



En las provincias de Madrid y Barcelona se llega a un médico por cuatrocientos habitantes, mientras que en el resto del país no se alcanza en algunas zonas el uno por mil.

SANIDAD

UN MINISTERIO NECESARIO

HACE como cosa de dos años, el entonces ministro de la Gobernación, Garicáñano Goñi, consideraba innecesaria la creación de un Ministerio de Sanidad. En su opinión, existían suficientes mecanismos orgánicos y jurídicos para un ordenamiento sanitario del país.

Más recientemente, el ministro de Planificación del Desarrollo, Gutiérrez Cano, tampoco considera oportuna la organización de la Sanidad española en un Ministerio. A la pregunta que en este sentido le hace un procurador, responde ("Boletín de las Cortes" del 6 de mayo de 1974) con palabras un tanto teñidas de esoterismo económico y matemático. Dice el ministro: "La creación de un Ministerio de Sanidad es más un problema de eficacia y economicidad que una necesidad que se derive matemáticamente del fin de coordinar toda la política sanitaria del Estado". Sus conceptos van clarificándose cuando el ministro añade: "Al reflexionar sobre su oportunidad (la del Ministerio de Sanidad), el Gobierno habrá de tener en cuenta los beneficios y costos, tanto a corto como a largo plazo, sin olvidar el signo de aus-

teridad que comporta la presente coyuntura". Y para dejar bien aclarado este asunto, apostilla: "Repito, pues, que es un problema de oportunidad y eficacia, y que la coordinación no implica necesariamente una solución centralizadora, ya que ésta se encuentra en una relación de medios afines".

En la referencia al Consejo de Ministros del día 6 de diciembre

gubernamentales, y coinciden con las expuestas por el director general de Sanidad, Bravo Morata, al periódico "Ya" el 14 de diciembre de 1974, y que ratificó al diario "La Provincia", de Gran Canaria, el 18 de marzo último.

En suma, pues, el criterio de las altas esferas administrativas del Estado es el de que la creación de un Ministerio de Sanidad resulta

alzan de vez en cuando su voz en demanda de este Ministerio.

La masa opinante de la población elabora su criterio sobre dos puntos de apoyo, a primera vista tal vez ingenuos, pero que poseen una gran penetración intuitiva y son muy difíciles de controvertir: 1) La importancia de la salud, considerada tanto individual como socialmente, es por lo menos tan grande como la de la educación, la vivienda, el trabajo o la administración de la justicia, ¿por qué, entonces, no se promueve dentro de un Ministerio propio? 2) Se pueden contar con los dedos de la mano los Estados que no poseen un Ministerio de Sanidad. Y para colmo, el hombre que lee sabe, por haberlo leído últimamente en la prensa diaria, que la Organización Mundial de la Salud recomienda a los Estados la creación de Ministerios de Sanidad.

Pero los médicos, como es lógico, penetramos más que el hombre de la calle. Los médicos conocemos concretamente el caos, la incoherencia, la dispersión y los grandes desniveles en cuanto a la calidad de las prestaciones existentes en nuestra Sanidad y que, en algunos casos, conducen a una

José García Zarrandieta

ACADEMICO DE NUMERO DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MURCIA. JEFE DEL SERVICIO DE RADIOLOGIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE MURCIA.

de 1974 se alude a una futura reforma sanitaria del país y se da cuenta de la formación de una Comisión interministerial al efecto. Respondiendo a diversas preguntas de los periodistas, el ministro de Información y Turismo, Herrera Esteban, no contestó a si sería o no creado un Ministerio de Sanidad, y se limitó a decir que en los trabajos de la Comisión lo primero sería delimitar y clarificar las competencias de los distintos organismos que inciden en la Sanidad Nacional. A nuestro juicio, estas manifestaciones son coherentes con las anteriores declaraciones

innecesaria y poco oportuna. Y, sin embargo, algunos presidentes de los Colegios de Médicos han manifestado su opinión contraria en muchas ocasiones. Por ejemplo, Julián Celma, de Valencia; García Miranda, de Madrid; Quesada, de Murcia; Moreu, de Granada; Serrano, de León; Valle y Fitó, de Baleares, etcétera. Y no sólo ellos, los presidentes de los Colegios de Médicos, sino, en general, todas las clases sanitarias y también el hombre de la calle, incluyendo a las capas asalariadas del país, a través de los Consejos de Trabajadores de la Organización Sindical,

desconfianza y a un descontento entre los protagonistas del drama —es decir, el médico y el enfermo— que alcanzan cotas de auténtica neurosis colectiva.

• • •

Con el fin de conocer, aunque sólo fuese aproximadamente, el grado de dispersión de la Sanidad española, hemos llevado a cabo una investigación sobre el número de organismos que asumen en España responsabilidades sanitarias. Detuve mi estudio, con estupor, al llegar al número de 24. Martínez-Bordú, que por cierto se mostró en tal ocasión muy expresivamente partidario del Ministerio de Sanidad, ha afirmado que la sanidad española depende de 18 estamentos (sic) diferentes. Cifra inferior a la comprobada por nosotros. Si bien con letras de molde está escrito en un importante rotativo madrileño ("ABC") que son nada menos que 47 las instituciones estatales interesadas en nuestra actividad sanitaria nacional.

• • •

¿Cuáles serían los mecanismos orgánicos y jurídicos y los órganos coordinadores de medios afines —aludidos por la Administración— que podrían poner orden en la Sanidad española sin necesidad de un Ministerio especial?

