

Editorial

De dónde venimos y a dónde vamos

La evolución histórica de la medicina es bien conocida por todos nosotros en sus caracteres más o menos esenciales. Cualquiera, en algún momento de su formación médica o en sus ratos libres ha leído todo o partes del conocido libro de Laín Entralgo *La Historia de la Medicina*, en el que se desgana información suficiente para sentar las bases de la evolución del conocimiento científico que nos lleva desde los inicios de la medicina arcaica a épocas muy actuales. En y por él hemos podido tener noticias de hechos singulares y avances notables surgidos al socaire, las mas de las veces, del razonamiento asentado sobre la formación evolutiva de singulares hombres que incluso hoy nos sirven de referencia y que están en nuestra memoria.

Bien sabemos que el saber ordenado y por ende la enseñanza de lo conocido en nuestro ámbito, cobra una nueva dimensión frente a lo pretérito con la aparición en el tiempo de las Academias de Medicina y la fundación y de las Universidades, instituciones estas que han seguido un desarrollo dispar en su evolución hasta nuestros días y en las que, de distintas formas, se ha cultivado hasta hoy, y con toda seguridad en el futuro, el desarrollo del conocimiento médico basado en la aplicación de una metodología científica racionalmente asentada en lo contrastado como válido.

Hasta ahora, de la forma mas breve posible, hemos querido plantear el devenir en el tiempo del conocimiento, base de la formación médica actual cuyo fin esencial es lograr la curación de nuestros pacientes si es posible o mejorar la calidad de vida de los mismos en aquellos casos en los que el fin primordial es inalcanzable. Planteado de esta forma estamos frente a una dualidad de carácter esencial: el médico y el paciente.

Cabría la tentación de asignar un papel primordial al primero, ya que es él y solo él el que logra, con la aplicación de su praxis, alcanzar la salud del segundo. Si así fuese estaríamos ante una concepción esencialmente errónea. En nuestro criterio debería prevalecer el paciente como actor principal de nuestros planteamientos, debiendo relegarse a consecuencia de aquel al médico. Así, podríamos plantear que la medicina nace y se desarrolla como consecuencia de la necesidad de tratar a los pacientes. Este es un hecho constatable en nuestro entor-

no: ante nuevas patologías, la investigación médica se centra en generar nuevos medios diagnósticos y terapéuticos. En realidad estamos hablando de la asistencia A nuestros pacientes.

La evolución histórica de una asistencia poblacional organizada en España tiene un inicio mucho mas reciente que la progresión del conocimiento. Para muchos tiene su origen en la *Constitución Política de la Monarquía Española de 1812*, que el vulgo sobredenomino, como es bien conocido, con el apodo de «La Pepa». Lo cierto, sin embargo, es que ella se fundamenta en un proyecto legislativo previo, la conocida como *Ordenanza de la Sanidad Maritima y Terrestre* redactada por Benito Puente en 1804, bajo el reinado de Carlos IV, que nunca llegó a aplicarse. Ambas surgen de la necesidad de controlar las graves epidemias que asolaron la España de entonces.

El desarrollo de este marco normativo nos lleva a una concepción de la asistencia a la población bajo una estructura piramidal cuya dirección corresponderá al Ministro de la Gobernación y terminará en las denominadas Juntas Provinciales, Municipales y Litorales que serían, en última instancia, las responsables de la organización de la asistencia directa a la población en cada área. En esta época la relación dual Medico/Paciente adquiere los caracteres significativos que todos conocemos y que se fundamenta sobre la base de un loable conocimiento entre ambos. Podríamos afirmar que en aquel entonces es el médico (en singular) el que cura al paciente, quedando en un segundo plano la propia organización sanitaria.

Esta estructura piramidal que someramente hemos contemplado, se repetirá en las sucesivas normativas legales como son el *Reglamento sobre Organización y Atribución del Consejo y las Juntas de Sanidad de 1848*, *Ley General de Sanidad de 1855* promulgada bajo el reinado de Isabel II (en la que con carácter anecdótico se crean lo que sería superponible hoy al Desarrollo Profesional, las visitas domiciliarias y el Facultativo Titular puesto al que se accede por oposición) y *Instrucción General de Sanidad Publica de 1904* (en la que se contempla la creación del Cuerpo de Inspectores de Sanidad y los Colegios Profesionales)

