

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DEL PAIS VASCO
EUSKAL-HERRIKO MEDIKUNTZAREN ERREGE AKADEMIA

SANIDAD Y ESTADO DE BIENESTAR

DISCURSO

para la recepción pública del Académico Electo

EXCMO. Sr. Prof. Dr. D. J. IGNACIO AZKUNA URRETA

leído el 15 de abril de 1996

y discurso de CONTESTACIÓN pronunciado por el

ILMO. Sr. Prof. Dr. D. JUAN TOMÁS NEGUERUELA UGARTE

Académico de la Real Academia de Medicina del País Vasco



BILBAO
MCMXCVI

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DEL PAIS VASCO
EUSKAL-HERRIKO MEDIKUNTZAREN ERREGE AKADEMIA

SANIDAD Y ESTADO DE BIENESTAR

DISCURSO

para la recepción pública del Académico Electo

EXCMO. Sr. Prof. Dr. D. J. IGNACIO AZKUNA URRETA

leído el 15 de abril de 1996

y discurso de CONTESTACIÓN pronunciado por el

ILMO. Sr. Prof. Dr. D. JUAN TOMÁS NEGUERUELA UGARTE
Académico de la Real Academia de Medicina del País Vasco



BILBAO
MCMXCVI

DISCURSO
para la recepción pública

del

EXCMO. SR. PROF. DR.

D. J. IGNACIO AZKUNA URRETA

Al mundo sanitario
A mi familia
A mis amigos

**Excmo. Sr. Presidente
Ilmos. Sres. Académicos
Excmos. e Ilmos Sres.
Sras. y Sres.**

Por el honor que supone para mí la pertenencia a la Real Academia de Medicina, una duda me ha asaltado en ciertos momentos ante el discurso de ingreso en tan señera y gloriosa institución, pues mi vida profesional ha discurrido entre la radiología cardiovascular y la gestión sanitaria. Aquélla la inicié en mi juventud, la perfeccioné en París y la he desarrollado en el Hospital de Cruces y en la Universidad del País Vasco, en la cátedra de Medicina Física y Radiología.

En cuanto a mi dedicación a la gestión, no fue algo premeditado ni casual sino parte del devenir de mi historia personal y de mis inquietudes. La preocupación por el País y por la cosa pública me ha rondado y acompañado desde los tiempos universitarios en la Salamanca unamuniana- la del rector vasco que tanto influyera en mí-, y a la que sigo queriendo y tanto añoro. París, Bilbao, el Hospital, en aquel hervor político y social que coincidió con las postrimerías del antiguo régimen, y el nacimiento de la joven democracia hicieron el resto.

LA RADIOLOGÍA CARDIOVASCULAR

La radiología cardiovascular es la historia del encuentro de la técnica radiológica y de los medios de contraste de los vasos venosos y arteriales. Las dificultades de la primera han consistido en la búsqueda de unos aparatos radiológicos lo suficientemente potentes y sofisticados como para conseguir secuencias rápidas de impresión de la imagen con el objeto de alcanzar el ritmo y la dinámica cardíaca y vascular. Era lo contrario a la inmovilidad y el estatismo. La segunda condición consistía en conseguir una substancia no tóxica que, introducida por vía vascular, opacara los vasos sanguíneos, puesto que, como hoy en día es obvio y bien conocido, éstos no son visibles en la radiología convencional. En resumen, la velocidad radiográfica, la selectividad del relleno de una cámara cardíaca o determinado espacio vascular por una substancia opaca a los RX y la utilización de determinadas técnicas -con el necesario concurso de una sonda o catéter- han supuesto una constante en el desarrollo y expansión de la radiología cardiovascular, sin olvidar que esa conjunción conlleva un riesgo para el enfermo -como es norma habitual en todas las técnicas cruentas de la medicina- que ha ido disminuyendo en los modernos servicios hospitalarios.

No es extraño, por tanto, que tras el descubrimiento de los RX por Roentgen y dado su enorme potencial de desarrollo y gran utilidad para la ciencia en general y la medicina en particular, los pioneros trabajaran en una atmósfera teñida por el misterio y por el interés de lo desconocido. Esta curiosidad, tan inherente a la inteligencia del ser humano, no estaba exenta de riesgos con ciertos rasgos de heroicidad. Al igual que ha habido científicos que han experimentado en su propio cuerpo, fue Forssman quien, en 1929, se introdujo una sonda uretral en una vena del antebrazo, dirigiéndola a la aurícula derecha. Fue él mismo quien introdujo uroselectan en perros, visualizando las cáma-

ras cardíacas derechas y la arteria pulmonar. A partir de ese momento, se abrió un campo de investigación que ha tenido aplicaciones clínicas de incalculable valor en el diagnóstico, primero, y en el tratamiento, después, de las enfermedades cardiovasculares.

El proceso posterior fue la búsqueda de técnicas que facilitarían colocar una sonda cada vez más fina, de mejor material y menos traumática, selectivamente en la parte derecha o izquierda del corazón. También en 1929, el portugués Dos Santos consiguió, mediante la técnica que lleva su nombre, introducir contraste en la aorta abdominal (aortografía abdominal), técnica que ha perdurado hasta nuestros días y ha sido fundamental en el estudio de la cada vez más frecuente patología vascular abdominal y periférica.

Es preciso citar un tercer nombre, por lo que ha supuesto al progreso de la tecnología en la radiología cardiovascular y al estudio de la hemodinámica cardíaca: me refiero a la técnica creada por Seldinger (1953). Con ella, la mayoría de las veces no es precisa la disección venosa o arterial, sino que el catéter se introduce mediante una punción percutánea de la arteria o de la vena femoral. Posteriormente, esta técnica fecunda ha dado origen a multitud de posibilidades que permiten conocer el mapa vascular del organismo: así, el estudio selectivo de la radiología vascular abdominal, o del corazón y los grandes vasos, o la patología vascular cerebral. Igualmente ha servido para conocer la hemodinámica cardíaca -la hemodinámica y la radiología cardiovascular han madurado al mismo tiempo- y supuso un impulso decisivo, transformando en rutina la visualización radiográfica de las arterias coronarias (coronariografía). De este modo, una de las enfermedades de nuestro tiempo, la arterioesclerosis coronaria (angina pectoris, infarto de miocardio), recibía una respuesta diagnóstica fundamental para valorar la posibilidad de la técnica quirúrgica así como el pronóstico del enfermo. Quizá haya sido unos de los avances

más importantes, junto a la investigación epidemiológica y el conocimiento de los factores de riesgo, para combatir la enfermedad más frecuente en morbilidad en los países desarrollados. Enfatizo su importancia, puesto que junto al cáncer constituyen los problemas más importantes con que se enfrentan los servicios de salud.