Quizá, pensamos —porque nadie lo dice—, podrían ser los siguientes:

- 1) Comisión Delegada de Sanidad y Asuntos Sociales de la Presidencia del Gobierno.
- 2) Consejo Nacional de Sanidad, órgano colegiado de la Dirección General de Sanidad, presidido por el ministro de la Gobernación.
- 3) Los organismos sanitarios de la Dirección General de la Seguridad Social y del Instituto Nacional de Previsión.
- 4) Administración Institucional de la Sanidad Nacional, organismo autónomo creado por Decreto-Ley del 29 de diciembre de 1973, y estructurado por Decreto del 25 de enero de 1974.
- 5) En cuanto a los mecanismos legales, citaremos tan sólo la Ley de Bases de la Sanidad Nacional, de fecha 25 de noviembre de 1944, y la Ley de Hospitales, de fecha 21 de julio de 1962, por cuyo artículo 8.º se creaba una Comisión Central de Coordinación Hospitalaria, con Secretaría y Servicios creados por tres Ordenes ministeriales en los años 1963 y 1964. El año pasado vio la luz un anteproyecto de Reglamento de Hospitales, que por lo confuso, embrollado y utópico le auguramos un porvenir nada brillante. Por lo demás, de la inutilidad e impotencia práctica de ambas leyes ya habló el que fue presidente del Colegio de Médicos de Murcia y procurador en Cortes, Jesús Quesada, en su postrera conferencia de Huesca.

Y nosotros nos preguntamos: ¿No son muchos los organismos y

entidades cuyos esfuerzos habrían de ser coordinados previamente para que intentasen, a su vez, coordinar la dispersa y casi atomizada Sanidad española?

• • •

Son bien conocidas las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre la relación entre número de habitantes y número de médicos, enfermeras y camas hospitalarias. En lo que respecta a la primera relación considera óptima la de un médico por cada 500 habitantes. Tal relación ha sido alcanzada con toda seguridad por Checoslovaquia, Israel y la Unión Soviética, países en los que la Sanidad funciona con plena eficacia. Tenemos, en cambio, el caso de la Argentina, en donde la relación médico-habitante se aproxima a la cifra óptima, pero en el que se da la circunstancia de que por causa del caos existente en su organización sanitaria, la sociedad no puede disfrutar de esta abundancia de médicos y muchos de ellos tienen que emigrar a otros países.

¿Qué indica esto? Sencillamente, que sin una verdadera planifica-

ción sanitaria con adecuada distribución de hospitales, formación de posgraduados, atención a las zonas rurales y semirurales, a los centros de urgencia, a la Medicina preventiva, etcétera, de poco sirve un alto porcentaje de médicos por total de habitantes. De ahí que para los técnicos checoslovacos (país privilegiado, por decirlo así, en este aspecto) puede ser considerada como aceptable la existencia de un médico por cada 770 habitantes, siempre que la planificación sea correcta.

En España, la coherencia en el espacio no se cumple bajo el aspecto sanitario. El reparto es, en efecto, desigual: en las provincias de Madrid y Barcelona se llega a un médico por 400 habitantes, mientras que en el resto del país no se llega en algunas zonas al uno por mil.

En lo que a hospitales se refiera, la OMS aconseja diez camas por 1.000 habitantes, y en los psiquiátricos, 3.000. En España disponemos tan sólo de la mitad y encima desigualmente distribuidas y, salvo excepciones, mal o medianamente dotadas de medios materiales.

Nuestro pecado original parece ser la no existencia de un organis-

mo estatal que planifique y legisle coherentemente y también —sobre todo— que obligue a la ejecución de sus planes. Por supuesto que la creación de un Ministerio de Sanidad no resolvería "ipso facto" los problemas sanitarios de España. Con verdad de Perogrullo podemos decir que para la acertada solución de nuestros problemas sería preciso que la política del Ministerio fuese también una política acertada y correcta.

¿Cuáles habrían de ser las líneas generales de esa política justa? A nuestro juicio serían: un control riguroso del estado sanitario del país, un conocimiento completo de sus necesidades y la correcta aplicación de los medios para cubrirlos, velar por una eficaz lucha curativa y preventiva de todo tipo de enfermedad y de situaciones epidémicas, distribución coherente de hospitales, centros y medios técnicos por toda la nación, seguridad de trabajo para todos los licenciados desde que abandonan las aulas hasta su jubilación, organizar y dirigir los estudios profesionales y la investigación sanitaria, fomentar los cursos de actualización, velar por un ejercicio digno de la profesión —tanto por las condiciones de trabajo como por los medios técnicos y por la gratificación económica—, imponer medios de formación similares para todos los médicos y sanitarios en general, asegurar un nivel de calidad médica semejante para todos los españoles, establecer, en lo posible, la libertad de elección de médico, organizar la educación sanitaria de la sociedad española, organizar la farmacopea nacional, promover al máximo los intercambios científicos con el extranjero y mantener relaciones con los organismos sanitarios internacionales.

Como se comprende, la intervención del Estado para la ejecución de esta política habría de ser decisiva, aun considerando la permanencia de la iniciativa privada, la cual, por supuesto, se integraría en las acciones de aquél.

• • •

Nosotros imaginamos el Ministerio de Sanidad como una pirámide organizada que desde su vértice, ocupado por el ministro, va descendiendo según diversas capas —como veremos en el organigrama—, tales como las Juntas Planificadoras, la Subsecretaría, la Inspección General, la Red de Inspecciones, las Direcciones Generales, las Subdirecciones Generales y las Delegaciones Provinciales, para terminar, en la base, con los órganos locales y rurales. Y todos estos órganos, a los fines de fluidez en la acción, habrían de estar articulados dialécticamente, tanto en el sentido vertical como en el horizontal. En todos los sentidos, más bien. En lucha permanente contra el anquilosamiento burocrático.

No pretendemos que el esque-



Todo ciudadano español, por el hecho de serlo, podría elegir libremente a cualquier médico y centro sanitario.



No se concibe una sanidad eficiente sin un perfecto servicio de estadística sanitaria.

ma que sigue (organigrama) sea completo, ni mucho menos. Debe ser juzgado solamente como un simple ensayo personal y es, por supuesto, duramente criticable. En su aspecto semántico hemos adoptado los términos actuales de la Administración del Estado español.

No vamos a tocar, sino de soslayo, el aspecto puramente administrativo de nuestro organigrama. Nos limitaremos, más bien, a lo estrictamente sanitario.

