

LA SALUD DE LOS ESPAÑOLES EN EL SIGLO XX

Por el Académico de Número
Excmo. Sr. D. José M.^a Segovia de Arana *

I. INTRODUCCIÓN. CONCEPTO DE SALUD

La definición de la salud ofrece grandes dificultades. La salud no es simplemente la ausencia de enfermedad o de dolor. Hoy día exigimos más para considerarnos sanos aunque esto no ha sido siempre así ya que en el hombre primitivo que tenía que luchar contra las inclemencias del ambiente, dominar el hambre como podía, superar los accidentes, etc. no tenía tiempo de pensar si estaba sano o enfermo. La adquisición de la idea de salud ha sido larga y trabajosa y empieza a perfilarse cuando se pasa de la vida nómada a la vida agrícola y es entonces cuando se distingue el dolor del no dolor y se percibe la diferencia entre tener y no tener enfermedad.

Hay que hacer una primera separación entre la salud personal en cuyo concepto intervienen numerosos factores y la salud colectiva asentada principalmente en bases estadísticas y en indicadores significativos que pueden ser medidos y contados.

La *salud personal* ha sido definida de muchas maneras. Galeno la entendía como «una condición en la cual ni sufrimos dolor ni estamos impedidos para realizar las funciones cotidianas».

Esa condición de poder hacer cosas, las cosas o funciones de cada día para uno mismo y para los demás, está en la línea de ampliación y enriquecimien-

* Ponencia no presentada oralmente.

to del concepto de salud, al entroncarse con el mundo circulante, con la vida de los otros, con la sociedad en suma.

Así Talcott Parsons, el fundador de la sociología norteamericana afirma que «salud es el estado en el que un individuo posee la capacidad óptima para llevar a cabo las funciones y actividades para las que ha sido socializado». La persona sana, por tanto, no es sólo la que puede realizar cosas, sino que éstas redunden en el bien social, en la comunidad. Muchos sociólogos actuales apoyan esta visión. Así, Erich Fromm afirma también que la salud es la capacidad de una persona de cumplir sus funciones y de participar en el sostenimiento y reproducción de la sociedad, pero añade alternativamente: «nosotros consideramos la salud o la normalidad como el máximo desarrollo y felicidad del individuo». Esta alternativa de Fromm tiene muchos puntos comunes con la ya clásica definición de salud de la OMS: «la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad». Aunque algunos critican esta definición por considerarla idealista y poco útil para realizar estudios comparativos de salud entre un país y otro y entre varios individuos, tiene el mérito de haber promovido una orientación sociológica y preventiva de la salud que supera la tradicional orientación biomédica.

Definir la salud sólo en términos de realizar las funciones sociales cotidianas, personales o colectivas, puede conducir a situaciones confusas. Hay muchas personas con enfermedades crónicas que sin embargo pueden llevar a cabo actividades sociales y económicas y valerse por sí mismas. Hay cuadripléjicos que con ayuda de las tecnologías modernas, utilizan sillas de ruedas motorizadas y con baterías mantienen la movilidad tanto de las manos como del tórax. El gran físico Stephen Hawkins es un ejemplo extremo de lo que decimos pero nadie difícilmente podría considerar sanas a estas personas.

Seguramente los criterios para definir la salud basados en las capacidades operativas de las personas que permitirían análisis comparativos de unos individuos con otros o en el mismo sujeto a lo largo de su vida, no son correctos. Probablemente haya que ir a dimensiones propias, al considerar la salud como un valor fundamentalmente personal que puede ser construido, lo mismo que la personalidad del individuo, a partir de los valores sociales, culturales e históricos imperantes en la sociedad en que se vive. Schaefer dice que «las definiciones de salud y enfermedad están profundamente condicionadas por las sociedades, las culturas, y las épocas». Diego Gracia afirma que la salud no es primariamente un «hecho», sino un «valor» y carece de sentido desligarlo del sistema de valoración propio de cada sociedad. Y añade «salud no es bienestar sino capacidad de posesión y apropiación del propio cuerpo».

Las dificultades para encontrar una definición adecuada o satisfactoria del concepto de salud está llevando a muchos a la introducción de la idea de «calidad de vida» como sustitutoria de las de normalidad y salud.

Aunque hablar de calidad de vida tiene más aproximaciones a los valores personales que hemos indicado que el concepto de salud basado en la capacidad operativa de la persona, no deja de tener también sus dificultades, especialmente cuando se intenta establecer escalas de calidad que pudieran ser útiles para la medida y la comparación. Sólo con aproximaciones muy toscas podemos conocer la calidad de vida de los demás, al trasladar nuestras propias apreciaciones a la situación del otro. Forzosamente aplicamos a los demás nuestras medidas o apreciaciones de lo que es calidad de vida o si se quiere nuestros criterios de felicidad o infelicidad que difícilmente van a coincidir con los de los demás, como si se tratara de un sistema de histocompatibilidad psicológico. Forzando el símil, nos podríamos encontrar con graves rechazos o al menos ser creadores de situaciones injustas.