Tras esta breve reseña histórica, con cuya realidad me encontré en los laboratorios de hemodinámica primero, y de angiografía cardiaca y vascular de los hospitales parisinos de Broussais, Marie Lannelongue y Kermilim-Bicêtre, posteriormente, hay que señalar que el avance de la radiología cardiovascular ha sido espectacular. Veinticinco años no pasan en vano y, si quizás conforman un período corto para observar cambios culturales importantes, son, sin embargo, significativos cuando atendemos al desarrollo de la tecnología. Los viejos seriógrafos manuales y los posteriores Elema-Schonander han sido sustituidos por la radiología digital; las sondas de materiales modernos de utilización "monouso" nada tienen que ver con las primeras que conocimos, cuya limpieza, conservación y esterilización -para reintroducirlas en otros enfermos- constituían una ceremonia cuidadosa; los contrastes no iónicos han mejorado la seguridad de los pacientes. Pero donde el desarrollo ha resultado realmente sorprendente ha sido, más que en el diagnóstico, en el tratamiento de diversas enfermedades cardiovasculares. La angioplastia coronaria o vascular, que procura dilatar la estenosis arterial, evitando en muchos casos la intervención quirúrgica, la nefrostomía percutánea, los drenajes biliares o el tratamiento de los aneurismas abdominales, por poner algunos ejemplos, ha dado origen a lo que en la actualidad se denomina "radiología o cardiología intervencionista" (cuyo origen técnico es similar) de aplicación práctica diaria.

El salto cualitativo de estos veinticinco años ha sido tal que confieso sorprenderme cada vez que reflexiono sobre el tema. Es de

esperar, de igual manera, que los siguientes nos sigan asombrando por el avance de la tecnología. La cuestión es que nuestros cimientos clínicos y humanos, nuestra base del conocimiento y nuestra cultura médica y científica se acompañen a la tecnología. Porque, en caso contrario, dependeremos tanto del artificio sofisticado que su ventaja -en símil parecido a la novela de Orwell- podrá llegar a esclavizarnos.

LA POLÍTICA

Confesaba, al principio de mi intervención, mis dudas ante el tema central de este discurso: radiología o política sanitaria. Y es que, aunque la política me ha separado de muchas aficiones y ambiciones, de mi labor profesional y de mi tarea universitaria, de la que afortunadamente he podido conservar una parcela, a fuer a veces de caminar renqueando, en la vida hay que elegir y, por tanto, renunciar. Elegí lo más incómodo, porque la política es ingrata e incluso cruel, y el saludo efusivo e interesado de hoy se transforma mañana en una mueca indiferente. No es necesario para sustentar esta impresión recurrir a Maquiavelo o leer con atención ese modelo de cinismo que es el "Breviario de los políticos", del Cardenal Mazarino. Pero también hay que señalar que, entre esa sonrisa interesada y puntual y el olvido despectivo, reside toda una pedagogía de la vida. La misma que acompaña los tristes y desgraciados personajes de Baroja o que destilan las pálidas caricaturas de los venidos a menos de Balzac.

La política, sin embargo, presente en el espíritu de los humanos al lado de la cara miserable de la vida, de la que es fiel exponente, muestra aspectos que merecen la pena vivirse. Y yo agradezco haber tenido la

oportunidad de participar, aunque sea a un nivel modesto, en esa parte de la vida social que tantas ocasiones, tantas opciones y tantos ángulos presenta. En la política se dan situaciones diversas e incluso contradictorias, conviven personajes brillantes y generosos al lado de auténticas mediocridades, oportunistas y ambiciosillos de postín. Tengo la impresión de que la política, desde fuera, se ve como una lucha encarnizada, a veces fratricida, por cada palmo de poder. Una especie de Verdún, entre la bayoneta y las trincheras. Y es justo reconocer que hay momentos en que esa impresión también se tiene desde dentro. Pero también hay que decir con rotundidad que en la lucha política diaria uno se encuentra- y el saldo es positivo- con personas de cuerpo entero a las que se acaba por admirar o querer entrañablemente. Y, en concreto, debo confesar con orgullo que algunas me han enseñado que todos los días se puede aprender algo, y que en cada alto en el camino hay que recordar el Eclesiastés por aquello de "vanidad de vanidades". O, lo que es lo mismo, el rito pagano de la vieja Roma, cuando al soldado victorioso un esclavo le marilleaba el oído con la frase: "recuerda que eres un hombre".

A la política sanitaria le he dado una buena parte de mi vida. No es extraño, por tanto, que finalmente haya optado por ingresar en la Real con un discurso basado en reflexiones de mi dedicación más reciente. Por la frescura de las ideas y porque las mismas conforman un futuro inquietante y difícil, pero apasionante.

Europa camina en la reforma sanitaria entre las distintas opciones que se plantean en relación al llamado Estado de Bienestar (welfare state). Su definición y adecuación son elementales para que se desarrolle armónicamente. La prestación sanitaria, la universalidad o no de la misma, la calidad asistencial, la investigación o la docencia serán consecuencias inmediatas de las políticas que se apliquen.

Vamos a asistir, estamos asistiendo ya en realidad, a la reforma de diferentes sistemas sanitarios. En unos casos, de manera concreta y, en otros, dentro de políticas globales. En Alemania, con un gran pacto entre gobierno, empresarios y sindicatos. En Francia, con una situación de crispación y enfrentamiento. En nuestro caso, considero que es mejor, ahora que todavía es posible, eliminar lo superfluo, controlar el despilfarro e incluso renunciar a un poco para mantener lo importante. Contribuyamos, aunque sea modestamente, a desbrozar el camino desde una opción humanista, posibilista y redistributiva. Por eso mi discurso versará sobre la Sanidad y el Estado de Bienestar.