En cuanto a los médicos en ejercicio, podría ser válido, a nuestro juicio, el siguiente régimen de competencias:

a) En los hospitales estatales, cualquiera que fuese su categoría, los médicos de plantilla, además de atender por obligación a los pacientes de la Sanidad socializada o de cualquier colectividad o empresa, podrán recibir y tratar a sus enfermos privados.

b) Todos los médicos con consulta privada podrán adherirse a la Sanidad socializada con la obligación de atender a todo enfermo que libremente les eligiera.

c) Lo mismo se aplicaría a los médicos que realizan visitas domiciliarias.

d) En zonas rurales, los médicos habrían de atender obligatoriamente a los pacientes de la Sanidad socializada, en las mismas condiciones económicas que en las ciudades.

e) En otros centros estatales de plena dedicación, sean balnearios o centros de rehabilitación, el régimen sería el mismo que en los hospitales.

f) Los médicos de dispensarios, ambulatorios y casas de reposo y templanza, una vez cumplido su horario, pasarían al estado de médicos libres, por lo que podrían adherirse o no a la Sanidad socializada.

g) Los de asistencia colectiva y empresarial estarán obligados a la visita domiciliaria si se les requiriese.

h) Los hospitales y clínicas privadas podrían suscribir conciertos con la Sanidad socializada para atender a los enfermos de ésta que libremente lo solicitasen.

i) En los hospitales y clínicas privadas del apartado anterior podrían ser atendidos los enfermos de Sanidad socializada por cualquier cirujano o especialista adherido a ésta o perteneciente a los cuerpos especiales de colectivos y empresas.

En resumen: todo ciudadano español, por el hecho de serlo, podría elegir libremente a cualquier médico y centro sanitario. Si el enfermo perteneciese a la Sanidad socializada, la elección estaría solamente supeditada a que el médico o el centro sanitario hubiesen aceptado libremente su colaboración con aquélla. Y no creemos que esta colaboración fuese negada por ningún médico consciente de su responsabilidad social.

Ya conocemos la situación orgánica de las Juntas Planificadoras de Medicina, Veterinaria y Farmacia. Serían como el sistema

nervioso central de la Sanidad. Constituyen órganos receptivos, consultivos, planificadores e impulsores de las iniciativas. Mediante ellas, el ministro se halla en contacto con todas las realidades sanitarias del país.

Adscrita a la Subsecretaría existiría una Comisión Permanente de Necesidades Sanitarias, que recogería, a través de las Delegaciones Provinciales, todas las sugerencias y toda la problemática existente desde los grandes centros hasta los núcleos rurales más apartados. Esta Comisión Permanente de Necesidades Sanitarias estaría en articulación recíproca con las Juntas Planificadoras.

Un punto determinante y delicado de la Sanidad es el de la Inspección. Según nuestro esquema, la Inspección General y todas sus ramificaciones, que llegan a través de todas las Direcciones y Subdirecciones Generales, hasta los pueblos o grupos de aldeas, debe situarse orgánicamente por encima de las Direcciones Generales, y constituiría la Jefatura del Cuerpo de Inspectores de Sanidad Nacional.

* * *

No se concibe una Sanidad eficiente sin un perfecto servicio de Estadística Sanitaria. En otros Ministerios la estadística se realiza en servicios y secciones dependientes de la Subsecretaría o de Direcciones Generales. Nosotros, en nuestro organigrama del Ministerio de Sanidad, especificamos que la estadística debe ser, por sí sola, el contenido de toda una

Dirección General, ya que constituye la base y fundamento sobre los que ha de levantarse el edificio de la Sanidad española.

En nuestro país, la estadística sanitaria muestra también una atomización coherente con la del resto de la Sanidad. El Consejo Superior de Estadística es un órgano adscrito a la Presidencia del Gobierno, cuya situación funcional ignoramos a partir del Decreto del 15 de febrero de 1968 sobre reorganización de la Presidencia. Por otra parte, en la Secretaría General Técnica de la propia Presidencia del Gobierno existe el Servicio Central de Informática, creado por Orden de 17 de diciembre de 1971. El Decreto 12 de septiembre de 1970 había creado, además, una Comisión interministerial de Informática.

Pero es que como organismo también la Presidencia del Gobierno, aunque a través del Ministerio de Planificación del Desarrollo, existe la Dirección General del Instituto Nacional de Estadística, y en ella la Subdirección General de Estadística de la población, creada por Decreto de 20 de noviembre de 1971, en la que se realizan las estadísticas sanitarias al propio tiempo que las culturales, jurídicas y administrativas. Es decir, la Sanidad española no dispone de ningún órgano estadístico específico dentro de la Dirección General de Estadística. Eso hasta donde hayan podido llegar nuestras noticias.

La Dirección General de Sanidad dispone, según parece, de un Gabinete de Estudios y Planes y de un Servicio de Informática, y por último, también la Dirección General de la Seguridad Social y el INP tienen sus órganos asesores de estadística.

La Dirección General de Estadística Sanitaria, tal como nosotros la concebimos, es decir, como plataforma de despegue de nuestra Sanidad, estaría al día en cuanto al estado higiénico y sanitario de todos los puntos del país, conocería por lo menudo la situación y, con ello, las necesidades de personal y de material, camas y medios técnicos de todas las comarcas de España, y no sólo de las necesidades, sino también de las duplicidades y de los despilfarros. Habría, en suma, una información metódica y completa a todos los niveles y, sobre todo, veraz y rápidamente transmisible a todas las Direcciones Generales, a todas las Subdirecciones, a todas las Comisiones.

Otra faceta de la Sanidad que merece por sí misma una Dirección General es la Investigación. Si la estadística es la plataforma de despegue de la Sanidad, la investigación es el agente propulsor que puede hacerle alcanzar niveles cada vez más altos.

