

PATOLOGIA ACTUAL DE LA SANIDAD

Por Amador Schüller

La Sanidad procura conservar la Salud. El Estado debe considerar objetivo prioritario mantener preservada la Salud del pueblo. En cualquier etapa histórica de las naciones los *problemas sanitarios* han sido relevantes y exigido o demandado una atención peculiar por parte de las *autoridades políticas y sanitarias*, pero por lo que se ve cada día, unas y otras, no han respondido al menos de forma adecuada a tan trascendente reto.

La Sanidad se proyecta sobre varias áreas socio-culturales:

- Prevención y protección del individuo y de grupos de éstos de la enfermedad (Proyección preventiva).

- Atención clínica completa del sujeto enfermo, en medios rurales y urbanos, por personal facultativo, es decir, por médicos, enfermeras y ATS y matronas (Proyección asistencial).

- Formación idónea del personal sanitario (*Proyección docente*) durante las correspondientes carreras y después de ellas, en forma de cursos de formación continuada, de especialización, etc.

- Fomento de la Investigación, clínica y epidemiológica y hasta básica cuando las incógnitas así lo reclamen (*Proyección investigadora*).

Estas *directrices* se interrelacionan entre sí, son indisolubles y deben ser fomentadas y apoyadas de forma generosa, activa y eficaz por parte de los distintos estamentos o niveles de la Sanidad y del Estado. No sólo con *leyes* se arreglan los problemas sanitarios, sino haciéndolas cumplir racionalmente y efectuando su seguimiento. Leyes sanitarias posiblemente hay sobradas, pero ellas y las que vengan, ¿están bien pensadas? ¿han ido precedidas de suficiente reflexión? ¿son dictadas por hombres expertos y que sólo vean ante sí cómo es *el o los* problemas y cual es la forma de resolverlos sin dogmatismo ni sectarismos? Mi contestación a estas preguntas es muy negativa.



Amador Schüller.

En primer lugar una Administración generosa debe asumir que una *correcta Sanidad «cuesta dinero»*, y por tanto organizarla, defenderla y apoyarla con toda su capacidad económica.

En España, como en otras naciones, el *presupuesto para Sanidad es deficitario o insuficiente o quizás no bien aprovechado*. El primer aspecto causal no es fácil de corregir. La *disminución del gasto público* en partidas menos importantes y hasta superfluas, imponiendo *austeridad para todos*, proporcionaría o facilitaría superior soporte económico para la Sanidad.

En segundo lugar, la Patología de la Sanidad no permite perder tiempo discutiendo, sin tomar decisiones, sobre *conveniencia de Sanidad Pública o Sanidad Privada*. Es necesario y con urgencia contar con una *buena Sanidad*, la que de verdad merece la Sociedad sin demagogias electoralistas. Todos los sectores de la Sanidad Pública y Privada deben incrementar su dedicación y esfuerzo, *sin exclusivismos*, con complementariedad, es decir, colaborando ambas para cubrir las necesidades sanitarias. La Sanidad Pública es *imprescindible* al existir amplios sectores de la población que no pueden sufragar los costos de una asistencia médico-quirúrgica con moderna y sofisticada infraestructura. La red amplia y bien dotada de la Sanidad Privada debe aportar colaboración lo que sin duda haría gustosamente mediante modelos, por cierto bien conocidos y experimentados.

La Proyección preventiva de la Sanidad «se encuentra enferma». Siendo importante, su función se encuentra alterada por causas diversas y bien notorias a nuestro entender. Hasta hace pocos años esta misión estaba encomendada al *Cuerpo de Sanidad Nacional*, actualmente desatendido y maltrecho, sin el debido soporte moral, técnico y económico. Formado por profesionales ilustres y expertos, que han quedado desplazados y sus misiones asumidas por otros sin currículum específico. Buena prueba de ello, la situación

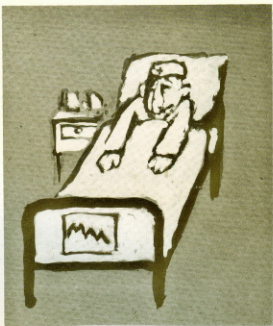
actual del Patronato Antituberculoso, existiendo un nuevo reverdecer de la Tuberculosis en ancianos, no rara en jóvenes, y en afectados de SIDA. De igual manera cabe decir de la Lucha antivérea, antirreumática y prevención de las cardiopatías, etc.