Antes de abordar su desarrollo, quiero subrayar que se lo dedico al mundo sanitario, a mi familia, a mi equipo departamental y a mis amigos.

Debo mencionar, especialmente en estas circunstancias, mi agradecimiento al Profesor D. Juan Manuel Gandarias, presidente de la Real Academia, que ha sido mi valedor en esta incursión académica (ya lo fue durante la lectura del doctorado, una fría mañana salmantina, hace más de veinticinco años) y al Prof. D. Juan Negueruela Ugarte, con el que he compartido lugar humilde en su cátedra y que me ha honrado con su ayuda, sabiduría y amistad.

Quienes han tenido la deferencia de acudir hoy aquí atesoran, sin duda alguna, buena parte de la memoria histórica de nuestra Sanidad. de su evolución, avatares y desarrollo. Con ella, además, acompañan su capacidad de análisis de los problemas que la aquejan y avalan su influencia intelectual sobre quienes manifiestan inquietudes en cuanto a su futuro. Tengo, por tanto, que agradecer la oportunidad que me da una ocasión como la presente para exponer y compartir algunas ideas -necesariamente seleccionadas- al respecto.

ORIGEN Y DESEQUILIBRIOS DEL ESTADO DE BIENESTAR

Con el advenimiento de la democracia en España, se incorporaron a la gestión política los valores sociales de equidad, solidaridad... y tratamos de dotarnos de un Estado de Bienestar semejante al de los países de nuestro entorno. El entusiasmo político de aquellos años, un tanto olvidado, quizá, de las estrecheces económicas que ya comenzaban a apretarnos, hizo posible abordar las aspiraciones lógicas y legítimas que no habían sido atendidas hasta entonces. Pero, en muchos casos, en lugar de comenzar analizando nuestras necesidades concretas y la mejor forma de atenderlas, decidimos dirigir nuestros esfuerzos a tratar de alcanzar el nivel de servicio social de los países más avanzados.

En unos pocos años, y a pesar de que nuestro gasto social está todavía por debajo de muchos países europeos, se ha conseguido un sistema de protección, a grandes rasgos, similar al suyo y que satisface numerosas necesidades. No obstante, también hay que reconocer que el crecimiento de dicho sistema ha sido un tanto improvisado y que, como consecuencia, hemos incurrido en desórdenes de diversa índole que, obviamente, debemos corregir.

Aunque los desequilibrios que paso a comentar están muy interrelacionados entre sí, voy a intentar diferenciarlos en cuatro categorías. Voy a tratar pues, de menor a mayor, de

- los desequilibrios entre las necesidades y la cobertura,
- entre la cobertura y los recursos disponibles,
- entre los distintos sectores públicos y
- entre el estado-provisor y la sociedad.

Necesidades y cobertura

Respecto de los desequilibrios entre las necesidades y la cobertura, diré que mientras nuestros sistemas de protección social, en términos generales, son equiparables a los de los países de nuestra órbita -como ya he apuntado- y en ocasiones superiores, subsisten necesidades importantes pendientes de repuesta, a la vez que se atienden otras que en modo alguno son prioritarias.

En otros términos, hay un cierto desequilibrio entre las necesidades existentes, su prioridad teórico-técnica y el nivel de cobertura pública de las mismas.

¿Quién no se ha planteado, por ejemplo, que la gratuidad de los medicamentos debería garantizarse a las personas de cualquier edad y condición, con tal de que carezcan de recursos suficientes, en lugar de hacerse para un colectivo con rentas muy heterogéneas, a veces altas, cuyo único denominador común es su situación de pensionistas? Y, en cualquier caso, ¿La ayuda económica pública para las situaciones de necesidad debe ir a cargo del capítulo sanitario o son otras instancias -los servicios sociales, por ejemplo- las idóneas para hacerlo?.

Este desorden es consecuencia natural de la falta de atención prestada en origen a varios requisitos:

- en primer lugar, padecemos la ausencia de un esquema de prioridades que con criterios sociales, técnicos y económicos clasifique las necesidades existentes según su importancia y perentoriedad;

- por otro lado, existe una deficiente definición, a la luz de lo anterior, de una cartera de prestaciones, concebida como conjunto de garantías explícitas que se debe y se puede procurar a la sociedad a través del entramado institucional. Es cierto que se ha realizado un esfuerzo en este sentido con la aprobación del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, pero es tan amplio e inconcreto que no servirá como instrumento de racionalización si no se abordan su desarrollo e implicaciones prácticas;

- también hay que considerar la escasa concreción de los cometidos sectoriales que, por habérseles atribuido nuevas responsabilidades sobre la marcha, han debido asumir sobrecargas indebidas, a veces duplicidades y en otras ocasiones vacíos clamorosos. El caso de las duplicidades o solapamientos entre la sanidad y bienestar social es bien claro al respecto;

- por último, se da una insuficiencia de criterios para la asignación de tales prestaciones a los casos individuales.

Por razones diversas, el sistema ha ido creciendo por acumulación y sedimentación de los derechos adquiridos. El resultado es que carecemos de una visión clara de sus límites y del marco en el que se ha de desenvolver, aspecto en el que abundaré más tarde desde una perspectiva más amplia. La concreción de esta especie de "contrato social" es fundamental para la gestión y para la ciudadanía. Su ausencia causa permanentes tensiones a la primera y falsas expectativas a la segunda y ambas tiene motivos suficientes para sentirse molestas por las contradicciones a que esta situación confusa da lugar.

Cobertura y recursos disponibles

Otro tipo de desorden se refiere al desajuste progresivo entre la cobertura de servicios públicos y los recursos disponibles para satisfacerlos. Lo primero que puede decirse es que la evolución natural de la cobertura tiene un carácter netamente expansivo, por motivos fácilmente comprensibles.

Como resultado, se vive por encima de las posibilidades y se incurre en unos gastos que la generación de riqueza del país difícilmente soporta. En consecuencia, en vez de legar a las próximas generaciones un sistema sólidamente asentado, de seguir así les vamos a dejar como herencia una importante deuda que atenta directamente contra la propia estabilidad del sistema de protección social. Es una frivolidad pensar que el conjunto social puede consumir sin pagar por ello. El gasto siempre se paga, ahora o a futuro, vía impuestos (lo más directo y evidente), vía inflación (que alguien califica como el más inmoral de los impuestos) o por medio de deuda pública o de crecimiento del déficit.