Según la legislación vigente (Decretos de 28 de enero y de 7 de julio de 1971), la investigación sanitaria está prisionera, por así decirlo, en la Dirección General de

SANIDAD

Universidades e Investigación, y dentro de ésta, en la Subdirección de Promoción de la Investigación, Sección de Centros de Investigación, División de Ciencias Matemáticas, Médicas y de la Naturaleza, esta última relacionada con el Consejo Superior de Investigaciones Científicas, órgano central de la investigación española, creado en 1939, reordenado en 1966 y modificado en 1967 y 1971, sin que en todo ese tiempo se haya hecho ninguna aportación auténticamente positiva a la Medicina y a la Sanidad en general.

Nosotros, en el organigrama del Ministerio de Sanidad, propugnamos una independencia y autonomía absolutas de la investigación sanitaria, en el marco, como hemos dicho, de una Dirección General, abandonando, por tanto, asesorías y directrices que le son ajenas.

La importancia que la **Medicina preventiva** alcanza en la conservación de la salud de la sociedad y los esfuerzos que para promoverla realizan todas las naciones son hechos bien conocidos, pero que conviene subrayar.

En nuestro proyecto, la Medicina preventiva estaría integrada en una Dirección General con 11 Subdirecciones Generales. La extensión del tema nos obliga a

limitarnos a comentar alguno de sus aspectos más interesantes, a nuestro juicio: la higiene en el trabajo, la higiene escolar y la higiene mental.

Las funciones de la Subdirección General de **Higiene del Trabajo** serían en parte puramente normativas. Pero también debe obligar a que se cumplan las normas.

La Subdirección General de **Higiene Escolar** daría las normas higiénicas de su competencia. Normas que sus inspectores procurarán que se hagan cumplir. Pero no paran aquí las atribuciones y deberes de este organismo. Se ocuparía también de la higiene psicosexual del niño y del adolescente, por lo que en este punto se articularía con la Higiene Mental, objeto de otra Subdirección: la Subdirección General de **Higiene Mental**. La tarea abarcada por este organismo sería amplia y profunda. No se limitaría tan sólo a la mera labor propagandística y a actuaciones profilácticas individuales en los dispensarios. Su trabajo debe extenderse a toda la sociedad, elaborando planes de lucha contra todas las puntas de flecha que neurotizan o agudizan las neurosis en nuestra sociedad de consumo y beneficio, tales como el erotismo, el alcohol y las drogas; la pornografía y la violencia,

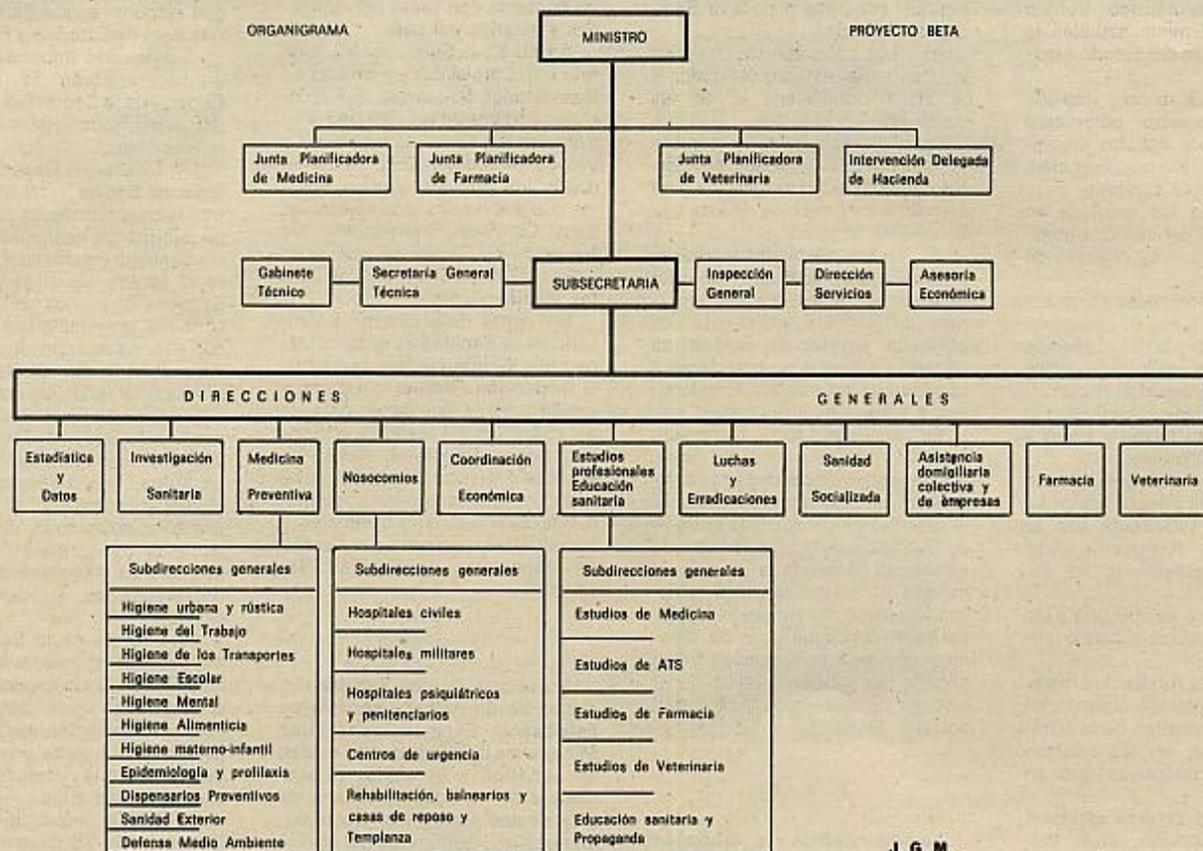
la pseudociencia de un falso orientalismo, la superstición y el esoterismo hoy tan en boga; las envidias, el derroche irracional de dinero, el consumismo indiscriminado (con emulación paranoica), estimulado por la propaganda de un desarrollo económico incontrolable.