Hemos concluido que la salud hay que entenderla como un valor personal, intransferible, construido trabajosamente en el núcleo mismo de la personalidad humana a partir de los valores culturales y sociales de la época en que vive el hombre y del entorno que le estimula, le protege y a veces le amenaza. Si quisiéramos sustituir esta idea por el concepto de calidad de vida tendríamos que empezar de nuevo a considerar lo que es calidad real, calidad atribuida y calidad percibida lo que sin duda es una tarea larga, difícil y probablemente inútil. Con la vigencia de los principios que han llevado a la instauración de los diversos sistemas nacionales de salud es como puede entenderse históricamente la famosa definición de la OMS cuando establecía que «la salud no es sólo ausencia de enfermedad sino un estado de completo bienestar físico, mental y social». La equiparación que la OMS hace de la salud con el bienestar, aunque utópica (nadie estaría sano si tiene que alcanzar un completo bienestar) ha tenido la virtud de producir una mentalidad que coloca a la Medicina en un mundo mucho más amplio, con mayor responsabilidad social, obligándola a que su actividad se manifieste en grandes programas que tienen por objeto combatir la enfermedad y promover la salud de manera conjunta.

La salud entendida como obligación y tarea social es el objetivo de la sanidad moderna en su ofrecimiento para «procurar» posibilidades de salud («transformar los recursos en posibilidades»). Según ésto, la Medicina actual, motor de la sanidad moderna, amplía su campo desde la lucha por la supervivencia del hombre a través de la Medicina curativa y preventiva, al desarrollo de todas las posibilidades

humanas, tanto en sus características psicobiológicas como en los procesos de adaptación social. El bienestar al fin y al cabo es una buena adaptación al medio, pero entendido literalmente como sinónimo de salud, se corre el peligro de considerarlo como una forma estática y la salud es siempre algo dinámico, cambiante, en continua adaptación a las circunstancias de cada momento, pero con visión prospectiva de futuro.

Salud colectiva. La salud de una comunidad es, naturalmente, la expresión de la suma de los estados de salud y enfermedad de sus individuos. Tiene por tanto una expresión estadística de los indicadores más significativos que se pueden elegir. Los factores que estructuran una sociedad y que influyen en la vida de cada individuo son también expresión de la salud de esa sociedad en función de su valor intrínseco y de la influencia que ejercen sobre cada persona.

La salud de la sociedad, como núcleo temático de la sanidad moderna, se ha convertido en una gran fuerza impulsora y renovadora de la mentalidad de los gobiernos, de los contenidos de la Medicina, de la forma de organizarse y funcionar en los sistemas asistenciales, de las actitudes sociales, de las actitudes del individuo enfermo y del sano, de la investigación científica, de los contenidos de las profesiones sanitarias, de los procesos educativos y formativos y en definitiva de la economía de un país. Puede decirse que la Medicina del bienestar ha «medicalizado» la vida humana en múltiples aspectos. La ética se medicaliza de modo que sólo será bueno lo que produzca salud o bienestar. Y también lo que es importante, la economía de los países se ve fuertemente influida y comprometida por la implantación y desarrollo de los servicios de salud.

II. LA SALUD EN ESPAÑA A COMIENZOS DEL SIGLO XX

La Medicina de comienzos de siglo estaba ya beneficiándose de algunos de los progresos de la Medicina científica iniciada durante el siglo XIX y que ya constituían las primeras bases de lo que más tarde sería el extraordinario desarrollo científico y técnico de la Medicina actual.

En aquellos años, la Medicina tenía un profundo desprecio por la terapéutica y los grandes clínicos, no prestaban atención a los tratamientos que eran considerados inútiles en su mayoría. A finales de siglo se decía «si arrojamos al mar todas las medicinas que empleamos, salvo la morfina y la digital, será bueno para los hombres y malo para los peces».

La asistencia médica se encontraba ordenada en tres niveles distintos. Las dolencias del pobre de solemnidad, no sólo del mendigo, sino también del trabajador proletario, eran atendidas en los hospitales de la beneficencia del Estado, de las Diputaciones o de los Ayuntamientos; la clase media baja era asistida por médicos modestos de asistencia domiciliaria o por las sociedades asistenciales, modestas también, de «médico, botica y entierro». Los enfermos de las clases ricas acudían a las consultas privadas de las eminencias médicas o eran visitados por éstas en su domicilio. Cuando había que realizar alguna intervención quirúrgica, por supuesto en operaciones muy simples, se acudía al sanatorio privado e incluso se habitaba una estancia del domicilio del propio enfermo.

La morbilidad y mortalidad entre los indigentes y el proletariado industrial eran mucho más elevadas que las de las clases burguesas. La tuberculosis, especialmente la pulmonar, era en algunas estadísticas cuatro veces mayor entre el proletariado que entre los ricos. Lo mismo ocurría con las enfermedades psíquicas. Otros procesos como neumonías, bronquitis, úlceras gastroduodenales, diarreas, apendicitis y enfermedades infecciosas como la sífilis, la fiebre tifoidea y epidémicas como el cólera, tenían una incidencia generalizada.