En definitiva, a pesar de la recuperación económica a que asistimos, no parece posible seguir aumentando el gasto social como hasta ahora, mientras las posibilidades financieras adicionales (recaudatorias, endeudamiento, etc.) se ven cada vez más restringidas. Luego volveré sobre este tema.

Indudablemente, la calidad de vida constituye una clara prioridad en las sociedades avanzadas. Actualmente, resulta inconcebible que el desarrollo económico de un país no redunde en una mejora del bienestar, y más en un país pequeño que cifra su capital principal en sus recursos humanos y su consolidación en la calidad de vida de los mismos, ya que el primero, es decir, el desarrollo económico, tiene un

carácter instrumental respecto a lo segundo -la mejora del bienestar-, que es el verdadero fin. Para reforzar esta idea, me permito hacer un inciso citando a un ex-Director de la OMS (H. Mahler) cuando, hace ya 17 años, al plantearse si cabe siempre expresar los beneficios sociales en términos económicos, no dudaba en dar como cierta la proposición inversa afirmando que "el desarrollo ha de ser probado en términos sociales".

Equilibrio en los distintos sectores públicos

Pero, ¿Qué es el desarrollo social? O más concretamente, ¿Qué entendemos por calidad de vida? Ciertamente, estamos ante un concepto relativo y dinámico, que se modula y perfecciona según los valores de cada cultura, cada país y cada época. Sin entrar en lo que para la mejora de la calidad de vida debe corresponder al sector público o al privado, en la práctica sucede que el primero, representado en las instituciones públicas, desempeña una amplia gama de actividades que, en su mayoría, persiguen directamente un mayor desarrollo y bienestar, tanto individual como colectivo.

La sanidad es un buen ejemplo, aunque sólo constituye una parcela de esta actividad pública; importante, pero no la única. El gasto y la deuda pública tienen una cierta elasticidad, si bien tal elasticidad es limitada. Cada vez se desenvuelven en un marco más estricto como consecuencia, en parte, de los criterios de convergencia acordados en el Tratado de Maastricht. En otros términos, y saltando, por obvios, algunos eslabones de la cadena argumental, la sanidad compete con otros sectores institucionales por su participación en un gasto público que, en conjunto, no parece que vaya a crecer porcentualmente, sino todo lo contrario.

Quizá, reconociendo una importancia similar a todos ellos, sea correcto preguntarse cuál de estos sectores necesita un mayor esfuerzo presupuestario en función de sus deficiencias relativas actuales. La respuesta no es nada sencilla, pero el simple hecho de formular estas cuestiones pone en evidencia que lo que se dé de más a la sanidad o a las carreteras se detraerá de la vivienda, educación, pensiones u otras parcelas también importantes por su contribución al bienestar.

Flaco favor haríamos los sanitarios al bienestar del país si no tomáramos esto en consideración y, atendiendo sólo a nuestros intereses, acaparáramos mayores proporciones de presupuesto público sin importarnos a costa de qué. En Euskadi, el crecimiento del gasto sanitario público, que ha sido muy superior al crecimiento de la economía real, no sólo no se ha cuestionado en los niveles social, político y sindical, sino que se ha visto firmemente apoyado por todos estos agentes. Probablemente, esta postura era coherente hasta hace poco, mientras la sanidad del país necesitaba ponerse al día. Pero ahora que ya lo está -y a las pruebas me remito-, resulta preocupante que sólo unos pocos nos interroguemos acerca de este problema. El envejecimiento y los cambios epidemiológicos subsiguientes están ahí, inalterables; algo se puede influir, no mucho, en el coste tecnológico...; pero otros factores que actúan sobre la demanda, la productividad y el gasto sí ofrecen margen de maniobra. No es ético, desde la perspectiva social, que los derechos adquiridos sean algo intocable mientras que su mantenimiento imposibilita dar correcta atención a las necesidades que están surgiendo.

El Estado provisor y la sociedad

Y luego así al cuarto punto, es decir, al desequilibrio entre el Estado-provisor y la sociedad. El crecimiento de nuestro Estado de

Bienestar ha generado una categoría de desorden de distinta naturaleza que los anteriores, más global. Dejándonos llevar por la inercia y el incrementalismo en un entorno permisivo, la idea original de un Estado-provisor ha degenerado en la aceptación tácita de un Estado omnirresponsable, omnipotente y omnipresente. En comparación con los otros desórdenes que mencionaba, las consecuencias son más intangibles, pero no por ello menos reales y -a mi juicio- graves.

Justificamos el intervencionismo institucional invocando la justicia social, ocultándonos que ésta no pasa necesariamente por hacer crecer el Estado. Necesitamos corregir y equilibrar todo esto si queremos salir del torbellino en el que estamos, pues esta es, en el fondo, la verdadera fuerza de gravedad que nos atrae peligrosamente. La dificultad radica en que estas actitudes se han infiltrado a hurtadillas en nuestro acervo cultural y que su reconducción va a ser lenta y laboriosa.

En resumen, y como antes señalaba, no es el Estado de Bienestar lo que se pone en tela de juicio, sino sus desequilibrios. No ser crítico con estos defectos es, a mi juicio, uno de los comportamientos más insolidarios.

Las contradicciones son consustanciales con el quehacer de las sociedades complejas. Pero no es menos cierto que el progreso social pasa por la existencia de una voluntad colectiva de resolver progresivamente tales contradicciones, asumiendo responsablemente cada cual el papel que le corresponde. Si queremos avanzar en la configuración de nuestro bienestar, debemos analizarlo a fondo y corregir sus desórdenes; y hacerlo antes de que sea demasiado tarde.

Hay que reconocer que contamos con una organización que ha dado sus frutos pero que se nos está quedando vieja. Fue concebida en un momento en el que el sistema podía evolucionar con cierta armonía sin más referente que lo que ocurría en su seno. Hoy, todo esto ha

cambiado de forma radical, hasta el punto de que la viabilidad de nuestra misión depende más del entorno (demografía, economía...) que de los elementos internos de la organización.

