venía asignado por la Inspección, ni el médico podía negarse a atenderle si lo tenía en su cupo.

Luego fueron construyéndose los ambulatorios y los macrohospitales, llamados Residencias Sanitarias para diferenciarlas de los Hospitales Clínicos y privados.

La estructura con la que se montó era evidentemente la castrense, que era de lo que entendían en aquella época de gobierno militar, por ello se creó la Jefatura de Departamento, de Servicio, de Sección y el Adjunto, todos ellos bajo las órdenes del Director Médico y éste del Jefe Provincial. Existía el Cuerpo de los Ins-

«¿Qué impide hoy establecer buenos criterios de productividad sanitarios, que contemplen la calidad por encima de la cantidad? ¿O es que se tiene miedo a negociar y pactar con los profesionales sanitarios, desconfiando de ellos?», se pregunta el doctor Viñas, autor del presente artículo



pectores Médicos que se encargaban principalmente de controlar a los médicos y resolver las quejas de los pacientes.

La población podía ir al ambulatorio en el que tenía el médico asignado y pedir número. Los médicos iban dos horas, tenían asignado un cupo y cobraban, aparte de su sueldo, un tanto por cartilla, muy poco, menos de 10 pesetas. Si bien había un cupo mínimo de unas 700 cartillas y un máximo recomendado de 1.000, iba bien al sistema y al médico tener más cartillas acumuladas, se ahorraban médicos y éstos cobraban más, pudiendo incluso doblar o más el sueldo inicial. Los médicos tenían inicialmente un *petitorio* con las medicinas que podían recetar y las que no entraban en el seguro, y el enfermo pagaba una pequeña parte de las mismas. Luego desapareció el *petitorio* y se podía prescribir casi todos los medicamentos existentes en el mercado.

Aparecieron los problemas de *masificación* de la asistencia ambulatoria, teniendo el médico que visitar a 100 o incluso 150 enfermos en 2 horas (récord de 1 visita cada minuto de promedio). Los pacientes (que lo eran y mucho), *no podían elegir el médico*, incluido en unas pirámides con los especialistas, de manera que si quería un ginecólogo determinado había de solicitar cambiar de médico de cabecera, tolerado en determinadas circunstancias según la buena o mala voluntad del inspector de turno, cambiando de pediatra, cirujano, etc.

Pero el SOE *no cubría toda la asistencia*, había una serie de enfermedades y tratamientos o prestaciones que no entraban, hecho muy mal visto por la población, que los reclamaban como podían, como la psiquiatría, cuyos ingresos había de pagar, o la odontología, con la cual se daba la aberración de que las extracciones sí que entraban, pero no los empastes, es decir, si tienes dinero y me pagas te salvo el diente, y si no te lo arranco.

Con la llegada de la democracia se pensó que se conseguiría mejorar la asistencia sanitaria, los líderes políticos, sobre todo de izquierdas pusieron en sus programas la solución a estos problemas de insatisfacción del paciente.

- *Universalización de la asistencia*, no sólo a los que trabajan, pues seguía habiendo beneficencia para los que no tenían trabajo o se jubilaban o enfermaban y no habían cotizado un número determinado de años.
- *Ampliar la cobertura del seguro a odontología y psiquiatría*, con desdoblamiento de especialidades que se habían quedado

obsoletas, como la neurología con la psiquiatría, el cardiólogo con el neumólogo.

- Hacer *desaparecer la masificación* de las consultas ampliando el horario de los médicos y el número de éstos, etc. Curiosamente los programas de izquierdas consideraban ser de *derechas* dar la libertad de elección de médico, que pedían los políticos de derechas.

La masificación y la imposibilidad de elección de médico determinaron la insatisfacción del paciente y del médico, el cual de entrada estaba ya en contra del sistema, pues para los de renombre e influencia supuso una pérdida importante de adquisición económica, pues perdieron clientes de pago, teniendo que visitarlos por unas pocas pesetas. Esta aversión al sistema por parte de los médicos y la posibilidad de combinar la medicina pública con la privada representó que trabajaran a disgusto en la pública, no podían atender bien, ni que quisieran a tantos enfermos en tan poco tiempo; algunos daban la tarjeta de su domicilio al enfermo, diciéndole que en el ambulatorio no tenía ni medios ni tiempo, pero que si le pagaba la visita particular que le atendería como se merece. El trato con el *cartillero*, como se pasó a llamar al enfermo desde el punto de vista de humanización, dejó mucho que desear (a mí no me pagan para que le aguante sus rollos, ni para que le ponga buena cara, si quiere venga a mi casa).

La asistencia primaria fracasó. Se desprestigió y deterioró enseguida. En cambio la asistencia hospitalaria, donde abocaron gran cantidad de recursos, construyendo y dotando macro residencias, consiguió dar una asistencia de calidad. Influyó mucho la adopción del sistema MIR de formación de especialistas. La apertura de las residencias sanitarias, la contratación de especialistas, con una estructura jerárquica, pero mucho más abierta que la única que existía, que era la de la Universidad, con los catedráticos, hizo que los médicos estuvieran muy contentos en su comienzo. Iban a congresos, presentaban comunicaciones en el extranjero, investigaban, publicaban, etc.

Mientras, se iban abriendo nuevos hospitales, se crearon plazas y se fueron colocando los médicos, ascendiendo en el escalafón. Pero con la crisis económica del petróleo y el encarecimiento progresivo de la Sanidad (pues cada día se descubren más aparatos nuevos y más caros, que no suplen a los anteriores, existiendo un mercado interesado de las empresas multinacionales para

incrementar el consumo y la venta de sus productos; más posibilidades de tratamiento, más gente de edad, pensionistas, etc.), a partir de 1978 se cerró el grifo de dar dinero a los hospitales. El médico, que estaba contento de ser adjunto a los 27 o 30 años, ahora, a los 40 seguía siendo adjunto, pues su jefe tiene la misma edad, o 5 años, más, debiendo de esperar 25 o 30 años para subir en el escalón, en la categoría, y encima carece de recursos técnicos para ser puntero en la medicina. Aparece el descontento y la desmotivación.

El sueldo, que inicialmente no era muy alto, pero era bien aceptado por los médicos, pues lo consideraban *suficiente*, fue perdiendo poder adquisitivo, deteriorándose año a año. El sueldo de la enfermera, que inicialmente fue muy bajo, iba creciendo, acercándose al del médico, aunque comparando con otras profesiones del mismo rango social, sigue siendo bajo. Sucede desde hace años que el médico de hospital, que trabaja 7 horas, tiene un sueldo más bajo que el del ambulatorio, que trabaja 2, y encima le envía el enfermo al del hospital cuando tiene un problema.

Como decíamos, con la llegada de la democracia y el primer Gobierno de la UCD, se creó el Ministerio de Sanidad. Inicialmente, como tal, tenía muy pocas funciones, pues el SOE se lo llevaba casi todo. Se creó el INSALUD y se democratizaron las Juntas de Gobierno de los hospitales, dando entrada a profesionales y representantes de los trabajadores. Esto se vino abajo por una impugnación. Vino la crisis económica, congelación de los presupuestos año a año, y los hospitales dejaron de ser *niños mimados*, decidiendo abocar más recursos en la reforma de la medicina primaria, pero mirado económicamente. (Todos los ministros de Sanidad del Estado son economistas o abogados, ninguno sanitario). *La salud ya tenía un coste, no valía la frase «la salud no tiene precio».*

La financiación del SOE se hacía con la aportación del empresario, la mayor parte, y del trabajador. Posteriormente el Estado, con los impuestos, fue entrando a financiar el INSALUD, con la idea de la universalización de la asistencia y derecho a la asistencia sanitaria gratuita.

A partir de 1978 se agregó la crisis económica del sistema sanitario de la Seguridad Social. Anteriormente el SOE cerraba cada año con beneficios, y como no existía ministerio de sanidad, éstos iban a sufragar los déficits de las empresas estatales del INI, del mismo Ministerio de Trabajo, dinero recogido para las pensiones y la sanidad de las cuotas de los trabajadores y empresarios. Ahora tenía déficit que el Estado, por medio de los Presupuestos Generales, es decir, los impuestos, sufraga cada año, con mayor aportación.

Empezó la asistencia sanitaria hospitalaria a ir de mal en peor. Los hospitales, hasta entonces *buques insignia* del sistema sanitario empezaron a descapitalizarse.

Los médicos hospitalarios, que ya aceptaban ganar mucho menos relativamente que los del ambulatorio a cambio de mayor calidad de la asistencia y prestigio profesional se desaniman al ver que las cosas van mal.

Desde el Ministerio se decide potenciar la medicina primaria, hecho muy importante y necesario, pues si funciona mal, como ocurre hoy por desgracia, entonces los pacientes acuden a los hospitales con falta de correcta atención, pues son visitados en pocos minutos, sin apenas ni desnudarse, sobrecargando a éstos, especialmente a sus servicios de urgencias. Pero esta potenciación se decide hacer a costa de restringir los incrementos presupuestarios necesarios para los hospitales, en lugar de dedicar a la sanidad el dinero que precisa, provocando su descapitalización y deterioro, pues los avances de la medicina tecnificada son rápidos y requieren muchas inversiones.

La universalización de la asistencia sanitaria, con la incorporación al sistema sanitario público de muchas personas, no supuso un incremento del personal sanitario ni de las dotaciones en

paralelo; se iba haciendo por decreto. Si juntamos a ello la aparición de nuevas enfermedades, como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, y de nuevas tecnologías y tratamientos, llevando pareja una política de intento de contención de costes, se comprende que exista un deterioro de la asistencia sanitaria y en cambio el encarecimiento progresivo de la misma.

SITUACIÓN ACTUAL

La reforma de la asistencia primaria tampoco es un éxito en general, pues se hace en contra de los médicos *clásicos* pues éstos ya tienen su vida montada para ganar dinero y se les ofrece cobrar muy poco más trabajando 6 horas, que lo que ganan con dos horas y media, además su educación ha sido siempre individualista, no estando acostumbrados a trabajar en equipo. Algún médico piensa como al comienzo de la creación del SOE, lo que les hicieron a sus padres o a uno mismo, en puertas de la jubilación: ahora al tratar bien a los enfermos, pues estaré 6 horas, mi consulta privada se resentirá, saldré perdiendo mucho dinero. Me vuelven a fastidiar.

Se crean las nuevas unidades de asistencia primaria por real decreto, para atajar la falta de médicos y mejorar la calidad se crea la *Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria*, lo que representa una gran mejora del médico de cabecera, pero aun hay pocos facultativos debiendo integrarse primero los que tienen la plaza en propiedad. Por eso algunos centros de asistencia primaria funcionan muy bien, haciendo asistencia personalizada, con cita previa, historia clínica, etc., haciendo programas de medicina preventiva, educación sanitaria de la población, promoción de la salud, campañas y programas de salud, etc., con elección de médico por parte del enfermo dentro de su centro de salud o área sanitaria, pero otros no. Perviven aún en la actualidad los dos sistemas.

¿Cómo conseguir que los médicos apoyen la reforma sanitaria?

- Primero hay que escucharles y hacer bastante caso de sus opiniones. Años de experiencia deben ser aprovechados.
- Por otro lado los médicos ya algo mayores no tienen demasiado interés en cambiar. Por ello hay que venderles bien el producto y que *no esté adulterado*. Estimular el cambio; hacerle mover de la silla aunque pierda un poco, pero ganará estar mejor consigo mismo y su conciencia pues trabajará en mejores condiciones sin tener que atender mal a su paciente, que es lo que más fastidia al médico. Por ahí se podía entrar a conseguir la incorporación de los médicos al sistema reformado e ilusionarlos para ello. Una vez en él desaparecen muchas reticencias y les gusta a la mayoría de los *integrados*.

Personal de Enfermería

En una breve referencia resaltaré que la enfermería tiene un problema muy importante en nuestro país: ha logrado grandes avances, adquiriendo un alto grado de conocimientos y habilidades, incluso haciendo actividades que en otros países están reservadas a los médicos. Con este alto nivel se sienten insatisfechas del trato económico y social que reciben. Muchos enfermos y familiares no las valoran. Hay crisis en la enfermería, que por otra parte también sucede en otros países de Europa. Faltan enfermeras, aunque es posible que exista cierto proteccionismo pues el número de alumnos/as aceptadas en algunas Escuelas de Enfermería es bajo, siendo susceptible de ampliarse, así como crear más escuelas, formándose por tanto menos enfermeras de las necesarias.

Los Colegios Médicos se defienden de lo que consideran intrusismo profesional de las enfermeras, y por otro lado los técni-

cos sanitarios de grado medio les quitan competencias. En el futuro se debe aclarar esta problemática. Hay que aumentar y formar personal auxiliar de enfermería y rehacer las tareas de la enfermería, pues este problema tiene negativas repercusiones en la atención de los enfermos y genera insatisfacción en el colectivo más numeroso de la Sanidad y que más directamente y más tiempo trata y dedica al enfermo.

En la medicina privada la atención humana es mejor, el personal médico y de enfermería aguanta mucho más, por ejemplo suele acudir mucho antes a la llamada del timbre del enfermo, y a pesar de ello, cobran la mayoría de las veces menos dinero que en la medicina pública, donde no siempre suele tratarse al enfermo con el mismo cariño ni dedicación. ¿Por qué? ¿Se debe a la menor seguridad del empleo y a las propinas, es decir, a no ser funcionarios y tener incentivos económicos? ¿Es por una peor organización de la medicina pública? Me inclino a pensar lo segundo, limitándome a constatar un hecho denunciado a menudo a las Unidades de Atención al Usuario y que preocupan a las escasas Comisiones de Humanización que existen.

Es de alabar y potenciar el gran interés existente en el personal de enfermería por superar su nivel de formación y sus competencias. En este sentido está menos quemado que el personal médico. Su contacto más continuado con el enfermo les convierte en mucho más sensibles a sus necesidades y hacia una asistencia integral al enfermo, estando mucho más preparado para el trabajo en equipo multidisciplinar, transprofesional.

Constataciones del Informe Abril

Este análisis de la situación actual de deterioro de la sanidad pública no tiene un cariz negativo porque yo sea pesimista o tenga intereses en ello, sino que viene refrendado por el reciente informe de la Comisión Parlamentaria denominada *Abril Martorell*, de julio de 1991, del que yo creo que no caerán en saco roto pues es parlamentario y hay muchos pactos políticos detrás del mismo, y la reforma de la Sanidad en España es del todo necesaria. No me pertoca a mí hablar de este informe sobre el sistema sanitario, pero resulta obligado referirse a él, del cual tomaré muchos datos pues son los más recientes y fiables de los publicados.

No entraré en demasiadas valoraciones del *Informe Abril*. Diré sólo que es necesario un amplio debate de sus propuestas y verlo desde la óptica del enfermo más necesitado y desasistido, siendo su crítica principal el regirse excesivamente por criterios economicistas, insolidarios con los pobres y que pueden llevar a una medicina de ricos y otra para pobres, perdiéndose prestaciones gratuitas, aunque en sus páginas se insiste en los principios de equidad. No obstante urge llevar a la práctica muchas de sus propuestas para mejorar el sistema, cuyos defectos ha denunciado, obligando por tanto a la Administración a tomar medidas para solucionarlo, pues toda demora en las reformas llevará a un mayor deterioro de la asistencia sanitaria.

El *Informe Abril* dice en relación a la *asistencia primaria*:

A pesar de los cambios introducidos en los últimos años aún persisten problemas importantes. Los Centros de Salud que atienden a una mitad de la población han mejorado cualitativamente la asistencia (más tiempo con el enfermo, médicos con títulos específicos, mejor dotación e infraestructura), aunque suponen una elevación de los costes; y la eficiencia, así como la actitud de servicio al consumidor, no son suficientemente facilitadas por la rigidez en la vinculación y retribución funcional de su persona. Por otra parte, una relación humana e incluso técnica eficaz se vería probablemente estimulada en centros de dimensiones más reducidas, adecuadas para compartir los hechos profesionales cotidianos y para una mejor acogida al enfermo.

En general, las dificultades de funcionamiento de la atención

primaria vienen produciendo un excesivo consumo de medios diagnósticos y terapéuticos, así como desequilibrios asistenciales que sobrecargan la actividad de los hospitales por la vía de las consultas externas y las urgencias. En resumen, la función de puerta de entrada que necesariamente ha de desempeñar este nivel no está todavía bien desarrollada, y la falta de coordinación con otros niveles favorece una burocratización excesiva en las consultas.

Algunos cambios organizativos introducidos con las últimas reformas (cita previa, extracción periférica de sangre) son percibidos positivamente por los ciudadanos.

La aparición de nuevas patologías, el aumento de las enfermedades crónicas, la disponibilidad de nuevas tecnologías y mejora en el nivel de vida hacen que aparezcan nuevas necesidades de servicios básicos. Ciertas medidas de protección y promoción de la salud consideradas esenciales para su prestación coste-beneficio no se proveen con la debida intensidad.

En cuanto a la *medicina hospitalaria*, el grave deterioro de los hospitales, la insatisfacción de los médicos que no veían llegar el prometido cambio por parte de los gobernantes, con el retraso continuado de la modificación del estatuto, de la ley de Sanidad y su implantación, etc., llevaron a la histórica huelga de los médicos de hospital, la más larga de la historia de España, fraguada desde 1986 al crearse el llamado *síndrome de Guadalajara*, pues fueron sus médicos los que iniciaron los contactos a través de la Coordinadora de Médicos de Hospitales, con los otros hospitales.

El Ministerio de Sanidad se negó al diálogo con los médicos, no entendían nada, pues incluso algunos líderes de la coordinadora militaban en el PSOE: era una huelga *progresista*. La huelga acabó en *tablas*, pues los dirigentes de la coordinadora cometieron el error de declarar huelga indefinida, con el cansancio y exceso de molestias para los pacientes que esto supone, siempre aprovechado por el poder, pero el Gobierno se encontró con la población en contra.

A partir de aquel año se empezó a dedicar más dinero a la sanidad en los presupuestos del Estado, incrementándose el % del PBI, aunque está aún lejos del que indica la media europea. Se invirtió de nuevo en los hospitales.

Pero este dinero no ha logrado mejorar la calidad. Hay hoy un caos sanitario. Según se va conociendo, cada centro efectúa sus *trampas*: contratos raros, como las *peonadas* que se llaman, contratando la misma Administración a los médicos con dedicación exclusiva a tanto la operación, intentando silenciar a los profesionales y mejorar su productividad para bajar las listas de espera. Compensaciones económicas con horas extras o guardias irrealizadas, etc. Hace falta un cambio legislativo de la Sanidad, giro legal para solucionar la gravísima problemática de la sanidad española.

El informe Abril Martorell, de julio de 1991, en relación al análisis que hace de la *medicina hospitalaria*, dice:

La asistencia hospitalaria de calidad es hoy posible para la práctica totalidad de los españoles. Se ha transformado la idea peyorativa que tradicionalmente existía del hospital. Sus problemas más visibles son hoy las listas de espera, la presión sobre las urgencias, la alta conflictividad y el clima enrarecido.

Los tiempos de espera superan en muchos casos los tres meses y en ocasiones hasta un año. A pesar de estas situaciones, que son matizables, la productividad de los hospitales españoles es inferior a la de países comparables y al mismo tiempo no se aprovechan todos los recursos hospitalarios existentes.

La demanda de urgencias hospitalarias, con frecuencia por procesos banales, es muy superior al resto de los países de nuestro entorno, colapsa los servicios y dificulta los ingresos programados; las carencias que han caracterizado el nivel primario de atención han producido un enraizado *uso de la urgencia* entre los españoles.

**LEY GENERAL DE SANIDAD. ARTÍCULO 10
DERECHOS DE LOS USUARIOS**

Por lo demás el hospital sufre especialmente las dificultades de gestión y financiación: falta de autonomía de gestión y compromiso sobre recursos y resultados, tanto para el conjunto del centro como para las unidades menores (servicios clínicos); presupuestos poco realistas; ausencia de sistemas de información que permitan valorar los resultados obtenidos, la calidad ofrecida y los recursos empleados; marco laboral inadecuado y rígido...

Según la *Comisión Abril* la oferta global de camas de agudos es suficiente, faltando, por el envejecimiento de la población y el aumento de patologías crónicas, servicios de media y larga estancia y otros complementarios, de mayor efectividad y menor coste que la hospitalización (hospitales de día, centros de rehabilitación, ayuda domiciliaria...). Faltan servicios sociales y existe incoordinación en la planificación de los mismos.

También la oferta de camas privada es analizada por la *comisión Abril*, que reconoce su insuficiencia financiera por una política de conciertos inestable y restrictiva. No hay principios básicos para una ordenación común, ni normas e incentivos suficientes para la acreditación y homologación de centros públicos y privados. No hay sistemas de información ni evaluación de los mismos.

ESTRUCTURACIÓN DE LA SANIDAD EN ESPAÑA

Casi hasta la promulgación de la Ley 14-86 de 25 de abril —Ley General de Sanidad— llegaban aún restos de la ley del 28 de noviembre de 1855, que consagra la Dirección General de Sanidad. En 1944 se aprobó la Ley de Bases de la Sanidad. Dos años antes, en 1942 se constituyó el Seguro Obligatorio de Enfermedad, bajo el Instituto Nacional de Previsión. En 1962 se promulgó la Ley de Hospitales y en 1974 la Ley general de la Seguridad Social.

Este era el mapa legislativo en Sanidad de España cuando se votó la Constitución Española, que en el artículo 43 y también en el 49 consagra el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud.

Por mandato constitucional se elaboró y aprobó la Ley General de Sanidad en 1986, que es nuestro marco legislativo actual. Esta ley tardó 4 años en ser llevada al Parlamento. Fueron necesarios muchos pactos para sacarla adelante con los votos de varios partidos (fig. 1).

La *Ley General de Sanidad* crea el *Sistema Nacional de Salud*, como conjunto de Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, que deben estar debidamente coordinados. Define las normas básicas a seguir por las *Leyes de los Servicios de Salud de las CCAA*, estructurando la asistencia sanitaria en *áreas de salud*, que deben dar todas las prestaciones propias de un sistema sanitario. Las CCAA dictaminan las *Órdenes de desarrollo de las Leyes*.

El Estado asume la coordinación general sanitaria, creándose el Consejo Interterritorial de Salud. Se elaborará también un Plan Integrado de Salud a partir de los Planes de Salud de las CCAA.

**HISTORIA DE LA LEGISLACIÓN ESPAÑOLA
EN SANIDAD**

1. Ley del 28 de noviembre de 1855.
2. Ley de 14 diciembre 1942. S.O.E. en el I.N.P.
3. Ley de bases de la Sanidad de 1944.
4. Ley 21 de junio de 1962 de hospitales.
5. Decreto 30 de mayo de 1974. Ley General de la Seguridad Social.
6. Ley 14/86 General de Sanidad.

Figura 1

Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.
2. A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.
5. A que le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
6. A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:
 - a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
 - b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
 - c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.
7. A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.
8. A que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria.
9. A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el apartado 6, debiendo, para ello, solicitar el alta voluntaria, en los términos que señala el apartado 4 del artículo siguiente.
10. A participar, a través de las instituciones comunitarias en las actividades sanitarias en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen.
11. A que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su informe de Alta.
12. A utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno y otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan.
13. A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las disposiciones contempladas en esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regulen el trabajo sanitario en los Centros de Salud.
14. A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado.
15. Respetando el peculiar régimen económico de cada servicio sanitario, los derechos contemplados en los apartados 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 y 11 de este artículo serán ejercidos también con respecto a los servicios sanitarios privados.

Figura 2

En su artículo 6 la Ley de Sanidad define que las *actuaciones de las administraciones públicas sanitarias estarán orientadas:*

1. A la promoción de la salud.
2. A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
3. A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.
4. A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud.
5. A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente.

En el artículo 7 obliga a los servicios sanitarios, así como los administrativos, económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del Sistema de Salud, a adecuar su organización y funcionamiento a los principios de **EFICACIA, Celeridad, Economía y Flexibilidad.**

En el artículo 9 obliga a los poderes públicos a informar a los usuarios de los servicios del sistema sanitario público, o vinculados a él, de sus **DERECHOS Y DEBERES**, que dicta en el artículo 10 (fig. 2).

En la asistencia primaria se tiene derecho a elegir médico en las ciudades de más de 250.000 habitantes, en las otras sólo dentro del área de salud, la cual abarca de 200.000 a 250.000 habitantes como máximo.

En cada área de salud existirá un Consejo de Salud del área, integrado el 50 % por representantes de las corporaciones locales, un 25 % por los sindicatos y un 25 % por la administración sanitaria; así como un Consejo de Dirección del área, integrado el 60 % por la Administración y un 40 % por las corporaciones locales.

Las áreas de salud se subdividen en zonas básicas donde están los respectivos centros de salud. En cada una de estas áreas de salud habrá al menos un hospital general que atenderá sus necesidades.

En el artículo 68, la Ley de Sanidad se refiere a las *funciones de los hospitales* que son:

1. Asistencial.
2. Promoción de la salud.
3. Prevención de la enfermedad, siendo complementaria con la asistencia primaria.
4. Investigación.
5. Docencia.

En el artículo 69 se explicita claramente que los servicios sanitarios públicos tenderán hacia la *autonomía y control democrático de su gestión, implantando la dirección participativa por objetivos.*

También que deben existir *sistemas de evaluación de la calidad asistencial*, oídas las sociedades científicas sanitarias, quedando los médicos obligados a participar en los órganos de evaluación de la calidad asistencial. Se constituirán *unidades de control de calidad externo.*

La Ley General de Sanidad contempla también la *vinculación del sector privado al sistema público* para aprovechamiento de los recursos existentes.

ESTADO ACTUAL DEL DESARROLLO DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD

En la actualidad se ha ampliado la cobertura de la asistencia al 98 % de la población española, es decir, a 39.450.000 personas. 2 millones de españoles tienen asistencia sanitaria privada en mutualidades del Estado, que pueden escoger los funcionarios de Justicia, Fuerzas Armadas, Entidades Locales y Administración del Estado. 700.000 personas están acogidas a entidades

colaboradoras, compañías de seguros, y 4 millones de españoles, pagan un seguro en sociedades privadas pagando simultáneamente a la Seguridad Social.

Prestaciones

En la actualidad las prestaciones de la Seguridad Social son:

1. Asistencia de Medicina General y Especialidades en régimen ordinario y de urgencia.
2. Tratamiento y estancia en centros y establecimientos sanitarios, incluido la farmacia y prótesis gratuitas.
3. La prestación farmacéutica extrahospitalaria, excluyendo los productos dietéticos, cosméticos y análogos, con participación del 40 % del coste para los trabajadores en activo.
4. Otras prestaciones: prótesis, vehículos para inválidos, oxigenoterapia domiciliaria, transporte de enfermos, rehabilitación.

Las principales *limitaciones* que existen aún hoy en las prestaciones son:

1. La asistencia dental.
2. La asistencia psiquiátrica.
3. Escasa prevención y promoción de la salud.

FINANCIACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

En 1979 las aportaciones del Estado fueron el 5,54 %, mientras que las cuotas el 90,19 %, cifra que se mantuvo más o menos hasta 1982, en que era del 14,9 % aportación del Estado y 82,81 % de las cuotas (fig. 3).

A partir de 1989 la aportación del Estado a través de los Presupuestos Generales del Estado es más alta que la de la Seguridad Social, siendo para 1991: 66,1 %, Presupuestos Generales del Estado; 29,4 %, Seguridad Social, cuotas empresariales y del trabajador y 4,5 %, servicios prestados a terceros.

El gasto público en Sanidad de 1990 ascendió a 2,642 billones de pesetas, lo que representa el 5,3 % del Producto Interior Bruto (PIB), siendo gestionado el 53 % por las CCAA. El gasto total en Sanidad en 1991 fue de 3,739 billones de pesetas, el 6,90 % del PIB, mientras que hace 6 años, en 1985 fue de 1,823 billones, representando entonces un 6,40 % del PIB

En comparación con los países del entorno, la media de la OCDE fue en 1989 de 7,6 % del PIB, igual que en 1988, siendo

EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD

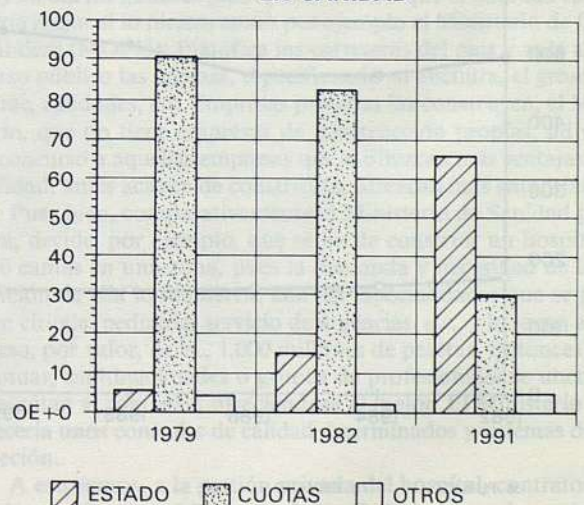


Figura 3

GASTO SANIDAD 1989

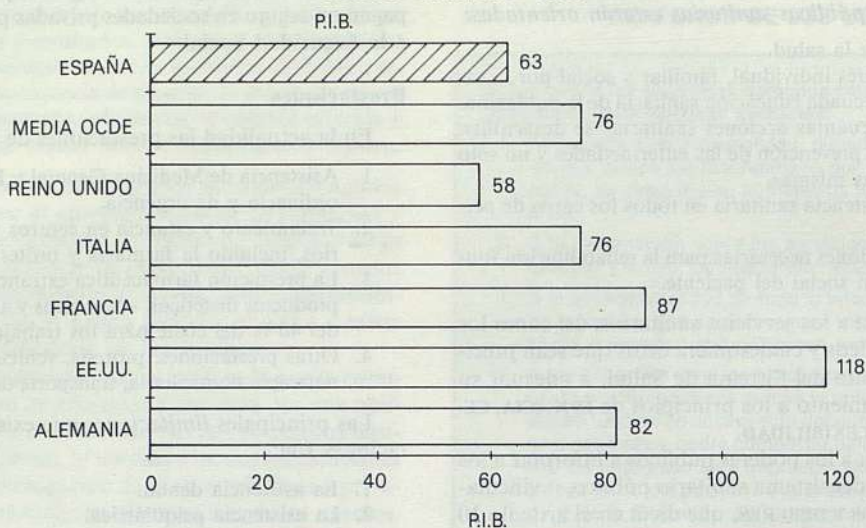


Figura 4

en Alemania del 8,2 %, EE.UU. del 11,8 %, Francia del 8,7 %, Italia del 7,6 % e Inglaterra del 5,8 %. Estamos pues a 1,20 puntos de la media de los países desarrollados. Sólo el National Health Service inglés recibe menos dinero que España entre los países más ricos (fig. 4).

El gasto público en Sanidad representa en 1991 el 5,34 % del PIB y el privado el 1,56 %, habiendo seguido la tendencia, en estos últimos años, a disminuir ligeramente el privado y aumentar el público (fig. 5).

En cuanto a la distribución del dinero entre medicina primaria y hospitalaria, podemos observar que en 1982 en asistencia primaria y farmacia se destinó el 40,7 % del gasto, mientras que el 54,8 % fue a asistencia especializada. Año a año ha ido disminuyendo el porcentaje de dinero dedicado a la primaria, llegando al 32 % en 1990, mientras que el dedicado a la medicina hospitalaria fue del 62,7 %, debido a su alto coste, siendo por lo demás

insuficiente, por lo que ha creado el malestar anteriormente expuesto.

El 47,1 % del gasto público en Sanidad en 1984 fue para el personal, pasando a ser en 1988 el 53,1 %.

Los presupuestos iniciales anuales para la Sanidad son clara y crónicamente insuficientes. Aparecen cada año desviaciones que aumentan en términos absolutos y relativos; así en 1982 se gastaron 44.479 millones de pesetas más de lo previsto en el presupuesto, lo que representó el 6,4 %, mientras que en 1990, 214.808 millones, el 11,6 %. Esto es debido a que se calcula mal el presupuesto, pues se basa en aplicar un % (más o menos el incremento del coste de la vida) al presupuesto falso del año anterior, que sólo contempla el teórico (de aplicar el % del coste de la vida al teórico del año anterior), y no se basa en lo gastado ni en lo que se necesita. Se transfiere a las CCAA el dinero inicialmente presupuestado, obligándoles a endeudarse, lo cual encarece la Sanidad, pues luego se cobran en intereses. Concretamente en Cataluña según informaciones que me han llegado, los proveedores tienen un retraso de más de 6 meses en cobrar el material que suministran, mientras que en Andalucía sus autoridades sanitarias reconocen ser de 18 meses.

Otro detalle de dinero interesante es conocer el gasto sanitario público por persona protegida y por CCAA. En 1988, cada ciudadano navarro recibía del Estado 61.458 pesetas para la Sanidad, le seguía el de Madrid, con 58.390 pesetas, Aragón, con 57.732, van bajando Asturias, Cantabria, La Rioja, Castilla y León, (50.071), Canarias, Castilla-La Mancha, País Vasco (48.297), Andalucía (47.340), Cataluña (47.251), Baleares, Extremadura, Valencia, Murcia, Galicia, (40.594) y Ceuta y Melilla, con 31.290. La media es de 48.848 pesetas/habitante (fig. 6).

En cuanto al número de médicos en España es alto en comparación con otros países, con una tasa de 352,5 por 100.000 habitantes, mientras que en Inglaterra es de 140, Francia de 250 y Alemania de 280 (fig. 7). En España están distintamente distribuidos según CCAA, con 452 en Madrid, 376 en Cataluña y 276 en Castilla-La Mancha (fig. 8).

EVOLUCIÓN GASTO SANIDAD

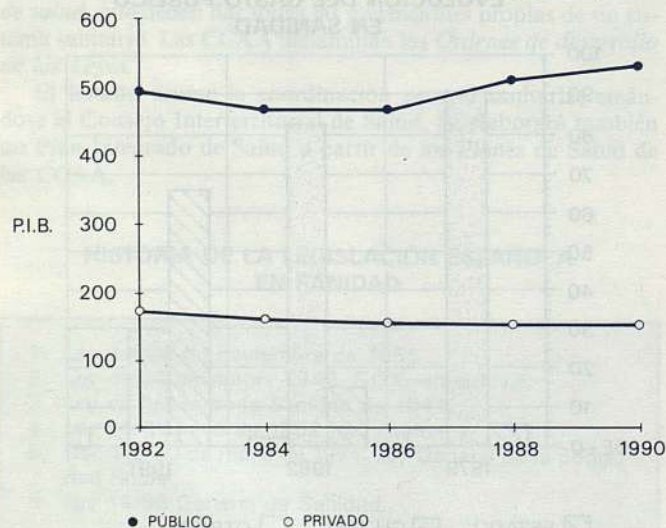


Figura 5

GESTIÓN DE LA SANIDAD

La gestión de la Sanidad es mala, está casi totalmente centralizada, ya sea en Madrid, en el INSALUD, como en cada centro de las CCAA transferidas. Existe centralismo y burocratización.

GASTO POR PERSONA Y CCAA EN SANIDAD

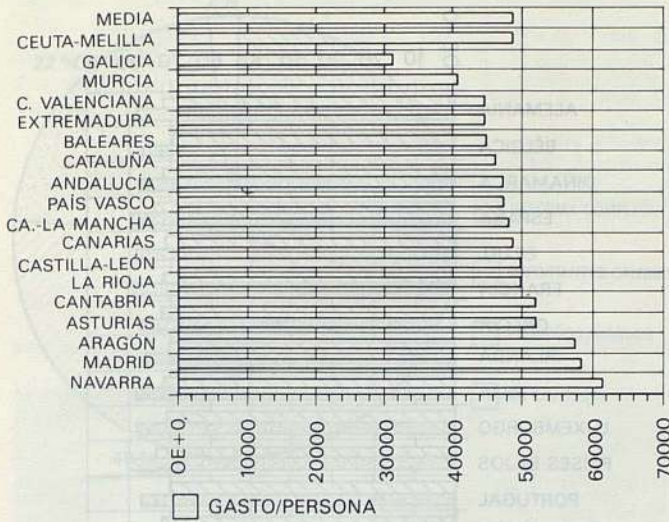


Figura 6

Los presupuestos ya hemos dicho son irrealistas, no recogiendo los cambios en la estructura social, envejecimiento de la población, ni la morbilidad, nuevas enfermedades, etc.

Los gestores se quejan del régimen estatutario del personal. Textualmente el Informe Abril Martorell dice:

«El marco laboral estatutario no es capaz de responder a las necesidades ni puede encauzar los conflictos que plantean las relaciones de personal en el ámbito sanitario, especialmente si se pretende incorporar criterios exigentes de productividad y eficiencia. Por ejemplo, no permite flexibilidad de las plantillas, ni facilita la movilidad del personal, ni los reajustes eventuales del mismo. Obstaculiza la aplicación de incentivos, la autonomía de contratación y gestión de los centros, el establecimiento de una carrera profesional, el régimen disciplinario más rápido y efectivo y un abanico de retribuciones más abierto. Por todo ello, bastantes profesionales manifiestan una lógica desmotivación».

NÚMERO DE MÉDICOS POR 100.000 HABITANTES

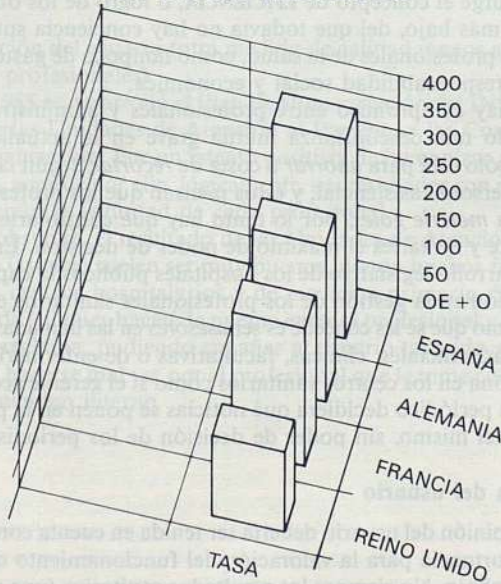


Figura 7

Pero, ¿se aplican bien los actuales Estatutos del Personal de la Seguridad Social, médico, sanitario y no sanitario? ¿Por qué no se han desarrollado los reglamentos de régimen interno de cada centro, como obliga la Ley? ¿Deben estos Estatutos eliminarse o mejor adecuarse a la actualidad, pues son de hace 20 años? ¿Por qué no se aplica bien su régimen disciplinario, que existe, estableciendo incluso la pérdida del puesto de trabajo? Todo esto crea un importante y tenso debate con sindicatos y asociaciones profesionales. La actual indefinición con años de incertidumbre profesional sólo genera malestar que en nada favorece la mejor asistencia. ¿No hay más alternativa que eliminar estabilidad en el empleo para mejorar la gestión, dejando libre la posible arbitrariedad de los que mandan? ¿Qué impide hoy establecer buenos criterios de productividad sanitarios, que contemplan especialmente la calidad por encima de la cantidad? ¿O es que se tiene miedo de negociar y pactar con los profesionales sanitarios, desconfiando de ellos? ¿La desmotivación profesional es por no ser laborales o por la actual deficiente gestión de los centros sanitarios?

NÚMERO Y TASA DE MÉDICOS EN ESPAÑA

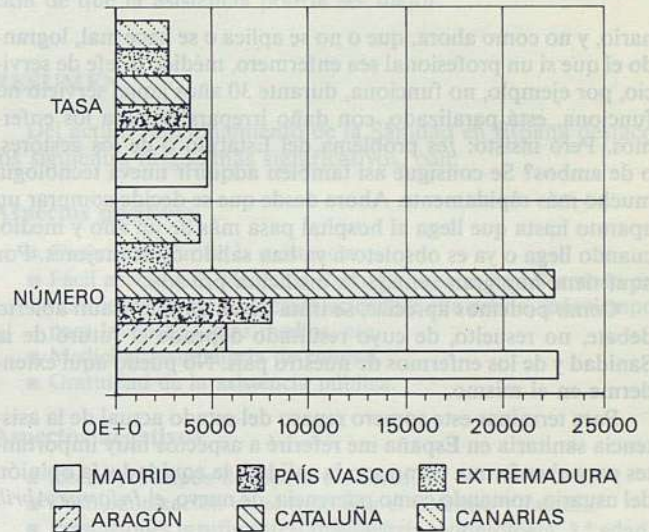


Figura 8

Si bien fue criticado el aprovechamiento de los hospitales privados por medio de convenios al aprobarse la Ley de Sanidad, hoy en día los gestores parece tienen claro que la Sanidad funcionaría mejor si lo hiciera como por ejemplo el Ministerio de Obras Públicas (MOPU): Planifica las carreteras del país y saca a concurso público las mismas, especificando su anchura, el grosor del firme, calidades, etc. Empresas privadas las construyen, el Ministerio, que no tiene empresas de construcción propias, adjudica el concurso a aquellas empresas que le ofrezcan más ventajas: más calidad, antes acaben de construirla, ofrezcan más garantías, etc.

Pues bien, comparativamente el Ministerio de Sanidad planifica, decide, por ejemplo, que se ha de construir un hospital de 300 camas en una zona, pues la demanda y necesidad de la población de ella lo requieren, con las especialidades que se precisen: cirugía, pediatría, servicio de urgencias, etc., y lo sacan a concurso, por valor, de ej., 1.000 millones de pesetas. Entonces unas mutuas, multinacionales o grupos de profesionales se unen y se presentan al concurso, ofreciéndose al mejor. El Ministerio establecería unos controles de calidad determinados y sistemas de inspección.

A eso vamos, a la gestión privada del hospital, contratos privados regidos por el Estatuto de los Trabajadores, de modo que si no funciona pueda aplicársele fácilmente el régimen discipli-

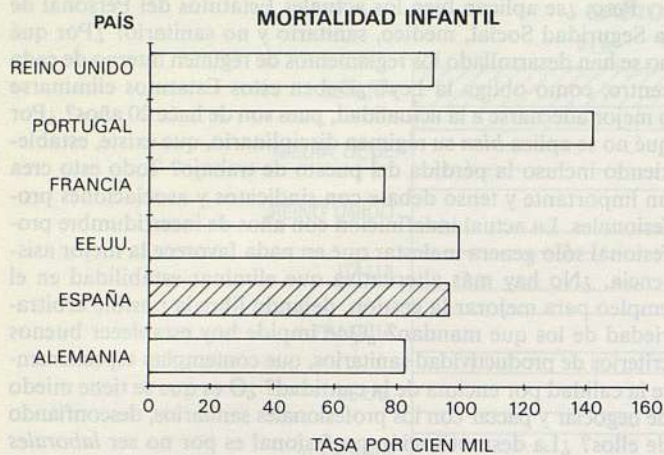


Figura 9

nario, y no como ahora, que o no se aplica o se hace mal, logrando el que si un profesional sea enfermero, médico o jefe de servicio, por ejemplo, no funciona, durante 30 años aquel servicio no funciona, está paralizado, con daño irreparable para los enfermos. Pero insisto: ¿es problema del Estatuto o de los gestores, o de ambos? Se consigue así también adquirir nueva tecnología mucho más rápidamente. Ahora desde que se decide comprar un aparato hasta que llega al hospital pasa más de un año y medio, cuando llega o ya es obsoleto o ya han salido otros mejores. Por aquí tiene hoy gran ventaja la medicina privada.

Como podemos apreciar, se trata de un amplio y aún abierto debate, no resuelto, de cuyo resultado depende el futuro de la Sanidad y de los enfermos de nuestro país. No puedo aquí extenderme en el mismo.

Para terminar este somero repaso del estado actual de la asistencia sanitaria en España me referiré a aspectos muy importantes para el enfermo, como son la calidad, la equidad y la opinión del usuario, tomando como referencia, de nuevo, el *Informe Abril*.

CALIDAD

Se reconoce que no está instituida la medida de la calidad científica y técnica. No se ofrece al usuario garantía de calidad. Existe, de todos modos, un buen nivel de la asistencia técnica en los hospitales, que lamentablemente no se produce en los aspectos colaterales.

El estado de Salud de la población española es muy bueno, como demuestran las estadísticas: la esperanza de vida en España es de las mejores del mundo, así como la mortalidad infantil; es decir, *nuestra salud* es buena estadísticamente hablando (figura 9 y 10).

Las quejas sobre el sistema de los usuarios son más de carácter burocrático-administrativo y de servicios que propiamente médico-asistenciales.

En general el sistema adolece de una orientación global de servicio al usuario que debe transparentarse en la atención personal, la información y el trato humano a pacientes y familiares, la mejora de los procedimientos y las prácticas y el cuidado de los detalles.

Equidad

El Sistema Nacional de Salud ha conseguido una equidad básica en el acceso a las prestaciones. Existen sin embargo situacio-

ESPERANZA DE VIDA AL NACER

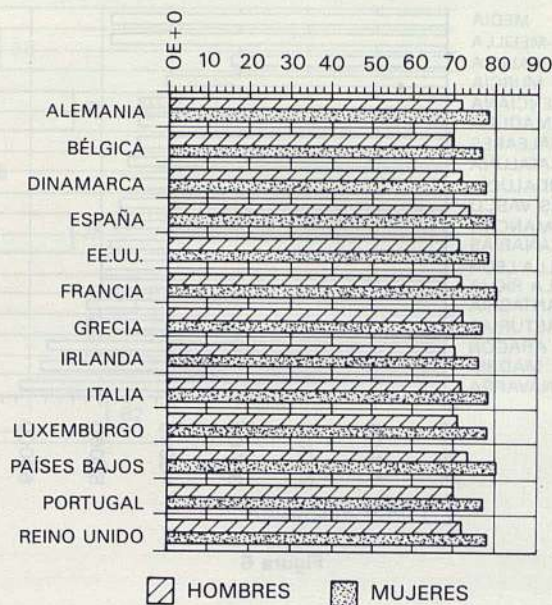


Figura 10

nes no equitativas en el consumo de los servicios, así como un racionamiento de las prestaciones de hecho incontrolado, ineficiente y desigual. La distribución de los recursos por CCAA y áreas de salud potencia desigualdades, como el gasto por persona que varía de 31.290 a 61.468 pesetas, según las CCAA, como hemos descrito anteriormente.

Finalmente es una cortapisa para la equidad, así como para la calidad global del sistema y su suficiencia, la escasez de recursos sanitarios y sociales para los ancianos y enfermos crónicos.

El acceso al sistema sanitario se ve facilitado por los *enchufes* o *conocimientos* de personas dentro del centro. Así se saltan listas de espera, se logra mejor trato, etc. Esto es un defecto de equidad que debe reducirse al mínimo.

Otro concepto importante para la justicia social es el mejor aprovechamiento de los recursos existentes, que siempre son escasos. Surge el concepto de **EFICIENCIA**, o logro de los objetivos al coste más bajo, del que todavía no hay conciencia suficiente entre los profesionales de la salud, como tampoco de gasto y sentido de responsabilidad social y económica.

No hay compromiso entre profesionales y administradores, existiendo una desconfianza mutua grave en la actualidad: el gerente sólo está para *ahorrar* a costa de *recortar*, según la mayoría del personal asistencial, y éstos piensan que los profesionales juegan a *meterle goles*, por lo tanto hay que controlarles estrechamente y quitarles el máximo de poder de decisión. En el actual desarrollo legislativo de los hospitales públicos la capacidad de decisión en la gestión de los profesionales sanitarios es nula. Lo máximo que se les concede es ser *asesores* en las llamadas juntas técnico-asistenciales, clínicas, facultativas o de enfermería. Hoy se funciona en los centros sanitarios como si el gerente económico de un periódico decidiera qué noticias se ponen en la primera página del mismo, sin poder de decisión de los periodistas.

Opinión del usuario

La opinión del usuario debería ser tomada en cuenta con la mayor importancia para la valoración del funcionamiento del centro de trabajo. No siempre los resultados sanitarios (una medida de calidad más aceptada por los profesionales) coinciden con la

OPINIÓN DEL USUARIO ESPAÑOL

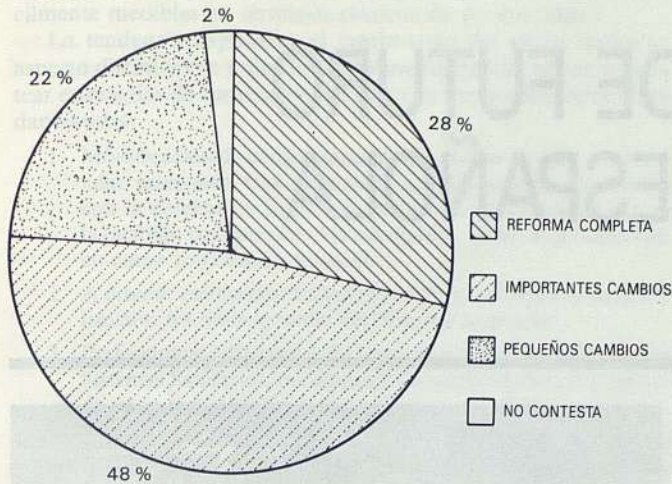


Figura 11

OPINIÓN DE LOS CIUDADANOS SOBRE SU SISTEMA SANITARIO

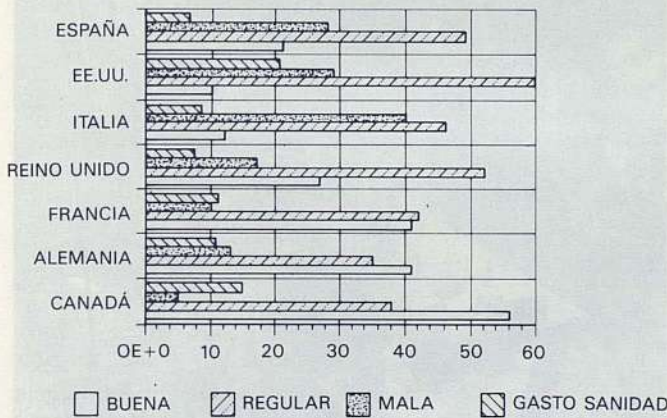


Figura 12

satisfacción del usuario (otra medida de calidad menos aceptada por los profesionales).

En 1985 se desarrolló el Plan de Humanización del INSALUD, creando las Unidades de Atención al Paciente y las Comisiones de Humanización. Fue un intento positivo, de humanizar *por Real Decreto*, aunque por ello, lógicamente, sus resultados son muy dispares según la voluntad de cada profesional.

No obstante, el resultado de las Unidades de Atención al Paciente o Usuario suelen ser muy buenos, dando buenos frutos en muchos centros hospitalarios y de medicina primaria. Su labor es muy difícil pues hacen de puente entre el profesional y el usuario que reclama, pudiendo engañar al usuario tapando al profesional y hacerse mal ver por el profesional que le tome como *acusador* enemigo interno.

Las comisiones de humanización fueron un fracaso casi generalizado. Estructuradas jerárquicamente no han funcionado casi en ningún centro que se sepa, reconociéndolo el mismo INSALUD en una valoración efectuada hace pocos años.

En un estudio encargado por la *Comisión Abril* al profesor Blendon se demuestra que el 77 % de los ciudadanos cree que el sistema necesita cambios fundamentales o una completa reforma, manifestando insatisfacción con su estado actual; sólo en Italia y EE.UU. la insatisfacción es mayor (figs. 11 y 12).

La asistencia sanitaria para los ciudadanos figura en el primer lugar (39 %) seguida por la educación (22 %), pensiones de jubilación (17 %) y vivienda (18 %) de los servicios que deberían ser beneficiados en el supuesto que el Gobierno decidiera gastar más. El 56 % opina que España gasta muy poco en Sanidad.

No obstante el 71 % de los españoles se muestra satisfecho con los servicios sanitarios usados por sus familiares en el pasado año, lo que demuestra que la insatisfacción es en la organización. El 56 % cree que la asistencia médica y hospitalaria privada es mejor que la pública. Las grandes fuentes de insatisfacción con el Sistema Nacional de Salud son el tiempo de espera y la percepción de que la asistencia podría ser mejor.

RESUMEN

Del actual funcionamiento de la Sanidad en España destaco los siguientes rasgos más significativos, con:

Aspectos positivos

- Generalización de la asistencia.
- Fácil acceso a la Medicina Primaria, que se ha reformado en más del 50 % del país, estableciéndose cita previa, más tiempo para las visitas, más medios, etc.
- Medicina hospitalaria de calidad.
- Gratuidad de la asistencia pública.

Aspectos negativos

- Listas y tiempos de espera excesivos.
- Deshumanización en el trato con el enfermo y familia.
- Prestaciones insuficientes: (psiquiatría, odontología, 3.ª edad, SIDA, crónicos, falta de camas, etc.
- Falta de eficiencia en el sistema sanitario.
- Falta de controles de calidad en el sistema sanitario.
- Falta de los planes de salud.
- Falta de cultura solidaria en la sociedad.
- Falta promoción de la salud, educación sanitaria de la población y reinserción social.
- Desmotivación del personal sanitario y no sanitario.

La intención que me ha llevado a realizar este trabajo es la de tratar de concienciar a todos, especialmente a los profesionales sanitarios y a los agentes de Pastoral de la Salud, de la necesidad de reconocer nuestra responsabilidad en el funcionamiento del Sistema Sanitario y de unirnos para su mejora, pues todos somos responsables para tratar de lograr estilos de vida y de trabajo sanos promoviendo valores éticos que tengan en cuenta la solidaridad necesaria en la sociedad para poder vivir en un mundo humanizado, que tenga en cuenta a los que disponen de menos recursos y de dejar para nuestros hijos un mundo mejor.

3. PERSPECTIVAS DE FUTURO DE LA SANIDAD ESPAÑOLA

Manuel Evangelista

Jefe del Área de Ciencias Sociales y Económicas
Escuela Nacional de Sanidad

El presente artículo plantea, con seriedad y rigor, unas perspectivas de futuro de la sanidad española, partiendo de un detallado análisis tanto de la situación actual de la misma como de las tendencias que se observan en la sociedad en cuanto principal consumidora de sus servicios y, consecuentemente, principal demandante de un tipo de sanidad concreta, de un sistema que satisfaga sus exigencias.

Las conclusiones del Informe Abril ratifican esta tesis que va desgranando el autor a lo largo del artículo.

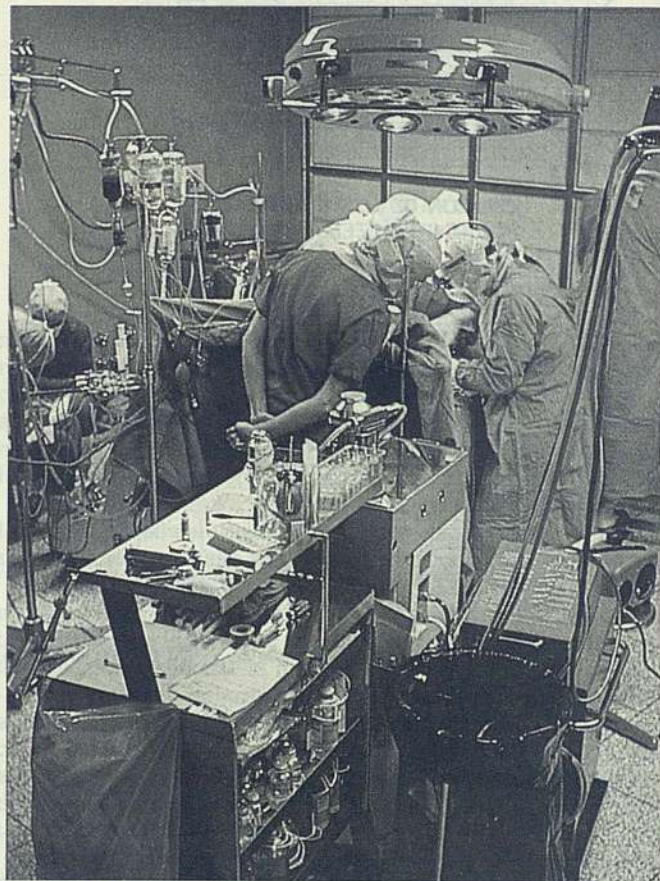
El futuro de la Sanidad Española, vinculado a la instauración del Sistema Nacional de Salud por la Ley General de Sanidad de abril de 1986, se nos muestra condicionado, tanto por las características distintivas de todos los Sistemas Sanitarios, como por otros factores sociodemográficos, de singular relevancia.

Todos los Sistemas Sanitarios, y por supuesto el Sistema Sanitario Español, están caracterizados por unas notas distintivas básicas, que los hace *complejos*, por la multiplicidad de sus objetivos, por el conjunto de profesionales y profesiones que emplea, por su relación directa o indirecta con otros Sistemas Sociales. La propia Ley General de Sanidad al instaurar el Sistema Nacional de Salud, integra diversos subsistemas Sanitarios Públicos, para configurarse como el conjunto de los servicios de salud de la Administración Central y de las Comunidades Autónomas, que acogen a efectos de asistencia sanitaria a toda la población, con financiación pública y en España, también y en medida fundamental con provisión pública, parcialmente complementada con servicios privados concertados.

Nuestro Sistema Sanitario, como todos los Sistemas Sociales no puede ser concebido como algo estático, también es aspecto distintivo básico el de su condición evolutiva y cambiante, porque cambian los conocimientos, porque progresa la Tecnología Médica y Farmacéutica, porque cambian y se amplían las profesiones sanitarias, porque cambian las actitudes de los receptores de cuidados del Sistema y los condicionamientos sociales, económicos y culturales, determinantes del acceso y utilización de los servicios sanitarios.

La complejidad del Sistema Sanitario, su condición evolutiva y cambiante, y los cambios en los comportamientos, son todo circunstancias determinantes de que ningún Sistema Sanitario determine general e indiscutida satisfacción.

Los Sistemas Sanitarios satisfacen grandes necesidades sociales, pero también engendran otras necesidades que hacen difícil



«La tendencia expansiva al crecimiento del gasto sanitario, aspecto distintivo de todos los Sistemas Sanitarios, no son fácilmente correlacionables con la economía de los mismos y, en cualquier caso, son difícilmente medibles en términos clásicos de producción»

dominar la tendencia a la expansión del gasto y la apreciación del mantenimiento permanente de la población, en niveles de subconsumo médico o sanitario.

Los Sistemas Sanitarios por otra parte no son obedientes a las reglas del mercado. Éstos generan su propia lógica, su coherencia interna, también su propia incoherencia. En cualquier caso lo que parece claro y peculiar de los Sistemas Sanitarios, es que la demanda de cuidados que reciben no es una demanda estrictamente en función de las necesidades de la población, sino en ocasiones determinada por la oferta de servicios.

Por otra parte los resultados positivos de los Sistemas Sanitarios, no son fácilmente correlacionables con la economía de los

mismos, y en cualquier caso los esfuerzos económicos son difícilmente medibles en términos clásicos de producción.

La tendencia expansiva al crecimiento del gasto sanitario, aspecto distintivo de todos los Sistemas Sanitarios, obliga a plantear estrategias de contención del gasto en varias direcciones fundamentales:

1. Modificación de comportamientos y estilos de vida con finalidad preventiva. Comprometer responsablemente al individuo con la defensa de su propia salud, al mismo tiempo que se le facilitan opciones de vida saludables, tanto en el orden físico como psicológico y social.
2. A diseñar estrategias disuasorias del uso indebido o de la utilización no indispensable del Sistema Sanitario.
3. Perfeccionar las técnicas de Gestión y Administración de los Sistemas Sanitarios, persiguiendo la mayor eficiencia en el uso de unos recursos que siempre serán escasos.
4. Facilitar la satisfacción de los ciudadanos, su capacidad de elección, la equidad del Sistema y la calidad de los cuidados que ofrece.

LA TENDENCIA AL AUMENTO DE LA DEMANDA DE CUIDADOS

El sistema Sanitario Español, se nos muestra en clara línea de tendencia al crecimiento de la demanda de cuidados de salud, especialmente de cuidados hospitalarios, y ello al amparo de una doble consideración:

1. El nivel relativamente bajo de frecuentación de los servicios hospitalarios en un orden comparativo con los niveles usuales en los países de la O.C.D.E.
2. La tendencia demográfica hacia el envejecimiento de la población con el consecuente incremento de las gentes de edad, importantes consumidores de cuidados de salud.

Las líneas de tendencia de las demandas podemos vincularlas a las siguientes consideraciones:

A) Generales. El crecimiento de la demanda de cuidados de salud hospitalarios es un hecho difícilmente reversible. Cuando mayor es la oferta que se efectúa, más demanda se genera.

A través de la consideración de la morbi-mortalidad, queda claramente evidenciada la tendencia general al crecimiento de las demandas. No existe duda, en orden a que van a ser por múltiples razones, las enfermedades crónicas, de carácter degenerativo, acusadas con la edad y muy condicionadas por la relación humana y por circunstancias ecológicas ambientales, las que van a seguir dominando y creciendo en su ritmo, en el perfil futuro de la patología a asistir.

La mayor parte de estas demandas, dada la situación de nuestro Sistema Sanitario, va a dar origen a que un gran número de pacientes, cuando llega a los hospitales se nos muestre con afecciones en cierta medida descaracterizadas en su perfil, la mayor parte de las veces muy evolucionadas, en ocasiones muy antiguas, pero más lejanas de su fin que de su principio, y ante las que las posibilidades terapéuticas en ese momento evolutivo, aún cuando puedan ser limitadas, existen.

La consideración real de esta situación, y el imparable crecimiento de la tecnología diagnóstico-terapéutica, sugiere la reflexión de que dado el ritmo de crecimiento de la demanda, es posible que llegue el momento en que no todas las demandas puedan ser atendidas en régimen de libre acceso y gratuidad total para la población. En cualquier caso para hacer frente a esta situación empieza a plantearse la consideración de la existencia de demandas singulares que el sistema sanitario público no podrá cubrir e incluso la consideración de la necesidad de establecer mecanismos disuasorios que disminuyan el consumo de cuidados de sa-

lud, a través por ejemplo de la implantación de actos tarifados en la utilización de determinadas prestaciones del sistema público, quizás no sólo como elemento disuasorio del consumo, sino también como mecanismo para hacer llegar flujos monetarios al Sistema, naturalmente que con las cautelas precisas para la salvaguardia del principio de equidad.

Aún cuando la demanda en el sector público, dada su gratuidad, difiere en términos generales de la demanda del sector privado, las previsiones demográficas producirán un incremento de ingresos del 6 por 100 en los niños menores de 15 años y de más de un 32 por 100 en mayores de 65 años, en el transcurso de la década de los 90.

B) Específicas. De acuerdo con las previsiones de demanda de morbilidad específica y considerando que los perfiles de la patología al amparo de condicionantes vinculados, de una parte a la mejora en las condiciones de vida, a los cambios en la estructura demográfica y el análisis comparado con el perfil de la patología en los países del mundo de occidente, podemos hacer una predicción, bastante cierta del orden de prelación de las demandas en las diversas patologías, así como definir las líneas de tendencia de las demandas que ascienden.

Este orden de prelación sería el siguiente:

1. Enfermedades cardiovasculares.
2. Tumores malignos.
3. Enfermedades endocrino-metabólicas y nutricionales.
4. Afecciones hematológicas.
5. Enfermedades del sistema nervioso central y periférico.

Este ritmo de crecimiento de demandas patológicas específicas orgánicas irá acompañado del continuado incremento de la patología funcional y del creciente desarrollo de una patología social vinculada a circunstancias conflictuales de singular representación, determinantes de problemas tales como el alcoholismo, adicción, psico-neurosis, etc., determinantes de la necesidad de planteamientos asistenciales, hasta cierto punto singulares, que ya empiezan a recogerse en el nuevo enfoque ordenador de la asistencia psiquiátrica.

La patología infecciosa experimentará cambios sustantivos en la demanda:

El problema de las virasis tendrá que seguir repercutiendo en la oferta asistencial. La problemática actual de la hepatitis y el SIDA, con tendencia al crecimiento, contrasta con el ritmo rápido de regresión de la patología infecciosa.

En la patología con inmediata precedencia citada, será la adopción de más acciones preventivas que asistenciales, de acciones capaces de modificar los comportamientos individuales y sociales, de responsabilizar más profundamente al individuo en la protección de su propia salud, los aspectos más singulares de la oferta.

Para hacer frente a estos cambios cuantitativos y cualitativos en las líneas de tendencia de patologías generadoras de demanda creciente, para hacer frente también a los cambios demográficos de la población, tan influyentes en la determinación de las demandas de cuidados de salud, los responsables de las organizaciones que han de ofertar estos cuidados, han de adoptar las estrategias de planificación y gestión precisa, para que en todo momento la oferta asistencial sea de calidad, ajustada en lo posible a la demanda y dada la tendencia de los costos, de un costo razonable.

LA CONFRONTACIÓN DE LA RELACIÓN RECURSOS DEMANDA. LAS LISTAS DE ESPERA

A la hora de confrontar recursos y demanda, ha de ser premisa básica, el proponerse que la planificación y la programación

de servicios que determina, sea capaz de satisfacer necesidades reales. La experiencia lograda en los últimos años de planificación hospitalaria, ha mostrado que no hay forma fácil de identificar y cuantificar la necesidad como concepto que debe oponerse a la demanda.

La inadecuación entre demanda de servicios y recursos destinados a atenderla, genera el problema de las listas de espera tanto diagnósticas, como para la atención de determinados procesos, subsidiarios de tratamientos concretos, y en lista de espera.

Hay quien piensa que la lista de espera puede ser un elemento disuasorio de la tendencia al crecimiento del consumo de cuidados de salud.

No podemos olvidar que la demanda en sanidad, no obedece a las reglas del mercado.

El crecimiento de la oferta de servicios sanitarios, genera una mayor demanda, que rápidamente supera la oferta cuantificada.

Esta situación analizada genera el hecho de que las listas de espera se hayan convertido en lugar, muchas veces de referencia, para enjuiciar la situación de los hospitales públicos. Para otros se empieza a interpretar el problema no como consecuencia del estancamiento de la oferta pública, sino de las orientaciones en su momento dictadas por la Administración Sanitaria para disminuir el peso económico de la gestión sanitaria como medios ajenos (concertos).

Algunos, equivocadamente a nuestro juicio, interpretan el problema atribuyéndolo fundamentalmente al deterioro del sector no hospitalario del Sistema, más concretamente de la Atención Primaria.

En el Informe del Defensor del Pueblo, conocido en la primera quincena del mes de junio de 1988, se insinúa la irreversibilidad del problema.

La lista de espera no afecta con carácter exclusivo a la oferta terapéutica sino que en cierta medida gravita también sobre la oferta diagnóstica y trasciende el ámbito de la acción de los hospitales del sistema público para afectar ya a las consultas de las instituciones ambulatorias, y muy especialmente a los servicios de diagnóstico, especialmente de radiodiagnóstico o de exploraciones especiales de algunas de estas últimas instituciones.

En la determinación de esta situación, no es posible dejar de considerar por su importancia en la dinámica estructural del sistema sanitario público y privado del país, la existencia de déficit de determinados especialistas, concretamente de anestesistas, radiólogos, traumatólogos, otorrinos, oftalmólogos con dominio quirúrgico de la especialidad, etc.

La lista de espera diagnóstica no solamente está vinculada a los medios de diagnóstico convencionales, sino a los medios de diagnósticos vinculados a las nuevas dotaciones, de alta tecnología, de gran importancia para objetivar desde el punto de vista diagnóstico procesos asistenciales complejos, generadores de una demanda diagnóstica a nivel de nuestros profesionales de especial significación y de ritmo muy acelerado en su crecimiento, factor éste a nuestro juicio que hay que tener en cuenta a la hora de establecer los criterios de planificación y gestión de la creciente oferta tecnológica de la Industria, evaluando la relación costo-beneficio que la misma aporta.

En cualquier caso: Las necesidades asistenciales, la imposible autosuficiencia del Sistema, la economía del mismo, obligan al estímulo y respeto de todas las iniciativas válidas, que deben de ser contempladas por el Sistema, entre otras razones, tanto por lo que representan de una mayor garantía de suficiencia de recursos como por las opciones de libertad que en un sentido auténtico comportan. Con un sector público racionalizado y competitivo no hay nada, a nuestro juicio, que impida el que diversas entidades asistenciales ajustadas a las normas básicas del Sistema, reguladas por el Estado coordinadas entre sí y con los recur-

sos del sector público puedan ofrecer a la población un juego amplio y coordinado de la libre opción.

Razones de eficacia y de economía del propio sistema sanitario, exigen como veremos más adelante la utilización adecuada y el empleo racional de todos los recursos disponibles del país de acuerdo con sus características y calificaciones y precisamente en función de principios generales de economía del sistema.

Tales principios, habituales en la administración se convierten en grave responsabilidad en situaciones como las actuales ante los planteamientos críticos que supone de un lado el ritmo creciente de las demandas y el carácter muy particularizado de las mismas, y de otro, la falta de adecuación entre estas demandas y los recursos que han de atenderlas. A ello se une la inexistencia de relación entre los niveles macroeconómicos del gasto sanitario y los de satisfacción que determinan los resultados del mismo en los usuarios del Sistema, y en los profesionales que lo sirven.

LAS PREVISIBLES PERSPECTIVAS DE LA ACTITUD DE LOS AGENTES

A través de los análisis efectuados en la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, se ha podido analizar la actitud de los agentes.

Desde una perspectiva general, se objetiva en relación con el conjunto de los servicios sanitarios que se ofertan, que éstos tienden a organizarse y funcionar de puertas adentro, según sus propias necesidades y limitaciones, primando los criterios de eficacia y eficiencia en términos sanitarios y económicos. Se piensa menos en el usuario como cliente, en su satisfacción, su comodidad, el producto que se ofrece y la aceptabilidad del mismo.

Las quejas sobre la Sanidad Pública, se refieren más a las formas que a los contenidos.

Los profesionales, proveedores directos de los servicios, aparecen descuidados en sus aspectos de relación, promoción, formación e incentivación.

La participación de los usuarios, instrumento imprescindible para la orientación de los servicios, no es acogida por organismos de participación y sólo el sistema de reclamaciones es el método participativo usual.

En el campo concreto de la Atención Primaria, los Centros de Salud son el dispositivo mejor valorado de la Red Sanitaria Pública.

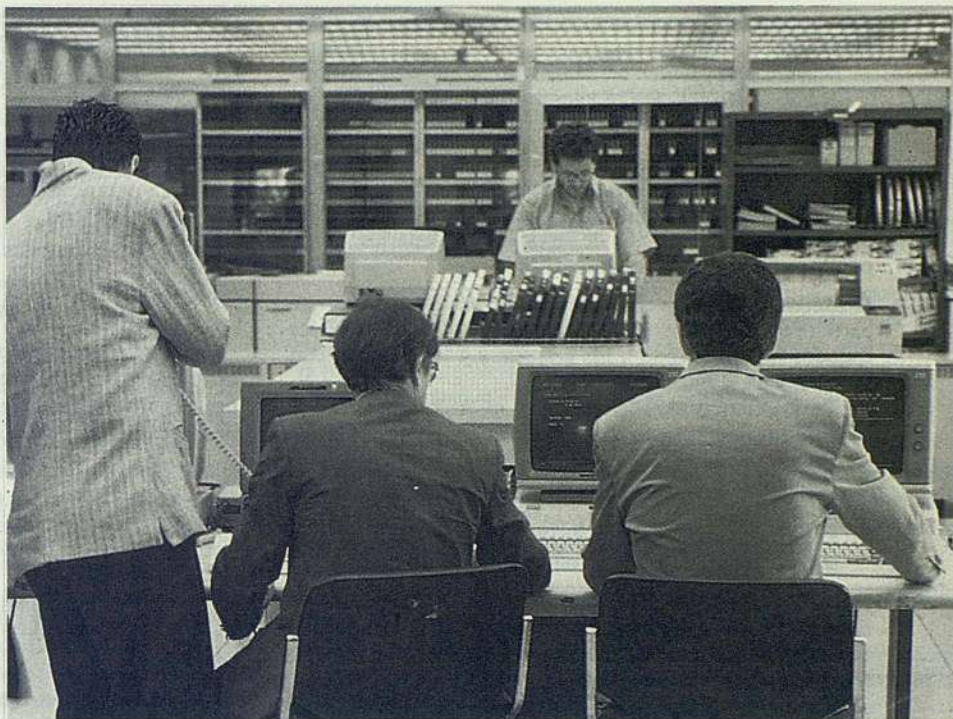
Desde el punto de vista de los profesionales, también se percibe de manera progresiva y a partir de 1989, sobre todo, una más amplia orientación hacia la prestación de sus actividades en los equipos de Atención Primaria, lo que también ha sido influenciado por el cambio en el modelo retributivo.

