

REFORMAR O DEFRAUDAR

¿ENTRE las numerosas acepciones que nos ofrece el Diccionario de la Real Academia para la palabra «reformar» (rehacer, reparar, restaurar, restablecer, reponer, arreglar, corregir, enmendar y poner en orden), cuál elegirá la Comisión Interministerial encargada de proponer una reforma de la sanidad española?

Sería exagerado decir que el país espera con ansiedad los resultados de los estudios de la Comisión, porque la triste realidad es que, por razones que no vamos a analizar ahora, las gentes se interesan más por los resultados de los partidos de fútbol que por la futura estructura de la sanidad española, a pesar de que ésta tendrá sin duda mayores repercusiones en su vida cotidiana.

De los estamentos que intervienen en la sanidad: receptores, proveedores y administradores de la asistencia, los dos últimos son los que se muestran más preocupados ante el aspecto que puede tomar la reforma en ciernes.

Actitud del personal de sanidad

Según los usos seguidos en América Latina, incluimos en el personal de sanidad no sólo los médicos, sino todo el conjunto de enfermeras y auxiliares que intervienen decisivamente en la prestación de la asistencia.

Este personal de sanidad ha adoptado ante el proyecto de reforma tres actitudes diferentes:

Esperanza mitigada. Pocos son los que creen que la reforma significará un cambio revolucionario en la estructura de la sanidad española, y en el grupo de los esperanzados, la tendencia general coincide en pensar que el simple planteamiento de un problema supone ya que se ha dado un paso hacia su solución.

El hecho de que toda una serie de ponentes estén estudiando con ahínco y a marchas forzadas los defectos de la sanidad española y sus posibles soluciones, es ya un motivo de esperanza. Por otra parte, esos estudios han tenido un innegable efecto catalizador y han suscitado iniciativas dignas de encomio, como la del Colegio de Médicos de Madrid, que, sin ser partícipe directo en la reforma, ha organizado una serie de mesas redondas para el estudio de temas (enseñanza, Medicina de la comunidad, asisten-

cia hospitalaria y otros) estrechamente afines a los que se han planteado sin duda los responsables de la reforma.

Indiferencia. Es ésta, por desgracia, la actitud más común. Muchos de estos indiferentes se tranquilizan pidiendo la adopción de medidas que en sí mismas no representen gran cosa. Se sabe así que el 90 por 100 de los médicos españoles quisieran que se crease un Ministerio de Sanidad, ignorando quizá que en Europa hay once países que cuentan con ese Ministerio, mientras que en los restantes la sanidad está unida a otras actividades, como la seguridad social, la protección del medio, la familia y otras. Pensar que un Ministerio de Sanidad va a resolver todos los problemas es una especie de idea mágica que

muchos sustentan pensando en un hipotético ministro que daría la razón a los médicos siempre que éstos acudieran a planetar una reivindicación. Pero la experiencia en Europa demuestra que los ministros de Sanidad, que a menudo no son médicos, respetan a los profesionales de la salud, pero no les otorgan preeminencia respecto a los demás estamentos de la asistencia sanitaria.

Negación de la posibilidad de reformas. Algunos estiman que la sanidad es un importante elemento de la estructura económico-social y que no puede reformarse la primera mientras no se modifique la segunda. Sacan así el problema de los límites sanitarios para enmarcarlo en un contexto más amplio, cuya problemática no puede resolver por sí solo el personal de salud.

Principios primordiales

Establecimiento de un orden de prioridades. Ante la imposibilidad de actuar con igual eficacia en todos los sectores comprendidos en el amplio campo de la sanidad, resulta indudable la necesidad de establecer prioridades. ¿Qué es más importante: la investigación sobre el cáncer, la organización de exámenes de detección en masa, o la creación de servicios para la diálisis periódica? Para establecer en forma sistemática un orden de prioridades entre las diferentes enfermedades, habría que conocer con pre-

cisión el coste de cada una para la colectividad en defunciones, tratamientos, hospitalización, gastos sociales de todo tipo y duración de la inactividad. Por el momento no se dispone en España, ni en la mayoría de los países, de estudios de ese tipo, pero en forma aproximada puede calcularse que los dos grandes problemas que parecen más abordables y que entrañan para la colectividad de nuestro país un mayor gasto en dinero y sufrimientos son los relacionados con el nacimiento y con los accidentes y traumatismos. Entre los 350.000 subnormales que se supone hay en España, puede calcularse que unos 55.000 padecen una parálisis motora cerebral, debida en la gran mayoría de los casos a incidentes o accidentes del período perinatal, evi-

tables en gran parte mediante la aplicación de técnicas tocológicas idóneas.

Los accidentes y traumatismos, que representan la primera causa de mortalidad entre los cinco y los treinta años, alcanzan un coste enorme por la importancia de las invalideces que provocan. En este sector, las acciones preventivas y terapéuticas necesarias deberían seguir una triple orientación para luchar contra los tres grupos de accidentes principales: accidentes de trabajo, accidentes domésticos y accidentes de tráfico.

Máxima coordinación. Las actividades sanitarias son cada vez más complejas y aparecen imbricadas en los más variados sectores de actividad. En este sentido es especialmente llamativo el problema de la contaminación del medio: el médico ha de tratar sus consecuencias, pero sus esfuerzos preventivos serán perfectamente vanos si no establece una total coordinación con las autoridades responsables de la industria y del tráfico. Nadie, en ningún tipo de régimen, está dispuesto a abandonar fácilmente una parcela de poder, y por ello es ilusorio pensar que ciertos sectores especialmente complejos dependerán alguna vez de una sola autoridad. Es mucho más lógico que cada cual permanezca en su terreno, pero coordinando sus actividades con las del vecino, evitando así superposiciones que suponen una lamentable pérdida



La Seguridad Social posee los hospitales mejor dotados del país, pero todavía ha de hacerse un esfuerzo ingente para que España alcance el nivel medio de camas/habitante de Europa.

de tiempo y dinero. Nadie se opone a la coordinación, pero pocas veces el concepto se traduce en hechos, porque cada cual desea evitar intromisiones ajenas. Sin embargo, la coordinación es imposible cuando los posibles participantes no desean perder ni siquiera una mínima parte de sus prerrogativas.

En los dos próximos decenios, la asistencia sanitaria será tan costosa, que ningún Estado ni ninguna sociedad estará dispuesto a tolerar la parcelación hoy observada en numerosos países. Los servicios de salud adoptarán una triple faceta: preventiva, que estará fundamentalmente a cargo de los actuales servicios de sanidad; curativa, realizada casi exclusivamente por la seguridad social, y rehabilitadora, que será el sector en el que habrá de ejercerse más a fondo la coordinación, por ser el de más difícil delimitación.

La elaboración de los planes nacionales estará centralizada y se servirá de los datos de base y de los resultados obtenidos en las regiones y la comarcas. Sin embargo, los servicios deberán hallarse descentralizados, con órganos regionales y locales que asuman mayores responsabilidades en la gestión y el financiamiento. El sistema de cuidados médicos estará organizado de modo que haya un flujo bidireccional de los enfermos, del médico general a la policlínica y al hospital regional, y de éste hacia la periferia. El hospital regional, en tanto que núcleo del sistema, tendrá la responsabilidad general de todas las formas de asistencia.

Para dar la razón a los esperanzados, los responsables de la reforma sanitaria deberán ante todo «enmendar y poner en orden». Quedarse a medias en el camino emprendido no sólo defraudaría, sino que abriría un «credibility gap» difícil de llenar. ■

Dr. J. A. Valtueña