Junto a la lucha contra los factores de neurotización individuales y sociales, la Subdirección General de Higiene Mental habría de tomar las riendas, casi siempre indicativas, de otra grande y trascendental tarea social, a saber, la sustitución de los agentes alienantes enumerados anteriormente por otros factores positivos que ayuden a la realización de la persona humana, tanto en el trabajo como en el ocio: en el trabajo mediante la adaptación del ambiente laboral al hombre, el aumento constante de la seguridad, del bienestar durante la jornada, de la facilidad de ejecución, incluso del confort laboral. En suma, de los factores ergonómicos, que no deben limitarse a los despachos rutilantes de los ejecutivos, sino que habrían de pasar por el andamio, por el torno y la fundición y bajar al fondo de la mina. En el ocio, la lucha se llevaría a cabo vaciándolo de elementos embrutecedores y llenándolo de valores espirituales: artes

plásticas, teatro, circo, música, deporte, cine, lecturas, conferencias, tertulias, recitales, excursiones, clubs de silencio, ocupación laboral del jubilado, etcétera. En conclusión: humanizar el ocio y el trabajo, humanizar la vida del hombre. He ahí el camino por donde se llega —creemos— a una sociedad mentalmente sana.

La **Dirección General de Nosocomios** se ocuparía de todos los centros de hospitalización de enfermos de cualquier naturaleza y gravedad. Todos estos centros se regirían bajo una misma Ley de Hospitales, que los clasificaría con arreglo a sus funciones y a su categoría, y consecuentemente habrían de redactarse los adecuados reglamentos reguladores de su organización y funcionamiento. Con ello, todos los sanitarios de hospitales estarían sometidos a unas mismas normas, claramente especificadas según la categoría del centro y el cargo desempeñado por el sanitario. Es por esto por lo que en la Dirección General de Nosocomios hemos incluido, junto a los centros civiles, los hospitales de los tres Ejércitos y los hospitales penitenciarios. Tenemos la íntima convicción de que si todos los españoles tienen derecho a disfrutar de una Medicina de la misma calidad, no debiera hacerse

ESTRUCTURAS PRIMARIAS DE UN POSIBLE MINISTERIO DE SANIDAD



J. G. M.

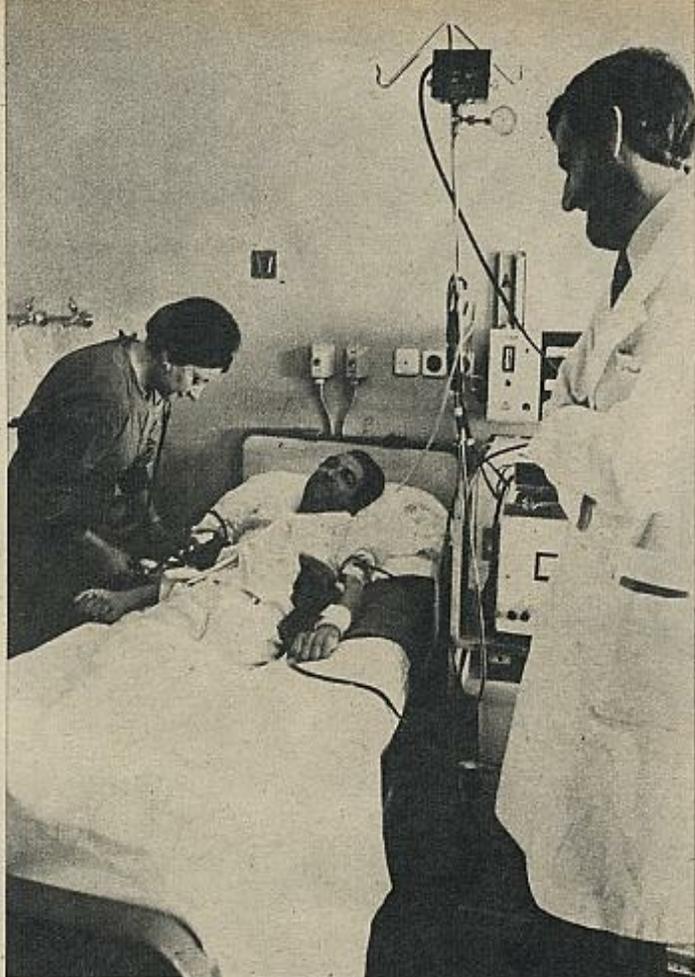
DR. D. JOSE GARCIA ZARANDIETA

ninguna discriminación en este aspecto hospitalario. Discriminación que estaría determinada, en última instancia, por razones organizativas y presupuestarias de tres Ministerios, lo cual sería atentatorio a la justicia y a la equidad. En consecuencia, la contratación de médicos para los hospitales militares y penitenciarios se produciría por las mismas vías legales que para los hospitales civiles. La diferencia residiría en la que hoy existe de hecho en los hospitales penitenciarios, donde junto al médico director y los médicos del hospital coexisten el director y los funcionarios del Cuerpo de prisiones. En los hospitales militares habría una dirección a cargo de jefes y oficiales de los Ejércitos de Tierra, Mar y Aire, según los casos, con sus inspectores y personal necesarios para el control de los enfermos y de la marcha del hospital. Ambos directores, el médico y el militar, estarían en permanente contacto y colaboración. Tampoco en lo que se refiere al material sanitario, dentro de categorías similares, existirían diferencias entre ellos. El régimen interior sería el mismo también.

Dentro de la Dirección General de Nosocomios se crearía una **Comisión Nacional de Programación de Hospitales** con las correspondientes **Comisiones Provinciales Delegadas**. Las Comisiones Provinciales serían permanentes e informarían de todo cambio o sugerencia a la Comisión Nacional, la cual estaría articulada con la Junta Planificadora de Medicina. Las Comisiones Provinciales estarían presididas por el delegado del Ministerio de Sanidad e integradas por los directores de los centros hospitalarios y los inspectores correspondientes.

La organización, mantenimiento y mejora de los **Centros de Urgencia** requieren una Subdirección General, dentro de la Dirección General de Nosocomios, y así está establecido en nuestro organigrama. Entendemos que los centros médico-quirúrgicos de urgencia son instituciones diferentes e independientes de los hospitales. Estarían repartidos racionalmente por todo nuestro territorio. Deben disponer de ambulancias dotadas de material, de médico, de enfermera y de chófer. Los centros dispondrían de cardiólogos, traumatólogos, pediatras, anestesiólogos, etcétera, que se pondrían en movimiento según la naturaleza de la llamada. Si es factible, los enfermos o accidentados son reconocidos y tratados en el lugar de la urgencia; de lo contrario, son trasladados al centro, y si los medios de éste son insuficientes, al hospital más próximo.