En lo que se refiere al sistema hospitalario, este se nos muestra como un motivo de preocupación ciudadana permanente.

Desde la perspectiva del usuario los problemas de masificación, demora en las urgencias, camas en los pasillos, listas de espera, hospitales poco confortables y de aspecto descuidado, problemas burocráticos y trato despersonalizado, son aspectos de especial significación.

Desde el punto de vista de los profesionales hospitalarios, la insuficiencia de recursos, las listas de espera, la descapitalización tecnológica, las escasas posibilidades de promoción o de mejora de las condiciones de trabajo, la falta de incentivos económicos o profesionales, el envejecimiento de las plantillas, proyectan una situación de desmotivación generalizada. La preocupación por los aspectos relacionados con el mundo de la gestión, ha restado protagonismo a los clínicos hospitalarios en favor de los gestores.

La situación grave de desprofesionalización de los gestores, les hace muchas veces incapaces de definir y pactar objetivos a través de una gestión directiva, profesionalizada, con autoridad —no poder— creativa, con competencia profesional y administrativa



«La situación grave de desprofesionalización de los gestores, les hace muchas veces incapaces de definir y pactar objetivos a través de una gestión directa, profesionalizada, con autoridad —no poder—, con competencia profesional y administrativa para que su posición profesional sea considerada como legítima»

para que su posición profesional sea considerada como legítima.

Al margen de ello la perspectiva de los gestores se nos muestra condicionada por falta de autonomía de gestión, por la carencia de un marco preciso de directrices generales y la rigidez del marco regulador de la gestión directiva: Estatuto Jurídico, Ley de Contratos del Estado, etc., etc.

Algunas decisiones importantes se toman fuera del hospital y en ocasiones los propios profesionales sanitarios, se resisten a la introducción de mejoras en la gestión, que pueden afectar a situaciones cómodas, cristalizadas, por su escasa exigencia personal.

Las perspectivas de la Administración podríamos resumirlas en las siguientes consideraciones:

1. Los hospitales son como un pozo sin fondo. El incremento del gasto no parece que mejore la opinión general de los ciudadanos, la satisfacción de los usuarios ni los indicadores que definen los niveles de salud de la población.
2. La información que generan en su actualidad, no permite su evaluación en términos de resultados asistenciales. Pese a considerables inversiones siguen siendo un sector de descontento y generador de conflictividad.

La incorporación de profesionales de la gestión no parece haberse traducido en mejoras concretas.

LA MEJORA EN LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS DE LOS SISTEMAS SANITARIOS. EL PERFIL DEL CAMBIO

La mejora en la gestión de los recursos de los Sistemas Sanitarios, es un problema que afecta a todos los Sistemas, al menos en el Mundo Occidental.

Todos ellos están en trance de reforma, y todos ellos, de inicio orientados a asumir nuevos modelos de gestión, en un intento, tanto de racionalizar la ecuación recursos-rendimiento, mejorando la eficiencia y eficacia, como a dar acogida en esos modelos de gestión, a criterios que faciliten de un lado la profesionalización de la misma, separando la política de la administración, y

de otro la participación comunitaria por su importancia dinamizadora en los sistemas de salud.

Para el logro de estos objetivos, es fundamental a nuestro juicio, el tener en cuenta que el utilizador indirecto de los recursos, el ordenador del consumo, también en cierta medida, el determinante de la satisfacción o insatisfacción del cliente, es el médico, lo que obliga a hacerle partícipe, comprometiéndole con los objetivos del Sistema Sanitario.

Este compromiso, ha de afectar:

1. A la definición de los objetivos asistenciales de cada Servicio, en medida precisa, cifrada y fechada, y con ello a la determinación de la cantidad, calidad y precio de la actividad hospitalaria, siguiendo los parámetros usuales en la gestión de este tipo de recursos, y tanto en lo que se refiere a consultas externas como atención en régimen de hospitalización y urgencia.
2. A la reestructuración de las plantillas de los Servicios, previo análisis pormenorizado de la demanda y el establecimiento de los módulos de tiempo —indicativos—, aplicables a cada proceso asistencial.
3. A la distribución de los tiempos médicos, de enfermería, de personal administrativo y de servicios generales, también según los parámetros usuales en la gestión y administración hospitalarias.
4. A la determinación del tipo número y prioridad de la oferta de los servicios de diagnóstico, aplicando también los parámetros usuales en la gestión y administración hospitalaria.
5. A definir y controlar el costo del producto ofertado, haciendo recaer sobre cada unidad de producto los epígrafes del plan económico del hospital, determinantes del gasto, en la medida precisa para facilitar un sistema contable, por proceso, resultante de un presupuesto real, en cuya confección participan los responsables de cada unidad asistencial (presupuesto clínico).
6. A implantar un sistema contable y de evaluación del rendimiento de aplicación concreta a los servicios médicos, y am-

parado en disposiciones que en su momento fueron dictadas, o que se dicten:

— Real Decreto y Orden del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (B.O.E. 99/78 y resolución de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del 4 de octubre del mismo año).

7. A la definición de un claro compromiso de exigencia social y ética, a la hora de definir los principios que garantizan la eficiencia en la producción de servicios hospitalarios y en la preocupación por los resultados.
8. Establecimiento de un conjunto mínimo básico de datos, que permita conocer el número y características de los pacientes tratados familiarizando a los gestores y a los clínicos, con la significación para la gestión:
 - a) De los GDR y otros sistemas de «CASE MIX».
 - b) Información básica sobre pacientes tratados.
 - c) Conexión de la información citada en el epígrafe precedente con el consumo de recursos y costo de los mismos.
 - d) Planificación de sistemas de información, desde los gestores a las unidades de producción. los Servicios.
9. Incentivar la eficiencia: los sistemas de información han de hacer posible la evaluación individual, entre secciones, servicios y centros en términos del resultado final del producto hospitalario.
10. Uso racional de la tecnología médica.
11. La garantía de calidad.
12. La aplicación de tecnologías sustitutivas orientadas a la mejora de los procedimientos hoteleros, de mantenimiento y conservación de los edificios hospitalarios.

EL PERFIL DEL CAMBIO

Estamos asistiendo a los albores de un profundo cambio en la ordenación de la asistencia. Como puede deducirse de los interrogantes precedentemente señalados, parece razonable empezar a pensar en una nueva planificación para el año 2000.

El año 2000, no podemos concebirlo como un futuro próximo, sino que en la consideración del tiempo, el espacio y la medicina pensamos que forma parte del pasado. Ello es así porque una planificación inteligente no aspira a adivinar el futuro sino a diseñarlo.

Lo que parece claro en el diseño de este futuro, es que la organización ha de concentrarse en los resultados, en la cultura de los hombres que han de conseguir esos resultados.

Para el logro de esos resultados hay que tener en cuenta un mercado configurado por nuevas y más amplias necesidades, generadas por el envejecimiento de la población, por lo que llamamos enfermedades de la civilización, por el crecimiento de nuevas patologías (SIDA) determinantes de nuevas demandas que aumentarán la frecuentación aún baja en España, que determinarán nuevas exigencias de calidad por parte del usuario, que incrementarán los costes y que hacen previsible la existencia de un nuevo mercado competitivo, vinculado a empresas de servicios que apliquen modernas técnicas de gestión, que no se parecen en nada a las que ahora se aplican, orientadas a un mercado no competitivo. La gestión del futuro se perfila como una gestión competitiva y de riesgo.

Un nuevo modelo de gestión vendría caracterizado por elementos distintivos básicos y entre ellos los siguientes:

1. El médico general puede llegar a ser la clave del modelo; a él competará la orientación hacia especialista y Centro, y la libre elección del usuario vendrá ajustada a la importante función consiliar del médico general.

2. Es posible que los profesionales de Atención Primaria hayan de manejar no sólo su propio presupuesto, sino el que soporta la atención de los enfermos que envían a especialistas y al hospital.
3. La informática y la robótica serán importantes soportes estructurales de la gestión.
4. La organización estará basada más en la responsabilidad que en el control.
5. Los presupuestos cerrados pero flexibles.
6. La gestión presupuestaria presidida por la idea de: retribución en función de resultados.

«*Tanto haces tanto vales*». En este sentido los Sistemas sanitarios públicos están reformándose para hacer frente a situaciones de gran pragmatismo, y la mayor parte de ellos, están afectados por tres problemas fundamentales:

1. *Falta de eficacia*. Productividad escasa. No amortizan capital.
2. *Rigidez*. Los ciudadanos no pueden elegir modalidades de servicio.
3. *Aislamiento*. No participación del ciudadano.

Esta situación perfila la necesidad de un nuevo modelo, con un mercado regulado y diseñado por autoridades públicas y que permita:

1. Competencia entre los centros públicos.
2. Mercados mixtos cuando la confrontación recursos-demanda así lo exija.

El modelo de competencia pública ya ha sido elegido por los suecos. En el Reino Unido, la crisis en la atención hospitalaria en Londres y Birmingham se muestra ya como un catalizador del cambio.

Las notas distintas de este cambio son las siguientes:

1. En el pasado los hospitales los financiaba directamente el SNH (Gestión directa).
2. En el futuro los hospitales se financiarán por parte de la autoridad que adquiere sus servicios, autoridades de distrito, con capacidad de gestión autónoma con relaciones de servicio y pago más autónomo, y posibilidades de acudir al mercado privado.
3. Capacidad de negociar contratos de servicios con autoridades y clientes, de contratar en función del costo por caso. Los médicos generales y grupos de médicos generales, controlan las cantidades que se les asignan para el pago de los cuidados hospitalarios de los pacientes que lo precisen.

El médico general interviene en la evaluación de la gestión de los recursos hospitalarios.

EL INFORME Y RECOMENDACIONES DE LA COMISIÓN DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El informe y recomendaciones de la *Comisión Abril*, constituyen a nuestro juicio un documento serio, de gran consistencia técnica, resultado de un trabajo intenso en el que han participado múltiples profesionales, asesores, la casi totalidad de las organizaciones implicadas en el Sistema, que permite considerarle como un instrumento singular de debate, que facilite la mejora del Sistema Nacional de Salud Español.

En medida similar al Informe Griffiths, creemos que es un documento de consideración obligada por la Administración Sanitaria Española.

De sus conclusiones creemos merecen especial atención las siguientes, cuyo resumen no releva la necesidad de análisis atento del dictamen.

RESUMEN, CONCLUSIONES «COMISIÓN ABRIL»

— Potenciar funciones y ampliar cometidos del Consejo Interterritorial paralelamente con el proceso descentralizador de la gestión sanitaria, que restará importancia a los Servicios Centrales en el campo de la Administración y Gestión, así como, deberá reforzarlos en la dirección de la Política de Salud, y en la evaluación global del Sistema (creación de un Instituto de Estudios Económico-Sanitarios).

— Separar la financiación pública de la provisión de servicios, que pueden ser pública o privada.

— Confirmación del Área de Salud como la unidad básica responsable de la estructura descentralizada del Sistema, de la administración del presupuesto de asistencia sanitaria y de su financiación, mediante *la compra* de servicios a los proveedores.

Deberán tener personalidad independiente los presupuestos de Asistencia Sanitaria y los de prevención y promoción de la Salud. El Consejo de Dirección que la Ley General de Sanidad prevee para el Área, debería revertir el carácter de Consejo de Administración.

— Los proveedores de asistencia sanitaria, hospitales, centros y servicios sanitarios de carácter público, podrían transformarse en sociedades públicas en régimen de derecho privado, en beneficio de la autonomía de gestión y como medio de facilitar la captación de flujos monetarios adicionales.

— Cambio en los modos de vinculación de los profesionales al Sistema y en sus modelos retributivos, como medio de incentivar y motivación y por supuesto, desarrollando la carrera profesional, tanto Médica como de Enfermería y siempre respetando los derechos adquiridos.

— Utilización del sector privado como soporte de la complementariedad y como elemento impulsor de la competitividad del Sistema, de la mejora de su eficiencia y de la imprescindible autosuficiencia del mismo.

— Consideración del presupuesto como el principal instrumento de gestión, haciéndolo realista, riguroso y asociando las actividades y los costes como principal instrumento de gestión.

— Promover la participación responsable de los profesionales sanitarios en la gestión, mediante el establecimiento de presupuestos clínicos u otras fórmulas que responsabilicen las unidades de servicio y de gasto.

— Introducir la facturación con señalización de los costes generados como medio de concienciación del usuario sobre su consumo de recursos.

— Fomento de la contratación externa en la creación y ampliación de nuevos servicios, ajustándolos a técnicas contractuales que consigan seguridad, calidad y precio.

— Cuidado especial a la calidad de la prestación: la atención personalizada, el confort y el compromiso de servicio, debe ser el fundamento de la expresión de las preferencias de los consumidores y medio de apertura y competitividad del Sistema.

— Financiación: Presupuestos Generales del Estado como fuente principal, manteniendo sin reducción el nivel actual de la aportación de cotizaciones de la Seguridad Social, desagregando los tipos de contingencias que engloba dicha cotización.

— Previsión de otros ingresos tras facturación íntegra y a costos reales de los servicios prestados a personas ajenas al Sistema, o cubiertas por otras situaciones, así como, la de los servicios adicionales nacidos en la oferta de servicios hoteleros complemen-

tarios o de otras actividades propias de los Centros, como la docencia.

— Posible participación, aunque minoritaria y en principio casi simbólica de los usuarios, *fundamentalmente orientada a mantener la percepción de los costes y a crear el sistema de facturación.*

— Mantener y mejorar la equidad por la vía de la financiación, utilizando criterios *per cápita* corregidos, que tengan en cuenta las necesidades territoriales.

— Definir con precisión el contenido de las prestaciones. Podrían considerarse en ausencia de otro criterio como prestaciones básicas, todos aquellos servicios y prestaciones que con características de generalidad y gratuidad se estuviesen dispensando en todo el territorio nacional en el momento de aprobación de la Ley General de Sanidad.

— Limitar la sobreprescripción farmacéutica y el consumo exagerado de fármacos, manteniendo la participación en el coste, aplicando como excepción las ayudas específicas a los grupos que se considere conveniente por razones de equidad.

— Desarrollar actuaciones orientadas a la *frontera* entre lo sanitario y lo social:

- Dar prioridad a la creación de camas de media y larga estancia.
- Determinar la responsabilidad básica de los servicios públicos de Atención Social.
- Fomentar el pluralismo en la provisión de atenciones sociales ampliando la posibilidad de elección del usuario y animando iniciativas voluntarias y privadas, que faciliten que el sector público asegure la prestación de servicios, sin necesidad de que sea el proveedor y gestor directo de los mismos.

— Definir plazos de tiempo por tipo de servicio, que no deben rebasarse.

- Establecer métodos de registro para las listas de espera.
- Mejorar la programación de los ingresos hospitalarios.
- Generalizar el contrato de concierto por proceso.

— Fortalecer y coordinar los sistemas especiales de urgencia para accidentes de tráfico, de trabajo y determinadas emergencias médicas, a través de una infraestructura de transporte y comunicaciones que coordinen los medios y colaboraciones ya existentes.

— Establecimiento de unidades de asistencia urgente, especialmente dotadas en algunos Centros de Salud.

— Elaboración de estrategias intersectoriales de salud, e incorporar acciones preventivas, de promoción de salud y educación sanitaria en las actividades de los Servicios de Asistencia Sanitaria.

A nuestro juicio el *Informe Abril* no supone una recomendación privatizadora de la Sanidad Española, dada la irreversibilidad del carácter público del Sistema Nacional de Salud, el origen público de los recursos económicos que constituyen su soporte y los principios de equidad que informan la Legislación Sanitaria.

La cobertura universal de nuestro Sistema Sanitario es un hecho consolidado, así como la recíproca permeabilidad existente entre los sectores público y privado que configuran la oferta de nuestro Sistema Nacional de Salud.

La recomendación a nuestro juicio fundamental de la Comisión, está orientada a la racionalización y mejora de la gestión, haciendo participar al médico en la responsabilidad de la misma, consciente del poder económico que posee, vinculado a su exclusiva competencia técnica, a la hora de adoptar decisiones clínicas, y todo ello teniendo en cuenta la insoslayable limitación de recursos.

Son precisamente estas consideraciones últimas las que nos permiten las conclusiones siguientes:

— Como en cualquier intento de reforma de un sistema sanitario, es fundamental, a nuestro juicio, la necesidad de observación crítica permanente del Sistema.

— Estimamos que es idea básica, la de que la organización que ha de acoger al Sistema, se ha de concentrar en los resultados y en la formación de los planificadores y gestores, fundamentalmente de éstos últimos, que han de hacer posible el logro de estos resultados.

— Parece clara la necesidad de intentar la racionalización del sistema sanitario, al objeto de mejorar la eficiencia y eficacia del mismo, adecuando la relación costo-rendimiento, incorporando a la gestión del Sistema una *cultura* tomada del área de la empresa:

En esta nueva cultura en la que el primer potencial es el hombre, hay que pasar del usuario al cliente y de un mercado monopolístico a un mercado competitivo, en el que cuenta el producto que se ofrece, la forma con que se ofrece la posibilidad de elegirlo y el riesgo de inaceptación (gestión competitiva y de riesgo).

— Si la doctrina asistencial que actualmente preside la gestión de la Atención Primaria, se actualiza y mejora, perdiendo parte de sus reminiscencias de origen con inspiraciones más pragmáticas, es posible que el médico general, sea la clave del modelo del futuro.

— Parece también evidente, que los condicionamientos sociodemográficos de la demanda, mantendrán el ritmo creciente de la misma, repercutiendo en la frecuentación y haciendo imprescindible la utilización racional y el empleo adecuado de todos los recursos sanitarios del país, en el que los más significativos, vinculados al sistema público sanitario han de ser objeto de un proceso de racionalización acorde con los objetivos señalados en los puntos precedentes.

— La macro-economía del sistema sanitario en su conjunto, permite a nuestro juicio, a lo sumo, el incremento en un punto del gasto sanitario en relación con el P.I.B., y ello con independencia de la puesta en marcha de estrategias disuasorias del consumo a las que antes nos hemos referido.

— Tenemos la impresión de que toda la demanda es posible que no pueda ser atendida en régimen de libre acceso y gratuidad para la población. Pero esta impresión merece a nuestro juicio, el previo contraste con el cambio cuantitativo y cualitativo de la oferta de cuidados del Sistema, tras la aplicación de criterios de gestión competitiva y de riesgo.

— La colaboración del sector privado con el sistema sanitario público descentralizado, gestionado por las Comunidades Autónomas, y con carácter de colaboración complementaria, estimamos será fundamental, pero rompiendo los *modus vivendi*, interesados, que relacionan ambos sectores, y tanto en lo que se refiere a la compra de servicios que el sector privado efectúa al sistema público en cantidades apreciables, como mejorando y modernizando el régimen que regula las acciones concertadas, a los efectos de mejorar las perspectivas de seguridad y mantenimiento en el tiempo de la colaboración privada.

— Esta colaboración del sector privado con el sistema público obliga a nuestro juicio a lo siguiente:

- a) A una mejor y más clara presentación del contenido y de la calidad de la oferta sanitaria privada.
- b) A una clara delimitación del contenido de las prestaciones que oferta.
- c) Al establecimiento de criterios de planificación, que sin mermar la autonomía, persigan la equidad en la accesibilidad.

Al establecimiento de medidas cautelares, orientadas a paliar el posible planteamiento de efectos indeseables en la relación sistema público-sector privado tales como:

- a) Sustituir las responsabilidades del sector público.
- b) Limitar el papel redistributivo inherente a todo servicio público.
- c) Atentar a la globalidad de la planificación sanitaria.
- d) El restar recursos al sector público.
- e) A conferir prioridad al campo de los cuidados intermedios los de más rápido incremento de acuerdo con los condicionamientos sociodemográficos de la demanda.
- f) A no dar prioridad a la oferta tecnológica, especialmente de alta tecnología, en perjuicio de otras ofertas, más atemperadas al perfil de la demanda.

— Todo este proceso de cambio ha de llevarse a la práctica, a través de nuevas orientaciones, nacidas de un nuevo humanismo científico, que revitalice la relación profesional-sanitario con el paciente concreto, muchas veces abrumado y minimizado por una burocracia insaciable que le lleva a ser víctima de una organización que no entiende, en la que se ejercita en la espera y que precisamente tiene como *slogan* el todo por el paciente.

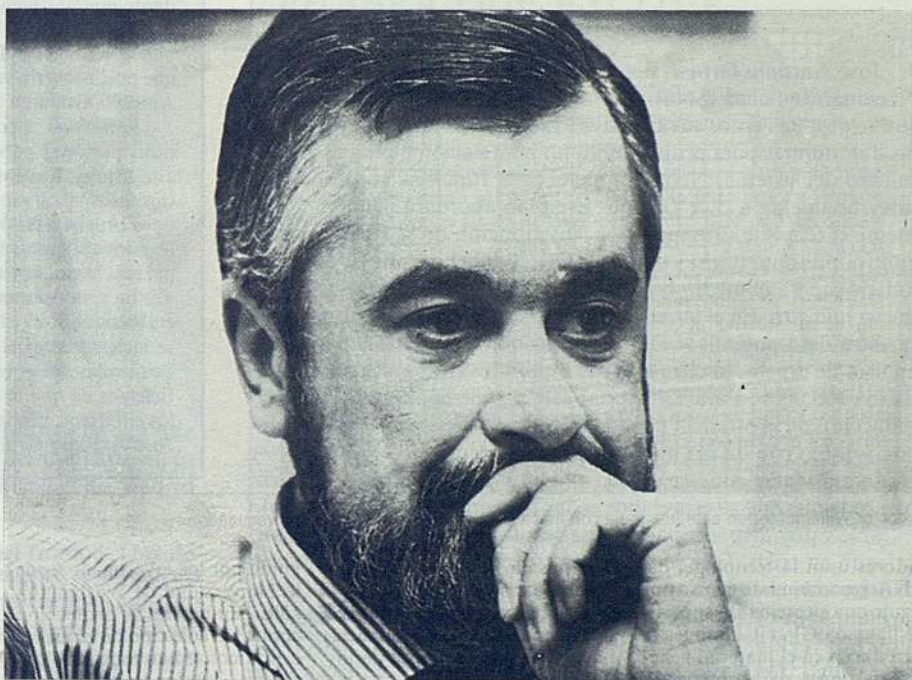
El enfermo no puede ocupar el último lugar en la jerarquía del sistema sanitario, ni ser de cara al médico y al Sistema un sujeto sumiso a las técnicas y a la burocracia.

El enfermo no puede ser víctima de conflictos, de la falta de coordinación, de la dilución de responsabilidades ni de la fatiga del personal del sistema, ni su enfermedad un elemento de estra-

LH

4. PRIMERAS MANIFESTACIONES DE JOSÉ ANTONIO GRIÑÁN MARTÍNEZ

NUEVO MINISTRO DE SANIDAD Y CONSUMO



A mediados del pasado mes de enero fue nombrado por el Presidente del Gobierno, Ministro de Sanidad. Sucedió a Julián García Valverde quien, tras diez meses de mandato, se vio abocado a presentar su dimisión aceptada por Felipe González— como consecuencia de una serie de situaciones oscuras, relativas a compra de terrenos, en su anterior cargo de presidente de RENFE, y que determinado grupo político sacó a la luz pública.

Pocos ha podido poner en práctica de los objetivos que trajese al Ministerio. En los diez meses que estuvo al frente del mismo, eso sí, tuvo la oportunidad de recibir el Informe Abril Martorell que se había comenzado a elaborar en la época de su antecesor, Julián García Vargas. Apenas si se definió explícitamente sobre el mismo pero tuvo tiempo de esbozar, en una de sus manifestaciones, un ligero distanciamiento del mismo así como un tímido compromiso de que no se implantarían aquellas

recomendaciones del mencionado Informe que, por aquel entonces, se consideraban más impopulares.

Tan pronto fue nombrado José Antonio Griñán para sucederle, aparecieron, lógicamente, todo un aluvión de opiniones sobre la trayectoria y las intenciones de quien hasta ese momento había ostentado la máxima autoridad sanitaria en Andalucía. No faltaron, no podían faltar, las referencias a su posicionamiento respecto al Informe Abril Martorell. Y es que este polémico documento se ha convertido, quierase o no, en una especie de reválida para todo el mundo que se mueve en el marco sanitario y, consiguientemente, sobre el que hay que pronunciarse.

Nosotros hemos recogido sus primeras declaraciones, hechas a dos diarios de ámbito estatal —ABC y El País—, para ofrecérselas a ustedes. Así respira nuestro nuevo Ministro de Sanidad. Tendremos oportunidad de conocer más adelante, si los vientos políticos no lo impiden, por qué derroteros ha ido su gestión. Esperemos.

4.1 «NO VOY A REFLOTAR UN SECTOR PRIVADO EN CRISIS CON FONDOS PÚBLICOS»

Los españoles del 92 enferman y mueren por dolencias diferentes a las de hace 25 años, cuando se construyó el sistema sanitario. Este desfase plantea la necesidad urgente de una reorientación, según José Antonio Griñán, ministro de Sanidad y Consumo tras la dimisión de Julián García Valverde. Salud pública, reducir los pacientes en lista de espera —estimados en 300.000 por el propio ministro— son los puntales sobre los que gravitará su gestión. Unido a esto, Griñán aboga por un pacto nacional con las autonomías y pide al sector privado que se especialice, adaptando su oferta a las necesidades de la población.

José Antonio Griñán se presenta como «ministro del Sistema Nacional de Salud (SNS) y no sólo ministro del Insalud», para situar después entre sus objetivos inmediatos una «reunión con las autonomías para proponerles un plan nacional para el saneamiento del sistema. Necesito que el SNS funcione coordinada e integradamente», dice Griñán. Ese plan abordará fundamentalmente el tema de «financiación, distribución de la financiación, control presupuestario y eliminación del déficit acumulado». Este déficit supera el medio billón de pesetas, según estimaciones del nuevo ministro. En el terreno de las cifras, Griñán se atreve a apuntar otro dato polémico: si sólo el Insalud tiene 150.000 pacientes en lista de espera, la cifra total de españoles en esa situación ronda los 300.000». Para solucionar este problema, apunta tanto la reducción de la estancia media de ingreso en los hospitales públicos —«sólo con un día menos, saco 4.000 camas en el Insalud»— como aumentar conciertos con el sector privado. Para ello, Griñán pide que éste se especialice en las necesidades de la población.

«No estoy dispuesto a reflotar con fondos públicos un sector privado en crisis. Éste se tiene que especializar tras mantener un diálogo con el financiador. Es decir, con el ministerio», afirma Griñán. «Nosotros podemos decirles provincia por provincia, región por región, cuál es la pirámide de la población, patrón de morbilidad, frecuentación sanitaria, patologías, lista de espera y los recursos que vamos a establecer en esa región. A partir de ahí», dice el ministro, «si el sector privado invierte, pues concertaremos con ellos. Yo estoy dispuesto a concertar la atención sanitaria a quien pueda venderme esa atención».

Escandalizado

Tras esto, manifiesta sus dudas sobre la posibilidad de que los sectores público y privado compitan entre sí. «Me escandaliza que se hable de competitividad entre pública y privada. Me dicen: haga usted competitivo el sector público con el privado. Hombre, primero que el sector privado investigue, haga docencia, que forme MIR, y entonces competimos. Pero la competencia debe plantearse cuando las cargas sean iguales». En cuanto a las relaciones entre ambos sectores, Griñán considera que «hay que hablar de igual a igual porque, al final, resulta que las compañías están asegurando asistencia sanitaria sin recursos propios. Los recursos los pongo yo, la sanidad pública. Eso se tiene que terminar, no puede ser que una compañía se anuncie como un *seguro de asisten-*

«YO TAMBIÉN PUEDO TENER SIDA»

José Antonio Griñán no prevé cambios sustanciales en la política de su departamento con respecto al sida. Un reto sanitario para la próxima década, que debe resolverse, en opinión del ministro, con el apoyo de toda la sociedad. «El plan nacional del sida está funcionando bien, el problema es que tiene que funcionar también en la sociedad, aunque afortunadamente creo que empieza a ser así desde que nos hemos dado cuenta de que no es un estigmatizado el que padece sida. También el heterosexual tiene riesgo. Yo mismo puedo tener sida. El ministro de Sanidad puede tener sida, igual que puede tenerlo cualquier persona de vida ordenada», afirma José Antonio Griñán.

Reconocer la enfermedad, «como han hecho Magic Johnson y otras personas públicas» es, a su juicio, el primer paso para que esta aflore. Tras esto, se muestra contrario a considerar obligatorios los análisis que detectan la presencia del virus VIH. «Recomiendo la prueba a las personas que tengan alguna duda razonable, pero llegar a obligarlas me parece muy complicado. Me preocupa siempre más la enfermedad de la sociedad que la enfermedad individual». «Yo he vivido, cuando hace dos años se detectó un brote de cólera en Marruecos», recuerda el ministro, «que hubo quien propuso que se hiciera un carril específico para los magrebíes que cruzaban la Península». «Por eso», continúa, «mientras no tenga garantías suficientes de que la sociedad es solidaria con la enfermedad y con los enfermos, prefiero no hacer obligatorias las pruebas», concluye José Antonio Griñán.

cia sanitaria integral sin medios propios y con facultativos que trabajan en el sector público», concluye. En efecto, los Presupuestos Generales del Estado prevén en Sanidad 18.000 millones de pesetas por camas ocupadas por las compañías privadas, pero un porcentaje elevado de esa cantidad no llega a cobrarse nunca.

Ha llegado al ministerio con la expectación que precede al encantador de serpientes que se necesita para sacar la sanidad de un letargo de años. Y algo tiene de ello: en tan sólo una semana, José Antonio Griñán ha aplacado los ánimos recibiendo a representantes de médicos, farmacéuticos, enfermería y sindicatos. De las entrevistas, ha sacado la conclusión de que «coinciden con mi diagnóstico: el sistema sanitario sigue orientado como estaba hace 25 años. Es decir, según el patrón de morbilidad que había en España en los años 66-67, cuando se construyó. Predominaban entonces las enfermedades infecciosas y se orientaba a la curación».

Pero hoy día eso ha cambiado. «La morbilidad dominante son enfermedades crónicas. La gente padece dolencias que no se curan y sobrevive a ellas con una merma en su calidad de vida. Por eso yo creo», continúa Griñán, «que el sistema sanitario se tiene que orientar basándose en tres piezas: primero, salud pública (promoción y prevención); segundo, investigación, y en tercer lugar, cuidados sanitarios. Este trabajo es urgente empezarlo ya».

Sobre los hábitos de vida que inciden en esas enfermedades crónicas —patológicas cardiovasculares, cáncer, insuficiencia renal, etc.— anuncia medidas para reducir el consumo de tabaco —me parece vergonzoso que un médico entre a la habitación de un paciente con un cigarrillo en la mano— especialmente entre

el personal sanitario. Con respecto a la limitación de la publicidad, el ministro de Sanidad apunta que «quiero conocer primero las resistencias del sector».

AZUCENA CRIADO

(El País, sábado 25 de enero de 1992)

4.2 «VOY A SOLUCIONAR LAS LISTAS DE ESPERA»

A sus cuarenta y cinco años tiene una cosa muy clara: «Voy a seguir con mi residencia en Sevilla, porque esto de la política es algo muy transitorio. Aquí lo único que perdura es la familia. Y no voy a cambiar la vida de toda ella». Dice que aún no ha despachado a fondo sobre Sanidad con Felipe González, pero que lo hará dentro de diez días. Tiene una ventaja respecto a sus antecesores: este hombre conoce a fondo el sistema. Lo conoce como pocos, porque en Andalucía ha sufrido, y bien, las listas de espera y el déficit. Son sus dos grandes obsesiones. Quiere lograr un pacto autonómico y luego ir a ver a Solchaga y pedirle medio billón de pesetas, para hacer tabla rasa. Y a partir de ahí, empezar de nuevo. Tiene ante sí un camino ganado, pero a la vez una espada de Damocles: le van a urgir las soluciones. A José Antonio Griñán, un madrileño recriado en Andalucía, no le preocupa ni le asusta el reto. Al menos, de momento.

La conversación es larga y fluida. Desde las tres de la tarde a las cinco. Estamos en el comedor privado del ministro, en la última planta del Ministerio. Desde donde se divisa todo Madrid y se ve muy cerca toda España.

—Me siento ministro de todos y no sólo del Insalud. Una de mis obsesiones es que no haya diferencias de salud por razones territoriales o económicas. Yo creo que eso es el abecé de la política sanitaria. Es fundamental mantener el equilibrio entre un territorio y otro, y ello pasa por tres puntos. El primero es encontrar un sistema de financiación suficiente. Hay, primero, que sanear el endeudamiento del sistema, que no sé de cuánto será ahora, pero que debe oscilar en algo más de medio billón de pesetas. Y hacer un compromiso político con todas las Comunidades autónomas y todos los gestores de que nadie puede apartarse del presupuesto. Esto no espero hacerlo en un año o dos, pero sí en cuatro o cinco años. Si lo hacemos seriamente y todos nos comprometemos, yo me comprometo ante Hacienda a que se enjune ese déficit que arrastramos, como ha sucedido con el fútbol...

—¿Y el segundo punto de su política?

—Pues sería un Pacto sobre Salud Pública. Tenemos un marco geográfico, que es la CEE, abierto a personas y profesionales. Debemos tener un Sistema Nacional Unificado. No puede ser que la salud pública sea distinta de una Comunidad autónoma a otra. Hay matices, eso sí: unas pueden tener una morbilidad diferente respecto a otras, pero el tráfico de alimentos, la inspección veterinaria, tiene que ser la misma de toda la CEE. Y como esa política está transferida, hay que llegar a un pacto.

«HABRÁ QUE EXCLUIR MEDICAMENTOS»

—Ministro, ¿está usted de acuerdo con el decreto de *listas negativas* y con excluir medicamentos del régimen de financiación de la Seguridad Social, como su antecesor?

—Mire, el Registro de Fármacos va a ser único para toda Europa, y además, como sabe, es posible que la sede esté en España. Habrá una Agencia Única de Evaluación y Registro de Medicamentos. Lo que está claro es que en ningún país del mundo coincide el Registro con la financiación de ese medicamento en la Seguridad Social. Por el hecho de estar un fármaco registrado no va a ser financiado.

—Pero, ¿qué seguridad se le da, entonces, a la industria farmacéutica que investiga, que gasta mucho en «I más D», de que ese medicamento luego se va a incluir en la Seguridad Social? Porque, claro, al ser mejor un fármaco, es lógico que sea más caro...

—Lo que pasa es que habrá que dialogar mucho con los laboratorios farmacéuticos para ver por dónde deben ir las grandes líneas de investigación. Y respecto a la exclusión de medicamentos de la Seguridad Social, sí, algunos van a quedar excluidos, pero eso ocurre en casi todos los países de la Comunidad Europea, por no decir en todos.

Lo que le aseguro que es mi jerarquía de objetivos es clara: jamás colocaremos por encima del ser humano y de su dignidad como persona cualquier estrategia de reducción o de ahorro del gasto público; jamás pretenderemos economizar el gasto retirando medios a ancianos, a enfermos sin esperanza, o a pacientes terminales que lo necesitan. Jamás.

—¿Y en tercer lugar?

—El sistema se tiene que reorientar dándose cuenta de cuál es el nuevo *patrón de enfermedades*; que ya no es el de las infecciosas, como era antes, por poner un caso.

—¿En qué medida piensa contar con el sector empresarial privado?

—Una de las cosas que hice en Andalucía y que pienso hacer aquí es dialogar e informar mucho a los empresarios, y darles mucha información. ¿Y cuál es la información que hay que darles? Pues yo creo que cuál es la distribución geográfica, el patrón de morbilidad, el volumen de recursos públicos y las inversiones públicas que se van a hacer en la zona. Y a partir de ahí ellos ya sabrán en qué y dónde deberán invertir. A partir de la semana que viene voy a llamar a la CEOE, quiero entrevistarme con ellos...

—En los últimos años, el Ministerio de Sanidad ha pensado en la posibilidad de ampliar el modelo *Muface*; es decir, que los ciudadanos, agrupados en grandes colectivos, puedan elegir entre la Seguridad Social o una compañía privada. ¿Es usted partidario de ello?

—No soy partidario de quebrar el aseguramiento, que debe ser universal, público y gratuito. Me parece bien dar opciones, pero ¿dónde están los recursos de esas compañías? El que quiera asegurar riesgos debe contar con recursos. No es lógico que una compañía de asistencia sanitaria lo único que tenga es un cuadro médico. Lo que tienen que tener son recursos. Y lo que no se puede decir es que le va atender el doctor tal o cual, y si tiene una patología grave, entonces le llevamos a la Seguridad Social... Mire: aquí lo que ocurre es que las pólizas de asistencia sanitaria no se pueden dar como hasta ahora. Porque por ese precio no se puede dar todo lo que se promete en la actualidad. Las compañías deberán ir a la especialización de las pólizas, pero no a pólizas que lo cubran todo, porque eso vale muchísimo. Y puede darse el caso de que yo empiece a facturar a las compañías a precios reales. Sí, a precios reales, porque una cama de UCI vale mucho más de treinta mil pesetas al día.

LISTAS DE ESPERA

—Y vamos al tema de fondo, el gran cáncer de la Sanidad española: las listas de espera. Usted, al menos en Andalucía, ha tenido la valentía de hacerlas, paso indispensable para saber cómo actuar y quiénes lo necesitan más. ¿Está dispuesto a hacer las listas de espera en toda España, como paso indispensable a ponerles solución de verdad?

—Vayamos por partes, porque en esto de las listas de espera hay un poco de demagogia...

—Hombre, si demagogia es que una señora con un bulto en el pecho tenga que esperar tres o seis meses para que se lo quiten...

—Vayamos por partes, le digo. Las listas de espera responden a dos razones: unas profundas y otras próximas.

—¿Cuáles son las profundas?

—La primera, la tecnología. La nueva tecnología es un determinante clarísimo, puesto que se piden más pruebas y se retrasa el diagnóstico. Yo voy a poner en marcha una Agencia Nacional

LA ENFERMERÍA DEBE ORDENARSE

Uno de los puntos a los que el nuevo ministro de Sanidad dio más importancia en el transcurso de la entrevista fue al papel de los ATS y diplomados de Enfermería: «La profesión de Enfermería lo que tiene que hacer es ordenarse. Y tiene que especializarse en los cuidados al enfermo, que es en lo que consiste básicamente esta profesión. Los ATS no son *medio médicos* ni son otra cosa. Son lo que son. Y luego han de tener un cuerpo de auxiliares de Enfermería más numeroso y que les apoye más. Pero la Enfermería no puede olvidar que su misión principal es dar consuelo, porque ellos son los que tienen el trato más inmediato con el enfermo. El ATS es el futuro del sistema, y estamos perdiendo el elemento vocacional que tenía, como ya dije antes en una intervención en el Parlamento andaluz».

Hemos de conseguir unos servicios sanitarios sin tensiones, donde se imponga la confianza y los estímulos para hacer un buen trabajo profesional. Y hay que lograr la integración, la colaboración y el buen entendimiento entre la Medicina y la Enfermería. Entre éstos y los gestores en cada unidad y servicio.

SUBIR EL SUELDO DE LOS MÉDICOS

Otro de los temas que parecen preocupar al nuevo ministro es la incentiación de los profesionales en general, y de los médicos en especial. Para ello, propone un nuevo sistema retributivo: «Un sistema retributivo en el que se especifique el cuánto y el qué, porque actualmente el peso del sueldo son el complemento de exclusividad y las guardias. Y yo creo que ni el uno ni el otro deben tener un peso tan determinante».

«Debe tener un peso mayor la corresponsabilidad por objetivos y por el ahorro logrado dentro de los servicios. Si se hace un *cuaderno de mando* en cada servicio, como hicimos en Andalucía, debe establecerse qué objetivos debe marcarse cada unidad, de acuerdo con la Dirección Médica del centro, y debe haber un complemento por lograrlos y otro en función del ahorro.

En cualquier caso, no puede ser que las guardias tengan el peso actual que tienen. Además, hay guardias necesarias y otras para las que basta la localización. Hay que ir hacia el sistema alemán. No obstante, nadie debe perder dinero por perder las guardias, sino que ese dinero debe redistribuirse en otros conceptos.

de Evaluación Tecnológica que determine qué tecnología y en qué momento se debe utilizar. Porque me duela la rodilla me hagan una resonancia, eso no. Y eso lo vamos a hacer en colaboración con las sociedades científicas. Y si podemos, lo vamos a incluir ya en el programa piloto Cartuja-93.

La segunda causa es el envejecimiento, que está presionando el sistema sanitario. Hay que desarrollar el Plan Gerontológico.

Y luego hay unas causas próximas, como es que faltan especialistas en determinadas patologías, y hay *cuellos de botella* en Oftalmología, Otorrino y Traumatología, entre otras. No en anestesistas, que ya hemos llegado al nivel necesario. Y, bueno, habrá que formar más especialistas en eso.

—¿Pero usted va a hacer el recuento de las listas de espera o no, señor ministro?

—Sí, no lo dude. Ya lo hice en Andalucía y no me dio miedo. Había ochenta y tres mil. En un año logré que no siguieran sufriendo y las hemos incluso reducido en seis mil enfermos. Lo voy a hacer en todo el Insalud, y cuando sepamos cuántas son y en qué patologías, pues pondremos en marcha un dispositivo hospitalario, con más intervenciones en hospitales públicos y concertando con los privados. Voy a intentar solucionar de verdad las listas de espera, pero sin demagogias, porque hacerlas desaparecer al completo es imposible.

«INFORME ABRIL»

—¿Es usted partidario o no del Informe Abril?

—Con el Informe Abril está ocurriendo una cosa muy curiosa. Y es que estamos en grandes debates de las cosas que nos separan cuando es mucho más lo que nos une. Hace unos meses, organicé una mesa redonda en Granada sobre el Informe Abril. Acudió Juan Luis Ruiz-Giménez, de la Defensa de la Sanidad Pública, y Enrique Costas, vicepresidente de la Comisión Abril. Se enzarzaron en una discusión de más de una hora, una discusión muy fuerte. Y luego, al final, ambos reconocieron que de las sesenta y cuatro recomendaciones estaban de acuerdo en cincuenta. Pues eso digo. Si somos capaces de ponernos de acuerdo sólo en veinte, sólo en veinte, podríamos dar un fuerte impulso de transformación al sistema.

MIGUEL ÁNGEL MARTÍN
ABC. Sábado, 25-1-92

5. TRANSFORMACIONES NECESARIAS PARA AFRONTAR EL FUTURO

ASPECTOS SOCIALES, ÉTICOS Y HUMANOS

Francisco Sola, O.H.

Delegado de Pastoral de la Salud de la Archidiócesis de Barcelona
Expresidente de la U.C.H. (Unió Catalana d'Hospitals)

La reforma que la sanidad española necesita no se agota, con ser imprescindible, con una serie de medidas de gestión y administración de recursos que venga a poner orden en el inmenso caos que parece ser ésta.

Una verdadera reforma, tal vez sea ya una revolución, debe apuntar hacia una filosofía nueva sobre la salud y la enfermedad que implique un nuevo estilo de asistencia en el que, de hecho, el enfermo sea el centro de todo el sistema.

Por ahí van las líneas que Francisco Sola apunta en el presente artículo.

SITUACIÓN DEL MUNDO DE LA SALUD EN LA SOCIEDAD ACTUAL

Los Centros de Asistencia Sanitaria no son *islas* dentro de la sociedad.

El profesional de hoy vive, consciente o inconscientemente, a caballo entre la modernidad y la posmodernidad, fenómenos ambos de capital importancia que inciden directamente en la configuración de la sociedad, en las formas de vida, en las relaciones de producción y en la actitud ante los valores.

La nueva conciencia que genera la *modernidad*, según Juan José Tamayo-Acosta, tiene tres rasgos que la identifican:

- *Crítica* (frente a la conciencia dogmática), en cuanto es capaz de cuestionar todo, incluso ella misma.
- *Histórica* (frente a la conciencia fatalista), en cuanto entiende la realidad como modificable, de manera procesual y progresiva, por la praxis humana. El hombre toma conciencia de su poder para transformar la historia, la naturaleza y la sociedad. Nada ni nadie hay por encima del hombre que se lo impida, como tampoco hay un orden inmutable que se resista a la mutación.
- *Científica*, en cuanto desarrolla la racionalidad como conocimiento científico de la realidad natural y humano-social (A. Fierro).

La modernidad va tras el ideal de la emancipación: tanto de la autoridad como de la tradición y de la razón metafísica al modo clásico, que entran en una crisis profunda, de la que no van a poder salir.



«En una sociedad de consumo, en una civilización técnica deshumanizada (que no se pone al servicio del hombre), a los incurables, a los viejos, a los disminuidos psíquicos, a los dementes, el heroísmo máximo que se nos permite es tolerarlos», afirma el hermano Francisco Sola

El único espacio reservado a la religión es el culto privado, la privacidad.

La posmodernidad proclama la disolución de conceptos que eran esenciales para la modernidad, como: verdad, sujeto, totalidad, fundamento, historicidad, sentido unitario de la historia.

La posmodernidad defiende una *ontología débil, un pensamiento débil, una ética de la debilidad*.

La ontología débil renuncia a la soberanía que la metafísica concedía al pensamiento filosófico y comprende al ser humano como ser consumido y debilitado.

El pensamiento débil es una manera de hablar provisional, e incluso contradictoria, que niega los rasgos metafísicos del pensamiento, se aleja de la razón-dominio y descubre la debilidad de la racionalidad en su mismo núcleo.

La ética de la debilidad se concreta en una ética de la representabilidad, del consenso y de los buenos modales.

«El hecho social y cultural más significativo de nuestro tiempo, la aspiración más legítima de nuestros contemporáneos es vivir libremente sin represiones, escoger libremente cada uno su modo peculiar de existencia. Así la sociedad posmoderna promueve nuevos fines y legitimidades sociales: hedonismo, respeto por las diferencias, culto a la liberación personal, al relajamiento, al humor, a la sinceridad, al psicologismo, a la expresión libre, dando una nueva significación a la autonomía personal mucho más allá del ideal que se fijó la era democrática autoritaria: vivimos una segunda revolución individualista» (Lipovetsky).

En el campo de la técnica a las puertas del año 2000, la humanidad puede sentirse orgullosa del proceso tecnológico que ha logrado. Los medios de comunicación nos transportan a las Antípodas en menos de un día, al segundo conocemos las noticias de cualquier rincón del mundo, controlamos el frío y el calor, reproducimos la luz y los sonidos, disponemos de un gran patrimonio cultural, que ahora, más que nunca en la historia del hombre, se comparte y enriquece a los hombres.

Pero en este momento de la historia también la humanidad debe sentirse más avergonzada que nunca. Tenemos tantas armas apuntando a uno y otro lugar que podríamos destruir la tierra cuarenta veces. Nunca niños del mundo habían visto guerras tan crueles como en este siglo... Pero el mayor sufrimiento que ahoga al mundo es la enorme diferencia en la calidad de la vida entre minoría —el Norte— rica, y una mayoría —el Sur—, cada vez más pobre.

Nunca hubo tantas diferencias entre los pueblos del mundo. Y jamás estuvo la humanidad tan preparada para combatir el hambre, la enfermedad, la incultura, y tan *comunicado* para compartir esta posibilidad.

Sería largo analizar las causas de esta situación. No hay discusión en que en el Imperialismo Colonial y después económico están gran parte de los factores que han hundido a estos pueblos en el subdesarrollo. El estado de la economía internacional hace que los esfuerzos de los gobiernos del Tercer Mundo vayan dirigidos a satisfacer el mercado de Occidente (*el gran consumidor*) y poder ir saliendo de la deuda externa.

Paradójicamente, países cuya producción nacional está consagrada a la exportación, y ésta a los *caprichos* de Occidente —al menos en relación a las sangrantes necesidades básicas de estos países—, cada año tienen mayor deuda externa y apenas llegan a pagar los intereses de ésta.

En el campo de la salud es doloroso hablar de números, pero éstos reflejan la realidad y hay que recordarlos: 1 de cada 5 niños muere antes de los 5 años; *los que sobreviven pasan una media de 160 días al año enfermos*; si es niña crece y tendrá 200 posibilidades más de morir en su primer embarazo (en la mitad de los casos antes de los 16 años) que una mujer española; la esperanza de vida es de unos 45 años, y la mitad de los que pueden contar su vida a los nietos les dirán que no vieron a un médico, no accedieron a agua potable y padecieron algún grado de malnutrición o anemia. Al menos no tenían radio y no pudieron escuchar ningún discurso de Occidente argumentando que la situación de subdesarrollo en que viven «es porque quieren».

Lo más terrible, y a la vez esperanzador, es que la mayor parte de estos problemas de salud pueden prevenirse y ser tratados, y que el mundo produce suficientes alimentos para todos.

La actitud de teóricos y políticos a menudo es la retórica sobre el Nuevo Orden Económico Internacional, la política armamentista y el desarme, el diálogo Norte-Sur, etc. Mientras esto llega (¿lo veremos?) se ha visto que no se necesitan medios sofisticados para combatir en este campo del desarrollo del Tercer Mundo. Gran parte de las enfermedades que padecen estos pueblos (hablamos de más de 3.000 millones de seres humanos) se pueden controlar; pongamos unos ejemplos:

- Más del 80 % de las enfermedades y muertes de madres y niños (la población que más padece dentro de este mundo que sufre) se podría prevenir con medidas no costosas propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UNICEF.
- Monitorizar el crecimiento y programas de suplementos proteicos (100 ptas./niño y año).
- Programas de rehidratación oral en las diarreas infantiles (6 ptas./niño y año).
- Campañas de lactancia natural (requeriría, sobre todo, lucha contra los intereses de las multinacionales).
- Inmunización de las seis *enfermedades asesinas* —que provocan la muerte a 6 millones de niños al año—, sarampión, tétanos, tosferina, difteria, polio y tuberculosis (5 dólares/niño y año).

«Es evidente, escribe recientemente un médico, que la sociedad moderna debe vivir mirando hacia el futuro, pero resulta paradójico que esa misma sociedad desarrollada que cada vez dispone de más medios para preservar y restaurar la salud de los ciudadanos sea incapaz *no sólo de solucionar los problemas del Tercer Mundo, sino incluso los que se generan en las amplias bolsas de pobreza* que se están desarrollando en su interior, ya que el mundo desarrollado constituye un potente polo de atracción para gentes que, hartas de su propia pobreza, buscan cubrir sus necesidades básicas en mejores lugares.

Esta desproporción de recursos entre las sociedades desarrolladas y el Tercer Mundo, aparte de representar una dolorosa paradoja, llevan consigo además algunos riesgos para el propio ejercicio de la medicina. Los modernos medios diagnósticos y los sofisticados remedios terapéuticos pueden hacer caer al profesional en la tentación de quemar etapas, *suprimiendo casi totalmente el diálogo con el enfermo*, pasando directamente al empleo de sus poderosos recursos tecnológicos. En una época en que la sociedad y la incomunicación son cada vez más fuertes, el paciente busca con ahínco un profesional que esté a la escucha y que sea capaz no sólo de emplear un deslumbrante equipo, sino de recoger con atención sus quejas e interrogantes. La técnica y los avances científicos *no deben ser incompatibles*, en la práctica diaria, con el humanismo que siempre ha sido honra y gala de la medicina».

La técnica es hoy un factor dominante en el mundo sanitario. El hospital es un ambiente todo él saturado de técnica, y cabe preguntarse si queda algún espacio libre para el humanismo. «El hospital —dice Juan García Pérez— es uno de los centros donde la *dominación del hombre* puede hacerse más asépticamente implacable. Comenzando por las manipulaciones genéticas y determinadas formas de control del sistema nervioso. Pero también en otras funciones menos clamorosas. *La tecnificación de la medicina* ha empobrecido *enormemente las relaciones humanas* en el hospital entre el profesional y el enfermo. Hoy día el hombre está mucho mejor atendido clínicamente. Pero sufre más solo y muere más abandonado».

El enfermo es la consecuencia de miles de fichas, *no es una persona, es un enfermo*. En una sociedad de consumo, en una civilización técnica deshumanizada (que no se pone al servicio del hombre), a los incurables, a los viejos, a los disminuidos físicos y psíquicos, a los dementes, el heroísmo máximo que se nos permite es tolerarlos. Todos nuestros esfuerzos, todos nuestros desvelos se encaminan a los recuperables, a los que pueden enrolarse en la rueda de la producción.

Escribe Tillard: «Las cualidades del corazón están como engullidas por la trascendencia de la técnica. El timbre pasa a ser el único medio para exigir una presencia, que a menudo será la de una enfermera al límite ya de su resistencia. Un enfermo grave, interno desde algún tiempo, me confesaba que la sonrisa de una auxiliar, su simple gesto, privado de toda tecnicidad, habían sido las únicas señales que le evocaban una cierta ternura de vida.

Pero ¿cómo, aun deseándolo, médicos, asistentes, enfermeras, podrían encontrar tiempo para una auténtica manifestación de interés y afecto? Están condenados —escribe uno de ellos— a una SONRISA A MEDIAS. Esta SONRISA A MEDIAS es el símbolo de la deshumanización de nuestra sociedad, a despecho de las buenas intenciones».

LA SALUD, LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

Ya no basta vivir

El problema de la salud y la enfermedad ha venido a ser una de las mayores inquietudes de nuestros contemporáneos.

Algo insólito se está fraguando. «Algo infinitamente más importante —dice J. M. R. Tillard— se elabora ante nuestro ojos. Se trata de un deslizamiento en la relación del hombre, ya no sólo con su propia vida, sino con la vida en cuanto tal y, por consiguiente, en la conquista del dominio del hombre sobre ésta. El hombre, desde el momento en que el vertiginoso progreso de las técnicas pone en sus manos unos instrumentos que multiplican por mil su poder, adquiere una nueva conciencia del lazo que existe entre su felicidad y su plenitud de vida. *Ya no basta vivir. Se quiere vivir plenamente y a toda costa.*»

Alergia al sufrimiento

La mentalidad secularizadora que agudiza la tensión hacia las relaciones terrenas, el mito del bienestar, la confianza en el poder tecnológico, la creciente sensibilidad psicológica son factores que provocan una mayor alergia a toda forma de sufrimiento y una espera, a veces neurótica, de soluciones inmediatas. La alergia al sufrimiento provoca un sufrimiento mayor; el ansia de la salud perfecta, del peso ideal, de la integridad completa provoca la patología más peligrosa: el miedo neurótico a la enfermedad. El recurso incontrolado a los fármacos y la manía de las consultas médicas han provocado nuevas causas de enfermedad. Una mentalidad crítica de reacción individual y social contra el abuso de los fármacos constituye una defensa necesaria para la salud física y psíquica.

La complejidad de esta cuestión queda bien apuntada por F. Steudler: «La enfermedad sólo tiene sentido en función del hombre tomado como un todo: ser biológico, psicológico y social».

Siguiendo esta dirección, la OMS ha propuesto una definición global de la salud como «el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Entendida con esta plenitud, la salud aparece más bien como un ideal inalcanzable para la mayor parte de una forma duradera; la salud aparecería más bien como una situación esporádica y transitoria. Como se ha dicho con humor, la salud es una situación transitoria que no presagia nada bueno.

Pocos años después de la definición del término *salud* que facilitó la OMS, un grupo de 700 médicos y biólogos reunidos en la capital del Rosellón, al sur de Francia, dicen: «La actual definición de la OMS no nos vale».

Explican sus motivos y proponen como definición breve: «*La salud es aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y gozosa*», para extenderse en los más variados aspectos del término nuevamente definido.

El futuro inmediato nos ofrece un cambio de perspectiva. «En efecto —dice J. M. R. Tillard—, de un sistema centrado en la curación se pasa a otro centrado en la prevención; de una medicina que buscaba ante todo el medicamento *ad hoc*, se pasa a una medicina atenta a la higiene de las condiciones de vida; *del arte de reparar la salud, se pasa al de vivir en salud.* En una palabra, nuestras sociedades occidentales pasan lentamente de un sistema

de enfermedad a un sistema de salud. Y así las palabras sanación, curación, se esfuman en provecho de los términos prevención, educación...».

Secuestro y negación social de la muerte

Como señala Ariés, «hoy resulta vergonzoso hablar de la muerte y sus quebrantos... la gente habla como si no existiera».

En nuestra sociedad actual la muerte se ha *privatizado*. «En realidad —señalan Florencio Jiménez y José Luis Sangrador— la sociedad teme a la muerte o, si se quiere, la muerte estorba a una sociedad laica y tecnificada».

Al estorbar la muerte, también estorban los muertos y todo lo que nos los recuerde.

«Para quien vive ante la muerte sin consuelo religioso o sin un sentido natural de la misma (ni de nada), la muerte es un misterio obscuro, el ultraje supremo, lo no gobernable. Sólo puede negarse» (Sontag).

En algunos países ha aparecido la figura del *tanatopracta*, un profesional de la muerte que, libre de emociones por su profesionalidad, sea capaz de hacer rentable, en términos de salud, el morir y la propia muerte. Pregunto: ¿deben abrirse otros caminos? La Sociedad Catalano-Baleare de Cuidados Paliativos está abriendo caminos más científicos y humanos.

NECESIDAD DE CAMBIOS Y TRANSFORMACIONES

Tengo derecho a ser tratado como una persona humana hasta el fin de mi vida

Hoy, por fortuna, la defensa de los derechos del enfermo se presenta como un patrimonio común. Pero, ¿hemos explorado suficientemente este campo? ¿No existen algunos derechos que comienzan ahora, apenas, a aflorar? ¿Cuántos regateos!

No es suficiente su proclamación para que estos derechos sean eficaces —testigo cualificado la Generalitat de Catalunya—; su aplicación concreta exige tanta lucidez como atención, tanta audacia como perseverancia.

La persona humana es un ser compuesto y radicalmente unitario, estructural y operativamente.

En la persona existen elementos biológicos que, en algún sentido, son cuantificables y reducidos a lo material; y, al mismo tiempo, posee un nivel psicológico-espiritual, que es irreducible y que trasciende la materia, al que llamamos alma.

La persona no se constituye por la simple unión extrínseca de esas substancias, sino que es una unidad primaria: las substancias que la integran tienen una sola unidad estructural, que le viene dada por la unidad personal.

En la persona humana el alma y el cuerpo se exigen mutuamente, de manera que el cuerpo dejaría de ser humano sin la unión con el alma, y ésta no sería humana si le faltara la corporeidad. De tal modo que, en cuanto al *ser*, en la persona «no hay nada que sea puramente psíquico ni puramente somático, sino que todo es psicofísico».

Todo acto humano, en cuanto tal, es un acto de toda la persona.

La supremacía concedida a la persona del paciente exige que la atención prestada a sus problemas personales y humanos nunca se vea desplazada a segundo término ni por el afán de eficacia a favor de la salud ni por la incorporación de los progresos mecánicos y de organización informática en las técnicas empleadas.

Todo profesional de la salud ha de compartir, dentro del equipo interdisciplinar, una auténtica preocupación para salvaguardar con el máximo respeto la dignidad de la persona humana.

La atención a las necesidades somáticas, psicológicas, sociales y religiosas de la persona con una enfermedad reclama de los profesionales de la salud actividades y gestos de solidaridad, con

sentido de ética profesional, en el contexto de un servicio eficiente y cualificado, científica y técnicamente.

El profesional de la salud ha de facilitar a la persona enferma cuanto contribuya a su bienestar físico y moral promoviendo la humanización de la asistencia, teniendo en cuenta que el avance científico y técnico en muchas ocasiones pone en peligro el respeto a la persona en su globalidad, o se le priva de la cercanía y el calor humano convirtiéndole en un número o un diagnóstico.

Atención al hombre enfermo como una unidad indestructible

La labor íntegramente terapéutica de la sociedad (salvar al hombre; hacer que el hombre viva) deberá tender a la recomposición integral de aquellas dimensiones amenazadas, quebrantadas o rotas por la enfermedad.

Dimensión somática

Considerado en su aspecto somático, el hombre puede ser estudiado como un organismo viviente, es decir, como el protagonista de la realidad biológica pura.

Una alteración, la más simple, en la parte más recóndita del organismo, tiene siempre una repercusión totalitaria. *No hay un órgano enfermo* (corazón, pulmón, estómago, etc.), *sino una persona enferma. La enfermedad afecta a la persona total.*

Dimensión psicológica

«Las condiciones necesarias para la salud psíquica —dice J. M. R. Tillard— se encuentran, de ahora en adelante, entre los componentes de la justicia social». Es en el plano de los sentimientos (plano del consciente, plano del sentimiento, plano del instinto) donde el hombre va a hacer su enfermedad.

¿Cómo reacciona la persona? Ante el ataque que supone la enfermedad, el enfermo puede emplear varios mecanismos de defensa para, mediante ellos, conservar siempre la esperanza:

- Negación de la realidad.
- Racionalización de la situación.
- Regresión o infantilización.
- Proyección.
- Sublimación.
- Represión...

¿Cómo reaccionamos nosotros? Con los mecanismos de defensa trata el enfermo de protegerse del conflicto psíquico, de la ansiedad que le produce la enfermedad; pero también nosotros nos defendemos de la angustia que nos produce ver el sufrimiento y la muerte del prójimo.

Dimensión social

El enfermo debe ser atendido en su dimensión social debiendo ser ayudado al debido planteamiento y solución de sus problemas personales, económicos, familiares y profesionales, relacionados con su enfermedad, disminución, tratamiento, hospitalización o rehabilitación y ambas.

Es preciso no descuidar la etiología social de las enfermedades y, en consecuencia, de los factores sociales que condicionan el tratamiento de los pacientes, como consecuencia de la desconexión de la medicina hospitalaria y la asistencia primaria.

El enfermo tiene problemas individuales, familiares y sociales que pueden estar relacionados con las causas de la enfermedad o bien con las repercusiones que la enfermedad y el tratamiento (o tratamientos posibles) pueden producir sobre él.

Dimensión religiosa

La necesidad de una recomposición integral sería totalmente incompleta si no se satisficiera la dimensión religiosa del hom-

bre enfermo. El tiempo de la enfermedad puede constituir un tiempo de gracia que ni el enfermo ni quienes le atienden pueden desperdiciar. Dentro de este contexto, en el que surgen nuevos interrogantes y se plantea la necesidad de reencontrar una nueva relación con Dios o de rehacer la orientación fundamental de la vida, se inserta en buena parte la Pastoral de la Salud, que engloba la acción de todos aquellos cristianos que también hoy son testigos de la presencia salvadora de Cristo» (*Documento presentado a la Conferencia Episcopal por el Secretario Nacional de Pastoral Sanitaria*).

La enfermedad no es un mero accidente del organismo. El cuidado de los enfermos tiene que tomar como norma los valores intangibles de la persona. La humanización de la vida no es el destino último del hombre. El sentido personal de su vida es suprahumano, divino, y no puede alcanzarse mediante las fuerzas propiamente humanas y mundanas. La organización de la asistencia sanitaria solamente encuentra su sentido último en una visión religiosa de la asistencia.

El derecho a la asistencia religiosa es un derecho fundamental y piedra angular de los demás derechos. No es un privilegio.

«El enfermo debe ser tratado con respeto y reconocimiento en cuanto a sus convicciones religiosas y filosóficas.

»Este derecho comprende el respeto y reconocimiento por lo que se refiere a sus convicciones religiosas y filosóficas y también en cuanto a las consecuencias prácticas que de ahí se derivan, es decir: asistencia espiritual y religiosa en las mejores condiciones posibles, respetuosa y libre de coacción.

»La asistencia religiosa a los enfermos forma parte de la asistencia integral. Los centros sanitarios tienen que procurar este tipo de asistencia aportando los medios que faciliten el cumplimiento y la satisfacción de las necesidades y los deberes religiosos del enfermo de acuerdo con sus creencias y su voluntad, por lo menos manteniendo fácil el acceso del ministro o de la persona correspondiente.

»De la misma manera, los enfermos que no pertenecen a ninguna confesión deben ser respetados en sus convicciones filosóficas y en las actitudes que de ellas se derivan.

»Las creencias religiosas o filosóficas individuales tienen que ser respetadas al margen de las del personal sanitario.

»Este derecho tiene más relevancia en los lugares donde el enfermo se encuentre en situaciones críticas» (*Generalitat de Catalunya*).

Asistencia integral. Equipo interdisciplinar

La asistencia integral al paciente es el objetivo de la sanidad.

Consiste en integrar vertical y horizontalmente la asistencia. Es aquella que atiende a todas, sin exclusión, las necesidades del paciente. Debe ser impartida por todos y cada uno de los miembros de los equipos asistenciales y por la continua coordinación entre éstos. El *trabajo en equipo* y el *espíritu de equipo*, a través de relaciones en libertad, justicia, confianza y servicio real a los pacientes, es una exigencia que debe ser vivida por los profesionales de la salud.

El gran avance de la ciencia y la técnica hacen imprescindible el *trabajo en equipo*. El especialista sólo ve una parte de la totalidad del enfermo y, sin embargo, la especialidad y la superespecialidad son necesarias. Sólo uniéndose varios especialistas pueden considerar al hombre de una forma global.

El instrumento fundamental de la terapéutica es el Equipo Interdisciplinar: equipos de salud que integran las funciones y tareas que desarrollan diferentes profesionales a través de un programa planificado que persigue objetivos concretos.

La composición estándar incluye médicos, personal de enfermería, asistentes sociales, psicólogos, expertos en ética, agentes de pastoral, farmacéuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacio-



«La técnica es hoy un factor dominante en el mundo sanitario. El hospital es un ambiente todo él saturado de técnica, y cabe preguntarse si queda algún espacio libre para el humanismo»

nales y otros que, con respeto y comunicación, den una respuesta global a la situación. Se debe introducir a los voluntarios, no como una forma de reducir costes, sino como una incorporación de la sociedad a la atención.

BASES DE LA TERAPÉUTICA

Podemos definir las así:

1. Global o integral: es decir, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales del enfermo. No estamos tratando tumores, dolores, ni síntomas; sino que ATENDEMOS a PERSONAS que los sufren. Este es el carácter TOTAL de la terapéutica a emplear en todas las fases de la enfermedad. «De lo contrario, no se ve qué diferencia hay entre el profesional de la salud y el veterinario» (Alberto Spinelli).
2. El enfermo y la familia son una unidad a tratar; la familia con soporte se convierte en uno de los mejores instrumentos terapéuticos para los enfermos.
3. El objetivo básico de la terapéutica es el bienestar de los enfermos y sus familiares, definiendo en cada situación los objetivos curativos y paliativos, que no son contradictorios; los instrumentos básicos para llevarlos a cabo en los casos paliativos son: el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación. Todas las medidas que se adopten han de aplicarse en este sentido.
4. Hay que promocionar la dignidad y la autonomía de los enfermos y elaborar con los enfermos y familiares los objetivos terapéuticos.
5. La asistencia a los enfermos ha de ser intensiva a lo largo de las 24 horas del día, requiriendo una atención adecuada por parte de todos los miembros del equipo terapéutico en los diferentes turnos.
6. La concepción terapéutica tiene que ser *activa*, incorporando una actitud rehabilitadora y *global*, integrando la rehabilitación, el apoyo, la terapéutica ocupacional y las medidas ambientales a las medidas farmacológicas.

«He aquí, en síntesis, algunos de estos factores terapéuticos que pertenecen a varias ciencias y que los médicos utilizan más o menos conscientemente a la hora de establecer una relación humana con el paciente:

1. El diagnóstico y la terapéutica.
2. La asistencia al enfermo durante su permanencia en el hospital.
3. La correcta información al enfermo sobre las características de su enfermedad.
4. La naturaleza de las repercusiones de la enfermedad sobre su vida activa y de relación.
5. La tipología de los controles que se han de realizar una vez abandonado el hospital.
6. La implicación de los familiares.
7. El esfuerzo por infundir esperanza (el factor humano-terapéutico más importante).
8. La identificación de situaciones psicológicas y sociales que pueden influir negativamente en la recuperación del paciente.
9. La relación adecuada entre el hospital y el paciente.
10. La relación de comprensión personal entre el médico y el paciente» (Alberto Spinelli).

Bases para la organización del equipo

- Equilibrio y madurez.
- Profesionalidad y vocación.
- Interdisciplinariedad.
- Apoyo activo.
- Docencia.
- Lazos con la sociedad.

Principios básicos

1. **El paciente.** Es el primer personaje del hospital y el primer agente terapéutico, la *condicio sine qua non*. El hospital no existiría sin el paciente; como tampoco que-

daría espacio para la función terapéutica, en el hospital y fuera de él, en la mayoría de los casos, sin un paciente dispuesto a colaborar.

Un paciente que no colabora, o bien una persona angustiada que vive la enfermedad de manera inadecuada, huyendo en la enfermedad o en la salud, representa un obstáculo para la creación de la relación profesional-paciente, indispensable en la activación del proceso terapéutico.

2. **La igualdad.** Conceder el mismo valor a las aportaciones de cada profesional.
3. **La diferenciación.** En el paradigma teórico, en las técnicas, en la historia profesional.
Hay que mantener lo que es específico de cada profesional en el análisis y en la intervención para hacerlas más eficaces.
4. **La jerarquización.** Se ha de flexibilizar la jerarquía. No títulos, ni *status*, sino comprensión del problema y organización de las fuerzas de intervención para hacerlas más eficaces.
5. **El equipo se ha de configurar en torno a un objetivo y no en función de sus integrantes.** No se han de distribuir tareas, sino tener actitudes que permitan llegar a una integración de conocimientos a través de la formación y la participación.

Ventajas del equipo interdisciplinar

- Enfoque multicausal o circular.
- Evita duplicidades.
- Cohesiona el proyecto de trabajo global.
- Unifica técnicas y conceptos.
- Evita contradicciones.
- Fomenta la solidaridad.
- Establece relaciones positivas entre diferentes profesionales.
- Es un instrumento básico de apoyo interpersonal.
- Consigue más eficacia terapéutica.

EVALUACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA CALIDAD DE UN HOSPITAL

La calidad de un hospital debe valorarse principalmente por la calidad de la atención y cuidado a los enfermos.

La calidad se refiere no sólo a la medicina científica y a la terapéutica médica, sino que abarca conjuntamente la enfermedad y a la persona enferma, evitando separar lo que está unido desde siempre, el cuerpo y el alma, lo biológico, lo psicológico, lo social y lo religioso.

Es necesario tomar conciencia de que los problemas del enfermo no pueden resolverse integralmente con una aproximación científica, sino que se necesita algo más.

