

Asamblea del personal sanitario de la Paz, en Madrid, a raíz de la saturación de los servicios de esa ciudad residencia, que obligó a la instalación de camas en los pasillos.

Reforma sanitaria

El I.N.P.: una herencia que pesa demasiado

ALBERTO VILLA LANDA

EL recién creado Ministerio de Sanidad y Seguridad Social ha sido una reclamación constante de distintos sectores sociales y en especial de los profesionales sanitarios. Con su existencia se preveía la posibilidad de aglutinar en un solo departamento toda la tarea sanitaria. De acuerdo con las recientes declaraciones del señor ministro a "Tribuna Médica" (número 76, del 5 de julio), único elemento de referencia, significa el predominio ideológico y tecnocrático de la Seguridad Social, que consolida así su papel hegemónico en la sanidad española.

De acuerdo con las citadas declaraciones, se definen como funciones y objetivos del citado organismo las de elaborar la política social del Gobierno, en base a la modernización de las prestaciones de la Seguridad Social, y la de unificar la asistencia sanitaria. Es

decir, se potencia la línea que venía prestando la Seguridad Social, gracias al control inicial del Ministerio por el grupo de presión más continuista, confuso y demagógico de la sanidad española, el mismo que inició en su tiempo Girón de Velasco a la cabeza del Ministerio de Trabajo y Lafuente Chaos en la estructuración del SOE y que llega hasta hombres como Martínez Estrada. Con ello se pierde la ocasión de la modernización de la sanidad, a pesar de que el señor Sánchez de León diga que "será un Ministerio de concepción moderna". Con ello se ha alejado la posibilidad de crear una sanidad que responda a las exigencias generadas por la sociedad española.

El énfasis se ha puesto una vez más en las dos consecuencias más evidentes de las interacciones sociales: la desatención social y la enfermedad.

La política sanitaria como práctica administrativa desarrolla en toda su amplitud el concepto actual de salud pública y constituye parte fundamental de la política social de cualquier Gobierno. Pero es preciso dejar bien clara la contradicción que en los países capitalistas supone esta interacción de "lo sanitario" en una política de seguridad social, esta última orientada a frenar las reivindicaciones populares y aliviar las tensiones sociales inherentes al capitalismo. En este sentido, la supeditación de lo sanitario a "lo social", la dependencia política y económica de la salud pública con respecto a la Seguridad Social constituye un claro intento por parte de la oligarquía de dar sólo una respuesta parcial (asistencia médica) a la compleja problemática sanitaria, que las clases populares reivindican en nuestro país, sin cuestionar

el deterioro que la salud de la comunidad sufre como consecuencia de la propia explotación capitalista y que incide directamente en la calidad de la vida que se disfruta.

Por eso, aunque admitimos con Sonis que la salud pública no puede desglosarse del campo general que significa la Seguridad Social, tanto en la consideración de los problemas que plantea como en los programas que se dispongan, es preciso valorar tanto política como históricamente lo que significa tal integración y que el sector de salud se transforme en un subsistema del sector social con un claro y decidido enfoque conjunto de todos los problemas que así lo requieran.

Desde un punto de vista histórico, los procesos que configuran lo que hoy se denomina salud pública y seguridad social son radi-

calmente diferentes. En el primer caso, la evolución de los conocimientos científicos, el uso de una tecnología cada vez más depurada, la consideración de la salud como un sistema abierto tributario de múltiples disciplinas y la creciente participación activa de la comunidad en la resolución de sus problemas sanitarios determinan como progresista el contenido objetivo de cara a la conservación de la seguridad social en los países capitalistas constituye la política "social" del poder establecido de cara a la conservación de sus propias posiciones de poder y de consolidación de sus intereses económicos. Lo irreconciliable, de una política sanitaria y una política social reside, pues, en el carácter progresista de la primera, que responde a los intereses de las clases populares, y el carácter conservador que le imprime a la segunda su defensa de los intereses de la oligarquía. Por ello, sólo en una perspectiva socialista podrá realizarse plenamente la integración de una problemática sanitaria dentro de una política social que responda claramente a los intereses del pueblo.