Las enfermedades del pobre eran atendidas en el hospital en el que las condiciones ambientales eran en general lamentables. En 1889 el Dr. Pulido hacía la siguiente descripción-denuncia del Hospital General de Madrid: «hemos visto enfermos de medicina en salas de cirugía, enfermos de miseria, inedia, senectud e invalidez, junto a enfermos agudos. Hace poco visité la sala X en cuya cama número 6 agonizaba una enferma de fiebre tifoidea la misma noche que en la cama número 7 abortaba otra enferma. En el centro de la gran sala del hospital, se colocaban camas supletorias en las llamadas crujías, promoviendo acumulaciones que si son peligrosas siempre, lo son más tratándose de enfermos necesitados de aire puro. La limpieza de las salas se hace a las cuatro de la mañana en verano y a las cinco en invierno con gran ruido y amplia apertura de ventanas. Penetra de repente el aire y entonces tísicos, catarrosos, cardíacos, neumónicos y la inmensa mayoría de la población hospitalaria, se enfría, rompe a toser y sufre una exacerbación de sus padecimientos»:

No obstante y a pesar de este deprimente panorama, era en el hospital benéfico donde empezaba a realizarse la medicina moderna, objetiva, con el estudio de las enfermedades en sus manifestaciones, sus mecanismos de producción y las bases anatomopatológicas puestas de manifiesto en la autopsia clínica. *Mors taciturna docet* rezaba el frontispicio de los anfiteatros de autopsias del hospital. El método anatomoclínico fundado en la comparación de los síntomas del enfermo

con las alteraciones morfológicas que se encontraban luego en las autopsias, tuvo un extraordinario impulso. La terapéutica en cambio era tan ineficaz para el enfermo pobre como para el rico, ya que la fiebre tifoidea, la meningitis tuberculosa o el cólera mataba por igual. Esto daba lugar a un nihilismo terapéutico notable entre los médicos mejor preparados, que en otros conducía a tratamientos empíricos desorbitados y con frecuencia peligrosos. Las sangrías, las ventosas, las sanguijuelas, los purgantes, y los eméticos estaban a la orden del día ante cualquier proceso.

Los enfermos de las modestas clases medias eran asistidos mediante «iguallas» con los médicos rurales o del barrio en que vivían a través de sociedades de médico y botica o bien en las incipientes sociedades gremiales de socorros mutuos sobre todo en Cataluña. Los ricos podían recurrir a los médicos de prestigio en sus consultas particulares o ser visitados por ellos en sus domicilios.

Indicadores de salud colectiva: los más usuales son las expectativas de vida al nacer, las cifras de mortalidad general y las de mortalidad infantil en particular, además de la morbilidad de las diferentes enfermedades.

Las expectativas de vida al nacer al comienzo del siglo xx en España eran parecidas a las del resto de los países europeos y se cifraban en los treinta y cinco años (33,8 años para los hombres y 35,7 años para las mujeres). Sólo un pequeño segmento de la población alcanzaba edades avanzadas de tal modo que la pirámide poblacional tenía una base ancha y un vértice estrecho en el que se encontraban las pocas personas que sobrevivían al período reproductor de la edad adulta.

Hasta finales del siglo xx las tasas de mortalidad anuales de la población general eran fluctuantes pero siempre altas entre 30 y más de 50 muertes por mil individuos, al año. La inestabilidad se debía a que las muertes estaban producidas principalmente por procesos infecciosos y parasitarios que aparecían en ondas. Las enfermedades crónicas y degenerativas, que a lo largo del siglo xx han ido teniendo más importancia en la morbilidad y mortalidad, no eran entonces relevantes por la escasez de ancianos.

La mortalidad infantil a lo largo de todo el siglo xix era en España y en los demás países europeos muy alta y se cifraba en un 300 por mil (un niño de cada tres moría antes del año y uno de cada dos antes de los cinco años).

Había también una gran mortalidad en los alumbramientos ya que muchas mujeres perdían la vida durante el parto o por las complicaciones infecciosas del mismo.

Toda esta gran mortalidad se compensaba por las altas cifras de fecundidad que existían en aquellos años con un promedio entre siete o más hijos por mujer.

La tasa de crecimiento medio de la población general se colocaba justo por encima de 0, de tal modo que el número de habitantes de España (lo mismo que en el resto de Europa) apenas crecía a lo largo del siglo XIX y comienzos del siglo XX.

Transición epidemiológica. Es el nombre dado por el demógrafo Omran al cambio que se ha ido produciendo en las cifras de alta mortalidad (de 30 a 50 por mil) debidas a procesos infecciosos y parasitarios, a niveles más bajos y estables de muertes (8-10 por mil) debidas a procesos crónicos y degenerativos, coincidiendo con un envejecimiento masivo de la población. La transición epidemiológica varía entre los diferentes subgrupos de población, pero hay que señalar cómo la Medicina actual va borrando las diferencias sociales que se habían producido en los comienzos de esta transición a nivel nacional y mundial.

III. SALUD ACTUAL DE LOS ESPAÑOLES

La mortalidad general que se encuentra actualmente en niveles bajos y estables (8-10 fallecimientos por mil habitantes) es debida principalmente a procesos crónicos y degenerativos asociados con la edad: cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y cáncer.

La mortalidad infantil ha descendido de una forma espectacular, ya que actualmente es de siete por mil nacimientos ($4,6 \times 1.000$ neonatal y $2,4 \times 1.000$ postnatal). La mortalidad maternal es prácticamente inexistente.

Los índices de fecundidad han ido descendiendo también siendo nuestro país el que tiene en la actualidad la menor fecundidad del mundo con un índice de 1,4 por debajo de la cifra de reposición demográfica.