En un reciente debate filosófico sobre la enfermedad se ha afirmado que la misma palabra *enfermedad* encierra al menos cinco significados: sufrimiento, extravío, peligro, señal y estímulo.

Por su parte, el profesor Laín Entralgo define la salud como «la capacidad del organismo para resistir sin reacción morbosa, situaciones vitales intensamente esforzadas o fuertemente agresivas; por tanto, una mezcla de la buena proporción orgánica y la resistencia del organismo al estrés ocasional, un estado habitual en el que se aunan la normalidad y la posibilidad del rendimiento óptimo».

Algo parece indiscutible: la salud no es una cuestión personal, que implica únicamente una relación mutua entre enfermo y profesional. Hoy día son complejas las implicaciones sanitarias de los derechos humanos, que comprenden factores filosóficos, éticos, sociales, económicos y, en algunos casos, religiosos.

Cada enfermo en consulta u hospitalizado ha de tener una *historia clínica* que debe ser un documento personal, integrado y acumulativo y único por paciente con las informaciones que permitan el diagnóstico, la aplicación de la terapéutica y seguir la

evolución de la enfermedad. En cada hospital debe haber un modelo único de historia.

En la línea de trabajo interdisciplinar que venimos preconizando la historia clínica es uno de los instrumentos de trabajo sanitario más importante —que no puede ser suplantado por ningún otro servicio de atención al usuario por moderno que sea—, pues permite la continuidad de la asistencia aunque exista el continuo relevo de personal.

Permite la transmisión de información a todo el equipo, aunque no esté presente físicamente, así como dar las directrices decididas por el equipo conjunto a todos los miembros de todos los turnos. Esto requiere una estructura física, papel u ordenador, con distintos apartados o distintas hojas para que cada uno de los profesionales pueda reflejar sus impresiones y comentarios, incluida la información que pueden aportar los voluntarios.

Pero requiere una posibilidad organizativa así como disponer del tiempo y la formación técnica suficientes para una valoración correcta y que la historia no se convierta en un continuo rellenar cuartillas. Una frase en lenguaje profesional correctamente ponderado puede ser mucho más útil e informativa que toda una página escrita con prisas y sin una crítica profesional.

La *historia clínica* ha de contener por lo menos la siguiente información:

- Elementos de identificación (datos personales).
- Motivos de ingreso.
- Enfermedad actual.
- Antecedentes personales y familiares.
- Examen físico completo.
- Diagnóstico previo razonable; diagnóstico diferencial.
- Informe de estudios analíticos, radiográficos o complementarios.
- Tratamiento al que ha sido sometido, médico, y en su caso, quirúrgico.
- Comentario sobre la evolución.
- Diagnóstico final, señalando la enfermedad fundamental y las complicaciones.
- Copia del informe de salida.
- En caso de haberse realizado estudio anatómico por biopsia o necropsia, los correspondientes informes.
- Codificación, de acuerdo con el nomenclátor aprobado por el archivo.

La hoja de observaciones de *enfermería* debe sustituirse por una auténtica historia de enfermería, con la anamnesis de la enfermera.

En lo que se refiere al *informe social* deben constar:

- Datos personales.
- Genograma.
- Situación familiar.
- Situación económica.
- Situación vivienda.
- Situación física.
- Diagnóstico social.

Para añadir a una historia clínica pienso que lo más idóneo son los cuatro puntos principales que describen la situación social ante una problemática físico-psíquico-social.

En cuanto a la *intervención profesional* (asistente social) se constatará:

1. Problemática tratada, o detectada o ambas.
2. Diagnóstico social (valoración).
3. Intervención. Aplicación de recurso.
4. Solución, derivación del caso o ambas.

Con relación a la *diagnos* *religiosa* bueno será recordar que el recurso a la fe proporciona un sentido a nuestra vida. Victor

Frankl nos ha iluminado la incorporación de este recurso a la tarea de la sanación. «La salud —dice— se produce mediante el hallazgo de sentido. La búsqueda de sentido mantiene al hombre en el camino que conduce a una salud auténticamente humana. La pérdida de sentido produce efectos nocivos en la salud psíquica y somática».

«A la luz de la fe descubrimos el sentido de nuestra vida, que es salud, mediante la gratitud en relación con nuestro pasado, la serenidad y la prontitud en el quehacer de nuestro presente y la esperanza firme en el futuro» (Mariano Galve).

Entrevistado Josep Carreras después del trasplante de médula ósea, al preguntarle sobre qué le ayudó en su enfermedad, contestó: «La música me ayudó pero, sinceramente, de una manera secundaria. Siempre he necesitado la música, pero no voy a caer en el patetismo de decir que gracias a la música he superado algo así... No, ni muchos menos. Lo que sí me ayudó fue leer, pensar y también la fe porque, aunque me acerqué a ella en esos momentos, pienso que es un oportunismo lícito».

A la asistencia integral pertenece, desde luego, un trabajo en equipo armónico entre los sanitarios y los componentes de los servicios religiosos de las distintas confesiones.

Para elaborar un diagnóstico religioso que posee una fisonomía propia que la distingue de la psicología, Pruysen ofrece un modelo diagnóstico teológico, constituido por una serie de preguntas relativas a siete temas:

- Conciencia de la sagrado.
- Sentido de la providencia.
- Grado y calidad de la fe.
- Experiencia de la gracia.
- Capacidad de arrepentimiento y de reconciliación.
- Sentido de pertenencia a una comunidad: comunión-vocación.

La especificación del diagnóstico religioso no excluye, sin embargo, la atención a los factores psicológicos y sociales que permiten comprender mejor el comportamiento de las personas.

En lo referente a la anamnesis *psicológica*, aparte los datos personales, se precisa:

1. Antecedentes familiares realizando el genograma en que conste la edad de fallecimiento de sus antepasados y los motivos, para ver cómo han podido afectar al paciente.
2. Síntomas psicopáticos actuales (por ej., los grandes cuadros: depresión, psicosis, histeria..., etc.), o bien los síntomas (ansiedad, irritabilidad, tics, fobias, rituales...).
3. Antecedentes de problemas psíquicos: señalar cuándo comenzaron los síntomas, evolución, consultas anteriores...
4. Terapéutica: indicar si toma medicación o sigue tratamiento (psicoterapia, grupos, consulta terapéutica...).
5. Si procede, examen del estado mental, relaciones familiares, antecedentes somáticos y quirúrgicos relevantes y sucesos importantes en la historia del paciente.

Epicrítica. A la salida del paciente se enviará la epicrítica correspondiente al médico de familia así como al interesado o a sus familiares.

No obstante para favorecer la utilidad y manejo de la *historia clínica* sería conveniente que tuviese unidad física, de forma que en un solo cuaderno o grupo de hojas constase de forma cronológica la aportación de cada uno de los profesionales, de forma que se identifiquen por su nombre y su firma, sin hojas diferenciadas que favorecen la dispersión.

Cierre de la historia clínica

La auditoría hospitalaria tiene como fin ayudar más y mejor a los pacientes, y no el de sorprender al personal en sus equivocaciones. Debe funcionar de modo que el personal tenga la absolu-

ta garantía de que los resultados del trabajo de esta auditoría no se usarán sino en bien del hospital y de él mismo, evitando con todo cuidado que pueda perjudicarle en su buena fama y capacidad profesional.

Debe entenderse bien que la auditoría hospitalaria no tiene como fin enjuiciar el trabajo de los profesionales, sino observar cómo se cumplen los fines asistenciales y las dificultades que se ofrecen en el transcurso de la labor de las personas, con el fin de potenciar esta labor y alcanzar con mayor facilidad y eficacia aquellos fines.

¿LA ÉTICA PARA HUMANIZAR LA MEDICINA?

Sí, pero con la condición de que sea una ética para el hombre y no contra el hombre.

«Nuestra escala de valores —escribe J. Escudé en LABOR HOSPITALARIA— dependerá de aquella imagen de persona y de sociedad que cada uno tenga. En una ética utilitarista, será el valor utilidad; en una ética hedonista, será el valor placer. Así podríamos ir analizando diversas concepciones éticas cuyo valor supremo puede ser el poder, el prestigio, la transformación de la sociedad a toda costa, etc., sin dejar de lado una ética humanística en la que el valor supremo sea el *bien de la persona humana*».

Un modelo demasiado idealizado de la profesión sanitaria considerada como una especie de *sacerdocio* de la salud conduce a que el profesional tienda a replegarse en la resignación o en el cinismo. De las encuestas realizadas en varios países se deduce que entre los estudiantes de medicina la hemorragia de idealismo a lo largo del camino de su formación es más evidente que en otras carreras: «Al comienzo de sus estudios, el estudiante se siente llamado todavía a ayudar al enfermo; pero al acabar la carrera se ha convertido en una persona que raras veces, como ningún miembro de otros grupos estudiantiles, alberga pensamientos de preocupación por los demás hombres» (H. Küng).

La tarea fundamental de la ética —según el profesor Sandro Spinsanti— es la de plantear de nuevo la práctica misma de la medicina dentro del horizonte de las exigencias del hombre total y no mutilado o disminuido. Sólo con esta condición la medicina deja de ser un lugar de MALOS TRATOS (...).

La amputación existencial de una parte del ser humano es un riesgo intrínseco del acto médico y a veces la pide el propio enfermo. La ética de la responsabilidad pide que cada uno cumpla con su función. La función del enfermo es la de apropiarse de su enfermedad, condición para convertirse en protagonista de su curación. La función del médico no es la de curar al enfermo; esto lo puede hacer sólo él. El enfermo puede entender su curación como simple eliminación de un síntoma, o más profundamente como crisis biográfica que le permite ser él mismo. El médico que actúa dentro de los límites de su propia responsabilidad no superpone sus fines a los del enfermo; por consiguiente, se mantiene lejos de toda forma de ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO.

Cuando el médico y el enfermo dejan de contarse la fábula de que es el médico el que procura la salud al enfermo, dejan también de vivir según las expectativas el uno del otro. El paciente puede realizar su función haciendo de la enfermedad una experiencia de aprendizaje, que puede incluso transformar su vida. Y el médico lleva a cabo la suya sin pretensiones grandiosas y sin gestos misioneros o filantrópicos, en la humilde grandeza de un arte técnico que tiene por sujeto al hombre. Así pues, de la ética, con su exigencia de responsabilidad, proviene el impulso principal para constituir una ciencia médica como ciencia del sujeto».

La bioética es definida por uno de los pioneros de la misma en España, el doctor Francesc Abel, como «el estudio interdisciplinar de los problemas creados por el progreso biológico y médico, tanto a nivel microsociedad como a nivel macrosociedad, y su

repercusión en la sociedad y en su sistema de valores, tanto en el momento presente como en el futuro».

Los temas que en la práctica han concentrado la mayoría de las discusiones se mueven alrededor de la siguiente problemática:

1. **Relación médico-enfermo:** comunicación de la verdad, derecho a rehusar el tratamiento, riesgo elevado, derechos de los pacientes.
2. **Distribución de recursos escasos:** diálisis, unidades coronarias, asistencia sanitaria especializada, etc.
3. **Problemas** relacionados con la fecundación, contracepción, esterilización, aborto y tecnologías diversas de la reproducción.
4. **Genética y problemas específicos:** diagnóstico prenatal, terapéutica genética, consejo genético, etc.
5. **Ética y psiquiatría:** control de conducta, psicofármacos, psicocirugía, internamiento de enfermos mentales, etc.
6. **Problemas éticos ligados a la experimentación humana:** embarazadas, niños, fetos, prisioneros, personas con retardo mental, ancianos, etc.
7. **Trasplantes** y órganos artificiales.
8. **Problemas en torno a la muerte y moribundos:** diagnóstico de muerte cerebral, eutanasia, distanasia, etc.; y a los enfermos terminales: derecho a rehusar el tratamiento, derecho a la verdad, etc.

Son muchos los profesionales de la salud, en Cataluña, que están reaccionando contra una medicina sin ética, una medicina comprometida únicamente en los aspectos científicos y tecnológicos. Estados Unidos y otros países de Europa nos llevan la delantera. François Miterrand —que no es ningún *moralista* de profesión— manifestaba en una asamblea del «Comité Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y de la Salud», que él mismo había instituido: «Cuanto más aprisa va el mundo, más fuerte es la tentación de lo desconocido y más necesidad tenemos de tomarnos tiempo: el tiempo de la medida, que yo llamaría el tiempo del intercambio y de la reflexión, es decir, el tiempo de la moral».

Para realizar una medicina con enfoque humanista es importante que los clínicos posean un método de aproximación a los pacientes que presentan problemas bioéticos importantes; un método que facilite una atención racional al paciente. Estos métodos deben ser muy similares a los utilizados en el estudio diagnóstico de los problemas médicos. En ambos casos, el profesional debe saber cómo recoger la información, cómo analizarla y cómo utilizarla de una forma compatible con los criterios aceptados de asistencia clínica del más alto nivel.

Se me ocurre una propuesta: *La Unió Catalana d'Hospitals*, en vanguardia en tantos y tantos problemas de la sanidad española, ¿no podría crear una sección que impulse la formación del sentido ético además de un diálogo serio y continuado entre los expertos en las ciencias médicas y los expertos especializados en cuestiones éticas, así como entre los dos estamentos citados y el personal responsable de la dirección y administración de los hospitales?

HUMANIZACIÓN EN LOS CENTROS DE ASISTENCIA SANITARIA

¿Qué sentido tiene o puede tener esto de humanización de los hospitales? ¿En qué consiste la empresa de humanizar el hospital? Este enunciado, estos interrogantes, ¿no llevan, acaso, consigo una redundancia? ¿Es que el enfermo no es un hombre? ¿Es que el profesional de la salud no es un hombre? ¿Es que la relación entre el profesional y el enfermo deja de ser una relación humana? Entonces, ¿por qué se siente como un imperativo de nuestro tiempo hablar de la humanización del hospital...?

Resulta obvio constatar, en aras de la objetividad, que examinada en su conjunto y en opinión del que fue catedrático de historia de la medicina, el profesor Laín Entralgo, «la asistencia hospitalaria al enfermo es mejor, claro está, los progresos técnicos de ella, que hace unos decenios. Hay que leer lo que la vida del enfermo era a comienzos de siglo en los llamados hospitales de BENEFICENCIA».

Romanticismos y nostalgias de lo pasado a un lado, es preciso constatar que, como manifestaba el citado profesor en un ciclo de conferencias organizadas por la Fundación Juan Ciudad, «nuestros planes de estudio se hallan lejos de contener las humanidades médicas que el saber médico y el actual ejercicio de la medicina tan imperiosamente exigen».

Por otra parte es preciso lograr que desaparezcan esos hospitales carentes no sólo de comodidad, sino también de higiene, en los que el enfermo se ve expuesto al ruido, a la angustia del prójimo, aun en el caso de que esos hospitales cuenten con un glorioso pasado.

Pero no es suficiente transformar los hospitales en hoteles de cinco estrellas, dotarlos de servicios de atención al usuario (o al cliente), de azafatas en competencia con Iberia. Humanizar los hospitales es, ante todo, humanizar las relaciones entre el enfermo y todas aquellas personas con las que se encuentran durante su estancia; es restituirle su personalidad para que pueda realizarse en su dignidad y en su autonomía.

La *dignidad humana* conviene entenderla desde las consideraciones siguientes:

- El ser humano es fin para él mismo y no puede ser reducido a medio.
- El hombre reclama un respeto incondicional y, en ese sentido, absoluto.
- La persona es la *proto-categoría* del universo ético y, en cuanto tal, es origen y meta de todo empeño moral.
- El valor supremo de la persona es la libertad. Se *tiene* libertad y se *es* libre. El hecho de ser libre postula, sin embargo, el tener libertades: religiosas, morales, estéticas, económicas, políticas, etc., de otro modo el ser libre es una abstracción. La libertad es estar libres y tener que estar liberándose continuamente.

La humanización del hospital exige que todo profesional en su actuación asegure de hecho el bien común. Este se define como el conjunto de condiciones sociales que hacen posible y favorecen el desarrollo integral del ser humano; en la época actual consiste principalmente en la defensa de la persona, como un conjunto de derechos y deberes.

EL DERECHO A LA SALUD Y LOS DERECHOS DEL ENFERMO

Hoy el derecho a la salud apunta sobre todo en dos direcciones:

- Igualdad de acceso a los cuidados sanitarios.
- Las medidas necesarias contra los peligros para la salud, ante los que el individuo o grupo se siente impotente.

En relación a los derechos del enfermo en los centros sanitarios es preciso manifestar que uno de los grupos sociales menos reconocidos en su dignidad y autonomía han sido los enfermos.

No tiene sentido hablar de derechos fundamentales del enfermo —que el hombre posee por el hecho de ser hombre, por propia naturaleza y dignidad— sin tener presente su positivización. Solamente así se puede hablar con toda propiedad de derechos humanos.

Hay que evitar que los derechos humanos del enfermo, ésta es mi experiencia, queden reflejados exclusivamente en un mani-

fiesto. Para que realmente sea un directorio operativo y real es necesario que la Generalitat y todos los partidos políticos, organizaciones profesionales, sindicales y civiles los asuman y difundan bajo el soporte legal adecuado.

El derecho del enfermo a recibir información comprensible, suficiente y continuada —glosado acertada y exhaustivamente por el grupo de trabajo que elaboró los *derechos del enfermo* para el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat— va a constituir un reto para los hospitales.

Carme Valls ha escrito en la revista *Quadern Caps* un interesante artículo que titula: «Compartir las decisiones entre médico y paciente ¿utopía o el próximo reto de la calidad en la asistencia médica?»

H. Thieliicke escribe en su tratado sobre *La veracidad del médico*: «Ningún hombre puede conducir a otro a lo que él no posee. Nadie puede alumbrar en otro una verdad que a él mismo no se le ha comunicado. Por tanto, en tales comunicaciones no se trata de la técnica psicológica ni del problema de la verdad formal objetiva (es decir, la adecuación de la afirmación del médico con los hechos concretos en cada momento), sino que se trata, en último término, de una llamada a la humanidad del médico, a saber la tarea de llegar él personalmente a la verdad y a la madurez».

De una manera semejante la formuló una y otra vez en sus lecciones el famoso ginecólogo de Tubinga, August Mayer: «El médico que esté él mismo en la verdad puede también, en cualquier momento, decir la verdad a su paciente».

En la práctica usual es el médico quien asume, en la información, la posición central —no exclusiva— y más responsable. En una línea humanizadora bueno será recordar la matización importantísima que hace el profesor de bioética de la universidad de Nimega, Paul Sporken: «En última instancia es el paciente quien decide, basándose en la confianza que ponga en el médico o en otra persona (un asistente sanitario, un miembro de la familia o un amigo, el capellán), quien puede entablar ese diálogo».

Sumamente esclarecedoras son las respuestas dadas por Josep Carreras a este respecto: «Desde que me comunicaron el diagnóstico, yo tuve muy claro que quería saber lo que me ocurría, que no se me ocultara nada, y así se lo pedí a quien estaba conmigo en ese momento, mi hermano. De todos modos, depende de la mentalidad del enfermo, de su fortaleza anímica y también... y lo digo respetando a todo el mundo, del nivel cultural. (...) Un buen médico tiene que ser intuitivo, algo psicólogo y además debe contar con la ayuda de la familia para saber cómo actuar. Los familiares le dirán si esa persona es fuerte para conocer la realidad... A veces no es preciso entrar en detalles y dar una información exhaustiva al enfermo, porque hay quien se puede desmoronar psicológicamente».

«El reto para mejorar la calidad de la asistencia médica —concluye su artículo Carme Valls— está abierto, y sólo se están dando los primeros pasos en el desarrollo de las soluciones. Es necesario aunar los esfuerzos de profesionales, gestores de salud y responsables de salud pública para convertir una posible utopía en una realidad. Las decisiones en el acto clínico pueden y deben ser compartidas, y ésta será la mejor garantía de su cumplimiento».

¿SÓLO DERECHOS?

No. También deberes. En el citado trabajo del Departamento de Sanidad y Seguridad de la Generalitat, presentado como DERECHOS DEL USUARIO se intercalan deberes importantes:

- Los enfermos deben respetar al personal del centro y facilitar su trabajo... deben proteger el descanso de los demás enfermos evitando ruidos innecesarios de todo tipo.



COMITÉ DE ÉTICA

DIAGNÓSTICO PRENATAL DE LOS DEFECTOS CONGÉNITOS ASPECTOS ÉTICOS, PSICOLÓGICOS Y ASISTENCIALES

DOCUMENTO

4

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
Carretera d'Esplugues, s/n - 08034 Barcelona
Tel. 203 40 00

«Son muchos los profesionales de la salud, en Catalunya, que están reaccionando contra una medicina sin ética, una medicina comprometida únicamente en los aspectos científicos y tecnológicos»

- Tendrá que considerar, sin embargo, que cualquier hospital, y sobre todo si es de tipo docente o universitario, es un lugar de formación y su colaboración es imprescindible en este aspecto.
- La formación general del centro tiene como objetivo principal conseguir la *participación activa y responsable* del enfermo dentro del hospital...
- La información deberá aportar al enfermo los elementos de juicio suficientes para que éste pueda *participar activa y responsablemente en las decisiones que le afectan*. El enfermo tiene que sentirse *parte integrante de su propio proceso*.
- Deberá dar su consentimiento antes de proceder a ciertas exploraciones que, por sus características, pueden afectar la intimidad, la sensibilidad o el pudor individual.
- El enfermo colaborará con el equipo asistencial facilitando en todo momento una información completa y fidedigna.
- La consulta de la historia clínica por parte del enfermo deberá ser realizada conjuntamente con su médico responsable.
- El enfermo tendrá que dar su consentimiento escrito para cada prueba o tratamiento que implique ausencia de conciencia, dolor, exposiciones repetidas y prolongadas a radiaciones o que comporten riesgos que no sean suficientemente conocidos.
- El enfermo tendrá que firmar un documento de *alta voluntaria*.
- El enfermo presentará (sugerencias y reclamaciones) el caso por escrito.

¿LA ATENCIÓN AL ENFERMO ÚNICO FIN DEL HOSPITAL?

El verdadero desarrollo del hospital requiere una viva conciencia del valor de los derechos de todos y cada uno de los profesionales de la salud, así como de la necesidad de proteger el derecho de cada uno a usar plenamente los beneficios aportados por la ciencia y la técnica.

Cada día es más urgente la necesidad de una política social a nivel de hospital que sirva para *humanizar* la vida del mismo y cuyo objetivo principal es conseguir una actitud de respeto y confianza entre todos cuantos participan en su vida. Cada día que pasa se observa con más claridad que el *equipo humano* es de mucha más importancia que el equipo técnico.

Para que el hospital llegue a ser una institución humana es urgente procurar, por procedimientos bien determinados —salvo siempre el papel de cada uno y salvo la necesaria unidad de dirección del hospital— *la activa participación de todos los responsables en la gestión del centro*.

Ante la realidad actual debe, ante todo, recordarse el principio de la *prioridad del TRABAJO frente al CAPITAL* (sea del Estado, privado o de una fundación). El profesional desea no sólo la debida remuneración, sino ser consciente de que está trabajando *en algo propio*.

La participación activa de todos los profesionales en la gestión y en las decisiones lleva consigo la necesidad de que la dirección sea en realidad la unidad orgánica y organizadora de un verdadero grupo —un equipo de equipos— donde *se toman las decisiones al nivel más bajo posible*.

Ello supone que existe *diálogo* entre el profesional y las distintas autoridades o jefes.

Es necesario reconocer que el diálogo responde a la dignidad del hombre libre y adulto, miembro de una sociedad pluralista y llamado a resolver los problemas de una manera civilizada, humana y solidaria.

El diálogo no es una confrontación dialéctica en la que cada uno va a imponer su verdad. No es en modo alguno una afirmación de oposición.

La honestidad intelectual —con la conveniente dosis de aguante— que *todo lo escucha* y sabe desconfiar lo suficiente de las propias evidencias; algo sin lo que el por todos alabado diálogo no llegará a ser real.

Dialogar en un hospital es buscar juntos la verdad y el bien, compartir los hallazgos personales, confrontar los diversos puntos de vista en intercambios verdaderos.

Todo profesional, miembro del equipo interdisciplinar, posee algo de verdad. Dialogar es reunirse —no para largas conversaciones sobre el tiempo, la famosa puntualidad de los trenes suizos, el partido de fútbol, la moda, los precios de El Corte Inglés...— para poner en común verdades parciales de carácter profesional. Se llega a la verdad por acercamientos progresivos; encontrarla supone limpieza de corazón y respeto a los compañeros.

LA DEMOCRACIA EN EL HOSPITAL

El 80 %, según una encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), de los españoles se considera partidario del sistema democrático.

¿Son democráticos nuestros hospitales? Algo se ha avanzado, pero queda mucho camino por recorrer. La implantación de la verdadera democracia es un ideal al que hay que tender con todas las fuerzas y con la máxima prudencia, por las grandes ventajas e inconvenientes que su consecución lleva consigo.

Es apremiante colocar a todos los profesionales en condiciones cada vez mejores de:

- Tener su propia opinión personal (no todo pensamiento que pasa por la cabeza es una opinión).
- Expresarla. La Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales garantiza: la información, la consulta y la participación.
- Y hacerla valer de manera conforme al bien común del hospital (el bien común no es igual al *orden social*).

Para ello se hace totalmente imprescindible la educación de la persona en todos los niveles de formación y con carácter permanente.

La educación permanente es el perfeccionamiento integral sin solución de continuidad de la persona desde su nacimiento hasta la muerte, dentro de un sistema educacional que abarque el desarrollo total del individuo, evitando el riesgo de caer en la *barbarie de la especialización*.

En un mundo sujeto a la aceleración de la historia, la especialización debe ser equilibrada y complementada con una cultura general que hace a las inteligencias más flexibles para captar los problemas que plantean las nuevas circunstancias del mundo hospitalario, entendiendo por cultura general un *saber asimilado* y no un *saber acumulado*.

El futuro de los hospitales depende de la aptitud de sus directores para perfeccionar a los profesionales que en ellos trabajan.

A MODO DE RESUMEN

- a) La dignidad de la persona humana es la base y el fundamento de todo derecho.

Hoy día existe una preocupación y un esfuerzo por concretar *los derechos del enfermo* para evitar su *deshumanización*. Teóricamente nadie discute tales derechos; pero en la práctica no siempre se cumplen.

Si se busca que la constatación de estos derechos no tenga sólo un *valor moral*, es preciso que las leyes positivas del Estado los tutelen y protejan con claridad y eficacia. De lo contrario, fácilmente podrían ser conculcados bajo el pretexto de que sólo se trata de deseos, anhelos o utopías.

Las declaraciones de los *derechos del enfermo* no pueden caer en la ingenuidad de creer que su simple formulación engendre inmediatamente su aceptación y su verificación. La ideología de los «derechos del enfermo» no pueden quedar en mera retórica, sino que ha de alcanzar la efectividad social. Por otra parte, hay que tener en cuenta que una declaración solemne —sin excluir su respeto— no abarca la totalidad de las necesidades de los enfermos. La persona humana trasciende toda declaración, toda definición, todo encasillamiento. Cada enfermo espera la solución de unos problemas concretos: los suyos.

- b) La ética considerada en sí misma es primariamente personal. Por tanto, esta función ha de realizarse a la vez de modo personal y de modo institucional. Es decir, la moralidad ha de inscribirse, institucionalizándola, en la estructura misma del aparato político social. Confiar única y exclusivamente en la ética individual puede originar graves problemas.

¿Pueden garantizarse los derechos del enfermo sin comités de ética en los hospitales?

- c) Humanizar no quiere decir hacerlos mejores, sino dar respuestas más adecuadas a las necesidades del enfermo que deben abarcar al hombre entero y deben reflejarse en la historia clínica.
- d) La medicina científica por sí sola no puede realizar este encuentro pleno, humano, entre enfermo y los profesionales de la salud.

- e) La formación universitaria o profesional del personal sanitario no desarrolla las capacidades humanas que han de suponerse en todo profesional.
- f) La formación no debe constreñirse al perfeccionamiento de conocimientos científicos y técnicos, sino que debe abarcar al propio tiempo el progreso de la personalidad, constituyendo una verdadera *promoción humana* de interés para todos.
- g) Las ciencias humanas acusan un retraso considerable sobre el progreso técnico, pero no pueden olvidarse los componentes humanos en el trabajo, por lo que debe intentarse el desarrollo máximo de sus capacidades y la posibilidad de desarrollar su valor potencial, teniendo en cuenta que la formación en la comprensión de los aspectos humanos del enfermo encuentra una notable dificultad en el personal sanitario.
- h) El entrenamiento en las relaciones humanas es el resultado de la suma de experiencia intelectual y experiencia emotiva, de información y de formación.

El mundo de la salud tendrá futuro si es capaz de entrar por la vía de *una democracia digna de tal nombre*:

- a) Estructurada desde abajo con la mayor participación posible de los ciudadanos y los profesionales de la salud y abierto a las inevitables diferencias. Negar la participación significa impedir la libertad y reducir al ciudadano y al profesional de la salud a simples espectadores de una historia sanitaria decidida por otros.

- b) Asimismo, la *solidaridad* como realidad fundamental de la existencia humana, que es siempre co-existencia, colaboración con otros y construcción conjunta de la historia. Se ha de mostrar especialmente con aquellos enfermos que la sociedad debe incluir y no marginar —ni siquiera en buenas condiciones materiales— como si fueran ceros a la izquierda; sin cerrar nuestras ventanas a otros mundos y realidades más allá de nuestras fronteras.
- c) Como resultado de la participación deben brotar unas relaciones, entre los distintos grupos profesionales, más *iguatorias*, es decir, más humanas y más justas que faciliten e impulsen el trabajo interdisciplinar a todos los niveles.
- d) Promoviendo, respetando y defendiendo las *diferencias* y evitando las desigualdades y discriminaciones.
- e) Finalmente, para conseguir la auténtica humanización del mundo de la salud, establecer *relaciones inter-subjetivas* como: aprecio de las dimensiones éticas, respeto de las subjetividades y valoración de las filosofías, corrientes de pensamiento, religiones y utopías.

Y a manera de colofón una declaración formulada por un rey destronado, Lenin: «Las personas, los seres humanos, son quienes construyen la historia. Por consiguiente, la primera medida para proceder a una reestructuración —condición indispensable y garantía de éxito —es DESPERTAR a aquellas personas que SE HAN DORMIDO y procurar que se vuelvan de verdad activas e interesadas, haciendo que todo el mundo se sienta dueño del país, de su empresa, oficina o instituto. Esto es lo principal».

Aviso a nuestros suscriptores

Comunicamos a todos nuestros lectores que el importe de la suscripción a LABOR HOSPITALARIA para el año 1992 será el siguiente:

• España	2.500 ptas.
• Extranjero:	
— Correo ordinario	28 \$
— Correo aéreo: Europa	35 \$
Resto países	38 \$

El aumento mencionado viene provocado, junto a la elevación del coste de la vida, al considerable incremento que Correos ha hecho de las tarifas postales, y de forma muy especial a las relativas al Correo aéreo.

6. INFORME DE LA COMISIÓN DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Más conocido como el *Informe Abril Martorell*

Será difícil que el lector atraviese una página del presente ejemplar de LABOR HOSPITALARIA sin que se tope con al menos una referencia al Informe Abril Martorell.

Así las cosas, parecía lógico y necesario publicar el mismo o, precisando más los términos, parte del mismo. Eso sí, la más enjundiosa, la que más, en realidad la única, que ha levantado la polémica.

Porque el Informe Abril Martorell se halla conformado

por un buen puñado de tomos que recogen toda la documentación y los estudios que ha llevado a cabo la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Sanitario.

Lo que aquí publicamos es la parte final: el Informe y las Recomendaciones que dicha Comisión presentó al final de su trabajo, al Congreso de los Diputados.

No se la pierdan aunque, a veces, puedan sentirse un tanto perdidos en su lectura.



Justamente donde Fernando Abril Martorell apoya su mano izquierda en el estante de su biblioteca, se hallan los volúmenes que recogen toda la información que ha recopilado la Comisión por él presidida. Si algo no ha faltado son datos

6.1 INFORME

Introducción

En la Proposición no de Ley que dio origen a esta Comisión, se exponen los profundos cambios sociales y sanitarios que, en todo el mundo, perturban los actuales sistemas de asistencia médica y aquí han hecho necesario el análisis y evaluación, con fines de mejora, del Sistema Nacional de Salud. En esta tarea de revisión y adaptación nos han precedido varias naciones europeas —Holanda, Reino Unido, Suecia, etc.— y de otros continentes. Sensibles variaciones demográficas, nuevos comportamientos sociales, la presión incesante del acelerado progreso técnico-médico y, como resultado, crecientes tensiones económicas impulsan esta tendencia renovadora, cuyo carácter universal explica por sí mismo la elaboración de este informe.

RECONOCIMIENTO DE LOS LOGROS

La Comisión ha constatado que el Sistema Nacional de Salud (SNS), en su situación actual y en su formación histórica, ha contribuido de forma decisiva a la mejora del estado de salud de la población y a la corrección de las desigualdades sociales. El SNS tiene un dispositivo público de servicios y prestaciones de los más extensos del mundo y cubre a toda la población española, con un esfuerzo económico y niveles de calidad técnica y profesional equiparables a los países de nuestro entorno.

Los indicadores generales de Salud de la población, como son las expectativas de vida y las cifras de mortalidad infantil, resisten favorablemente la comparación con los indicadores correspondientes de las naciones europeas. La universalización de la asistencia constituye un hito social. La financiación mayoritariamente pública ha permitido la equidad básica de acceso a los servicios. La Seguridad Social ha hecho posible una asistencia hospitalaria de gran calidad, la formación de médicos, especialistas y enfermeras de primer nivel y el progreso de la investigación clínica.

DIFICULTADES Y CARENCIAS

En su evolución reciente, el Sistema ha sufrido, como en otros países, tensiones relacionadas con un aumento de la demanda social, por el envejecimiento de la población y la mejora del nivel de vida, y con el desarrollo de los servicios y la tecnología disponible, en un entorno de recursos cada vez más limitados. En España, esta situación coincide con la transformación del esquema sanitario de la Seguridad Social en un sistema nacional de salud de financiación y cobertura universales.

Los efectos de estas tensiones, y la inadaptación de los instrumentos de gestión y financiación a las nuevas realidades, han producido consecuencias negativas sobre la eficiencia, la equidad y la calidad de los servicios sanitarios públicos, que justifican con claridad la necesidad y la urgencia de reformas.

Los resultados de una encuesta internacional comparativa (encuesta Blendon), encargada por la Comisión, indican que el nivel de satisfacción de la población española con sus servicios sanitarios se sitúa en el lugar noveno de los once países consultados y que los ciudadanos sienten la necesidad de que se produzcan reformas profundas en el Sistema. Estas mejoras, a juicio de los encuestados, tienen que ver más con la reorganización del Siste-

ma de Salud que con la provisión de mayores recursos financieros.

La Comisión ha podido comprobar que existe entre las autoridades sanitarias, los sectores profesionales y las entidades e industrias relacionadas con el Sistema Nacional de Salud un consenso básico acerca de las deficiencias del sistema. En un Apéndice de este documento se muestran, con mayor detalle, los resultados del trabajo de evaluación realizado por la Comisión y, en varios anexos, los producidos por las Subcomisiones constituidas y las entidades y expertos consultados.

Los elementos más destacables de este análisis son:

- La Atención Primaria, que tiene la responsabilidad funcional de ser la *puerta de entrada* y orientación principal del sistema de cuidados, continúa en un lento proceso de transformación hacia formas asistenciales más eficaces. En muchas ocasiones, produce un excesivo consumo de medios diagnósticos y terapéuticos, así como desequilibrios asistenciales que sobrecargan la actividad de los hospitales por la vía de las consultas externas y las urgencias.
- El porcentaje del gasto sanitario público que absorbe la Asistencia Especializada aumenta notablemente en los últimos nueve años con un simultáneo descenso del que corresponde a la Atención Primaria.
- La Medicina Preventiva y la Salud Pública no tienen aún el relieve que les corresponde en una concepción global y moderna de la Medicina, en la educación sanitaria de la población y en la promoción de la salud.
- El Sistema público carece de una visión global y empresarial de servicio, coarta, más allá de lo necesario, la libertad de elección de los usuarios y adolece de relaciones despersonalizadas, falta de información al paciente y sus familiares y un entorno escasamente confortable.
- El marco laboral estatutario no responde a las necesidades actuales y no encauza los conflictos que plantean las relaciones de personal en el ámbito sanitario, especialmente si se pretende incorporar criterios exigentes de productividad y eficiencia; por ello, algunos profesionales se encuentran lógicamente desmotivados.
- Existe una ausencia general de estructuras y mecanismos de información, evaluación y análisis en el sector sanitario público y privado; esta carencia es patente tanto a nivel del control de gestión de los propios centros, como en el nivel más general de establecimiento de programas de salud.
- En los equipos directivos, la responsabilidad de la gestión queda diluida o anulada por el excesivo centralismo y rigidez del sistema y por intervenciones administrativas previas de dudosa aportación.
- Por sus estructuras de gestión, organización funcional y financiación, el Sistema Nacional de Salud está orientado básicamente al cumplimiento de los procedimientos formales de la función pública, antes que al logro de altos resultados mediante el empleo óptimo de recursos humanos y materiales de gran cualificación.

Globalmente, los instrumentos de gestión y financiación son los que peor se han adaptado a las nuevas necesidades de los servicios sanitarios modernos. La situación práctica de monopolio estatal en la financiación y provisión de los servicios, la política

inestable y restrictiva seguida con el sector privado y la utilización de instrumentos de gestión administrativos, frente a servicios muy complejos y sensibles, producen las mayores situaciones de ineficiencia.

Puede decirse que la situación actual parece representar el final evolutivo de un sistema centralizado y rígido, que ha sido capaz de vertebrar y estimular en el pasado una asistencia sanitaria pública, basada en la Seguridad Social, pero que ya es insuficiente para atender los problemas actuales y futuros de los servicios sanitarios en un entorno de recursos limitados.

A pesar de iniciativas locales de gran interés, esta situación global se extiende a las Comunidades Autónomas, a las que se ha transferido la asistencia sanitaria. En algunas de ellas se han reproducido las tendencias de centralismo y burocratización.

PROPÓSITOS DE LA REFORMA

Los síntomas de agotamiento del Sistema, y su incapacidad creciente para lograr el aprecio de la población en términos de satisfacción subjetiva, no deben impedir ni oscurecer el reconocimiento fundamental de la enorme contribución histórica y reciente del Sistema Nacional de Salud a los niveles de salud y bienestar de los españoles.

Precisamente, este reconocimiento es el que proporciona energías e impulsa la necesidad urgente de adoptar las reformas necesarias que mejoren el Sistema para que éste pueda seguir atendiendo las ascendentes exigencias de la población.

El Sistema de Salud y la raíz de solidaridad que lo nutre constituye un pilar esencial del *Estado de Bienestar* y forma parte importante del pacto social en el que se asienta la convivencia pacífica.

Por todo ello, la Comisión quiere hacer la declaración previa de que *las mejoras que se proponen, y las que puedan producirse en el futuro, nunca deben afectar al núcleo básico de equidad y solidaridad que constituye la médula del Sistema.*

Las medidas de reforma que se articulan a continuación están animadas por los siguientes propósitos generales:

- Promover mecanismos que consigan incorporar el mayor grado de *responsabilidad* a los gestores del Sistema, como forma de alcanzar una *mayor eficiencia* en el uso de los recursos humanos y materiales dentro de un marco de autonomía responsable.
- Crear las bases para que el Sistema pueda funcionar con mayor *satisfacción subjetiva* de los usuarios de los servicios y pueda posibilitar en el futuro mayores grados de *libertad de elección*.
- Promover una *conciencia de coste*, tanto en el profesional sanitario como en el ciudadano, para disminuir el diferencial entre las aspiraciones de la población y las posibilidades económicas.
- Suscitar la creación de estructuras que sean capaces de ajustarse *flexible y autónomamente* en su gasto a las autorizaciones presupuestarias.
- Obtener el mayor grado de *participación activa*, vinculación al proyecto y motivación del personal sanitario.

ESTRUCTURA DEL INFORME

A continuación se presenta, bajo el título BASES PARA LA REFORMA, una reflexión acerca de las líneas fundamentales de mejora, en su fundamentación y en su contenido básico. Estas Bases se refieren a todos los aspectos indicados en el Mandato a la Comisión, si bien el énfasis se ha puesto en los aspectos de gestión, organización y financiación, donde son mayores las disfunciones y, por tanto, las necesidades de mejora.

Seguidamente, en un capítulo final, se presentan las recomendaciones específicas de actuación.

Bases para la reforma

ASPECTOS DE ORGANIZACIÓN

Los objetivos de orientación del servicio al usuario y la consolidación y regeneración de los aspectos angulares del SNS, mediante el estímulo de comportamientos responsables y eficientes en los principales actores, unidades de decisión y proveedores, requieren un importante conjunto de ajustes y cambios graduales de tipo organizativo.

Estos cambios deberían conseguir, como principal efecto, el establecimiento de condiciones más favorables para la obtención de los beneficios combinados de una mayor descentralización, la posibilidad de aplicar instrumentos de gestión empresarial y la delimitación precisa de medios y responsabilidades para los gestores periféricos.

El Consejo Interterritorial

En la medida en que se complete el proceso de descentralización del SNS, con la puesta en marcha de los Servicios Regionales de Salud en todas las Comunidades Autónomas, va a cobrar una importancia decisiva el establecimiento de una *Dirección Estratégica de Política de Salud* para el conjunto del Sistema. Y ello requiere, a su vez, la potenciación de las funciones del Consejo Interterritorial, así como la ampliación de sus cometidos de coordinación y comunicación.

Esta nueva situación de transferencias generalizadas del Sistema, que se producirán en un futuro próximo, exige también reformas organizativas que permitan cobrar una cierta distancia entre los aspectos de autoridad sanitaria (salud pública, investigación, formación, estadística, etc.) y los de asistencia sanitaria (Insalud, servicios regionales).

Estructuras de gestión

La introducción progresiva de la separación entre las competencias de financiación y *compra* de servicios sanitarios y las funciones de gestión y provisión permitiría una diferenciación nítida entre los principales actores del Sistema y el reconocimiento de sus respectivas responsabilidades, y constituiría un requisito necesario para la mejora de la efectividad y eficiencia del conjunto.

Las reformas que se han iniciado en aquellos países (Inglaterra y Suecia) cuya base organizativa es un sistema nacional de salud semejante al español van en esta dirección.

En un marco de diferenciación de funciones como el descrito, la Administración Central y los Gobiernos Autónomos serían financiadores principales: las áreas de salud, *compradores* de servicios; los hospitales, centros de salud, médicos en equipo o, incluso, individualmente y oficinas de farmacia, proveedores; y los usuarios, clientes.

Según esta organización, la autoridad administrativa establecería las normas generales reguladoras de la asistencia sanitaria y asignaría los recursos financieros disponibles a los que han de actuar como *compradores* de servicios para la población *afiliada* en su territorio. Las funciones de *comprador* se realizarían a través de contratos con los proveedores públicos o privados de servicios sanitarios. La obligación fundamental del *comprador* —gestor de área— sería la de conseguir para su población *afiliada* la mejor calidad en los servicios con los recursos disponibles.

Este llamado *mercado interno* produciría un cierto estímulo competitivo entre las unidades de provisión de servicios (hospita-

les, centros de salud, etc.) que debería suscitar mejoras en la calidad y el coste de las prestaciones. Por otra parte, la competencia proporcionaría al usuario un mayor margen de elección entre los proveedores.

Los contratos, que especificarían la calidad, la cantidad y el precio de los servicios previstos, serían la base fundamental de las relaciones entre *compradores* y proveedores de servicios. De esta forma, los *compradores* podrían progresivamente responsabilizar a los proveedores de su rendimiento.

Los hospitales complejos, con servicios muy especializados, mantendrían una relación singular que permitiría compatibilizar su servicio al área de salud propia con la prestación de sus servicios a otras áreas.

A medida que esta nueva organización de carácter más empresarial se desarrollase con una mayor transparencia en las relaciones y en los resultados obtenidos, permitiría realizar análisis de eficiencia y progresar en la técnica contractual.

A título ilustrativo, las oficinas de farmacia y las clínicas de concierto ya desempeñan actualmente el papel de proveedor que arriba se describe, y el Insalud, sin distinción de matices, actúa como *comprador*. En las oficinas de farmacia, con más tradición en este campo, el sistema está informatizado, de modo que no existe ningún obstáculo organizativo o estructural que impida gobernar ese gasto e inscribirlo en los presupuestos autorizados. Distinta cuestión sería considerar la oportunidad o conveniencia de tales ajustes, pero la realidad muestra que, tanto la información como el instrumento de gestión, existen y pueden utilizarse.

En el campo de las clínicas concertadas, la relación tiene menor tradición, es más compleja y la información que se obtiene depende del tipo de contrato que liga a *comprador* y proveedor. Recientemente, tanto en las zonas de mayor tradición —Cataluña y País Vasco— como en las dependientes del Insalud, se trabaja activamente en modificaciones experimentales de concertos, de modo que éstos puedan reflejar la información con mayor exactitud y promuevan mayor eficiencia. En todo caso, en poco tiempo van a existir las bases de información suficientes así como la herramienta —básicamente, el concierto— que permita conducir un proceso económico y de calidad.

Otro papel de los arriba descritos, y que existe a nivel legal, es el del área de salud como unidad básica de gestión de *compra*. En este punto hay que hacer observar que lo que parece describir la Ley General de Sanidad —involucración de *compra* y gestión— no coincide con lo que propugna esta Comisión, ni tampoco con el sentido de las reformas que se producen en los países europeos más solventes que trabajan en este campo. Creemos que, a efectos legales, no existen obstáculos insalvables para que las áreas de salud, en su concreción definitiva, puedan actuar con nitidez y responsabilidad en su fundamental función de *comprador*.

En su definición legal, las áreas de salud han sido diseñadas con un criterio demasiado limitado, fundado en la población asistida. La realidad de los recursos existentes y las complejidades de los servicios y la gestión aconsejan la existencia de áreas de mayor tamaño, aunque dentro de un límite provincial.

Actualmente, en el Insalud (tanto Administración Central como Autónoma) concurren simultáneamente las responsabilidades de financiación, de *compra* y de provisión de servicios (salvo farmacéuticos). Esta acumulación de funciones contrapuestas impide responsabilizar a un conjunto más numeroso de actores, y produce una gestión exageradamente centralizada con escasa o nula delegación de responsabilidades. Así, la responsabilidad de los menores defectos de gestión se transfiere a la cúpula de la estructura centralizada y de ahí al estamento político, que acaba siendo el *chivo expiatorio* de los errores de unos, de las exigencias de otros y de las disfunciones que intrínsecamente comporta un sistema centralizado.

Por si fuera poco, el Insalud actúa de acuerdo con principios

ajustados al Derecho Público, absolutamente incapaces de impulsar, en términos jurídicos correctos, el dinamismo y agilidad necesarios para la gestión de asistencia sanitaria. El Derecho Público podría servir eventualmente para las funciones de financiación y *compra*, pero de ninguna manera puede adecuarse a la de gestión.

La culminación de un esquema organizativo como el descrito requiere un espacio de tiempo dilatado, cambios profundos de tipo estructural, modificaciones y adaptaciones del marco normativo, cambios en la asignación de recursos (desde la vía del presupuesto histórico, formulado por costes acacidos, hacia una base de tipo *per cápita*), así como modificaciones profundas en la regulación laboral, especialmente referidas al personal de gestión sanitaria, que deben realizarse sin merma de los derechos básicos adquiridos.

La introducción y extensión de todos estos cambios han de basarse en experiencias piloto y/o en simulaciones amplias que incluyan algún componente real, y deben estar precedidos y acompañados de un esfuerzo de comunicación que estimule y motive, a la vez que serene y sosiegue. Requieren asimismo importantes inversiones en capacitación y formación humana.

La configuración autonómica del Estado, con la multiplicación de responsables políticos y administrativos, como consecuencia de diez años de *rodaje*, puede suponer un aliado excepcional para la puesta en marcha de las reformas.

Colaboración con el sector privado

El nuevo esquema organizativo, con separación neta entre compra y financiación de servicios, permitiría *profundizar en la complementariedad* que la Ley General de Sanidad señala para el aprovechamiento eficiente de todos los recursos. El sector privado que vinculase su actividad a las reglas del juego tendría oportunidad de competir, en términos de seguridad jurídica, con los proveedores de titularidad pública. Esta nueva situación de *competencia leal* serviría también de aliciente para promover una mayor eficiencia entre los proveedores públicos, imprescindible para la regeneración global del Sistema.

En una última consideración, parece lógico que las actuales opciones asistenciales alternativas con suficiente solvencia y tradición —MUFACE, empresas colaboradoras, etc.— sean objeto de un contraste de evaluación mediante un análisis concreto y urgente, a partir del cual podrían, en su caso, aplicarse las conclusiones —mantenimiento o impulso— que resulten procedentes.

Cambios en el régimen jurídico

El carácter de servicio público no está determinado por la forma jurídica en que se organiza, sino básicamente por la naturaleza de la función, por el origen público de los recursos que la financian y, en el caso concreto del SNS, por la igualdad de todos los ciudadanos en el acceso a la asistencia. Todo ello demanda particular eficacia en el cometido y eficiencia en la gestión, que no se pueden alcanzar sin el sentido de responsabilidad. La conciencia de la obligación personal y el deber de rendir cuentas de los resultados constituyen incentivos inexcusables para cumplir los fines de cualquier servicio o empresa. La Comisión entiende que el SNS debe adoptar, por tanto, las formas jurídicas más adecuadas que promuevan dicha responsabilidad, la definan de modo concreto y la cultiven como virtud social.

Flexibilización en el régimen de personal

Para fortalecer la responsabilidad, promover la motivación y estimular la productividad en los centros asistenciales del SNS es absolutamente necesaria una mayor flexibilidad en la vinculación del personal, si bien la modificación del actual régimen laboral

debe, en todo caso salvaguardar cuidadosamente los derechos básicos adquiridos. El cambio no puede suponer para nadie un salto en el vacío y, para este tránsito sereno, la Comisión propone un camino gradual, que distingue entre el personal actual y el futuro.

- Para el personal del Insalud adscrito a un centro, el Insalud o, en su caso, los Servicios de Salud de las CC. AA. con competencias transferidas cederían al director del centro las facultades estatutarias de recompensa y sanción, así como la de convenir con el personal la parte complementaria de las retribuciones: la parte básica continuaría dependiendo del INSA-LUD o servicios de salud.
- Para el personal de nuevo ingreso, la contratación se haría directamente por el centro del modo establecido en la legislación laboral.

ASPECTOS DE GESTIÓN

El análisis de otros sistemas europeos y sus iniciativas de reforma, así como el diagnóstico de la Comisión y las opiniones de los asesores consultados, *confirman de modo absoluto* que las formas administrativas son inadecuadas para entender y manejar la complejidad y el volumen de los servicios actuales de asistencia sanitaria. La rigidez normativa en este tipo de actividades diversas y versátiles acaba confiriendo a la burocracia una especie de primacía perversa sobre el fin de atención al consumidor y, en definitiva, a la sociedad.

El SNS debería, sin embargo, permitir aplicar, sin menoscabo de su finalidad fundamental, las modernas técnicas de gestión empresarial que conllevan agilización de los trámites, definición de responsabilidades y delegación de autoridad. Aunque el SNS no pretende ningún beneficio económico, debe sentir, como cualquier compañía mercantil, la preocupación por los «niveles de servicio, la calidad del producto, el cumplimiento de los presupuestos, la reducción de costes, la productividad, la motivación y retribución del personal, la investigación y desarrollo, y, a largo plazo, la viabilidad de la empresa» (Informe Griffiths, 1983).

La utilización de importantes recursos, que no producen los rendimientos deseados, tanto en calidad como en cantidad, permite abrigar fundadas expectativas sobre los beneficiosos efectos para el Sistema de una gestión más exigente, y puede constituir la primera fuente de financiación adicional.

Información

Afrontar un cambio de esta naturaleza no será tarea fácil, pues acometer la transformación, con un cierto grado de garantía, obligará a realizar un gran esfuerzo en la mejora de la información básica para la toma de decisiones. Esta Comisión ha podido constatar *la pobreza de los sistemas de información homogéneos* para la gestión, especialmente los referidos a la actividad realizada (naturaleza, complejidad, niveles de calidad, etc.) y su relación con los costes incurridos para producirla.

Esta carencia impide al dispositivo asistencial hacer evaluaciones técnicas sobre el equilibrio más adecuado entre el uso de recursos y los servicios prestados. En organizaciones semejantes esta relación puede valorarse comparando *la facturación de los servicios con los costes producidos*. Y, a partir de ellos, mediante análisis internos, se podrían precisar las disfunciones en las condiciones de gestión.

Esto implica la utilización de métodos de registro y análisis comúnmente aceptados, tales como la información por pacientes y procesos, sistemas de contabilidad general y analítica, basados en el Plan General de Contabilidad, así como la elaboración de las cuentas anuales y la memoria, de acuerdo con sus principios y normas de valoración.

Solamente sobre el apoyo de la información el sistema sanitario puede abordar con responsabilidad la participación del personal operativo (verdadero nivel de decisión respecto al servicio a prestar y recursos a consumir en su prestación) en la elaboración y cumplimiento de objetivos, toma de decisiones y evaluación de resultados.

Facturación

El sistema debe avivar la conciencia de gasto, tanto del usuario (facturación individualizada del servicio) como de los profesionales implicados en la gestión, puesto que necesita equilibrar los costes incurridos en la prestación con los *precios socialmente admisibles* a los que tendrían que ser facturados.

Son de uso común frases como la «salud no tiene precio», pero realmente tiene un coste. Elemento central del proceso de información es *facturar todos y cada uno de los actos de asistencia médica* (procesos de hospitalización y atención especializada y, eventualmente, los de asistencia primaria). Esta facturación, aunque fuese acompañada de la nota de ayuda pública por el importe total o parcial de la factura emitida, produciría una conciencia de gasto, tanto en el profesional como en el usuario, y probablemente reconciliaría a éste con el sistema.

No hay que ignorar que multitud de servicios que deberían cobrarse en su integridad porque no forman parte del sistema (accidentados de tráfico con seguro de automóvil, enfermos con seguros privados de asistencia sanitaria, etc.), no se están cobrando actualmente con carácter de generalidad. Esta facturación no tiene por qué suponer una complicación administrativa, si se tiene en cuenta que en la medicina privada y en la gestión por concierto se lleva a cabo con toda normalidad y con equipos extraordinariamente reducidos.

Debe significarse que la introducción de prestaciones complementarias, o cualquier tipo de colaboración en el coste por parte del usuario, requeriría inexcusablemente el hábito de la facturación.

Conviene también hacer observar que, de no producirse facturación exterior, es imposible que exista facturación entre departamentos y, en consecuencia, es impensable establecer un sistema de contabilidad analítica y constituir centros de coste-beneficio dentro de las organizaciones complejas.

En alguna Comunidad Autónoma ya se están produciendo, con carácter experimental, fórmulas simples de facturación que constituyen un comienzo prometedor.

El desequilibrio precio-coste (precio exterior-coste interior) de los servicios prestados debe constituir uno de los principales impulsos para ir determinando los recursos ociosos en cada uno de los componentes del sistema.

Recursos humanos

Una gestión eficiente requiere poner especial énfasis en el análisis de los recursos humanos, principal renglón del coste. Si hay algo que caracteriza a un sistema burocrático, es la mala asignación de los recursos. Así, en un primer análisis, destaca que el número global del personal médico al servicio del Sistema es muy numeroso. Esta afirmación puede sostenerse mediante cualquier ratio de comparación con otros países europeos. Sin embargo, tal abundancia global coexiste con escaseces en ciertas especialidades y determinadas zonas.

Formación continuada

Por otra parte, la formación continuada del personal facultativo (colectivo profesional al que la sociedad ha otorgado, por la titulación correspondiente, la capacidad de concebir, diseñar y prestar el servicio sanitario y, por tanto, decidir caso por caso quién

El Col.legi de Metges barcelonés apoya el aire liberal del informe Abril

SANIDAD
A diferencia de la opinión de la Organización Médica Colegial, el Col.legi de Metges de Barcelona apoya el

EL PAÍS, VIERNES 26 de julio de 1991

SOCIEDAD

La 'comisión Abril' entregó ayer a García Valverde el informe sobre la reforma sanitaria

Abril Martorell considera "fundamental" que los ciudadanos abonen parte de la asistencia sanitaria

MIÉRCOLES 20 NOVIEMBRE

SANIDAD Amenaza de huelga Protesta mayoritaria ante el informe 'Abril'

el Periódico colaboración en algún Miércoles, 31 de julio de 1991

LA VANGUARDIA

Fundada en 1881 por don Carlos de Borbón y Borja...
Directores: Juan Rodero, Francisco...
Redacción: Juan Rodero, Francisco...
Administración: Juan Rodero, Francisco...
Distribución: Juan Rodero, Francisco...

El informe Abril sigue vivo y colando. La prueba está en que por el momento ha producido ya división de opiniones en los colegios de médicos. Mientras la Organización Médica Colegial, que agrupa a todos los colegios médicos españoles, se mostró en desacuerdo con el informe...

Barcelona y el informe Abril

El informe Abril sigue vivo y colando. La prueba está en que por el momento ha producido ya división de opiniones en los colegios de médicos. Mientras la Organización Médica Colegial, que agrupa a todos los colegios médicos españoles, se mostró en desacuerdo con el informe...

Algunos médicos aceptan el 'informe Abril'

Manuel Fraga elogia el contenido del...
Después de leer el informe, el doctor Manuel Fraga, ministro de Sanidad, ha expresado su satisfacción por el contenido del informe Abril, especialmente por el hecho de que algunos médicos acepten sus propuestas.



Retorn La reconversión sanitaria es posible y además fácil, según Fernando Abril Martorell

EL PAÍS, JUEVES 24 de octubre de 1991

SOCIEDAD

CC OO anuncia una huelga general si el Gobierno asume las propuestas de la

AVUI / SOCIETAT

Personalitats del món econòmic català demanen l'aplicació total de l'informe Samaranch creu necessari que les mútues

Políticos, sindicatos, colegios de médicos en contra del 'informe Abril'

EL PAÍS, VIERNES 22 de noviembre de 1991

TRIBUNA MEDICA

NACIONAL SEMANA SOCIEDAD

Los hospitales catalanes de la Seguridad Social serán tratados como

La Generalitat inicia en Cataluña una de las principales propuestas del 'informe Abril'

Las sombras del 'informe Abril'

Alfonso Estela...
El informe Abril plantea la posibilidad de que los ciudadanos abonen parte de la asistencia sanitaria, lo que genera sombras sobre el futuro del sistema.

La nutrición, clave de los cuidados intensivos pediátricos

Abril Martorell: "Ni Gobierno ni sindicatos quieren evitar la perversidad de la sanidad"

No poca tinta ha hecho correr el Informe en el tiempo de su existencia. Y todo parece indicar que aún correrá más

...y cómo debe consumir servicios sanitarios) debe ser fundamento permanente del Sistema. Esta permanente formación supone la mejor garantía de cualificación profesional, incentivo en su trabajo diario y motivación personal, y la seguridad para la sociedad de que sus actuaciones llevan implícita una valoración equilibrada entre el beneficio social colectivo y el uso de los recursos en su justa medida.

Investigación

La investigación clínica ha sido siempre, y continúa siendo, tanto una base firme del progreso científico como un proceso natural de la buena asistencia médica, a la que da calidad y eficacia. De igual modo, la investigación sanitaria, en sus distintas variantes (epidemiológica, terapéutica, de sistemas asistenciales, etc.), es hoy día indispensable para la evaluación y perfeccionamiento de los sistemas sanitarios.

Gran parte de la investigación se practica en unidades de prestación de servicios de asistencia sanitaria y la nueva distribución de responsabilidades que se propone obligará a separar y diferenciar el coste generado por la investigación de aquel producido por la asistencia sanitaria en sentido estricto. Para una mayor cla-

ridad del Sistema, y de cara a una eventual potenciación de los aspectos positivos de la investigación, ésta debe facturarse a la entidad u organismos que la subvencionen, compren o patrocinen. Dentro del Sistema, el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) ha ocupado durante estos años un puesto central y, probablemente, con una reasignación presupuestaria correcta, pueda ser el organismo adecuado que impulse eficazmente dicha actividad. En todo caso, para evitar disfunciones y duplicaciones debería trabajar en estrecha colaboración con el Consejo Interterritorial.

Vinculación del personal

Actualmente, el acceso a los puestos de trabajo se produce mediante el sistema de concurso-oposición o a través de traslados a plazas en propiedad. La capacidad de las instituciones asistenciales para elegir a su personal sanitario es escasa o nula. La estabilidad en el puesto de trabajo —aspiración compartida por la mayoría de la población— se convierte en contrapartida a la ausencia de otro tipo de incentivos, económicos o de desarrollo profesional, y ello fomenta un igualitarismo empobrecedor entre los miembros de una institución y entre los centros o instituciones

del sistema público. Las plantillas están reguladas por las autoridades sanitarias centrales y su modificación, a nivel local, resulta difícil cuando no imposible. Los responsables locales se ven privados así de una de las armas de gestión más efectivas, como es la adecuación de las plantillas a las necesidades del hospital o del área, dentro del presupuesto del funcionamiento asignado.

La alternativa entre relación laboral y funcionarización del personal sanitario del sistema público se planteó en los borradores del Estatuto-Marco, en los años 1987-88, y en ellos se optó claramente por una regulación de carácter funcional, en clara consonancia con el tipo de financiación-presupuestación, así como con la ejecución, control y fiscalización del gasto propios de las Administraciones Públicas. Este enfoque persiste no sólo en el Insalud, sino también en los Servicios de Salud autonómicos. Sin embargo, a pesar de estas normativas, que por su propia naturaleza deberían asegurar la uniformidad en la vinculación y retribuciones del personal sanitario, se están ya produciendo diferencias considerables entre unas comunidades y otras y con el Insalud central, tanto en sueldos, como en condiciones de trabajo, etc.

Estas desviaciones muestran las tendencias naturales hacia la diversidad de retribuciones según el tipo, cuantía y calidad del trabajo que se realiza. Los gestores de cada institución deberían asumir estas tendencias en un marco de libertad responsable y con todas sus consecuencias.

La determinación de los recursos ociosos disponibles, su eventual transferencia a otros servicios sanitarios, etc., exigen que cada organización disponga de flexibilidad normativa para adaptar sus necesidades de recursos humanos a los servicios a prestar. Para ello, los responsables necesitan capacidad de decisión para ajustar sus efectivos a los recursos disponibles, y esto requiere que se les devuelvan previamente las competencias de dirección y autoridad suficientes para exigir disciplina y establecer incentivos.

Tecnología

A nivel institucional se viene manifestando la necesidad de establecer, para los nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, reglamentaciones similares a las aplicadas para la regulación de los medicamentos, dispositivos, equipos e instalaciones. Esta necesidad de una normativa enmarca la adopción de protocolos de las actuaciones médicas y todo lo relacionado con la mala función y uso de los instrumentos involucrados.

En tecnologías propias de la salud y la asistencia sanitaria, innovación es tanto la incorporación a la sanidad de una tecnología ya madura en otro ámbito como la aparición de un nuevo diseño específico para su aplicación en dicho ámbito, o el uso para una nueva aplicación de una tecnología ya difundida y empleada en el sector. *Toda innovación necesita ser evaluada con criterios de ensayo clínico o experimental, previos a su difusión.*

En ocasiones, la introducción de nuevas tecnologías se ha hecho sin haberse experimentado y comprobado de forma conveniente su utilidad. Incluso cuando ésta se ha demostrado, la adquisición de nuevos aparatos puede estar impulsada más por intereses comerciales que por una adecuada planificación de sus necesidades en una comunidad concreta. Se precisa, por consiguiente, una regulación por parte de las autoridades sanitarias para su adquisición y distribución dentro del SNS, evitando duplicaciones innecesarias y la infrutilización de recursos costosos.

Calidad

Otro de los objetivos prioritarios de gestión es obtener la máxima calidad posible en el servicio. Ahora bien, esta calidad no debe confundirse con los eventuales excesos producidos por una *medicina defensiva*, ni con las demasías de una medicina complaciente o con elevados ratios de personal; en última instancia, *la calidad no va inexcusablemente asociada a un mayor coste.*

Para esta búsqueda de calidad, rectamente entendida, la valoración de los resultados obtenidos debe basarse en sistemas razonablemente homogéneos y comúnmente aceptados y debe contar también con procedimientos de autocontrol, tanto internos como externos, que permitan beneficiarse del método comparativo.

Desde otro punto de vista, la calidad global no ha de entenderse únicamente desde una perspectiva técnica, sino contemplarse también bajo su aspecto social. En una situación de recursos insuficientes, la gestión está obligada a conseguir la mejor relación calidad-coste con el fin de hacer llegar sus servicios a la mayor parte de la población.

Atenciones sociosanitarias

Otra dificultad, que entorpece enormemente la gestión, es la carencia de dotación específica para la atención de pacientes ancianos, crónicos, convalecientes y los que requieren cuidados paliativos, situación que produce notables disfunciones en el sistema sanitario y supone un problema social en progresión. Esta Comisión estima necesario el fomento de procedimientos diversos, con dotaciones específicas, a fin de dar solución a uno de los mayores problemas de la asistencia sanitaria española, y suprimir esta actual disfunción en la gestión de recursos asistenciales.

En cualquier caso, y como medida previa de clarificación entre atención social y asistencia sanitaria, sería conveniente implantar, de forma inmediata, un sistema de imputación del coste de los servicios que permita distinguir con nitidez unos de otros. Este sistema ayudaría a movilizar los recursos necesarios para atender en ámbitos propios las necesidades de dichos pacientes.

Contratación externa

Otro de los mayores obstáculos en la mejora de la gestión de los actuales servicios sanitarios (sobre todo, los hospitales) es el alto número de actividades heterogéneas que desarrollan, desde su actividad principal, la atención médica, hasta su función hostelera (cafetería, cocina, lavandería, etc.), pasando por la atención continuada de enfermería y la compleja ingeniería de mantenimiento.

Este heterogéneo panorama complica las relaciones laborales, dificulta las exigencias de calidad, produce deslizamientos hacia una artificial homologación con el personal facultativo, aumenta la vulnerabilidad del centro y, en su conjunto, el sistema se conduce como si viviera en una primitiva fase de autarquía. Por el contrario, en la sociedad avanzada de hoy, con todo tipo de servicios, se procura generalmente «hacer con medios propios sólo aquello que no puede hacerse con medios ajenos».

En el futuro del Sistema Nacional de Salud, en el que se producirá un dinamismo muy vivo, originado por el aumento del gasto sanitario total y por los numerosos avances tecnológicos, la ductilidad que permite la subcontratación, más aún, la contratación externa (*contracting out*) debería ser, sin duda, un mecanismo de gestión fundamental. Además, las unidades clínicas que se estructuran como centros de coste-beneficio autónomos podrían operar, en la práctica, como unidades contratadas, con lo que se recuperaría una dimensión más humana que permita un clima de participación y motivación para el profesional.

Complementariedad: Provisión privada y pública

La Legislación reconoce no sólo el derecho al libre ejercicio de las profesiones sanitarias y la libertad de empresa en dicha actividad, sino también la vinculación complementaria de hospitales y establecimientos privados a la oferta del SNS por medio de conciertos.

Por otra parte, la colaboración de empresas y mutuas patronales en la gestión de determinadas prestaciones de la Seguridad Social es asimismo una práctica con dilatada experiencia.

La iniciativa privada sanitaria constituye, en principio, una riqueza acumulada que permite dar contenido real a conceptos necesarios para la regeneración del sistema, tales como competencia o *mercado interno*.

Sin embargo, la coexistencia de gestión pública y privada, en el campo de las prestaciones sanitarias públicas, se ha desarrollado hasta el momento en compartimentos estancos, sin que se hayan obtenido datos comparativos sobre sus respectivos funcionamiento, al menos con una metodología explícita y criterios rigurosos de contrastación.

Esta carencia de información comparativa impide hacer afirmaciones determinantes acerca de las ventajas relativas de las distintas posiciones asistenciales, que actualmente conviven en la prestación de los servicios públicos de asistencia en términos de eficacia, calidad asistencial y satisfacción del usuario-cliente. No obstante, ciertos datos parciales sobre valoraciones económicas y algunos conciertos, y otros sobre el promedio de costes estructurales, *hacen presumir unos costes sustancialmente inferiores en la gestión privada de prestaciones públicas respecto a los producidos por formas organizativas de carácter público, si bien es verdad que estas últimas tienen otro tipo de responsabilidades que pueden justificar, en parte, dicha diferencia.*

La Comisión entiende que la inexistencia de evaluaciones comparativas constituye un grave déficit de información, un desaprovechamiento de la fundamental riqueza que para un país supone la *posibilidad de comparar* y una pérdida, en consecuencia, de estímulos tendentes a mejorar la gestión por la competencia, si quiera sea en base a comparaciones.

Existe pues, tanto en este campo como en otros, una necesidad urgente de realizar evaluaciones comparativas entre un subsistema y otro, así como dentro de los mismos subsistemas, y todo ello con una metodología explícita y rigurosa.

Estrategias de gestión

Cualquier reforma en la política sanitaria necesitará de una gestión eficaz para alcanzar sus objetivos. Sin embargo, no se puede decir que en el sistema sanitario español exista una cultura de gestión ampliamente extendida. En otros países, el desarrollo y medios de los instrumentos de gestión han influido incluso en la modulación de la dirección estratégica del Sistema de Salud.

La Comisión entiende que las principales causas de esta falta de desarrollo, en el campo de la gestión, han sido:

- Inexistencia de una separación clara entre los servicios sanitarios públicos y las administraciones correspondientes.
- Omnipresencia de un sistema burocrático, guiado por el principio de la legalidad de las formas, más que un sistema de gestión, orientado al logro de resultados.
- Falta de una función de gestión claramente definida y que identifique responsabilidades personales a todos los niveles y no únicamente en los altos directivos.
- Insuficiente participación del médico, principal agente económico del sistema, en la gestión de servicios.
- Escasa permeabilidad del sistema sanitario público a las nuevas tendencias organizativas y de gestión empresarial.
- Falta de voluntad y confianza para otorgar a los centros sanitarios una auténtica autonomía de gestión.
- Y fallos de concepción, desarrollo y explotación en los sistemas de información.

Entre nosotros han empezado a generalizarse escuelas y centros de formación de gestores que comienzan a dar sus frutos y

que, en el campo concreto de la asistencia sanitaria, tendrán plena expresión cuando el ambiente sea propicio para las iniciativas de estos gestores. Resulta evidente que ha llegado el momento de establecer con decisión estrategias de gestión que consigan conducir el sistema hacia mejores cotas de calidad y eficiencia. Sin duda, los ámbitos de la comunidad autónoma y del área de salud son los más indicados para el desarrollo de estas estrategias, por su capacidad de adaptarse a las circunstancias y características del entorno próximo.

ASPECTOS DE FINANCIACIÓN

Tendencia del gasto

El gasto sanitario total crecerá en la próxima década de forma inexorable. Avalan esta afirmación tanto las tendencias recientes, con las fuertes inercias que las apoyan, como el contexto socio-cultural de Europa Occidental, donde se desenvuelve el comportamiento de nuestra sociedad y, en particular, el de la sanidad.