La asistencia sanitaria propugnada por el nuevo Ministerio supondrá la máxima racionalización del costo de la atención médica, por una preocupación por el enfer-

—"El País" de 9 de julio de 1977—, al analizar la creación del nuevo Ministerio donde señala que "la situación caótica actual de la sanidad ha sido provocada por la actuación en los años precedentes de personas perfectamente conocidas, con nombres y apellidos, que han venido actuando amparadas en la más absoluta impunidad. Consideramos inexcusable que dichas personas, que han intervenido en la planificación y estructuración de la seguridad social, deben quedar descalificadas para intervenir, de una u otra forma, en la organización de la nueva sanidad".

Ahora bien, a nuestro juicio, no se trata sólo de personas, sino también de instituciones. En este sentido, la Seguridad Social ha jugado un papel fuertemente distorsionador en el sistema sanitario español al crear un sistema asistencial propio en competencia con los de la Administración Pública. En un informe de la OMS en el que se analizan los sistemas de salud en Europa y su relación con los seguros de enfermedad, se dice: "En la primera de estas eventualidades, en la que Bélgica, España e Italia son ejemplos significativos, los organismos de seguro de enfermedad tienen una gran libertad en la distribución de los servicios a sus afiliados. Tienen y

nados a los establecimientos públicos. Con ello se entra en círculo vicioso. A medida que el número de afiliados y los recursos aumentan, estos organismos se transforman en una verdadera potencia en el país. Desarrollan su política sanitaria que puede ser diferente de la del Ministerio correspondiente; dificultan la planificación sanitaria y hacen a veces presiones poco aceptables a los médicos. Todo esto puede desembocar en un cierto desorden, así como en la segregación y desigualdad ante la enfermedad que es contraria a toda evolución social. La situación puede llegar al absurdo cuando la casi totalidad de la población está asegurada".

La creación del Ministerio ofrece dos alternativas:

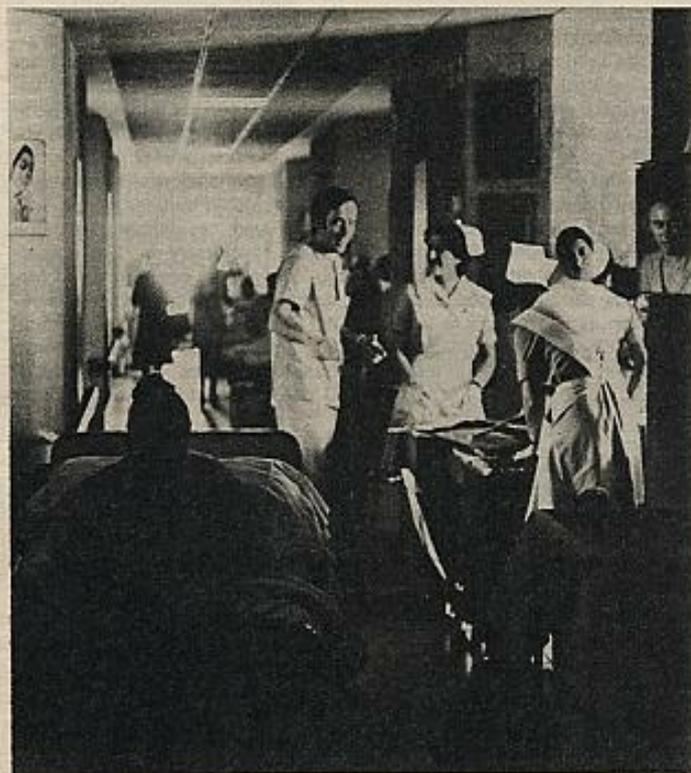
a) Formular una auténtica política de salud, asumir plenamente las competencias sanitarias que desarrolla actualmente la Dirección General de Sanidad modificando profundamente su estructura y modernizando sus funciones. Con ello conseguir que el Estado pudiera asumir plenamente la responsabilidad de la salud de la colectividad y la individual a través de su propia Administración. Conseguir ello le obligaría a una actuación sanitaria que respondiera a las necesidades de la comunidad española; habría de impulsar y concentrar toda la higiene del medio y de los alimentos, crear un Servicio Nacional de Salud, fusionar toda la red asistencial de la Seguridad Social con la de la Administración Pública, la de la provincia, hoy en poder de las Diputaciones, y la del municipio; la integración de las tres funciones del acto médico —prevención, curación y rehabilitación— junto a la reinserción social; establecer un registro de especialidades farmacéuticas que supusiera un verdadero control de los medicamentos. La financiación habría de ser estatal, lo que significaría que las prestaciones económicas de la Seguridad Social se elevarían hasta niveles dignos. Todo ello de una manera paulatina y de acuerdo con la aplicación de la reforma fiscal.

