

La presencia de la Iglesia

Las transformaciones del mundo de la salud

P. Mateo Bautista García

Un nuevo concepto de prestaciones de salud

El artículo XXV de la declaración universal de los derechos humanos (1948) de la ONU expresa: “Todo hombre tiene derecho a un nivel de vida capaz de asegurar para sí y su familia la salud y bienestar. Es una cuestión que obliga a los Estados a considerar la salud como un deber primario”.

En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como: un estado de completo bienestar, físico, mental y social... y no solamente ausencia de enfermedad o dolencia. A la salud se le reconoce, por fin, un contenido. Ya no es vista como una simple ausencia de afección, lesión o disfunción. Ser sano es algo más que no estar enfermo.

Aunque cuando hablamos de salud, desgraciadamente, seguimos hablando en función de enfermedad. La salud ya no es sólo un no sentir, un silencio del cuerpo. Es contenido positivo. En efecto, se vive un nuevo concepto de salud, no ya como ausencia de enfermedad sino como calidad de vida. Salud integral de vida con salud integrada en la vida.

Surge también una tríada estrictamente ligada: vida-persona-salud. El concepto de salud surgirá del concepto de persona con calidad de vida. Una persona con salud tendrá calidad de vida. Una persona con calidad de vida será saludable.

El nuevo hospital

El siglo XVIII trae el desarrollo industrial y también el concepto de utilidad y una nueva mentalidad. La persona es útil cuando produce y rinde cuantitativamente. El enfermo no sólo no produce sino que consume. Por eso será considerado no sólo como una persona inútil, sino perjudicial, porque gasta bienes de la sociedad.

Los hospitales, creados en occidente en el siglo IV por la Iglesia, con el fin de recibir a los más desvalidos (dar *hospitalitas*), con una intención caritativa, con trabajadores vocacionales, con primacía de la asistencia espiritual frente a la terapia poco desarrollada, fueron pasando a la administración de un estado desarrollado.

Imaginemos la situación socio-sanitaria a mediados del siglo XVIII. El pudiente podía pagar a su médico, que incluso improvisaba su clínica en piezas de la casa del enfermo. El ciudadano con el seguro incipiente podía ser atendido en centros de dicho seguro y en el consultorio del médico. Para el resto, existían los hospitales, centros de beneficencia, dotados con pocos recursos...

Desde el siglo XIX el hospital se transforma preferentemente en una institución terapéutica, dedicándose exclusivamente a la curación de enfermedades, teniendo por retaguardia la facultad de medicina científica, y siendo el médico protagonista indiscutible de la misma.

Vendrán grandes cambios: gran progreso de la higiene pública y privada; el nacimiento del primer ministerio de salud (departamento de salud, 1869, en Inglaterra, para favorecer sobre todo esa higiene), superación y control de las epidemias debido, en gran parte, al invento del microscopio, con el que se pudieron descubrir los microorganismos y combatirlos con las vacunas. En nuestro siglo, aparecen los diagnósticos precisos gracias a los laboratorios y técnicas de aparatos como las imágenes diagnósticas... y hasta los trasplantes.

Y más novedades: la aparición (siglo XX) de los seguros obligatorios de enfermedad. La medicina pasó de ser preponderantemente domiciliaria a convertirse en hospitalaria. El hospital se convierte en el centro del sistema sanitario.

El médico rehuye el viejo rol de generalista (médico de cabecera), para asumir el nuevo de especialista, motivado por la revolución tecnológica con sede en el hospital. La universidad formará especialmente al médico hospitalario y especialista, y lo hará en el mismo hospital (prácticas y residencias).

Y siguen nuevos aspectos: cambia el tipo de paciente. La nueva medicina hospitalaria ya no irá dirigida a los pobres sino a los productores y consumidores, quienes constituyen el centro de la actividad económica. Surge un nuevo sistema de financiación. De la caridad del Estado se pasa a la justa distribución de los impuestos de los ciudadanos, destinados a la salud. También el ciudadano gastará cada vez más de sus ahorros en salud (seguros particulares, fármacos...). La vieja relación paternalista de médico mutará por una relación igualitaria. Surge la conciencia en responsabilidad en salud y de protagonismo en el proceso de recuperación.

El hospital deja de ser un lugar marginado y de marginados para ser uno de los más importantes centros de la vida social. Allí ya se nace y se muere. Es un lugar de exigencias.