La atención sanitaria, cuya valoración ocupa el primer lugar entre las preferencias de la población, se comporta como un *bien superior*, es decir, aumenta a un ritmo mayor al proporcional con la renta *per cápita*. A la vista de lo que sucede en países con nivel de renta superior al nuestro, y examinando el volumen que el gasto sanitario total ocupa en sus economías respectivas, no es difícil estimar cuál será el gasto sanitario total español al final de la presente década. Los rasgos de asimilación y homogeneidad de comportamientos de la sociedad española son de tal fuerza que realmente tendrían que justificarse los comportamientos diferentes.

Puestas las cosas así y, con crecimientos promedios de la economía previstos entre el 2,5 y el 3,5 % en los próximos diez años, el gasto sanitario total oscilará probablemente entre el 8 y 8,3 % del PIB. Esta situación de llegada debe entenderse casi como un dato del problema y acomodar a ellas las variables del sistema.

Para 1991, el porcentaje del gasto público sobre el sanitario total se estima en un 76,7 % habiendo crecido más de 3 puntos en la última década.

Resultaría necesario valorar si los recursos públicos pueden financiar la totalidad de dicho incremento de gasto sanitario total y, al mismo tiempo, amparar un porcentaje tan significativo del mismo. Aunque esta consideración no es responsabilidad de la Comisión, teniendo en cuenta los límites del sistema fiscal, resulta difícil imaginar que los recursos públicos en sanidad vayan a absorber la práctica totalidad del incremento potencial de presión fiscal.

En el supuesto de que no pueda atenderse con recursos públicos este enorme incremento del gasto sanitario total, cabe pensar en actuaciones de carácter restrictivo genérico (colas, etc.), de carácter delimitativo o por una vía de precios. La primera opción se acomoda poco a una sociedad de libertades, crea una gran insatisfacción social y redundante en insuficiencia global que acelera y multiplica aquélla. La segunda, que hemos llamado *delimitativa*, requiere un debate sobre la *concreción de las prestaciones básicas* que forman parte de los fundamentos del sistema de convivencia y deben ser financiadas mayoritariamente por el sector público con una participación reducida de los usuarios, y de otras prestaciones complementarias que serían pagadas en gran parte por los usuarios, distintas, a su vez, de las prestaciones libres u opcionales. Esta segunda opción, compatible con la introducción de una vía de precios, puede constituir el método más adecuado para conducir el sistema dentro de los límites autorizados sin *rechinamientos* excesivos. Podría conseguir, además, que la soberanía presupuestaria realmente se ejerciese y no fuese arrollada por las inercias del sistema.

Agentes financiadores del gasto sanitario público

El análisis de la financiación de la sanidad pública en los países occidentales europeos muestra la vigencia de dos modelos fundamentales:

- El del Servicio Nacional de Salud (Reino Unido, Suecia e Italia), con financiación mayoritariamente fiscal.
- Y el de Seguridad Social (Francia, Alemania, Holanda, etc.), con recursos fundamentales provenientes de dicho sistema.

En todos ellos existe participación de los usuarios en el pago, actualmente en crecimiento, aunque más escasa en los servicios nacionales de salud y más relevante en los de seguridad social.

Ambos modelos presentan ventajas e inconvenientes y su análisis detallado sería muy prolijo porque habría que incidir sobre el nivel de prestaciones, calidad de las mismas, libre elección, etc. Pero quizás lo más destacable respecto a financiación sea la virtud del segundo modelo en cuanto a corrección de déficit. Así, una desviación en el gasto provoca de forma inmediata un aumento en las cotizaciones de los trabajadores y empresas que responsablemente deciden su financiación. Esta responsabilidad es mayor en aquellos países (como Alemania) donde la participación del trabajador supone el 50 % de las cuotas del Sistema de Seguridad Social.

En el primer modelo, por el contrario, al financiarse con los impuestos, la responsabilidad y visión del déficit queda enormemente diluida. En este aspecto hay que recordar que a la inercia de gasto impulsada por 40 millones de usuarios, a coste cero, solamente se le pueden oponer fuerzas semejantes: la resistencia de 40 millones de contribuyentes.

En cuanto a la estructura de financiación de la sanidad, España actualmente se encuentra a medio camino entre los dos modelos existentes: los impuestos generales representan el 66 %, las cotizaciones sociales un 30 % y los otros ingresos un 4 % (a nivel presupuestario).

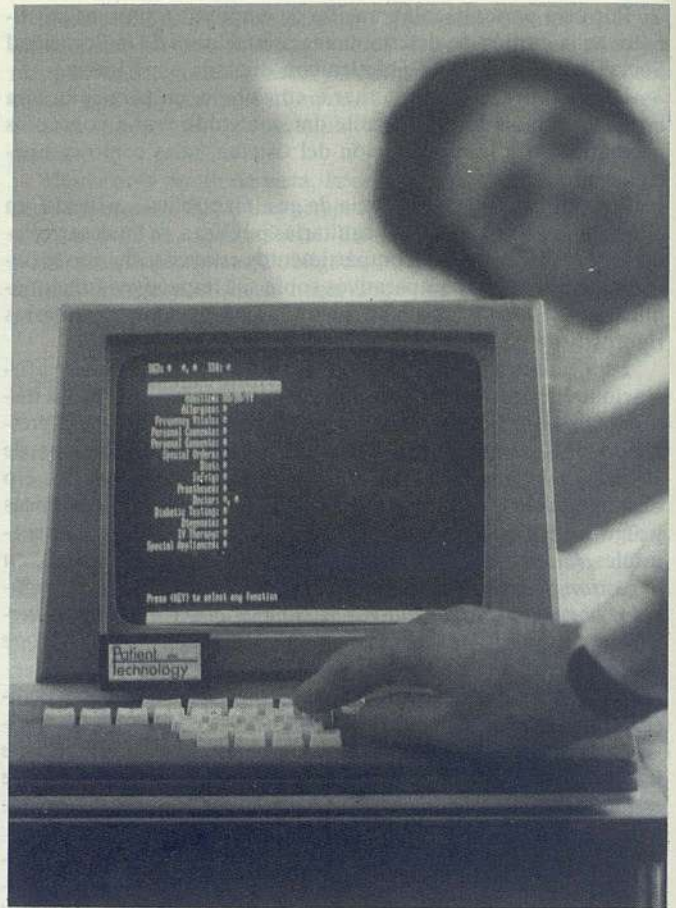
Las fuentes de financiación del sistema han cambiado sustancialmente a lo largo de los últimos años. Mientras hace sólo un trienio la prestación de sanidad se financiaba básicamente con las cotizaciones sociales y, por tanto, las cuotas eran los recursos mayoritarios, desde 1988 el sistema de financiación ha modificado su estructura de forma radical. Las cuotas han pasado de ser el soporte mayoritario de financiación, superior al 80 %, a una clara posición minoritaria (alrededor del 30 %).

Esto quiere decir que sólo un 13 % de lo pagado por cuotas de la Seguridad Social se dedica a financiar la sanidad, lo cual no coincide con la impresión generalizada de los trabajadores acogidos al Sistema. Sin embargo, esa estructura, con potencial de responsabilidad, puede ayudar al funcionamiento del Sistema, lo que actualmente presenta dificultades por las siguientes razones:

- No participa la Seguridad Social en la financiación del déficit del presupuesto inicial.
- Escasa participación de la Seguridad Social en dicho presupuesto inicial: 30 % del total, que sólo equivale al 13 % de las cuotas.
- Y reducida participación aparente del trabajador en la cuota: un sexto del total.

En la práctica, esto significa que la posible disuasión de los usuarios del SNS, ante un incremento de las cotizaciones a la Seguridad Social, quedaría paliada por lo reducido de los porcentajes del soporte presupuestario de aquélla y grado legal de participación del trabajador en la cuota.

No obstante, y a pesar de su escasa cuantía, uno de los reconocidos expertos europeos en organización y financiación de sanidad, Sir Roy Griffiths, aconsejó que nuestro país no disminuya por ningún motivo la participación de las cotizaciones, a través



«Solamente sobre el apoyo de la información, el sistema sanitario puede abordar con responsabilidad la participación del personal operativo en la elaboración y cumplimiento de objetivos, toma de decisiones y evaluación de resultados»

de las cuales puede evidenciarse a los usuarios que la sanidad no es un bien de coste cero.

El cambio de soporte básico de financiación del gasto en sanidad pública, producido hace unos años, por el que se pasa de cotizaciones sociales a recursos fiscales generales, también ha originado un cambio práctico en los sistemas de intervención, con un mayor énfasis de los sistemas de control estatales generales, resultando mayores dificultades operativas para la gestión del Sistema, cuyo funcionamiento en los límites del Derecho Público se ha mostrado inadecuado.

Desviaciones de presupuesto

Aunque un principio común de buena administración es la regla de que los presupuestos nunca deben ser holgados, en estos últimos años las desviaciones de gasto, entre presupuesto inicial y final, han sobrepasado lo razonable y, en lugar de constituir un estímulo para ajustarse al cumplimiento del presupuesto, agudizan los problemas de una gestión ya de por sí difícil y complicada. Teniendo en cuenta que, en su mayor parte, el gasto es de personal y no cabe el aplazamiento de pago, los déficit de tesorería inciden solamente en una fracción del presupuesto (compras, inversiones), y los largos retrasos de pago en esos capítulos contribuyen probablemente a un mayor coste y a una menor exigencia.

En todo caso, la conciencia generalizada del carácter irreal de los presupuestos iniciales hace imposible suscitar una motivación

responsable. Para recuperar el realismo del presupuesto sería también necesario que el capítulo de *otros ingresos* dejara de ser una cuestión marginal y se convirtiese en un recurso importante en las unidades de prestación de servicios; en primer lugar, cobrando con pulcritud todo aquello que no forma parte de las prestaciones básicas y que el sistema indebidamente no cobra en muchos casos (seguros de automóviles, seguros privados, etc.); en segundo lugar, abriendo un campo de prestaciones opcionales; y en tercero, introduciendo, si las circunstancias lo aconsejan, una participación directa del usuario en los costes.

También es necesario recordar las posibilidades de reducción del gasto, si se devuelven los atributos de dirección.

En resumen, un presupuesto inicial más realista y un comportamiento más responsable pueden producir disminuciones radicales o eliminación de los déficit en las unidades de prestación de servicio sanitario.

En cualquier caso, una vez que se han producido las desviaciones, deberían financiarse, en una primera instancia, por endeudamiento público específico, ya sea a nivel general o bien a escala de la unidad de provisión que haya incurrido en ese déficit; y, a medio plazo, ser subsanadas por la aportación del sistema fiscal general y cotizaciones de la Seguridad Social, en la parte alícuota de responsabilidad correspondiente, o, alternativamente, ser desplazadas a la participación directa del usuario hasta recuperar el equilibrio.

En la medida en que estas desviaciones se cubran por imposiciones de carácter más finalista, será más probable inducir un mayor sentido de responsabilidad general.

Participación de los usuarios

La participación del usuario en el coste de las prestaciones básicas, con las excepciones que la equidad requiera, es evidentemente una fuente adicional de financiación.

Sin embargo, la Comisión la percibe, en primer lugar, como raíz de responsabilidad y base de facturación, es decir, como génesis de los datos y motor de arranque del núcleo de información que permita sustentar en su momento una gestión eficiente y una financiación responsable. Por esto, si se considerase como regla general el principio de participación del usuario en el coste, la Comisión estima suficiente que dicha participación en las prestaciones básicas sea pequeña, prácticamente simbólica.

A efectos de este razonamiento, conviene recordar que de 40 millones de españoles, potenciales beneficiarios del SNS, existen del orden de dos millones (trabajadores de renta media y media-alta) que han optado por un sistema de asistencia de carácter distinto al de provisión pública; asimismo, cuatro millones de españoles, por la percepción, tal vez exagerada, de defectos e inconvenientes de la sanidad pública, han buscado una doble cobertura pagada privadamente, con independencia de atender sus cotizaciones sociales.

La opinión pública, según los resultados de la *encuesta Blendon*, considera que es mejor la asistencia privada que la pública (el 57 % de la población), o que es análoga (el 33 %). En esa impresión colectiva influyen indudablemente factores subjetivos, entre los cuales no deben de ser los menores las facilidades de acceso y la libertad de elección.

Por otra parte, por el comportamiento de los ciudadanos ante la fiscalidad directa de carácter coactivo, y otros tipos de fiscalidad o pago de servicios, se tiene la impresión de que la imposición fiscal de carácter directo se encuentra cercana a los límites y se observa una menor resistencia o mayor predisposición a pagar los servicios utilizados directamente. Resulta también constatable que, en los sistemas de seguros privados de servicios médicos, con independencia del pago de las primas, es muy frecuente la participación en el pago de actos sanitarios, y está generalizada la ausencia de prestación farmacéutica.

Como una última reflexión cabe indicar que, afortunadamente, en una sociedad dinámica el nivel de renta va creciendo y, año tras año, capas más numerosas de la sociedad irán teniendo aquella percepción. Conviene, por ello, reflexionar sobre la permanencia de una regla general de gratuidad que ha presidido etapas de desarrollo económico inferior y ha ido acompañada de una cierta precariedad en la asistencia sanitaria y pensar, asimismo, en la conveniencia de sustituirla por una regla general de participación del usuario en el coste, con las excepciones que la equidad requiera.

La Comisión estima que sólo se podrá conseguir un mayor grado de satisfacción general con mayores márgenes de libertad de elección, y ésta podrá irse introduciendo conforme las circunstancias lo permitan, pero exigirá, previa e inexcusablemente, algún elemento de participación del usuario en el coste. En resumen, la frontera de la gratuidad como regla general habrá que atravesarla para lograr un mayor grado de satisfacción general.

6.2 RECOMENDACIONES

Aspectos de organización

ORGANIZACIÓN

Con independencia de que el proceso de transferencias en las autonomías se realice en la forma y tiempo que las circunstancias políticas aconsejen, resulta evidente que, en la situación de llegada, existirá una descentralización completa y, en consecuencia, se recomienda:

1. Que todos los pasos y actuaciones de organización administrativa contemplen esta circunstancia y simplifiquen la evolución final del proceso. Las actuales delegaciones territoriales de-

berían ir ostentando por autorización mayor capacidad de decisión y así finalizaría en ellas gran parte del proceso de responsabilidades en materia económica, disciplinaria, de personal, etc., de tal modo que la transferencia de competencias resultaría, en su momento, un acto de gran simplicidad.

2. Esta pérdida de importancia de los servicios centrales, en lo que se refiere a administración y ejercicio de la asistencia sanitaria, debería ir acompañada de un refuerzo en los aspectos estratégicos generales, tales como la dirección de la política de salud para el conjunto del sistema, control y coordinación de la investigación básica, refuerzo de los mecanismos de información, estadística, sanidad exterior, etc.

3. Las reformas organizativas que se efectúen, en su caso, en las administraciones sanitarias deberían ir estableciendo una cierta distancia entre los anteriores aspectos correspondientes al sentido de autoridad sanitaria y aquellos otros originados por la financiación y gestión de la asistencia sanitaria.

4. Deberían potenciarse las funciones del Consejo Interterritorial, así como la ampliación de sus cometidos, por cuanto la práctica de los aspectos de autoridad sanitaria y la ejecución de los presupuestos de la asistencia requiere un funcionamiento armónico del conjunto del Estado.

5. Dada la pobreza de información económica encontrada, se recomienda la creación de un instituto de estudios económico-sanitarios, con reducida dotación de personal, o que se asigne esa función a una de las unidades existentes. Su responsabilidad fundamental sería la elaboración de una base de datos con todos los aspectos de la economía del sistema, tanto de la Administración Central como de la Autonómica, y asimismo a nivel de centros y unidades. Este mismo instituto podría recoger también información sobre costes unitarios y por procesos.

6. Deberían establecerse las bases para poder implantar un sistema de facturación entre Comunidades Autónomas.

FINANCIACIÓN Y PROVISIÓN

7. Separar la financiación (pública) de la provisión de servicios (pública y privada) como punto principal para mejorar la eficiencia. Esta separación, que constituye también un criterio fundamental en las reformas proyectadas en algunos sistemas sanitarios europeos, permitiría introducir un cierto grado de competencia entre los proveedores, de forma que fuesen premiados aquellos que presten una atención eficiente y, por otra parte, crearía las bases para ampliar la libertad de elección del usuario.

ÁREA DE SALUD

8. El Área de Salud se establece como la unidad básica de responsabilidad en la estructura descentralizada del sistema. Para conseguir eficazmente sus fines, la Comisión estima que su tamaño debería ser mayor que el actualmente establecido, sin que, por otra parte, supere el ámbito de una provincia.

Las competencias que actualmente asigna la Ley General al Área deberían ser mantenidas, pero despojadas de la involucración en la gestión en los aspectos de asistencia sanitaria.

9. En estas circunstancias, el Área de Salud tendría las siguientes competencias fundamentales:

- La Administración del presupuesto de asistencia sanitaria y la financiación de estas actividades mediante la *compra* de servicios a los proveedores, velando por la calidad asistencial y la satisfacción del paciente y comportándose, en este punto, como una especie de *ombudsman* que actúa con sujeción a los presupuestos autorizados. Asimismo debe procurar que las circunstancias de acreditación se mantengan y cuidar del cumplimiento escrupuloso de los conciertos y contratos de asistencia que en su área se dispongan.
- Recibir y hacer cumplir en su demarcación las normas de las autoridades de la salud pública y organizar y ejecutar, con un presupuesto distinto y específico, los programas de promoción y prevención que se establezcan.

10. La Comisión recomienda una separación tajante en la formulación y en la aplicación de los presupuestos de asistencia sanitaria y los de prevención y promoción de la salud pública, de tal modo que se pueda evitar la propensión a una cierta esquizofrenia por el desempeño de ambas responsabilidades, y prevenir desviaciones presupuestarias a fines distintos de los autorizados.

La Comisión entiende que la importancia y trascendencia de la prevención y promoción de la salud se percibirá más claramente con unos presupuestos específicos, y estima que los instrumentos más adecuados para la ejecución y cumplimiento de los distintos programas de prevención y promoción pueden ser también los conciertos con unidades y profesionales, individuales o en grupo. Considera asimismo que muchas necesidades de salud pública en temas como estadística, epidemiología, etc., constituyen obligaciones normales del ejercicio profesional y su cumplimiento forma parte de la acreditación.

11. La Comisión recomienda que el Consejo de Dirección que la Ley General de Sanidad prevé para el área, debería revestir más apropiadamente el carácter de Consejo de Administración en las materias de presupuestos y financiación de la asistencia sanitaria. La actividad y responsabilidades concernientes a la salud pública, podrían estar asesoradas y tuteladas por un Consejo de Dirección de las características que la Ley prevé.

12. Las figuras del gerente, director técnico del área, etc., adquieren así un relieve especial y debería tenderse al hábito de que su designación fuese por períodos ciertos de tiempo, 3-4 años, y su remoción, si resultase indispensable, motivada. Estas prácticas, fáciles de introducir, refuerzan la independencia y posibilitan el ejercicio de la responsabilidad.

SOCIEDADES PÚBLICAS

En las unidades de provisión de asistencia sanitaria y de propiedad pública sería necesario impulsar una verdadera autonomía financiera y patrimonial, de modo que crecientemente pudieran tener plena capacidad de obrar y de contratar y obligarse, requisitos que definen el vértice de las responsabilidades e impiden que éstas se transfieran más arriba.

13. Para ello, los hospitales y otros centros de servicios sanitarios podrían transformarse en sociedades estatales que, en su funcionamiento, quedarían sometidas al derecho privado. Esta situación haría posible la autonomía responsable de la gestión y la posibilidad y motivación para captar ingresos adicionales, sin perjuicio de controles posteriores de gasto, tanto o más exigentes que los actualmente establecidos.

14. La transformación del régimen jurídico no precisa ser universal, e inicialmente podría dirigirse a un grupo de unidades que cumplan determinadas condiciones y en las que exista un suficiente grado de aceptación.

En el supuesto de que se produzca esta transformación, la unidad dotada de personalidad jurídica tendría que subrogarse en las obligaciones, especialmente de personal y de contratos con terceros, que tuviera la antigua unidad. En cuanto a la subrogación de las obligaciones de personal, se indica en el capítulo correspondiente un procedimiento que la haría factible.

15. Con independencia de que no se transforme el régimen jurídico en todas las unidades, lo que resulta necesario es reforzar en todas ellas los atributos de dirección y establecer algunos elementos de flexibilidad económica, así como un sistema de intervención *ad hoc* de modo que, aun funcionando dentro del derecho público, pudiera recuperar grados de eficiencia. Sería necesario resolver el capítulo de *otros ingresos* asignándolos al propio centro.

PERSONAL

La Comisión recomienda establecer las modificaciones necesarias en la vinculación laboral del personal, a efectos de conse-

guir una mayor capacidad de decisión del centro en estos aspectos, con respecto a los derechos básicos adquiridos y a los derechos de expectativa que resulte razonable atender. Para todo ello, y referido a los actuales centros de titularidad pública, se distingue entre el personal actual y el futuro.

16. Respecto al personal actual se debería considerar la posibilidad de escindir el actual Estatuto en dos partes: una que comprendería la retribución básica y la carrera profesional y continuaría siendo determinada por las autoridades centrales; y otra que regularía la fracción complementaria de las retribuciones, así como las facultades de recompensa y sanción inherentes a la dirección, dependería de cada centro y su evolución en el futuro tendría un carácter de negociación colectiva de tipo laboral. Este tramo de relación puede organizarse de modo que determinados grupos de personas, por su especial responsabilidad, tengan el tratamiento de personal no sujeto a convenio, como es hábito generalizado en el sistema laboral ordinario.

De este modo, los niveles retributivos podrían ser más personalizados, con una parte fija y otra variable, se estimularía y garantizaría el desarrollo de la carrera profesional y podrían quedar separadas las responsabilidades jerárquicas de la promoción profesional, que permanecería ligada al propio individuo y, por tanto, más garantizada e irreversible.

17. El personal de nuevo ingreso se contrataría directamente por cada centro con arreglo a la legislación laboral. Para garantizar transparencia e igualdad de oportunidades sería conveniente que por la selección del personal médico y de enfermería se efectuara a discreción del centro, pero entre candidatos previamente habilitados y acreditados por algún tipo de organismo o agencia ajena al propio centro.

18. Debería estimularse el desarrollo de la carrera profesional en las diferentes modalidades de personal sanitario, separando las responsabilidades jerárquicas de la promoción profesional personal.

19. Deberían establecerse mecanismos de motivación e incentivos del personal, a través de diferentes modalidades, para lograr su participación y revalorización en la gestión y funcionamiento de cada una de las unidades asistenciales.

20. Deberían relacionarse los planes de estudio de las diferentes profesiones sanitarias con las necesidades de desarrollo del Sistema. Los planes de estudio tendrían que orientarse hacia contenidos más adecuados a la práctica profesional sanitaria de los países occidentales, incluyendo el trabajo en equipo, la formación en principios e instrumentos de gestión, la comprensión de las necesidades de salud comunitaria y las nuevas exigencias éticas de la Medicina moderna, que compaginen los contenidos científicos con las dimensiones sociales y colectivas de la sociedad actual.

21. Debería preservarse y mejorarse en lo que proceda el sistema actual de formación postgraduada de especialistas en el llamado sistema MIR, incorporando una prueba final del periodo formativo. Los actuales déficit en algunas especialidades deben cubrirse a través del mismo sistema MIR.

22. Deberían impulsarse los procesos de formación continuada y la actualización de las competencias profesionales.

23. Debería adecuarse la formación de la carrera de Enfermería al entorno europeo y a las necesidades del sistema.

24. Debería considerarse la extensión y mejora del resto de las profesiones técnicas relacionadas con la sanidad.

SERVICIOS PRIVADOS

La provisión de asistencia sanitaria al SNS con medios distintos de los públicos, y desarrollada hasta la fecha en compartimentos muy estancos, tiene que ser el soporte de la complementariedad y un elemento necesario para devolver eficiencia al sistema en general, debiendo entrar a un régimen de mayor participación y *competencia leal*.

25. Por ello, la Comisión recomienda:

- Establecer las condiciones de solvencia financiera y acreditación sanitaria, que permitan delimitar la oferta de proveedores en condiciones de ser útiles para prestaciones asistenciales del Sistema.
- Actualizar la normativa vigente que regula la actividad del seguro de asistencia sanitaria.
- Mejorar los contratos de concertación de servicios de modo que estimulen la eficacia en la gestión de los proveedores.
- Actualizar el ordenamiento de la participación de las empresas en la prestación sanitaria (entidades colaboradoras y mutuas), con especial atención a la extensión de las prestaciones —incluir las farmacéuticas— a los pensionistas y reglamentar el uso del dispositivo sanitario de la Seguridad Social.
- Evaluar, por medio de un análisis concreto y urgente, las entidades colaboradoras y mutuas con suficiente tradición (MUFACE, etc.), a partir del cual deberían aplicarse las conclusiones —*modificación, mantenimiento o impulso*— que resulten procedentes.

Aspectos de gestión

CONTABILIDAD Y PRESUPUESTOS

Presupuestos realistas, ciertos, rigurosos y bien elaborados, que asocien las actividades y los costes, deben ser el principal instrumento de gestión. Los presupuestos prospectivos y limitados deben extenderse a las unidades de gestión menores. Las técnicas de registro y control deben ser las de la empresa.

26. Sería necesario formular e introducir esquemas ampliamente aceptados de medición del producto final y productos intermedios de los servicios sanitarios en centros de titularidad pública que tengan la suficiente entidad para justificarlo (hospitales, centros de salud, etc.). Pueden existir varios esquemas de diferente nivel de detalle, según la capacidad, complejidad y cultura contable. En todo caso, mecanismos de medición inicialmente muy simples (UBAS u otros) pueden comenzar el proceso.

27. Deberían crearse, en instituciones complejas y de cierto tamaño, unidades de coste/beneficio con capacidad de facturación interna. Con ello, se conseguirían reducciones radicales en la dimensión de los problemas a resolver, disminuirían las eventuales fugas de responsabilidad, resultaría más fácil determinar los recursos ocasionalmente improductivos y se posibilitaría la comparación homogénea en términos de calidad y precio.

28. Debería promoverse la participación responsable del personal médico en la gestión, mediante el establecimiento de *presupuestos clínicos* u otras fórmulas, que induzcan la responsabilidad sobre unidades de servicio y de gasto. El personal involucrado debería participar en los ahorros que se produzcan, a través de la mejora individual de sus retribuciones, medios de formación o equipamiento.

29. Debería introducirse con carácter masivo el Plan General de Contabilidad, con su adaptación sectorial, y establecer progresivamente el hábito de auditorías externas.

30. La información contable y de actividad asistencial, especialmente en las unidades complejas, debería diferenciar los servicios de asistencia sanitaria de los de docencia y los de investigación, de modo que se conozcan los costes realmente incurridos o inicialmente imputados en cada una de las actividades. De esta manera, el FIS podría valorar los costes de investigación imputados en relación con los beneficios obtenidos; análogamente, el sistema educativo y el SNS podrían, una vez delimitados los costes estrictos de la asistencia, efectuar comparaciones con otros hospitales públicos alternativos, con determinados conciertos, etc. Producida esta transparencia en los costes, y comparados éstos con los precios socialmente aceptables, se crearían los estímulos para lograr una mayor eficiencia.

31. La facturación, con indicación de todos los costes incurridos, debería convertirse en un instrumento central del sistema, tanto para recuperar ingresos, que actualmente se están perdiendo, como para trasladar a los usuarios una información real de su consumo de recursos. Debería establecerse, por lo menos en los hospitales, la obligatoriedad de facturar todos los servicios y emitir una factura (una especie de *factura sombra*), con una indicación del componente de ayuda pública, total o parcial, recabando la firma de los usuarios. Sin perjuicio de señalar lo insólito de una organización que pretenda funcionar sin facturar los servicios o bienes que produce, hay que recordar que el hecho de la facturación se puede llevar a cabo con medios extraordinariamente sencillos. Dicho de otro modo, los costes administrativos deben ser atentamente considerados y contenidos.

CONTRATACIÓN EXTERNA

32. El SNS se va a desarrollar en los próximos años en un contexto de gasto sanitario total creciente y en unas circunstancias de cambio tecnológico muy dinámico. Estas características van a solicitar del Sistema la creación y/o ampliación de nuevos servicios que deberían ir enérgicamente acompañados de la supresión o disminución de aquellos otros que las circunstancias indiquen.

Del acierto de estas decisiones de inversión, en los próximos diez años, dependerá fundamentalmente recuperar la eficiencia del Sistema. Esta situación de cambio tan vivo, en un contexto de crecimiento, puede ser el mayor aliado en la transformación del Sistema.

En consecuencia, para la creación o ampliación de los nuevos servicios, deberían aceptarse los siguientes criterios:

- Flexibilidad, cuando la dotación de esos nuevos servicios se efectúe fundamentalmente con cargo a recursos ociosos del propio centro.
- En el caso de no existir recursos ociosos en cuantía suficiente en el propio centro, circunstancia que debería quedar acreditada mediante datos previos de eficiencia comparada del conjunto del centro, tendría que analizarse prioritariamente la cobertura de este nuevo servicio mediante contratación externa.
- Y si no existen recursos ociosos en el centro y no es posible, por razones de seguridad o calidad técnica, la contratación externa, la creación del nuevo servicio exigiría un severo examen previo de las circunstancias anteriores y emitir una autorización específica y razonada.

33. La contratación externa, que debe tener en el futuro una mayor aplicación, y ser especialmente considerada en la puesta en servicio de nuevas instalaciones completas, requiere el desarrollo de técnicas contractuales adecuadas que consigan seguridad, calidad y precio.

CALIDAD

34. Debería introducirse progresivamente en el sistema contractual normas de calidad, tanto de mínimos de estructura (acreditación), como de los procesos y resultados, con especial atención al coste por proceso, a fin de promover la mejoría de la asistencia con sujeción a los recursos disponibles.

35. La calidad asistencial, que afecta a la misma razón de ser del SNS, debe asegurarse con la extensión de un sistema informativo específico (conjunto mínimo básico de datos normalizado por cada usuario), con el establecimiento de métodos y mecanismos para la acreditación de los centros públicos y privados, con la revisión periódica y frecuente por pares (*peer review*) de los procesos y resultados en todos los niveles de asistencia, y con la formación continua del personal sanitario.

36. En un Sistema Nacional de Salud que se desea más abierto y competitivo, a la vez que procura mayor satisfacción subjetiva de los usuarios, el cuidado de la calidad, la atención personalizada, el confort y el compromiso de servicio deben ir surgiendo progresivamente como una consecuencia natural de la expresión de las preferencias de los consumidores. Sin embargo, es un deber de las Administraciones y los proveedores impulsar y desarrollar ese proceso, incentivando un enfoque global de calidad en el servicio.

Aspectos de financiación

FINANCIACIÓN

La aportación de recursos financieros al sistema, acorde con las prioridades definidas por la sociedad a través de sus representantes, debe asegurar el sostenimiento suficiente de los servicios y la distribución equitativa de los recursos. Al mismo tiempo, los mecanismos de financiación deben ayudar a reconocer, para los usuarios y proveedores, la dimensión de los costes y el esfuerzo individual y social soportado.

37. La asignación de recursos para la sanidad a través de los Presupuestos Generales debe continuar como fuente principal de financiación. Sin embargo, en ningún caso conviene reducir el nivel actual de la aportación de cotizaciones de la Seguridad Social y el de otros ingresos.

38. La aportación de la Seguridad Social se considera básica para que el individuo reconozca su esfuerzo con relación al coste de los servicios. Podría ser útil desagregar los tipos por contingencias, de tal forma que los cotizantes percibieran con más claridad el coste de las distintas prestaciones.

39. Los déficit del SNS deberían ser soportados primeramente mediante un endeudamiento específico y, después, ser atendidos por los financiadores en la parte alícuota de la estructura del presupuesto inicial.

40. Los actuales *otros ingresos* son una fuente de financiación que, aunque menor, debería ser creciente. Los servicios asistenciales facturados a personas ajenas al sistema o cubiertos por otras situaciones (seguros de automóvil, mutualidades de funcionarios, etc.) deberían facturarse en su integridad a *costes reales* y asegurar debidamente su cobro.

41. Los centros sanitarios podrían obtener ingresos adicionales, a través de actividades propias como la docencia y por la oferta

de servicios hoteleros complementarios, tales como restauración, cama de acompañante, etc., facturados a su coste real.

42. Los usuarios deberían participar, aunque minoritariamente, en el pago de los servicios. Las cantidades serían, en principio, casi simbólicas y dirigidas principalmente a aumentar la percepción de los costes y crear el sistema de facturación.

43. Debería mejorarse la equidad de las fórmulas actuales de financiación del Sistema, dirigiéndolas hacia un criterio *per cápita* corregido que tenga en cuenta las necesidades territoriales. Debería establecerse asimismo un fondo de nivelación interterritorial para paliar las diferencias existentes en cuanto a inversión y dotaciones iniciales.

CONTENIDO DE LAS PRESTACIONES

Es preciso definir con mayor rigor las prestaciones y servicios incluidos en el sistema de financiación pública y la introducción de nueva tecnología, para asegurar un crecimiento ordenado y seguro, presupuestado adecuadamente y distribuido de forma equitativa.

44. Deberían delimitarse con precisión las prestaciones básicas, que han de ser cubiertas mayoritariamente con recursos públicos, por formar parte del núcleo de solidaridad del Sistema. En ausencia de otro criterio, la Comisión entiende que podrían considerarse *básicos* todos aquellos servicios y prestaciones que, con características de *generalidad* y *gratuidad*, se estuviesen dispensando en todo el territorio nacional en el momento de aprobación de la Ley General de Sanidad.

45. La introducción de nuevas prestaciones básicas que la evolución de la medicina aconseje, o las circunstancias sociales y económicas permitan, debería ser precedida de un acto reglado y de una dotación presupuestaria específica y suficiente.

46. Debería crearse el concepto de *prestación adicional* o *complementaria* para aquellas otras que, no formando parte del núcleo básico exigible de asistencia sanitaria, pueden irse introduciendo con una cofinanciación del usuario. En todo caso, no formarían parte de un concepto exigible sino discrecional, cuya financiación podría graduar el Sistema según las circunstancias socio-económicas del usuario y los recursos disponibles.

47. Debería establecerse un mecanismo estable para evaluar cualquier nueva tecnología sanitaria, con carácter previo a su difusión, de modo que su eficacia técnica y su eficiencia económica queden suficientemente garantizadas. Esta evaluación debería tener un carácter nacional y efectuarse en cooperación estrecha con el Consejo Interterritorial.

FARMACIA

Con relación a la prestación farmacéutica, es preciso adoptar medidas que limiten la *sobreprescripción* y el consumo exagerado de fármacos. A pesar de la impopularidad de la medida, la Comisión sólo ve posible recomendar la extensión de la participación en el coste, con excepciones por razones de equidad, y con una compensación en la cuantía de las pensiones u otras medidas fiscales.

48. La Regla general debería ser la participación en el coste, aplicando como excepción las ayudas específicas a los grupos que se consideren convenientes por razones de equidad.

En el caso de pensionistas institucionales, sería requisito indispensable incrementar la pensión en análoga cuantía de forma simultánea, ya que el objetivo de la medida no tiene carácter recaudatorio, sino de concienciación del coste y eliminación del fraude.

49. Deducidos del actual colectivo exento los pensionistas institucionales, quedarían con ayudas específicas los pensionistas no contributivos y enfermos crónicos (en farmacología relacionada con su enfermedad) y eventualmente otros colectivos. En todo caso, su número, extraordinariamente más reducido, facilitaría su control.

50. Si, por razones de oportunidad política, no se estimase conveniente generalizar la participación en el coste, debería analizarse la posibilidad de sustituir la exención actual por el pago, con reembolso a posteriori, del 40 %.

51. Sería preciso poner más énfasis en la actualización, de manera continuada, de los conocimientos farmacológicos de los médicos, incluyendo información de carácter económico, e incrementar la conciencia de coste con comunicación periódica de los gastos originados por sus prescripciones. Debería incentivarse la prescripción racional, suficiente y de bajo coste, a través de medidas de divulgación e información y aquellas otras, incluso de carácter económico, que resulten convenientes.

52. En adelante, debería dissociarse el hecho técnico-administrativo de la inscripción de un nuevo medicamento en el registro farmacológico de la inclusión automática en una lista de compras del sistema.

ATENCIÓN SOCIAL

La notoria insuficiencia de medios adecuados para atender a los enfermos crónicos y a las personas de edad avanzada, que padecen los achaques naturales, deriva estos grupos a los hospitales, donde ocupan y bloquean camas de agudos de elevado coste, sin recibir la asistencia que realmente requieren. Se produce así en el Sistema un gasto muy elevado que, sin embargo, deja desatendida la necesidad respecto a esta situación, la cual no sólo supone un despilfarro económico, sino que perturba gravemente la asistencia hospitalaria.

La Comisión recomienda:

53. Diferenciar en la imputación de costes y, por tanto, en la facturación de los hospitales todo aquello que debiera haberse resuelto en otro ámbito específico, como es, en este caso, el consumo asistencial de las personas de avanzada edad y enfermos crónicos y, dentro de ellos, distinguiendo los costes correspondientes a las personas mayores de setenta y cinco años (*grupo de cuarta edad*, que, probablemente, causará en lo sucesivo una parte importante y creciente del gasto). Este último grupo, requiere, por ello, particular atención estadística.

Esta clarificación de los costes podría generar los impulsos económicos para:

- Dar prioridad a la creación de camas de media y larga estancia que, además de permitir una atención más adecuada, conseguiría la recuperación paralela de camas de agudos.
- Situar la responsabilidad básica en los servicios públicos de atención social.
- Clarificar y coordinar la interrelación de la asistencia sanitaria y la atención social.
- Fomentar el pluralismo en la provisión de atenciones sociales con el fin de ampliar la posibilidad de elección del usuario. Se debe tender progresivamente a que el sector público asegure la prestación de servicios sin necesidad de ser el proveedor y gestor directo y, a tal fin, sería necesario animar las iniciativas voluntarias y privadas.
- Emplear en el sector social, de forma similar al Sistema Nacional de Salud, el contrato como instrumento de gestión, apoyado en la acreditación y en el control de calidad.

LISTAS DE ESPERA

Las listas de espera pueden ser la expresión natural de un imposible acoplamiento diario entre oferta y demanda. En mayor o menor medida, las listas de espera están presentes en todos los sistemas de salud europeos, más dilatadas en los sistemas financiados básicamente por presupuestos generales y más reducidas en los soportados por la Seguridad Social. (En Alemania, por ejemplo, en estos momentos no hay listas de espera).

En la lista de espera, más importante que la cantidad es su naturaleza, es decir, que esté *bien formada*, constituida por pacientes cuyo tratamiento pueda demorarse sin agravamiento de la enfermedad (por ejemplo, *cirugía fría*); la Comisión quiere destacar, al respecto, que, según las informaciones recogidas, no parecen existir necesidades realmente urgentes desatendidas por el Sistema.

Importa, asimismo, definir unos plazos de tiempo por tipo de servicio, sobrepasados los cuales la espera se consideraría inadecuada y afectaría, como un factor más, a la calidad del servicio. De este modo, podría realmente objetivarse el agobio o grado de insatisfacción.

Por otra parte, hay que destacar que, en el ejercicio de la medicina privada, no son infrecuentes los plazos de espera sin que por ello se perciba insatisfacción, probablemente por la libertad de elegir que tiene el paciente.

Para paliar las dificultades de las listas de espera la Comisión recomienda:

54. Definir plazos de tiempo por tipos de servicio, como límites que no debieran rebasarse en una asistencia de calidad razonable.

55. Establecer métodos de registro riguroso para las listas de espera.

56. Mejorar la programación de los ingresos hospitalarios.

57. Generalizar el contrato de concierto por proceso.

58. Proceder con flexibilidad, fomentando experiencias y soluciones locales que optimicen el uso de los recursos propios, y

59. Concertar en casos necesarios medios ajenos circunstanciales, vigilando la posible existencia de intereses velados.

URGENCIAS

El análisis de la masiva demanda de asistencia urgente permite advertir que está compuesta por tres grupos de pacientes diferenciados por el carácter de la urgencia. El primero, entre el 3 y el 5 %, está formado por emergencias, es decir, urgencias vitales, médicamente objetivas y, por ello, apremiantes; el segundo, estimado en 35/40 %, está constituido por urgencias percibidas como tales por el paciente angustiado, pero que, salvo excepciones, clínicamente no lo son y no exigen, por tanto, un tratamiento inmediato; y el tercero, alrededor del 50/60 %, está formado por enfermos que emplean los servicios de urgencias como un *cortocircuito* del Sistema, bien para ser atendidos cuando surge alguna enfermedad semibanal o indisposición fuera del horario de ambulatorios o consultorios, o bien para ingresar sin esperas en la asistencia hospitalaria.

Este último grupo, que supone el grueso de la demanda, masifica los servicios de urgencias, colapsa la actividad hospitalaria ordinaria y desarticula la ordenación asistencial del Sistema.

Dicha masificación se produce principalmente en los hospitales de las grandes capitales, siendo de mucho menor grado en los de ciudades de tamaño intermedio y zonas rurales.

Los accidentes de tráfico, tanto por el lugar en que se produce como por su número, lamentablemente alto, así como los accidentes de trabajo y determinadas emergencias médicas (infartos) requieren una asistencia urgente de características especiales.

En esta situación, la Comisión recomienda:

60. Fortalecer y coordinar los sistemas especiales de emergencia para accidentes de tráfico, de trabajo y determinadas emergencias médicas, de modo que se asienten en una adecuada infraestructura de transporte y comunicaciones y que sean capaces de combinar los medios y colaboraciones voluntarias (Cruz Roja) existentes. Estudios económicos realizados por encargo de la Comisión y la experiencia de países vecinos permiten presumir que el coste no excedería de 500 pesetas por persona y año, que podría ser financiado conjuntamente por el Sistema, por las compañías aseguradoras de automóviles y por las mutuas de accidentes de trabajo. Tal red de urgencias reduciría el número de muertes e invalideces y, por tanto, las indemnizaciones que hoy pagan las citadas compañías aseguradoras y mutuas.

61. En coherencia con el objetivo de recuperar para la atención primaria la función de *puerta de entrada* del Sistema, y dado que la masificación de los servicios de urgencia ocurre principalmente en las grandes capitales, disponer en éstas, y con carácter experimental, algunos Centros de Salud como puntos adicionales y alternativos de asistencia urgente, dotados, expresamente para tal fin, de ciertos medios elementales de diagnóstico. Los hospitales continuarían recibiendo a aquellos enfermos que prefiriesen acudir directamente a sus servicios de urgencia.

Una vez que se cuente con este dispositivo, debería informarse al público acerca del uso y situación de los servicios de urgencia y, transcurrido un plazo de tiempo oportuno, se evaluaría la utilidad de los centros de salud en el desahogo de los servicios hospitalarios de urgencia.

62. En caso de que tal mejoría no se produjera, habría que aplicar prudentes medidas económicas disuasorias.

SALUD PÚBLICA

No es posible pensar que un mayor énfasis puesto en las mejoras de la eficiencia y la gestión de los recursos permite desatender las carencias perentorias que se producen en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. Se trata de conciliar una mayor sensibilidad hacia el consumidor, como cliente individual de un sistema de cuidados, con la atención a las necesidades y problemas de salud de la comunidad como un todo.

La Comisión recomienda que:

63. Las Administraciones sanitarias impulsen la elaboración de estrategias de salud de carácter intersectorial; para que sean de utilidad, estas iniciativas formuladas como *metas de salud* deberán servir para establecer prioridades, según han hecho ya otros países europeos (Reino Unido, Suecia).

64. La actividad asistencial debe, naturalmente, incluir actividades preventivas y de promoción y educación sanitaria dentro de los servicios profesionales asistenciales con objetivos e incentivos definidos.

FERNANDO ABRIL MARTORELL

Presidente de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud

7. «EL INFORME ESTABA DESTINADO, DE FORMA IMPORTANTE, A REMOVER Y SACUDIR LAS CONCIENCIAS»

Para cuantos nos movemos en el mundo de la salud, el acontecimiento más importante del año pasado lo constituyó, sin lugar a dudas, la aparición del Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, popularmente conocido como Informe Abril Martorell, en razón de quien fue presidente de la misma.

Las 64 Recomendaciones que ofrece dicho Informe suponen sesenta y cuatro serios avisos, dirigidos a cada uno de los flancos del Sistema Nacional de Salud. De un Sistema del que se reconocen sus indudables e inestimables logros pero en el que se detectan sus evidentes deficiencias, de suficiente entidad algunas de ellas como para estar más pendientes de buscarles solución que de atacar sistemáticamente a quien sólo ha sido su mensajero.

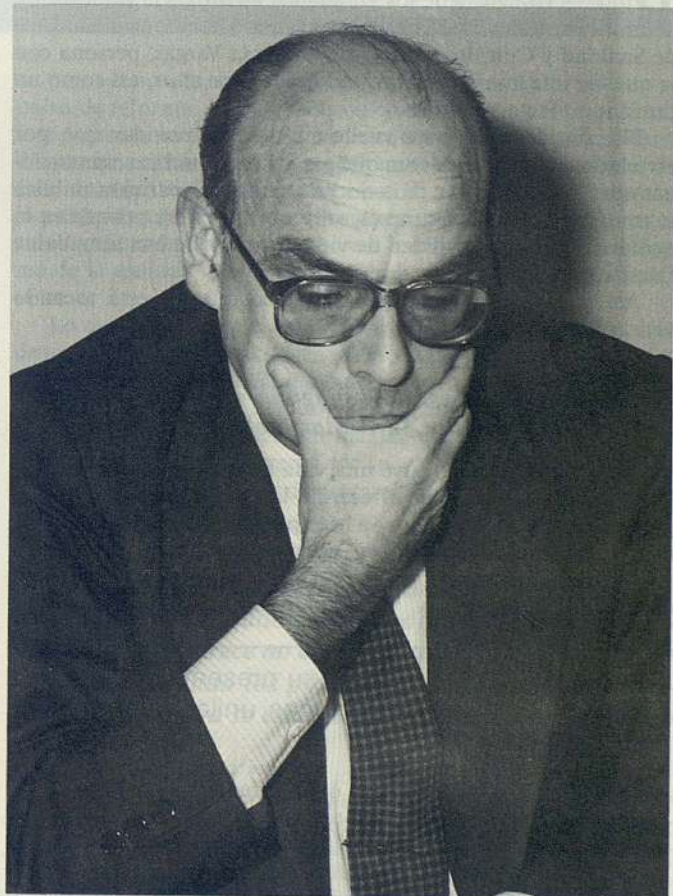
Y la opinión pública, haciéndose eco del haz de intereses que implican tanto los profesionales de la salud como a todos los ciudadanos, usuarios del Sistema, ha sido generosa. Prensa escrita, radio, TV, han dado amplia cobertura al asunto recogiendo fielmente la polémica suscitada por dicho Informe, que no ha sido poca.

LABOR HOSPITALARIA, que ha ofrecido sus páginas a diversos colectivos para enjuiciar el mismo, ha considerado conveniente hacer lo propio a quien es su protagonista, al menos como cabeza visible de la Comisión que lo elaboró. Era de justicia.

Don Fernando Abril Martorell no nos dio sino facilidades en todo momento para hacer posible nuestra entrevista. «Anote mi teléfono y llámeme; es cuestión de ponernos de acuerdo en día y hora», respondía a mi solicitud cuando le abordé personalmente al finalizar una mesa redonda en la que, sobre este mismo tema, tomó parte en Barcelona.

Y, efectivamente, fue cuestión de una simple llamada telefónica el llegar a concretar nuestra entrevista llevada a cabo en su despacho de Madrid.

Don Fernando Abril Martorell es, fuera de tópicos, un personaje que no necesita presentación. Todo el mundo recuerda a este hombre en su época de Vicepresidente del Gobierno, con Adolfo Suárez como Presidente del mismo, en plenos inicios de la transición española. No obstante apuntamos una serie de datos que nos pueden ayudar a un conocimiento más detallado de quien hoy es nuestro personaje.



Fernando Abril Martorell es un valenciano, casado y con seis hijos. Estudió con los Maristas en su tierra natal, trasladándose posteriormente a Madrid donde cursa los estudios correspondientes que le llevan hasta el Doctorado de Ingenieros Agrónomos.

En 1960 conoce en Segovia a Adolfo Suárez, cuando se halla como Ingeniero Jefe de Ordenación Rural, programa piloto de los que por aquel entonces sólo existían tres en toda España. Después llegaría a ser Presidente de la Diputación de aquella provincia.

En pleno Vaticano II, 1964, es nombrado Responsable de Graduados de Acción Católica.

Creado el FORPA, en 1969, Fernando Abril Martorell es designado el primer Presidente de dicha entidad. En 1971 pasaría al Ministerio de Agricultura como Director General, para ser nombrado Ministro del mismo en 1976.

En 1977, Adolfo Suárez le lleva a la Vicepresidencia del Gobierno, cargo que desempeñará hasta 1980. En 1978 se le encargaría, además, de los Asuntos Económicos del Gobierno de la nación.

En la actualidad, desempeña diversos cargos de gran responsabilidad. Es Vicepresidente del Banco Central-

Hispano; pertenece al Comité Ejecutivo de CEPSA; ostenta, asimismo, la Vicepresidencia de la compañía Aguas de Valencia, y es Presidente Ejecutivo de la Unión Naval de Levante.

No le faltan ocupaciones. Tal vez por ello no sienta excesiva nostalgia por tiempos pasados, tiempos de gran importancia en lo que significó la instauración y sedimentación de la democracia en España. Pero estas ocupaciones, tampoco le impiden el estar a disposición de echar una mano cuando se lo piden como ha sido el caso de la Comisión que ha presidido.

Es bien consciente de la polémica que se ha desatado con el Informe y las Recomendaciones que han surgido de dicha Comisión. Sabe que es un toro de difícil lidia y que la afición ha pedido y sigue pidiendo que se devuelva a los corrales. Él, buen taurino, admite que es un toro difícil, muy difícil, pero que, por supuesto no es ni cojo ni inválido. Y, consecuentemente, se ha de lidiar. Que el maestro de turno decida cuál es la lidia adecuada, la que le corresponde. Ése ya no es su trabajo. Lo fue en su tiempo, ¡vaya si lo fue! Pero ya se cortó la coleta. A él se le encargó que pusiese el toro en la plaza. Y en ella está.

—Después de unos años de relativa tranquilidad ha vuelto a ser portada de muchos periódicos y revistas. ¿Cómo ha encajado esta vuelta a la «movida»?

Bien. Yo estaba inmerso en mi vida privada y atendí la solicitud del Congreso de los Diputados de dirigir la elaboración de un Informe, solicitud que me transmitió el entonces Ministro de Sanidad y Consumo, don Julián García Vargas, persona con la que me une una buena amistad desde hace años, así como un profundo afecto y respeto.

No considero que haya vuelto a ninguna «movida» que, por otro lado, no es una palabra que me guste dadas las connotaciones que lleva asociadas. Yo entiendo que esta aparición pública es transitoria. Tras estos meses, volveré a mi esfera privada en la que disfruto de una calidad de vida grande y de una abundante familia por atender.

Así pues, encajo bien esta situación que me está tocando vivir.

—¿No estamos, pues, ante ninguna «rentrée» en la vida política de Fernando Abril Martorell?

No, en absoluto. Yo tuve una vida política muy apasionante y nada que pudiera ofrecerme la vida pública tendría tal grado de interés como el que ya he experimentado. De alguna manera podríamos decir que ya estoy vacunado de esas cosas.

Me interesa la vida política y me interesa que mi país vaya bien como ciudadano que soy. Y como hombre que tiene experiencia

“Con anterioridad a su presentación pública, ya existían versiones unilaterales del Informe”

“La gran reacción al Informe ha venido de parte de los inmovilismos”

“El Informe es un atentado contra el inmovilismo, contra el «statu quo» existente. E, inmediatamente, esos «statu quo» se rebelaron”

de Gobierno, si me piden algún tipo de colaboración compatible con mi vida privada, pues con mucho gusto la asumiré.

Yo ya he cumplido mi «servicio militar»...

—Parece claro que el marketing de venta al público del Informe no ha sido precisamente modélico. ¿Es una pura casualidad o cabe pensar en la existencia de fuerzas interesadas para la filtración tendenciosa del Informe?

Nosotros no nos planteamos nunca ningún marketing de venta especial de nuestro Informe. Simplemente nos planteamos el entregar el Informe a quien nos lo había pedido y, a partir de ahí, obedecer las órdenes del Congreso de los Diputados.

La realidad es que se trata de un tema de gran importancia, que tiene dentro muchos intereses, muchas profesiones, con gran incidencia económica, y, lógicamente, despierta pasiones. Con independencia de que se presentase mejor o peor, lo cierto es que con anterioridad a ello, existían ya diversas versiones unilaterales del mismo.

Se ha producido un debate «a la española»: simplificado, un poco manipulado, en el que se construye un muñeco deformado y, a continuación, se le apuñala. Así fue la aparición del Informe en público.

Han pasado unos cuantos meses, las aguas se han sosegado y yo creo que el Informe va quedando más en su sitio, con sus virtudes y sus defectos, pero ya no tan simplificado.

—El ciudadano de a pie que paga sus impuestos, el usuario de la Seguridad Social, la Administración, los profesionales... ¿Quién ha sido más reactivo al Informe?

Yo creo que la gran reacción al Informe ha venido de los inmovilismos. En nuestro país todo el mundo queremos reformar, pero que reforme el prójimo y en su campo, no en el nuestro.

El Informe, si es algo, es un alegato a favor del regeneracionismo. Por tanto todos los participantes en el sistema nacional de salud deberían reconsiderar sus propias actitudes: el usuario, al solicitar una serie de prestaciones al sistema que no está en condiciones de satisfacer; el profesional, cuando presta sus servicios de forma no correcta a veces; la Administración, cuando crea unas organizaciones excesivamente burocratizadas que impiden que se

«Respecto a la retribución de los profesionales de la salud, proponemos en el Informe que un tramo de la misma, los llamados complementos, se articulen a nivel de cada centro sanitario concreto»



realice una función específica satisfactoriamente... Realmente, si se quiere provocar una reforma en términos de utilidad, todos los implicados tienen que poner en el ara de los sacrificios, de las ofrendas, su propia contribución personal. Es decir, la reforma sólo puede ser positiva si todos acceden a ella con un mínimo de generosidad y empiezan por reconocer, sin mirar al otro, que ellos han de mejorar en su enfoque.

¿Enemigos? Pues, fundamentalmente, todas las fuerzas inerciales, que son el gran motor de nuestra sociedad. Y el Informe estaba destinado, de forma importante, a remover y sacudir conciencias. Así pues, enemigos eran todos en general y ninguno de ellos en particular.

—*Usted ha afirmado públicamente que «nadie quiere lidiar el toro de la sanidad, que se lo han devuelto a los corrales por cojo, pero que cree que el toro está de nuevo en la plaza». ¿No teme que, de nuevo, la Autoridad competente saque de nuevo el pañuelo verde y vuelvan a salir los mansos a retirarlo?*

Es un símil muy español. Y es cierto que no pocas veces se alegan defectos físicos de un toro para no torearlo y no es sino que el torero en cuestión le ha pillado miedo.

Yo lo que comento es que este toro da miedo, pero si se tarda más años en torearlo, adquirirá más poder, más fuerza, más arrobos, más cuernos, y estará más *placeao* y, por lo tanto, más *resabiao*.

Mire usted, estamos en una sociedad democrática, y ya no hay autoridad capaz de sacar un pañuelo verde y devolver las cosas a los corrales cuando realmente los toros están en la plaza. El que tenga ojos para ver, que vea. Yo creo que las reformas, las actitudes de modificación se están produciendo. A nivel del Ministerio, de las Autonomías, yo creo que hay una inquietud y un im-

pulso de reforma. Y toda reforma comienza por una inquietud, una desazón, un picor... es decir, reconocer que las cosas no pueden seguir así, han de cambiar, debemos encontrar unas bases de funcionamiento. En esa actitud observo yo que se está. Se están impulsando una serie de cambios y, repito, no creo que haya autoridad que pueda devolver este toro a los corrales, porque la reforma de la sanidad es necesaria ya que es un asunto muy importante.

Lo que pasa es que es una reforma que necesita también prudencia, sosiego, constancia, tenacidad en el esfuerzo. Tardará años ya que no es una *purga Benito* que lo arregle todo. Lo que arregla todo es el esfuerzo sostenido en el tiempo. Como autores del Informe nos basta con suscitar mediante el mismo un clima y un impulso de reforma. Corresponde ya a los responsables, agentes, profesionales el andar por dicho camino. Así que yo creo que ese toro se está lidiando ya.

—*Señor Abril, este Informe no partió de un deseo suyo, sino que fue solicitado por el propio Congreso, el mismo que ahora parece no enterarse que «ya está ahí». ¿No le han defraudado los políticos, que fueron los impulsores y que ahora se esconden por el alto coste político que supone?*

Efectivamente, el Informe lo solicitó el Congreso. Ahora depende de cómo el Congreso organice sus trabajos. Yo respeto profundamente el poder legislativo, expresión de la democracia formal, representativa. Lo respeto y lo acato.

Lo que no quiere decir que no tenga mi propia idea de cómo debería funcionar el mismo. Yo siempre he sostenido que el Congreso de los Diputados debería debatir y discutir más y votar menos. Cuando votas es la expresión de que tienes un pensamiento terminado, que sabes ya qué es lo que hay que hacer y, por tanto,

estás ya en condiciones de decir sí o no que es una expresión sintética sobre un problema concreto. El debatir, hacer un informe, el emitir una opinión es menos cerrado y dogmático que la votación y, consecuentemente, compromete menos.

Yo creo que el Congreso debería recuperar una posición más relevante en la sociedad y sobre éste y otros asuntos debería constituirse en un centro de atracción del país y debatir dentro de él los asuntos importantes. Y no tanto para votar, insisto, cuanto para dar luz a un conjunto, para hacer reflexionar.

“ Si se quiere una reforma útil, todos los implicados han de poner en el ara de los sacrificios su propia contribución personal ”

“ No creo que haya autoridad que pueda devolver este toro a los corrales... Se está lidiando ya ”

En este sentido, en el escaso debate que el Congreso ha producido sobre un tema tan importante, pues sí, ciertamente me siento defraudado. En fin, de todas formas el Congreso es muy dueño de organizar su trabajo como quiera. Mas vuelvo a insistir en que sobre éste y otros muchos temas importantes, el Congreso debería debatir mucho más, incluso aun cuando no se acabara con una votación. No tienen por qué acabar en votación los debates o las sesiones informativas. Si se votase menos, el Congreso estaría más abierto para introducir en su seno todos los debates que, desorganizadamente, aparecen en la sociedad, incluso con las dudas propias de cada caso porque entiendo que los diputados no están en posesión de todos los conocimientos de un tema determinado.

En una sociedad abierta, sobre los asuntos más ordinarios ya se tiene opinión de cómo se resuelven; ahora bien, existen otros asuntos más complejos, de fronteras más difíciles —por ejemplo, hasta dónde llega la solidaridad; cuándo es lícito que alguien se descargue de sus obligaciones y las pase al colectivo general; asuntos de droga que nos plantea si estamos ante enfermos y/o delincuentes; si la causa de todos estos comportamientos de la sociedad es su falta de raíces...—. Es decir, existen una serie de temas de fronteras difíciles en la sociedad, cuando se están bordeando asuntos de sanidad, de enfermedad, de psiquiatría, de genética, de droga, de integración, penales... en donde generalmente más bien tenemos un conjunto de dudas que de dogmas. Por eso, yo creo que el Congreso, aunque sólo fuese intercambiando esas dudas, recogería dentro de él toda la inquietud social, se robustecería como elemento central de nuestra democracia. Si yo tuviese influencia, organizaría los trabajos del Congreso más en este sentido.

—Uno de los fantasmas que se ven en el mundo de la sanidad por parte de algunos colectivos es el de la privatización del sistema. Incluso se ha apuntado que su Informe sería el documento legitimador de la misma, hecho precisamente con esta finalidad...

En esto de la privatización y de lo público existe también mucha ignorancia y resulta muy difícil hablar si no se precisan los conceptos y se definen bien. Hay que ir al Diccionario de la Real Academia o construir en cada caso el propio diccionario: qué es lo público, qué lo privado, en qué medida lo privado no es público, en qué se define un servicio como público...

La definición de un servicio público descansa fundamental-

mente en cómo se financia —si se financia mayoritariamente de forma pública—, y cómo se extraen los recursos —si se extraen mayoritariamente por recursos públicos, por exenciones, impuestos o contribuciones más o menos obligatorias—. Esa es la definición de un servicio público. El quién lo provee es un tema absolutamente trivial, no le quita una tilde a un servicio público, y la obligación de la provisión es de que sea en términos de eficacia, de satisfacción y de calidad. Por lo tanto esa afición a asimilar el que sea un servicio público con el tipo de aparato que administra ese servicio no tiene sentido.

Consecuentemente, son las fuerzas del inmovilismo, las de alguna manera reaccionarias, las que han hecho una asociación estrecha entre el tipo de aparato y el servicio. Yo no tengo nada en contra de los aparatos públicos; pero lo que sí que tenemos todos la obligación —servidores de los aparatos públicos y los usuarios en general—, es de que funcionen con la mayor eficacia posible.

Un país tiene la obligación de utilizar todos sus recursos de la manera más eficaz posible. Es verdad que en el Servicio Nacional de Salud habrá un porcentaje de sus actos que se están proviendo por instituciones privadas. Y también es verdad que un buen número de éstas son instituciones sin ánimo de lucro; por lo tanto esa concatenación de privado-lucro-malo tampoco es cierta. Y también es cierto que estamos en 1991 y ya se sabe que el lucro, como expresión de que una organización obtiene beneficios, es una manifestación de salud y su pérdida una manifestación de enfermedad. La asociación más perversa es la de público-pérdidas-malo.

La sanidad hoy está administrada básicamente por aparatos públicos, y por lo tanto seguirá siendo suministrada por aparatos públicos. Lo que ocurre es que ese suministro, esa provisión de bienes sanitarios debe de hacerse en condiciones de eficacia. Eso es una obligación de todo el mundo.

“ Respecto al escaso debate que el Congreso de los Diputados ha producido sobre un tema tan importante, pues sí, me siento defraudado ”

“ Creo que el Congreso debería debatir más y votar menos ”

El debate público-privado es un falso debate para no entrar en el verdadero debate. Lo que necesita el país es que, en los mejores términos de economía y de calidad, se produzcan los bienes que demande el servicio nacional de salud; lo que necesita el país es que los usuarios que deban apelar a la solidaridad general, tengan y tengamos todas unas condiciones básicas de acceso a los bienes sanitarios como es propio de una sociedad como la nuestra. El cómo se administra es algo trivial; como está administrada por aparatos públicos, pues es lógico suponer que seguirá siendo administrada por esos mismos aparatos. Pero nada más. No es que lo privado sea malo ni muchísimo menos; lo que se hace en el Informe es un canto a la colaboración con el sistema privado, a no considerarlo como recursos de orden inferior sino, precisamente, como un gigantesco estímulo para los aparatos públicos. En los países como, por ejemplo, Inglaterra, en el que la provisión privada prácticamente ha desaparecido, tienen una práctica imposibilidad de ejercer esta comparación. Nosotros tenemos la gran ventaja de la pluralidad de formas, podemos pues comparar y eso es un bien que este país no puede desaprovechar.

Hay que aprovechar en el sistema sanitario los servicios pri-



«Yo no me planteo nunca medidas drásticas, no soy dogmático. Tiendo más hacia las reformas»

vados en su plenitud, exigiendo, lógicamente, las condiciones de calidad que sean precisas.

—*Tan pronto apareció el Informe, algunos líderes sindicales saltaron a la palestra y llegaron incluso a amenazar con grandes movilizaciones. ¿Qué atentados existen a los derechos de los ciudadanos y de los trabajadores que motivaron tanta sensibilidad en la respuesta?*

El atentado que se da en el Informe es un atentado contra el inmovilismo, contra el *statu quo* existente. E, inmediatamente, esos *status quo* se rebelaron.

Los sindicatos más importantes del país, como pueden ser CC.OO. y UGT, tienen dentro de su seno sindicatos de rama, como puede ser la federación de los servicios sanitarios y que son parte de los que proveen bienes sanitarios, pero el Sindicato es mucho más amplio. Tienen diversas federaciones: la del metal, la madera, la construcción... que son, también, parte de los que reciben estos mismos servicios. Habría que hablar, pues, con los sindicatos, pero con todo el sindicato, es decir, como receptores de tales servicios. Habría que escuchar a las personas de los mismos en situación laboral activa: a los del metal, a los de la madera... a todos cuantos son usuarios del sistema de salud, y ver qué opinan en verdad sobre este asunto. La opinión general del sindicato habría que extraerla, pues, más de la parte de los usuarios que de los prestadores. Pero, bueno, como inicialmente la opinión de un sindicato se forma por la federación más directamente implicada en el asunto, pues ésta se muestra, por el momento, bastante reacia a cambiar una coma de su «*statu quo*». Esto es lo que explica esas reacciones a las que usted hace mención. Reacciones que últimamente han disminuido muchísimo.

Por otro lado, yo creo que el Sindicato también debería reflexionar y debatir y a ello me he ofrecido personalmente. Lo he hecho personalmente con Nicolás Redondo, persona con la que tengo una relación muy antigua; me he puesto a su disposición para ir allí y explicárselo.

Los trabajadores, en cuanto usuarios de los servicios sanitarios, se quejan de los mismos; y no es infrecuente que trabajadores con mayor poder de negociación, consigan unas mejoras sanitarias encaminadas a salirse un poco del sistema común. Tampoco faltan las quejas respecto a las colas, las listas de espera... porque claro, el trabajador en activo ya empieza a sentirse cansado de todo ello. Y, a veces, estos problemas los intentan resolver por otros procedimientos semiprivados, etc.

No creo que ante un mejor servicio, o ante una reforma que permitiese un servicio más individualizado, más rápido, más atento, más descentralizado, con mayores facilidades... el trabajador en activo sindicado se pusiese en contra.

—*Señor Abril Martorell, ¿descentralizarse o morir?*

El sistema necesita imperiosamente encontrar responsables. Un sistema de burocracia centralizada que, al final, acaba teniendo un sólo responsable, es un sistema infecundo.

El responsable no es una planta espontánea que crece a la vera del camino, sino que necesita ser plantada, regada, cuidada con esmero. El ser responsable es difícil.

El sistema necesita ser descentralizado en unidades inferiores, ser autonomizado, hay que extender la responsabilidad cada vez más abajo. Hemos de acostumbrarnos a crear unas unidades que sean responsables y que cuando algo no funcione bien, sean ellas quienes intenten resolver el asunto sin trasladar la responsabilidad más arriba. En caso contrario el sistema, y los Ministros de turno, perecerán, tendrán un exagerado desgaste político porque entre los defectos de funcionamiento de un sistema burocratizado y el exceso de expectativas y demandas del usuario, acaban topando con él.

Es imprescindible redistribuir la responsabilidad por abajo en un proceso de unidades más pequeñas en las que pueda producirse la supresión del anonimato, unas situaciones más personalizadas, una vivacidad mayor de proyectos. Y para ello se necesita un cuadro de responsables y gerentes, en el sentido amplio de la palabra gerente, que sepan administrar recursos limitados... Y todo eso necesita un proceso sostenido, tenaz; yo creo que en un plazo de cuatro o cinco años se podría extender lo que es un cuadro de responsables adecuado.

Por lo demás, en el sentido de números, el sistema necesita autonomizarse, descentralizarse. El número de trabajadores no es que aumente el problema sino que puede transformar la índole del mismo. Por ejemplo, una ciudad sanitaria con 8.000 ó 10.000 empleados, no es que cree problemas por ser muy grande, sino que puede que sea insoluble. Hay que subdividir, responsabilizar internamente... en fin, son técnicas de organización normales que en una empresa civil ya hace años que se han puesto en práctica.

“ En lo de privado y público existe mucha ignorancia y resulta difícil hablar si no se precisan los conceptos ”

“ La asociación más perversa es la de público-pérdidas-malo ”

“ El debate público-privado es un falso debate para no entrar en el verdadero ”

“ Un país tiene la obligación de utilizar todos sus recursos de la manera más eficaz posible ”

En todo lo que son estructuras de producción, hay un proceso de responsabilidad interior —en las secciones, en las unidades—, mucho más resuelto. Existen consultorías numerosas, expertos en el campo laboral, en relaciones humanas, en contabilidad, en organización. Como técnica, todo esto es relativamente fácil de introducir. Eso es necesario. Es imprescindible construir, en lugar de un sólo responsable, *Gran-Hermano* de todos, mil unidades de responsabilidad.

—¿Está preparado el país para entender el lenguaje de «compra de servicios», cuando hablamos del área de salud?

Se da una cierta esquizofrenia cuando existe una sola cúpula administrativa que al tiempo que tutela a los usuarios, tiene la responsabilidad máxima en la provisión de estos servicios.

Lo que se propone en el Informe es subdividir esas responsabilidades, es decir que alguien se ocupe, con la adecuada fuerza administrativa y directiva, de los usuarios, y que alguien lo haga de la provisión de los servicios. Lo contrario no es sino propiciar esa esquizofrenia.

Entonces la colisión que se produce entre las demandas de los usuarios y las posibilidades de servicios de las unidades, sería un debate que se racionalizaría bastante. Por ejemplo, el responsable de la provisión de esos servicios podría explorar cómo las ofertas privadas proveen esos mismos servicios; con ello, estimularía, o bien el que los costes públicos bajasen, o bien a que la calidad de los mismos fuese superior.

Es un concepto complejo dentro de lo que es la estructura clásica de la Administración, que no comprende sino organizaciones muy piramidales, hoy plenamente rebasadas por la sociedad civil moderna, que no acostumbra a recoger la dialéctica dentro de su propio seno, pero es un camino que habrá que transitar: la escisión de responsabilidades entre el que contempla a los usuarios y el que contempla los servicios. La dialéctica que puede surgir entre ambos, yo creo que es una fuente de fecundidad del sistema. Las tensiones son algo normal dentro de las organizaciones; cuando llegan a un punto determinado, la cúpula ha de arbitrar. Pero cuando tú no tienes tensiones, la organización está muerta.

—El Informe no habla del gran número de médicos del Estado que no pueden asumir la especialidad porque no hay bastantes plazas en el sistema MIR. ¿Por qué se ha olvidado un tema tan grave y que preocupa a tantos profesionales?

Se ha olvidado porque este Informe contempla aspectos de organización, gestión y económicos en cuanto son las principales carencias del sistema.

Pero también se dice en el Informe que el número global de médicos por habitante en nuestro país destaca como uno de los ratios mayores. En comparación con otros países europeos no se puede decir que el número de médicos escasee.

Por otro lado parece, y digo parece porque es muy difícil rastrear en los datos concretos, que la gran mayoría de ellos, de una u otra forma, trabajan en el propio Sistema Nacional de Salud.

En principio, mediante una fórmula muy elemental hoy en día, el *parámetro de productividad aparente*, que es el incremento de PIB partido por el incremento de número de trabajadores, podemos decir que esa productividad aparente del sistema parece baja. Esa es una primera aproximación al fenómeno.

Otra cosa es que no se hayan utilizado bien los recursos humanos existentes porque en una situación tan dinámica como es la Medicina, con una fecundidad de innovación tan grande, estar al día es complicado. Por tanto puede existir una abundancia glo-

“ La opinión general de los sindicatos sobre el Informe habría que extraerla más de la parte de los usuarios de los servicios sanitarios que de los prestadores de los mismos ”

“ La productividad aparente del sistema parece baja ”

“ Respecto a la relación laboral con los profesionales de la salud, proponemos en el Informe una mezcla de seguridad y libertad ”

“ ...estamos hablando de cosas que la sociedad civil ha dejado ya obsoletas. Hoy se habla ya en las empresas de retribución individualizada ”

bal, como aparece en el Informe, y al mismo tiempo convivir con estrecheces en el campo de las especialidades.