Durante el siglo XX en España la disparidad entre la alta tasa de fecundidad que existía y la baja mortalidad especialmente la infantil, alcanzada con rapidez, condujo a la duplicación de la población en el término de veinticinco años con unas tasas de crecimiento general del 2-3%. Este fenómeno se ha extinguido al ser en la actualidad un crecimiento 0 al haberse igualado el descenso de la mortalidad con la disminución de la fecundidad.

Envejecimiento de la población. El otro gran fenómeno demográfico producido en la segunda mitad del siglo xx ha sido el del envejecimiento de la población acaecido en España simultáneamente con los demás países desarrollados. En 1900 la población española era de 18.616.630 habitantes. El crecimiento natural, es decir, la diferencia entre el número de nacimientos y el de muertes era muy pequeño, pero al irse iniciando la transición epidemiológica con el desfase entre las muertes que disminuían y la fecundidad que se mantenía alta, el nacimiento se hizo mayor.

Entre 1971 y 1980 la media anual de nacimientos era de 650.000 y el de muertes de 294.369, lo que daba un crecimiento natural anual de 354.809. En la década de los ochenta el crecimiento disminuye a 145.295 de promedio anual y en la década de los noventa es sólo de 40.000. La población en 1991 es de 39.669.884 habitantes siendo las previsiones de futuro bastante sombrías si no se modifica la baja fecundidad actual.

El envejecimiento progresivo de la población española, lo mismo que en el resto de los países desarrollados, depende de la disminución de la mortalidad, (con aumento de las expectativas de vida) y de la drástica caída de la fecundidad.

En 1971 las personas mayores de sesenta y cinco años representaban un 9,7% de la población total, proporción que pasó a ser del 13,7% en 1991. En el mismo período de tiempo la población joven, de menos de quince años, ha disminuido del 28% al 19,6%.

A comienzos de siglo existía un equilibrio entre la alta mortalidad y la alta fecundidad con bajo crecimiento de la población. En la actualidad también se produce equilibrio de bajo crecimiento entre la baja mortalidad y la baja fecundidad. Esto se denomina transición epidemiológica (que otros la califican de transición demográfica). Como se ha señalado, en esta evolución el desfase entre la mortalidad que descendía y la alta fecundidad que se mantenía, produjo el aumento global de la población española durante unos años hasta alcanzarse el equilibrio actual de bajo crecimiento.

El proceso de envejecimiento de la población prosigue y se calcula que el porcentaje de mayores de sesenta y cinco años irá aumentando hasta ser de un 30% en el año 2046. Lo mismo ocurrirá en los demás países desarrollados e incluso en los que están en vías de desarrollo, aunque no en la misma proporción.

Un indicador más de la salud de los españoles es el aumento de la talla que se ha producido en las últimas décadas y que representa un promedio de 10-

12 centímetros sobre la que tenían los jóvenes de la misma edad en los comienzos del siglo. Los factores que han conducido a un cambio tan positivo se considera que son semejantes a los que están aumentando las expectativas de vida de los españoles.

Mortalidad. A lo largo de todo el siglo las causas de muerte han ido cambiando. En 1900 las muertes estaban producidas principalmente por enfermedades infecciosas y procesos broncopulmonares. A partir de los años cincuenta las enfermedades cardiovasculares ocuparon el primer puesto de mortalidad, situación que aún conservan. El infarto de miocardio representa el 37,3% del total de defunciones según las estadísticas últimas del Ministerio de Sanidad («La salud de los españoles. 1999»).

El descubrimiento de los antibióticos y su empleo masivo ha permitido controlar enfermedades infecciosas como las neumonías en los ancianos, bronquitis, fiebre tifoidea, fiebre de Malta, etc. que antes causaban muchas muertes con la erradicación del paludismo, de la poliomielitis, de las epidemias de cólera y prácticamente de la sífilis, y se ha despejado el panorama de las enfermedades infecciosas en la sociedad española actual, aunque otros procesos nuevos como el SIDA producen inquietud y requieren considerables esfuerzos para su control epidemiológico y su tratamiento. La tuberculosis, que ha sido la gran enfermedad histórica del mundo moderno, especialmente la pulmonar, ha perdido su penetración y su difusión social aunque aparecen brotes de especial virulencia en inmunodeprimidos. Otras enfermedades infecciosas como las de transmisión sexual, se controlan más eficazmente en la actualidad.

Las hepatitis virales continúan siendo enfermedades importantes, descubriéndose nuevos tipos de virus. La cirrosis hepática constituye una de las causas de muerte más importante. En su desencadenamiento, además de las infecciones por virus hepáticos y la acción de tóxicos tiene una gran importancia el alcoholismo en el que España lamentablemente, ocupa un cuarto lugar mundial en lo que se refiere a su consumo que ha ido creciendo progresivamente en los últimos años entre los adolescentes. Un 4% de la población total española está constituido por bebedores de alto riesgo. Además de su efecto nocivo sobre el organismo, el exceso de alcohol ocasiona más del 50% de los accidentes de tráfico y el 15% de los accidentes laborales.