Por supuesto, consideramos que no existe una programación seria de la *Prevención de la Salud*, de revisión periódica de los sujetos supuestos normales, salvo en algunas empresas. Son insuficientes en calidad, reiteración e intensidad, las campañas informativas y de otros muchos tipos en cuanto a Prevención del alcoholismo, drogodependencias, enfermedades infecciosas y desde luego, donde existe alarmante insuficiencia en la actividad y orientación preventiva es en la vigilancia de la industria, comercios, mercados y en general en el ramo de la alimentación, incluso después de la dramática experiencia con el aceite de colza.

Asistencia al enfermo

La *Proyección asistencial* de la Sanidad, presenta evidentes defectos. Persiste el lamentable espectáculo de consultas de médicos generales y pediatras donde la *masificación de enfermos* impide una adecuada atención médica. El facultativo no dispone del tiempo necesario para efectuar una historia clínica y una exploración completas, lo que obliga a una terapéutica sin fundamentos suficientes, de cobertura y otras veces hasta la complacencia y siempre motivo de innecesario despilfarro económico, o bien conduce a solicitar múltiples exploraciones sin una base racional o recabar la opinión de varios especialistas, con lo que también se saturan las consultas de éstos. Parece que el mecanismo alternativo de lo anteriormente citado es la defectuosa distribución de los médicos, con un número superior de familias adscritas al que debería ser, de forma peculiar en cuanto a médicos de Medicina General y Pediatría se refiere. Solución, disminuir el número de cartillas por Médico General y Pediatra, con lo que más médicos entrarían en la red asistencial. Ahora bien, aumentado lo que perciben por cartilla, para que no vieran disminuir sus emolumentos, a nuestro entender actualmente insuficientes. También hay que actualizar el estudio de los cupos de familias por Especialistas, con lo que se ahorraría gracias a una buena asistencia clínica en el gasto de medicamentos, se podría hacer este reajuste que he señalado.

Es tan importante la *asistencia primaria* (medicina primaria o Medicina de primera



Diego Mora

En primer lugar una administración generosa debe asumir que una correcta Sanidad «cuesta dinero», y por tanto organizarla, defenderla y apoyarla con toda su capacidad económica

asistencia), tanto en el medio rural como urbano, que mientras no mejore hará inútil cualquier tipo de Reforma de la Sanidad. Una Medicina primaria o de primera asistencia, efectuada por médicos generalistas y pediatras resuelve aproximadamente el 80% de los problemas clínicos de cada día, con lo que disminuiría la aglomeración de pacientes en los Hospitales y Centros comarcales, provinciales, etc. y sin duda disminuiría el gasto de medicamentos y exploraciones innecesarias.

Otro factor básico es la posibilidad de libre elección de médico lo que entraña, lo admitimos, dificultades, no insalvables. En ambientes rurales, donde sólo existe un médico por municipio no cabe hacerlo. Pero la experiencia de años y decenios es que la inmensa mayoría de los médicos de las comunidades rurales, son magníficos facultativos que atienden con gran vocación, preparación y humano afecto, la mayoría de los casos clínicos que se presentan. En ciudades mayores, qué duda cabe que la libre elección de médico establece una competitividad que, si es honesta sería deseable para el bien hacer. Esta elección libre de médico hay que hacerla extensiva a los especialistas. Al menos, en áreas de ciudades o comarcas sería medida saludable para la Sanidad.

Asunto primordial es situar a cada médico en el lugar más idóneo para que realice su

trabajo. Me refiero al frecuente hecho de Centros de diverso nivel con facultativos que no son necesarios en dicho lugar o la falta de ellos cuando son imprescindibles. En este sentido, hay Centros comarcales, etc. que no están bien organizados o/y planificados, sin la plantilla precisa cubriendo Medicina Interna, Cirugía General y Traumatología, Pediatría, Obstetricia-Ginecología y Psiquiatría, con un Laboratorio de Análisis clínicos y un área de Radiodiagnóstico. En la actualidad hay Centros de Salud que podrían ser mejorados en su organización y funciones. Las Especialidades no citadas anteriormente son propias de Centros secundarios o segundo escalón y algunas como Neurocirugía, Cirugía cardiovascular y torácica, Transplantes, Genética, Inmunología, Isótopos, etc. solamente deberían situarse en Hospitales terciarios o de Comunidades o Nacionales.