En el tema de los MIR sí que se entra y se valora muy positivamente dicho sistema. Todo el mundo coincide en que éste es muy útil y adecuado para disponer de un cuadro de profesionales amplio y preparado.

También se toca la docencia planteándose si la misma ha de ser impartida únicamente en hospitales públicos o si hay un cierto número de privados que, cumpliendo determinadas condiciones de standar y de calidad, pudieran acceder también a la impartición de docencia.

Finalmente se produce para el Estado una asociación muy estrecha, y es que en los procesos de formación de los MIR, se asume el compromiso posterior, de alguna manera, de incorporarlos al sistema. Yo creo que esa obligación tan estrecha algún día se romperá. Una cosa es contribuir a su formación como especialistas y otra el incorporarle como funcionario al sistema.

Los datos estadísticos aquí están claros. En las Facultades de Medicina ha habido unos años 1975-76-77-78... con una plétora de estudiantes impresionante. Hoy, el proceso está mucho más encauzado, se ha controlado mucho más, y los números de ahora ya parecen más adecuados para lo que es la reproducción del propio sistema.

Yo creo que, dentro del sistema, hay una gigantesca labor a hacer en el campo de los recursos humanos porque, insisto que en una primera aproximación, licenciados en Medicina por habitante en nuestro país, son numerosos.

—Lo que ya no son tan numerosos, señor Abril Martorell, son los profesionales de Enfermería. Es «vox populi» que la Enfermería es uno de los grandes olvidos del Informe de la Comisión. Siendo tan grave el problema que se plantea en estos momentos, ¿por qué prácticamente no se hizo mención?

Hay un número que destaca también en el Informe: el número de profesionales de Enfermería es menor que el de otros países. Y además, esa escasez se irá notando paulatinamente más. Queda claro, pues, que Enfermería tiene un gran horizonte en cuanto a profesión que va a tener ocupación en el país.

La «mortalidad» en las profesiones, el cese en el trabajo, requiere un análisis cuidadoso. Es una profesión con una gran pro-

porción de mujeres dentro de ella y también es muy lógico que, cuando la gente se casa o tiene familia, pues es muy dueña de organizar su vida como le plazca. Por ello yo no sé con exactitud en qué medida el cese de la actividad se debe a las condiciones hostiles del trabajo o al ejercicio libre de organización de la propia vida. Probablemente todo ese cese de actividad no se deba a una mera opción de vida, o de organización de la familia, ni tampoco a las condiciones económicas precarias de la remuneración.

También es bueno que, cuando la enfermera ha pasado su época de estar junto a su familia en los primeros momentos de la vida de sus hijos, pueda volver a reinsertarse en el sistema. Para ello éste debería de flexibilizarse, permitir el *part-time*, el reciclaje...

En todo caso, la respuesta del sistema educativo ha de ser la de formar más gente porque va a ser necesaria.

—Profesionales con contrato laboral mejor que estatutarios, parece afirmarse en el Informe. ¿Por qué?

Don Joaquín Garrigues, compañero mío ya fallecido, decía que «este país tiene la gran afición de tener su particular estatuto, para ponerlo debajo del brazo izquierdo con el fin de poder levantar cómodamente el brazo derecho».

Es cierto. La seguridad es nuestra gran obsesión, y ello, en sí, no es criticable. A todo el mundo le gusta estar a salvo y eso es muy comprensible.

La relación laboral puede ofrecer la misma seguridad que un estatuto. No es un tema de seguridad, y eso lo saben muy bien los sindicatos. Un trabajador fijo tiene una esfera de seguridad incuestionable. Se puede disolver ese contrato por una serie de cuestiones que comprende la ley, pero también tiene su protección jurisdiccional. Pero, en principio, no hay merma de seguridad.

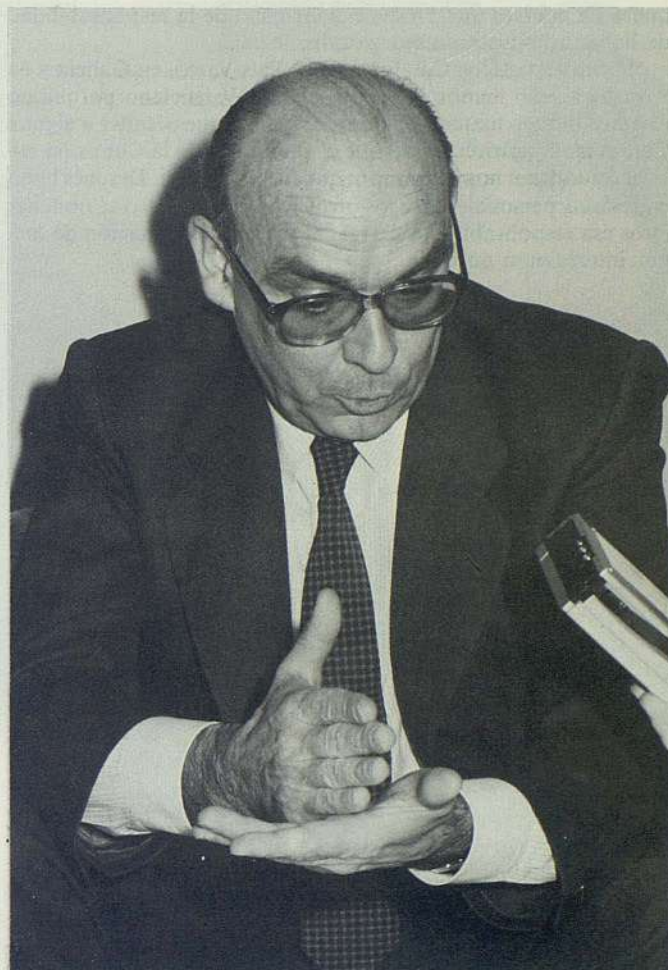
Lo que sí es cierto es que el estatuto es una fórmula asociada al sistema burocrático centralizado. Y lo que nosotros proponemos en el Informe es una mezcla de seguridad y libertad. Yo creo que es un buen camino. Que el 70 % de esa relación —lo que son los derechos básicos, la constitución de un mínimo de seguridad—, esté a nivel de estatuto; y, sin embargo, que haya un tramo —lo que son los complementos, las compensaciones por guardias, complementos de productividad, de jefatura—, se articule a nivel de cada centro en concreto. Esto es cuanto proponemos.

Proponemos también que los aparatos públicos examinen con mucho cuidado si antes de incorporar más personal propio, se pueden subcontratar servicios. Todo el progreso de la década de los 80, e incluso desde la crisis del petróleo, se ha basado en transformar las organizaciones en estructuras de una gran flexibilidad. Y para ello se ha desarrollado mucho todo lo que es el campo de los proveedores, de las subcontratas y de las empresas auxiliares.

“Un sistema de burocracia centralizada es un sistema infecundo”

“Es imprescindible redistribuir la responsabilidad por abajo en un proceso de unidades más pequeñas”

“Una ciudad sanitaria con 8.000-10.000 empleados, no es que cree problemas por su magnitud, es que puede que sea insoluble”



«Podremos discutir si una medida disuasoria es justa o no; lo que ciertamente resulta injusto es cuando se ponen el acceso a seis meses de distancia»

Nosotros creemos que, sin merma de la seguridad, puede hacerse un «traje más a la medida» en cada caso. Estamos hablando de cosas que la sociedad civil las ha dejado obsoletas. Fijese que estamos hablando de que en un tramo de una relación laboral, se discutiese en un convenio colectivo un 25-30 % de esas retribuciones. Hoy en las empresas se habla ya de retribución individualizada dentro de ellas mismas. Por tanto, nuestra propuesta es bastante clásica, es lo que se llama una negociación articulada; y eso lo saben bien los sindicatos. Ellos tienen los convenios provinciales de cualquier ramo, que vendría a ser la malla de seguridad, y, sin embargo, a nivel de empresa se discuten los pluses sobre esos mínimos.

Ni es un tema nuevo, ni es un camino que no hayan transitado los sindicatos. Quitando algunos inmovilismos e inercias, es un tema que puede producir seguridad, por un lado, y estímulo por otro.

—Es cierto que el nivel de información que le han suministrado las diferentes Comunidades Autónomas sobre la situación sanitaria respectiva no ha sido siempre la más completa y detallada?

No, no. Nosotros tuvimos unas gestiones de trabajo con las Comunidades Autónomas, concretamente con las que tenían responsabilidad en este campo y que ya disponían de toda la ri-

queza de matices que produce el ejercicio de la responsabilidad de haber administrado esa gestión.

Hemos estado en Cataluña, en el País Vasco, en Galicia y en Andalucía. No hemos estado en el País Valenciano porque no tuvimos tiempo material, y porque si había que ofender a alguna Comunidad, aprovechando que el Presidente de la Comisión era valenciano, pues nos permitimos que fuese Valencia. Después hubo entrevistas personales con los otros Consejeros, pero al no tener éstos esa responsabilidad delegada, era una información de menor interés para nosotros.



«Hay que aprovechar en el sistema sanitario los servicios privados en su plenitud, exigiendo, lógicamente, las condiciones de calidad que sean precisas»

En nuestro contacto con estas cuatro Autonomías hemos podido constatar, en primer lugar, la gran calidad de la gente que está dedicada a estos menesteres, el fervor que ponían en sus planteamientos, el sufrimiento que tenían al no conseguir que todo funcionase como ellos deseaban, una sensación de malestar como de darse con la cabeza contra la pared, un deseo de salirse del *traje*, no por ser económicamente pequeño ni grande, sino simplemente estrecho, que les amputaba sus posibilidades de dirección. Gran parte de las ideas-madre del Informe salen de esta sensación, de ese *feeling* que se ha ido aprehendiendo en todas estas Comunidades.

Los números del sistema son malos, y así se dice en el Informe. Hay poca información económica, y esa es una de las carencias graves, porque es muy difícil conducir responsablemente un vehículo de esta envergadura sin unos números razonables. Estas carencias numéricas son también palpables en las Comunidades Autónomas; hay mucho número fragmentado, pero pocos números globales, sólidos, serios.

Existe en general en toda la Administración española esta carencia. Aquí lo único que se calcula es *Caja*. Son contabilidades muy rudimentarias las que existen en la Administración, y yo

he sido «cocinero antes que fraile» y veo que no se ha progresado sustancialmente. Son, más bien, cuentas de Caja, de Tesorería, y, consecuentemente, cuando no tienes Tesorería pues aplazas pagos, pero esos no se recogen dentro de un ejercicio, por lo que es muy difícil hacer cuentas homogéneas.

Ha habido una gran sinceridad en todas las Comunidades, pero, evidentemente, también una gran precariedad de datos. Pero nosotros hemos aprendido muchísimo, y creemos que, dentro de lo difícil que es obtener responsables, en las Autonomías se está empezando a ver que lo que en su tiempo pensábamos, se está cumpliendo: está surgiendo una gran riqueza de administradores tras los años de rodaje autonómico. Y es que el responsable se forja en el ejercicio de los cargos. Se puede seguir transfiriendo, delegando, porque hay un cuadro de responsables capaces de asumirlo.

—En Cataluña, que tiene fama de ofrecer una buena asistencia sanitaria, el gasto por persona protegida es inferior a la media estatal. ¿A qué lo atribuye?

Pues no lo sé. Yo me he ganado la vida dando clases de matemáticas como profesor preparador del ingreso en las Escuelas Especiales que nosotros teníamos. Y las matemáticas, como usted bien sabe, son una ciencia exacta. En cualquier cociente hay que ver el numerador, si es cierto, y el denominador, si también es cierto. Cualquier sesgo en uno u otro varía el resultado.

Puede ser que en un nivel de renta superior, y Cataluña lo tiene, mucha población acogida no utilice el sistema porque tiene mucha más oferta privada, con lo cual el coste aparece inferior. Puede ser que el servicio público en Cataluña esté compuesto por un porcentaje más importante de oferta privada que del propio aparato público, y puede que ello dé un coste promedio inferior, si es que están bien hechos los números.

Creo que la pluralidad de formas existentes en Cataluña es una gran bendición. Muchas de esas formas que se llaman privadas, son municipales... Lo que faltan son datos. Cuando se tengan todos ellos, y se sepan los costes, los procesos, y se comparen con otras formas organizativas, se podrá ir optimizando todo el sistema. La información es básica. Yo respeto mucho los números. Cuando ves una columna de ellos puedes observar que tienen su sinfonía interna, eso es música, tiene su propia armonía. Y esos números, si se comparan, si están hechos bien, tienden a permeabilizarse unos con otros generando un dinamismo extraordinario que, bien conducido, puede ser de una gran riqueza para el sistema.

—Seguro obligatorio de sanidad o seguro no obligatorio. ¿Por cuál apuesta usted?

Yo no me planteo nunca reformas drásticas, no soy dogmático. Tiendo más hacia las reformas.

Yo creo que estamos en un punto concreto y estimo que en

“ Hay mucho número fragmentado, pero pocos números globales, sólidos, serios ”

“ Resulta difícil conducir un vehículo de tal envergadura sin unos números razonables ”

“ En las Autonomías está surgiendo una gran riqueza de administradores tras los años de rodaje ”

del sistema de urgencias. Pero, ¿cómo se gestionan los Gobiernos distintos? ¿cómo se gestionan las instrucciones? Por eso, cuando se habla de urgencias, se habla de un sistema que tiene una sola cúpula administrativa que al tiempo que tutela a los usuarios, tiene la responsabilidad máxima en la provisión de los servicios a los mismos»



«Se da una cierta esquizofrenia cuando existe una sola cúpula administrativa que al tiempo que tutela a los usuarios, tiene la responsabilidad máxima en la provisión de los servicios a los mismos»

el mismo hay que producir mejoras. Transcurridos cinco años, si se han puesto en marcha algunas de ellas —hay que descubrir los vectores-fuerza, los gradientes en la dirección correcta—, habríamos pasado a otra circunstancia. Y en ese horizonte de tiempo habrá otras líneas de mejora.

A mí, que me espeluzna la palabra modelo —y que volviendo a mi estudio de las matemáticas, una de las cosas que más me ha apasionado de ellas, es el estudio del entorno de un punto, y que no me resulta difícil comprender una superficie n-dimensional mentalmente—, me rebela la simpleza exterior cuando, trazando un plano tangente, se traza otro modelo. Lo que estamos tratando es de sociología, de técnicas de comportamientos humanos y de circunstancias muy complejas, que dan como consecuencia superficies muy complejas.

Yo soy un reformista. Esa es mi actitud vital. Lo que sí me atrevo es asegurar un conjunto de reformas que mejorarían la situación desde el punto en el que se está a otro mejor, de más satisfacción, de más equidad.

—¿Tiene alguna receta mágica para evitar la sobresaturación de los servicios de urgencias?

Hubo en el equipo una subcomisión que trabajó este tema en concreto y que hizo una labor muy meritoria y se definió como tal emergencia un porcentaje muy mínimo del volumen que concurre a un servicio de Urgencias de cualquier Hospital. Acudiría como auténtica emergencia un 3-4 %. Luego alude a un 30-40 % que son urgencias rectamente entendidas por los usuarios como tales pero que no lo son. Y, al final, hay un porcentaje muy importante de gente que utiliza el Servicio de Urgencias para darle la vuelta al sistema. Son éstos quienes provocan la saturación del sistema, la sensación de masificación, etc.

Urgencias es el rompeolas del servicio de salud. Y la verdad es que a pesar de la mala prensa que, a veces, tienen, los Servicios de Urgencias están resolviendo bastante aseadamente el problema. Sería deseable que se resolviese en instancias inferiores...

pero, mirando bien las cosas, lo cierto es que se resuelve bien lo auténticamente urgente, la emergencia.

Evitar la sobresaturación es evitar el mal comportamiento de los usuarios, que sean éstos más cívicos, que cumplan más con sus obligaciones. No todas las demandas han de ir contra el Gobierno; muchas de ellas pueden ir contra nosotros mismos.

“ Hay un porcentaje muy importante de gente que utiliza los Servicios de Urgencias para darle la vuelta al sistema ”

“ Urgencias es el rompeolas del Servicio de Salud ”

Hemos de redescubrir el Estado de las obligaciones, no solamente el Estado de los derechos. Éste, el Estado de los derechos, sobre el que estamos profundizando desde hace un buen puñado de años, está ya muy explorado. Ahora tenemos que descubrir también las obligaciones de la persona. Un conjunto de personas que ejercen sólo sus derechos frente al Estado resulta inviable si al darle la vuelta no se descubre que somos las mismas personas quienes con nuestras obligaciones hemos de satisfacer esos derechos.

Bastaría con que el 40-50 % de gente que acude a Urgencias dándole la vuelta al sistema, se abstuviera de ello para que estos Servicios adquiriesen una normalidad más correcta.

Ahí los elementos de ticket, de participación en los costes, de devolución del dinero si es auténtica urgencia y si no, se paga... todos estos elementos tienen unas virtudes disuasorias, de verificación de comportamientos. La injusticia se produce cuando tú no puedes acceder a los servicios médicos; si tú puedes acceder mediante el pago de 1.000 ó 2.000 pesetas, se trata de una simple barrera. Podremos discutir si tal barrera es justa o injusta; lo que

ciertamente es injusto es cuando te ponen el acceso a seis meses de distancia. Eso sí que es claramente injusto.

El hacer onerosos los servicios es fundamental, de alguna manera, sin pérdida de la equidad. Lo que nosotros no podemos, y especialmente en este campo y en el de los servicios sociales, es transformar el deudor solidario, que es el Estado, en el obligado principal. No podemos desdibujar el obligado principal. Insisto que en éste y otros campos, nuestra sociedad tiene que descubrir el estado de las obligaciones. Los ciudadanos tienen también obligaciones en una democracia, y su cumplimiento escrupuloso, nos permitirá el ejercicio de nuestros derechos.

“ Hemos de redescubrir el Estado de las obligaciones, no solamente el de los derechos ”

“ Sin tener claridad en las obligaciones, los sistemas de solidaridad nunca pueden funcionar ”

En el tema de la atención a los ancianos, por ejemplo. Pues no podemos perder de vista que el obligado principal son los hijos, se quiera o no se quiera. Otra cosa es que los hijos, por razones de economía, de habitat, no puedan atenderlos; entonces el Estado sale como solidario y avalista y le auxilia. Pero eso no quiere decir que la obligación principal de los hijos ha desaparecido, y esos hijos no vuelvan a ver a sus padres ni para llevarles tabaco, ni para sacarles de paseo el sábado... Ellos siguen siendo los obligados principales.

Sin tener claridad en las obligaciones, los sistemas de solidaridad nunca pueden funcionar. Entonces ¿cómo se resuelven los Servicios de Urgencia? Pues apelando a muchos factores. Pero uno de ellos, y no el menos importante, asumiendo cada uno sus propias obligaciones, acudiendo a los mismos cuando verdaderamente se necesita y no como fuga del sistema.

—Las funciones que en este momento asume el Consejo Interterritorial son para usted insuficientes, según se desprende del Informe. ¿A dónde deberían llegar?

El Consejo Interterritorial es una pieza básica. Hemos configurado el Estado de las Autonomías, que tarde o temprano la gestión se va a descentralizar y va a haber una gestión de lo inmediato en Madrid.

Lo que decimos en el Informe es que esa pérdida de gestión debe ir acompañada de lo que es un incremento en lo que es verdadera autoridad, planificación y estrategia. Por lo tanto en lo que es un refuerzo estadístico, un mejor conocimiento de la situación, una mejora de los sistemas de información, en todo lo que es la inteligencia del proceso de la sanidad. En los temas de la investigación, del seguimiento de los avances científicos... queda un campo importantísimo para la autoridad central, con mucha menos gente y mucha menos burocracia.

Y dentro de este marco opino que el día de mañana lo que ocupará un puesto mucho más relevante es el Consejo Interterritorial como órgano de encuentro y decisión de lo que es el conjunto del Estado que es la suma del Estado central más las Comunidades Autónomas. Y este órgano, que ya tiene un buen currículum hecho, será muy importante para el ejercicio de la gestión de la sanidad en el futuro. Se producirá una disminución de la gestión en Madrid, un incremento de la misma en las Autonomías, una necesidad de coordinación... Y esa disminución de ges-

ción irá acompañada, a mi entender, de un descubrimiento de la gran gestión, a nivel estratégico, de planificación...

—¿Ha tenido acceso al conocimiento de los datos que indican la aportación de la Iglesia a la sanidad en España?

En el Informe viene, en los números barajados en el mismo, en unos cuadros concretos, la parte provista por aparato público y la provista por aparato privado, y dentro de éste, pues las que son instituciones de la Iglesia. Y esto viene comentado por la subcomisión de Hospitales.

Se ve que tiene mucho peso en temas de paliativos, de crónicos, también tiene su peso en agudos. La Iglesia es pionera en este campo. Antes de que el Estado se preocupase de la salud de los ciudadanos, la Iglesia ya lo hacía.

Alguno de sus sistemas ya han quedado obsoletos desde el punto de vista de la atención a agudos, pero se pueden reorientar para otras necesidades.

La presencia de la Iglesia es importantísima, como lo es también la del voluntariado. Éste es otro campo a ir descubriendo. No todo tiene por qué hacerse mediante estructuras formales, por el Estado. Se debe apelar a la colaboración ciudadana. Y, en un terreno simplemente laico, se pueden descubrir auténticas vocaciones que adquieren todo su desarrollo personal en la ayuda a los demás. Eso es algo común y tradicional en la Iglesia, dentro del pluralismo de la misma.

“ La Iglesia es pionera en el campo de la salud ”

“ El campo del dolor, del sufrimiento, pertenece a la médula de la Iglesia y de muchas de las vocaciones nacidas en su seno. Y éste es un campo que hay que retribuir ”

“ ...se necesitan raíces en la sociedad; no todo es tecnocracia, economicismo, solidaridad coactiva fiscal ”

Y el campo del dolor, del sufrimiento es una médula de la Iglesia y de muchas de las vocaciones nacidas en ella. Y es un campo que hay que retribuir. Retribuir en el sentido de su conocimiento social, del gran apoyo que presta a la sociedad. Y es un campo que en términos económicos le sale muy barato al Estado. El voluntariado, con pocos medios, suele resolver muchos problemas que hechos con aparatos públicos se resuelve técnicamente igual, pero carece de la componente de vocación y de amor, y sí una componente de coste mucho mayor. Pero prescindiendo del aspecto económico, que siempre está debajo, y dado que conviene que estas organizaciones se desenvuelvan con una cierta holgura económica, lo que sí es importante el reconocimiento social a una gigantesca labor.

Si yo fuera Gobierno promovería grandemente este campo del voluntariado. Hoy está de moda hablar del mecenazgo en temas culturales y de excitar campos de generosidad... Habría que estimular el campo del voluntariado para atender problemas de difícil tratamiento mediante organigramas oficiales. Y es un campo que hay que reconocer, premiar. Son instituciones de mérito en la sociedad. Es un paso más allá de la solidaridad fiscal.

—Señor Abril, es hermoso cuanto usted acaba de indicar. Pero bien pudiera ser que el Estado, o mejor dicho, los Gobiernos distintos se hayan aprovechado de esta vocacionalidad y altruismo para evadir el apoyo económico necesario a la actividad social desarrollada por estas instituciones. Porque la fama del expolio lo lleva la educación. Pero ¿no resulta radicalmente injusto el trato que se le ha dado a los centros de la Iglesia, obligándoles a una desamortización y una falta de inversiones totalmente necesarias?

Hombre, yo desconozco este problema en sus detalles. Si lo supiese influiría para que esas cosas se resolviesen.

El Gobierno, por norma, siempre abusa un poco de los que más se dejan, de los más generosos. Todos hacemos lo mismo. Lo que nosotros sugerimos en el Informe es un cambio cualitativo, un cambio de enfoque. Al margen de la discusión económica, que siempre existirá, propugnamos que se reconozca el mecenazgo, la generosidad implícita, la necesidad del voluntariado, que se entienda de una vez que todo no se resolverá con personal de trienio, sino que hay una componente vocacional, que se necesitan raíces en la sociedad, que todo no es tecnocracia, ni economismo, ni solidaridad coactiva fiscal; que se explote la solidari-

sidere el voluntariado en todos sus campos, y especialmente el de la Iglesia, que es el que consideramos aquí, como una de las fuentes de solución de los problemas. A partir de ahí las discusiones serán distintas. Que se miren como aliados, no como enemigos.

—Si le dijeran que pusiera en marcha inmediatamente tres de las Recomendaciones del Informe, ¿por dónde comenzaría?

Yo elegiría la facturación simplificada de todos y cada uno de los servicios, aunque fuese una factura-sombra; lo de los otros ingresos en beneficio del Hospital que efectúe los mismos; y, finalmente, la de los pensionistas, es decir, subir las pensiones y empezar todos a pagar el 40 % de los gastos de farmacia.

—Don Fernando, ¿pero qué tiene usted en contra de los pensionistas? Supongo que es consciente que, hoy, es usted el «enemigo público número uno» de los mismos.

Yo hacia los pensionistas sólo tengo un cariño, un afecto y un respeto enorme. No tengo absolutamente nada en contra de ellos, sino muy al contrario todo a favor.



«El voluntariado, con pocos medios, suele resolver muchos problemas que hechos con aparatos públicos se resuelve técnicamente igual, pero carece de la componente de vocación y de amor, y sí una componente de coste mucho mayor»

dad humana, que se halague, que se ponga en el frontispicio de los diversos planteamientos.

Luego ya las discusiones concretas de los tipos de concierto, de las relaciones económicas, es una forma de discusión. Lo que ocurre es que si la misma está iluminada con una luz en la que el frontispicio de la sociedad, en las propias leyes, se reconoce el carácter emérito de estas instituciones, pues ya supone un adelanto. Que se contemplen con cariño dentro de la escasez de medios que siempre habrá. Si se les contempla como elementos hostiles, siempre la discusión económica será más tensa. Porque tensa siempre lo será, porque siempre los recursos serán escasos.

En el Informe pedimos que se invierta la situación, que se con-

Lo que ocurre es que también los conozco, y sé que a los 64 años —63,5 más exactamente—, que es la edad media en que la población española se jubila hoy, pues se está en un estado de salud física y psíquica formidable y con una gran lucidez. Por lo tanto yo creo que es un poco demagógico que se les intente administrar desde fuera. Están en perfectas condiciones de administrarse por sí mismos.

Creo que las pensiones son un poco bajas. Es cierto que lo que las mismas suponen para las arcas del Estado suponen una partida muy considerable, pero creo que tienen una gran eficacia. El consumo interno en el dinero de las pensiones es muy bajo, tiene unos costes de administración que creo que no llega ni al

“Hacia los pensionistas yo sólo tengo un cariño, un afecto y un respeto profundo”

“En el Informe pedimos que se eleve la cuantía de las pensiones en una cantidad prudente”

“A la gente hay que respetarla más y halagarla menos”

“Hay una Cuarta Edad que esa sí que está verdaderamente necesitada”

2 % de lo que es la masa de pensiones. Es un sistema muy eficiente. Y creo que si ellos pagasen el 40 %, las bases de la asistencia primaria mejorarían muchísimo. Dejaría de utilizarse a los médicos de estos servicios como meros «expendedores de recetas», dejaría de desnaturalizarse como se está haciendo ese tramo del sistema. Si cuando el médico receta al paciente sabe que éste va a contribuir con un 40 %, optimiza mucho más el tipo de medicación, y si un fármaco de 500 pesetas puede curar, pues no se receta uno de 2.000 pesetas.

Lo contrario está viciando mucho el asunto. Lo de menos es el fraude, en el sentido de que obtiene los medicamentos para el resto de la familia; lo importante es que está dejando como un solar toda la primera línea de asistencia. Se masifican los ambulatorios, los trabajadores activos pueden acceder con mucha dificultad a esas colas... Y todo esto es muy importante: en definitiva, es dejar sin defensas a toda la primera línea del sistema.

Si todo eso se restablece con un sentido oneroso, y con las excepciones que la equidad requiera, y que las largas enfermedades requieran, creemos que estamos ofreciendo un beneficio para el 98 % de los pensionistas. Y es un beneficio, asimismo para la regeneración de esa primera línea del sistema.

Además, ha de quedar muy claro que en el Informe pedimos que se eleve la cuantía de las pensiones en una cantidad prudente. Lo que nosotros proponemos no es una cuestión de dinero cuanto a una conducta más responsable.

Yo creo que el problema nuestro no es la Tercera Edad. Gracias a Dios la Tercera Edad dispone de unas pensiones mejores —yo tuve la responsabilidad de Gobierno en un tiempo en el que había que ver las pensiones que existían entonces, y que nosotros subimos en un 40 %—; hoy ya pueden verse asilos de ancianos con una economía vehiculada mediante el cobro de las pensiones... yo he visto mejorar todo este mundo ante mis propios ojos.

El concepto de Tercera Edad es un concepto simplificado, un poco demagógico. Se construye un discurso y se halaga a la Tercera Edad, a las PYMES y a las mujeres y con ello se cree uno que está descubriendo el Mediterráneo de la justicia social. Yo creo que a la gente hay que respetarla más y halagarla menos.

Nosotros, en el Informe, alumbramos un concepto distinto. La Tercera Edad lo veíamos como un concepto demasiado amplio. Hay una Cuarta Edad, que esa sí que está verdaderamente necesitada y no le llegan los recursos suficientemente. Está tan necesitada, tan postrada, que carece de fuerza; no hace ninguna trampa, ésa pide ayuda. No tiene la fuerza del voto porque apenas si puede ir a votar.

No sé dónde está la frontera pero habrá que crearla entre este grupo y la Tercera Edad. Esa es la que está pisoteada por debajo de toda una demagogia. ¿Cómo se alumbraba energía y dinero para llegar ahí?

Por eso en los Hospitales decimos: «hágame la cuenta separada de la Cuarta Edad» porque al darse cuenta del dinero que malgastamos en los Hospitales con estas personas sin solucionarles verdaderamente su problema, ello nos daría energía económica para darles una solución en su ámbito específico, que no es el Hospital de agudos que es el que me colapsa. Y es una pescadilla que se muerde la cola: planteamos más Hospitales de agudos, cuando lo que hacen falta no son ese tipo de centros, sino otros que den la atención adecuada a los problemas concretos que plantean estas personas.

La Tercera Edad tiene otros problemas. Son gente que empezaron a trabajar a los 14 ó 15 años, hace cincuenta años. Ha disfrutado menos escuela que nosotros, tienen un campo de aficiones más limitado...

No entrar en estos análisis es perdernos en puras demagogias.

Hermano Miguel Martín Rodrigo

Fotografías: JORDI FABREGA

8. LA APORTACIÓN DE LA IGLESIA A LA SANIDAD

DESDE EL EVANGELIO Y SU PROPIA TRADICIÓN

Jesús Conde Herranz

Delegado Diocesano de Pastoral de la Salud de Madrid
Capellán del Hospital La Paz de Madrid

En el presente artículo el autor nos ofrece una interesante reflexión sobre dos mundos que, si bien distintos, siempre han tenido una profunda interrelación, Iglesia y Sanidad.

A pesar de que comience afirmando la dificultad que entraña este estudio y su conciencia de limitación ante el mismo, lo cierto es que Jesús Conde logra una claridad y una concisión que son muy de agradecer al tiempo que concluye con unos «apuntes sobre aportaciones actuales y futuras» de sumo interés para quienes nos movemos en este campo.

ALGUNAS CUESTIONES PREVIAS

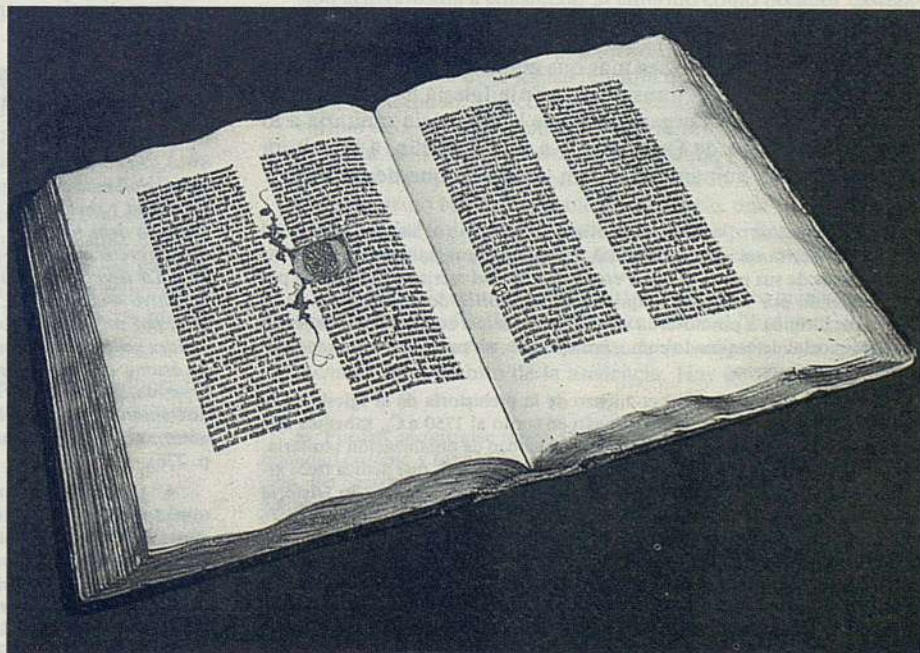
1. El encargo que he recibido de desarrollar este tema, en el marco de las XVI Jornadas Nacionales de Delegados de Pastoral

Sanitaria, requiere la capacitación y experiencia combinadas de un teólogo, un historiador de la Iglesia y un historiador de la asistencia sanitaria. No es ése mi caso; soy sólo un lector aficionado a tales disciplinas, movido por el interés que el quehacer pastoral suscita en mí.

Por eso, mi pretensión al aceptar dicho encargo ha sido animar a quienes me escucharon, o a quienes lean este escrito, a penetrar también mediante la lectura en el mundo apasionante de la Biblia, de la historia de la Iglesia y de su tradición asistencial, para descubrir el rico filón de teorías y experiencias que sobre la asistencia sanitaria allí laten, y cuya oportunidad actual apenas es tenida hoy en cuenta. Mi pretensión llega incluso a tratar de remover el interés de teólogos, pastoralistas y responsables cristianos de iniciativas sanitarias para que, con mucha mayor pericia que la mía, sepan presentar todo lo que la Iglesia puede ofrecer a la cultura, la ciencia y la praxis sanitaria de este momento histórico.

2. Mi punto de partida es la preocupación que —de un modo u otro, pero en alto grado— sentimos todos cuantos estamos inmersos en el mundo sanitario, al observar sus crecientes dificultades y contradicciones, inseparables por supuesto de sus indu-

«La Biblia, además de ser un libro revelado para quienes lo consideramos el depósito de la Palabra de Dios, es un documento excepcional sobre la sanidad, sus problemas y el tratamiento que los mismos requieren, dadas unas determinadas situaciones históricas y sociales»



dables y espectaculares logros. Sin ir más lejos, los informes presentados en esas mismas Jornadas, por los doctores Viñas y Evangelista, nos han reafirmado en dicha preocupación. Nuestra sanidad está seriamente enferma y necesita un vigoroso tratamiento pluridisciplinar de amplio espectro, preciso y decidido. Y, a la vista de esta constatación, creo que ninguna aportación válida debe ser soslayada o menospreciada.

En este punto es donde mi preocupación da paso a una convicción y un empeño. La convicción de que Sanidad¹ e Iglesia deben acercarse de nuevo, reconocerse y saludarse; pero, para ello, deben superar viejas pretensiones de dominio por uno y otro lado, generadoras de malentendidos y recelos enquistados aún hoy; todo en provecho del ser humano actual sano, enfermable y enfermo y, por tanto, también del medio ambiente social y natural. El empeño de prestar una mínima contribución, desde el lado de la Iglesia, para que esta convicción vaya creciendo esperanzada y paciente, y pueda así llegar a convertirse en realidad.

3. ¿Qué motivos hay para sostener semejante convicción y empeño? Los hay y, a mi modo de ver, tal vez optimista, tienen un peso considerable. En primer lugar, la evidencia de que en el ámbito de la asistencia sanitaria —al igual que en otros ámbitos— la Iglesia es heredera de la tradición judeo-cristiana, que cuenta con casi cuatro mil años de antigüedad y experiencia², y ha de ser fiel transmisora de ella. En segundo término, el convencimiento, para mí cada día mayor, de que toda esa experiencia acumulada por la Iglesia, desde su prehistoria judía hasta hoy, puede ser presentada como un modelo cuyos rasgos —claros y oscuros, de aciertos y errores— son igualmente aprovechables y merecen una atención crítica, noble y abierta.

Dos premisas más son, sin embargo, necesarias para llegar a tal fin: considerar que la historia no es sin más *lo ya superado* sino, en mayor o menor medida según los casos, *maestra de la vida*, como dijo Cicerón; y saber relatar esa historia con amor diáfano y humilde a la verdad, huyendo tanto de vanas apologeticas como de inútiles complejos. Sólo una tenaz búsqueda de la verdad histórica, declarada y reconocida abiertamente en lo bueno y en lo malo por todos los implicados en ella, *nos hará libres* también a todos para encontrarnos y ayudarnos mutuamente en la quijotesca y, por ello, necesaria empresa de mejorar la Sanidad.

UNOS APUNTES HISTORICOS

Describir, aunque no sea más que enumerándolas, las aportaciones que la tradición transmitida por la Iglesia ha venido ofreciendo al desarrollo y organización de la asistencia sanitaria a lo largo de la historia de Occidente y, a través de ella, a la cultura asistencial de la humanidad, es un cometido que desborda por

1. Al hablar de «Sanidad» me refiero en este caso al sistema asistencial vigente en nuestra sociedad occidental, a todos cuantos trabajan en él y a los destinatarios de sus prestaciones. Pero, a lo largo del escrito y mirando al pasado, entiendo por sanidad cualquier forma histórica de organización de la asistencia, dirigida a promover la salud y a prevenir o curar enfermedades en un marco social determinado como, por ejemplo, un país y la comunidad humana que lo compone.

2. Si acordamos situar el comienzo de la prehistoria de la Iglesia en la vida de Abraham, que emigró a Canaán en torno al 1750 a.C., sabemos que por esa fecha ya existía en Mesopotamia un esbozo de organización sanitaria, gracias al Código de Hammurabi, escrito hacia 1880 a.C. que dedica trece artículos a la práctica de la profesión médica (cf. P. Lain Entralgo en *Historia de la Medicina*, Biblioteca Médica de bolsillo, Ed. Salvat, Barcelona 1978, p. 16). Lo mismo ocurría entonces en Egipto (cf. mismo autor y obra, p. 17ss; también Ángel González Nuñez en *Enfermedad y curación en el antiguo Israel*, JANO, Medicina y Humanidades, 11-16 de junio de 1986, vol. XXXI, n.º 732, p. 50). De ambos pueblos tomó Israel muchos elementos para la organización social de su sanidad, pero a ellos añadió otros elementos propios, como se verá más adelante.

completo las pretensiones y la extensión de este escrito. Por ello, me limito a ofrecer unos apuntes históricos en orden cronológico, divididos en siete apartados que enmarcan lo más granado, a mi modo de ver, de dichas aportaciones.

El antiguo Israel: una sanidad promovida por la religión

1. Remontar el curso de la tradición sanitaria de la Iglesia hasta la historia de Israel anterior a Cristo, teniendo a la vez ante los ojos la concepción y organización de la Sanidad vigentes hoy, supone arriesgarse a recibir quizá una crítica burlona por traer a colación planteamientos asistenciales tan *primitivos*. Sin embargo, una consideración madura de la historia de la asistencia nunca lleva a semejantes conclusiones, pues tiene en cuenta todos los planteamientos, desde los más antiguos hasta los más actuales³. Valga también esta observación para los apuntes alusivos a etapas históricas posteriores.

2. La Biblia, además de ser un libro revelado para quienes lo consideramos el depósito de la palabra de Dios, es un documento excepcional sobre la sanidad, sus problemas y el tratamiento que los mismos requieren, dadas unas determinadas situaciones históricas y sociales. Al menos los cristianos deberíamos percartarnos de ello. Muchas de las páginas del Antiguo Testamento⁴ reflejan claramente la conciencia que existió en Israel de todo lo que un pueblo puede hacer para que el ser humano —individuo y comunidad— mantenga un aceptable grado de salud y evite un buen número de enfermedades. Y, aunque buena parte de las normas e indicaciones sanitarias contenidas en esas páginas haya perdido vigencia por completo, las ideas madres que las dieron a luz conservan palpitante actualidad. A título de ejemplo pueden ser mencionadas las siguientes:

a) Que la sanidad es una cuestión de importancia primordial en el desarrollo de un pueblo, Israel lo comprendió hasta el punto de vincular sus *principios fundamentales* al ámbito sagrado. En los pueblos hegemónicos que le rodeaban y que más influyeron en su cultura, la medicina nació y comenzó a madurar en las escuelas de religión. Y, si la autonomía de aquella respecto de ésta ha sido una conquista histórica ardua y dolorosa, cuya necesidad es ya universalmente reconocida, no es menos cierto que hoy la medicina y la sanidad adolecen en su planteamiento y ejercicio de motivaciones trascendentes, tan abundantes en el período que estamos tratando.

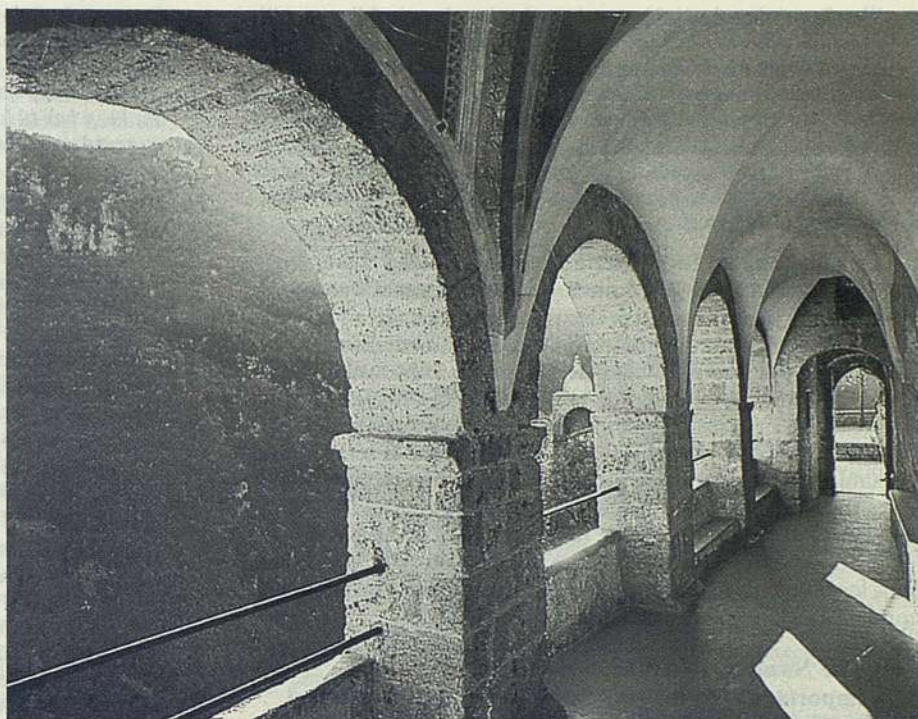
b) La importancia decisiva de la sanidad para Israel aparece no sólo en sus principios impulsores, sino también en las impli-

3. *El conocimiento de la historia es tan necesario como el contacto con la realidad para el logro de un saber científico cabal* (P. Lain Entralgo en *Enfermedad y pecado*, Ed. Toray, Barcelona 1961, p. 8); *la asistencia técnica al enfermo debe llevar en su seno, técnicamente asumido, todo cuanto en los modos pretécnicos de la acción sanadora fuese humana y efectivamente válido... La técnica terapéutica de quien no haya sabido comprender al brujo primitivo —comprender, esto es, descubrir su razón de ser para todos los hombres, por mínima y escondida que ésta sea— puede tener, desde luego, una validez genéricamente humana... Pero si el técnico de la medicina no ha sabido asumir de manera racional y reflexiva el resultado de esa faena de comprensión, su patología y su terapéutica no llegarán a ser integralmente humanas: valdrán, sí, para todos los hombres, mas no para todo el hombre* (mismo autor en *La relación médico-enfermo*, Alianza Universidad, Madrid 1983, p. 236).

4. Los apuntes sobre la sanidad en el Israel del Antiguo Testamento están tomados en parte de A. González Nuñez en el artículo ya citado y en su conclusión (JANO, n.º 734, 23-28 de junio de 1986, p. 46-52); H. J. Stoebe en *Raphah, sanar* (Diccionario Teológico Manual del Antiguo Testamento, ed. por E. Jenni y C. Westermann, Ed. Cristiandad, Madrid 1985, T. II, col. 1010-17); F. Stolz en *Halal, estar enfermo* (mismo libro T. I, col. 789-793); H. W. Wolff en *Antropología del Antiguo Testamento* (Ed. Sígueme, Salamanca 1975, p. 195-202); y P. Lain Entralgo en *Historia de la Medicina*, p. 36s.

«Los monjes medievales preservaron, en sus bibliotecas, del olvido o de la destrucción, una gran parte de los documentos de la medicina antigua, y los usaron para convertirse, muchos de ellos, en profesionales».

Detalle del Monasterio de San Benito en Subiaco (Italia)



caciones y extensión de sus *desarrollos*. Al ir unida a la religión bíblica, y dada la concepción total e integrada del ser humano que aquella ofrece, la sanidad en Israel implicaba a todo el individuo y a toda la comunidad. En este aspecto puede decirse que ya entonces existió una sanidad rudimentaria, pero con tantas pretensiones de *integral* como la que hoy se busca, sólo que entonces desde la óptica predominante del factor religioso aunque, como se verá a continuación, sin despreciar los otros aspectos.

c) La Ley se preocupaba minuciosamente de la salud del *organismo* humano, de manera que el acento religioso no comportaba menosprecio del cuerpo, sino todo lo contrario. Las leyes dietéticas e higiénicas que contenía la Torá eran portadoras de viejas experiencias, muchas de ellas llenas de sabiduría. Y, aunque algunas de estas normas tenían su origen en antiguos tabúes, nada tenían que ver con creencias totémicas, y la mayoría obedecían a razones sanitarias⁵

d) Pero en la Biblia los hechos biológicos referentes a la salud apuntan a realidades más profundas de los seres humanos. Allí la enfermedad es enfocada sobre el fondo del mal total: es un aviso de que quizá muchas cosas andan mal y, por eso, es toda la persona y toda la comunidad las que deben ponerse en cura. El ideal de salud propuesto por la Ley no consistía sólo en el bienestar somático, sino en la *paz* de uno consigo mismo, con los demás seres humanos y con Dios. Y esa paz había que ganarla mediante la fidelidad a la propia conciencia moral y religiosa, y venciendo el extrañamiento que separa de los otros seres humanos y de Dios.

e) Una visión de la salud y de la enfermedad que adopta tales proporciones hace que la concepción sanitaria subyacente desborde el saber médico, y subraye la importancia de otros recursos

5. Destacan entre ellas las que exigían meticulosas purificaciones y lavados de personas y objetos, o la limpieza de las letrinas; las orientadas a prevenir el contagio de la lepra y a promover la higiene en las relaciones sexuales o en el contacto con cadáveres; las relativas al uso del incienso y las hierbas aromáticas como ambientadores; las leyes sobre la circuncisión, la endogamia y el descanso sabático y jubilar, extensivos ambos a los animales y aún a las tierras de cultivo.

terapéuticos latentes en el individuo y en la comunidad. En este sentido puede decirse que Israel concibió una sanidad muy *desmedicalizada*, que dependía mucho más del individuo, de la colectividad y de sus dirigentes que de los médicos o de los sacerdotes. En Israel la enfermedad y la salud no eran únicamente casos clínicos; eran aspectos de la vida que suscitaban muchas preguntas y que repercutían hondamente en cada biografía personal y en la conciencia humana de todo un pueblo. Eran dos caras alternativas de la vida, dos estados existenciales que afectan a todo el ser humano.

Esta concepción de la salud, la enfermedad y, por ello, de la sanidad tuvo algunas *consecuencias negativas* muy graves: en el orden teológico, la fácil identificación de la salud con la gracia y de la enfermedad con el pecado; en el orden ético, la propensión generalizada a considerar al enfermo como pecador castigado por su pecado; y en el orden social, la terrible marginación de ciertos enfermos como los leprosos. El libro de Job es un testimonio elocuente de la lógica rebeldía que llegó a producir semejante mentalidad, y la conducta de Jesús con los enfermos el revulsivo necesario para entender que la primera norma sanitaria es la relación asistencial cercana y acogedora. Pero también es cierto —y se ha subrayado mucho menos que lo anterior— que este planteamiento hacía de la sanidad, ante todo, una cuestión de *responsabilidad* individual y colectiva. Así lo expresan con toda claridad numerosos textos del Pentateuco y de los Profetas⁶.

f) Antes de terminar este apartado es forzoso mencionar otra aportación decisiva: la reflexión que ofrece el libro del Eclesiástico sobre la *función combinada de la religión y la medicina técnica*⁷ en el ámbito de la asistencia. Hay un párrafo en dicho

6. Pueden encontrarse textos abundantes sobre esta cuestión en *La comunidad cristiana y los enfermos*, documentación de la Comisión de Formación, del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria para la XIV Reunión Nacional de Delegados Diocesanos, Madrid, septiembre de 1989, p. 7-17.

7. El médico del que se habla en este libro es con toda seguridad el que ya nutre su ciencia del saber hipocrático, llegado a Israel tras las campañas de Alejandro Magno y sus generales. Las fuentes del judaísmo tardío hablan incluso de que en esa época algunos rabinos ejercían como médicos, hecho que manifiesta un enorme avance en la consideración favorable de la medicina natural, respecto a las épocas anteriores.

libro⁸ que, en mi opinión, encierra la síntesis más feliz y equilibrada que jamás se ha escrito sobre la mutua y armónica implicación de ambos saberes y prácticas en el quehacer sanitario. Para Jesús Ben Sira, el autor del libro, Dios es el sanador radical y definitivo⁹, pero él ha dotado a la naturaleza y a los seres humanos de los remedios y la ciencia necesarios para ser los hacedores de su obra sanadora. De este modo, la oración y la ciencia natural —médica y farmacéutica— se integran en el restablecimiento del enfermo.

Esta doctrina no fue alumbrada sin dificultades. La teología y la espiritualidad de Israel pusieron graves reparos durante siglos a toda práctica sanitaria que no se redujera, de un modo u otro, a la súplica y al seguimiento de la voluntad de Dios, expresada en las normas ya citadas de la Ley. La introducción de la cultura helénica y, con ella, de la medicina hipocrática provocó una reacción integradora, de la que fue quizá su expresión más notoria la rebelión de los Macabeos. Sin embargo, la reflexión de los sabios de Israel produjo una evolución imparable, que aparece reflejada en los libros de Job, del Qohelet y de la Sabiduría. Ben Sira es otro exponente de tal evolución y, en el pasaje que nos ocupa, logró poner en diálogo fecundo eso que hoy llamamos los binomios fe y cultura, religión y medicina, sanidad y pastoral.

Jesús de Nazaret, y la importancia de los recursos humanos en la sanidad

Aunque indirectamente se llamó a sí mismo médico¹⁰, ni se consideró tal en el sentido técnico, ni trató de crear un sistema asistencial. Sin embargo, la concepción de la asistencia que dimana de su doctrina y su conducta imprimió una evolución decisiva a la cultura y la praxis sanitarias de Occidente y, a través de ellas, a las de toda la humanidad. La contribución de Jesús a la evolución de la sanidad pertenece, sobre todo, a lo que hoy llamamos el *ámbito de los valores*. Él aplicó al quehacer de la asistencia el conjunto de valores sobre los que debe basarse, y del que debe partir, cualquier sistema sanitario con pretensiones de dignidad y calidad humanas. Veamos muy resumidamente en qué aspectos.

a) Aunque en nuestro ámbito pastoral es una afirmación ya repetida hasta la saciedad, hay que reseñar una vez más que Jesús amplió a todos los seres humanos —sin distinción alguna— el beneficio de la asistencia: ésta ha de ser *para todos*. Pues asistir para Jesús, según la filosofía subyacente a la parábola del Buen Samaritano y a sus intervenciones con los leprosos, significa convertir en *próximo* a cualquier lejano o extraño para ayudarle a salir de su situación de enfermedad. Y no hay barrera impuesta por la naturaleza o por los hombres que justifique excluir a nadie de dicha asistencia, pues ésta es un imperativo que brota del doble y complementario mandamiento universal de amar a Dios y al prójimo.

b) Jesús considera que la tarea asistencial es también un imperativo universal, no un quehacer privativo del Estado, o de ciertos estamentos u organizaciones políticas, religiosas o de otra índole.

8. Se trata de Si 38, 1-14. En lugar de transcribir el texto, prefiero invitar a una lectura pausada del mismo.

9. En el Antiguo Testamento aparecen a menudo referencias directas e indirectas a Yhawah como médico, por ejemplo, en Ex 15, 26; 2Re 20, 5.8; 2Cro 16, 12; Sal 103, 3; 147, 3.

10. Cf. Mc 2, 17 y textos paralelos. Creo que el primer escritor cristiano que da a Jesucristo el título de *médico* es Ignacio de Antioquía en su *Carta a los Efesios*, VII 2 (cf. *Padres Apostólicos*, ed. preparada por Daniel Ruiz Bueno, BAC, Madrid 1965, p. 453s). Tras él, este título hizo fortuna entre los Padres de la Iglesia y lo usaron, por ejemplo, Clemente de Alejandría, Atanasio, Gregorio de Nisa, Cirilo de Jerusalén y Agustín de Hipona. La teología actual lo ha echado en olvido, aunque la Liturgia de las Horas ha vuelto a rescatarlo, incluyéndolo en las preces de laudes y vísperas.

Que para Jesús la asistencia ha de ser *tarea de todos* —hasta donde sea posible a cada uno en cada caso— lo muestran con toda claridad dos de los textos evangélicos más clásicos sobre el asunto que nos ocupa: la indicación del final de la parábola antes aludida: *Ve, y haz tú lo mismo* (Lc 10, 37); y el criterio del Juicio Final expresado en Mateo 25, 40.45.

c) Más aún; siguiendo la tradición del Antiguo Testamento, Jesús afirma indirecta, pero rotundamente, que la sanidad tiene su primer fundamento y sus primeros recursos en cada ser humano: en su interior, en sus actitudes y comportamientos. El *modo de vivir* que cada uno va eligiendo para sí mismo es lo que salva o echa a perder su vida (cf. Mc 8, 35ss y par.) y repercute, para bien o para mal, en los otros. Así queda patente la irrenunciable vertiente ética de toda empresa sanitaria: los primeros recursos con los que ésta ha de contar son aquellos que laten en cada uno de sus destinatarios (cf. Mc 7, 14-23), y la positiva voluntad de éstos de ponerlos al servicio propio y de los demás. Como se verá más adelante, las primeras comunidades cristianas tomaron muy buena nota de este punto y convirtieron la *ética*, positivamente entendida y formulada, en *fuerza de salud*.

d) Igualmente claro deja Jesús que la asistencia ha de consistir en una *relación personal y directa*, no en una acción a distancia¹¹, entre el sanador y el enfermo. Ni siquiera las normas preventivas de contagio —en el caso de los leprosos, o los *endemoniados*— o cualquier otro motivo deben impedir el contacto humano en la prestación sanitaria. Asistir no es sólo convertir en próximo al extraño, sino detenerse junto a él y acompañarlo mientras se le prestan los cuidados que necesite. Desde la óptica de Jesús sólo merece el calificativo ético de humana la estructura sanitaria que se basa en una asistencia personalizada.

e) De la mano del carácter interpersonal que ha de tener la acción asistencial, Jesús aporta otro dato sobre su naturaleza y alcance, que la mentalidad actual del sistema sanitario tiende todavíamente a soslayar, cerrando los ojos al enorme coste que acaba pagando por semejante menosprecio. Se trata de los *ingredientes humanos* y del *precio personal* que la relación asistencial exige a quien la practica, siempre que sea verdadera, íntegra y hondamente eficaz. Toda la exégesis contemporánea de los evangelios está de acuerdo en que Jesús no pretendía con sus curaciones ser un modelo del arte técnico de curar¹², aunque sí lo pretendieron luego, con rigor y pasión, los buenos sanitarios cristianos, para quienes el ejercicio de la caridad tenía su comienzo forzoso en la mayor competencia técnica posible. Pero la pretensión fundamental de Jesús era convertir en realidad con su conducta las promesas que el Antiguo Testamento anunció en la figura del Siervo de Dios; promesas cuyas connotaciones terapéuticas descubre Jesús.

Según el texto de Mt 8, 16s, Jesús, al curar, cumplía la profecía de Isaías *tomando sobre sí nuestras dolencias y cargando con nuestras enfermedades* (cf. Is 53, 4). Leídos ambos textos en clave asistencial quieren decir —nada más y nada menos— que el ingrediente técnico es un elemento necesario, pero no suficiente, en toda acción terapéutica que no sea meramente puntual. Con otras palabras, que la operación de curar no se reduce a emitir un diagnóstico y aplicar un tratamiento técnicamente impecables, sino que, por consistir en una relación humana continua y de *ida y vuelta*, le fuerza al terapeuta a *dar de sí* y a *echar sobre sí*: a dar una parte, mayor o menor según los casos, de sí mismo, de su intimidad; y a consentir en echar sobre sí alguno de los elementos nocivos (de *nosos, enfermedad*) que el enfermo padece

11. Las curaciones del siervo del centurión (Mt 8, 5-13 y par.) y de la hija de la mujer cananea (Mt 15, 21-28 y par.), realizadas a distancia, obedecen al motivo de subrayar la fe de los peticionarios; son dos casos excepcionales, e incluso en el primero Jesús actúa así contra su voluntad inicial y por indicación del centurión.

12. Cf. por ejemplo, para ambas afirmaciones, F. Graber y D. Müller en *Salud, Curación*, Diccionario Teológico del Nuevo Testamento. Ed. Sígueme, Salamanca 1984, T. IV, p. 136-143.

y saca de sí mismo, sean éstos de índole biológica, psíquica o anímica.

Nunca he oído a un especialista en asuntos sanitarios hablar de los costos humanos que la sanidad exige a quienes la prestan en primera línea. Tampoco creo que ningún manual de terapéutica diga expresamente que curar a otro implica, si se hace bien, enfermar en cierta medida. Pienso, sin embargo, que el mayor y más poderoso conjunto de recursos de nuestra sanidad radica en la decidida voluntad de dar de sí y de arriesgarse a ser terapeutas *forzosamente heridos*, que observo en la mayoría, al menos relativa, de los sanitarios con los que trato. Son ellos los que, consciente o inconscientemente, han asumido este aspecto del mensaje de Jesús, aunque tal mensaje no haya calado ni en las estructuras docentes ni en las organizativas del sistema sanitario, casi dos mil años después de ser explicitado por el terapeuta de Nazaret.

f) Por último —forzosamente, a causa de la obligada brevedad y pretensiones de este escrito— queda por añadir que en Jesús se percibe con toda claridad una síntesis armónica de *curar y cuidar*, principio integrador de toda acción y planificación sanitarias a la altura de las verdaderas necesidades humanas. Es la conclusión lógica a la que llevan las observaciones anteriores y viene, además, avalada por la exégesis del lenguaje que los evangelios usan para describir la actividad sanadora de Jesús. Ésta aparece descrita en los evangelios con los verbos *therapeúo*, *ídomai* e *hyglao*, los cuales significan propiamente sanar mediante procedimientos médicos pero, aplicados a la obra de Jesús, tienen el significado de una acción terapéutica más completa, que incluye el cuidado henchido de amor solícito. La necesidad de superar la alternativa entre curar o cuidar, no tiene ningún objeto en el modo de asistir de Jesús. Él fue terapeuta y, al mismo tiempo se identificó con el enfermo, encarnando simultáneamente en su persona al ser necesitado de ayuda y al capaz de prestarla.

El cristianismo primitivo: una sanidad comunitaria que surge de la base

No hay que recurrir a idealizar los orígenes del cristianismo para afirmar que sus aportaciones a la cultura sanitaria posterior —aún teniendo en cuenta su parvedad estructural en los primeros tiempos— son tan importantes como actuales. Los datos históricos a este respecto han sido rigurosamente estudiados¹³ y son por demás elocuentes. En síntesis apretada esto es lo que dicen.

a) El libro de los Hechos atestigua que, justo a partir de Pentecostés, el imperativo ético del seguimiento fiel de Jesús impulsó a los apóstoles a continuar las pautas asistenciales de su Maestro¹⁴. Pero en seguida descubrieron que tal empresa comportaba enormes dificultades por la radical desproporción existente entre las necesidades que había que atender y los medios disponibles para poder lograrlo¹⁵. En la antigüedad la asistencia médico-técnica no llegó nunca de modo regular y constante a los estratos inferiores de la sociedad¹⁶, de los que procedía la absoluta mayoría de los miembros de las primeras comunidades. La medicina hipocrática era *privada* y sus servicios ocasionaban grandes dispendios (cf. Mc 5, 26). Por eso, durante el primer siglo y medio de existencia histórica del cristianismo no parece que

se diera entre los cristianos la ayuda técnica o médica al enfermo, al menos con regularidad.

Sin embargo, las primeras comunidades cristianas mostraron que la penuria de medios económicos y técnicos no era un obstáculo insalvable para implantar y extender cada vez más una asistencia de auténtica calidad humana. Mostraron, sobre todo, que la creatividad puede ser en sanidad un excelente antídoto frente a la escasez de tales medios. En este sentido aquellas comunidades ofrecen un modelo muy válido para replantear algunos de los problemas más agudos que hoy padece la sanidad.

b) La fuerza impulsora de esa creatividad fue una *ética formulada en clave positiva*¹⁷ cuyo programa cristalizó en las *obras de misericordia*, y sirvió de banderín de enganche para recabar la participación en las tareas asistenciales de un buen número de miembros de las comunidades. Pablo en varias de sus cartas¹⁸ señala a la comunidad como sujeto responsable y marco de actuación de esa ética que, en el seno de aquella, había de suscitar el *carisma de sanación* en los individuos y ponerlo al servicio del bien común. La ética de los primeros cristianos fue, pues, el motor de una concepción sanitaria basada sobre todo en los recursos humanos, dotada de fuerte acento comunitario y participativo, surgida desde la base. En este aspecto puede y debe ser un sano revulsivo tanto para la organización sanitaria actual como para la conciencia general de las comunidades cristianas de hoy, cuya moral no deriva como antaño en tan ricas consecuencias asistenciales.

c) Fruto también de sus principios éticos fue la decisión tomada por las primeras comunidades de prestar una asistencia tanto *igualitaria* —a sus propios miembros y a los extraños— como *gratuita*, sólo por caridad. Así lo atestiguan la *Carta de Policarpo* de Esmirna y la *Apología* de Justino, documentos ambos redactados en torno al 150 d.C.

d) Pero la cobertura de uno y otro objetivo planteó desde el principio el grave problema —ya mencionado— de la tremenda desproporción entre fines y medios para alcanzarlos. Y aquí es donde las comunidades hicieron, por un lado, virtud de la necesidad y, por otro, echaron mano de la creatividad que brotaba de la hondura de sus convicciones. Para adecuar los medios a los fines, comenzaron redefiniendo —acotando— las implicaciones de su acción terapéutica. No se arredraron ante la imposibilidad práctica de prestar una asistencia médico-técnica, ni renunciaron por ello a asistir a los enfermos y menesterosos, sino que compensaron con *cuidados humanos y espirituales* esa imposibilidad. Y, al poner el acento en tales cuidados, aportaron importantes novedades a la cultura asistencial y sanitaria posteriores: la incorporación metódica de una incipiente psicoterapia basada en el *consuelo*, la práctica de la asistencia a los incurables y los moribundos, y la inclusión en el cuidado de los enfermos de prácticas religiosas.

A la par que definían el alcance, objeto y contenido de su actividad terapéutica, los primeros cristianos desarrollaron medios y cauces adecuados para realizarla. Así surgió, ya en la época apostólica, la institución de las viudas y las *diaconisas*, que practicaban la ayuda a los enfermos en el domicilio de éstos, y la conversión de las casas de algunos cristianos en *centros de acogida* para enfermos y menesterosos, como hizo el papa Cleto, tercer sucesor de Pedro, ya hacia el año 77 d.C.

17. En las comunidades del cristianismo preconstantiniano la condición ético-religiosa de la ayuda al enfermo era cosa obvia. Aquí se hace patente una considerable diferencia entre aquella situación y la nuestra. Entre nosotros, la moral suele mostrar de un modo más aparente aspectos negativos y prohibitivos. A juzgar por los textos que han llegado a nuestras manos, en las primeras comunidades cristianas la moral era ante toda una fuente viva de incitaciones a la acción. Ahí radica precisamente la diferencia entre una moral de temor y una moral de amor (P. Lain Entralgo, *La relación médico-enfermo*, p. 131).

13. Los apuntes para este apartado, y para alguno de los posteriores, están tomados de P. Lain Entralgo en tres obras ya citadas: *Historia de la Medicina*, p. 139-142; *La relación médico-enfermo*, p. 104-133; y *Enfermedad y pecado*, p. 45-69; de D. Gracia Guillén en *El cristianismo y la asistencia al enfermo*, Labor Hospitalaria, n.º 184, 1982, P. 66-75; de D. Casera en *Chiesa e Salute. L'azione della Chiesa in favore della salute*, Ed. Ancora, Milano 1991, p. 21-43; y de A. Casera en *L'ospedale e l'assistenza ai malati nel corso dei secoli*, Ed. Salcom, Varese 1990, p. 41-47.

14. Cf. Hech 3, 1-8; 4, 9-12; 5, 12.15s; 8, 7s; etc.

15. Salvadas las diferencias históricas y sociales es básicamente el mismo problema que se le plantea hoy a nuestra sanidad, y que ha provocado la elaboración del llamado *Informe Abril Martorell*.

16. Cf. Gracia Guillén en el artículo citado.

18. Cf. por ejemplo, Rom 12; 1Cor 12; 1Tes 5, 14, entre otros textos.

e) Pero, para hacer honor a la verdad histórica, no hay que silenciar las *limitaciones y defectos* que muestra el cuadro asistencial de las primeras comunidades. En dos pueden ser concretados y resumidos. En primer término, el abuso del exorcismo y la vigencia en cierto grado de supersticiones milagreras —de las que ofrecen numerosos ejemplos los evangelios apócrifos fomentadas por tendencias religiosas sectarias que a veces surgían del propio cristianismo primitivo. Añádase a ello, la pretensión de algunos autores cristianos, como Tertuliano y Taciano de Asirio, de seguir oponiendo religión y medicina, en detrimento de ésta, a pesar de ser ya una cuestión doctrinal resuelta por los últimos sabios del Antiguo Testamento (cf. II. 1.2. f), y armonizada en la práctica por Jesús de Nazaret.

El sistema cristiano de sanidad en el medioevo

Ya a finales del siglo II d.C. se produjo un cambio sustantivo en la situación interna de las comunidades cristianas y, como consecuencia, en su proyección al exterior. Dicho cambio consistió fundamentalmente en un *despegue* hacia dentro y hacia fuera, que afectó de lleno al desarrollo de la asistencia por parte de las comunidades. Desde la fecha indicada hasta el final de la Edad Media, la organización asistencial de la Iglesia no hizo sino crecer en extensión, complejidad y riqueza de contenidos. Por eso, también este periodo tiene unas características que pueden servir de aportaciones a la sanidad de nuestro tiempo.

a) La fuerza del imperativo ético cristiano, como impulsor de organización y praxis asistencial, se revela sobre todo en este periodo. Los testimonios cristianos, y aun los paganos, nos informan de que, por entonces, allí donde había una comunidad cristiana existía una obra —más o menos rudimentaria u organizada— de asistencia a enfermos. Tan es así que el pagano Celso criticaba al cristianismo diciendo que era una *religión para enfermos*, el mordaz Luciano de Samosata se admiraba por el mismo motivo del espíritu que animaba a los cristianos¹⁹, y el emperador Juliano atestiguó más tarde que éstos no hacían distinciones entre propios y extraños al practicar la asistencia²⁰.

Tal incremento y extensión de las prestaciones llevó muy pronto a ver la necesidad de aumentar sustancialmente los recursos existentes y de crear otros nuevos, siguiendo unos criterios de racionalidad y eficacia. Éste es el momento en el que la Iglesia inicia la construcción de un *sistema sanitario organizado*. La *Didascalia Apostolorum*, ya en el siglo II, dividía el territorio de los obispos en barrios, y designaba a cada uno un diácono para que fuera *el oído, el ojo y el corazón del propio obispo*, y prescribía que *todos servirán, según sus necesidades, a las personas ancianas que no tienen fuerzas, como hermanos y hermanas que están enfermos*. Por la misma época Tertuliano escribía que, para realizar la asistencia, cada comunidad tenía una casa de mutuo socorro; el Concilio de Nicea, siglo y medio más tarde, estableció en su canon 70 que cada ciudad tuviera un lugar especial, dedicado al restablecimiento de enfermos y pobres, y es muy significativo que la disposición fuera obligatoria para todas las ciudades episcopales. Las citas de otros ejemplos contemporáneos y posteriores podrían multiplicarse.

El carácter *especial*, prescrito para estos lugares, aludía no sólo a su uso exclusivo para los mencionados fines, sino también a la evolución en la comprensión del destino y alcance de sus prestaciones. Ya no se trataba sólo de proporcionar un hogar y unas ayudas humanas elementales, sino de construir *centros* donde la

asistencia cubriera un amplio abanico de necesidades, incluidas las de la atención médico-técnica. No es posible describir aquí el organigrama del hospital cristiano surgido de las disposiciones de Nicea, ni su evolución a lo largo del medioevo. Baste citar los ejemplos de la ciudad hospitalaria de San Basilio en Cesarea de Capadocia (construido hacia el año 370), y de la enfermería del monasterio de San Gall (en torno al 830), para ilustrar que la asistencia cristiana incluía en este periodo la organización y las técnicas disponibles en aquellos tiempos, como medios necesarios para el buen ejercicio de la caridad.

b) Con esta última afirmación pretendo resaltar otro hecho muy significativo para el diálogo Sanidad-Iglesia, en pro de la mejora de aquélla. La evolución del hospital cristiano durante este periodo es un claro exponente de lo que Ben Sira (cf. II. 1.2. f) ya dejó plasmado siglos antes, acerca de la fecunda complementariedad entre religión y medicina en la concepción y práctica de la asistencia. Merece la pena detenerse un momento a explicar esta afirmación y sus consecuencias históricas. Y comenzar diciendo que *hospitalitas* era la expresión que servía de consigna en el cristianismo del mundo romano, para aplicar a la asistencia el mandato de la caridad. *Hospitalitas* es la palabra con que los cristianos tradujeron al latín el término griego *philoxenia*, *amor al extraño*, es decir, caridad en el sentido propio del Nuevo Testamento. Siguiendo la misma lógica, denominaron *xenodokoi* a sus primeros hogares de acogida, cuando el griego era aún la lengua predominante del cristianismo antiguo, y luego *hospitales* a los centros que la Iglesia creó para prestar una asistencia más completa y organizada. La necesaria concepción actual del hospital-empresa no debería ser obstáculo para que los planificadores de la Sanidad sacaran las consecuencias operativas que ofrece el impulso que dio origen a esta institución de cuño cristiano. La complejidad estructural o tecnológica no puede excusar la falta de sentido de acogida y de calidad en el trato humano.