El problema radica en que seguir con la intensidad del esfuerzo realizado en los últimos años resulta difícilmente sostenible a medio plazo. Por ello, si se quieren mantener las conquistas sociales fundamentales -y la sanidad pública es una de ellas-, hay que replantearse algunas cuestiones que configuran el actual Estado de Bienestar.

LAS SOLUCIONES POSIBLES

Las alternativas posibles son escasas, más aún si valoramos sus resultados teóricos en términos de calidad, solidaridad y eficiencia. En un entramado destinado a responder a las necesidades, a dar cobertura al derecho a la protección de la salud, estos criterios son los que dan o quitan legitimidad social a cualquiera de las posibles opciones.

Aunque no lo hayamos hecho antes -y ello está en el origen de nuestros problemas-, aún estamos a tiempo de clarificar el contenido del "contrato social" y las reglas de juego para el cumplimiento de dicho contrato. Para ello, debemos cuestionarnos y debatir con seriedad tres temas fundamentales que anticipaba al principio:

- en primer lugar, la definición y clasificación de necesidades;
- luego, la concreción de los límites del sistema público;
- y por último, el análisis y la elección, en cada circunstancia, de la mejor forma de abordar dichas necesidades.

En ese sentido, tras un intenso y extenso trabajo previo, se ultimaron hace más de dos años y medio el diseño de las "Estrategias de Cambio para la Sanidad Vasca - Osasuna Zainduz", aprobadas en el Parlamento Vasco de forma prácticamente unánime.

No voy a realizar aquí una descripción pormenorizada de sus contenidos. Me limitaré a señalar que "Osasuna Zainduz" implica un profunda puesta al día del sistema sanitario vasco en todos los órdenes y que está planteado en función de dos claras orientaciones: lo que podríamos llamar el "ciudadano-centrismo" y la adaptabilidad del sistema. Permítanme un inciso para insistir en algo que todos saben: que toda empresa moderna que se precie reconoce la centralidad del cliente y la capacidad de adaptación como factores de éxito. Además, si la empresa es pública y de servicios sociales, su auténtica modernización pasa, también, por el desplazamiento de la burocracia en beneficio del usuario.

En este sentido, los ciudadanos se configuran como la razón de ser de la sanidad pública que, a su vez, debe estructurarse como un sistema que, mediante la flexibilidad oportuna, sea capaz de adaptarse con prontitud a las circunstancias de un entorno que cada vez cambia con mayor rapidez.

Solidaridad y definición de necesidad

La reorganización de la sanidad vasca debe basarse en la consolidación del sistema sanitario como uno de los pilares fundamentales de nuestro Estado de Bienestar, siendo considerada como un bien público solidario, redistribuidor y fundamento del desarrollo y de la justicia social.

A partir de esta premisa, debemos analizar su alcance concreto y la mejor forma de conseguir una adecuada configuración del sistema.

En mi opinión, lo único incuestionable es la solidaridad, pues es la esencia del asunto que nos ocupa, lo trascendente y la clave de la cohesión social. Pero todo lo demás, el dimensionamiento y estructura del sistema, su organización, sus normas de funcionamiento... son aspectos revisables. Serán buenos en la medida en que refuercen la solidaridad y, si no, habrá que replantearlos.

Nos va a resultar duro, pero tendremos que debatir sobre lo que es imprescindible para arropar la dignidad humana. Y los tiempos -no sólo Maastricht- nos obligan a que utilicemos un criterio de rigor económico. El saneamiento financiero a costa de amortizar el Estado de Bienestar está fuera de lugar. Pero hay que reconocer que la austeridad siempre fue un valor importante y que más lo debe ser cuando la globalización de la economía exige una mayor competitividad.

También habrá que evitar que las medidas o prestaciones paliativas que se ofrezcan supongan un incentivo para que el individuo afectado no renuncie a su propia iniciativa y esfuerzo.

La intervención pública

Debemos plantearnos qué necesidades deben ser objeto de protección pública y cuáles no. O, si prefieren, hasta dónde debe llegar la intervención pública en la configuración del Estado de Bienestar. Desgraciadamente, hemos visto con frecuencia cómo las necesidades se transformaban automáticamente en servicios provistos por las instituciones públicas, como si éstas fueran la única respuesta para todo.

Me limitaré a señalar que hay necesidades individuales y/o colectivas en las que no existe una demanda expresa a pesar de su importancia: gran parte de las tareas de la Salud Pública tradicional, por ejemplo. En cuanto a otras necesidades, ocurre que la distribución del problema es muy irregular, que su solución puede resultar excesivamente gravosa para el sujeto afectado y que su aseguramiento individual también resulta muy costoso. Es lo que sucede, en general, en el ámbito de la enfermedad y los accidentes. Es en estos casos en los que lo público debe entrar en juego al menos como asegurador, como garante de unas prestaciones básicas.

Al analizar la intervención pública y su intensidad, hay que respetar un margen para la libre iniciativa y para el riesgo individual. Lo público debe ser fundamentalmente un facilitador de instrumentos para que cada cual pueda alcanzar la igualdad de oportunidades, pero no necesariamente un seguidor de la igualdad perfecta.

Otra cosa es la definición de la forma más eficaz y eficiente de dar respuesta a las necesidades cuya solución se atribuye al sector público. Aquí, se debe diferenciar entre la responsabilidad pública de aseguramiento y los instrumentos que se utilizan para abordarla, pues son dos planos completamente diferentes. La responsabilidad, que consiste básicamente en garantizar una disponibilidad financiera ad hoc y en la regulación de la materia en cuestión, es indelegable. Pero la provisión puede ofrecerse directamente desde la empresa pública, mediante contratación con el sector privado o a través de cualquier fórmula intermedia. En todo caso, hay que partir de la realidad existente.

A raíz de lo anterior, surge una cuestión derivada que sólo voy a esbozar. Se trata de cuál es el sector público al que se le debe atribuir cada responsabilidad concreta. En el caso de la sanidad y de los servicios sociales, ocasionalmente aparecen conflictos por indefini-

ción de los respectivos campos de actuación. Hay un espacio socio-sanitario en el que deben colaborar ambos sectores pero, fuera de esto, hay materias que, debiendo ser asumidas por uno, en la práctica las administra el otro. Y esto origina numerosas tensiones perfectamente evitables. He mencionado dos sectores pero, incluso algunas de las necesidades que abordan aquéllos, originadas por carencia de recursos, pueden encontrar parte de la solución a través de procedimientos fiscales.