El número de estos centros que —repetimos— son como Servicios de Urgencia independientes, estaría en relación con el número de habitantes de la ciudad o agrupaciones de pueblos. No se producirían en las ciudades duplicidad



La importancia de la salud, considerada tanto individual como socialmente, es por lo menos tan grande como la de la educación, la vivienda, el trabajo o la administración de justicia, ¿por qué, entonces, no se promueve dentro de un Ministerio propio?

de funciones, ya que en los hospitales, rigurosamente hablando, no hay un Servicio de Urgencia, sino distintos servicios capaces de resolver aisladamente o en equipo todo tipo de urgencia. Donde sí habrían de evitarse las duplicidades es en las comarcas o agrupaciones de pueblos o aldeas. Hay un criterio, a nuestro juicio correcto, según el cual los pueblos con menos de mil habitantes no debieran tener médico aunque sí un o una ATS. De la reunión de cinco o seis de tales pueblos (5.000-6.000 habitantes) surgiría la necesidad y la creación de centros médico-quirúrgicos, con médicos en número suficiente para cubrir toda la zona y camas en número también suficientes, con rayos X, laboratorio, quirófano, oxígeno, etcétera. Serían como la terminal de la red asistencial y hospitalaria de la nación, pero que harían también el papel de centros de urgencia.

Dirección General de Estudios Profesionales. Vamos a abordar ahora una cuestión que puede chocar a buena parte de la opinión médica del país. Nos referimos a la desvinculación de los estudios sanitarios del Ministerio de Educación y Ciencia y su incorporación al Ministerio de Sanidad. Pero ante todo hay que dejar bien sentado que las carreras de Medicina, Farmacia y Veterinaria, si bien se separarían técnicamente del Ministerio de Educación, de ninguna manera dejarían de ser universitarias. Porque el espíritu univer-

sitario no nace ni se fomenta en el despacho de un ministro de Educación o de un director general de Universidades, sino en la convivencia entre profesores y alumnos, entre éstos entre sí, en los seminarios, en las juntas y asambleas y, sobre todo, en los intercambios y fusión continuados de las más diversas corrientes de la cultura.

En algún país —la Unión Soviética— este paso ya ha sido dado. Los estudios de Medicina son proyectados y dirigidos por el más alto organismo sanitario. Esta tendencia, según indicios, empieza a propagarse por los países occidentales. En España, por ejemplo, la nueva Ley de Colegios Profesionales, en sus apartados e), f) y r) del artículo 5.º, penetra ya, aunque tímidamente, en la intervención docente de las corporaciones profesionales, y García Miranda manifiesta, concretando este contenido legal a la Medicina, que el Colegio de Médicos "debe colaborar inexcusablemente en la planificación de la enseñanza de la Medicina por ser, en definitiva, el responsable moral de la actuación de los médicos". Al hilo de un argumento paralelo, aunque a nivel mucho más alto, nosotros decimos que siendo el Ministerio de Sanidad el responsable, en todos los órdenes, de la actuación del médico, a él debe corresponder la planificación y dirección de la enseñanza de la Medicina.

En cuanto a la **Dirección General de Medicina Socializada**, el mayor problema técnico que se

plantea sería el de la integración de funciones, hasta ahora asumidas por órganos de otros Ministerios, especialmente el Ministerio de Trabajo, en un Ministerio de Sanidad. Pero estos problemas son de la competencia de quienes pueden resolverlos, es decir, de los altos técnicos de la Administración.

Se oye decir a veces que al desvincular la Medicina socializada del Ministerio de Trabajo, quedaría éste medio vacío de contenido. ¿Pero cómo podría ocurrir eso si el Ministerio de Trabajo es el responsable y dirigente de la máxima riqueza del país? Porque la riqueza de una nación no reside en sus reservas de oro o divisas, ni siquiera en sus recursos naturales, sino, en última instancia, en las horas de trabajo que contabilice.

¡El trabajo! Su Ministerio abarca unas tareas y una organización complejísima. En primer lugar, por la ingente labor a realizar, la Subsecretaría del Departamento está burocráticamente hipertrofiada, y lo propio acontece con su Secretaría General Técnica. Dispone este Ministerio de cuatro Direcciones Generales: Trabajo, Seguridad Social (en todos sus aspectos); Jurisdicciones del Trabajo y Promoción Social, con sus numerosas secciones, cuya sola enumeración nos llevaría no sabemos cuánto tiempo: Asistencia Social, Productividad, Economía del Trabajo, Normas Laborales, Encuadramiento y Colocación, Emigración, Inmigración, Desempleo, Crisis, el complejo Instituto Nacional de Emigración (con rango de Dirección General), Inspección General de la Magistratura del Trabajo, Formación Laboral, etcétera, etcétera. No es cosa sencilla el organizar, dirigir y resolver todos los problemas del mundo del trabajo. Por ello, lo que ocurriría con el traslado de la Medicina socializada es que el Ministerio de Trabajo se vería descargado de arduas tareas y graves preocupaciones y, en cambio, la Sanidad española podría dar un paso de gigante en su reorganización.

Naturalmente, en todos los organismos trasladados e integrados en el Ministerio de Sanidad habrían de hacerse las readaptaciones, fusiones, podas, deslindes y reorganizaciones, además de la creación de los nuevos servicios, secciones y negociados que considerasen oportuno las Comisiones mixtas administrativo-sanitarias encargadas de planificar y poner en marcha el nuevo Ministerio de Sanidad.