En 1934, durante la II República y bajo los auspicios de Niceto Alcalá-Zamora y Torres se aprueba lo que en algunos

textos se denomina *Ley de 11 de julio de 1934 sobre Régimen Sanitario* y en otros de mayor fiabilidad bibliográfica se denomina *Ley de 11 de Julio de 1934 de Coordinación Sanitaria*, que es como realmente se publica y que popularmente se llegó a conocer como *Ley de las Mancomunidades Sanitarias*, ya que su esquema de desarrollo se basa en la constitución de unos organismos administrativos que se denominarán *Mancomunidad de Municipios de la Provincia* que ostentarán, por delegación del, por primera vez citado, Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión. Su importancia radica en la división del territorio nacional en bloques poblacionales que deberán ser atendidos por los facultativos de los cuerpos de la administración, y también por ser la primera vez que se organiza el control de los recursos económicos. De forma anecdótica citaremos que en ella se contemplan la creación de *equipos móviles* de atención quirúrgica que se desplazarían a poblaciones que no dispusiesen de esta necesaria actividad, situación que conocemos en estos tiempos recientes presentada como innovación.

Tras la publicación del denominado *Fuero del Trabajo en 1938*, se aprueba una ley de corta extensión pero de suma importancia para nuestro país cuya referencia es la *Ley de 14 de Diciembre de 1942* y que específicamente crea el *Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE)* que inicialmente afecta a la población trabajadora con bajos recursos pero que en sus ampliaciones sucesivas abarca a casi la totalidad de la población nacional y cuya gestión recaerá en la *Obra del 18 de Julio*. De forma paralela se crea el *Instituto Nacional de Previsión (INP)* que asistirá a personas vinculadas con la Administración. En esta ley es importante destacar la creación de un Fondo de Reserva que podría relacionarse con el Fondo de Garantía de Pensiones de nuestros días.

La *Ley de Bases de 25 de Noviembre de 1944*, devuelve la titularidad administrativa al Ministerio de la Gobernación y define la intención de unificar todos los servicios sanitarios de la nación (preámbulo) desarrollando una Organización General en la que se integra la *Dirección General de Sanidad* que de esta forma subsiste derivada de legislaciones anteriormente citadas y el *Consejo Nacional de Sanidad* (con representantes de muchas especialidades médicas entre las cuales no figura la Cirugía) y se organiza en siete secciones con específicas competencias. De ella también se deriva la creación de la *Escuela Nacional de Sanidad* que se interrelacionará con las Facultades de Medicina en una labor común de formación de los futuros licenciados hecho que recuerda claramente los actuales Convenios entre los distintos Servicios de Salud y las Universidades respectivas. Igualmente se crea el *Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC)* que coordinará la investigación médica y el *Cuerpo de Sanidad Nacional* (integrado por médicos) que se regirá por el Reglamento de Funcionarios del Estado y cuyos salarios se devengarán de los Presupuestos Generales del Estado. A la par es creado también el Cuerpo de Médicos de Beneficencia provincial en cuyo entorno se contempla la figura del Médico de Guardia y del Alumno Interno.

En realidad, se crea verdaderamente una organización, que también se constituye en forma piramidal y genera un sistema asistencial interrelacionado y coherente para la atención sanitaria nacional en cualquiera de sus niveles.

El 21 de julio de 1962 se publica la *Ley 37/1962*, también conocida como *Ley de Hospitales* que contempla la integración

de los Hospitales del Estado constituyendo una única *Red Hospitalaria Nacional*. En ella se normaliza y regula el funcionamiento de éstos. La legislación se complementa con la aparición en 1966 del *Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social* que desarrolla el apartado 1 del Artículo 116 de la *Ley de la Seguridad Social de 21 de Abril de 1966*.

En el *interin* entre este año y la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986, hay dos disposiciones normativas que merecen especial mención: el llamado *Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales* que es una corta ley que contempla el reconocimiento del derecho de todas las personas de los países firmantes al disfrute del mas alto nivel posible de salud física y mental, y de otro lado *Ley Orgánica 3/1986 de 14 de Abril de Medidas especiales en materia de Salud Pública*, meramente enunciativa, cuyo contenido contempla la autorización a las distintas Administraciones Públicas para la toma de medidas ante situaciones de urgencia o necesidad.

La ya citada *Ley General de Sanidad de 1986*, que podríamos llamarla «Ley de descentralización organizada de la Sanidad en España», sienta las bases de la actual estructura sanitaria de nuestros días al contemplar, junto a la organización sanitaria general (en la que destaca la asistencia sanitaria a toda la población), las transferencias a las Comunidades Autónomas de los temas de Salud en el marco de la legislación estatal. De esta normativa se deriva la constitución del Sistema Nacional de Salud y del Consejo Interterritorial y ella dará origen a la creación de los Sistemas de Salud de las Comunidades (en nuestro caso el Sistema Sanitario Público de Andalucía/ SSPA) al socaire de lo contemplado en el *Estatuto de Autonomía de Andalucía de 1981* y del Servicio Andaluz de Salud (SAS) que genera su propio esquema organizativo que conocemos.