b) Realizar una política social, en base al esquema de la Seguridad Social, con la adecuación de las actuales prestaciones sociales; la creación de un pretendido Servicio Nacional de Salud de acuerdo con el modelo del INP y mantener la competencia actual de la Administración Pública en el marco de una Dirección General de Sanidad anticuada y poco dotada económicamente. Ello evitaría la formulación de una política sanitaria que supusiera un aumento de la calidad de la vida. La financiación descansaría sobre las cotizaciones de la Seguridad Social y una pequeña aportación estatal. Es decir, el sistema estaría financiado por los asalariados, desertando prácticamente el Estado de su responsabilidad sobre la salud colectiva e individual.

La elección, al parecer, de la

segunda alternativa representa la continuidad del INP, organismo de fuerte contenido ideológico que ha sido un instrumento en manos de la oligarquía y de la gran burocracia franquista utilizado para amortiguar la lucha obrera, realizando una política social basada en bajas prestaciones sociales y una asistencia médica demagógica centrada en grandes y sofisticados hospitales que contrasta con una medicina ambulatoria y de urgencia empobrecida y deprimida. Su autoritarismo ha permitido una gestión que obedece a los intereses oligárquicos y que ha supuesto un exacerbado centralismo; su burocratización, por otra parte, ha conducido a un espectacular despilfarro económico en contraste con una gran acumulación de capital posteriormente desviada a otros sectores ajenos a la inversión social y sanitaria (Hunosa, etc.). Igualmente, su sistema de financiación ha significado un factor inflacionista y frenador de la inversión de la pequeña y mediana empresa, contribuyendo en manera no despreciable el paro tal y como el mismo Gobierno ha reconocido en su declaración del día 11. Estas características han derivado de su origen franquista, desvirtuando la función de socialización de la atención médica tan necesaria en nuestro país. En todo caso, se ha creado una estructura que ha contribuido a aplazar la solución de los graves problemas sanitarios del país. Por otra parte, ha fomentado un tratamiento indiscriminado y en ocasiones dañino de los enfermos al sustituir el cuidado médico por el medicamento.

El señor ministro ha declarado a la Comisión de Médicos de Sanidad Nacional ("El País", 13 de julio) que el nuevo Ministerio no sería heredero de estructuras anteriores. Es un compromiso que para cumplirlo el ministro va a necesitar apoyo y acuerdos de amplios sectores profesionales y sociales, pues las posiciones de la burocracia franquista en el seno del INP, son todavía muy sólidas. Ahora bien, para conseguir poner en marcha esos acuerdos sobre el proyecto de reforma sanitaria es necesario que la UCD, consecuente con su programa electoral, comprenda que ya no es posible seguir gobernando a través de decretos ni hacer reformas ni planes desde los despachos. La reforma sanitaria, como cualquiera otra, debe pasar por el debate parlamentario y por la discusión pública de todos los sectores interesados: profesionales, centrales sindicales, asociaciones de vecinos, partidos políticos, etc. Sólo así se podrá disponer de un modelo sanitario válido y aceptado por los ciudadanos. En última instancia, y como cualquier mejora de la calidad de la vida, es necesario encuadrarlo dentro de una política económica adecuada a los intereses del conjunto de la población y no a los de grupo. ■ Fotos: RAMÓN RODRIGUEZ



mo agudo y, como hasta ahora, una marginación de los procesos de larga duración. Ejemplo sangrante de ello son los enfermos mentales. Todo ello significa el modelo de asistencia elaborado por el INP, y que ha sido continuamente denunciado por los Colegios Profesionales y los usuarios. La última denuncia la ha realizado el Colegio de Médicos de Madrid

administran hospitales y dispensarios, contratan médicos y enfermeras, crean laboratorios y una red asistencial independientes de la establecida por el Ministerio de Sanidad. Son establecimientos más nuevos que los dependientes de la colectividad, a menudo más modernos, y la Hacienda Pública argumenta a veces con su existencia para reducir los créditos desti-