Pero mientras tanto, los centros y organización actuales de los servicios sanitarios de la Seguridad Social seguirían actuando. La asistencia médico-quirúrgica habría de estar garantizada en este dificultoso período de tránsito y cambio. Ello lo damos por descontado. Si la Historia demuestra que en las épocas de grandes crisis, cuando las instituciones se derrumban, todo sigue marchando en virtud de ▶



LA OPINION DE UN ESTUDIANTE, QUE SABE «ESTAR EN GUARDIA»

Estar en guardia, cuidar los reflejos, prever las acciones del contrincante, ... atacar, esquivar, ... esgrimir las armas adecuadas ...

Si, soy estudiante, pero en cuanto puedo practico mi deporte favorito: la esgrima. ¿Minoritario? Probablemente, pero a mi me apasiona. Quizás porque considero que tiene muchos puntos en común con mi futura profesión.

Olvidaba decir que mis estudios son las Ciencias Empresariales.

En España, como en la mayoría de países, las empresas que se preparan para el futuro saben que son indispensables hombres muy capacitados. El directivo, el ejecutivo, en definitiva, «el hombre de empresa», no nace. Se hace.

Y se hace a fuerza de estudios, de preparación, de investigación. En el mundo empresarial de hoy, y mucho más en el de mañana, hay que estar «en forma» para no quedar rezagado. Ya nada se improvisa.

Estar en guardia, cuidar los reflejos, prever las acciones del contrincante, ... atacar, esquivar, ... esgrimir las armas adecuadas.

No, ahora no estoy hablando de esgrima. Me estoy refiriendo a mi futura profesión.

Estar en guardia: Informado del avance de las nuevas técnicas, creando estrategias de mercado adecuadas.

Cuidar los reflejos: Manteniendo la mente despierta, presta para decidir con rapidez. Dosificando los esfuerzos ...

Prever las acciones del contrincante: Realizando estudios y sondeos de mercado para anticiparse a la acción de la competencia.

Atacar: Noblemente. Seguros de nuestras fuerzas, preparando los equipos de venta.

Esquivar: El hombre de empresa debe tener mucho de diplomático.

Esgrimir siempre las armas adecuadas: Lo más importante.

La esgrima no puede practicarse sin un buen florete, espada o sable. La empresa moderna no puede avanzar sin equipos que faciliten la acción de sus hombres.

Equipos que solucionen los múltiples problemas que surgen en la gestión empresarial. Equipos de GISPERT.

El buen directivo sabe delegar. Yo ya sé a quién delegaré la mecanización de mi futura empresa, y me consta que podré hacerlo con toda confianza.

Pero tengo que terminar mis estudios. Aún no tengo derecho a «votar».

Usted que puede hacerlo:

**VOTE
por
GISPERT**



GISPERT, S.A.

Automación de la gestión empresarial
Sistemas-Equipos-Servicio

¿QUE ES UN BUEN MEDICO?

su dinámica interna, ¿cómo no ha de seguir funcionando la Sanidad durante la breve y ordenada etapa del simple cambio administrativo inherente a la creación de su Ministerio? Ciertamente se producirían algunos trastornos, paralizaciones y entorpecimientos en el terreno administrativo, pero serían transitorios, comprensibles y, desde luego, perdonables.

Con la creación de la Dirección General de Medicina Socializada, todos los españoles cuyos ingresos estén por debajo del nivel que la ley señale tendrán derecho a las prestaciones, iguales en cantidad y calidad, de la medicina socializada. Y las prestaciones tendrán que abarcar todo el campo de la actividad sanitaria, sin excepción alguna, desde el embarazo a la senectud, desde la Medicina preventiva más simple a la curativa más complicada.

De las Direcciones Generales de Veterinaria y Farmacia poco podemos decir. Son los veterinarios y los farmacéuticos quienes con ayuda de técnicos de la Administración habrían de levantar sus respectivas Direcciones Generales, siempre en articulación dialéctica con la rama médica de la Sanidad. El aspecto farmacéutico es muy complejo y difícil, y su solución dependería de la orientación general económica y política, de la sociedad española. Sabemos que en España existe, aproximadamente, un médico por cada mil habitantes. Pues bien, de una manera increíblemente desproporcionada tenemos en España una farmacia por cada dos mil quinientos habitantes. En Dinamarca, la relación es de una farmacia por cada doce mil habitantes. Y es que en nuestro país la gran contradicción entre una Medicina socializada y una industria farmacéutica capitalista se agudiza de día en día. Según noticias oficiales, el porcentaje de la industria extranjera en la producción farmacéutica española es del orden del 49 por 100, con el peligro de que aumente progresivamente debido a la potencia y tecnología superiores de las sociedades extranjeras. Esta situación no tendría más que una salida: la nacionalización de las empresas extranjeras. Otra cuestión a considerar sería el de la socialización de las empresas y la normalización permanente de una farmacopea española.

Pero debemos hacer punto final. No es posible, en el marco de un artículo periodístico, desarrollar todo un ornamiento de un Ministerio de Sanidad. Ni siquiera defender y argumentar los escasos puntos desarrollados. Ello supondría una serie de conferencias o, al menos, una monografía extensa. La única misión de las líneas que anteceden es la de estimular el movimiento de conciencia de los médicos españoles sobre un tema de tan vital importancia para la Sanidad del Estado español. ■
J. G. Z.

Y A sabemos que para los grandes santones de la Medicina, ésta es un "sacerdocio que sólo pueden ejercer los dotados de una auténtica vocación". Pero teniendo en cuenta que un buen número de esos "sacerdotes" ganan millones de pesetas al año y que los privilegiados de la Medicina española integran seguramente el grupo de médicos de mayores ingresos de Europa en cifras absolutas, hemos de abordar el problema en forma más pragmática, partiendo de la base de que la profesión médica, igual que todas las restantes, cuenta con excelentes representantes y con otros que no lo son tanto.

Aunque las posibilidades de elección sean a menudo limitadas, como sucede en la Seguridad Social, en las zonas rurales y en las sociedades de seguro libre, creo que resultará útil para el profano que indiquemos ciertas características que permiten diferenciar al buen médico del que no lo es.