De esta forma hemos podido contemplar a grandes rasgos la evolución histórica de la atención sanitaria en España desde los albores de su creación. Hemos podido constatar la transformación acaecida en la persona del médico desde ese papel fundamental que definíamos en nuestros comienzos, al momento actual en el que se ha convertido en una pieza mas (ésto si, fundamental) del organigrama generado por la organización para la asistencia sanitaria. Hemos pasado de una asistencia sanitaria con escasos recursos materiales y monetarios a una asistencia en la que es posible disponer de los mejores medios para el estudio y tratamiento de nuestros pacientes, en el contexto de un esquema que no podría ser desarrollado bajo otras formas y que sigue manteniendo la tradicional estructura piramidal inicial que comentábamos.

En él, la figura esencial sigue siendo la persona a la que se le brinda la oportunidad de no enfermar (medicina preventiva) o sanar (terapéutica). La confianza de la población en el muy buen nivel de la sanidad ha tenido como respuesta el incremento de la frecuentación en cualquiera de los distintos niveles asistenciales de pacientes que desean obtener, cuando menos, una mejor calidad de vida, hecho potenciado por la longevidad alcanzada por la población, lo que ha generado las bien conocidas listas de espera y en nuestro caso, las de Solicitud de Demanda Quirúrgica a las que la Administración ha intentado dinamizar a través de la instauración de periodos de garantías asistenciales, cada vez mas cortos, que se enfrentan en ocasiones con la limitación de los recursos humanos y

materiales con los que llevarlos a cabo, lo que ha dado lugar a la aparición de autoconciertos, las prolongaciones de jornada y la potenciación en nuestro entorno de la CMA y la Cirugía ambulatoria entre otros.

Por otro lado, el coste de la sanidad, llevado a los exigibles niveles de calidad que le son inherentes, ha puesto en marcha modelos de cuantificación del gasto como una forma mas de control del mismo lo que de alguna manera se contrapone a la conocida frase popular de que «la salud no tiene precio». No queremos, en cualquier forma, decir que esta afirmación sea válida en tanto en cuanto todos debemos conscientemente tender hacia una sanidad viable a nivel de costos. En cualquier caso, este aumento del coste sanitario cuya justificación se asienta sobre tres puntos fundamentales: el incremento de la población (inmigración, esperanza de vida), el costo de adquisición de nuevas tecnologías, sanitarias y el envejecimiento de la población, ha hecho que la figura del médico sanador de pacientes, haya tenido de asumir nuevos conceptos de necesario dominio que pueden englobarse dentro del término «Gestión», como una mas de sus obligaciones asistenciales, que calificarán su que hacer en relación con el nivel alcanzado en cuanto a eficacia, eficiencia y productividad. Así, junto a su necesaria y perenne puesta al día de sus propios conocimientos y habilidades, ha tenido que aprender, entender y manejar lo referente a los GRD, CMBD, SPC, CIE -9-MC, PCM, APACHE II, SNIS, POSSUM, ICH, ect... que de una u otra forma valoran a los pacientes lo que al final

permitiría una comparación sobre un coeficiente ideal al que se debería tender.

De esta forma, hoy podemos contemplar una variación conceptual en relación al médico considerado de forma general. No solo debe ser un profesional competentemente formado y actualizado en su parcela de profesión sino que también se le solicita ser un excelente gestor de los medios que la organización pone a su alcance para realizar su trabajo, medios en cualquier caso avalados por la evidencia científica y todo ello desarrollado en el marco de una organización administrativa que se ha multiplicado exponencialmente en los últimos años. Estos referentes serán los que constituirán la forma de hacer medicina en el futuro mas inmediato y en la que el médico, adaptable como siempre en función de su vocación tenderá, por propio convencimiento las mas de las veces, a adaptarse como hemos podido comprobar en su devenir histórico.

En este camino a recorrer debería ser necesario recordar a todos aquellos médicos y cirujanos jóvenes a los que García Díaz denominó «jóvenes centuriones» (*Discurso de Ingreso en la Real e Ilustre Academia de Medicina de Sevilla*) que el paciente sigue siendo el objetivo y la causa fundamental que debió justificar su opción vocacional por nuestra profesión y que es a él al que le debe poner a su servicio todo su conocimiento y sus capacidades, toda su generosidad y entrega avaladas por un alto sentido de su propia responsabilidad.

JOSÉ MARÍA ORTEGA BEVIÁ