El cáncer ocupa en España el segundo lugar de la mortalidad general después de las afecciones cardiovasculares. Su frecuencia va en aumento probablemente como consecuencia del envejecimiento de la población. En el hombre, el

cáncer de pulmón es el número uno, en una proporción de 30 casos por cien mil habitantes. En la mujer el más frecuente es el cáncer de mama y en ambos sexos, el cáncer de colon, en continuo aumento, ocupa el segundo lugar. Por el contrario la frecuencia del cáncer de estómago ha disminuido lo que se atribuye a la generalización del uso de frigoríficos para la conservación de los alimentos.

Los accidentes de trabajo y los laborales ocupan también un lugar importante en la mortalidad general.

La alimentación en general de los españoles es hipercalórica y rica en grasas, condición que se ve favorecida por el auge de las llamadas comidas rápidas (hamburguesas, pizzas, etc.), que junto al sedentarismo y la escasez de ejercicio físico de la mayoría de los españoles favorece la obesidad. Distintas encuestas señalan que aproximadamente la mitad de los varones no desarrollan ninguna actividad física en su tiempo libre. Las personas con un nivel educacional más elevado son las que llevan una vida más saludable.

El consumo de tabaco sigue siendo una causa extendida y preocupante de morbilidad y de mortalidad. Entre 1978 y 1992 fallecieron en nuestro país 600.000 personas por enfermedades relacionadas con el tabaco entre las que figuran el cáncer de boca, de faringe, de laringe, de pulmón, de esófago, de la vejiga urinaria, la obstrucción bronquial crónica, las cardiopatías isquémicas, las enfermedades vasculares periféricas y cerebrales, etc. El consumo de tabaco que en 1960 era de 1.516 cigarrillos por persona y año pasó a ser de 2.500 cigarrillos por persona en 1992. Un 36% de la población española está constituida por fumadores. Se ha producido una disminución del hábito del tabaco entre los varones habiendo aumentado en cambio en las mujeres. Otro gran problema de salud, aunque afortunadamente limitado en su crecimiento, es el de la drogadicción que afecta principalmente a individuos jóvenes con todas sus temibles consecuencias sociales, económicas y sanitarias comunes en todos los países afectados por esta moderna plaga.

Conclusiones

En general y en comparación con épocas anteriores puede considerarse que en la actualidad la salud de los españoles es buena, habiéndose cumplido gran parte de los postulados de la famosa declaración de la OMS de «salud para todos en el año 2000». Los logros más notables son el extraordinario descenso de la mortalidad infantil y maternal, la disminución de las enfermedades cardiovasculares, la práctica desaparición de la poliomielitis, la difteria, el paludismo, ciertas zoonosis,

la menor preponderancia de la tuberculosis, la menor frecuencia de enfermedades de transmisión sexual, y el teatral descenso de la úlcera gastroduodenal que era la enfermedad digestiva más frecuente y terrible por sus complicaciones y por constituir un gran problema socio-económico.

Como problemas que deben ser afrontados enérgicamente con medidas de promoción de la salud y una constante educación sanitaria de la población son: la lucha contra el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, los desequilibrios en la alimentación y el sedentarismo cuya nocividad para la salud está plenamente demostrada.

IV. FACTORES DEL CAMBIO

Aunque son muchas las causas que han producido esta gran transformación de la sociedad española y en concreto de su estado de salud, con fines de exposición sumaria pueden señalarse los factores siguientes:

- a) Los progresos científicos y tecnológicos de la Medicina.
- b) la colectivización de la asistencia médica.
- c) los cambios producidos en la sociedad española.

a) Progresos científicos y tecnológicos de la Medicina

El desarrollo científico de la Medicina va sustituyendo el dogmatismo y la ignorancia de otros tiempos por el descubrimiento de hechos objetivos suministrados por la observación clínica, la Anatomía patológica, la Fisiopatología, la Microbiología, la Bioquímica, la Inmunología, la Biología molecular, la Genética, etc. La Medicina se nutre de los avances de las disciplinas surgidas de su propio seno y se apoya en otras ciencias como la Física, las Matemáticas, la Informática, la Electrónica, que favorecen su progreso, especialmente el tecnológico. Los avances se han ido acelerando sobre todo después de la segunda guerra mundial. Hace unos años Fredrickson al dar cuenta de las actividades del Instituto Nacional de la Salud en Bethesda en USA, señalaba que nunca había habido un período comparable al actual en cuanto al incremento y desarrollo de los saberes científicos en relación con los seres vivos. Esos conocimientos crecen en progresión geométrica. En la investigación científica se ha generado un círculo de aceleración en el que los conocimientos científicos conducen a un rápido desarrollo tecnológico y éste facilita y acelera nuevos descubrimientos.

Los médicos, que sin dejar de tener una mentalidad clínica aprenden e incorporan la tecnología cada vez más compleja y sofisticada de las ciencias básicas, van siendo más rigurosos en su actitud mental e introducen el método científico en el diagnóstico clínico y, lo que es más importante, transmiten esta actitud a los estudiantes y a los postgraduados que se forman en torno suyo. Es animador pensar que este proceso se ha reproducido también en nuestro país, aunque en escala más modesta, en los últimos años con el desarrollo de la Medicina hospitalaria.