Un nuevo concepto de relación paciente / familia - equipo de salud

Se va superando la ideología médica imperante en los últimos siglos, donde el fenómeno de la enfermedad era para el médico una cuestión que resolvía él (él curaba) con tratamiento, medicación y técnicas. El enfermo era mero asistido; a lo máximo, un usuario. El enfermo era un ser científicamente cognoscible y humanamente desconocido.

Se superó el estilo paternalista de relación médico - paciente, para pasar a un sistema de salud muy complejo y sumamente interrelacionado, la relación paciente / familia / equipo de salud / administración / sistema de salud.

De los derechos del hombre (por tanto, del enfermo) el más llamativo es el derecho individual, es decir, la autonomía verdadera del paciente que se libera de una relación

infantil con el Estado, organismos de salud y con el médico para adquirir su plena responsabilidad en la salud, en el desarrollo de su tratamiento, con decisiones propias.

Un nuevo concepto de la medicina

Desde el renacimiento, el hombre es considerado como una más de las especies biológicas, como parte de la naturaleza.

La muerte se consideraba como problema para superar, confiados en un poder omnímodo de la ciencia. La medicina se hace enemiga de la muerte, llegando hasta la obstinación terapéutica.

Surge una mentalidad reduccionista con pretensión totalizadora y totalitaria amurallada en un endiosado y cerrado método técnico.

Hoy también la medicina hace examen de conciencia de su reduccionismo: *las enormes posibilidades de la medicina han sacado de la esfera metafísica y moral, y con ello también religiosa, el problema del dolor, la pregunta sobre su sentido planteado por la inteligencia y el corazón, trasladándola a la esfera práctica (F. J. J. Buytendick).*

En fin, la medicina sabe que salud es mucho más que tratamientos, medicamentos, hospital... y que su misión es superior a curar, coadyuvando a una salud:

También va quedando atrás la escisión cuerpo-espíritu, de corte cartesiano, nacida a partir del siglo XVI (Renacimiento). La medicina se encargaba de la salud del cuerpo. La espiritualidad se ocupaba de la salud del alma. Hoy se considera al hombre como una unidad dinámica e interactiva de todas y cada una de sus dimensiones: física, emocional, intelectual, social, valórica y espiritual.

Nuevas tendencias y cuestiones

En la década de los ochenta del siglo xx se radicalizan algunas posturas. Se da una explosión de la relación costo/beneficio. Se empieza a cuestionar si es viable ofertar ilimitadamente recursos en salud y en todas las condiciones, ya que, surge la relación costo/eficiencia. Se cuestiona también si actuando así no se lesiona la justicia distributiva de los ciudadanos contribuyentes.

La misma OMS, sin cambiar su definición sobre salud, es la que va a introducir matices significativos. En *Alma Ata* (1978), hablando sobre la atención primaria, declaró: “Tienen los gobiernos la obligación de cuidar la salud de sus gentes, hecho que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera, en el curso de los próximos decenios, debe ser el que todos los pueblos del mundo alcancen una vida social y económicamente productiva. La atención

primaria de la salud es la clave para alcanzar esta meta como parte del desarrollo, conforme al espíritu de justicia social”.

¿La justicia social obliga a procurar el perfecto bienestar de todas las personas o prever una atención primaria para todos? Pareciera que está pasando de una medicina de bienestar a una medicina como bien de producción.

Se diseñan en salud tres niveles bien diferenciados: primario (86% de las necesidades comunitarias), secundario (12%) y terciario (sólo el 2%).

Económicamente, en la relación costo/beneficio, la asistencia primaria consigue mayor rentabilidad; en el secundario, la rentabilidad es menor y en el terciario la rentabilidad económica es mínima. Según este esquema, el país desarrollado atiende adecuadamente los tres niveles. El país no desarrollado, carece de buen nivel terciario pero se esfuerza por tener un aceptable nivel primario. El país en vía de desarrollo suele invertir muchas de sus reservas en la asistencia hospitalaria terciaria sin cubrir por completo la atención primaria. Éste último puede resultar el más antieconómico y el menos justo.

El tema de la salud involucra muchos aspectos, no sólo clínicos y médicos. Cuestiona también la presencia de la Iglesia y de todo creyente en Jesucristo.