Pero tampoco sería justo olvidar hoy que, para poder prestar a los enfermos una asistencia caritativa lo más eficaz posible, el cristianismo incorporó con decisión la *medicina galénica* al conjunto de sus prestaciones hospitalarias a partir de este periodo. A costa, en un principio, de un debate teológico no exento de ásperas confrontaciones entre diversos autores cristianos (cf. II. 3. e), sobre la compatibilidad de la medicina pagana con la vivencia y el ejercicio de la fe cristiana, ya Orígenes sentó las bases de dicha incorporación. A partir de él, los buenos terapeutas cristianos percibieron con claridad que religión y medicina podían y debían ir hermanadas, y que la ética cristiana exigía toda la perfección técnica posible en la asistencia a los enfermos. Así lo entendieron los monjes y otros eclesiásticos medievales. La historia de la Iglesia nos habla de obispos que eran también médicos, como Teodoto de Laodicea y el español Mazona, obispo de Mérida en el siglo IV. Hubo incluso un papa proveniente de la profesión médica: Pedro Hispano, elegido para la sede romana en 1276 con el nombre de Juan XXI.

c) El sistema sanitario cristiano no sólo supo incorporar la medicina galénica a su estructura asistencial, sino que contribuyó decisivamente a su salvaguarda y desarrollo, en tanto que saber técnico. Los monjes medievales preservaron en sus bibliotecas del olvido o de la destrucción una gran parte de los documentos de la medicina antigua, y los usaron para convertirse muchos de ellos en profesionales. Ello trajo consigo el riesgo de crear una clase médica predominantemente clerical, proclive con el tiempo a someter la ciencia médica a la religión, pero la Iglesia medieval lo conjuró de dos maneras: por un lado, apoyando la creación de escuelas de medicina —como la célebre Escuela de Salerno— donde los médicos laicos eran mayoría dominante, y promoviendo luego la creación de facultades de medicina en las universidades; por otro, prohibiendo en diversos concilios el ejercicio de la medicina a los clérigos. El resultado fue que, a partir del siglo XII, la medicina era enseñada y practicada sobre todo por cristianos laicos.

19. Es increíble la premura con que las personas de esta religión se asisten unas a otras, en sus necesidades. No ahorran nada a tal fin. Su primer legislador les ha persuadido de que todos ellos son hermanos (Luciano de Samosata en *In morte Pellegrini*, c. 13; cf. D. Casera en o.c. p. 29).

20. La asistencia a los paganos afectados por la terrible peste que el año 251 asoló la ciudad de Cartago, por parte de la iglesia local presidida con el obispo Cipriano a la cabeza, es un testimonio elocuente junto a otros muchos de esta actitud.

«... Fue la obra de cristianos como Juan de Dios, Camilo de Lelis y Vicente de Paúl que suscitaron una nueva figura en el campo de la sanidad —religioso/a sanitario—, que buscaban integrar en su persona y en su modo de asistir, la caridad cristiana y la competencia técnica, haciendo de ésta un signo y un vehículo de aquélla».

Hospital Materno-Infantil San Juan de Dios, Barcelona



d) Indudablemente, tampoco este periodo está exento de puntos oscuros. El más destacable de ellos, por lo que se refiere al tema que nos ocupa, es el hecho de que el desarrollo del sistema cristiano de sanidad se realizó interpretando las exigencias éticas de la asistencia exclusivamente desde lo que la bioética actual llama *el principio de beneficencia*²¹, y *sólo* desde este principio, pues fue considerado suficiente para cumplir el mandato evangélico. La historia posterior demostró, sin embargo, lo insuficiente de tal apreciación²². Puesto que la caridad ha de ser ilimitada para un cristiano, no se le pusieron topes máximos, pero tampoco mínimos. La Iglesia creó y desarrolló una sólida estructura asistencial, pero no supo, o no pudo, o no creyó necesario convertir la beneficencia en criterios y normas objetivas de justicia, que obligaran tanto a las estructuras políticas y sociales como a los individuos. Promovió una *ética de máximos* —del ideal de la virtud, de la sanidad heroica— mucho más que una *ética de mínimos*, exigible a todos. Y la experiencia histórica ha demostrado con creces que ambas modalidades éticas son necesarias en el planteamiento y realización de la asistencia sanitaria.

La asistencia *subsidiaria* de la Iglesia en el mundo moderno

El mundo moderno, nacido del Renacimiento europeo, modificó no poco el sistema sanitario medieval, haciéndolo evolucionar hacia unos planteamientos muy diversos. El comportamiento de la Iglesia y sus instituciones asistenciales frente a tal evolución aporta también unas lecciones que conviene no ignorar.

La causa fundamental de dicha evolución fue de orden político: el abandono definitivo del ideal del imperio universal bajo la tutela de las dos coronas —terrena y espiritual, del emperador y del papa— y el consiguiente fortalecimiento de los estados nacionales. Tal fortalecimiento impulsó a los estados europeos a desarrollar sus estructuras políticas y sociales con mayor independencia de la Iglesia, aunque en estrecha colaboración con ella hasta finales del siglo XVIII, momento en el que comenzó definitivamente a cuartearse la estructura política del *antiguo Régimen*, por el impacto de las revoluciones americana (1776) y francesa (1789).

21. Cf. D. Gracia Guillén en *Fundamentos de Bioética*. Ed. Eudema, Madrid 1989, p. 15.26-104 y otras.

22. Baste leer la descripción y comentarios que P. Lain Entralgo hace de este punto en sus obras antes citadas, y en *La medicina actual*, Ed. Dossat, Madrid 1981, p. 97-99.

Así fue cómo la asistencia sanitaria fue pasando del control de la Iglesia al control del Estado, haciéndose aquélla poco a poco *subsidiaria* de éste en dicho campo. La asistencia, de ser considerada ante todo una obra de misericordia y un signo de perfección cristiana, se fue convirtiendo en un asunto de gestión y competencia *política*.

La mejor lección que aportó la Iglesia durante este periodo fue su *capacidad de adaptación* a las nuevas circunstancias, para seguir cumpliendo el imperativo de la caridad, y también su capacidad de compensar diversas carencias y defectos estructurales de la incipiente sanidad civil. El vigor del espíritu asistencial del evangelio tuvo entonces su máximo exponente en el nacimiento de nuevas formas de vida religiosa, surgidas específicamente para asumir tareas asistenciales. Fue la obra de cristianos como Juan de Dios, Camilo de Lelis y Vicente de Paúl, que suscitaron una nueva figura en el campo de la sanidad: la del *religioso* y la *religiosa sanitarios*, que buscaban integrar en su persona y en su modo de asistir la caridad cristiana y la competencia técnica, haciendo de ésta un signo y un vehículo de aquélla.

Estos nuevos sanitarios —que en su gran mayoría no eran clérigos, sino *hermanos*²³— contribuyeron notablemente a dotar de mayor calidad la asistencia hospitalaria, por su esmero en humanizar el trato al enfermo, tanto en su relación directa con él, como en la mejora de las condiciones materiales de habitabilidad e higiene de los hospitales donde realizaban su labor. En nombre, una vez más, de la caridad, supieron pacientemente llevar a cabo lo que en la jerga pseudotécnica actual se denomina pomposamente *optimizar los recursos en beneficio del usuario*. Entraron a organizar y practicar la asistencia, como subsidiarios del Estado, en los hospitales civiles. Pero, como esos nuevos hospitales distaban mucho de cubrir las necesidades existentes, iniciaron la fundación de hospitales privados, destinados a los enfermos más necesitados y desasistidos, a los que no llegaban las prestaciones sanitarias del Estado.

Desde Juan de Dios hasta Teresa de Calcuta, los religiosos y religiosas sanitarios han sabido combinar, al menos, *tres cualidades* de gran importancia en sanidad: *sensibilidad social* para acudir donde las necesidades asistenciales sean más acuciantes; *calidad personal* en el trato con los enfermos y *gran eficacia* en la administración y uso de los recursos puestos en sus manos. Con

23. Entre otros motivos, para soslayar la prohibición canónica, dirigida a los clérigos, de practicar la medicina (cf. II. 2. 4. c).

ello, han demostrado sobradamente dos hechos muy claros para quien sepa leer objetiva y desapasionadamente la historia de la sanidad. El primero es la evidencia de que la utopía del Estado sanitario es, por desgracia o por suerte, imposible de cumplir pues ya advirtió Jesús que *a los pobres los tendréis siempre entre vosotros* (Jn 12, 8), con lo que es claro que la función subsidiaria de la Iglesia —y de otras instituciones— siempre será necesaria, incluso en el orden de la *salud biológica*²⁴. El segundo, consecuencia del anterior, es la constatación de que la aplicación en sanidad del principio bioético de justicia no puede ser satisfactoria, si se deja a un lado el principio de beneficencia²⁵.

La medicalización y socialización de la sanidad

Desde finales del siglo XVIII puede percibirse con toda claridad que las ciencias se despegan de la tutela que sobre ellas ejercían la teología, la moral y la espiritualidad cristianas, así como del corsé ideológico y práctico impuesto por la medicina hipocrático-galénica. La Ilustración fue el movimiento cultural que llamó a la emancipación científica y, a su llamada, la ciencia descendió de los principios filosóficos universales al terreno de la experimentación directa de la realidad, ayudada por la nueva matemática. Éste fue el ambiente en el que la medicina se diversificó, especializó e inició la carrera de sus portentosas conquistas técnicas en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Su formidable despegue le llevó a ocupar el puesto hegemónico en la organización de la asistencia. El siglo XIX es el tiempo en el que se consolida la medicalización del hospital y, con ella, ya en nuestro siglo la de la sanidad, cuando ésta crece más en extensión y recursos disponibles, por la implantación de los seguros obligatorios de enfermedad y de los sistemas nacionales de sanidad.

Todo ello trajo consigo unas consecuencias que llegan hasta hoy, y son de todos conocidas por estar presentes en nuestra sanidad. Por tal motivo han sido ya descritas más detalladamente, y con mayor destreza de la que yo sería capaz, por otros ponentes de XVI Jornadas de Delegados. Además, su análisis y el pronóstico sobre sus repercusiones frente al inmediato futuro de la sanidad, y de la función propia de la Iglesia en él, es un cometido que la Campaña del Día del Enfermo 1992 pretende que sea realizado con la participación del mayor número posible de personas e instituciones. Creo, pues, que es hora de rematar este escrito ayudando a situar ese análisis y pronóstico con unos últimos apuntes.

Apuntes sobre aportaciones actuales y futuras

Los beneficios asistenciales que la sanidad actual está reportando a la humanidad sólo pueden ser discutibles para quien mire la realidad sanitaria con mentalidad maniquea o fundamentalista. No es ese el caso de la Iglesia y menos aún el de su vertiente pastoral, a la que pertenecemos los que estamos día tras día intentando establecer un entendimiento y una colaboración lo más sana, diáfana y fructífera posible entre ambas instituciones. En nombre de nuestro amor compartido hacia una y otra, y partiendo de una historia que ofrece lecciones muy aprovechables, vayan finalmente unas cuestiones dirigidas a la sanidad desde el interior de la Iglesia:

a) La primera cuestión va dirigida a plantear la revisión de la *utopía* sanitaria y médica. Ante una sanidad y una medicina

24. Deseo recordar el uso que hizo de esta expresión, junto con la de *salud biográfica*, D. Gracia Guillén en su ponencia *Modelos actuales de salud. Aproximación al concepto de salud*. Para ello remito al lector al texto de dicha ponencia, publicado en *Labor Hospitalaria*, n.º 219, p. 11-14.

25. Esta afirmación es justo el revés de la aplicada en el capítulo anterior a la actuación sanitaria de la Iglesia en el periodo medieval: cf. II. 4. d. y nota 21.

que a lo largo del siglo pasado y del presente, de ser instrumentos cada vez más eficaces al servicio de la salud humana, se han ido convirtiendo en sistemas ideológicos predicadores de la utopía científica y de *camino*s de perfección²⁶ y salvación, cabe preguntarse si la visión histórica de su actuación en nuestro tiempo no debe impregnar a ambas de una sana humildad, que les lleve a renunciar a pretensiones cuasirreligiosas. Habrá que volver sobre este punto en la última cuestión.

b) La segunda cuestión tiene que ver con el *destinatario* de la sanidad. Sólo a partir de Jenner y de los higienistas del siglo XIX la sanidad y la medicina comenzaron a ser efectivamente preventivas. Hasta entonces su objetivo histórico casi exclusivo fue la curación y, por ello, el enfermo su destinatario principal. Por razones de todos conocidas, predominantemente económicas, hoy una y otra están tratando de imponer los nombres de *usuario* o *cliente* a dicho destinatario. Sin negar que tal pretensión esté justificada por una serie de razones objetivas, y sin querer tampoco que la promoción de la salud sufra menoscabo alguno, cabe preguntarse: ¿Es ético reducir sistemáticamente al enfermo a la categoría de cliente o usuario, o bien, hasta qué punto puede serlo? ¿No se corre con ello un peligro cada vez mayor de que la sanidad subordine gravemente la dimensión humana al puro factor económico?

c) En tercer lugar hay que cuestionar también la evolución que está sufriendo la *figura del sanitario*. Desde el panorama que a lo largo de las etapas anteriores hemos ido esbozando, la historia insiste una y otra vez en que el sanitario de primera línea asistencial, no sólo *presta* conocimientos y habilidades técnicas, sino que *da de sí y echa sobre sí*. Y la pregunta surge espontánea: teniendo en cuenta el punto de partida y las tendencias actuales de la sanidad ¿qué tipo de sanitario está promoviendo? ¿es acertada o equivocada tal promoción?

d) Conectada con la anterior, aunque también en parte independiente de ella, está la pregunta sobre los *recursos* de la sanidad. De los problemas que genera la provisión, planificación, gestión y control de recursos en la sanidad actual, todos hemos oído hablar mucho, pero quizá desde un punto de vista unilateral, que pone el acento en la vertiente presupuestaria y estructural de los mismos. Sin negar la absoluta necesidad de considerar tales vertientes, y mirando de nuevo a las lecciones de la historia, no queda más remedio que preguntar: siendo necesaria, ¿es suficiente esa consideración? ¿no está la sanidad actual minusvalorando los enormes recursos humanos que tiene a disposición, si sabe tratarlos bien, en el conjunto de sus ciudadanos y en sus propios sanitarios? ¿no está cayendo en la trampa de generar una espiral imparable de derroche económico, y también de energías humanas mal orientadas hacia la burocracia, por no atender a esos otros recursos?

e) Y entramos en las dos últimas cuestiones, las *trascendentes*. De ellas, la primera afecta a los *finés*: ¿hacia dónde camina la sanidad actual? Es indudable que el fin preponderante de la sanidad es la consecución del mayor grado de salud posible para los ciudadanos. Sin embargo, nunca la economía ha sido un factor tan determinante en la consecución de ese fin, ya lo hemos dicho. Pero, junto a la vinculación económica, está la vinculación política, hoy quizá más fuerte que nunca. La política en sus variantes de *razón de Estado* o *razón de Partido*. Sólo un apunte a este respecto: la concepción que refleje la práctica la sanidad actual del principio de subsidiariedad, y de quienes lo representan, será un buen test para contestar objetivamente a la pregunta sobre los fines. Pues el Estado, o el partido de turno en el gobierno, también es subsidiario de los ciudadanos y de quienes cuidan la salud de éstos.

26. No es una afirmación exagerada. Para corroborarla, basta recordar la definición que la OMS da de la salud y leer, por ejemplo, el comentario que hace P. Láin Entralgo en *La medicina actual*, p. 215-223.

La segunda pregunta, y más propiamente trascendente, es la pregunta por el *sentido*. Ya ha sido esbozada en la primera cuestión pero, desde la óptica de la Iglesia, esa pregunta tiene que ver con su última aportación a la sanidad: *la pastoral sanitaria*, o de la salud. El camino de cualquier gran empresa social tiene un destino que, por serlo, está más allá de su situación actual en cada momento. Aquí la Iglesia, a través de su pastoral, tiene mucho que decir desde su comprensión de la dialéctica del *ya sí, pero todavía no*. Es la pregunta sobre el último sentido que puede darse a las realidades a las que la sanidad se dirige y trata. La pregunta sobre la índole de la utopía sanitaria y su alcance, dadas las disponibilidades con que se cuenta. La historia ofrece en este aspecto una doble lección: quienes han dado siempre, y siguen dando, el sentido último de las realidades de la vida son las creen-

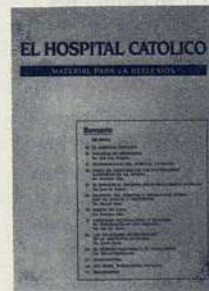
cias, y el mundo de las creencias es el mundo propio de la religión. Cuando ésta ha querido absorber a la medicina ha fracasado en su intento, pero también es cierto lo contrario, como lo demuestra la historia del último siglo y medio.

La Iglesia ofrece hoy a la sanidad no sólo su colaboración en el ejercicio de la asistencia, sino el sentido cristiano aplicable tanto a las situaciones límite de la vida, como a las tareas asistenciales cotidianas. Y en este momento ofrece a la sanidad su ayuda para contestar teórica y prácticamente las cuestiones arriba planteadas. La Iglesia pide a la sanidad el reconocimiento del valor terapéutico de su labor pastoral, entendida y practicada ésta desde la fidelidad a sus raíces, pero con el talante ecuménico que le inculcó Jesús de Nazaret. Y espera una respuesta inteligente y colaboradora.

RESPUESTA PROFESIONAL CRISTIANA

- LA ORACIÓN DEL CRISTIANO EN LA ENFERMEDAD. N.º 137 (1971)
- EL ABORTO. (1977) (agotado)
- ACERCAMIENTO AL MORIBUNDO, EUTANASIA, DISTANASIA Y MUERTE. (1979) (agotado)
- PLANIFICACIÓN FAMILIAR. (1980) (agotado)
- DERECHOS DEL ENFERMO. (N.ºs 179-180) (1981)
- PASTORAL SANITARIA. (Todos responsables), N.º 185 (1982)
- EL HOSPITAL CATÓLICO. N.º 188 (1983)
- LOS TRASPLANTES. N.º 194 (1984)
- EL VOLUNTARIADO EN LOS HOSPITALES. N.º 198 (1985)
- CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS Y NORMATIVAS ÉTICO-JURÍDICAS RECIENTES. N.º 202 (1986)
- UNA ORDEN HOSPITALARIA PLANTEA SU FUTURO. N.º 206 (1987)
- LOS ENFERMOS MÁS DESASISTIDOS Y NECESITADOS. N.º 208 (1988)
- LA FAMILIA DEL ENFERMO. N.º 211 (1989)
- INGENIERÍA GENÉTICA AL SERVICIO DE LA PERSONA. N.º 214 (1989)
- LA COMUNIDAD CRISTIANA Y LOS ENFERMOS. N.º 215 (1990)
- DIAGNÓSTICO PRENATAL Y ASESORAMIENTO GENÉTICO: REALIDAD Y ESPERANZA. N.º 218 (1990)
- IGLESIA Y SALUD. N.º 219 (1991)

Números monográficos de Labor Hospitalaria



Pídalos a la dirección de la Revista

9. PRESENCIAS DE LA IGLESIA EN LA SANIDAD

Intentar sintetizar la aportación que la Iglesia, a lo largo de sus veinte siglos de existencia, ha aportado a la Sanidad, o si prefieren, al mundo de la salud, es algo harto difícil y, probablemente, imposible.

Dos mil años son muy difíciles de sintetizar. Por otro lado, las aportaciones de la Iglesia en este campo han venido guiadas muchas veces desde el anonimato, desde el principio evangélico del «que no se entere la derecha de lo que hace la izquierda» o, si ustedes quieren, de un compromiso práctico

por atender necesidades reales que estaban presentes sin mayor interés en apuntarse tanto alguno.

No obstante, y siguiendo la línea de lo expuesto en la Reunión Nacional de Delegados de Pastoral de la Salud, recogemos una serie de aportaciones del hoy de la presencia de la Iglesia en este campo de la sanidad.

Presencias modestas, sencillas, a veces inadvertidas, pero significativas si se observan desde el prisma evangélico.

9.1 PROFESIONALES SANITARIOS CRISTIANOS (PROSAC)

José M.^a Rubio Rubio

*Profesor Titular de Medicina
Miembro de la Comisión Nacional de PROSAC*

EL DESAFÍO DE LA ESPERANZA

Las *XVI Jornadas Nacionales de Pastoral de la Salud* han abordado el tema Iglesia y Sanidad bajo el lema: *El desafío de la esperanza, y En la esperanza contra toda esperanza* ha sido también el lema de la *VI conferencia internacional sobre droga y alcoholismo* que anualmente convoca el Consejo Pontificio para los Agentes de la Salud.

Vivimos una delicada situación sanitaria que a duras penas puede garantizar el derecho a la asistencia, sobre todo a determinados colectivos. Desbordados por dificultades económicas y de gestión, por una demanda incontrolada de salud en un mundo complejo y desigual, por nuestra propia yatrogenia asistencial alienante y deshumanizadora, el mundo sanitario nos plantea problemas a los que no sabemos responder.

En el riesgo del desencanto, en la tentación de la impotencia, la Iglesia tiene la valentía de anunciarse como un mensaje de esperanza al que no somos ajenos sus profesionales, los PROSACS que, Dios mediante en abril próximo, tendremos en Valencia nuestras Jornadas de reflexión sobre esta Sanidad que lo mismo que nuestra ilusión profesional que nos consume en la entrega ge-

nerosa de nuestras vidas ante la contemplación de tantas necesidades sin respuesta.

A ellos va destinado este artículo. Ha sido escrito desde mi experiencia sanitaria de más de 20 años en un hospital universitario de Sevilla fácilmente desbordable en su capacidad asistencial y en el que he visto quemarse a muchos y muy buenos profesionales. Pero también pretende ser fiel al testimonio de los que no desfallecen y perseveran, esperando contra la desesperanza.

Integrado desde hace muchos años en la Pastoral de la Salud y miembro de la Comisión nacional de PROSACS lo que aquí os escribo bien puede ser el «desafío personal de mi esperanza».

PROFESIONALES SANITARIOS CRISTIANOS Y SANIDAD: LUCES Y SOMBRAS

Para los *profesionales sanitarios cristianos*, testigos de la presencia de Cristo en el mundo de la salud, la fe es un compromiso de vida. Nuestra vida profesional está animada de una particular opción cristiana. Por ella, y en nuestra condición de laicos, partícipes de la misma misión de Cristo: Sacerdote, Profeta y Rey, nos corresponde ordenar las cosas temporales según Dios.

Nuestro escenario es el mundo de la Salud, la *Sanidad* con todas sus luces y sus sombras y con sus límites que no son otros que los propios límites del *hombre* en cualquier situación de *salud* y *enfermedad*: su dignidad, su intimidad, su libertad, el valor, la calidad y la decisión de su vida. *El hombre siempre, por encima de nuestra técnica y de nuestra ciencia, por encima de nues-*

tro poder y de nuestros conocimientos. Este escenario aparece en esta hora ensombrecido por tensiones, vacilaciones e impotencia que lo cuestionan y que generan en la sociedad preocupación y desconfianza:

- Se cuestiona la Sanidad como *servicio* porque no alcanza a satisfacer las necesidades más elementales.
- Se cuestiona como *asistencia* porque falla en su calidad.
- Se cuestiona como *derecho* porque no se garantiza su igualdad.
- Se cuestiona como *bien* porque no es percibida como progreso.

Pero también hay luces que permanecen encendidas en la aparente oscuridad de nuestro escenario. Luces *personales* de gente dedicada y laboriosa, conscientes de la necesidad de una reforma, con voluntad de equidad social. Luces *profesionales* de una mejor comunicación interestamental, mayor capacidad para asumir discrepancias, mayor cercanía al enfermo, iniciativas de humanización de la asistencia, preocupación por la Bioética y las humanidades médicas, valoración de la calidad de vida. Luces *sociales y familiares*: voluntariado, apoyo social, interés especial por la tercera edad, por los enfermos en situación terminal y por los marginados, mayor conciencia de la virtud sanadora de la familia y la sociedad. Valoración de la dimensión religiosa del hombre, de la fe como fuente de salud (XVI Jornadas de Pastoral de la Salud, Madrid, 1991).

LA SANIDAD COMO DILEMA. RESPUESTA PROFESIONAL CRISTIANA

En este dilema actual de luces y de sombras y, con todas las alternativas posibles, a los PROSACS nos corresponde dar también nuestra respuesta, profesional y cristiana, a todas y a cada una de las variables que condicionan la crisis actual de la Sanidad.

VARIABLE CULTURAL: *El concepto de la Salud a la que servimos.* Salud al servicio de la vida, de toda la vida y de la vida de todos. Nuestra sanidad ha de promocionar, desarrollar, garantizar y educar para la salud y debe respetar la dimensión total del hombre y su trascendencia.

VARIABLE SOCIAL: *La demanda de Salud de nuestra población.* La Salud en cuanto bien elemental debe garantizarse públicamente y nuestra Sanidad ha de procurar la provisión de este derecho procurando con una mayor información ciudadana y a través de una conciencia de solidaridad y generosidad social, el uso racional del mismo y ha de favorecer hábitos de vida sanos que contemplen desde la eliminación de conductas patógenas hasta la educación de actitudes y comportamientos en la salud y en la enfermedad.

VARIABLE CONCEPTUAL: *Cuáles son los límites exactos del derecho a la salud y quién los establece.* La Sanidad no debe estar a expensas de teorías o impulsos desesperados o demagógicos. Cualquier intento de racionalización debe respetar las *Leyes elementales* de la Asistencia: El respeto a la vida, sus límites y su calidad. El respeto a la libertad y a la conciencia del enfermo. La atención a las necesidades más elementales garantizando la equidad en el servicio. La humanización de la asistencia.

VARIABLE ECONÓMICA: *Recursos y posibilidades y gestión de los mismos.* El determinante económico no es aceptable sin una racionalización previa de la inversión, el gasto y el uso público y privado de los recursos sanitarios y en su aplicación, si llegara el caso, deben primar el criterio de Salud por encima de todos los demás criterios, los consejos profesionales sobre los políticos y las razones sociales sobre las particulares, garantizándose siempre el servicio a los colectivos más pobres y necesitados y no sólo a quienes puedan pagarlo.

VARIABLE PROFESIONAL: *Cualificación técnica y humana.* El estamento profesional debe ser suficiente, capacitado y eficaz en el servicio al enfermo y a la sociedad, sin servilismos. Debe estar

vocacionado, correctamente formado técnica y humanamente, promocionado y remunerado de manera justa, respetado en sus derechos e incentivado. Ha de estimar la Sanidad como algo propio, participando en la gestión y en los comités de control de la asistencia y en su trabajo han de facilitársele los medios necesarios. Debe exigírsele dedicación, disponibilidad y calidad profesional que incluya una ética responsable en el trato con el enfermo y con la Institución.

VARIABLE FUNCIONAL: *Capacidad real para satisfacer la demanda.* La gestión debe estar al servicio de la Sanidad y nunca al revés. Deben realizarse, de la manera más delicada posible, los cambios estrictamente necesarios tendentes a eliminar privilegios y a adecuar los recursos con las necesidades asistenciales. Urge un diseño Sanitario de Unidades Asistenciales potenciándose las unidades de cuidados paliativos y las de enfermos crónicos, la atención especial a SIDA, enfermedades infecciosas, geriátrica y enfermos terminales, carentes todos ellos en la actualidad de una mínima infraestructura sanitaria. Ha de valorarse y potenciarse, incluso desde las Facultades de Medicina y Escuelas de Enfermería, la humanización en el trato con el enfermo. Deben ponerse en funcionamiento todos los Comités de Control, especialmente los de Bioética y Calidad de la Asistencia.

EXIGENCIAS DE NUESTRA RESPUESTA PROSAC AL DILEMA DE LA SANIDAD

Nuestra respuesta Profesional Sanitaria Cristiana a estas variables nos exige una reconciliación previa con nuestra profesión, con la Sanidad y con el propio Cristo en los términos siguientes:

Debemos recuperar la fe en nuestra profesión. Es prioritario superar la inercia personal y el desencanto del Profesional Sanitario Cristiano incapaz de romper el hilo que lo ata a una Sanidad deshumanizada en la que Cristo no se hace presente por nuestras dificultades y carencias personales. Al contemplarlos así, quienes no creen en ese Jesús que nosotros predicamos, recelan del valor real de nuestra fe. *No somos imagen de un Dios que sana.*

Es necesario recuperar la confianza en la Sanidad para la que trabajamos. Estamos quemados y a la defensiva. La falta de confianza en el sistema, la desmotivación, nos hacen claudicar de nuestro único objetivo que es procurar la salud y buscamos mecanismos de compensación *paralelos* (económicos, de prestigio o de poder). En consecuencia abandonamos la Sanidad en manos de otros intereses no cristianos. Le cerramos la puerta a Cristo en nuestra Sanidad.

Necesitamos recuperar la fe en ese Cristo que anunciamos. Dios no puede vivir aquí, decimos, y no lo descubrimos en quienes tratan al enfermo con respeto y humanidad, en los que son imagen de Cristo cuando lo cuidan con dignidad y cariño, en los que no tienen otra razón que la justicia, en los que denuncian las situaciones intolerables, en quienes siempre están de parte de los que sufren.

En consecuencia en nuestros lugares de trabajo no existe un ambiente cristiano que se manifieste en las relaciones humanas, en las actitudes cristianas ni en la sensibilidad religiosa. Nos dominan el miedo a aparecer como creyentes, el pasivismo, la resignación, el paternalismo. Se echa de menos una formación específica en Pastoral de la Salud.

OBJETIVOS DE LOS PROSACS EN LA SANIDAD ACTUAL

Por todo lo antes expuesto se hace necesario:

- RECUPERAR NUESTRA VOCACIÓN SANITARIA Y SANADORA.
- RECUPERAR NUESTRA FE EN LA SANIDAD Y EN LA SALUD.
- REEVANGELIZARNOS DENTRO DEL MUNDO QUE NOS ES PROPIO.

Nuestro objetivo es recuperar la Salud para el reino de Dios construyendo entre todos una Sanidad más eficaz y más humana, una sociedad más sensible, más culta y generosa, ayudando a la Iglesia que desea acercarse al mundo de la salud. De esta manera construyendo una Sociedad, una Sanidad y una Iglesia verdaderamente cristianos nos convertiremos en testigos, profetas del Dios que sana. Para ello debemos ser:

Servidores competentes y dedicados, promotores de la humanización de la asistencia, defensores de los derechos del enfermo, celadores de su dignidad y su integridad, dispuestos a colaborar en las comisiones sanitarias y en el trabajo en equipo. Educadores, trabajadores por una sociedad más sana.

Sacerdotes en nuestra dedicación, generosidad, disposición y capacidad de sacrificio.

Profetas Testigos de Jesús en el mundo de la salud, defensores de los valores del hombre y cuidadores de la vida, sobre todo en situaciones de especial dificultad o en dilemas éticos.

¿QUÉ OFRECEMOS A LA SANIDAD LOS PROFESIONALES SANITARIOS CRISTIANOS?

Una conciencia

Al servicio de la vida, de toda la vida y de la vida de todos, especialmente los más débiles y necesitados. Profesionales de la salud y de la sanación total, conscientes de nuestra misión de recuperar al hombre en su capacidad de fe y de esperanza. Concededores de la terapéutica, del singular valor de los cuidados y del acompañamiento, de la asistencia integral, de los derechos del enfermo y los límites de la Bioética, del valor y la calidad de la vida humana. Fieles a una conciencia cristiana en nuestra profesión que debe manifestarse por medio de la amistad y la generosidad en nuestras calidades humanas y profesionales, en nuestras relaciones personales y en nuestro trabajo. Dispuestos a crear cauces de encuentro para renovar nuestra fe y reconfortarnos, para andar juntos, para aprender juntos a hacer el camino de Jesús en medio de la Sanidad y así poder soportar todas nuestras cruces.

Para tener a Cristo cerca en nuestras vidas y no tener ningún otro Señor.

Una realidad

En cada diócesis. PROSACS comprometidos en el mundo de la salud que colaboran en parroquias, asociaciones, hospitales, escuelas de Pastoral Sanitaria, seminarios de Bioética, institucionales de la Iglesia, apoyando a la asistencia religiosa.

En el movimiento PROSACS. Hacia las 6.^a jornadas a celebrar en abril en Valencia el movimiento PROSACS, desde su Comisión Nacional, colabora estrechamente con la Pastoral de la Salud en un trabajo de más de 7 años que ha cristalizado en 6 dossiers sobre aspectos particulares de Bioética, varios libros publicados y uno en proceso de edición. Hay presencia PROSACS en hospitales, facultades de medicina, escuelas de enfermería, grupos de humanización, comités deontológicos, grupos de atención específica a ancianos, SIDA, crónicos...

En la Iglesia: Desde el *Motu proprio* de S.S. el Papa, *Dolentium Hominum* y la creación del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes de la Salud somos conscientes y nos enriquece en nuestra confianza la realidad de una Iglesia Universal de la Salud que nos convoca, nos ilumina y nos anima a continuar perseverando.

Una esperanza

Proyectamos metas de futuro. Ofrecemos alternativas al mundo de la Salud (libro *El más difícil vivir*, informe de la Conferencia Episcopal sobre Eutanasia y muerte digna, testamento vital). Colaboramos en la humanización de la asistencia, la atención a los marginados, la asistencia en domicilio, los comités intrahospitalarios. Promovemos una nueva conciencia, la recuperación de la bioética, las Escuelas de Salud, la formación de los PROSACS y de todos los agentes de la Pastoral.

ENSEÑAMOS A JESÚS COMO MODELO DE VIDA Y DE SALUD PORQUE SANAR ES CUIDAR, ES AMAR...

9.2 SERVICIOS DE ASISTENCIA RELIGIOSA CATÓLICA EN LOS HOSPITALES

Dionisio Manso

Capellán del Hospital «La Fe» de Valencia.
Coordinador de la Comisión de Asistencia Religiosa
en hospitales del Secretariado Nacional de Pastoral de la Salud

PRIMERO: BASE ANTROPOLÓGICA

El ser humano es una persona, es decir, es una *unidad*. Este YO, persona, se expresa, se manifiesta, fundamentalmente, por *cuatro necesidades básicas*: biológicas, psicológicas, sociales y espirituales (éticas y religiosas). De tal manera unidas entre sí que, cuando alguna de ellas se deteriora o enferma, decimos que la persona está enferma. Existe entre ellas una interacción profun-

da. A todas las necesidades de la persona hay que proporcionar una adecuada asistencia.

Esta visión antropológica está aceptada hoy día por las ciencias humanas, principalmente, por la filosofía humanista y por la medicina psico-somática.

El análisis de los procesos de interacción entre las necesidades básicas de la persona: soma y psique; pobreza y salud; relaciones sanas y equilibrio psicológico; fe religiosa y salud; lo dejamos para otro momento. Sí nos detendremos en fe cristiana y salud.

Nos interesaba señalar sucintamente la *unidad de la persona* y la influencia —positiva-negativa— que las necesidades vitales tienen entre sí.

¿Podríamos afirmar, desde esta perspectiva, que uno está sano

completamente si le falta la fe religiosa? Desde nuestra visión del hombre, como ser religioso, diríamos que le falta algo importante. Sabemos que no todas las antropologías actuales comparten con nosotros el aspecto religioso, como necesidad básica. No entramos ahora en este punto. Admitimos diversidad de visiones antropológicas. Esto hay que tenerlo muy en cuenta en nuestra acción pastoral.

SEGUNDO: BASE CRISTIANA

Jesús sana a toda la persona en el tiempo y más allá del tiempo. Sabemos que hay varias definiciones de salud. Señalamos una. «Salud es la plenitud armónica del individuo y de la comunidad de los individuos». (J. Bigordá - Jordi Gol i Gurina: *Els grans temes d'un pensament i d'una vida*. Ed. La Llar del Llibre. Barcelona, 1986, pág. 16).

Del Evangelio de Jesús dimana un concepto de salud mucho más amplio del que nos suelen presentar los interesados en el tema. Así vimos el año pasado en esta misma Jornada de Delegados y que quedó sintetizado en el LEMA DEL DÍA DEL ENFERMO: JESÚS ES LA SALUD. El concepto cristiano de *reconciliación* implica en la persona que está enferma, que está en armonía, en paz, con su propia limitación —enfermedad—, con sus semejantes y con Dios. Por eso decimos que la fe cristiana es un elemento terapéutico. Los contenidos de la fe cristiana dirigen, apoyan, motivan la dimensión psicológica de la persona, y por lo tanto, influyen de alguna manera en la totalidad del ser. El perdón recibido de Dios, toda culpa desaparece en la reconciliación, va a provocar una armonía interior, aunque la enfermedad siga presente.

Todos los actos terapéuticos que realizan los técnicos, médicos, enfermeras... son los primeros signos de la salvación, y todos los encuentros religiosos y sacramentales que manifiestan los agentes de pastoral hospitalaria, son elementos de sanación y de salvación. Hay un proceso unitivo entre salud y salvación. Bien es verdad, que la salvación completa de la persona entera se dará en la trascendencia, en el más allá, en el encuentro con el Dios de la vida.

Por eso es tan importante que el Servicio Religioso exprese y signifique siempre salud y salvación. Con gestos sencillos y significativos para el enfermo. Los signos religiosos y sacramentales, lo hemos dicho, provocan salud y anuncian la salvación.

TERCERO: TRANSMISIÓN ADECUADA DEL MENSAJE CRISTIANO

Los problemas que nos encontramos en los Servicios Religiosos, entre otros, son: de una parte, la deformación de la fe de muchos enfermos, es decir, no tienen el encuentro personal auténtico con el Jesús Samaritano; y por otra parte, nuestras formas de transmisión del mensaje de Jesús adolecen muchas veces de significación, son de rapidez y de impreparación próxima o remota. Por eso nosotros mismos nos vemos envueltos en un haz de contradicciones, que llegan, a veces, a desidentificarnos como verdaderos pastores. Hay otros factores.

Para que nuestro mensaje sea creíble en el hospital de hoy hemos de basarnos en unos criterios de un acompañamiento religioso sano, es decir, criterios para juzgar si una religión es sana. Los enumeramos:

- Cuando el capellán *tiende a unir*, no a dividir al enfermo y éste encuentra en el capellán un lugar de acogida benévola. Si el enfermo y el personal y familia se siente bien y a gusto con el agente de pastoral.
- Cuando el capellán funda su religión en la *confianza* y no en el miedo. Es sobre la base de la confianza cuando Dios puede actuar.
- Cuando el capellán no tiene miedo a la *libertad* del enfermo y éste pueda expresarse ante él clara y libremente sobre lo que piensa y siente sobre sí mismo y sobre Jesús.
- Cuando el capellán fundamenta la *moralidad* sobre la conciencia de la persona y no sobre la ley o el moralismo. Así le ayudaremos a aceptar los límites en los comportamientos. Dios nos ha aceptado a todos tal cual somos.
- Cuando el capellán *no juzga* al enfermo, sino que le permite expresarse, así le ayudaremos a acogerse a sí mismo y a Dios.

Es sobre la base de estos criterios como juzgaremos el *plan pastoral* que nos hayamos marcado para transmitir el Mensaje sanador y salvador de Jesucristo.

También, el Servicio Religioso ha de tener una positiva influencia en el hospital en la colaboración de la humanización y en la defensa de los valores éticos de la persona.

9.3 FRATERNIDAD CRISTIANA DE ENFERMOS Y MINUSVÁLIDOS (FRATER)

El Equipo General de FRATER

La Fraternidad Cristiana de Enfermos y Minusválidos (FRATER) es un movimiento de apostolado seglar especializado, aprobado por la Conferencia Episcopal y dotado de personalidad jurídica pública, en la cual los enfermos y minusválidos asumen la responsabilidad de su gobierno y difusión. Defiende y promueve los derechos del enfermo y minusválido, siendo uno de sus obje-

tivos el descubrimiento de la dignidad humana y el reconocimiento de los propios valores y cualidades para su integración social.

La Frater se funda en el mandato de Cristo: «Amad los unos a los otros...», siendo esenciales en ella la amistad y la fraternidad, así como las actitudes evangélicas en el trasfondo de toda acción fraterna, incluida también toda acción con tendencia a transformar la Sociedad: como las de tipo reivindicativo y de defensa de los derechos de la persona.

Esta introducción pretende situar a la Frater como Iglesia y por tanto la aportación de la Frater al campo de la Sanidad será lógicamente aportación de la Iglesia.

La aportación de la Frater al campo de la Sanidad podemos centrarla en dos campos: SOCIAL y PERSONAL.

SOCIAL

Publicaciones

A lo largo de estos últimos años la Frater ha mantenido y mantiene en diversas emisoras de radio un programa semanal en los que se aborda desde la óptica de cada provincia donde se hace, la vida y problemática de los enfermos y minusválidos.

En 1976 se elaboraron cuatro fotomontajes titulados: *El enfermo y minusválido domiciliado*; *El enfermo en el hospital*; *La Frater, una respuesta*, y otro sobre los derechos de la persona enferma titulado: *¿Y nosotros...?* Fue muy valiosa la colaboración de Pastoral Sanitaria en los fotomontajes de *El enfermo en el hospital* y en el de los derechos de los enfermos con material adjunto.

En 1981 se difundió por toda España un «Comunicado sobre la situación de la persona enferma y los usuarios de la sanidad española», logrando que lo firmaran, además de fraternidad, la coordinadora de usuarios de la sanidad de Cataluña, la Asociación Pro-Derechos Humanos de España, la organización de Consumidores y usuarios de Cataluña, la Comisión General de Justicia y Paz, la Federación Nacional de Sordomudos, el Equipo Diocesano de Pastoral Sanitaria de Madrid, la Asociación de Ayuda a domicilio Nuestra Señora de la Esperanza, Alcer y la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU).

También se elaboró en 1982 un «Comunicado sobre las huelgas sanitarias y los enfermos». Estos comunicados o un resumen de ellos, se difundieron por revistas, agencias de prensa, periódicos y radio.

Ante los preparativos de la Ley General de Sanidad, vimos que sólo seríamos escuchados por los responsables si íbamos respaldados por un estudio serio de la Sanidad Española desde la perspectiva del usuario y la persona enferma.

Se buscó dinero (respondieron bien las Fraternidades de España) y se buscaron asimismo los especialistas con la ayuda de Pastoral Sanitaria.

En 1983 veía la luz el estudio de setecientas dos páginas promovido por Fraternidad, editado por Ediciones Encuentro y presentado por don Joaquín Ruiz Jiménez, Defensor del Pueblo entonces, ante la presencia de parlamentarios, prensa y responsables de la Sanidad.

El libro titulado *La Sanidad Española desde la perspectiva del usuario y la persona enferma* constaba de:

- Prólogo de Diego Gracia Guillén, catedrático de Historia de la Medicina.
- Veinte entrevistas estructuradas a expertos de la Sanidad.
- Mil doscientas entrevistas a enfermos que habían pasado por los hospitales.
- Mil doscientas entrevistas a enfermos y familiares que no habían pasado por hospitales (realizadas las entrevistas por EDIS).
- Tres estudios de la sanidad española: uno sociológico, elaborado por el profesor Josep A. Rodríguez, de la Universidad Autónoma de Barcelona y de la Universidad de Yale (U.S.A); otro, legislativo realizado por Javier Escrihuela Moreno, gerente del Hospital Provincial de Murcia y profesor de la Escuela de Gerencia Hospitalaria; y el tercero de Planificación Sanitaria, realizado por José Antonio Moreno Ruiz, gerente del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.

Este libro nos abrió puertas, y el Defensor del Pueblo utilizó los datos de las encuestas para su informe parlamentario.

Como en la raíz de los problemas de la Sanidad estaba la educación sanitaria de la población, Fraternidad elaboró un libro de

divulgación, escrito por Carlos Nicolás Ortiz, periodista especializado en temas sanitarios, con el título: *El derecho a la Salud y los Derechos de los Enfermos*.

La presentación de este libro en Madrid también fue hecha por el Defensor del Pueblo. En provincias, televisiones autonómicas, radio, etc., la presentación la hicieron María Dolores López Miranda, responsable de la Comisión de Sanidad de la Fraternidad y Carlos Nicolás Ortiz.

Desde que la Comisión especial parlamentaria elaboró el primer borrador de la Ley General de Sanidad, Fraternidad, con la colaboración de expertos, presentó muchas enmiendas a dicho borrador. Se dio especialmente la batalla porque se incluyera en el texto legal los derechos de los usuarios, pues el borrador decía que se contemplarían aparte por un Real Decreto. Este corría el peligro de ser derogado por una Ley de rango superior y no ser viable en la práctica. Al final se consiguió que los derechos y deberes del usuario de la Sanidad aparecieran recogidos en el Artículo 10 de la Ley General de Sanidad, en quince apartados, promulgada el 25 de abril de 1986.

Miniresidencias para minusválidos

A pesar de que la Frater no pretende asumir las tareas propias de la Administración o de la Sociedad, sino promover que cada estamento se responsabilice de su función, ante la necesidad de vivienda digna la Frater ha promovido y dirige en algunos lugares de nuestro País, en concreto en Castellón, Valencia y Segovia, estando en marcha otros proyectos similares, mini-residencias donde los minusválidos puedan vivir en ambiente familiar, sintiéndose queridos y respetados como personas, lo que no siempre sucede en las macro-residencias promovidas por el INSERSO, que no sólo no solucionan en muchos casos los problemas de los minusválidos, sino que los agravan, añadiendo otros nuevos.

Ni que decir tiene que el mantenimiento de las mini-residencias se hace con las aportaciones de los propios minusválidos que allí viven y convenios con la Administración.

Lucha por la integración

Hay muchas barreras arquitectónicas, psicológicas, sociales, humanas que dificultan la vida de los enfermos y minusválidos. La lucha por eliminarlas es una constante en la vida y trabajo de la Frater. No dejamos de insistir ante Ayuntamientos, entidades públicas (civiles o eclesiásticas) o privadas... en la necesidad de rebajar bordillos, hacer rampas, adecuación de servicios, ascensores adaptados... que posibiliten el acceso de los minusválidos a los lugares donde acceden el resto de los ciudadanos, así como que se respete lo establecido en las leyes españolas en lo referente a la reserva de puestos de trabajo para minusválidos en las empresas o en la construcción de viviendas adaptadas, cuestiones que fácilmente se olvidan, a pesar de lo legislado. Ello animando a los propios enfermos y minusválidos a formarse para que puedan ellos mismos ser los protagonistas de sus propias reivindicaciones.

PERSONAL

Si todo esto es importante y creemos honestamente que todo lo expuesto hasta aquí lo es, en Fraternidad consideramos que es más importante hacer personas que hacer cosas, pues si hacemos personas, las personas harán las cosas. Por eso, nos parece que en el aspecto personal es donde la Frater ha hecho las más importantes aportaciones al campo de la sanidad, todo ello basándose en la amistad, los contactos personales, en el compartir las mismas experiencias, lo que hace que el enfermo y minusválido vaya recreando un nuevo estilo de comprender y asumir la enfermedad y de abrirse a un nuevo modo de afrontar y compartir la

realidad del dolor y, sobre todo, de contemplar a la persona que sufre.

A lo largo del tiempo la Frater ha ido descubriendo nuevos horizontes de vida para muchos enfermos y minusválidos.

Ayuda a descubrir el valor de las personas por encima de sus limitaciones y proclama que la persona enferma y minusválida, aún en las situaciones más extremas, es capaz de unas relaciones interpersonales con los demás, de compartir la amistad, de asumir unas responsabilidades y ofrecer, desde la gratuidad, el testimonio y los valores de una experiencia de vida que lucha por una esperanza planificadora.

De esta manera, en vez de considerar al enfermo y minusválido como un ser *acabado*, que así se le contempla hoy todavía en muchos sectores de la sociedad y la Iglesia, sujeto únicamente de recibir cuidados, la Frater le considera y trabaja porque así sea en otros campos, como un *miembro activo* de la propia Sociedad y la Iglesia, apoyados en las palabras de esperanza y energía del Evangelio: «*Levántate y anda*».

PARA TERMINAR

La Frater, que se pronuncia por el valor y dignidad de la persona humana, concretando su campo más inmediato en la persona enferma minusválida, trabaja por hacerse solidaria con otros grupos, asociaciones y movimientos, con los que quiere mantener contacto y colaboración. Lo estamos potenciando y animando a nivel diocesano y nos gustaría que la colaboración con Pastoral Sanitaria fuera más estrecha, cosa no siempre fácil, a veces por desconocimiento en las propias diócesis de la existencia de Frater o por un conocimiento parcial y, a veces, porque aún sien-

do invitada a participar, la Frater no responde. Es un escollo que hay que superar. Desde el Equipo General os invitamos a ello, igual que lo decimos a las distintas Fraternidades diocesanas. No tiene sentido que un movimiento como la Frater, no aporte su vida y experiencia en la pastoral diocesana de enfermos y en consecuencia que esté implicada activamente en la misma, como no lo tiene que a su vez, no reciba toda la fuerza y riqueza humana y cristiana que puede aportarla la Pastoral de la Salud y sus agentes.

El objetivo central de la Frater es la *evangelización del hombre*, concretamente, del *enfermo y minusválido*.

En él, están implicados los demás objetivos:

- El desarrollo integral de la persona.
- La creación de una sociedad nueva, basada en la dignidad del hombre.
- El que los enfermos y minusválidos se sientan protagonistas de su propia vida y acción.
- La transformación evangélica de la Iglesia, caminando hacia la fraternidad universal...

Pensamos nosotros que así estamos contribuyendo a que el ser humano se sienta más *sano*, y en consecuencia, desde esta parcelilla de la Iglesia que es la Frater, estamos aportando nuestro granito de arena al campo de la salud y que los enfermos y minusválidos se sientan más personas, conscientes de que sus capacidades superan a sus limitaciones.

¿Hay mayor grado de salud que ser y sentirse, aún en medio de la enfermedad o minusvalía, persona respetada y querida, con ganas de querer, protagonista de su vida y con deseos de ponerla al servicio de los demás?

9.4 FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE RELIGIOSOS SANITARIOS (FERS)

Hna. Ángeles Morilla
Secretaria de FERS

RELIGIOSOS QUE TRABAJAN EN CENTROS NO PROPIOS

Introducción

Es difícil hacer una valoración de lo que la V.R. está aportando o puede aportar a la Sanidad Española hoy; es mucho más fácil hacer la valoración del pasado y más cuando en el pasado ha sido ella, la V.R. la *casi* protagonista de la asistencia al hombre enfermo.

La comunicación desde la Federación de Religiosos Sanitarios tiene que ser muy generalizada sin bajar a hechos y acciones concretas, la finalidad de la FERS no es cuantificar sino que la finalidad esencial es «la promoción y continua renovación de la vida religiosa en el campo de la salud, según el pensamiento de la Iglesia y para el servicio del pueblo de Dios, pero, siempre respetando el espíritu, la autonomía y las formas propias de cada instituto para determinar donde y cómo hacer el servicio».

Teniendo en cuenta esto, trataremos de situarnos en el ayer cercano y en la actualidad para terminar señalando algunos de los desafíos o retos que la actual situación sanitaria nos haría a la V.R.

El ayer cercano

La madre Guillemin, en una conferencia a las religiosas en el año 1964 (ella fue auditora del Concilio) después de dar unas pautas para el cambio que debía dar la vida religiosa y adaptarse a las exigencias de la sociedad actual, pronunció una frase contundente «renovarse o morir».

Tomo como referencia el Concilio Vaticano II por que sin duda fue el determinante de poner a la V.R., como a toda la Iglesia, en situaciones de escucha al Espíritu, de renovación de nuestro *ser y estar* de religiosos, si queríamos hacer un servicio humano y evangelizador a una sociedad en cambio y en cambio rápido.

Los religiosos también acogen este cambio con ilusión y entusiasmo. Esta renovación, en principio, tuvo una gran resonancia hacia el exterior, porque fue notorio el cambio de imagen..., de estilos de expresión y dinámica comunitaria, fue tal que parecía que todo se iba a quedar en eso, en lo exterior pero no, también se hubo de mirar hacia dentro, volver a estudiar a los fundadores y tratar de actualizar los carismas.

El cambio fue tan rápido que pronto se mezcla con una situación de inseguridad, no daba tiempo a asimilar. Lo que antes nos había servido para siempre ahora ha perdido su importancia y se cuestiona todo.

Si esto y mucho más, como todos saben, fue para todos los religiosos, para los dedicados al campo de la sanidad se aumenta, porque casi simultáneamente se produce el cambio de forma de estar en los centros de la Seguridad Social y poco después en los de otras entidades. Los R. R. por una muy pequeña gratificación global, están a dedicación plena, viviendo dentro del centro y desempeñan todos o casi todos los puestos de dirección de enfermería y administración (tenían las llaves de todo). Esta situación es denunciada por los sindicatos y hay que optar por dejar el centro o negociar con el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

Por otro lado aparece la inquietud por la Pastoral Sanitaria y queda a muchas personas sin recursos para hablar y hacer presente a Dios no se tenía la formación teológico-pastoral como para llenar el hueco que dejaba el rezo del Rosario, y otras oraciones con altavoces incluidos.

En este ambiente, la religiosa de centros no propios, entra en crisis vocacional y profesional, se cuestiona el sentido de su vida consagrada y de su servicio al enfermo.

Se prepara en el año 1970 el II Congreso de FERS. Más de 500 religiosas (entonces no era mixta) se reúnen y estudian la situación.

Las conclusiones son claras y decididas: seguir al lado de los enfermos en los centros hospitalarios pero de forma distinta: dejar puestos de dirección y mando y pasar a puestos que se consideren socialmente más humildes. Este cambio de estructura se hace casi inmediatamente; no sin dolor y esfuerzo de asimilación pero muchas lo hacen con un gran elegancia y convencidas que es un servicio que hay que aportar a la sanidad.

Otro de los grandes servicios que los religiosos han prestado a la sanidad en España, especialmente en los años 60 y 70 es a través de las escuelas de A.T.S., fueron muchas las profesionales que se formaron en las 26 escuelas propias de las congregaciones y en otras muchas públicas dirigidas por religiosas.

También fueron ellas, las grandes directoras de enfermería, no se las puede llamar de otra forma, las que realizaron las primeras planificaciones y organización de los servicios de enfermería de los grandes centros de la Seguridad Social y que después han sido base de otros, sin duda más perfectos.

Hoy con sus luces y sus sombras

La aportación que hoy podemos hacer y que con humildad tenemos que reconocer se hace, ya no se puede cuantificar, hoy es de otro estilo. De servir en mayoría, siendo punto de referencia del servicio sanitario y en puestos claves... se ha pasado a servir en minoría, por distintas causas, pérdida en los macrohospitales, servicios a domicilio, y rural.

En 1970 éramos 14.600 religiosas las que formábamos las comunidades sanitarias, hoy 20 años después, sólo están 6.230 de las que unas 5.350 están en pequeños grupos comunitarios, viviendo dentro o fuera de 283 centros *no propios* y que pertenecen a 73 congregaciones.

Deshumanización de la sanidad. Es una de las necesidades más fuertes a la que hoy tenemos que dar respuesta con humanización de la técnica y la revalorización de la profesión sanitaria y asistencial en los centros. La profesión de enfermería ha dejado de ser la profesión humanitaria por excelencia.

Para aportar valores positivos a estas necesidades, la V. R. está abierta al Espíritu para ser testigos de Cristo Misericordioso desde nuestra pequeñez.

Hoy nos seguimos interrogando qué sentido tiene el estar tra-

bajando en un centro durante siete horas en *stress* y agobio sin poder detenerse a descubrir las necesidades del enfermo y sin poder estar al lado de los familiares, etc.

Se ha aceptado a nivel personal y comunitario, el concepto formación como proceso nunca acabado y desde las congregaciones y desde FERS se procura cubrir esta necesidad de actualización continua.

Se descubre la relación inseparable entre evangelización y servicio profesional, no se da la dicotomía que hace años se planteaba, y esa evangelización se tiene que hacer en una organización sanitaria que se minusvalora la dimensión humana y pastoral por que sólo se tienen baremos de rendimiento.

Se aporta colaboración con los servicios de asistencia religiosa, con laicos cristianos y con los que desde otras ideologías están trabajando por una mejor sanidad. Integración en equipos multidisciplinares. En este punto tenemos que reconocer que debemos avanzar mucho más.

También es un testimonio evangelizador y humano, el que los religiosos que trabajan en los centros hospitalarios, están, en general, disponibles para cubrir puestos al lado de los enfermos más pobres y desasistidos.

Se ha hecho una nueva lectura de la gratuidad que no es dar, ni dar gratis, sino darse; nueva lectura de la disponibilidad, que no es obediencia ciega; y de la pobreza que no es no tener, sino tener lo necesario y al servicio de quien lo necesite.

Se sigue trabajando, a pesar de las dificultades, en los centros sanitarios y desde FERS, se sigue apoyando y negociando el convenio colectivo como modelo contraactual, para salvar la posibilidad de mantener la presencia de religiosas en los centros ya que es cada vez más difícil el poder hacer sustituciones, especialmente en algunos centros.

Retos o desafíos: Las religiosas/os hemos optado por un estilo de vida que nos facilita la dedicación plena para el servicio, pero como personas que vivimos en una sociedad concreta, conocida por todos y unas circunstancias comunes a todo profesional, lo positivo y lo negativo nos llega, influyéndonos de una forma o de otra.

Como profesionales de la sanidad hoy, también se nos nota en nuestras comunidades el desencanto profesional, la deshumanización, el cansancio por el *stress* del trabajo mecanizado, las prisas y en muchas ocasiones, también se da la huida a otros lugares de servicios menos conflictivos.

Pastoralmente los años han ido apagando un poco el entusiasmo y se encuentran dificultades para hacer presente el mensaje evangélico a unas personas enfermas y con las que tu relación puede limitarse tan sólo a un contacto profesional y por más, apresurado. Esto crea insatisfacción.

Los grandes *retos* que hoy se nos presentan me atrevería a decir que son:

- Crear comunidades de oración y fraternidad para desde ellas dar una respuesta de amor, acogida, gratuidad, alegría de servir, acompañar y también saber recibir —receptivas— a lo que otros grupos y personas nos pueden aportar...
- Optar por vivir desde la vida religiosa el compromiso de seguir e imitar a Jesús del Evangelio que es lo que da una gran libertad de espíritu. Esto nos plantea el reto de la obligación de ser Profetas sintiéndonos respaldados por nuestra comunidad, la FERS y todo la Iglesia.
- El reto de aprender a *sentarnos* con otras organizaciones civiles y eclesiales, movimientos, asociaciones, etc., para estudiar y crear cauces que aporten soluciones a los problemas más urgentes de la sanidad española. La vida religiosa tendría que aportar la *creatividad y audacia* que han heredado de los fundadores y que en muchas ocasiones da la impresión que las tenemos nuevas por falta de uso.

- Al cambiar el plan de estudios de enfermería —paso de A.T.S. a Diplomados—, el curso 76-77, las congregaciones tuvieron miedo a no poder hacer frente a las exigencias puestas por el Ministerio y se cerraron casi la totalidad de las escuelas privadas; las de organismos oficiales, salvo raras excepciones, dejaron de estar dirigidas por personal religioso. Hoy, dada la situación, es necesario que en Federación, demos una respuesta valiente y tomemos un compromiso sin miedo a correr riesgos, fiándonos de Dios y abrir escuelas que den una buena formación integral a los futuros profesionales.
- Seguir haciendo servicio de sustitución en caso de necesidad, pero luchando por la justicia. Practicar la Justicia en actitud caritativa.

- Reto de empezar a participar en grupos, colegios profesionales, sindicatos, direcciones de centros, por que sabemos que desde dentro se puede hacer un mejor fermento de la masa... Y esto no como persona individual sino como enviado por la propia comunidad y respaldo de la Iglesia. Soy consciente de que esto requiere un gran cambio de mentalidad y variar mucho nuestros esquemas y estilos comunitarios.

La V. R. aporta mucho a la sanidad y concretamente a la *Enfermería* cuando pone ese *algo* que añade la fe y su *ser* de persona liberada y ese algo es su interrogante por su estilo de *estar* y *ser* y que donde está no se la siente pero se la percibe; que se le llama donde nadie quiere ir y que donde anda deja algo de *amor*.

9.5 INSTITUCIONES PROPIAS DE CONGREGACIONES RELIGIOSAS

José L. García Imas

Hermano de San Juan de Dios.
Consejero Provincial de Aragón
y responsable de centros y administración

A modo de ejemplo, en el caso de los hermanos de san Juan de Dios la situación es:

Centros asistenciales	N.º	Puestos de trabajo		Camas
		Fijos	Contrata	
Médico-quirúrgico	15	2.351	109	2.361
Psiquiátricos	6	979	73	3.312
Pediátricos	1	785	30	365
Educación especial	7	550	38	685
Albergues nocturnos	4	67	17	338
Residencias de ancianos	2	69	10	201
Larga estancia	1	157	12	170
Comunidades en sectores oprimidos	2	6	—	—
	38	4.950	289	7.432

Puede observarse en la tabla de la página siguiente lo que estas cifras en el año 1990 han significado para la Provincia de Aragón.

Tomando de nuevo el título de la comunicación, nadie duda de la entrega y dedicación de religiosos y religiosas al enfermo y necesitado, entrega que de manera especial, en el caso de las religiosas, no sabe de turnos, ni de horarios, ni de festivos o laborables; algo digno de reconocimiento pero que empieza a manifestar puntos oscuros.

En el mundo en que vivimos, los cambios no tienen freno y los medios de comunicación anulan toda frontera; la dedicación exclusiva al trabajo, tarde o temprano, nos coloca a las puertas del desfase y en la vida religiosa en el mundo de la salud se aprecian signos de desfase, que si no se corrigen, se aumentarán con el tiempo; es más, nos atrevemos a indicar que ya hay espacios y comunidades en que la ruptura no tiene solución.

FUTURO

Ninguno de los aquí presentes somos adivinos y todos estamos comprometidos en la construcción del Reino y eso equivale

INTRODUCCIÓN

La presente comunicación no debe contemplarse como un informe sobre la situación actual de los institutos con centros de su propiedad presentes en los servicios sanitarios y sociales de España.

Esta es una tarea realmente compleja que excede las posibilidades de este trabajo.

Presentaré unas pinceladas a nivel general y me extenderé con mayor detalle en una Orden concreta —la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios— como una expresión de lo que está sucediendo y de los planteamientos, que de diferentes maneras se están dando en estas instituciones.

EL HOY

Partiendo de la información a la que he tenido acceso —pobre y poco exacta— en estos momentos, el número de institutos en España se acerca a los 30 y está presente en estos lugares:

Hospitales	26
Hospitales-asilos	4
Clínicas	29
Hospitales-geriátricos	5
Psiquiátricos	22
Otros	2
Varios	7

Qué se hace, cómo se hace, no he tenido acceso a información para poder expresarlo.

Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (Provincia de San Rafael). Presencia de los Hermanos

Centro	N.º camas	N.º empleados	N.º ingresados	N.º estancias	N.º Consultas externas	N.º urgencias	Gastos de personal	Importe facturac.
I.H. Almacelles	120	31	128	43.800	—	—	69.764	152.097
H.S.J.D. Barcelona	357	768	16.986	93.776	113.685	92.354	2.541.563	3.779.958
I.S.J. Carabanchel	215	141	384	62.812	2.980	—	178.342	338.355
H.S.J.D. Palma de Mallorca	110	107	1.863	37.866	369	—	185.543	429.326
H.S.J.D. Pamplona	150	193	3.257	39.492	3.983	1.315	451.656	681.226
H.S.J.D. Valencia	161	189	3.486	47.801	49.901	2.397	473.573	698.469
H.S.J.D. Zaragoza	170	157	778	62.577	—	—	312.666	628.445
H.S.J.D. Sant Boi	785	254	798	221.246	15.390	1.145	674.440	1.093.928
Amb. Palma de Mallorca	—	15	—	—	2.968	—	25.769	31.985
Albergue San Juan de Dios	78	11	2.140	23.327	—	—	20.841	44.796
Totales	2.146	1.866	29.820	672.697	189.244	97.211	4.934.155	7.878.585

a incertidumbre, a reto, a saber descubrir los signos de los tiempos; a esperanza.

Pistas de las que nos podemos servir

Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe y recomendaciones. Si miramos sus orígenes, veremos que a propuesta de un grupo político, se aprobó una proposición parlamentaria y se encargó al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, su ejecución.

En otras palabras podemos concluir, que su ejecución no queda vinculada a partido político alguno y que el consenso puede venir por acuerdo Ministerio y Comunidades autónomas.

Qué se hará, cuándo y cómo, queda en manos de los políticos; de todas maneras la quiebra económica del Sistema Nacional de Salud urge la búsqueda de soluciones y en este tema nuestros vecinos europeos hace tiempo que se están *pelando las barbas*.

Congreso: Evangelización y hombre de hoy. He vuelto a releer el sector de trabajo n.º 5 —Mundo de la Salud— y lo considero de plena vigencia.

Creo que es un material de reflexión y guía muy adecuado, si queremos ser agentes de evangelización; en caso contrario podemos quedar en buenos gestores de servicios sanitarios y sociales, que lo debemos ser, pero este no es el sentido fundamental de nuestra opción. A modo de ejemplo, vuelvo a traer la experiencia concreta de nuestra institución.

Presencia de la Orden en España. Se trata de un documento que recoge el análisis y la reflexión de nuestra historia reciente y trata de proyectar el futuro más inmediato. En concreto propone:

En relación a centros. Seleccionar nuestra presencia en centros propios y apoyar la inserción en la red pública, solamente cuando se garantice su necesidad social y se acepten nuestros presupuestos ético-morales.

Llevar a cabo una dedicación preferencial por los:

- Hospitales psiquiátricos.
 - Enfermos mentales crónicos.
 - Psicogeriatría.
- Hospitales generales.
 - Enfermedades de larga estancia.
 - Enfermos terminales.
- Centros geriátricos.
- Centros para minusválidos psíquicos.
 - Adultos.
 - Severos profundos.
- Centros para transeúntes.
 - Atención.
 - Reinserción.

En relación a laicos. Fomentar la alianza entre hermanos y colaboradores mediante:

- La mejor relación entre los mismos, con jornadas de convivencia, estudio e información.
- La participación en los puestos directivos y órganos de gobierno.
- La participación en la planificación de los objetivos del centro.
- Acciones de voluntariado para difundir el carisma y la obra de san Juan de Dios.
- Encuentros para formación espiritual de los colaboradores y familiares.
- Actividades culturales, recreativas y de intercambio entre los centros.
- Y cuantas acciones tiendan a favorecer la justicia, la formación permanente, la investigación, la promoción y la integración en las Obras asistenciales de la Orden.

Vivimos momentos en que se reivindica con insistencia la necesidad del hospital católico en nuestra sociedad. La Iglesia tiene el derecho y la obligación de hacerse presente con sus instituciones en la sociedad, como espacio donde exprese de manera más singular los valores que defiende.

Si se me permite, quisiera aportar ciertas preguntas de necesaria respuesta:

En un mundo plural como el que vivimos, ¿cómo se debe articular el diálogo fe-ciencia? ¿A quién le pertenece el protagonismo en este diálogo?

¿Alguien se ha parado a reflexionar sobre la oportunidad pastoral del hospital católico?

¿Por qué se ha dejado este tema en manos de las instituciones religiosas, cuando su importancia y complejidad les excede?

Desde el compromiso asumido y viendo las limitaciones que tenemos, urge un apoyo decidido para seguir adelante con ilusión y esperanza; siendo conscientes de que probablemente somos de las últimas generaciones que intervienen de esta forma y en este modelo, pero que entre todos hemos de hacer posible el cambio. Las condiciones de soledad ante el problema y de continuas definiciones y exigencias desde las altas instancias deben sustituirse por un espacio de corresponsabilidad en el proyecto.

La vida religiosa está llamada a ser signo del Reino, avanzadilla y el papel actual que desempeña tiene un componente institucional enorme.

Disponemos de pocas fuerzas y de escaso tiempo para llevar a efecto el relevo; el día del laico en el mundo de la salud hace tiempo que llegó y el camino andado es mínimo, es urgente que instancias superiores a los institutos religiosos tomen cartas en el asunto; en caso contrario corremos el riesgo de que el testigo se pierda o no se pase bien.

10. LA SANIDAD ESPAÑOLA DESDE DIFERENTES ÁNGULOS

LABOR HOSPITALARIA tiene una reconocida querencia por pulsar la opinión de las personas y colectivos directamente relacionados con los temas que aborda. Y no es por una tendencia populista simplemente, sino por el deseo de conocer el parecer de quienes más directamente implicados se hallan en el mismo.

Para conocer la opinión de la calle sobre un tema como el de la sanidad deberíamos hacer una encuesta capaz de ofrecernos fiabilidad sobre los casi cuarenta millones de españoles que, o de hecho o en potencia, somos usuarios del sistema.

Ni lo hemos hecho ni tan siquiera pretendido. Pero sí que nos hemos acercado a un grupo de colectivos y de personas muy vinculadas al mundo de la salud para que nos dieran su opinión al respecto. Por un lado, desde lo que podíamos llamar «sociedad civil», hemos pedido su opinión a sindicatos, partidos políticos, organizaciones de consumidores y usuarios, organizaciones colegiales... De otro, hemos recabado el sentir de personas que se hallan

en el mundo de la salud, bien como profesionales del mismo, pero que viven o intentan vivir su profesionalidad desde un compromiso claro de fe, bien como representantes de unos estamentos determinados que significan la presencia de la Iglesia en dicha realidad sanitaria.

LABOR HOSPITALARIA fue generosa en su demanda. La totalidad de los partidos políticos que conforman el arco parlamentario español, todos los sindicatos mayoritarios, organizaciones colegiales y de consumidores fueron invitados a participar. Como podrá comprobarse, no todos lo han aceptado. Personas responsables del ámbito eclesial y otro grupo significativo de profesionales sanitarios cristianos recibieron idéntica invitación. Pero, del mismo modo, no todos lo aceptaron. *LABOR HOSPITALARIA* ni juzga ni cree que esa sea su misión. Pero quiere dejar muy clara su postura abierta a que todas las opiniones tuvieran cabida en sus páginas. Y en sus páginas tienen cabida todas las que se han expresado y a las que agradecemos su detalle.

10.1 DESDE EL ÁMBITO DE LA SOCIEDAD CIVIL

PREGUNTAS REALIZADAS

- 1** *¿Cuál es su diagnóstico de la situación actual de la Sanidad en España?*
- 2** *¿Qué aporta el Informe Abril Martorell a dicho diagnóstico y cuál es su valoración sobre las Recomendaciones que se indican en el mismo?*

SINDICATO DE ENFERMERÍA (SATSE)

1 En términos sanitarios, el diagnóstico de la Sanidad en España —entendiendo que al hablar de Sanidad hablamos de Sanidad Pública y Privada— habría que encuadrarlo forzosamente en un síndrome degenerativo pero reversible.

La salud es la capacidad del ser humano de vivir la vida de la forma más plena y libre posible en equilibrio consigo mismo y con el medio que le rodea; la sanidad en cualquier país avanzado, debe garantizar el mayor y mejor estado de salud de su población y para ello es imprescindible que se ajuste a los principios de equidad, solidaridad, universalidad y gratuidad.