Los avances espectaculares de la Medicina en contacto con las ciencias básicas y con el consiguiente desarrollo del método científico, han conducido a la introducción masiva de nuevas técnicas para el diagnóstico clínico y el tratamiento. La gran cantidad de información suministrada a los clínicos sobre la enfermedad del paciente, ha hecho que el diagnóstico hoy día, como ejercicio intelectual, se esté convirtiendo gradualmente en un acto de observación y de relación lógica más que en un proceso deductivo. Hasta hace poco tiempo, el clínico solicitaba de los laboratorios exploraciones complementarias para confirmar o descartar un diagnóstico previo. Esto constituía la base del diagnóstico diferencial en el que el clínico elegía entre varias posibilidades. En la moderna Medicina basada en la tecnología, especialmente en la que se practica en los grandes centros hospitalarios, las exploraciones solicitadas han dejado a veces de ser complementarias para convertirse en datos objetivos directos que apenas dejan sitio para la deducción. Los análisis de todo tipo sobre el enfermo se ofrecen cada vez con más abundancia, de forma casi rutinaria, sin que sean originados por un diagnóstico previo. La expresión máxima de esta actitud es el llamado *screening* o «chequeo» en el que el individuo se somete a una revisión de su estado general sin el hilo conductor de un diagnóstico clínico inicial.

En Medicina, a diferencia de lo que había ocurrido en años pasados, cada descubrimiento tiene una aplicación casi inmediata, por lo que la renovación de instalaciones o la sustitución de unos medicamentos por otros más eficaces, se exige continuamente por médicos y enfermos. Toda maravilla parece natural y apenas produce admiración. Los médicos aumentan su capacidad diagnóstica mediante numerosos análisis de laboratorio que se ofrecen con profusión así como con las diversas expresiones del diagnóstico de imagen (tomografía por computadores, ecografía, resonancia magnética nuclear), muchas de ellas recientes, que aumentan la capacidad de explorar con precisión al enfermo. Lo mismo ocurre con las endoscopias, cateterismos, biopsias, exploraciones morfológicas y funcionales con isótopos o tomografías con emisión de positrones que permiten «radiografías funcionales» del cerebro. Todo ello contribuye activamente a la exteriorización de fenómenos internos tanto en la salud como en la enfermedad.

En el terreno terapéutico los progresos no son menores. Los medicamentos antiinfecciosos que se introducen con las primeras sulfamidas y la penicilina durante la última guerra mundial, tienen un fantástico desarrollo con los numerosos antibióticos que han cambiado la patología y frecuencia de las enfermedades infecciosas, los quimioterápicos y demás sustancias antitumorales, los medicamentos antihipertensivos, los bloqueantes de receptores de membranas celulares, los inhibidores de los canales del calcio, los medicamentos psicótropos, los inmunosupresores, etc... o las arriesgadas intervenciones quirúrgicas sobre el corazón, el sistema nervioso, los trasplantes de órganos, la radioterapia de alto voltaje, etc... Existe la impresión de que nos hallamos en el umbral de una nueva ola de innovación clínica. Los avances en la biotecnología parecen incrementar la importancia de nuevas vacunas que puedan aplicarse a combatir el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, la terapia génica podrá curar ciertas enfermedades congénitas del metabolismo, los descubrimientos de transmisores neurales abren el camino a cierta esperanza de que podamos dominar la enfermedad de Alzheimer o atacar la enfermedad de Parkinson, el rápido conocimiento del metabolismo de los cartílagos puede ser importante para el tratamiento futuro de la artritis y otras enfermedades articulares degenerativas. Las investigaciones sobre oncogenes y antioncogenes empiezan a desvelarnos los mecanismos de ciertos tumores malignos. El conocimiento cada vez más profundo del sistema inmunitario va a permitir actuar eficazmente en los sistemas defensivos del organismo frente a las infecciones y a la proliferación tumoral. Todas son maravillas impensables hace treinta o cuarenta años que han aumentado y continúan aumentando el poder diagnóstico y terapéutico de la Medicina.

b) La colectivización de la asistencia médica

La gran revolución conceptual que se ha ido produciendo en el segundo tercio de este siglo y especialmente después de la II Guerra Mundial, es que la salud que era un problema esencialmente individual se ha ido transformando en un problema colectivo que afecta a toda la sociedad, la cual se preocupa por el estado de salud-enfermedad de cada ciudadano. Surge de esa manera el derecho a la protección de la salud y a los cuidados en la enfermedad como el último de los derechos humanos adquiridos lo que da lugar a la instauración y complejidad de los modernos servicios sanitarios.

La salud y sobre todo los medios para conseguirla ya no son una tarea individual sino una obligación de los gobiernos para con sus ciudadanos. El Estado tiene el deber de procurar que el nivel sanitario se eleve, que tenga la mejor

calidad posible y se asegure para todos la asistencia médica adecuada así como la prevención y el control de las enfermedades, el establecimiento de seguros de enfermedad y de invalidez, la educación sanitaria de la población la promoción de la salud, etc.

Esta corriente iniciada por las cajas de enfermedad en la Alemania de Bismarck a finales del siglo pasado, continuaba con la política de protección social de Suecia en los años treinta cuando surge el concepto del Estado de Bienestar, tiene su cristalización y expresión adecuada en la doctrina «New Deal» del Presidente Roosevelt en Estados Unidos en 1941 y en el Reino Unido con el «Informe Beveridge» de 1942.