Me doy cuenta de que he planteado numerosos interrogantes. Era Sócrates el que afirmaba que "sólo las preguntas permiten el mantenimiento de la honradez intelectual". Nuestro trabajo suele estar condicionado por la vorágine de lo inmediato, que proporciona pocas oportunidades para la reflexión sosegada. Pero, si queremos seguir avanzando colectivamente, debemos convertirnos en una organización que aprende -de sus aciertos y de sus errores-, y esto se consigue abriendo espacios a la reflexión.

Personalmente, además de no renunciar a ningún ideal -y el Estado de Bienestar es uno de los más importantes para mí-, creo firmemente que los sistemas de protección social seguirán al servicio de los ciudadanos para mejorar su calidad de vida. La clave radica en que, conscientes de nuestras potencialidades y limitaciones, seamos capaces de armonizarlos permanentemente con el entorno y que busquemos siempre la eficacia y la eficiencia en el uso de los recursos disponibles que, aunque limitados, son cuantiosos.

Si recuperamos el sentido de la responsabilidad, del esfuerzo, de la perseverancia, de la solidaridad y de la austeridad, corregiremos los defectos y seguiremos avanzando.

Invoco, para ello, el necesario consenso interpartidario para proseguir en el desarrollo del bienestar, del cual es fiel exponente la

Sanidad. Consenso, para un enriquecimiento e incluso para las modificaciones que sean necesarias.

...y, sin embargo, debemos actuar

Se preguntaba el Profesor Negueruela Ugarte, en su discurso de recepción en la Real Academia, allá por 1981, titulado "Indeterminismo radiológico": "¿Qué ocurre cuando la perfección técnica es enorme, pero la imprecisión de la respuesta distorsiona el acto terapéutico? A medida que precisamos en la dosimetría y calidad de las radiaciones utilizadas en medicina, la respuesta celular es más bizarra. Las Leyes de Bergonié y Tribondeau no profundizan lo suficiente en el fenómeno radiológico, teniendo que sustituir el concepto de "quemadura solar" por el de probabilidad de muerte celular; y todos sabemos lo que es pasar del determinismo al cálculo de probabilidades, porque es aceptar la imprecisión de unos resultados". La imprecisión le lleva a escribir que "el acto médico está impregnado por la melancolía final de lo impreciso. Se nos va de las manos el espíritu sensato de lo bien definido, de lo preciso, de lo exacto". Y finaliza exclamando que "cree que la única verdad es que somos ignorantes y, sin embargo, debemos actuar".

Y el Profesor Gandarias en su contestación al recipiendario, cita a Renard, quien sentencía que "mientras el hombre no llegue a poder explicar el secreto del Universo, no tiene derecho a estar satisfecho".

Imprecisión, indefinición, probabilidades, desconocimiento, son variables que muestran la humildad con que el ser humano debe afrontar la visión del mundo -protagonista del Universo, de la cosmogénesis que diría Teilhard de Chardin-. Sin embargo, impelido por la curiosidad intelectual y las ansias de conocer, debe actuar resolutivamente. Si esto es así en el terreno científico ¿qué podemos

decir en la política? La política, tan consustancial al hombre -el "zoón politikós" de Aristóteles-, la olla donde se cuecen los problemas, es imprecisa y sorprendente, sometida a las diferencias partidarias, con sus intereses y pasiones, las presiones de la ciudadanía e incluso a veces al capricho de algún colectivo; en la política influye la incertidumbre, los ciclos económicos, el azar -como en la Bolsa, a veces, "on vit de l'emotion" decía Mitterrand-, la suerte, la rectitud o los vicios de sus personajes. Personajes capaces de declarar guerras y firmar tratados de paz.

Y, sin embargo, es por medio de la política como se organiza la vida colectiva en orden y convivencia. En una democracia y en un Estado de Derecho, la política es el medio para conservar y mejorar el bienestar colectivo y las conquistas sociales, entre las que se encuentra la sanidad. "Debemos actuar", escribía más arriba, a pesar de nuestras imperfecciones. Debemos hacerlo para conseguir una mejor sanidad. Con ello contribuiremos, además, a la cohesión de la sociedad y a que esta sea más justa y solidaria.

He dicho.

DISCURSO
de contestación pronunciado
por el

ILMO. SR. PROF. DR.

D. JUAN TOMAS NEGUERUELA UGARTE

Académico de la Real Academia de Medicina del País Vasco

**Excelentísimas e Ilustrísimas Autoridades.
Excelentísimo Señor Presidente de esta Real Academia.
Ilustrísimos señores académicos.
Señoras y señores:**

A. INTRODUCCIÓN

Hoy nos hemos reunido para recibir como Académico Electo de la Real Academia de Medicina del País Vasco al Doctor Don José Ignacio Azkuna Urreta, Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Salamanca y profesor de la Universidad del País Vasco.

He sido designado por el Excmo. Sr. Presidente, el profesor Don Juan Manuel de Gandarias, con quien el Académico Electo y yo mismo mantenemos desde hace muchos años una relación basada en la amistad, admiración y respeto a su persona, para contestar al Discurso de Ingreso del Dr. Azkuna, y me dispongo a llevar a cabo esta laudatoria con el mayor placer y máxima ilusión.

B. BIOGRAFÍA

Nace el Dr. Azkuna en Durango el 14 de Febrero de 1943 realizando los Estudios de Bachillerato en los Colegios de los Padres Jesuitas de Durango y Tudela; Estudios de Medicina en las Universidades de Zaragoza (1961-63) y Salamanca (1964-67), obteniendo el Título de Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Salamanca en 1967 (Título de Licenciado expedido por el M^o de Educación y Ciencia el 30 de mayo de 1968), habiendo realizado los siguientes cursos monográficos durante el curso 1968-69:

Cursos monográficos del Doctorado:

Oncología*Sobresaliente*
H^a de la Medicina Española*Sobresaliente*
Neuro-oftalmología*Notable*
Diabetes*Aprobado*

Obteniendo finalmente el Grado de Doctor en la Lectura de su Tesis Doctoral el 30-12-1970, con la calificación de Sobresaliente "Cum laude".