Cuando decimos que nuestra sanidad se encuentra inmersa en un proceso degenerativo, afirmamos que de seguir en la misma

línea, nos encontraremos muy pronto con una sanidad muerta.

La Sanidad Pública no funciona todo lo correctamente que debiera y ello es debido, principalmente, a las siguientes causas:

- La gestión actual del Sistema Público Sanitario (S.P.S.) sólo se puede calificar de nefasta. Los gestores actuales son políticos mediocres con falta de objetivos claros de gestión, que abusan de la utilización de fondos públicos y a los que por si fuera poco no se les exige ningún tipo de responsabilidades.
- El S.P.S. está difuminado en 17 Sistemas diferentes, uno por autonomía, sin ningún órgano que realmente lo coordine, ya que el Consejo Interterritorial no realiza las funciones que la Ley General de Sanidad le tiene encomendadas. Esto en la práctica hace que no exista un modelo estatal definido y que cada autonomía campe por sus respetos en el aspecto sanitario, en dependencia del partido político que gobierne.
- Por si fuese poco lo anterior, tampoco existe voluntad política estatal para aportar soluciones, parece como si todos estuviesen de acuerdo en destruir la Sanidad Pública.

En cuanto a la Sanidad Privada hay que decir claramente, para no engañarnos ni engañar, que en términos generales es una Sanidad que hace negocios con la enfermedad, prescindiendo totalmente de la calidad asistencial, es en definitiva una Sanidad tercermundista cuyo único fin es la creación de imperios económicos a costa de la enfermedad ajena y del dinero público.

Pero lo más grave es que crea dos tipos claros de sanidad, una para ricos y otra para pobres, lo que está claramente en contra de los principios de equidad y solidaridad que deben imperar.

A pesar de considerar que nuestra Sanidad se encuentra gravemente enferma, creemos firmemente que es un proceso reversible, siempre que exista voluntad política suficiente para considerar la salud como un bien preciado del ciudadano y protegido por nuestra Constitución.

Gestiónese bien la Sanidad Pública, exíjase a la Privada los mínimos imprescindibles para poder funcionar y elabórese un modelo sanitario que cumpla holgadamente con las bases de solidaridad, equidad, universalidad y gratuidad. Con esta terapia nuestra sanidad está salvada.

2 El Informe Abril Martorell, más que aportar, ratifica plenamente el diagnóstico efectuado en lo que se refiere a la Sanidad Pública, y es que curiosamente la Comisión Abril no ha analizado la Sanidad Privada, quizá por miedo a las conclusiones o más probablemente por intereses inconfesables.

La Comisión Abril llega a la conclusión final de que el Sistema Sanitario Público ha colaborado de forma muy positiva a que una Sanidad de gran calidad llegue a todos, no obstante se detectan importantes fallos que hay que corregir y por encima de todos la Comisión destaca la falta de gestión, la financiación (falta de voluntad política) y la tremenda descoordinación y falta de estrategias globales.

Nuestra valoración de las recomendaciones de la Comisión Abril para solucionar los «males de nuestra sanidad» es muy negativa.

La Comisión Abril hace un estudio mediatizado, teledirigido y absolutamente parcial de la Sanidad Española.

Empezando por el propio hecho de que sólo se analice la Sanidad Pública y sin embargo se «aconseje» con demasiada insistencia la inversión en el sector privado, continuando con el recorte de prestaciones y la carga económica que se quiere derivar al usuario y finalizando por el Sistema tipo que se propone en el que cada Centro Sanitario ofertaría una Sanidad diferente, creemos que estas recomendaciones sólo propiciarían la destrucción del Sistema, hurtando a todos los ciudadanos un derecho fundamental y castigando a las clases más desprotegidas a una sanidad de beneficencia.

La Comisión Abril ha sido el instrumento que el gobierno ha utilizado para empezar a introducir criterios claros de privatización en el Sistema Nacional de Salud, creemos que sus recomendaciones son:

- *Tendenciosas*, ya que están claras las coincidencias en muchas ideas con los sectores privados sanitarios.
- *Incoherentes*, pues no se puede entender que se pretenda mejorar el Sistema Público, a costa de la desaparición del mismo.
- *Insolidarias*, ya que quedan marginados grandes grupos de población, estableciendo la sanidad de ricos y la de pobres.

En resumen creemos que la Sanidad Española actual, está enferma y deben ponerse en práctica medidas correctoras, pero nunca se debe acabar con un modelo sanitario que en estos momentos es de los más justos y solidarios del mundo.

Los puntos fundamentales de cambio deben pasar por:

- Introducción de buenos gestores despolitizados.
- Fiscalización exhaustiva del dinero público.
- Exigencias de responsabilidad de gestión.
- Inversiones dirigidas a aumentar el actual sistema público.
- Incentivación y motivación de los profesionales del Sistema.
- Información exhaustiva al usuario, potenciando desde las instituciones el S.P.S., gestionando para ellos y no contra ellos.
- Control del Sector Privado, exigiendo que la asistencia sanitaria que se oferte tenga, al menos, la misma calidad que la pública.

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE DIPLOMADOS DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA

1 y **2** Por la revista LABOR HOSPITALARIA se nos solicita contestación a un cuestionario sobre la Situación Actual de la Sanidad Española, así como una opinión y valoración acerca del Informe Abril Martorell.

Es difícil distinguir ambas contestaciones toda una vez que, y en definitiva, el propio Informe Abril Martorell es más válido como diagnóstico que por las recomendaciones que se indican en el mismo.

Efectivamente no es difícil hacer un diagnóstico general sobre la situación actual de la Sanidad en España, pues basta con decir que nos hallamos ante una sanidad institucionalmente enferma, o si se prefiere actualmente agotada.

¿Quiere ello decir que el agotamiento no tiene solución, o no tiene más soluciones que las apuntadas en las recomendaciones del Informe Abril?

No, la Sanidad Española está institucionalmente agotada porque está sometida a una presión, a un esfuerzo al que ella no puede alcanzar.

Efectivamente, basta con un somero repaso histórico, la historia es la maestra de los pueblos, para darse cuenta de que institucionalmente la sanidad, nuestra sanidad, no puede responder a cuanto se tiene derecho a exigir de ella.

Nace y se desarrolla nuestra Sanidad, a la sombra y amparo de la Seguridad Social, y teniendo como estrella polar y guía, desde su nacimiento, el principio de universalidad, comienza protegiendo a los trabajadores por cuenta ajena, económicamente débiles, y lentamente se va extendiendo a todos los trabajadores por cuenta ajena, y propia, sea cuales fuesen sus ingresos, de la agricultura,

industria, servicios, toreros, artistas, etc., etc., y a todos ellos y con todos ellos se va, a su vez, extendiendo la Asistencia Sanitaria a toda la población.

Y así, hasta que nace la Constitución, y a partir de ella, y en su artículo 43, instaura como Derecho Fundamental el Principio de Universalidad, al reconocerse el «Derecho a la Protección de la Salud», es decir y en definitiva se tipifica como Derecho Fundamental, el Derecho Público Subjetivo de Protección a la Salud, y como tal, todo ciudadano por el mero hecho de serlo tiene derecho a la asistencia sanitaria.

Este Derecho Público Subjetivo se ha plasmado en una Ley Básica, la Ley General de Sanidad, Ley 3/1986 de 14 de abril en cuyo artículo 2 se extiende el ámbito de aplicación de la atención sanitaria a «todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional».

Aquella estrella, que fue norte y guía de quienes allá por el año 1942 instauraron el Seguro Obligatorio de Enfermedad, ha sido, pues, alcanzada en el artículo 43 de la Constitución Española.

Así, pues, esta es la carga que pesa sobre los poderes públicos, hacer efectivo un Derecho Público Subjetivo, que como Derecho Fundamental corresponde a todos los ciudadanos, y que al materializarse no entiende, como todo derecho, de sistemas y colores, pues la Sanidad, la asistencia sanitaria, la protección de la salud, puede ser prestada con arreglo a unos u otros criterios o sistemas, pero siempre, siempre ha de responder al principio y resultado de una buena asistencia, de una asistencia sanitaria de calidad, la que corresponde a un país por la que se efectúa una doble cotización por sus ciudadanos, como trabajadores, a través de sus cotizaciones a la Seguridad Social, y como ciudadanos a través de los Presupuestos Generales del Estado, y ello sin alegar la razón máxima y fundamental derivada de su condición de ser humano, de persona.

¿Responde nuestra Sanidad, y subrayo nuestra Sanidad a este criterio? Sinceramente, podemos contestar con toda rotundidad, que hoy se ha iniciado un camino en plano inclinado que nos obliga a decir que NO, que nuestra Sanidad padece un agotamiento, que la está impidiendo recuperarse, pues los Gestores Públicos carecen de imaginación y preparación, y como consecuencia de ello de la sencillez necesaria para reconocer los males que la aquejan, y como si de un crápula se tratase, derrochan cuanto han recibido, se autojalean y disculpan, y cuando es necesario lanzan sus diatribas, sus culpas contra sus empleados, médicos y enfermeros, fundamentalmente, verdaderos protagonistas de la Sanidad, a quienes han hundido moral y materialmente, a quienes han desmotivado, a quienes han llenado de dudas e inseguridades en su profesión, a quienes en definitiva han plagado de la amargura diaria de tener que ir a cumplir con una obligación... ¡como si eso fuese o en eso consistiese la profesión sanitaria!; nunca, nunca, se ha llegado a tal estado de degradación asistencial; nunca, nunca los profesionales se han hallado tan «amargados» con sus propios empleos; nunca, nunca, el «esto son lentejas» se ha aplicado de forma tan selectiva como a los profesionales de la sanidad..., y en estas condiciones, y aún somos suaves, muy suaves en nuestras apreciaciones; ¿qué diagnóstico puede darse, que no sea el que todo el mundo conoce?; la Sanidad Pública se halla degradada por agotamiento; se halla en un estado de «stress» provocado; lo triste es que aún no sabemos con que finalidad.

Nosotros, que siempre hemos sido defensores de un Sistema Público de Salud, entendiendo como tal el reconocimiento del Derecho Público Subjetivo, pero que a la par hemos defendido la inserción de la vinculación de los Centros Privados al Sistema Público, lo que publica la asistencia, hemos sido testigos, y denunciado a voces, de cómo la demagogia ha llevado a marginar los Centros Privados, y como consecuencia de ello la presión sobre los Centros Públicos los ha colapsado, y poco a poco los ha ido

agotando físicamente, a la par que ha desincentivado y desmotivado a su personal estelar, médicos y enfermeros.

Por otro lado, si la atención hospitalaria hasta hace 10 o 12 años tenía un alto nivel de calidad asistencial, hoy en cotas de deterioro inimaginables hace una década, la asistencia extrahospitalaria no ha mejorado sustancialmente, su coste se ha disparado, y lo que es peor se ha alejado del enfermo, aunque en honor a la verdad, la implantación de los Equipos de Atención Primaria no lleva el tiempo suficiente para que podamos ejercer una crítica y romper unas esperanzas.

Más ¿qué propone la Comisión de Evaluación y Análisis que merezca ser destacado por su novedad?, ¿caso cuantas propuestas nos presenta no sólo no son novedosas, sino que por conocidas tampoco llevarían la salud a la sanidad?; por otro lado muchas de ellas son meros lugares comunes que tampoco aportan soluciones.

Más, si hemos de preguntarnos, qué mérito ha podido tener el informe elaborado por dicha Comisión, hemos de contestar con tristeza que uno y sólo uno, y muy importante por cierto, el poner de manifiesto el estado de agotamiento de nuestra sanidad, del cual se ha concienciado toda la Sociedad, con mayúscula.

Pero tendríamos que preguntarnos, ¿se han concienciado acaso los profesionales sanitarios?; la contestación es clara, los Profesionales Sanitarios hace mucho tiempo que se hallan concienciados, que lo han expuesto a través de sus representaciones profesionales, en nuestro caso, del Consejo General, y el silencio, o la prepotencia, producto de ver la salud como una consecuencia más del más simple y ramplón concepto de la política, ha impedido escuchar nuestros criterios y opiniones, y nos ha lanzado a la desesperación al plantearnos la duda de si era un deber nuestro avisar a la Sociedad, a la población, a los individuos, a las personas, de los graves peligros a que se hallan expuestos como usuarios de una Sanidad agotada y enferma; de avisar a la población de las deficiencias de los Centros Sanitarios, ¡pero el peso de nuestra responsabilidad nos ha impedido actuar de esta manera! ... ¿hasta cuando?

Posiblemente ha llegado ya el momento, pues ¿cuál ha sido la reacción del poder?

Es curioso, pero hasta ahora sólo ha reaccionado con un intento de reconversión en perjuicio de los ciudadanos y de los profesionales sanitarios, pero no en beneficio de la salud, ni de la sociedad.

Hemos asistido, con una mezcla de estupor, indignación y desprecio, al intento de crear un nuevo ente, Entidad Gestora de la Seguridad Social, bautizado con el nombre de *Insalud*, con la única finalidad de no estar sometido a una intervención que en otros tiempos, «los de la oposición», reclamaron... pero aquéllos, todos, eran otros profesionales.

Nuevo ente del que dependerían unas sociedades estatales, como la de los expertos de Renfe, Hunosa, etc., y para ello, estos expertos han de arrancar de cuajo la identidad de los profesionales sanitarios, lo único que les queda, reconvirtiéndolos en laborales, como si esa última amenaza, pues así se ha interpretado, pues así se ha hecho, viniese a ser la panacea de la curación de la Sanidad, cuando vemos cómo paso a paso se va buscando la privatización de su gestión... y tampoco es esta la solución.

A nuestro juicio, y se nos han pedido pocos folios, la solución en estos momentos pasaría por *curar* la gestión con una medicina en cuyos componentes se hallen tanto los medios públicos como los privados, al servicio todos de la salud, de la sanidad y de los ciudadanos, alegrando, reconociendo, incentivando y estimulando al personal *dador* de la curación, a ese personal que sirve en centros, servicios e instituciones sanitarios, y que siempre ha estado y estará al lado del enfermo.

UNIÓN GENERAL DE TRABAJADORES (UGT)

1 Habría que hacer, en primer lugar, dos tipos de valoraciones, las primeras sobre la salud de los españoles y la calidad técnica de la atención sanitaria en nuestro país; las cuales deben ser valoradas *positiva o muy positivamente*, en razón a los índices de salud y a la calidad de nuestros profesionales, los medios técnicos con que cuentan y la medicina que realizan. Y esto, creo, no merece mayores comentarios.

Y, por otro lado, las grandes disfunciones de nuestro Sistema Sanitario. Desde nuestra óptica sindical, con una declarada orientación socialdemócrata, apoyamos un Sistema Nacional de Salud que garantice, bajo criterios de derecho y equidad, la salud de los españoles; y opinamos que el modelo contenido en la Ley General de Sanidad es perfectamente válido, pero no se ha desarrollado y, en este sentido, nos preocupa:

- El establecimiento y falta de horizonte para la Sanidad Pública, que se concreta en una fuerte desmoralización y desconcierto entre los profesionales de la salud, al no identificarse en la política del gobierno un proyecto bien estructurado y socialmente coherente.
- El lento desarrollo y rigidez de la necesaria reforma de la Atención Primaria, que no termina de motivar a los profesionales sanitarios ni tampoco de satisfacer a la población, al no percibir el cambio cualitativo deseado en la calidad asistencial.
- La permanente indefinición de la estructura organizativa que permanece esclerótica y la descoordinación de los diferentes niveles y servicios asistenciales.
- La notoria inoperancia institucional del Consejo Interterritorial del SNS que se ha caracterizado hasta nuestros días, por una falta de dirección estratégica y orientación política para definir y coordinar las políticas de salud y de servicios sanitarios de nuestro país.
- El déficit alarmante de capacidad y liderazgo científico del Instituto de Salud Carlos III, en su misión de formular la política de investigación, evaluación y de las ciencias de la salud del SNS.
- La no existencia de planificación ni prevención ante las fluctuaciones y cambios acelerados que se están produciendo en la estructura y complejidad de la demanda (SIDA, incorporación y difusión de las nuevas tecnologías sanitarias, desarrollo biotecnológico, trasplantes de órganos, etc.), así como en los déficits y las nuevas necesidades planteadas en relación con la cualificación de las demandas de profesionales de la salud (desajustes oferta-demanda de especialidades médicas, indefinición de las especialidades en enfermería, etc.).
- El declive progresivo y desintegración del *medio interno* en los centros hospitalarios, en términos de organización, desarrollo y calidad de los servicios sanitarios, fidelidad e identificación de los profesionales con las instituciones públicas, fomento de programas científicos, etc.
- Clara evidencia de insatisfacción en la población por determinados aspectos de los servicios sanitarios públicos: los pacientes están descontentos con las listas de espera, con la falta de atención personalizada, con las demoras y masificación de los ambulatorios y de las consultas hospitalarias, con la falta de información y la escasa capacidad de decisión y con un servicio que es a menudo más bien impersonal y burocratizado.
- La interminable espera por la elaboración de un modelo de financiación de la Sanidad Pública coherente, solidario y equitativo, que garantice la corrección de los desequilibrios interterritoriales existentes y el desarrollo progresivo y armónico del SNS.

- La ausencia de compromiso con el cambio de cultura y de instrumentos de gestión, así como la modernización de los servicios sanitarios públicos, que garantice la eficacia, eficiencia, calidad y equidad del Sistema Sanitario Público.

2 El informe, como tal, no aporta soluciones válidas, a corto y medio plazo, en el contexto de estructura física, de requerimientos asistenciales, de personal y de normativa, actualmente vigentes.

- Es un informe inviable, como decimos, y técnicamente inconsistente, pues basa su andamiaje en unas premisas cuya materialización excedería largamente de las apremiantes soluciones que requiere la actual situación. Por ejemplo, cuando se refiere a lo que llama estructuras de gestión, como compradores por un lado y gestores-proveedores por otro; sin entrar en matices de concepto político del Sistema; sería necesaria tal base administrativa y tal cúmulo de información, hoy inexistente, que, como acaba de escribir el profesor Navarro, de la John Hopkins University (EE.UU.), a título de ejemplo sólo dos compañías de seguros privados del estado de Massachusetts tienen más personal administrativo para facturar los pagos por servicios de los tres millones de asegurados, que el Servicio Nacional de Salud de Canadá, que es un modelo, tiene para administrar los servicios sanitarios de 26 millones de canadienses. O bien recordar los cientos de miles de historias clínicas revisadas, y los años necesarios, para consolidar un sistema de evaluación de coste por proceso como los DRG (Grupos Relacionados de Diagnóstico). En el mismo orden de cosas, y con idéntica falta de fundamento real, cabe referirnos a la famosa *factura fantasma*, cuando en nuestros centros sigue sin implantarse mínimamente la contabilidad analítica. Qué cabría decir de la posibilidad real, por otra parte importante e interesante, de crear unidades de coste-beneficio dentro de los centros hospitalarios. En fin, son algunas muestras de la falta de credibilidad y solvencia técnica del informe.
- Es, políticamente, reaccionario e inasumible por tanto —creemos— por un gobierno mínimamente socialdemócrata. En este sentido ya ha habido voces cualificadas del PSOE que han mostrado su rechazo a las soluciones propuestas. Pero, además del fondo ideológico y de los compromisos programáticos del partido gobernante, hay un hecho ineludible, la Ley General de Sanidad, cuyo desarrollo está por hacer, y que quedaría totalmente aparcada si, ahora, se toma la senda marcada por el informe, máxime cuando, creemos que, un desarrollo adecuado de dicha Ley aportaría soluciones mucho más eficaces.
- Es, socialmente, perverso e injusto. Es perverso pues, bajo unos criterios pseudotécnicos, trata de responsabilizar a los ciudadanos, y entre éstos a —jubilados y pensionistas— los más desfavorecidos, de la ineficiencia del Sistema, su elevado coste, su derroche farmacéutico, etc., y es injusto porque crearía una auténtica sociedad de ricos y pobres, marginando a estos últimos a una nueva atención de beneficencia para un bien básico, como es la salud.

UNIÓN SINDICAL OBRERA (USO)

1 Desde la reflexión de la F.T.S. de USO llegamos a las conclusiones siguientes:

- La situación actual de la sanidad en España viene dada por una serie de medidas un tanto arbitrarias y dirigidas exclusivamente a medidas economicistas, que desde el año 1982 con una inversión en todo el sistema sanitario de 3,9 % de PIB se pasó al año 88 a 3,67 % para mejorar ligeramente en la actualidad, pero manteniéndose en límites inferiores a la media de la C.E. Al mismo tiempo se ha universalizado la asistencia,

es lógico pensar que con menos medios económicos, humanos, con más personas que atender no puede nunca mejorar la calidad asistencial.

- Se ha hecho hincapié durante estos últimos años, en denunciar los problemas de la sanidad pública ocultando la realidad de la calidad asistencial de la sanidad privada. Teniendo en cuenta, que de toda la investigación que se realiza en la Sanidad Pública revierte sus beneficios en la Sanidad Privada, sin ésta aportar costes significativos a la investigación.
- El periodo de tiempo que transcurre desde el año 82 al 89, se han producido dos situaciones críticas que han ayudado a potenciar la mala imagen de la Sanidad pública, que son el envejecimiento del aparataje, y de las personas con muy pocos recambios, manteniendo una situación de empleo en precario.
- El desfase de las medidas económicas y la implantación de la productividad variable, unida a la politización de los hospitales son medidas nefastas, que solamente han conseguido desmotivar al personal de todos los estamentos. La productividad variable, unida a sus formas de reparto arbitrarias, basadas en conceptos que más podríamos denominar de amiguismo, que unido, al pago de horas extras para disminuir las listas de espera, ha desatado mil y una picaresca, para tener permanente una lista de espera, donde no la había, crearla, para poder acceder a una relativa mejora salarial.

La creación de las grandes pirámides organizativas, con unos gastos inmensos sin aportar trabajo efectivo, sólo desencanto al elegir a las personas, no por méritos profesionales, conocimientos, condiciones idóneas para el desarrollo de la gestión encomendada, etc., sino por su afiliación política, que muchas veces no es más que oportunismo, es otro de los grandes males que aquejan a la Sanidad Pública.

- Por último medidas como la cita previa no han mejorado en nada la calidad asistencial, porque el mismo médico tiene que ver el mismo número de enfermos, sólo puede dedicar escasos minutos al paciente. Esta medida sólo ha mejorado la faceta de la imagen, pero no la de la calidad.

Después de este pequeño análisis de causas que hacen que la situación de la Sanidad Pública no sea la deseada, no podemos olvidar que el Gobierno es el primer agente causante de esta situación, para crear en la mente de los españoles la necesidad de privatizar la gestión de la Sanidad.

2 En primer lugar hay que evidenciar que las recomendaciones del Informe se circunscriben a las mismas que circulan ya en los países de nuestro entorno europeo. En concreto se hace mención al Reino Unido, Suecia y Alemania. En segundo lugar, se viene a corroborar la práctica actual en materia de gestión en los grandes complejos hospitalarios; aunque eso sí, se pretende sistematizarlo mejor y sobre todo aplicar al máximo las modernas técnicas empresariales de gestión en materia del sector servicios.

Hay que destacar que si se hace una completa mención de los principales factores, logros, taras y mejoras que conforman nuestro sistema sanitario pero profundizando más sólo en aquellos relacionados con los costes de personal y tecnología, y el gasto farmacéutico ocasionado principalmente por la tercera edad. En otros tan importantes como el desarrollo de los servicios y la tecnología sanitaria, se hace una apuesta clara por su continuidad pero con claras restricciones para un acceso universal de los usuarios. Tampoco se analiza suficientemente el marcado acento corporativista que impregna el desarrollo tecnológico amén de los intereses comerciales.

Es de resaltar la importancia que se concede a la urgente necesidad de organizar sistemas de información homogéneos para poder hacer valoraciones comparando la facturación de los servicios con los costes producidos. Lo cual nos parece positivo

e importante para poder acceder nosotros sindicalmente a esta información.

La gran inconsistencia del informe surge con el tabú casi mágico, de que con una progresiva privatización se regenera el sistema sanitario, aún cuando el informe reconoce que tampoco se poseen informaciones sobre la gestión de los actuales conciertos privados para poder comparar la competitividad entre el sector público y el privado. Se tiende por tanto a perpetuar el viejo axioma empresarial de que aunque «la gestión de los centros privados tienen unos costes sustancialmente inferiores, los centros públicos tienen otro tipo de responsabilidades que pueden justificar en parte esta diferencia». Lo que en la práctica ocurre es que casi el total de los tratamientos derivados por los centros privados a los públicos lo son por mala calidad de sus servicios, lo que evidentemente desmerecería también la alta valoración que se tiene de la empresa privada. La principal razón que aduce el informe para justificar la privatización es que así se ampliará más la libertad de elección y el aumento de la calidad del servicio soslayando que si el usuario tiene que cofinanciar los «servicios complementarios», la libertad se queda en papel mojado.

Las bases para la reforma están claramente definidas, sobre todo los aspectos de organización. No lo están tanto los aspectos de gestión en los que curiosamente se cae en abstracciones que contrastan con la claridad del resto de vertientes. Sólo se expresa claramente que es necesario una mayor autonomía de los gerentes y por supuesto mayor flexibilidad de plantillas y más libertad para aplicar sanciones e incentivos.

Los famosos aspectos que tanto se airearon en los primeros días en la prensa, a saber: pago de cuotas por servicios complementarios, facturación de servicios y costes para concienciar al usuario, etc., no son sino una cortina de humo que esconde un trasfondo que es si cabe más grave y que llevará paulatinamente a implantar las medidas disuasorias contra el gasto antes citadas.

Mucho tememos que una vez aplicadas las medidas de reconversión de personal, después se implante el tiket moderador, el pago de las medicinas por los jubilados, ejemplo lo tenemos en la OTAN; primero OTAN NO, después una defensa a ultranza de la OTAN.

Claro está que en materia de Atención Primaria el Informe Abril deja las cosas como están, pero en Atención Especializada, se apuesta muy fuerte por las tecnologías de vanguardia como son los trasplantes, que dan imagen y poder a todos los que están incluidos en esa faceta, porque está claro que los grandes costes de esta tecnología punta no quiere asumirlos la empresa privada, ni la oncología y geriatría.

El Informe Abril es un claro intento de aplicar las técnicas japonesas de incremento de productividad y competitividad, aumentando el número de horas de trabajo diarias y negociando individualmente la parte no fija del salario, en base únicamente de la competitividad.

No se menciona la mejora de la calidad asistencial, ni controles eficaces. No podemos olvidar que en la actualidad en Japón se tiende a disminuir el número de horas, quizás por las nuevas enfermedades profesionales que están apareciendo con esta organización de trabajo, curiosamente el suicidio causa más del doble de número de víctimas que los accidentes de tráfico.

Por último, una pequeña reflexión.

Todos los que componen la Comisión Abril tienen responsabilidades a todos los niveles en la Sanidad, tanto estatal como autonómica, pero nadie pide responsabilidades por la mala gestión que se produce, en el mejor de los casos, se cesa al infractor y se le da un puesto mejor.

Toda reforma de la Sanidad tiene que mantener su universalidad y gratuidad, por supuesto responsabilizar a sus gerentes de la gestión que realizan de sus recursos, tanto humanos como económicos.

10.2 DESDE EL ÁMBITO DE LA IGLESIA

PREGUNTAS REALIZADAS

- 1** *¿Cuál es su diagnóstico de la situación actual de la Sanidad en España?*
- 2** *¿Qué aporta el Informe Abril Martorell a dicho diagnóstico y cuál es su valoración sobre las Recomendaciones que se indican en el mismo?*
- 3** *¿Qué puede aportar la Iglesia para ayudar a solucionar los problemas hoy existentes en la sanidad española?*

HERMANO JOSÉ L. REDRADO MARCHITE, O.H.

Secretario del Pontificio Consejo
para la Pastoral de la Salud

1 He recorrido todo el mundo y por todas las partes he oído los mismos lamentos, las mismas quejas en relación con la sanidad: esto no va, esto no funciona.

- En unos lugares es la pobreza —a veces hasta la miseria—, la falta de recursos humanos, técnicos, económicos...
- En otros es el sistema sanitario nacional: faltan leyes, organización, coordinación, evaluación.
- En tercer lugar es el modo cómo se ejerce la medicina: predominio del prestigio, de la técnica, del poder.
- Finalmente, puede ser un poco todo lo anterior.

En relación con la sanidad de España, ésta dependía, hasta hace pocos años, de varios Ministerios y se regulaba por leyes parciales; faltaba un motor único capaz de llevar adelante el sistema. Se creó el Ministerio de Sanidad y Consumo, se formuló la Ley de Sanidad (25 abril 1986); después de cinco años el ciudadano de a pie no ha dejado de lamentarse, porque el «derecho a la salud», en la práctica, tiene muchas deficiencias administrativas, organizativas, económicas...

¿Qué sucede? No sucede nada. «La sanidad española es muy buena, pero tiene un toscó envoltorio», dice el ministro Julián García Valverde.

Si atendemos a las quejas de los ciudadanos —posiblemente sean contra el envoltorio— la sanidad está muy deteriorada, muy enfermiza, está en cuidados intensivos. A la sanidad le falta salud. El ciudadano tiene que hacer largas filas, esperar mucho tiempo. Tiene que sufrir mucha burocratización. A la sanidad le falta un auténtico diálogo médico/enfermo, mucha humanización; se ahorraría mucho dinero y la satisfacción del ciudadano subiría de grado curando estas deficiencias. Contribuye también a este deterioro la falta de formación sanitaria del ciudadano, la poca solidaridad y el reclamar siempre los *derechos* y pensar pocas veces en las obligaciones.

Yo creo que la sanidad, al menos en los países democráticos, ha dado un salto de calidad que se manifiesta en una mayor conciencia de los poderes públicos, en las nuevas legislaciones, y en la universalidad de cobertura; es un poco el desarrollo del slogan

de la OMS: «Salud para todos el año 2000». Se manifiesta también este sentido positivo de la sanidad en el avance de la técnica médica que contribuye a un mejor y más rápido diagnóstico y curación del ciudadano, a alargar la expectativa de vida y disminuir la mortalidad infantil; en la mejor preparación del médico y de la enfermera; en el contributo que dan a la medicina los otros profesionales integrados en la misma: psicólogos, sociólogos, moralistas, economistas... que hacen que la medicina centre más su atención en el hombre y no sólo en el cuerpo.

Todo esto, que es una realidad, convendría hacérselo ver en la práctica al ciudadano, quitándole «el toscó envoltorio», es decir, lo negativo, para que vea cuánto de positivo se ha conseguido, pero que todavía podemos y debemos luchar más.

2 El Informe Abril Martorell aporta, en primer lugar, un diagnóstico, es decir, nos hace ver de una forma técnica tres cosas: lo positivo, lo negativo y las posibles soluciones.

En línea de máxima me identifico con las *Recomendaciones* del informe porque creo que van orientadas a tres importantes pilares del sistema sanitario: organización, gestión, financiación. No entro en particulares que en la práctica encuentran siempre sus pros y sus contras; pero diría que, si los propósitos de reforma y las recomendaciones ayudan al ciudadano, le dan más calidad de vida, mayor participación, mayor información, mayor satisfacción, es un sistema bueno y unas recomendaciones que convendría poner en práctica para salvar la sanidad enferma.

3 La experiencia de la Iglesia en el campo sanitario es multiseccional, arranca del ejemplo de Cristo que evangelizó y curó a los enfermos y envió a los discípulos a realizar lo mismo: «curad enfermos, limpiad leprosos» (Mt 10, 5). Y ellos partieron y recorrieron las aldeas por todas partes (Lc 9, 6) y arrojaban muchos demonios y unguían con aceite a muchos enfermos y los curaban (Mc 6, 13).

La historia de dos mil años confirma esta gran aportación de la Iglesia en tres direcciones —suplencia, integración y deber pastoral: hospitales, ambulatorios, leproserías, casas de acogida para subnormales, enfermos de SIDA, drogadictos..., unas treinta mil instituciones sanitarias propiedad de la Iglesia en todo el mundo o donde la Iglesia está presente. Y un gran ejército de personas: religiosos(as) sanitarios, capellanes, voluntariado católico, federaciones sanitarias católicas...

Hoy la Iglesia ha de afrontar nuevos retos que le presenta el campo sanitario —secularización de la medicina, deshumanización, manipulación.

Creo que la aportación que la Iglesia española puede dar va en estas líneas: animación, rol profético, sentido ético y humanización. La reflexión que desde hace años se viene realizando a través del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria y de los Secretariados diocesanos está contribuyendo en gran parte a esta sensibilización dentro de la Iglesia y en la sociedad. Semanas de estudio, cursos, reuniones, día del enfermo, escritos, contactos con los responsables del Estado son medios que ayudan a clarificar y animar las personas y las instituciones.

La jerarquía española debería interesarse más en este camino emprendido y formular una serie de principios humano-éticos que sirvieran de ayuda en el camino de reforma de la sanidad española.

DR. JOAN VIÑAS SALAS

Médico cirujano del Hospital Arnau de Vilanova de Lleida.
Delegado Diocesano de Pastoral de la Salud de Lleida.
Presidente de la Comisión de Profesionales Sanitarios
Cristianos (PROSAC) de España.

1 La Sanidad en España tiene importantes *aspectos positivos* que se han ido logrando en los últimos 30 años, tras la creación del S.O.E. (Seguro Obligatorio de Enfermedad), que luego sería la Seguridad Social, y los avances de la medicina y de la tecnología de los últimos años. Los más importantes son:

- Universalización y gratuidad de la asistencia. Abolición de una medicina de beneficencia frente a la de *pago*, estableciéndose una Sanidad Pública de alta calidad técnica en los hospitales y una medicina primaria de fácil accesibilidad.
- Medicina primaria reformada en más del 50 % del país, con programas de prevención, más medios y tiempo para las visitas, trabajo en equipo, etc.
- Medicina hospitalaria de gran calidad, homologable en el primer mundo.

Pero adolece de importantes *aspectos negativos*:

- Listas y tiempos de espera excesivos, con difícil acceso a los servicios especializados.
- Deshumanización en el trato con el enfermo y familia.
- Prestaciones insuficientes (Psiquiatría, Odontología, crónicos, SIDA, falta de camas hospitalarias, etc.).
- Falta de eficiencia del sistema sanitario.
- Falta de planes de promoción de la salud, educación sanitaria y cultura solidaria en la sociedad y falta de reinserción social del enfermo tratado.
- Desmotivación del profesional de la salud.

2 El *Informe Abril* hace un análisis de la situación de la Sanidad en España bastante completo y realista, sobre todo desde el punto de vista del economista. La salud tiene un coste muy alto y que crece exponencialmente debido a los avances científico-tecnológicos y a la aparición de nuevas enfermedades, por lo que los distintos países desarrollados se cuestionan cómo detenerlo. Es desde este punto de vista que se han elaborado las recomendaciones; por un lado el cómo mejorar la eficiencia del sistema, el que se pierda menos dinero en burocracia o bajo rendimiento, y se mejore la satisfacción del usuario, pero por otro el cómo frenar el ascenso del presupuesto dedicado a Sanidad.

Proponer dedicar más recursos a la prevención y promoción de la salud es muy importante.

Se puede discutir si las medidas que propone para mejorar la gestión del sistema, que se resumen en la privatización de la

gestión, irán mejor o peor al sistema, pero es evidente que algo hay que hacer para que no se incremente el deterioro que actualmente sufre. La alternativa es aplicar el estatuto actual de los profesionales sanitarios y no sanitarios y mejorarlo. El frenar el presupuesto dedicado a la *salud de los españoles* lo debe decidir el pueblo en un país democrático, y un cambio tan radical que suponga el que la medicina deje de ser gratuita debería proponerse incluso como referéndum. Para mí es una pena que la sociedad pierda prestaciones en estos asuntos tan vitales, como la salud, la escuela, etc. Primar a aquellos médicos que gasten menos (recomendación 28) debe ir acompañado de estrictos controles de calidad, pero decir «con especial atención al coste por proceso» (r. 34) insiste en el aspecto economicista.

Si se pusieran en práctica las propuestas economicistas del *Informe Abril*, volveríamos a una medicina para personas con capacidad adquisitiva y una de pobres para los que no se adaptan al régimen capitalista de la ley de la oferta y la demanda (el que es útil tendrá mejor y más cómoda asistencia; el que no, como no la pagará no se la *merecerá*). Es triste que se dé un vuelco tal al sistema sanitario, tan insolidario, justo cuando se ha conseguido eliminar la beneficencia.

Parece muy dura esta denuncia del informe, pero se desprende de su atenta lectura. Así, aunque sólo sea por el confort, la r. 41 ofrece a los centros poder facturar servicios hoteleros «complementarios», tales como cama de acompañante, etc. La r. 42 propone que los usuarios paguen, aunque al principio sea simbólicamente, los servicios. (¿Quiere esto decir que más adelante ya no será simbólico?). En la r. 44 propone delimitar con precisión las prestaciones «básicas», dejándolas a las que «eran gratuitas» al aprobarse la Ley General de Sanidad (1986). Cualquier introducción de nueva prestación dados los avances de la medicina «sería si las circunstancias sociales y económicas lo permiten» (r. 45). (Recuerdo que en 20 años cambia casi totalmente la medicina). En cuanto a la farmacia «para limitar el consumo exagerado de medicamentos y la sobreprescripción recomienda extender la participación del enfermo en el coste (r. 48), aplicar como excepción ayudas específicas a los grupos que «se considere convenientes» por razones de equidad, así se «incrementarían las pensiones» y se les haría pagar los medicamentos, o hacerles adelantar el 40 % que luego se les devolvería (r. 50). Si el público insiste en querer ir a los servicios de urgencias habría que aplicar prudentes medidas económicas disuasorias (r. 62). Todo ello sin casi participación de los usuarios en decidir nada. Sólo la vía política.

3 La Iglesia tiene como misión la evangelización del mundo. El mensaje de Jesús es salvador, liberador, sanador. Jesús es la Salud, decíamos en el lema del día del enfermo del año 91.

Los valores que se desprenden del Evangelio son saludables. Los hombres y mujeres somos contradictorios, queremos la salud pero vivimos estilos de vida insanos.

Los valores de la sociedad actual son insanos. El edonismo, el utilitarismo, el consumismo, la competitividad, la insolidaridad, etc. No es de extrañar el que, tras defender como buenos estos valores, luego la gente quiera también *consumir* servicios sanitarios: radiografías, scanners, análisis, medicamentos, que encarecen el sistema. También, que denuncien, protesten, exijan indemnizaciones ante secuelas, o la muerte del familiar, aunque sean del todo inevitables. La sociedad ha alimentado el monstruo del sistema sanitario, engañando a las personas pues parece que les proponía la felicidad y la salud, eliminando a Dios y los valores cristianos y ahora este monstruo le puede y no sabe como controlarlo. Se les ocurre sólo amputarle las partes menos vistosas, disminuyendo la protección sanitaria a los más débiles e indefensos.

En cambio la Iglesia promueve los valores de Jesús: amor, so-

lidaridad, servicio, sentido a la vida, enfermedad y muerte, defensa de la salud. Llevar un estilo de vida sano. Humanización de la vida de los hombres y mujeres, incluyendo la enfermedad y muerte, ayudándola a vivirlas con dignidad y sentido, fe en la Resurrección, en la plenitud de felicidad en la otra vida, felicidad que ya aquí podemos vislumbrar cada vez que amamos y nos sentimos amados.

Si los cristianos viviéramos coherentemente nuestra fe seríamos más solidarios con los más débiles. No nos importaría recibir menos nosotros. No consumiríamos tanto y, por lo tanto, haríamos una buena medicina preventiva (tabaco, alcohol, exceso de comida, vida estresada, etc.). Llevaríamos un estilo de vida saludable. Destinaríamos parte de los recursos a los países del tercer mundo para que no tengan que emigrar lejos de su país a buscar comida, les dejaríamos de explotar y podrían vivir mejor. En lugar de ello creamos barreras y fronteras para que no entren y se sigan muriendo de hambre.

Estoy convencido que con este estilo de vida evangélico, haciendo caso a la buena noticia de Jesús disminuiría mucho el gasto de sanidad, voluntariamente.

DR. BERNARDO SANTOS RAMOS

Farmacéutico. Centro Regional de Oncología de Sevilla

1 La sanidad española necesita de una profunda reforma. A mi modo de ver los problemas esenciales son:

- Insuficiente desarrollo legislativo y práctico de la Ley General de Sanidad, incumpliendo, incluso, los plazos legales que ella misma daba.
- El sistema sanitario está enfocado a satisfacer las demandas de asistencia sanitaria de la población pero no atiende otras que constituyen graves problemas de salud como salud bucodental, planificación familiar, salud mental, drogodependencias y muchos otros.
- Existe una gestión de los recursos ineficiente, en parte debida a deficiencias estructurales y en parte debida a falta de decisión política de afrontar temas conflictivos.
- Participación de los profesionales y usuarios y democratización del sistema casi inexistentes.

2 El *Informe Abril* nació ya sesgado por la composición tanto de la propia Comisión como de los asesores internacionales, que han sido reclutados mayoritariamente de entre los representantes de los intereses privados que tendrían mucho que ganar si sus conclusiones se llevaran a efecto.

En general el Informe aporta pocas cosas, porque, dejando aparte los numerosos errores técnicos que contiene, no plantea soluciones globales interesantes. Incluso desde la óptica economicista desde donde se han concebido, en general las 62 recomendaciones finales o bien ya se han demostrado ineficaces en otros países o bien no son aplicables en nuestro país o bien son inaceptables por las desigualdades sociales que generarían, como son el ticket moderador o la limitación de las prestaciones.

Por otro lado es de destacar la falta de un mínimo diagnóstico de los problemas de salud, la ausencia de mención a las propuestas internacionales como la de «Salud para todos en el año 2000» y la inexplicable ausencia de mención de la Atención Primaria, eje sobre el que debe pivotar cualquier sistema sanitario y que para esta Comisión simplemente no existe.

En resumen, el informe evidencia unas posiciones claras que favorecen la privatización del sistema sanitario que de llevarse a cabo, introduciría niveles mayores de desigualdad, ineficiencia e irracionalidad de los que ahora se critican.

3 De la Iglesia institucional en su conjunto espero poco, dicho sea sinceramente. Sería deseable un posicionamiento global en favor de una sociedad más igualitaria y justa, cuando menos, semejante a aquellas que consiguieron construir el llamado *estado del bienestar*, entre cuyos aspectos figuran modelos sanitarios eficaces *para todos los ciudadanos*. Por desgracia, parece poco posible.

Espero mucho, sin embargo, de los colectivos cristianos concretos que, como fermento en la masa, están trabajando por introducir en la sociedad más y mejores cotas de fraternidad. Como hemos dicho, los problemas en la sanidad española son estructurales, no se resuelven con actitudes individualistas ni con grandes esfuerzos de buena voluntad, ni creando estructuras paralelas al sistema, sino con cambios organizativos de gran envergadura.

De los colectivos cristianos espero que sepan discernir que los distintos modelos que están en juego no son indiferentes a las necesidades de la mayoría de la población. Espero que sepan discernir que la propuesta neo-liberal y privatizadora que se nos propone desde la Comisión Abril y otros sectores sociales podría crear más desigualdad social y, si me lo permitís, alejar un paso más la instauración del Reino en el mundo.

Los signos de los tiempos para los cristianos que viven o trabajan en el mundo sanitario pasan hoy día, a mi modo de ver, por la defensa y ampliación del modelo sanitario recogido en la Ley General de Sanidad, impidiendo organizadamente la contra-reforma privatizadora que se nos avecina.

DRA. ANA SOLANO

Profesora Titular de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de Sevilla

DR. VÍCTOR NAVARRO

Médico de Sanidad Exterior. Sevilla

Miembros ambos del Movimiento Cultural Cristiano

1 Como fruto de la ideología liberal en expansión y del modelo de *desarrollo-progreso* de Occidente en los últimos tiempos, en el campo de la Medicina se ponen en marcha grandes empresas aseguradoras de rango multinacional, con ofertas de alta calidad tecnológica —si bien es cierto que no siempre evaluadas. La lógica de la empresa aseguradora impide la pérdida, por lo que, o bien las cuotas son muy elevadas, o la población asegurada muy sana, de forma que la demanda médica será excepcional.

Existe una importante fracción de la población compuesta por todo tipo de marginación y un número cada vez mayor de inmigrantes de zonas pobres del mundo, que no pueden pagar altas cuotas y tampoco son poblaciones sanas —lo que les permitiría cuotas más bajas—; la enfermedad para ellos no es un accidente puntual y excepcional en sus vidas, sino más bien, la forma habitual de estar en la vida, ya que las condiciones en que viven no les permite verse libres de la enfermedad.

Obviamente se verán obligados a demandar servicios públicos, que si pretendieran responder a las demandas de estas poblaciones con el marco filosófico-conceptual (y las técnicas consecuentes con él) de los servicios privados, se verían con un alto déficit permanente. Mantener este déficit exigiría una alta conciencia social solidaria por parte del conjunto de la población —que paga los impuestos—, característica ésta que no vemos crecer, más bien bajar, en nuestro país.

2 Entendemos que el *Informe Abril* trata de adaptar —a ser posible sin traumas excesivos poco populares— los servicios existentes en España a esta nueva situación, si bien inicialmente mediante simples reajustes de gestión.

Todo ello concebido desde una antropología claramente materialista, en la que el hombre no es más que un individuo con el proyecto de lograr el máximo *bien-estar* que individualmente pueda lograr. Cuando pierda capacidad competitiva tendrá que aceptar su marginación.

3 Nuestras preguntas al respecto son:

- ¿Tiene la Iglesia que aceptar este marco económico-cultural? Ello exigiría crear instituciones competitivas con las aseguradoras multinacionales, relacionadas con la gran industria farmacéutica y tecnológica.
- ¿No está esto en contra de la doctrina de la Iglesia tan insistentemente desarrollada en los últimos años? Los trabajos del Sínodo de Europa están denunciando muy enérgicamente la ideología liberal-consumista de corte positivista y materialista.
- Para mirar hoy hacia los pobres, marginados, inmigrantes (bienaventuranzas, juicio final...) ¿no resulta necesario reelaborar desde una antropología cristiana, una nueva teoría de la salud, enfermedad y formas de responder a los problemas que estos generan?
- ¿No es precisamente esto último lo que la Iglesia está reclamando de los laicos? ¿cómo es posible hoy el testimonio personal en el marco estructural en que nos vemos obligados a movernos? El Papa habla de «estructuras de pecado».

En esta línea nuestra aportación trata de ser un tenue y humilde intento de iniciar el debate de fondo, para evitar la evasión que los problemas inmediatos nos ofrecen.

HERMANO FRANCISCO SOLA PAGOLA, O.H.

Delegado Diocesano de Pastoral de la Salud de Barcelona

1 *Es insatisfactoria.* Si bien los avances científicos y técnicos permiten eliminar unas enfermedades, controlar otras, y avanzar de forma espectacular en poner remedio a algunas, los recursos no se están empleando en absoluto en la forma más idónea.

Se ha producido una ruptura en la manera de entender la salud. Por ello mismo se ha complicado aún más el problema de la distribución de los recursos sanitarios y no existen principios éticos que rijan dicha distribución.

Las críticas dirigidas contra los sistemas de salud estatal y autonómicos no abordan el nivel más profundo, el de la filosofía que los inspira, contentándose con censuras que no van a la raíz de las cosas.

La técnica es hoy un factor dominante en el mundo de la salud. Es impensable, sin renunciar a un proceso humanizador, prescindir de la técnica, pero una utilización de la misma que no se someta a la crítica puede tener significados muy negativos para la sociedad española.

La tecnificación de la medicina ha empobrecido enormemente las relaciones humanas entre el profesional de la salud y el enfermo y su familia. Hoy día, el hombre está mejor atendido clínicamente. Pero sufre más solo y muere más abandonado.

El enfermo es la consecuencia de miles de fichas, no es una persona, es un enfermo, un caso clínico. En nuestra sociedad de consumo, en una civilización técnica deshumanizada (porque no se pone al servicio del hombre considerado como una unidad indestructible), a los crónicos, a los disminuidos físicos y psíquicos, a los dementes, a los alcohólicos, a los afectados por el SIDA, a los viejos, a los terminales..., el heroísmo máximo que se nos permite, es tolerarlos. Todos nuestros esfuerzos, todos nuestros

desvelos se encaminan a los recuperables, a los que pueden enrolarse en la rueda de la producción.

En el contexto de nuestra poco consolidada democracia real, las autoridades sanitarias son excesivamente autoritarias o dictatoriales. Es urgente una mayor descentralización y flexibilidad, una mayor responsabilidad en los gestores y prescindir del falso problema público o privado; ya que siendo la salud un bien primario, todo sistema de cuidados de salud que por interés político o sindical —o de sus dirigentes—, económicos o de prestigio de la clase sanitaria no preste la mejor atención sanitaria, al coste estrictamente imprescindible, especialmente a las personas más necesitadas, lleva en sí un vicio radical.

2 Una visión economicista muy realista y crítica de algunos aspectos —no todos— que nos llevan a reconocer el condicionante financiero y de gestión.

Los medios de comunicación han puesto en primer término la propuesta de pago de los medicamentos a cargo de los jubilados y han silenciado la de la subida de las pensiones que si es suficiente la cantidad —para todas las necesidades de todos los jubilados— y se garantiza su actualización oportuna en las subidas de precios de los medicamentos nos parece la medida más humana y racional.

El resto de las propuestas no han llegado al alcance y comprensión de los ciudadanos. Y esto me parece muy grave, siendo ellos los que, en una sociedad democrática, deben decidir.

El informe, como afirma la OMS, no tiene fundamento sanitario y social. No arranca del reconocimiento de la dignidad de todo hombre y de que hoy el derecho a la salud apunta sobre todo en dos direcciones:

- Igualdad real de acceso a los cuidados sanitarios.
- Las medidas necesarias contra los peligros para la salud, ante los que el individuo o grupo se siente impotente.

Su excesivo economicismo y olvido de los componentes asistenciales y sociales le impiden priorizar y valorizar que ni el Estado ni sociedad alguna deberán jamás sustituir la iniciativa y la responsabilidad de las personas y los grupos sociales intermedios en los niveles que éstos pueden actuar, ni destruir el espacio necesario para su libertad.

El informe respira aires colectivistas olvidando la caída del muro de Berlín y del marxismo.

3 Una mayor sensibilidad y resonancia del llamado *Informe Abril Martorell* desde la Conferencia Episcopal Española creando una comisión interdisciplinar —se impone como una exigencia radical de la verdad completa— que estudie en profundidad el mismo y ofrezca ese servicio inexcusable a la sociedad española.

Una participación activa y responsable de los profesionales sanitarios cristianos, superando todo individualismo, que haga posible un diálogo constante entre fe y razón.

Reconocer por parte de todos los cristianos que la promoción de la salud integral es parte de la tarea evangelizadora y constituye una de las dimensiones más primordiales del amor al prójimo.

La acción preferente de los cristianos debe ir encaminada, a la luz de la doctrina social de la Iglesia, a conseguir los pre-requisitos para la salud: paz y justicia social, alimentación sana y equilibrada, agua y sanitización adecuadas, política racional de empleo, y sobre todo, un soporte real y efectivo por parte de los poderes públicos.

Sin olvidar que el hombre encuentra su plenitud humana cuando se encuentra con Cristo.

Que todo el Pueblo de Dios se abra al diálogo con el mundo de la salud, la enfermedad y la muerte sin complejos de inferioridad y con espíritu crítico para no presentar como Fe lo que es pseudo-fe y no aceptar como científico lo que es ideología.

11. DÍA DEL ENFERMO 1992: «DESCUBRE SU MUNDO»

MATERIALES DE TRABAJO

*Departamento de Pastoral de la Salud
Comisión Episcopal de Pastoral / Conferencia Episcopal Española*

PRESENTACIÓN

Un año más la Iglesia en España va a celebrar el DÍA DEL ENFERMO. Para facilitar su necesaria preparación y celebración en los diferentes ámbitos —local, diocesano, interdiocesano y nacional— el Departamento de Pastoral de la Salud ofrece estas orientaciones a las Delegaciones Diocesanas, a las comunidades cristianas y a todos los que van a colaborar activamente en la campaña que culminará con la celebración del DÍA DEL ENFERMO.

La experiencia compartida y evaluada de los últimos años constituirá, sin duda, una valiosísima ayuda a la vez que un importante estímulo a la hora de preparar y celebrar el DÍA DEL ENFERMO 1992. Que el Espíritu del Señor nos ilumine y acompañe.

11.1 ORIENTACIONES

POR QUÉ SE HA ELEGIDO EL TEMA

- Por la importancia y trascendencia de la Sanidad. Lo que ocurre en su ámbito, de una u otra forma, nos afecta a todos.
- Por su actualidad e interés y por ser fuente de una gran preocupación: en los últimos años estamos asistiendo a un deterioro creciente de nuestra Sanidad: listas de espera, deshumanización, desmoralización del personal sanitario —gente quemada, huida, absentismo, etc.—, aumento espectacular de los gastos, descontento del usuario y del que trabaja en la Sanidad.
- Por los valores tan importantes que entran en juego en el ámbito de la Sanidad.
- Por ser, además, la Sanidad un ámbito en el que viven su fe muchos creyentes.

ENFOQUE

- *Realista y objetivo:* Ver lo positivo sin cerrar los ojos a lo negativo.
- *Humano:* Es decir, centrándose en la dimensión humana de la Sanidad.

- *Desde la perspectiva creyente:* aceptando la secularidad y el pluralismo del mundo de la Sanidad y ofreciéndole la aportación del evangelio y de la rica tradición eclesial en el campo de la salud y de la asistencia a la misma.
- *Implicativo:* Desde una Iglesia, y una Pastoral de la Salud, inmersa en la Sanidad, que revisa su acción en la misma y se implica en la resolución de los problemas actuales.
- *Constructivo:* Descubrir, valorar y celebrar todo lo positivo (las señales de salud) que están aportando las personas, dentro de un sistema sanitario defectuoso.
- *Profético:* Detectar y denunciar los síntomas insanos.
- *Lo más concreto posible:* Tanto a la hora de abordar el tema como al estudiar las líneas operativas y los compromisos.

OBJETIVOS

- *Tomar el pulso a la sanidad* española para percibir sus logros y detectar sus principales problemas y necesidades.
- *Discernir nuestras actitudes* y tomar conciencia de nuestra responsabilidad.

- Promover un compromiso serio de todos en la mejora de la Sanidad.
- Celebrar todo lo que hay de bueno, saludable y esperanzador en el mundo sanitario incluso en las situaciones límite.

CONTENIDOS PRINCIPALES

La Sanidad española

- La Sanidad es una realidad muy compleja, con múltiples dimensiones o facetas: económicas, sociales, políticas, científicas y humanas.
- La Sanidad ha experimentado profundos cambios en los últimos años.
- La Sanidad ha conseguido logros importantes, que hemos de celebrar, pero ha ocasionado también problemas serios que hemos de afrontar.
- Ante los problemas actuales de la Sanidad se dan diversas actitudes que hemos de conocer y revisar todos.

La Iglesia y la Sanidad

- La Sanidad plantea a la acción evangelizadora de la Iglesia unos desafíos y unas oportunidades, tales como:
 - Conocer más y mejor el mundo de la Sanidad.
 - Revisar su presencia en él.
 - Redescubrir su aportación a la luz del Evangelio, de su tradición asistencial y de las necesidades actuales.
 - Implicarse y comprometerse en su mejora.
- La Iglesia puede aportar a la Sanidad:
 - Su visión del ser humano enfermo y enfermable.
 - Su forma de concebir y practicar la asistencia, a partir del evangelio y de la rica tradición histórica.
 - Sus propias instituciones sanitarias.
 - Las personas dedicadas por vocación y profesión a la asistencia sanitaria: religiosos y religiosas, profesionales sanitarios cristianos, presbíteros.
 - Los grupos de enfermos y de voluntariado.
- La Iglesia, presente en la Sanidad, ha de ser una Iglesia cercana, solidaria, servidora, dialogante, comprometida, valiente, autocrítica, humilde, creadora de comunión; una Iglesia que es fermento en masa y testigo de los valores evangélicos, que acompaña en el esclarecimiento de los problemas éticos, denuncia lo insano y sabe valorar y promover todo lo saludable.
- La Iglesia ha de asumir, entre otras, las tareas prioritarias en el campo de la Sanidad:
 - Conocer más y mejor la Sanidad.
 - Denunciar lo insano.
 - Estimular lo saludable.
 - Humanizar la asistencia sanitaria.
 - Luchar para que el enfermo sea el centro de la Sanidad.
 - Aportar sentido ético.
 - Colaborar para lograr una Sanidad mejor y para todos.
 - Apoyar a los profesionales sanitarios.
 - Promover un laicado comprometido en este campo.

DESTINATARIOS

- Los enfermos y sus familiares.
- Los miembros de las comunidades cristianas.
- Las instituciones sanitarias de la propia Iglesia.
- Los profesionales sanitarios.
- La sociedad en general.

MATERIALES

- Cartel.
- Tarjeta.
- Mensaje de los Obispos.
- Guión litúrgico del Día.
- Encuentro de Oración.
- Catequesis de adultos, jóvenes y niños.
- LABOR HOSPITALARIA: Iglesia y Sanidad. Número monográfico.

PREPARACIÓN DE LA CAMPAÑA-DÍA DEL ENFERMO

En el ámbito nacional

- Estudiar en las *Jornadas de Delegados Diocesanos de Pastoral de la Salud* el tema «Iglesia y Sanidad» y el anteproyecto del Día del Enfermo elaborado por el Equipo Nacional. (Septiembre-octubre'91).
- Convocar el *IV Concurso de Carteles* del Día del Enfermo. (Octubre'91).
- Enviar a las Delegaciones Diocesanas de Pastoral de la Salud las *Orientaciones para la celebración del Día del Enfermo'92*, una vez incorporadas las aportaciones hechas por los Delegados. (Enero'92).
- Editar las *Catequesis de Niños, Jóvenes y Adultos* y enviarlas a las Delegaciones Diocesanas de Pastoral de la Salud. (Febrero'92).
- Tener en cuenta el tema del Día en la *Felicitación Navideña* del Departamento.
- Editar el *resto de los materiales* de la campaña y enviarlos a las diócesis. (Marzo'92).
- Abordar el tema *Los profesionales y la Sanidad* en las *VI Jornadas de PROSAC*. (Abril'92).
- *Informar* sobre el «Proyecto del Día del Enfermo'92» a otros organismos de la Iglesia y estudiar la mutua colaboración: *Comisiones de la Conferencia Episcopal, CONFER...*
- *Informar* sobre el Día a los *Organismos Civiles* relacionados con el tema: Ministerio de Sanidad, INSALUD, Consejo General de Médicos, de Farmacéuticos, de Diplomados de Enfermería, etc.

En el ámbito diocesano a interdiocesano

- *Elaborar el «Proyecto* concreto del Día del Enfermo'92 en la diócesis», con la colaboración y participación de los Agentes de Pastoral de la Salud y otras delegaciones que están de una u otra forma relacionadas con el tema.
- *Dar a conocer el Proyecto* a toda la diócesis, y de manera especial a los grupos de Iglesia que trabajan en este campo, por medio del Boletín Oficial del Obispado, la Hoja Diocesana, etc.
- *Solicitar los materiales* del Día al Departamento de Pastoral de la Salud. (Diciembre'91).
- *Implicar* en el estudio del tema a todos los sectores de la Delegación (PROSAC, Movimientos de Enfermos, Jóvenes, Pastoral Hospitalaria, Pastoral de la Salud en las parroquias...).
- *Interesar a las comunidades cristianas* de la diócesis, empezando por sus pastores, e implicarles en las actividades de la campaña.
- *Escribir a las Comunidades Religiosas de Vida Contemplativa* para darles a conocer la campaña y pedir su colaboración en la misma.
- *Presentar las catequesis* a los que han de utilizarlas, con tiempo suficiente y con el asesoramiento y apoyo de la Delegación de Enseñanza y Catequesis.

- *Elaborar los materiales propios y específicos para la diócesis.* (Entrevistas, artículos para la radio y la prensa; mensaje a los enfermos, al personal sanitario...) contando, si es posible, con la colaboración de otras delegaciones.
- *Enviar, o mejor aún entregar los materiales del Día* y las sugerencias concretas a: capellanes de hospitales y de residencias de ancianos, párrocos, comunidades religiosas sanitarias, movimientos del enfermo, colegios de iglesia...
- *Entregar* junto con los materiales un sencillo cuestionario para evaluar la celebración del Día y la utilización de los materiales y para recoger sugerencias.

CELEBRACIÓN DEL DÍA

En el ámbito nacional

- Cuidar la presencia del tema en los Medios de Comunicación Social de ámbito estatal:
 - Misa televisada en el programa Día del Señor. RTVE.1 (10 h).
 - Misa de España. Radio Nacional (8,15 h).
 - Programa Pueblo de Dios y Últimas Preguntas dedicado al tema.
 - Difusión del Mensaje de los Obispos.
 - Informar del Día en el programa Iglesia Noticia de la COPE.

En la diócesis

- *Cuidar la presencia del tema del Día en los Medios de Comunicación Social* del ámbito local: Prensa, Radio y TV.
- *Informar sobre la celebración* del Día del Enfermo en la Hoja Diocesana del Domingo anterior.
- *Organizar Jornadas.* Ciclo de conferencias, encuentros y convivencias sobre el tema.
- *Celebrar un «encuentro de oración»* con y por los enfermos.
- *Celebrar la Misa del Día del Enfermo,* presidida por el señor Obispo de la diócesis, en un lugar significativo, con una presencia destacada de los enfermos y de los agentes de pastoral de la salud.

En la parroquia

- *Preparar la celebración* con los grupos de pastoral de la salud y con los demás agentes.
- *Dar a conocer el Día* a todos los grupos y movimientos de la parroquia, mostrarles lo que se está haciendo en la asistencia a los enfermos e invitarles a celebrarlo.
- *Incluir las catequesis* del Día en los programas catequéticos del curso para niños, primera comunión, confirmación, adultos, movimientos, etc.
- *Intensificar el contacto de la comunidad parroquial con los enfermos* y sus familias. Visitarles y celebrar en sus casas encuentros de oración, la eucaristía y la unción de enfermos...
- *Recoger, valorar y celebrar lo que hacen en favor de la asistencia sanitaria* los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, farmacéuticos, etc.), los mismos enfermos y sus familias y los demás miembros de la comunidad.
- *Anunciar el Domingo anterior el Día* y los actos que se celebrarán con tal motivo.
- *Celebrar una Eucaristía especial de enfermos* que puede ir seguida de un encuentro fraternal, alegre y festivo. Es muy conveniente implicar tanto en su preparación como en la realiza-

PRESTA UNA GRAN ATENCIÓN PARA LOGRAR

- Que el Día del enfermo sea asumido y vivido por toda la comunidad cristiana.
- Que el Día del Enfermo no sea algo pasajero, rutinario o meramente folklórico, sino que tenga su repercusión positiva en la comunidad cristiana y en la sociedad.
- Que el día del Enfermo no sirva sólo para tranquilizar la conciencia.
- Que los enfermos y los grupos de pastoral de la salud tengan un protagonismo especial en su preparación y celebración.
- Que no se superficialice el tratamiento del tema del Día y se alcancen los objetivos.
- Que el Día conserve su carácter eclesial y pastoral, en el que se invita a colaborar a quienes lo deseen.

ción a los grupos que funcionan en la parroquia: coro de jóvenes...

- Recordar el Día del Enfermo en todas las Eucaristías.
- *Celebrar la Unción comunitaria* de Enfermos, como expresión y compromiso de la atención que la comunidad presta a los enfermos.
- *Celebrar un «encuentro» con los grupos de pastoral de enfermos* para intercambiar impresiones y evaluar la celebración.

En el hospital

- Gran parte de las sugerencias para celebrar el Día en la parroquia sirven también para el hospital, adaptándolas a sus peculiaridades.
- La celebración del Día del Enfermo puede ser una buena ocasión para facilitar, desde el Servicio Religioso, el contacto con los enfermos y sus familiares y mostrarles su cercanía y solidaridad.
- *Organizar,* en torno al Día, un *Ciclo de Conferencias,* una Mesa Redonda, sobre el tema de la Sanidad.
- *Dar a conocer a todo el hospital el Día* mediante los carteles murales, las hojas dominicales, etc.
- *Celebrar una velada festiva* con la participación de los mismos enfermos, del personal sanitario y de personas y grupos de fuera del hospital.

En los colegios

- *Estudiar con el Delegado Diocesano de Enseñanza y Catequesis* lo que se puede hacer en el campo de la enseñanza y catequesis de cara al Día del Enfermo.
- *Conectar con los profesores de Religión* de la diócesis — personalmente, en alguna de sus reuniones o por carta — para darles a conocer los objetivos del Día, presentarles las catequesis y pedirles su colaboración.
- *Conectar con los directores/as de los colegios religiosos* de la diócesis para darles a conocer la celebración del Día, sus objetivos, catequesis y demás materiales y ver con ellos las posibles colaboraciones de los colegios en la celebración del Día.
- *Organizar en los colegios o escuelas un concurso,* por ejemplo, sobre cómo les gustaría que fuera la Sanidad.

11.2 CATEQUESIS DE NIÑOS

OBJETIVOS

Ayudar a los niños a descubrir:

- Lo que pasa cuando uno se pone enfermo.
- Lo que ayuda al enfermo a ponerse bien y lo que no le ayuda.
- Lo que nosotros, como amigos de Jesús, podemos hacer para ayudar a los enfermos y a los que les cuidan.

EXPERIENCIA HUMANA

- Cuando uno se pone enfermo, necesita ser atendido y cuidado por unas personas que se dedican a eso: médicos, enfermeras.
- A veces, es llevado a un hospital donde le hacen pruebas para saber lo que le pasa y le dan el tratamiento que necesita.
- En esos centros hay muchas personas y cada una realiza su tarea. Todas están para ayudar a curarse a los enfermos.

MENSAJE

- Jesús nos dice con su ejemplo como se ayuda a los enfermos.
- Jesús nos pide ayudar a los que están enfermos.
- A Jesús le agrada que seamos agradecidos con los que cuidan a los demás.

NUESTRO COMPROMISO

- Descubrimos juntos lo que podemos hacer para mejorar la asistencia a los enfermos.
- Rezamos por los que cuidan y curan a los enfermos.

PARA EL CATEQUISTA

- Lectura previa de esta catequesis y de las jóvenes y adultos.
- Preparar los materiales que va a utilizar durante la catequesis: fotocopiar las viñetas de la historieta; la cartulina con las ventanas.

DESCUBRIMOS EL MUNDO DEL ENFERMO

- Todos conocemos a alguna persona que se ha puesto enferma: un compañero de clase, un amiguito, un hermano, el papá o la mamá, la abuelita, un tío al que queremos mucho, nuestra profesora, etc. Seguramente, alguno de nosotros ha estado enfermo.
- Vamos a descubrir entre todos lo que le pasa a un niño o una persona mayor cuando se pone enfermo: dónde va, quiénes le atienden, qué le hacen, con qué le miran, quiénes van a verle, etc.
- El catequista propone al grupo la actividad del *álbum desplegable* que consiste en:
 - Se dibujan o se fotocopian ampliadas todas las viñetas. Cada viñeta en una hoja. Después se unen las hojas una junto a otra con papel de celo, y finalmente se pliegan todas ellas.
 - Se va presentando por orden cada viñeta y se pide a los dos niños que identifiquen las personas que aparecen en la historia, lo que hacen, lo que sienten, los lugares donde están, los medios que utilizan y que digan todo lo que el dibujo les sugiere. De este modo, se va desplegando poco a poco

el álbum. En cada escena, se puede copiar en una hoja un resumen de lo que los niños han dicho.

- El acabar, se coloca el álbum desplegado en la pared, poniendo la hoja con el resumen debajo de cada viñeta. Se puede dejar *expuesto* para que lo vean los demás y puedan comentarlo.
- Hemos identificado las diversas personas que atienden al enfermo y hemos visto lo que hace el médico, la enfermera, el celador, los amigos, la familia, etc. Ahora nos vamos a fijar en eso que hacen para ver lo que ayuda al enfermo a ponerse bien y lo que no le ayuda.
 - Se dibuja, en una cartulina grande, un túnel cuya entrada se ve oscura: es la enfermedad. A lo largo de la *pared exterior* del túnel hay muchas ventanitas, todas ellas abiertas. La cartulina debe estar colgada, de modo que pueda pasarse por detrás de ella. Uno o dos niños/as del grupo se colocan detrás del túnel y el resto delante.
 - El catequista pide a los niños que se fijen primero en el *personal sanitario*, después en la *familia* y finalmente *en los amigos*, que recuerden lo que hacen y que digan, en voz alta y sin estorbarse, todo lo que crean que molesta, entristece, estorba al enfermo, es decir, lo que no ayuda al enfermo a ponerse bien. Los niños de detrás del túnel de cartulina van cerrando ventanas hasta que el túnel queda completamente cerrado. Uno o dos niños toman nota de lo que dice el grupo. El catequista puede entonces comentar esta situación.
 - A continuación, invita al grupo a *abrir las ventanas* del túnel, es decir, a pensar en lo que hace el personal sanitario, la familia y los amigos, y decir todo lo que creen que ayuda, alegra y colabora para que el enfermo se sienta animado y se esfuerce para ponerse bien.
 - Al acabar, el catequista ayuda a que el grupo comente todo lo que se ha ido diciendo, hasta establecer una lista de cómo ayudar al enfermo por parte de todos.

DESCUBRIMOS CÓMO JESÚS AYUDÓ A LOS ENFERMOS

- Hemos visto lo que ayuda a los enfermos y también lo que les hace daño. Ahora vamos a fijarnos en la actuación de Jesús con los enfermos. ¿Qué hacía Jesús con ellos? ¿Qué les decía? ¿Qué les daba? ¿Cómo les ayudaba?
 - El catequista propone a los niños leer algunos de los siguientes pasajes del Evangelio de Marcos y les pide que se fijen en los gestos de Jesús, en sus palabras, en sus sentimientos, etc.: Mc 1, 29-31, 39-42; 2, 1-12; 5, 21-34; 8, 22-25; 10, 46-52). Pueden, también, elegir uno de esos pasajes, leerlo o escenificarlo y dialogar con los niños acerca de la actuación de Jesús, del enfermo, de la familia, de los que lo ven...

JESÚS

- Acoge a los enfermos que le llevan (Mc 2, 4)
- Se conmueve cuando ve su dolor (Mc 1, 41).
- Se acerca a los enfermos (Mc 1, 31).
- Los manda llamar (Mc 10, 49).
- Escucha sus súplicas: «Señor, si quieres, puedes curarme» «Ten compasión de mí».
- Les pregunta: «¿Qué quieres que haga por ti?»

- Cuenta con ellos: «¿Quieres curarte?»
- Pone sus manos sobre ellos (Mc 1, 41; 8, 23).
- Les dice palabras de aliento y esperanza: «Hijo, ten ánimo...».
- Acoge sus deseos: «Que se cumpla según lo que desees».
- Les ayuda a curarse: «Tu fe te ha curado» (Mc 5, 34; 10, 52).
- Les da vida: «He venido para que tengan vida y la tengan en abundancia» (Jn 10, 10).