La Seguridad Social, implantada según estas doctrinas ya no consiste sólo en el seguro de enfermedad para el trabajador sino también un seguro frente al desempleo, la incapacidad, la jubilación, la viudedad, y un seguro de maternidad, de matrimonio, de protección familiar, etc. Los trabajadores y sus familiares estaban protegidos por esta Seguridad Social pero además había una beneficencia nacional destinada a cubrir las necesidad de los no asegurados y para ambos, los servicios de salud y de rehabilitación.

Evolución del modelo de Seguridad Social en España

La Seguridad Social obligatoria suele aparecer en todos los países con la industrialización de los mismos, lo que explica que en España con un desarrollo industrial tardío de Seguridad Social, no tenga un pleno desarrollo hasta la década de los años setenta. No obstante, la preocupación por su implantación y las bases institucionales de la misma se habían venido produciendo, como ya queda señalado, a lo largo de todo el siglo. Ya desde la Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero de 1900, nuestro país se inicia por la vía de los Seguros Obligatorios con financiación contributiva según el modelo alemán. La implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad en 1942-1943 confirma esta tendencia que se consolida con la Ley de Bases de la Seguridad Social de 20 de diciembre de 1963 en la que se superan los esquemas propios del Seguro, introduciéndose el concepto más moderno de Seguridad Social. Se produce así un cambio notable, no sólo cualitativo sino también cuantitativo de las prestaciones sociales coincidiendo con el comienzo de una profunda transformación de la asistencia sanitaria que conduce a la modernización de la misma y sienta las bases para el positivo desarrollo de la asistencia médico-sanitaria en España.

Disposiciones legales posteriores como la Ley de Financiación y Perfeccionamiento del Régimen General de la Seguridad Social de 1972, la transición democrática, la Constitución de 1978 que señala en su artículo 43 el derecho de todos los españoles a la protección a la salud consolidan el concepto y la aplicación de la Seguridad Social.

La creación del Ministerio de Sanidad y de Seguridad Social en 1977 da más fuerza a la expansión de los aspectos sanitarios de la Seguridad Social cuya gestión se encomienda al Insalud una de las tres grandes entidades gestoras [con el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) en las prestaciones económicas y el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) en las sociales] en que se transforma el antiguo Instituto Nacional de Previsión (INP) en virtud del Real Decreto-Ley de 16 de noviembre de 1978.

Hasta la Ley General de Sanidad de 1986 el sistema sanitario español se caracterizaba por estar constituido por un gran número de redes asistenciales que en muchas ocasiones tenían funciones superpuestas con la consiguiente ineficacia, desorganización y despilfarro de recursos. Existían hasta 19 centros directivos de diferentes Ministerios con competencias sanitarias.

En abril de 1986 se aprueba la Ley General de Sanidad que establece un cambio trascendente en la filosofía política de la asistencia médico-sanitaria ya que transforma un sistema de Seguridad Social en un modelo de Sistema Nacional de Salud en el que se integra el resto de las redes asistenciales existentes.

La Ley General de Sanidad establece la universalidad de la asistencia sanitaria para todos los españoles, asistencia que ya no se financia con las cuotas de la Seguridad Social sino a través de los presupuestos generales del Estado, aunque la transición de la financiación se produjo en varios años siendo ya completa a partir de 1999 a través de los impuestos.

En 1975, el 77% de la población española estaba incluida en la Seguridad Social. En 1995 el 95,5% está cubierto por el Sistema Nacional de Salud cobertura que en la actualidad prácticamente es completa para toda la población española alcanzándose la universalidad de la asistencia.

Características de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social

En el Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (Informe Abril) publicado en 1991, se decía que «el Sistema Nacional

de Salud (SNS) tanto en su situación actual como en su evolución histórica ha contribuido de forma decisiva a la mejora del estado de salud de la población y a la corrección de las desigualdades sociales asistenciales. El SNS tiene un dispositivo público de servicios y prestaciones de los más extensos del mundo y cubre a toda la población española, con un esfuerzo económico y niveles de calidad técnica y profesional equiparables a los países de nuestro entorno» y añadía posteriormente: «los indicadores generales de salud de la población como las expectativas de vida y las cifras de mortalidad infantil, resisten favorablemente la comparación con los indicadores correspondientes de las naciones europeas. La universalización de la asistencia constituye un hito social. La financiación mayoritariamente pública ha permitido la equidad básica de acceso a los servicios. La seguridad social ha hecho posible una asistencia hospitalaria de calidad, la formación de médicos especialistas y enfermeras de primer nivel y el progreso de la investigación clínica».

El gran mérito de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social española ha sido la de promover, impulsar y sostener una enérgica modernización de la asistencia médica en nuestro país que ha corregido situaciones de atraso de nuestra medicina derivados no sólo de la guerra civil, sino de inercias anteriores a la misma.

Frente a la imagen deprimente del hospital de comienzos del siglo xx, el hospital español actual es radicalmente distinto y se ha convertido en el centro de una asistencia médica de gran calidad ordenada y activada en su desarrollo por la sanidad pública de la Seguridad Social como ha quedado descrito. El hospital moderno es un centro dotado con todos los medios materiales y humanos para poder realizar la asistencia médica especializada más exigente de tal modo que se ha convertido en el centro de atracción de la sociedad al que acuden hasta los propios Jefes de Estado para tratar sus dolencias. La asistencia médica que antes era principalmente domiciliaria se transforma en hospitalaria.