El relativo fracaso o disfuncionalidad del organigrama actual de la Sanidad pública no sólo radica en defectos organizativos y en una *burocratización exagerada* sino también en la *falta de ilusión* de muchos facultativos de todos los niveles y tipos, ilusión que ha sufrido las consecuencias de varios factores: disminuida vocación de algunos, pérdida del espíritu de sacrificio, del sentido de solidaridad en otros y en no pocos insuficiente mantenimiento de su formación científica. Nos parece que la *excesiva funcionarización* de los facultativos unida a la citada *burocratización* del sistema, han contribuido a la insuficiente ilusión, a las casi nulas esperanzas del personal sanitario, sin perspectivas claras, «ahogadas» sus honestas ambiciones, lo que las lleva a una *rutina perjudicial* para ellos mismos.

El factor humano

Otra causa poco tenida en cuenta al hacer estos tipos de balances es el *factor humano*, refiriéndome al sujeto beneficiario de la prestación sanitaria. Con frecuencia, hay abusos en el sentido de uso excesivo de medicamentos, al parecer hecho frecuente entre personal jubilado, entre los ancianos y en general en enfermería o colectivos de todo tipo que incluso llegan al nivel de exigencia al facultativo con el natural aumento innecesario del costo asistencial. Esta Patología decrecería informando bien y reiteradas veces a la Sociedad, de lo que es y supone una Sanidad adecuada y correcta, con *Campañas divulgativas* del alcance de la Asistencia sanitaria, con el fin de que el paciente y hasta el sano, no exijan aquello que no cabe suministrarle o no sea necesario hacerlo. Campañas orienta-

A asunto primordial es situar a cada médico en el lugar más idóneo para que realice su trabajo

tivas sobre las enfermedades más frecuentes e importantes y que dirigidas por expertos modificarían la opinión de la Sociedad y sin duda sus actitudes.

Juzgo muy alterativo, en la situación sanitaria actual, la falta de adecuación del número de camas de hospitalización a las necesidades nacionales y de las comunidades, al menos en la Región Centro. En Madrid ciudad, tenemos hoy menos camas de Hospital que hace quince años. No se ha abierto ningún Hospital y ha desaparecido la Hospitalización de la Cruz Roja, cuyo Hospital ha sido trasladado a Getafe, mientras que en dicho tiempo ha aumentado el número de habitantes, es decir, el número potencial de enfermos. Motivo entre otros de las *listas de espera* en la Seguridad Social o Insalud y que no va a ser corregido y no se si paliado por la pretensión de ampliar el funcionamiento de quirófanos en las horas de la tarde. Lo que por un lado, determinará mayor número de camas de hospitalización para los postoperados y desde luego mayor número de personal a todos los niveles. Ahora bien, las listas de espera no sólo se refieren a Departamentos de Cirugía, sino también a ciertas áreas de la Medicina Interna y de sus Especialidades, como a Servicios Centrales de Radiología, Medicina nuclear (isótopos, etc.) Laboratorios hormonales, técnicas instrumentales complementarias del diagnóstico (Ecografía, TAC, Resonancia Magnética, etc.). A este propósito *gestan* actualizados los estudios de *necesidades de infraestructura* para corregir estas insuficiencias? Es de suponer que técnicos en la materia tengan esta importante ocupación.

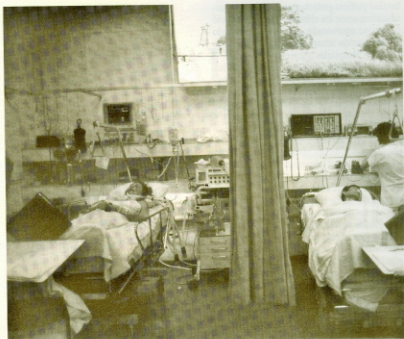
Otra cuestión que juzgo potencialmente perjudicial, es el cambio sufrido en la *gestión de la enfermería hospitalaria*, dependiente ahora de un Director de Enfermería, en la mayoría de casos un ATS y por tanto independiente de la Dirección médica y de la jefatura de Servicio o de Departamento clínicos. Desatino que constituye fuente de errores, de descoordinación entre médicos y personal auxiliar a la hora de prestar asistencia a los enfermos hospitalizados o/y de aplicar técnicas terapéuticas. La última responsabilidad del diagnóstico, tratamiento, evolución, es decir, del fuero del paciente, es del médico asistencial y del Jefe de Sección o/y Servicio. Responsabilidad que se quiebra al no poder dirigir, y realizar el control y seguimiento de la actuación de las enfermeras, matronas y ATS, incluso de los demás auxiliares de clínica, lo que ahora depende jerárquicamente de un Jefe de Enfermería, no médico y que en muchas ocasiones es nombrado «a dedo». Al médico Jefe de un servicio Hospitalario se le exige la responsabili-

dad directa, absoluta o total, de los enfermos ingresados en su área, pero ¿puede ser así desde el momento que una parte fundamental de la clínica como es la labor de enfermería escapa de su control y vigilancia al ser supervisada por una enfermera Jefe que depende directamente del Director de Enfermería? Esta, a nuestro entender, anomalía o atipia debe ser con urgencia corregida.