Jesús enseñó cómo hay que acercarse a los enfermos y ayudarles e invitó a sus amigos a hacer lo mismo que él: querer mucho al que está enfermo, ir a verle, escucharle, hacerle compañía, darle ánimo, cuidarle con cariño... Siempre hubo personas y grupos que han seguido esta invitación de Jesús. Hoy también. Os voy a presentar varias: *Raquel* se hizo enfermera para cuidar a los niños enfermos y hoy trabaja en un hospital infantil. *Emilio* es un gran médico que estudia mucho y siempre está dispuesto para atender al que le necesita. *María* es auxiliar y se desvive por atender a las personas ancianas enfermas que hay en su planta del hospital. *Paco* es celador y lleva con mucho cuidado en la camilla a los accidentados que llegan al hospital. *Rosa* es una religiosa muy alegre que lleva muchos años trabajando en el hospital. *María Luisa* es telefonista y atiende miles de llamadas todos los días en la centralita del centro. *Ana* investiga con tesón en el laboratorio una medicina para curar el cáncer. *José* es el encargado de que funcionen los ascensores y la luz de los quirófanos. *Susana* es trabajadora social y recibe las quejas de las familias en el Servicio de Atención al Paciente. *Ramiro* es capellán que escucha mucho a los enfermos y les lleva la comunión. *Carlos* es cocinero en un hospital de niños y se esfuerza por hacerles comidas muy ricas y variadas. Y vosotros, ¿conocéis a alguien que ayude mucho a los enfermos?

CONCRETAMOS NUESTRO COMPROMISO

- Sabemos lo que ayuda a los enfermos y lo que les hace daño. Hemos descubierto lo que Jesús hizo con las personas que estaban mal. Hemos recordado a muchas personas y lo que hacen para cuidar y curar a los que están enfermos en sus casas y en el hospital. Ahora, nosotros, escuchando la invitación de Jesús, nuestro amigo, nos preguntamos cada uno de nosotros en particular y también todos juntos como grupo:
- ¿Qué iniciativas se nos ocurren para que los enfermos sean mejor atendidos en sus casas y en los hospitales? ¿En cuáles podríamos colaborar nosotros?
- ¿Qué podríamos organizar para agradecer a los médicos, enfermeras, religiosas, que cuidan muy bien a los enfermos y les ayudan a curarse?
- ¿Qué les diríamos a los médicos, a las enfermeras, a las auxiliares, a los celadores... que atienden mal a los enfermos y no les ayudan a curarse?

- Si el catequista lo estima oportuno puede leer el cuento siguiente: *Vuelve Nana, te esperamos*. Al terminar la lectura hablan sobre el comportamiento del grupo de niños. Y a continuación ayuda al grupo a concretar el compromiso. Si lo ve conveniente puede sugerirles la realización de alguna de las actividades siguientes:

- Conocer mejor el mundo del enfermo: las personas que le atienden y los lugares donde.
- Escribir una carta a los directores de los hospitales de la ciudad diciéndoles cómo nos gustaría que nos trataran si caemos enfermos.
- Visitar al compañero de la clase que está en el hospital o escribirle una carta.
- Hacer una redacción sobre cómo atenderías a los enfermos y sus familias si fueras médico, enfermera/o, religioso/a...
- Invitar un día a un médico o enfermera para que hablen de su experiencia.
- Preparar un regalo y una carta a los enfermos que hay en la parroquia.
- Pintar un cartel para invitar a hacerse donantes de sangre.
- Recoger medicinas que no se usan para enviarlas a los países pobres.
- Lista de cosas que funcionan bien y cosas que funcionan mal en el hospital.

ORACIÓN

Vamos a rezar juntos hoy por los que cuidan a los enfermos.

- Señor, te damos gracias por los médicos que se esfuerzan por curar a los enfermos. *Gracias, Señor.*
- Gracias por las enfermeras que curan con suavidad las heridas de los operados. *Gracias, Señor.*
- Gracias por las religiosas que dedican su vida a cuidar a los enfermos en los hospitales y en las casas. *Gracias, Señor.*
- Gracias también, Señor, por todos los que cuidan con mucho cariño a los niños que están en los hospitales. Gracias por los que van a verlos. *Gracias, Señor.*
- Gracias por los que trabajan para que los hospitales estén muy limpios. *Gracias, Señor.*
- Gracias por los que hacen la comida y por los que la sirven a los enfermos caliente para que puedan comerla mejor. *Gracias, Señor.*
- Gracias, Señor, por los sacerdotes que están en los hospitales consolando y animando a los enfermos y rezan por ellos. *Gracias, Señor.*
- Gracias finalmente, Señor, por todos los que se acuerdan de los enfermos y se preocupan de ayudarles. *Gracias, Señor.*

11.3 CATEQUESIS PARA JÓVENES

DESCUBRIR UN VIEJO MUNDO

Nos atiborran el cerebro con el centenario de aquel día en que unos hombres de *acá* pusieron los pies en las tierras de *allá*. No vamos a meternos en la discusión de si fue realmente un

descubrimiento o no. Nuestra búsqueda es más sencilla: existen mundos muy cerca de nosotros que aún quedan por descubrir.

«Todo un mundo de...» nos dice la publicidad. «Un mundo de sensaciones que le hará descubrir a usted una nueva dimensión...». (Y se trata de un perfume o de una cacerola).

Todo un mundo de sentimientos, sufrimientos y alegrías, de luchas, intentos, aislamiento y solidaridad, relaciones económicas, afectivas, políticas y científicas se encuentra a dos pasos de nosotros (o a un paso, o a ninguno).

En nuestra profundización en la fe vamos como *descubridores* a encontrarnos con este mundo en el que Dios está especialmente presente. El Dios que se hizo semejante a los hombres en todo menos en el pecado.

Para descubrir este mundo no necesitamos carabelas. Nos basta abrir un poco más los ojos y extender la mano.

¿Cómo se llama este mundo? Podríamos llamarlo «el mundo del enfermo» pero el nombre se queda corto. O «el mundo de la sanidad» y se queda el nombre largo, como un pasillo de hospital. ¿Podríamos llamarlo el «mundo de la salud y la enfermedad» como un país en el que de un modo u otro estamos todos?

Nos puede pasar como al viajero que llega a una extraña orilla y empieza a explorar... hasta que descubre que está en las costas de su propia tierra.

Vamos...

OBJETIVO FUNDAMENTAL

Descubrir el mundo de la salud y la enfermedad como un conjunto de relaciones humanas en el que Dios está presente, pasivo y activo a la vez, silencioso y gritando. En consecuencia descubrir cuál es, cuál habrá de ser nuestra respuesta y actitud en este mundo.

Proceso

- **Información y toma de conciencia:** explorar el mundo de la salud y la enfermedad, los elementos que lo forman, las relaciones que le caracterizan, qué sucede y por qué.
- **Profundización y reflexión de fe:** buscar la palabra y el silencio de Dios en este mundo. El clamor de Dios contra las injusticias de este mundo, el Amor de Dios latiendo en este mundo...
- **Respuesta:** ¿Podemos quedarnos como espectadores pasivos, como *turistas*? ¿No tenemos que implicarnos, o mejor, no estamos ya implicados en él...?

VAMOS A EXPLORAR ESTE NUEVO-VIEJO MUNDO

Actividades para la exploración

- Seguir la pista de un amigo con problemas de salud: Puede ser uno mismo del grupo que haya tenido un largo proceso de curación o de alguna persona cercana y de confianza. A través del diálogo y de una sencilla investigación ir haciendo la lista de todo lo que se mueve en torno a la búsqueda de la salud: médicos, hospitales, farmacia, proveedores, seguros, trabajadores auxiliares, transportes, medicina privada o pública, etc., describirlo como una especie de red (en el buen o mal sentido) que puede irse fijando en un mural.
- Entrevista a un médico con quien se tenga confianza para hablar de todos estos problemas... sus luces y sombras...
- Recoger durante algún tiempo (una semana...) las distintas informaciones que han ido saliendo en los periódicos sobre los problemas de sanidad... En algunas revistas de actualidad, en especial cuando ha habido crisis o sucesos impactantes, pueden encontrarse reportajes de interés...
- Recortar y pegar en un mural anuncios que tengan que ver con la salud... ¿Qué ofrecen...? ¿En qué insisten...? ¿Qué relación tienen con la auténtica búsqueda de salud?
- Para grupos con mayor capacidad de reflexión y análisis: leer y comentar la primera parte (descriptiva) del informe *Abril Martorell*.

- Escenificación espontánea de una espera en el ambulatorio: Unos cuantos jóvenes representan los papeles de distintos tipos de pacientes y de distintos tipos de trabajadores de la salud. Mientras se realiza la escenificación dos *secretarios* van anotando los problemas y situaciones reales que reflejan los *actores* en su diálogo. Esa lista será después base de reflexión.

- Salir un día de exploración en pequeños grupos de dos o tres por los alrededores de hospitales, ambulatorios... Captar situaciones, diálogos, reacciones... Al final de la tarde se reúne el grupo para poner en común y anotar lo que se ha vivido.

Visión de conjunto de esa exploración

Es muy importante, a partir de lo que se ha vivido, no quedarse en la anécdota e intentar descubrir «el mundo de la salud y la enfermedad» en su conjunto. El animador del grupo debe impedir que se centre la discusión en alguna o algunas anécdotas y se fijen más bien todos en la situación de conjunto. Creemos que el fijar en un mural los elementos de la *red* y sus relaciones puede servir para darse cuenta de todas las personas y organismos que giran en torno a los enfermos, o que hacen girar a los enfermos en torno a ellos.

CUESTIONARIO PARA LA EXPLORACIÓN

- ¿Qué elementos ayudan más, de los que habéis descubierto, a la consecución de la salud y el bienestar de las personas?
- ¿Qué elementos son un mayor obstáculo? (Nos referimos a elementos de organización, economía, normas o actitudes personales de los distintos participantes en la sanidad).
- ¿Qué clase de personas se descubre más desamparada o desatendida?
- ¿Qué se echa más de menos en este mundo...?
- Si tú fueras ministro de sanidad ¿qué harías...? ¿Y crees que podrías hacerlo...?

PRODUNDIZACIÓN Y REFLEXIÓN DE FE

Un cuento como punto de partida

En el colegio del bosque, el búho-maestro encargó a los alumnos una redacción: «describidme una margarita» tenéis una hora para salir por ahí y observarla. Los bichos-alumnos se desplegaron por el campo. A la vuelta al maestro recogió las siguientes descripciones:

La hormiga: «Una margarita es un tronco enorme con un techo blanco y redondo como una sombrilla». El gorrión: «Una margarita es como un redondel blanco con un punto amarillo en medio. No sirve para posarse encima, es muy floja». El ratón: «La margarita es como un palo verde que se mueve con el aire y tiene arriba como papelitos blancos pegados...». La ca-bitilla: «Está rica la margarita; sabe bien».

No es cierto que todo sea según el color del cristal con que se mira sino según la perspectiva desde la que se observa. O según los intereses.

Nuestro segundo paso en el proceso de catequesis sería descubrir con qué intereses se mira... Miramos el mundo de la salud y la enfermedad.

Qué intereses se mira...

- Los intereses económicos de quienes ven en la venta abusiva de medicinas, en la explotación de la medicina un camino de enriquecimiento.

ORACIÓN A LA PUERTA DEL AMBULATORIO

Aquí estoy, señor,
una mañana,
una cualquier mañana de día laborable.
No me duele a mí nada,
nada, al menos que parezca importante.
Me senté en la escalera a ver pasar la gente.
Hay viejos sobre todo,
que salen apretando un papel en su mano
como un naúfrago la tabla que se encontró flotando.
Hay señoras Marías que entran discutiendo
con la bolsa vacía (aún no han ido a la plaza)
y salen...

—dos horas después salen—
mentándole entre dientes la madre
a no se sabe quién que no les atendió como debía...

Pasan hombres con la mano vendada
hombres como castillos, pero un poco encorvados,
y vecinos bajitos temblando por la fiebre
sin saber si es mejor irse directo a urgencias...
o juntar las pesetas y buscarse una clínica
que le han dicho que es buena, aunque cara
porque el primo segundo de un vecino le dijo...

He pensado venirme a rezar
a esta capilla abierta, que como una vidriera
me presenta, no santos con coronas y palmas,
sino gente corriente de carne y huesos rotos...
gente como vidrieras porque me transparentan
tu presencia en el mundo.

Es divertido y triste mirar esta vidriera
y ver tu luz
detrás de cada caso clínico,
de cada amarillenta tarjeta del seguro...

Aunque no sé señor
si vale aquí mi rezo...
porque en la procesión que cruza estos cristales
no llego a descubrir ninguna jerarquía...
ni ministros, ni jefes, ni altos personajes
de la ciencia o la Iglesia...
o si es que alguno pasa, aquí no se distingue
pues viene sin insignias
sin más que la tarjeta y el dolor que le aprieta.

Yo sigo aquí sentado señor
queriendo verte tras la piel de este mundo
y creo que te veo
con tu cruz y tu carga, tu sonrisa
y tu clara palabra silenciosa.

Creo que sí te veo
y te oigo que me dices:
¿qué haces aquí parado?
¿es que estás parálitico?
¡pues levántate y anda!
a ver si tú y los otros
arregláis este mundo
que huele a cloroformo
y a papel de oficina
a ver si,
ya que lo descubristeis,
lo arregláis un poquito
que le hace buena falta...

- Los intereses puramente científicos de quienes ven a los enfermos como objetos de su investigación, como conejos de indias.
- Los intereses puramente profesionales de quienes cumplen sus horas de trabajo en el hospital sólo para *ganarse el currusoco* sin contar que tratan con personas.
- Los intereses políticos de quienes utilizan el problema de la sanidad como arma electoral pero se olvidan de la problemática real de la gente.
- Las pequeñas actitudes egoístas de quienes sólo miran el interés de sus propios parientes, del padre o el marido enfermo... pero les trae sin cuidado la situación de las demás y en cuanto han resuelto lo suyo se olvidan...

Hemos descrito los intereses por el lado negativo pero podemos darle la vuelta y descubrir auténticos intereses de científicos que luchan contra la enfermedad y buscan a costa de su sueño y su tiempo soluciones frente al mal de la humanidad..., profesionales a conciencia que ponen su sensibilidad humana en el trato con los enfermos..., farmacéuticos sinceros que dicen al cliente: «no compre usted esto tan caro, no sirve para nada...», políticos que luchan por la sanidad con sus intenciones más honradas...

De todos modos es importante el contar con los distintos puntos de vista de todos los que no buscan la margarita para comérsela.

Con los ojos de Cristo

Cristo no era médico ni curandero.

Tampoco veía la enfermedad como un medio para buscarse votos y llegar al poder.

No quiso tampoco usar la enfermedad para asustar a los hombres y llevarlos al buen camino («maestro quién pecó ¿éste o sus padres...?» «ni éste ni sus padres...» [Juan 9]).

Veía la enfermedad y la salud como un componente de la persona... la salud y la enfermedad como parte de un camino más grande: el camino de la salvación.

No despreciaba la salud corporal. Pero la integraba dentro de la persona que no es sólo carne, pero también es carne.

Por eso él cargó sobre sí nuestras enfermedades (Is, 53, 4-5).

Y presenta la curación como signo de una salvación más amplia: al enfermo al que descenden desde el tejado le dice como primer encuentro: «tus pecados te son perdonados...» sin embargo no se trata de una relación superficial y mecánica entre salud corporal y espiritual.

Los signos del reino de Dios son que «los ciegos ven, los cojos andan, los leprosos quedan limpios...». Los signos del reino de los hombres son que se gasta más dinero en armamento que en sanidad, que unos se enriquecen a costa de la economía sanitaria, que algunos defienden la necesidad de la medicina privada porque, según parece, sólo el afán de lucro mueve a las personas a interesarse por la mejora de este mundo de la sanidad...

Y es que en la actitud profunda de Cristo, aunque nos tachen de utópicos, está la respuesta: «Desde abajo, desde dentro», Filipenses 2,5 ss.

Vamos a hacer una traducción libre: «Tened en vosotros los sentimientos de Cristo Jesús que teniendo una salud divina se despojó de sí mismo y se puso a la cola del seguro y apareció como un currante más y se humilló a sí mismo aguantando hasta la muerte y muerte de cruz...».

Y por eso como aguantó nuestra sociedad injusta ahora tiene derecho desde dentro a echarnos en cara nuestras injustas estructuras y nuestros desmadres. No como el político que critica la sanidad pero se va a la clínica privada; ni como el trabajador de la sanidad que se busca el enchufe; ni como el ciudadano indiferente que en cuanto resuelve su problema se olvida de los demás.

de los otros enfermos, de los problemas de las auxiliares de los hospitales, de los enfermos terminales, de la falta de camas..., porque él ya ha resuelto el suyo.

CUESTIONES PARA LA REFLEXIÓN

- Cómo es la actitud de Cristo y la nuestra...?
- ¿Me preocupo sólo de *mi* salud y me inhibo ante el mundo de la salud y la enfermedad del que formo parte...?
- Si la humanidad, si la economía de mercado de la que *gozamos* se hubiera preocupado de subvencionar la investigación, la mejora de hospitales, el aumento de personal, la medicina preventiva más que el mantenimiento de armamentos, los gastos suntuarios... ¿No habría ya enfermedades dominadas, epidemias controladas...?
- ¿Qué tiene que ver nuestro mundo con el reino por el que Jesús murió y resucitó...?

RESPUESTA

Si hemos desembarcado en el mundo de la salud y la enfermedad no será para quedarnos como espectadores pasivos.

Tenemos una acción pequeña e importante como es la de «visitar y acompañar enfermos».

Pero ¿basta con eso para tranquilizar nuestra conciencia...?

La salud y la enfermedad no son la suma de unos problemas individuales a los que se atiende por separado...

La salud y la enfermedad es un mundo al que hay que bajar para verlo por dentro:

- Para analizar el por qué de tantas tragedias, muchas de ellas evitables.
- Para descubrir las fuerzas honradas y generosas que trabajan por limpiar y aclarar este mundo.
- Para solidarizarnos con ellas y aportar nuestra voz y nuestra presión en donde podamos...
- Para sentirnos nosotros dentro, con la distinta proporción de sano y enfermo que cada uno de nosotros somos en los distintos momentos de nuestra vida...
- Para decir con Pablo: «Los miembros del cuerpo que parecen más débiles son indispensables... si sufre un miembro todos los demás sufren con él» (1 cor 12, 14... 22... 26...).

Así es posible que hayamos entrado en el mundo de la salud y la enfermedad para descubrirlo como exploradores y nos damos cuenta de que somos habitantes de este mundo, que estamos explorando nuestra propia tierra y que no basta con quedarnos como espectadores, porque somos miembros del mismo cuerpo y somos responsables de lo que sucede en este mundo tan complejo, en esta red, que puede ser:

- Una red que nos salva en nuestra caída del trapecio.
- Una tela de araña donde nos chupan la sangre.

11.4 CATEQUESIS DE ADULTOS

INTRODUCCIÓN

- De una u otra forma, lo que ocurre en la Sanidad nos afecta a todos. Por ello, nos importa saber cómo está, cuáles son sus logros y sus principales problemas y necesidades. En los últimos años, la asistencia sanitaria se ha convertido en un derecho de todo ciudadano, pero al propio tiempo se detecta un deterioro creciente de la misma. Todos somos responsables de la situación de la Sanidad. No podemos pasar de largo. Los valores que entran en juego son muy importantes. Además, en el mundo de la Sanidad viven su fe muchos creyentes.
- Esta catequesis se destina a los enfermos y sus familias, a los agentes de pastoral de la salud y a todos los miembros de las comunidades cristianas, a las instituciones propias de la Iglesia, a los profesionales sanitarios y a toda la sociedad.
- Pretende ayudarles a:
 - *Tomar el pulso a nuestra Sanidad*, percibir sus logros y detectar sus principales problemas y necesidades.
 - *Revisar nuestras actitudes* ante la situación actual de la Sanidad, a la luz del Evangelio y de la tradición viva de la Iglesia.
 - *Concretar nuestro compromiso* en orden a mejorar la Sanidad.
- Consta de tres partes. Aconsejamos dedicar una reunión a cada parte. Es muy importante tanto la reflexión personal como el compartir en grupo.

1. ¿CÓMO ESTÁ NUESTRA SANIDAD?

En primer lugar, veamos cómo está nuestra Sanidad. De entrada, hay que decir que se trata de un problema complejo. Aquí solamente destacamos algunos aspectos más importantes. En cada situación concreta, cada persona y cada grupo podrá completar el análisis.

Como en otros países, también en España se han producido cambios profundos en el ámbito de la Sanidad. Constatamos avances y logros que celebramos, así como también problemas y necesidades, que debemos afrontar.

Pero antes de tomar el pulso a nuestra Sanidad, hacemos un poco de historia. Ello nos da una oportuna perspectiva sobre el pasado inmediato.

Avances y logros

En la situación actual de la Sanidad española se constatan, entre otros, los siguientes avances y logros:

- Han mejorado mucho los indicadores generales de salud de la población; por ejemplo, en lo que se refiere a la expectativa de vida y las cifras de mortalidad infantil.
- La asistencia sanitaria llega prácticamente a todos los ciudadanos, lo que constituye un hito social, por lo que tiene de solidaridad. Todo el mundo tiene reconocido su derecho a la asistencia.

UN POCO DE HISTORIA

La asistencia sanitaria de la primera mitad de siglo se basaba en el pago directo por acto médico. Existía una medicina de pago —para ricos— y otra de beneficencia —para pobres—. Al sistema de beneficencia se acogían aquellos que, careciendo de recursos, carecían también de derechos.

El Ministerio de Sanidad fue creado en 1978. Anteriormente, las competencias en temas sanitarios estaban distribuidas en varios ministerios. Cada uno tenía sus propias estructuras, al margen de los otros.

En 1942 el Ministerio de Trabajo desarrolló el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) para dar a los trabajadores una asistencia sanitaria gratuita y no de beneficencia. Esto representó un gran avance. Inicialmente, se acudía a las consultas particulares de los médicos contratados por la Inspección. Por un lado, el médico atendía a sus clientes de pago y, por otro, a los del Seguro, por los que cobraba un sueldo mensual y a los que trataba en las dos horas que tenía disponibles.

Luego fueron construyéndose los ambulatorios y los grandes hospitales, llamados Residencias Sanitarias. Un cuerpo de inspectores se encargaba de controlar a los médicos y de resolver las quejas de los pacientes.

Pronto aparecieron los problemas de masificación en la asistencia ambulatoria, teniendo el médico que ver a 100 e incluso a 150 enfermos en dos horas. Los pacientes no podían elegir médico. Si querían un especialista determinado, tenían que solicitar el cambio de médico de cabecera, lo que se concedía o no según el inspector de turno. Además el SOE no cubría toda la asistencia, había una serie de enfermedades y tratamientos o prestaciones que no entraban.

Dr. VINAS SALAS

- La Seguridad Social ha hecho posible una serie de avances:
 - Asistencia hospitalaria de calidad.
 - Buen nivel de formación de médicos y enfermeras.
 - Progreso de la investigación clínica.
- Poco a poco se va tomando conciencia de los derechos y obligaciones de los enfermos.

Problemas y necesidades

Al propio tiempo, se detectan los siguientes problemas y necesidades:

- La **asistencia primaria** es todavía poco eficaz: aún se ve gente amontonada en los ambulatorios.
- Las **listas de espera**, en ambulatorios y en hospitales, son interminables: se nutren sobre todo de los pacientes con menos recursos personales. En muchos casos, los enfermos se ven obligados a recurrir a otras vías: quienes disponen de medios, acuden a la sanidad privada; otros lo hacen metiéndose en préstamos que les empeñan de por vida; los que tienen amigos, buscan la salida del enchufe y la influencia; algunos recurren a la protesta, como forma de hacerse oír; finalmente, muchos intentan ingresar por la puerta de urgencias, esperando resolver su problema por la vía rápida.
- Los Servicios de Urgencia están sobrecargados y se han masificado.
- En no pocos hospitales se ven enfermos en los pasillos, en condiciones infrahumanas, privados de toda intimidad y de su derecho a una atención digna.
- Se ha ido despersonalizando la relación entre el enfermo y los que le asisten.

- La situación del personal sanitario, es preocupante: está sobrecargado, no puede prestar la asistencia que el enfermo merece, es poco valorado y está cada vez menos vocacionado.
- Por un lado faltan profesionales y, sin embargo, muchos médicos están en paro.
- Han surgido tensiones al aumentar la demanda de prestaciones sanitarias, por el envejecimiento de la población, la mejora del nivel de vida y otros factores; paralelamente ha aumentado el coste de los servicios y medios, en un entorno de recursos cada vez más limitados.
- El ámbito de la Sanidad se ha politizado en exceso.
- Existe un gran despilfarro y una mala utilización de los recursos materiales y humanos.
- La población rural está en inferioridad de condiciones en comparación con el resto.

LAS LARGAS LISTAS DE ESPERA

Llevan meses, años, pendientes del teléfono. Tienen la cartilla de la Seguridad Social a punto y el pijama en una bolsa por si llaman. Temen el quirófano, pero más el no poder llegar a él, porque el tiempo pasa y nadie les avisa. Alguien les dijo un día: «Lo siento, no hay más remedio que operar. Pero tranquilo, lo suyo no es urgente».

Hay más de 300.000 personas en espera de ser atendidas, algunas desde hace años. Los responsables tratan de desdramatizar. «Lo que se espera es la cirugía banal, la que no es urgente», repiten una y otra vez. El drama se produce, sin embargo, cuando bajo la apariencia de lo banal, se agazapa lo maligno. Porque también hay listas de espera, y eso es lo más grave, para determinadas pruebas diagnósticas. He aquí un caso concreto:

«A veces se le pone como un tomate. No sabemos si será un ganglio malo o no será nada, pero no podemos seguir así». Hace ya dos años y medio que Francisco llevó a su hijo de 10 años al ambulatorio. Desde entonces vive en un permanente estado de incertidumbre. Le diagnosticaron «tumoración lateral de cuello» y las indicaciones fueron precisas: primero biopsia y luego extirpación quirúrgica. «Ya les avisaremos», le dijeron. Y hasta ahora.

MILAGROS PÉREZ OLIVA
El País (16-6-1991)

TOMAMOS EL PULSO A NUESTRA SANIDAD

En mi opinión se han producido los siguientes **avances y logros**:

	Sí	No	Según
• Ha aumentado la expectativa de vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se ha reducido la mortalidad infantil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La asistencia sanitaria hoy llega a todos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La asistencia hospitalaria es de calidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La medicina ha avanzado mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Las necesidades urgentes están atendidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se han formado buenos médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se han formado buenas enfermeras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se va tomando conciencia de los derechos y obligaciones de los enfermos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hoy se informa más a los enfermos y familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• El personal sanitario trabaja más en equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se detectan los siguientes **problemas y necesidades**:

• La atención en los ambulatorios es poco eficaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La asistencia sanitaria está muy masificada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Las listas de espera son enormes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se ven enfermos en los pasillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Faltan centros para ancianos y crónicos
- La relación entre los enfermos y los que les asisten se ha despersonalizado
- Se cuenta poco con el enfermo
- Hay un gran despilfarro de medicinas
- Se utilizan mal los recursos
- Cada día es mayor la burocracia
- El personal sanitario está sobrecargado
- El personal sanitario es poco valorado
- El personal sanitario no está vocacionado
- Cada vez hay menos enfermeras
- Hay muchos médicos en paro
- La sanidad y los hospitales se han politizado en exceso
- La población rural está en peores condiciones sanitarias
- La población española no está satisfecha
- Otros

En resumen, nuestra valoración final sobre la situación de la Sanidad es...

2. ACTITUDES DIVERSAS

Ante la situación de la Sanidad, con sus problemas y necesidades actuales, pueden darse actitudes muy diversas.

Así, por ejemplo:

- La indiferencia: «pasamos del tema», «ése no es mi problema».
- El individualismo: «cada cual que se arregle como pueda», «yo a lo mío».
- El pesimismo paralizante y estéril: «esto no tiene solución», «no hay nada que hacer».
- El optimismo ingenuo o interesado: «todo va muy bien», «no hay problemas sanitarios».

Los cristianos tenemos que reconocer que también estamos contagiados por reacciones semejantes. Parece, pues, necesario revisar nuestras actitudes ante la situación de la Sanidad, a la luz de la Palabra de Dios y de la tradición viva de la Iglesia.

La conciencia sanitaria de un pueblo

En la Biblia, muchas de sus páginas reflejan claramente la conciencia que existía en el antiguo Israel de todo lo que un pueblo, con sus normas y leyes, puede hacer para que el ser humano —individuo y comunidad— mantenga un aceptable grado de salud y evite un buen número de enfermedades, dadas las circunstancias que entonces concurrían.

Muchas de esas normas eran preventivas. Se trataba ante todo de evitar la enfermedad ignorando en muchos casos el modo de curarla. Durante siglos, el médico lo fue sólo de heridas. Hasta el siglo II a.C. no hubo en Israel una clase médica propiamente dicha. Para otras enfermedades, especialmente las de la piel, se acudía al sacerdote. Por ejemplo, en el caso de la lepra se decretaba el aislamiento del enfermo (Lv 13, 4). Cada persona respondía de su salud, con su conducta y con la fidelidad a Dios, que es vida y fuente de vida, como se canta en los salmos: «En ti está la fuente de la vida y en tu luz vemos la luz» (Sal 36, 10).

Sanidad integral

En la Biblia los hechos biológicos referentes a la salud apuntan a realidades más profundas. La enfermedad es enfocada sobre el fondo del mal. Es un aviso de que quizá otras cosas andan mal y, por eso, toda la persona debe someterse a revisión. Una visión integral de la enfermedad y de la salud desborda por completo el nivel clínico. Y lanza al enfermo a un proceso de purificación y conversión del que puede salir una criatura nueva. En ese proceso el papel del enfermo es fundamental.

LA ASISTENCIA CRISTIANA

- En los *primeros siglos*, el cristianismo asume la medicina de su tiempo, la griega, como un instrumento del amor al prójimo. Hay escasez de medios, pero se suple con entrega personal y comunitaria. La comunidad cristiana, como Jesús, asiste gratuitamente a los enfermos, sean curables o no; echa aceite en sus heridas y ora con ellos y por ellos (St 5, 15-16).
- La Iglesia se considera depositaria del mandato de practicar la caridad con el pobre y el enfermo. Con este espíritu se establecen los hospitales cristianos a lo largo del la *Edad Media*, desde aquel primero que fundara San Basilio de Cesarea hacia el año 370. Estos hospitales estaban destinados únicamente a los pobres. En este período la asistencia al enfermo es más una obra de caridad o de misericordia que de justicia; es más tarea de la Iglesia que del Estado.
- A partir del *Renacimiento*, los poderes civiles empiezan a considerar la asistencia a los enfermos como un deber estricto de justicia. Poco a poco, en un largo proceso que culmina en el siglo XVIII, el hospital se va secularizando. Surgen así los hospitales civiles. El cambio exigió a la Iglesia un nuevo modo de presencia en el mundo de la Sanidad, el que inauguran Juan de Dios, Camilo de Lelis y Vicente de Paúl. Estos hombres crearon órdenes y congregaciones religiosas nuevas que hacen presente la caridad cristiana en los hospitales civiles. Y además, como éstos no pueden cubrir las necesidades existentes, fundan también hospitales privados, a fin de cobijar a quienes no podían ir ni a los hospitales de pobres.
- En el clima de la *ilustración*, la Asamblea Constitucional francesa redacta su Declaración de los Derechos del Hombre (1789), en la que por primera vez se reconoce el derecho que todo hombre tiene a ser asistido en caso de enfermedad. Los gobiernos empiezan a proyectar y ejecutar la política sanitaria, consistente, entre otras cosas, en la reordenación de los centros asistenciales. La nueva medicina selecciona a los agudos y margina a los crónicos. Surgen así los nuevos institutos religiosos destinados a la atención de los pobres y los ancianos: Hermanitas de los Pobres (1839), Hermanitas de los Ancianos Desamparados (1873), Piccola Casa della Provvidenza de Cottolengo (1827) y tantas más que alcanzaron en pocos años un éxito sorprendente.
- En la segunda mitad del siglo XIX comienzan los sistemas de *socialización* de la asistencia médica. Esto provoca el hundimiento de múltiples hospitales privados, eclesiásticos y civiles. El seguro de enfermedad centra su atención en el cuidado de los enfermos agudos, recuperables y de corta duración, y margina a los enfermos crónicos. Las instituciones de la Iglesia encuentran ahí su lugar altamente evangélico.
- *Actualmente*, la asistencia sanitaria entre en una fase de total replanteamiento. Las nuevas corrientes neoliberales propugnan la reducción, a veces la supresión, de los sistemas estatales de seguros y su traspaso a compañías privadas. Por otra parte, hay una revisión del modelo sanitario. El hospital debe ceder su primacía a la comunidad. El profesional sanitario empieza a tener conciencia de su carácter de agente social encargado de la salud de la comunidad. Surgen términos tales como asistencia primaria, equipo de salud, médico de comunidad... He aquí algo que las organizaciones de la Iglesia en el mundo de la salud deben meditar atentamente.

DOCTOR GRACIA GUILLÉN

Medicina y religión

En ambiente helenista dominado por la cultura griega, el libro del Eclesiástico enseña que no hay por qué oponer la acción del médico y la acción de Dios, la ciencia y la fe, la medicina y

la religión: «El médico recibe su ciencia de Dios» (38, 2). Es un profesional, del que no puede prescindir ni el individuo ni la sociedad: «Cuando caigas enfermo, no te descuides, reza a Dios, y él te hará curar... pero da lugar al médico, y no te falte, pues también lo necesitas a él; hay momentos en que de él depende el éxito, y también él reza a Dios para que le de acierto al diagnosticar y aplicar la medicina saludable» (38, 9-14). Tal recomendación, que coincide con el sentido común y podría parecer superflua, supone una síntesis feliz entre medicina y religión.

La misión de curar

En sentido técnico, Jesús no fue médico ni trató de crear un sistema sanitario. Sin embargo, Jesús pasa curando. El anuncio central de su predicación, la presencia del Reino de Dios, se cumple en las señales de liberación que viven los oprimidos, los pobres, los marginados y los enfermos: «Recorría Jesús toda Galilea, enseñando en las sinagogas, proclamando la Buena Nueva del Reino y curando toda enfermedad y toda dolencia en el pueblo» (Mt 4, 23).

Jesús es el Siervo de Yahvé que carga con nuestros dolores y enfermedades. Con su actitud de servicio, nos invita a concebir la asistencia como un dar de sí y un echar sobre sí. «El Siervo doliente se carga con aquellos sufrimientos de un modo completamente voluntario» (JUAN PABLO II, SD 18).

La exigencia de la fe, para la curación, resalta la indispensable contribución del enfermo, que ninguna intervención exterior o ajena puede suplir.

La misión de curar no fue sólo práctica cotidiana de Jesús sino mandato expresamente dado a sus discípulos. Lucas, el médico, habla de la misión dada a los doce: «Los envió a predicar el reino de Dios y a curar» (9, 2). Y también a los 72: «En cualquier ciudad que entréis y os reciban, curad a los enfermos que en ella hubiere» (10, 8-9).

Amor y solidaridad

La situación de la Sanidad cuestiona de forma permanente nuestro amor y solidaridad: no podemos pasar de largo; no podemos quedarnos tranquilos, sin buscar salud para todos, sea cual sea su nombre, su color, su patria, su religión, su partido. Este es el mensaje de la parábola del Samaritano (Lc 10, 25-37). Para llegar a la vida no basta el conocimiento del mandamiento más importante. Es preciso llevarlo a la práctica: «Haz eso y vivirás», dice Jesús.

«El buen samaritano de la parábola de Cristo no se queda en la mera conmoción y compasión. Éstas se convierten para él en estímulo a la acción que tiende a ayudar al hombre herido. Ayuda, dentro de lo posible eficaz. En ella pone todo su corazón y no ahorra ni siquiera medios materiales».

(JUAN PABLO II, SD 28)

REVISAMOS NUESTRAS ACTITUDES

Ante la situación de la Sanidad, revisamos nuestras actitudes. Nos encontramos:

- Como el sacerdote y el levita de la parábola: «andamos ocupados en nuestras cosas».
- Como el doctor de la ley que se queda en el plano de la teoría, de los interrogantes, sin aterrizar nunca: «¿qué he de hacer?», «no está claro», «hay división de opiniones entre los expertos».
- Nos instalamos en el desencanto: «no hay nada que hacer», «esto no tiene solución».

- Damos rodeos: «pasamos del tema», «ése no es mi problema», «cada cual que se arregle como pueda», «yo a lo mío».
- Somos individualistas: «vamos cada uno a nuestro aire» «trabajamos cada cual por nuestra cuenta», «desconectados de otros muchos que participan de nuestra misma inquietud».
- Sentimos compasión por el enfermo: «nos ponemos en su puesto», «asumimos su perspectiva, su problema», «nos solidarizamos con él», «buscamos una salida a su situación».
- En actitud de servicio, generosamente, desinteresadamente: «sin actuar por dinero o por votos», «dándonos a nosotros mismos».
- Cuidamos de él: «el enfermo no es número, un caso más», «es una persona», «tomamos conciencia de lo que necesita», «lo atendemos con todos los medios técnicos, humanos y espirituales».
- Pensamos también en los gastos: «tomamos conciencia del coste de la Sanidad», «no despilfarramos los recursos».
- Queremos una Sanidad mejor y para todos: «sin que cuente su nombre, su color, su patria, su religión, su partido».
- Trabajamos con esperanza: «junto a las muchas dificultades, hay también muchas posibilidades».

3. POR UNA SANIDAD MEJOR Y PARA TODOS

Ante la situación de la Sanidad, hemos revisado nuestras actitudes. Tratamos ahora de concretar nuestro compromiso por una Sanidad mejor y para todos: ¿Cuáles son las tareas prioritarias de la Iglesia en la Sanidad? ¿Que podemos hacer nosotros? He aquí algunas tareas:

Conocer la Sanidad

Ante la ignorancia, la indiferencia y el individualismo de muchos, promover con realismo en las parroquias y comunidades el conocimiento de los grandes problemas de la Sanidad y la toma de conciencia de la propia responsabilidad en la solución de los mismos.

Denunciar lo insano

Ante optimismos interesados o ingenuos, denunciar proféticamente todo lo insano, negativo, injusto, malo y desesperante que encontramos en nuestra Sanidad, con el fin de mejorarla.

«Ante el panorama triste e inhumano de nuestra Sanidad —numerosísimos enfermos en los pasillos, listas interminables de espera, masificación de urgencias, situación desconcertante de los trabajadores, centros cerrados o mal edificadas...— hay que reaccionar. Con nuestros comentarios llenos de amargura no lograremos nada. Ha llegado la hora de actuar. Como sanitarios y ciudadanos debemos tomar parte en este asunto y hacer una campaña donde el pueblo se entere de la realidad y reaccione pacífica pero firmemente exigiendo sus derechos». Campaña «La región de Murcia por la mejora de la Sanidad». Recogida de firmas para acompañar la carta a don Felipe González.

JUAN PÉREZ RICO

Capellán del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia

Estimular lo saludable

Ante pesimismo paralizantes y estériles, reconocer, valorar y estimular todo lo saludable, positivo, justo, bueno y esperanzador que hay en el mundo de la Sanidad: junto a las muchas dificultades, hay también muchas posibilidades.

Humanizar la asistencia

Ante la masificación de la Sanidad y la cosificación del enfermo, humanizar el proceso de asistencia al enfermo, promoviendo una relación sanadora con el mismo, defendiendo sus derechos y deberes y creando el clima que le ayude a vivir dignamente su enfermedad.

La Federación Española de Religiosos Sanitarios nos propone los siguientes objetivos. **Humanizarnos para humanizar:** Conscientes de que nadie da lo que no tiene, la comunidad religiosa ha de ser el ámbito de salud y de experiencia del Cristo misericordioso, donde se favorece un clima de serenidad y de paz, de acogida y de encuentro recíproco, de descanso adecuado y de cultivo del espíritu, de oración y de vivencia de la ternura de Dios. **Formarnos para servir mejor.** Contribuir a una mejor formación de los religiosos y seculares sanitarios, sobre todo en aquellos aspectos o disciplinas más relacionados con la humanización y la evangelización. **Compartir para ser eficaces:** Promover dentro de la vida religiosa sanitaria, el espíritu y las iniciativas que favorezcan: la comunión intercongregacional y la colaboración de los seculares; la respuesta al «grito de los Pobres» y a las exigencias del mundo de la salud.

PLAN DE ACCIÓN PARA EL BIENIO 1992-93

En el centro de todo, el enfermo

Ante la prevalencia de otros intereses, luchar y colaborar para que la política, la economía, la técnica, las estructuras y las instituciones sanitarias lleguen a estar verdaderamente al servicio del ser humano enfermo o enfermable.

Aportar sentido ético

Ante posiciones meramente técnicas, aportar el sentido ético a la Sanidad, promoviendo los valores últimos del ser humano, ayudando a los profesionales sanitarios a tomar las decisiones morales más adecuadas e interpellando por el modelo de que hay detrás del modelo de Sanidad.

Colaborar en una Sanidad mejor

Ante los problemas actuales de la Sanidad, colaborar en la promoción de esfuerzos y medidas que garanticen: un fácil acceso del enfermo a la asistencia; una medicina de calidad humana y técnica; la equidad en la distribución de los recursos y la correcta gestión de los mismos; la atención especial a los demás necesitados; la defensa de los derechos del enfermo; la promoción de la Sanidad extrahospitalaria; la educación de la población de manera que se fomente un estilo de vida sano y responsable y se cultiven los valores de la solidaridad, justicia, amor y autenticidad.

«Las profesiones sanitarias presuponen una gran dosis de altruismo, de capacidad de entrega. Por ello, necesitan el amor agradecido, la iluminación y el apoyo de la asistencia de la Iglesia, la comprensión y ayuda amplia no sólo del sacerdote sino de toda la comunidad. Sólo así podrán atreverse a cargar con la tarea de terapeutas heridos».

B. HÄRING

Apoyar a los profesionales

Ante las dificultades personales, ambientales, profesionales y estructurales que encuentran, los que trabajan en la Sanidad, reconocer, valorar y apoyar su entrega y esfuerzo en la humanización de la asistencia y en la mejora la atención integral al enfermo.

Promover un laicado comprometido

Promover un laicado comprometido en el campo sanitario, que una a la competencia y honradez en su trabajo, su cercanía y entrega al enfermo, según el modelo de Cristo que «pasa curando».

«La Comisión de PROSAC (Profesionales Sanitarios Cristianos) considera fundamental la formación en orden a lograr cristianos adultos en su fe, que: se comprometan a promover y defender la humanización de la asistencia sanitaria; sean capaces de insertarse como levadura en medio de las instituciones sanitarias y de sus organismos; estén al servicio de la vida y de su máxima realización incluso en su debilidad; creen fraternidad en todo momento; manifiesten su postura en cuestiones ético morales en el ejercicio de su profesión; y, así, sean testigos de Jesús en el mundo de la salud».

PLAN DE ACCIÓN DE LA COMISIÓN. 1987

Concretamos nuestro compromiso

- Personal.
- De grupo.
- De parroquia o comunidad.
- Profesional.

Oración

Bendice, señor, este hospital para que sea un lugar sagrado de amor.

Bendice a quienes has llamado a sanar a otros en tu nombre; y a quienes son capaces de mantener la vida que peligra y de ponerla en tus manos cuando el esfuerzo humano ya es inútil. Haz que sean responsables en su deber, honestos al informar y humildes en el servir.

Bendice a quienes sufren, Señor; ayúdalos a comprender que no pueden limitarse a esperar la curación sino que han de cooperar a ella.

ARNALDO PANGRAZZI

BIBLIOGRAFÍA

- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: *Ley General de Sanidad*.
COMISIÓN «ABRIL MARTORELL»: *Informe y recomendaciones*, julio, 1991.
OMS: *Los objetivos de la salud para todos*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1986.
FRATERNIDAD CRISTIANA DE ENFERMOS Y MINUSVÁLIDOS: *La Sanidad Española desde la perspectiva del usuario y la persona enferma*. Edic. Encuentro. Madrid, 1983.
DEPARTAMENTO DE PASTORAL DE LA SALUD: *Dossier «Iglesia y Sanidad»*. Septiembre, 1991.
HÄRING, B.: *La fe, fuente de salud*. Ed. Paulinas, Madrid, 1986.

11.5 MENSAJE DE LOS OBISPOS DE LA COMISIÓN EPISCOPAL DE PASTORAL

1. El Día del Enfermo nos invita este año a entrar en el complejo mundo de la Sanidad. En él se encuentran los enfermos necesitados de curación, sus familias y los profesionales que les ayudan a recuperar la salud. La Jornada pretende que los cristianos conozcamos más ese mundo, valoremos y celebremos gozosamente sus logros y, revisando nuestras actitudes a la luz del evangelio, nos comprometamos solidaria y constructivamente en la solución de sus problemas.

LA SANIDAD, HOY

2. Los informes técnicos y la propia experiencia nos muestran la gran transformación que ha experimentado nuestra Sanidad. Ha conseguido logros importantes como el aumento de la esperanza de vida y, en muchos casos, también de su calidad, la extensión del derecho a la asistencia a la práctica totalidad de los ciudadanos, la lenta mejora de la atención primaria y una asistencia hospitalaria de calidad. Pero presenta carencias y problemas preocupantes como las largas listas de espera, causa de un sufrimiento sobreañadido para tantas personas, la insuficiente atención a determinados colectivos de enfermos, el inadecuado aprovechamiento de los recursos o la injusta distribución de los mismos, el despilfarro insolidario de los medicamentos, el desencanto y desmotivación crecientes en no pocos profesionales de la salud y las enfermedades originadas por estilos de vida insanos.

3. La situación de la Sanidad nos afecta, de una u otra forma, a todos. Ante la misma podemos adoptar actitudes y comportamientos diversos: dejarnos llevar por la indiferencia, cuando no nos toca de cerca; actuar de manera individualista, tratando de solucionar sólo *nuestro* problema; dejarnos arrastrar por el pesimismo, creyendo que no hay nada que hacer; acentuar de forma exclusiva los aspectos económicos y técnicos de la asistencia o resaltar también los humanos.

IGLESIA Y SANIDAD

4. Iglesia y Sanidad necesitan aproximarse, reconocerse y colaborar mutuamente en el servicio que ambas prestan al enfermo. La Iglesia aporta a la Sanidad su sensibilidad social para acudir donde las necesidades asistenciales son más acuciantes, la calidad humana en el trato con los enfermos, la eficacia en la administración y uso de los recursos puestos en sus manos, la participación de sus miembros e instituciones sanitarias en las tareas asistenciales.

La Iglesia aporta también, a partir de la palabra y la práctica de Jesús, el Buen Samaritano, y de su rica tradición asistencial, una serie de convicciones sobre aspectos significativos de la asistencia sanitaria. Por ejemplo la dignidad de la persona humana en sí misma; el valor primordial de los recursos que hay en cada ser humano, en su interior, en sus actitudes y comportamientos, tanto para curarse como para curar y cuidar a otros; la importancia de la relación personal y directa entre el cuidador y el enfermo; la imposibilidad de curar y cuidar al enfermo sin darle una parte de uno mismo y sin cargar con sus dolencias y miedos;

la asistencia como tarea y responsabilidad de todos; la gran utilidad de la integración armónica de la ciencia y de la acción pastoral en el restablecimiento del enfermo.

Finalmente, la Iglesia aporta un nuevo horizonte al sentido de las realidades que se viven en la Sanidad —la enfermedad, el sufrimiento, la curación, la muerte y la asistencia.

TAREAS PARA LA SOLIDARIDAD

5. La Iglesia, y más en concreto, las parroquias, instituciones asistenciales y educativas, los capellanes de hospital, los religiosos y los profesionales sanitarios cristianos han de plantearse su propia responsabilidad y tarea en la Sanidad, revisar sus actitudes, reconocer sus fallos y asumir sus compromisos. Con el deseo de orientar a unos y otros proponemos algunas pistas concretas:

- Llevar a la comunidad parroquial la preocupación por la Sanidad con el fin de que sus miembros la conozcan mejor y se comprometan en la solución de sus problemas.
 - Crear comunidad en el ámbito de la Sanidad, constituyendo equipos de pastoral y otros cauces en los que los cristianos puedan compartir sus experiencias, reflexionar juntos, celebrar la fe y apoyarse mutuamente en el desempeño de su misión.
 - Colaborar en la promoción de esfuerzos y medidas para lograr una sanidad mejor y para todos.
 - Humanizar la asistencia, contribuyendo a crear dentro de las instituciones sanitarias un clima menos conflictivo y más favorable a la recuperación de la salud y favoreciendo la búsqueda interdisciplinar de modelos de asistencia que pongan a la persona, a toda la persona, en el centro de la misma.
 - Recuperar la dimensión ética, ayudando a descubrir los valores y el sentido que encierra la asistencia sanitaria y promoviendo la formación humanística de los profesionales.
 - Valorar y apoyar al personal sanitario en el desempeño de su tarea a fin de que recobre la fe en su profesión, si la hubiere perdido, y la esperanza, ambas necesarias para transformar desde dentro la sanidad.
 - Promover un laicado cristiano comprometido en la sanidad, que aúne la competencia técnica y la honradez en su trabajo con la cercanía y entrega al enfermo y asuma su responsabilidad en el campo social y político.
6. Que María, madre y modelo de salud, reavive en nuestras comunidades la solidaridad con los enfermos y bendiga la entrega generosa y abnegada de tantos profesionales sanitarios.

19 de febrero de 1992.

TEODORO ÚBEDA GRAMAJE
Obispo de Mallorca. Presidente de la Comisión

JAVIES OSÉS FLAMARIQUE
Obispo de Huesca

ANTONIO DEIG CLOTET
Obispo de Solsona

11.6 «A TI LEVANTO MI ALMA»

ORACIÓN DEL ENFERMO

Padre nuestro:

*Voy a recordar, hoy, ante ti,
a todos los que cuidan a los enfermos.
¡Llénalos de tus dones,
como ellos nos colman a nosotros
con sus cuidados y ayudas!
Ten en cuenta, Padre,
el servicio constante que nos prestan,
sus palabras de aliento y de consuelo
en medio del sufrimiento y de las penas,
el mimo con el que nos tratan
y la acogida que dispensan
a nuestras familias.
¡Ellos nos muestran
la cara amable del dolor
y tu presencia en medio de la enfermedad!
¡Benditos ellos
y bendito seas Tú, Padre! Amén.*



ORACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

Señor: Me has escogido
para curar y cuidar a los enfermos.
Quiero ser, como Tú,
acogedor con todos,
en especial con los más desvalidos,
sensible ante sus sufrimientos,
paciente con sus limitaciones
y liberador de sus miedos.
Cura, Señor, mis dolencias
acepta mis limitaciones
alivia mis cansancios
y fortalece mi debilidad.
Ayúdame a ser un buen profesional,
competente en mi trabajo,
humano y servicial.
¡Bendice a los enfermos,
y bendice al personal sanitario! Amén.

DÍA DEL ENFERMO 1992

Pastoral de la Salud



APLICACIONES ELÉCTRICAS

ene s. a.

EQUIPAMIENTOS ESPECIALES PARA CLÍNICAS Y HOSPITALES

- SEÑALIZACIÓN – TELEFONÍA –
- INTERCOMUNICACIÓN –
- MEGAFONÍA – BUSCA-PERSONAS –
- CIRCUITOS CERRADOS TV –
- RELOJES CONTROL HORARIO Y QUIRÓFANOS –
- COMUNICACIÓN PACIENTE-VISITANTE
PARA U.C.I. –

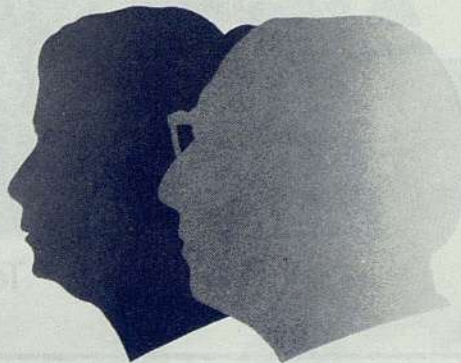
Aribau, 146, Pral. – Tels. 218 17 80 - 218 17 86 –
BARCELONA-

Tota una vida de treball mereix un premi



*Si ja té 65 anys pot acollir-se a
aquesta modalitat d'estalvi a termini.
Simplement porti el seu carnet de: pensionista
jubilat-ada • D.N.I. o justificant de la seva edat.*

*L'atendrem com es mereix en
qualsevol de les nostres Oficines.*



BANC CATALÀ DE CRÈDIT
Grup BANCO ESPAÑOL DE CREDITO

Schindler

Giesa Schindler, S.A.

Dirección Regional Cataluña
E-08026 Barcelona. - Mallorca, 606-608

Teléfono: (93) 232 29 13
Telefax: (93) 232 99 17

construccions



s.a.

Guipúscoa, 62, 11è
Telèfon 303 07 34
08020 Barcelona

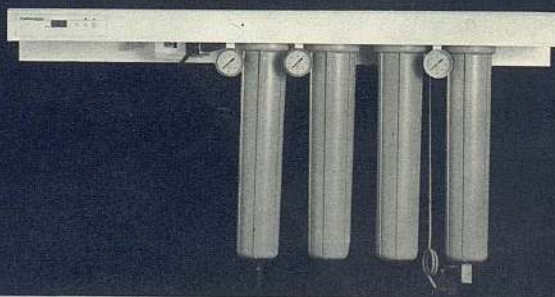
Telefax 307-63-74



**BANC
DE
SABADELL**

Telefon: (93) 332 39 13
Telefax: (93) 332 99 17

**APARATOS PRODUCCION AGUA
ULTRAPURA TIPO I GRADO
REACTIVO**



SATION 9000

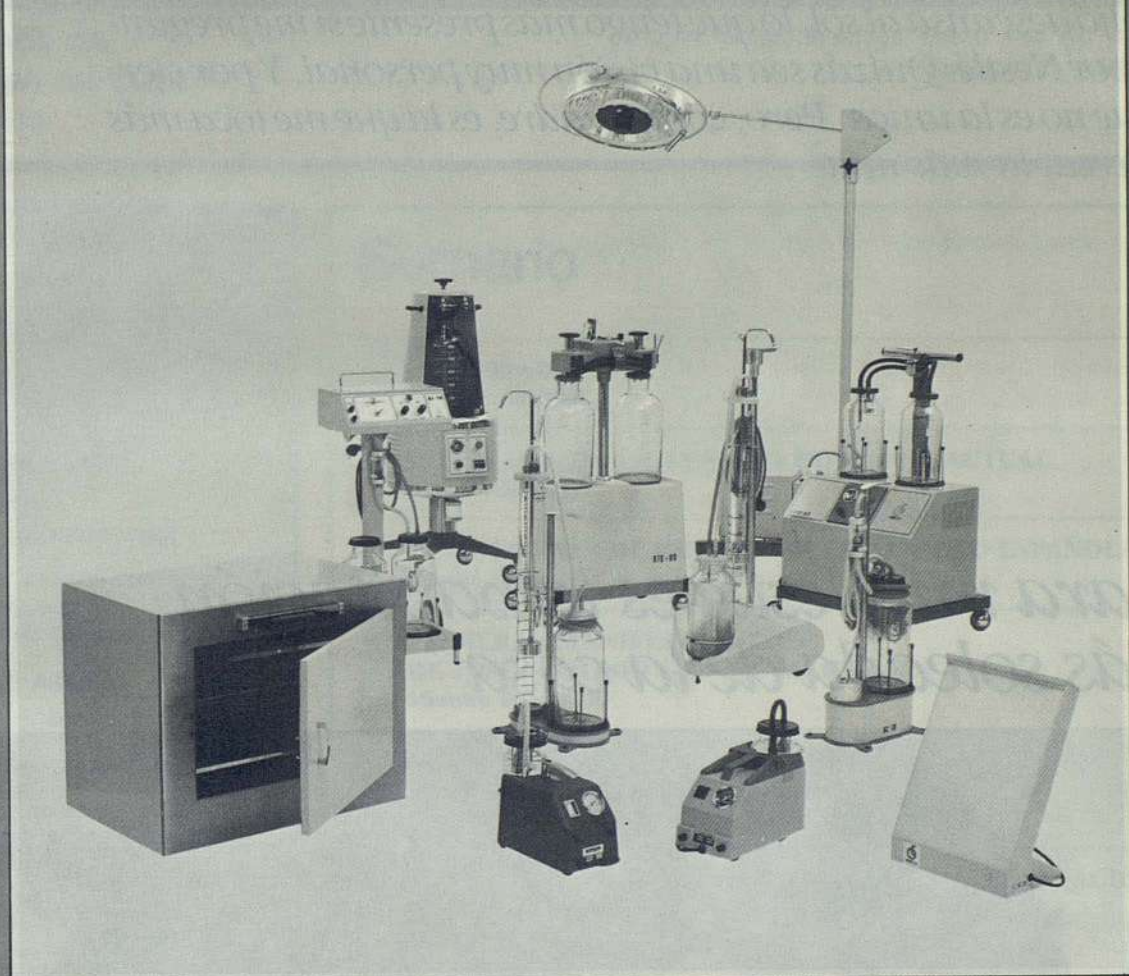
Agua ultrapura exenta de sales materia orgánica, bacterias y pirógenos (agua tipo I según ASTM, CAP y NCCLS).



SATION, S.A. Luchana, 77
08005 Barcelona - ESPAÑA
Tel. (93) 300 75 13
Telex 97200 STHC-E
Fax (93) 309 33 64

Nuestra Experiencia:

más de 25 años
al servicio de la medicina



ORDISI, S.A.


Progreso, 3-5 - Tel. (93) 334 01 12 - Télex: 54375 ORDI-E - HOSPITALET DE LLOBREGAT. Barcelona

1.^a Empresa Nacional Fabricante de Aspiradores de Uso Médico

Parece un contrasentido no citar la cocina, la mesa, un sabor o un producto al hablar de algo que significa alimentación; pero la imagen que tengo de Nestlé está más unida a mi experiencia como madre que a mi experiencia como ama de casa. Porque son esos minutos después de la papilla, cuando mi hijo descansa al sol, lo que tengo más presente si me preguntan por Nestlé. Quizás sea una visión muy personal. Y por cierto que no es la única. Pero, como madre, es la que me toca más de cerca, la más mía.

“Para mí, Nestlé es la habitación más soleada de la casa”



 **Nestlé** algo de todos

MENSAL «A» TI LEVANTO MICALMA

DE LA COMISIÓN EPISCOPAL DE PASTORAL

ORACIÓN DEL ENFERMO

Revista

LABOR HOSPITALARIA

Boletín de suscripción

Año 1992

Suscripción anual: cuatro números

España	Ptas. 2.500
Extranjero	
Correo ordinario	\$ 28
Correo aéreo: Europa	\$ 35
Resto países	\$ 38

Apellidos Nombre
 Calle Número Piso Puerta
 Código Postal Población Provincia o país
 Teléfono Profesión

FORMA DE PAGO

(Indique con una X la forma de pago que le interese)

Por Giro Postal

Por cheque nominativo adjunto N.º
a favor de LABOR HOSPITALARIA

Por Caja o Banco (rellenar la orden de pago)

Banco o Caja de Ahorros: [Grid]

Titular de la cuenta: [Grid]

C./Cte. N.º [Grid] Libreta N.º [Grid]

Domicilio de la sucursal: [Grid]

Población: [Grid] D.P. [Grid]

Provincia: [Grid]

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota de que, hasta nueva indicación mía, deberán adeudar en mi cuenta los recibos que a mi nombre les sean presentados por la revista LABOR HOSPITALARIA, de Barcelona.

....., a de de

Firma

Enviar esta hoja debidamente cumplimentada a:

LABOR HOSPITALARIA

Hermanos de San Juan de Dios - Carretera de Esplugas s/n - 08034 BARCELONA (Tel. 203 40 00)



ene
Obispo de Huesca
ANTONIO DEIS CISO
Obispo de Solsona



NUESTRA COMÚN PREOCUPACIÓN.

Tener un gesto amable con un paciente es muy fácil, lograr su curación y dedicarle la máxima atención posible, ya es un poco más difícil.

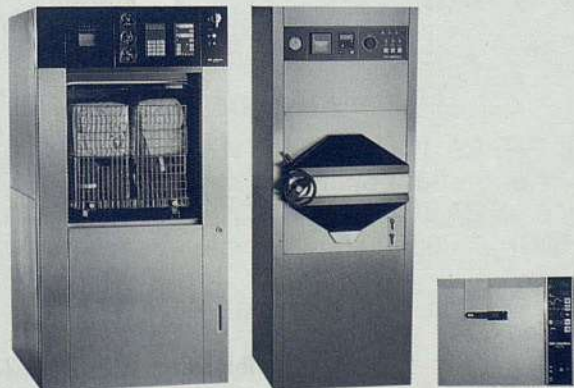
Pero es mucho más sencillo cuando pensamos que su salud es nuestra común preocupación.

En el proceso curativo intervienen muchos factores, y es precisamente durante ese período cuando se demuestra lo estrecha que es nuestra colaboración.

Disponer de un equipo médico cualificado y de un personal hospitalario preparado, es tan necesario como contar con unas instalaciones y equipamientos fiables.

Matachana División Hospitales aporta esos equipamientos desde bolsas y controles de esterilización, sistema de distribución de comidas, lámparas y mesas de operaciones, hasta las centrales completas de esterilización.

Todo para hacer de nuestra común preocupación una tarea sencilla, tan fácil como tener un gesto amable.



●●● matachana

División Hospitales

Almogávares, 174-176
Tel. (93) 300 80 12
Fax (93) 309 86 92
08018 Barcelona

Palermo, 42
Tel. (91) 388 01 28
Fax (91) 388 40 81
28043 Madrid

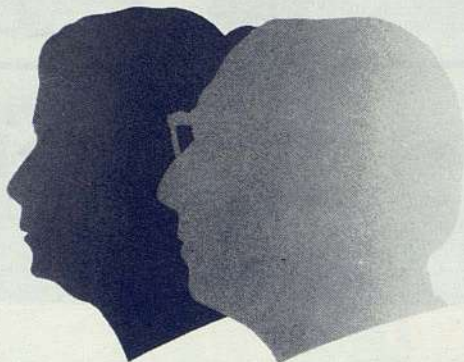
Tota una vida de treball mereix un premi



*Si ja té 65 anys pot acollir-se a
aquesta modalitat d'estalvi a termini.*

*Simplement porti el seu carnet de: pensionista
jubilat-ada • D.N.I. o justificant de la seva edat.*

*L'atendrem com es mereix en
qualsevol de les nostres Oficines.*



BANC CATALÀ DE CRÈDIT

Grup BANCO ESPAÑOL DE CREDITO

Schindler

Giesa Schindler, S.A.

Direcció Regional Catalunya
E-08026 Barcelona. - Mallorca, 606-608

Teléfono: (93) 232 29 13
Telefax: (93) 232 99 17

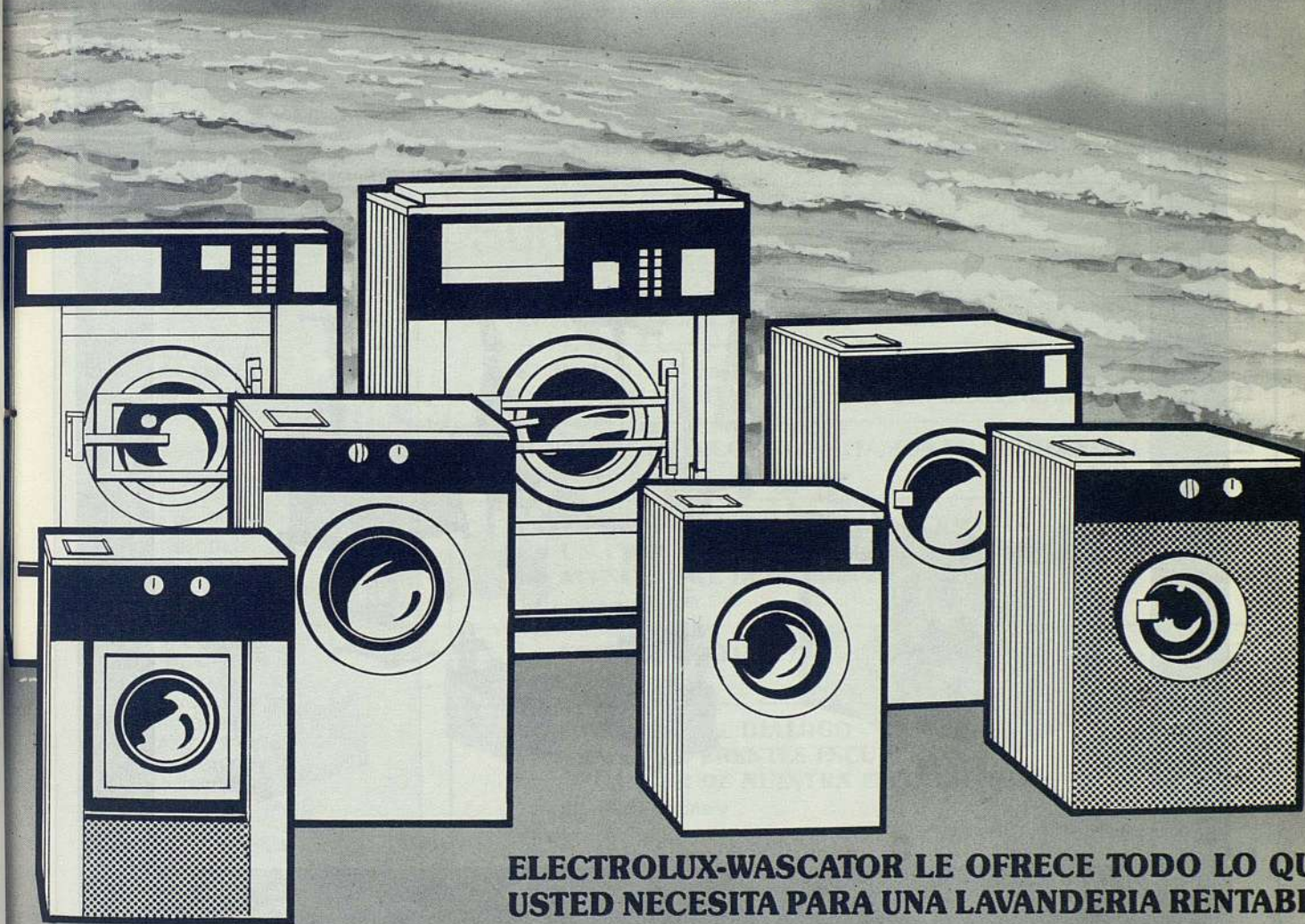
Nosotros lavamos en el mundo entero

 **Electrolux-Wascator S.A.**

es la marca sueca extendida por los 5 continentes, líder mundial en maquinaria y equipos para lavanderías:

- Lavanderías autoservicio, profesionales e industriales.
- Lavanderías integradas, en hoteles, hospitales, clínicas y colectivos en general.

ELECTROLUX-WASCATOR aplica a sus máquinas la más avanzada tecnología, para obtener el máximo rendimiento de sus equipos al más bajo coste de mantenimiento, facilitando proyecto técnico, completo asesoramiento y adecuado servicio de mantenimiento.



**ELECTROLUX-WASCATOR LE OFRECE TODO LO QUE
USTED NECESITA PARA UNA LAVANDERIA RENTABLE**

ELECTROLUX-WASCATOR S.A.

UN EXTENSO PROGRAMA:

- LAVADORAS-CENTRIFUGADORAS de 7 a 32 Kg. de capacidad, baja velocidad (460 r.p.m.).
- LAVADORAS-CENTRIFUGADORAS de 6 a 80 Kg. de capacidad, alta velocidad (800 a 1000 r.p.m.) ¡SIN ANCLAJES!
- SECADORAS ROTATIVAS de 5 a 45 Kg. de capacidad.
- MAQUINAS CENTRIFUGAS de 8 a 20 Kg. de capacidad.
- CALANDRAS MURALES
- CALANDRAS CENTRALES DE RODILLOS MÚLTIPLES
- PLEGADORAS

OFICINAS CENTRALES:

Caballero, 5 y 7
08014 **BARCELONA**
Tels. (93) 490 97 03 - 491 02 06
Fax (93) 490 77 57 - Telex 98667 Wasc E

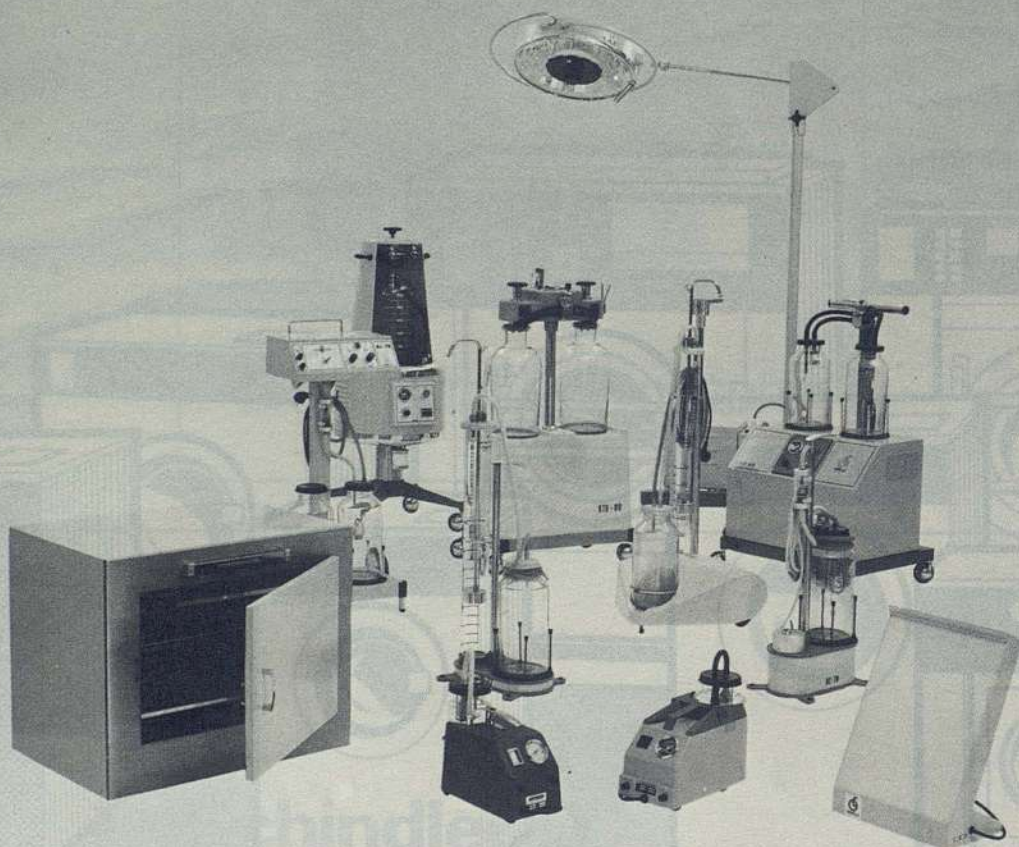
DELEGACIONES:

Príncipe de Vergara, 204 (Dup. Post.)
28002 **MADRID**
Tels. (91) 563 73 94 - 563 74 54
Fax (91) 564 57 64

Ercilla, 6
48009 **BILBAO**
Tels. (94) 423 40 66 - 424 56 60
Fax (94) 423 08 72

Nuestra Experiencia:

más de 25 años
al servicio de la medicina



ORDISI, S.A.

Progreso, 3-5 - Tel. (93) 334 01 12 - Télex: 54375 ORDI-E - HOSPITALET DE LLOBREGAT. Barcelona

1.^a Empresa Nacional Fabricante de Aspiradores de Uso Médico