APARIENCIA Y EFICACIA

Uno de los principales defectos del español consiste en conceder una gran importancia a las apariencias. Le impresionan la sala de espera lujosa, ornada de valiosos cuadros, en la que pasa sentado largo rato hasta que la enfermera le invita a pasar al despacho médico. ¿Qué relación hay entre todo ese entorno y el valor del médico? Ninguna, e incluso podríamos afirmar que hay más bien una relación negativa, pues el hecho de que un médico llegue a ser muy rico significa que está cobrando a sus enfermos unos honorarios excesivos y el que haga esperar mucho tiempo a los enfermos indica más bien, con las excepciones de rigor, una falta de organización en su trabajo; miles de médicos utilizan en todo el mundo el sistema de la cita previa sin el menor problema.

Cierto es que muchos especialistas médicos afirman que regulan sus honorarios en función de la situación socio-económica de sus pacientes, pero ¿quién les ha otorgado responsabilidad alguna en la distribución de la renta nacional? Por otra parte, esa adecuación de los honorarios no deja de provocar situaciones grotescas, como la de aquellas señoras que antes de ir al cirujano o al tocólogo que debe asistirles cambian su habitual abrigo de pieles por uno corriente o dejan en casa sus anillos de diamantes.

En este sentido, no deja de ser paradójico, por no emplear otro calificativo, que en el país de mayor nivel de vida del mundo (Suiza), un tocólogo de auténtico renombre mundial cobre por la asistencia a un parto menos que un especialista español de capacidad muy inferior.

ESCUCHAR O EXTENDER RECETAS

Durante largos años, la Seguridad Social pagó mal a los médicos empleados a su servicio, pero esta situación se ha modificado progresivamente y hoy puede considerarse que los sueldos abonados, en relación con las horas de trabajo, son muy adecuados. También ha mejorado la situación, aunque todavía esa mejora no sea lo amplia que debería, en lo que se refiere al tiempo concedido para la visita o la consulta de cada paciente.

Persisten, no obstante, los malos hábitos contrarios por médicos y asegurados, y muchos de éstos acuden al "médico del Seguro" únicamente para que les recete, buscando sólo resarcirse de lo que les cuesta la Seguridad Social. Es muy difícil que el médico tenga el tiempo y la paciencia necesaria para convencer a cada asegurado de la inutilidad de la "receta por la receta", pues son muchos los médicos que estiman que cualquier ahorro en el gasto de medicamentos servirá en definitiva para construir instituciones más numerosas y lujosas.

Sin embargo, sería útil una amplia campaña de educación de los asegurados para convencerles de que deben acudir al médico como enfermos, y no como meros peticionarios de recetas, pero debería ir necesariamente acompañada de una auténtica fiscalización por el Estado y por las organizaciones de profesionales sanitarios y de trabajadores de las cuentas de la Seguridad Social.

En las consultas particulares no se plantea con tanta agudeza el problema de la prescripción medicamentosa, pero surge otro análogo: la facilidad con la que ciertos médicos piden exploraciones y análisis complementarios costosos y no exentos de riesgo. El progreso médico, igual que todas las formas de progreso, no es un bien en sí mismo, y cuando el enfermo sale de la consulta con una larga lista de radiografías y análisis para efectuar no debe pensar siempre que su médico ha actuado de la mejor manera posible.

El médico se deja arrastrar a veces por el deseo de completar al máximo la historia clínica de su paciente y solicita estudios complementarios que contribuyen poco a la solución del problema planteado y que sirven más que nada para satisfacer una curiosidad científica. Pongamos por caso la coronariografía: este examen, realizado cada vez con más frecuencia, consiste en inyectar una sustancia opaca en las arterias coronarias y comprobar si su calibre está disminuido; sin embargo, es peligroso y sólo en casos excepcionales permite la práctica de una intervención destinada a mejorar la circulación coronaria, intervención de resultados aleatorios y gravada además con una alta mortalidad.

El médico que conversa con el enfermo y que practica una exploración clínica cuidadosa reducirá al mínimo la necesidad de exploraciones complementarias, lo que irá, en definitiva, en beneficio de la salud y del bolsillo del paciente. Para que ello suceda en la generalidad de los casos es preciso que el público comprenda que el buen médico es, ante todo, un buen clínico y no un proveedor de enfermos para el analista o el radiólogo.

No son raros los enfermos que valoran al médico por la abundancia y aun por el coste de los medicamentos prescritos. Ciertos médicos, más deseosos de servir los gustos de su clientela que de educarla, rinden tributo a ese tipo de valoración prescribiendo simultáneamente varios medicamentos que a veces son idénticos o que, en el peor de los casos, no ejercen efectos sinérgicos. Un enfermo me decía hace poco que un afamado médico le había recetado una inyección de una determinada vitamina por la mañana y otra inyección de la misma vitamina, pero de otro laboratorio, por la tarde. ¿Qué extraño razonamiento le llevó a prescribir a la vez el mismo producto de dos laboratorios?

España ha tenido la suerte y la desgracia de pasar en breve plazo del subdesarrollo a un desarrollo socio-económico medio, pero la mentalidad de las gentes no ha evolucionado con igual rapidez y muchos piensan todavía que nada puede hacerse en Medicina sin rimeros de radiografías y de análisis. A numerosos españoles les asombraría observar que en países de desarrollo más paulatino, médicos prestigiosos reducen a lo estrictamente necesario el empleo de medios que han recibido acertadamente el calificativo de complementarios.

Otro tópico que conviene analizar es el del médico simpático. Naturalmente, cuando estamos enfermos nos gusta encontrar un médico que nos trata con simpatía, pero ésta puede encubrir a veces una cierta falta de eficacia. La palmada en el hombro nunca debe servir para disimular un estudio insuficiente del cuadro clínico del paciente.

Termino con el sentimiento neto de que ciertos párrafos de mi artículo molestarán a algunos médicos, pero estoy totalmente persuadido de que la Medicina ha de estar al servicio del enfermo y no lo contrario. Basándome en esa idea lo he escrito. ■
Dr. J. A. VALTUENA.