También considero equivocado y desde luego en mi experiencia no ha reportado mejora o beneficio alguno, la decisión tomada de *Cesión demanial de los Hospitales Clínicos al Insalud* por un tiempo de 99 años, etapa que se ve limitada pero que será o se hará muy larga. Las razones fueron diversas, la básica, el presupuesto de los Hospitales clínicos, que elevado, resulta gravoso para la Universidad y para el Ministerio de Educación y Ciencia que al desprenderse de ellos, al menos en la gestión administrativo-económica, han decaído de su obligación y derecho como es la gestión de cualquier Facultad o Departamento universitario. Con ello los Profesores o docentes médicos, han perdido el patronazgo del que era su Ministerio tutor. La alteración o disturbio es tan ostensible como el que produciría si la Facultad de Derecho fuera cedida demanialmente al Ministerio de Justicia o la Facultad de Económicas y Empresariales al Ministerio de Economía. Pero es que además, se quiera o no, las Facultades de Medicina han sufrido la traumática escisión de perder su Hospital Clínico, precisamente en momentos que los otros o algunos de los Hospitales del Insalud han luchado y conseguido la consideración de Universitarios. Aunque la semántica no tenga mucha importancia, para mí sí la tiene. Los Hospitales Clínicos, llenos de tradición y de historia dejan de llamarse Clínicos para denominarse como los demás Hospitales Universitarios. ¿Qué necesidad había para esto?, cuando la Universidad demostró ser generosa aceptando mediante convenios a los Hospitales que con diversa vinculación institucional (Insalud, Beneficiencias Provinciales, Municipales, Cruz Roja, Ministerio de Defensa, etc.) deseaban integrarse para ayudar a la Universidad en cometidos docentes, proporcionando «venías docendi» a sus médicos, por cierto, excelentemente formados.

Problemas clínicos

No han pasado todavía muchos años y ya se aprecian las consecuencias negativas: Profesores universitarios que han perdido la estimación, cátedras que han dejado de ser, sím-



Los Hospitales Clínicos
cumplían funciones
asistenciales sobre las que
cimentaban docencia e
investigación de forma
inseparable

bolos universitarios borrados de sus puertas, nombramientos de cargos directivos del Hospital por libre designación en «puestos de confianza», falta de reuniones de las Juntas Facultativas (ésto me consta de forma inequívoca en la Hospital Clínico de San Carlos de la Universidad Complutense), intentos intervencionistas de las autoridades del Insalud en materias de organización docente hospitalarias (en los Tribunales a cátedras y titulaciones universitarias nombran dos miembros del mismo). Estos ejemplos y hay más, nos afirman en la creencia que los Hospitales Clínicos hasta el año 1987 vinculados a la Universidad, nunca debieron dejar su dependencia a ello. Los Hospitales Clínicos cumplían funciones asistenciales sobre las que cimentaban docencia e investigación de forma inseparable, mientras que los Hospitales del Insalud, por cierto, con un gran nivel asistencial, también atendían programas de formación de residentes, pero salvo alguna excepción, con escaso interés por la función investigadora. Aún así, desatendidos los Hospitales clínicos del suficiente soporte económico para renovar infraestructura y mejorar la dotación de personal, por parte de una Universidad con escasos recursos económicos y dependiente del Ministerio de Educación, que tampoco los aumentaba en la cuantía necesaria, algunos Profesores Universitarios consideraron solución el que el

Insalud pudiera gestionar económica y administrativamente los clínicos. Por ahí se inició el camino equivocado, que ha desembocado en la situación actual de los hasta bien poco llamados Hospitales clínicos.