La Seguridad Social en España ha activado sectores enteros de la economía principalmente en el terreno sanitario como es la construcción de hospitales, el equipamiento instrumental de los mismos, la industria químico-farmacéutica, etc.

Además de su eficacia asistencial la Medicina impulsada por la Seguridad Social ha originado otros cambios importantes como son la especialización del médico con gran desarrollo de las especialidades médicas y quirúrgicas, favorecidas por la revolución tecnológica y por la implantación del sistema MIR de formación postgraduada. Igualmente se ha potenciado la investigación médica implantándola en los hospitales en los que antes prácticamente no había existido.

Todos estos cambios constituyen un nuevo modelo sanitario completamente diferente del que existía a principio de siglo en España. La transformación ha afectado a todos los puntos fundamentales del sistema, el hospital, el modo de la asistencia sanitaria, el ejercicio profesional, la formación médica e incluso la mentalidad de los propios pacientes como consecuencia de los cambios sociológicos del país y la transformación de su estructura económica y del sistema de financiación.

La progresiva cobertura de la población trabajadora por la Seguridad Social se transforma a partir de 1986 con la promulgación de la Ley General de Sanidad, en la universalización de la asistencia que ya no es financiada principalmente por las cuotas de la seguridad social sino por los impuestos generales. La completa colectivización de la asistencia y los altos niveles de su calidad asistencial condujeron a suprimir por primera vez en la historia la injusta separación que existía entre Medicina de pobres y Medicina de ricos logrando una equidad en la asistencia médico-sanitaria desconocida hasta entonces.

c) Los cambios producidos en la sociedad española

Es unánime el reconocimiento de que los cambios sociológicos producidos en España en los últimos 30-35 años, han sido los más profundos de toda su historia. Aunque es difícil y arriesgado generalizar sobre los caracteres y cuantías de los cambios originados, existen unos cuantos indicadores que parecen comunes a la gran variedad de costumbres de las diversas regiones y comunidades.

La generación actual disfruta de un nivel de vida superior al de generaciones precedentes. En España la clase media representaba el 12% de la población en 1933 y es un 66% en 1990. La población activa se ha desplazado desde la agricultura hacia las zonas de industria y de servicios. Así, en 1960 los trabajadores españoles del sector agrícola comprendían el 42% de la población activa mientras que sólo es el 14% en 1988. Estadísticas de 1990 señalan un 12% de población activa para la agricultura, un 26% para industria y un 62% en servicios. La renta nacional española nos sitúa hacia el décimo país entre los del mundo, el undécimo en producción industrial y el primero en turismo. Otro fenómeno sociológico ha sido el de la incorporación de la mujer al trabajo fuera del hogar. Durante el período comprendido entre 1960 hasta 1984 se produjo un incremento de la población activa en un millón de mujeres. Igualmente, su incorporación masiva a la universidad es otro de los fenómenos más destacados de la sociología española actual. Los niveles de vida de la población española han aumentado considerablemente aunque existen zonas más desarrolladas que otras.

En relación con la Medicina se ha producido un notable incremento en la demanda de asistencia médica derivada en gran parte del aumento de los niveles de vida pero basada también en una mayor confianza en la Medicina de la que se esperan auténticos milagros desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico. Cuenta también la mayor facilidad de acceso a la asistencia médica por la socialización, universalización y gratuidad de dicha asistencia. Ha de señalarse también el neo-hedonismo de la sociedad actual que impulsa a disfrutar la vida lo mejor posible, libres de molestias, insuficiencias y enfermedades. La mujer y el hombre de hoy soportan menos las incomodidades y los sufrimientos que las generaciones anteriores. La antigua resignación se ha transformado en exigencia social. El envejecimiento progresivo de la población contribuye también de forma notable al aumento de la demanda asistencial sanitaria ya que estadísticamente se ha demostrado que una persona cuya edad es superior a los sesenta y cinco años consume cinco veces más asistencia que un adulto joven.

Otros factores sociológicos que de alguna manera influyen en el aumento de la demanda asistencial son la quiebra de los valores familiares tradicionales, el aumento de la insolidaridad social, el frecuente incremento de la ansiedad y de los síntomas de los desequilibrios emocionales, todo lo cual conduce a un trato más duro y desconfiado entre los miembros de la sociedad. Es conocido que los mayores niveles de ansiedad y desajustes emocionales del cuerpo social, se traducen frecuentemente en somatización de los síntomas que buscan equivocadamente su solución en la asistencia médica.

Dentro de los cambios sociológicos hay que considerar también el referido concepto de servicio público que se da a la asistencia médica, exigiendo el usuario no solamente eficacia en las prestaciones que se le dan, sino también la satisfacción por el servicio recibido. La relación médico-enfermo, tradicionalmente de tipo paternalista y protector, pasa a convertirse en una relación entre adultos en la que se exige la explicación de las conductas diagnósticas y terapéuticas que se proponen que para ser realizadas necesitan el consentimiento previo como el llamado «consentimiento informado» al menos para aquellos actos que revisten cierto grado de riesgo o peligrosidad. Simultáneamente van aumentando las reclamaciones de tipo judicial por «mala práctica», lo cual es expresión, entre otras cosas, de la desmitificación progresiva de la Medicina y del médico. Todas estas circunstancias influyen muy profundamente en las profesiones sanitarias y especialmente en el médico.