1. TÍTULOS Y DIPLOMAS del Académico electo:

- 1.1. Título de Licenciado en Medicina y Cirugía (30-5-68).
- 1.2. Doctor en Medicina el 30-12-1970. Sobresaliente "Cum laude".
- 1.3. Especialidades:
 - 1.3.1. Especialista en Electroradiología (1-4-1974)
 - 1.3.2. Especialista en Aparato Circulatorio (29-2-1976)
- 1.4. Docentes: Profesor de la Facultad de Medicina, en el Departamento de Radiología y Medicina Física (antes Medicina Nuclear y Radioterapia) desde 1973 a 1983.

1.5. Nombramientos en los Hospitales de la Seguridad Social, en los Servicios de Radiología y Medicina Nuclear, desde Diciembre de 1972.

- 1.6. Título de Assistant Etranger por la Universidad de París.
- 1.7. Miembro de la Sociedad Española de Radiología.
- 1.8. Miembro de la Sociedad Española de Cardiología.
- 1.9. Miembro de la Sociedad Francesa de Cardiología.
- 1.10. Miembro de la Sociedad Vasco-Navarra de Cardiología.
- 1.11. Miembro de la Asociación Vasco-Navarra de Radiología.

2. BECAS

- 2.1. Becario de la Excma. Diputación de Bizkaia (1970).
- 2.2. Becario del Ministerio de Educación y Ciencia (B.O.E. de 6-10-1970) para realizar estudios en la Universidad de París, a propuesta de la Universidad de Bilbao (Facultad de Medicina).

3. ESTANCIAS EN EL EXTRANJERO

- 3.1. Como médico becario de la Facultad de Medicina de Bilbao, realizó un stage durante 1970 (Nov. - Dic. 1971 y 1972) en la Universidad de París, en los Servicios de Radiología Cardiovascular de la Facultad de Broussais, y en los Hospitales Kermim-Bicêtre y Marie Lannelongue.
- 3.2. Posteriormente realiza visitas y estancias cortas a diversos hospitales: **Londres** (Great Ormond Street); **Burdeos** (Hospital Tripode); **Estrasburgo** (Hospital Municipal); **Toulouse**; **Marsella**; **París** (Hospital Broussais); **Roma**

(Servicio de Radiología del Hospital Reina Margarita y el Instituto Nacional de Salud Pública - Control Ambiental de radiaciones); **Méjico** (Centro Médico Nacional del Tórax - Radiología cardiovascular y torácica-, Hospital "La Raza"); **Eindhoven**, Holanda, (Hospital General); **Munich** (Hospital Universitario); **Berlín** (Hospital Humboldt, Instituto Federal de Salud Pública); **Lisboa** (Hospital Clínico); Copenhague (Riskhospital y sede regional para Europa de la O.M.S.); **Estocolmo** (Ministerio de Sanidad); **Ginebra** (Hospital Universitario); **Milán** (Instituto Oncológico); **París** (Hospital Oncológico "Villejuif"); **Viena** (Hospital del Danubio); **Aquisgrán** (Rheinisch Westfälische Technische Hochschule Klinikum).

4. ACTIVIDADES PROFESIONALES

Ha sido:

- 4.1. Médico adjunto interino del Servicio de Radiología y Medicina Nuclear de la Ciudad Sanitaria de Cruces, en Diciembre de 1972.
- 4.2. Médico adjunto, en propiedad, del Servicio de Radiología y Medicina Nuclear del mismo hospital (25-2-1975). Concurso-oposición.
- 4.3. Promovido a Jefe de Sección del Servicio de Radiología y Medicina Nuclear de la Ciudad Sanitaria de Cruces el 8-1-1976.
- 4.4. Jefe de Sección del Servicio de Radioangiología, del Departamento de Radiología y Medicina Nuclear de la

C.S. Fco. Franco de Barcelona, el 26-4-1975. Concurso-oposición.

- 4.5. Jefe de Sección del Servicio de Radiología y Medicina Nuclear, en propiedad, por Concurso-oposición (B.O.E. de 9-8-1977). Hospital de Cruces.
- 4.6. Desde el 2-2-1981 hasta el 3-4-1987, forma parte de la Administración Sanitaria del Gobierno Vasco -que se describe en otra hoja- reincorporándose en esta última fecha al Hospital de Cruces, al puesto de Jefe de Sección de Radiología y Medicina Nuclear del Servicio de Radiología.
- 4.7. Desde 1988 a Junio de 1989, fue Jefe de Servicio en funciones del Servicio de Radiodiagnóstico. En Junio de 1989 es nombrado Consejero-Secretario de la Presidencia.

5. ACTIVIDADES DOCENTES

- 5.1. Profesor Ayudante, contratado en régimen de dedicación plena, del 1-10-1973 al 30-9-1975 (Cátedra de Radiología y Medicina Física).
- 5.2. Profesor Encargado de Curso, del 1-10-1975 al 30-9-1977.
- 5.3. Profesor Adjunto interino, en régimen de dedicación plena, del 1-10-1977 al 31-1-1983. En dicha fecha solicitó la baja voluntaria.
- 5.4. Desde 1987, Profesor Asociado de Radiología y Medicina Física.

6. OTRAS ACTIVIDADES realizadas por el Académico Electo:

- 6.1. Presidente electo de la Sección de Médicos de Hospitales del Colegio de Médicos de Bizkaia (1979-80-81).
- 6.2. Director General de la Ciudad Sanitaria de Cruces (Baracaldo), desde el 2-2-1981 hasta el 4-6-82.
- 6.3. Director de Hospitales del Departamento de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco, con nombramiento de 24-5-82 (B.O.P.V. de 4-6-82).
- 6.4. Director General, con rango de Viceconsejero, del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, con nombramiento de 18-7-83 (B.O.P.V. de 28 de Julio de 1983) hasta el cese, a petición propia, el 3-4-87.
- 6.5. Inherentes al cargo, ha ocupado diversas funciones en otros hospitales y organismos.
- 6.6. Desde Junio de 1989, Consejero-Secretario de la Presidencia del Gobierno Vasco.
- 6.7. Desde Febrero de 1991, Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco.