Por otro lado, todavía, en general, los sanitarios no han alcanzado el nivel formativo deseado, observándose insuficiente preparación doctrinal y adiestramiento práctico, tanto en los médicos como en enfermería y ATS. Lo que se debe a defectos en la preparación a nivel de las Facultades de Medicina, por causas múltiples, destacando de ellas la *masificación del alumnado* (grave consecuencia y culpa de los que se oponían a la limitación del número de alumnos) y el deterioro del nivel, de la *calidad del Profesorado* por causas diversas (pruebas de idoneidad para Profesores titulares, oposiciones a cátedra con menor exigencia, endogamia universitaria, etc.). A ello se suma la no bien conseguida *Proyección docente* de la Sanidad. A pesar del esfuerzo del Insalud ahora y de la Seguridad Social antes, las *pruebas MIR*, ceñidas a contestar un cuestionario de preguntas, que tiene algunas ventajas (igual examen para todos los aspirantes) condiciona la forma de estudiar desde la licenciatura. El alumno no se detiene el tiempo debido en las áreas clínicas, viendo enfermos y aprendiendo a resolver sus problemas. Consulta pocos textos y menos aún revistas científicas, decae su interés por las sesiones clínicas y seminarios si no se hacen obligatorios, etc. Se ha «viciado el camino formativo».

También ha decaído la proyección docente como consecuencia de la perjudicial antinomia que ha surgido en los Hospitales Clínicos y universitarios, entre el personal docente universitario y el clínico, fisura del personal clínico-docente, escisión o hendidura que jamás debió alumbrarse, de malas consecuencias para la vida hospitalaria. Mucho ganaríamos si se consiguiera que todo el personal clínico de los citados hospitales tuviera *incentivos especiales* por docencia de pregraduados y consideración administrativa de «colaboradores clínicos de docencia».

Investigación

También hay que insistir continúe haciéndose la *elección de los profesionales facultativos* en toda la red de Sanidad, sobre *bases puramente científicas*, incrementando el nivel de exigencia e insistir de igual forma en los *programas de especialización*. A este respecto somos partidarios de la *prueba final de acreditación* (existente en muchos países del

Los sanitarios no han alcanzado el nivel formativo deseado observándose insuficiente preparación doctrinal y adiestramiento práctico tanto en los médicos como en enfermería y ATS

La Sociedad y la Administración del Estado deben tener presente que sólo fomentando de forma decidida y eficaz la Investigación se conseguirá mejorar la Sanidad

Mundo Occidental) ante una comisión de reconocidos expertos.

La administración apoya de forma insuficiente, a nuestro entender los *cursos de especialización*, las becas para ampliación de estudios, las estancias en centros bien acreditados, nacionales y extranjeros, la enseñanza continuada. Y muy trascendente: hay insuficiente número de enfermeras, consecuencia del error de clausurar Escuelas de Enfermeras. Sólo cabe una solución: Abrirlas de nuevo.

Finalmente, la *Proyección investigadora* de la Sanidad es harto insuficiente, sólo paliada en los últimos años con las ayudas FIS, etc. La Sociedad y la Administración del Estado deben tener presente que sólo fomentando de forma decidida y eficaz la Investigación se conseguirá mejorar la Sanidad. Hoy día es insuficiente la labor investigadora en el ámbito sanitario. Falta o son escasos los Grupos de Investigación en Facultades y Hospitales, especialmente aquellos que con *directrices interdisciplinares* aúnen esfuerzos de médicos, biólogos, químicos, físicos, matemáticos para la solución de los problemas, de las incógnitas que plantean el hombre enfermo y el cadáver. Los *pingües resultados de la clínica sanitaria española* obedecen entre otras causas al escaso desarrollo de la Investigación y su reducido apoyo estatal, así como a los defectos organizativos por parte de Universidades y Centros Sanitarios.

Faltan áreas específicas de Investigación y por cierto suficiente número de investigadores, y desde luego hay *carenacia de «mentalidad investigadora»*. Deben crearse *áreas específicas de Investigación médica, Biomédica*, incorporándose a la vida de los Departamentos clínicos, como también fomentando la *coordinación entre Departamentos básicos y clínicos* para que dejen de funcionar como compartimientos estancos. Unas y otras medidas vivificarían con *nueva savia* los departamentos clínicos, a los que llegan así conocimientos desde otros campos del saber, y serán la «terapia» adecuada para impedir o anular la rutina clínica a la que se llega por «estancamiento» en el saber.

Para terminar, un *ruogo* a las Autoridades Sanitarias y del Estado para que, con ideas creativas, modifiquen la distorsión producida por las causas analizadas y desde luego, si han de elegir nuevos modelos sanitarios se fundamenten en los que tienen países de elevado nivel sanitario y no países evidentemente del tercer mundo. ■