7. LIBROS PUBLICADOS:

- 7.1. Coautor del trabajo "Análisis al proyecto hospitalario de Galdácano" (Edit. Consejería de Sanidad, Consejo General Vasco 1979).
- 7.2. Coautor del libro "Sectorización asistencial de la provincia de Vizcaya" (Edit. Hordago, Donostia 1980).

- 7.3. Coautor de "Análisis y perspectivas de la asistencia sanitaria" (Edit. Consejería de Sanidad y C.A.M.B.).
- 7.4. Coautor y miembro del Comité Asesor Editorial del tratado (dos tomos, 1.331 páginas) "Cardiología Pediátrica. Clínica y Cirugía". (Edit. Salvat. Barcelona 1986).
 - 7.4.1. Autor del capítulo 15, "Angiocardiografía en las cardiopatías congénitas", en colaboración con el Prof. B. Soto, profesor de Radiología de la Universidad de Alabama (U.S.A.).
 - 7.4.2. Autor del capítulo 32, "Agenesia de la válvula pulmonar. Dilatación idiopática de la arteria pulmonar".
 - 7.4.3. Autor del capítulo 49, "Interrupción y atresia del arco aórtico".
- 7.5. Director fundador de la Revista Sanitaria de Osakidetza, desde Diciembre de 1985.
- 7.6. Autor del libro "Angiografía de las Cardiopatías congénitas", 1988.

8. TRABAJOS PUBLICADOS

8.1. En Revistas Extranjeras:

1. "Archives des Maladies", Febrero 1973: "Le diagnostic angiocardio-graphique du ventricule droit à double issue".
2. "Archives des Maladies du Coeur", Febrero 1973, tomo 66, n° 2: "Etude hemodynamique du ventricule droit à double issue".

3. "Archives des maladies", 1972, nº 4.505-513: "La contractilité du ventricule gauche dans la tétralogie de Fallot".

4. British H.J. vol. XXXLLL, nº 4, July 1971: "Fistulae between the coronary arteries and the right cavities of the heart. Report of three cases treated surgically".

5. Archivos del Instituto Nac. de Cardiología. Méjico: "Exploraciones intracardiacas en la primera infancia", vol. 42, nº 1, Febrero 1972.

6. Cardiovascular Research. Londres 1979. Resumen del Congreso Mundial de Cardiología. "Mixomas auriculares y su tratamiento quirúrgico".

7. "Archives des Maladies du Coeur": "Ventricule droit à double entrée". (1974, nº 1, 65-71).

8. American Heart Journal 88, 2, 225, 1974: "Single ventricle with transposition and mitral atresia".

9. "Archives des Maladies du Coeur", 1975, 2, 179: "Valvule auriculoventriculaire en parachute. Presentation de 6 cas".

8.2. *Trabajos y Comunicaciones presentados a congresos:*

Es autor y coautor de 40 trabajos publicados en diversas Revistas nacionales y extranjeras, además de 70 comunicaciones a Congresos de Pediatría, Radiología y Cardiología. Conferencias, etc.

9. CARGOS DESEMPEÑADOS EN SOCIEDADES CIENTÍFICAS

1. Secretario Fundador de la Sociedad Vasco-Navarra de Cardiología.
2. Fundador y Vicepresidente de la Asociación de Radiólogos de Euskadi (1987).
3. Presidente de la Asociación de Radiólogos de Euskadi (1988).

10. DIRECCIÓN DE TESIS DOCTORALES

Ha dirigido las siguientes Tesis Doctorales:

1. "Hombro doloroso e inestable. Diagnóstico por la imagen". Dr. D. Fermín Sáenz Garmendia (89-90). Apta Cum laude por unanimidad. Premio extraordinario.
2. "Estudio radiológico de la patología de las glándulas parótida y submaxilar". Dra. Dña. M^a José Ereño Ealo (91-92). Apta Cum laude por unanimidad.
3. "Radiología y hemodinámica de la Valvuloplastia con catéter balón en la estenosis valvular pulmonar del niño". Dr. D. Juan Alcibar Villa (88-89). Apta Cum laude por unanimidad.

En cuanto a sus cualidades humanas, destacaremos que el Dr. Azkuna es hombre de gran sensibilidad y vasta cultura. Siempre recordaré su ingenio y humor excepcionales durante nuestros paseos por la Ciudad Universitaria de París, a la sombra de Baroja. Gran conocedor de la pintura, ejerce de maestro indiscutible sobre sus amigos en las visitas dominicales al Museo de Pintura de Bilbao. Melómano por encima del puro «dilettantismo», va más allá de su profesión médica. Es un médico culto a la manera de Shelley, Chejov, Celine, Joyce y otros ilustres predecesores.

Como definió Marañón en su ensayo «Vocación y ética», la vocación madura es evolución o cambio de la vocación juvenil; esa trascendencia final ha hecho que el Dr. Azkuna viva en la actualidad su vocación de gestión de la Sanidad Pública del País Vasco, vocación tardía que es la vocación madura, la definitiva, que le lleva a la Administración. Allí demostrará, una vez más, su capacidad organizadora. De médico ha pasado a dirigimos a los médicos. El Dr. Azkuna conoce perfectamente las disciplinas en las que se mueve porque ha sido y es médico, y nada de lo que promueve, organiza o gestiona le es ajeno.

C. RADIOLOGÍA

El 8 de Noviembre de 1895, Roentgen descubre en su laboratorio, al atardecer, la naturaleza de los rayos X y el Domingo antes de Navidad radiografiará por primera vez la mano izquierda de su mujer, Berta. El 28 de Diciembre de ese mismo año publica su descubrimiento.

Roentgen sólo impartió durante toda su vida dos conferencias magistrales sobre la naturaleza de los rayos X: una, delante de la Corte Imperial de Berlín, justificada por su admiración a Guillermo II y, la segunda, a los estudiantes de la Universidad de Würzburg, y sólo escribió dos publicaciones sobre los rayos X, una en Marzo de 1896 y la siguiente un año más tarde, guardando el resto de su vida, 27 años, un silencio absoluto sobre su trascendental hallazgo.

Es la conjunción de los rayos X con el algoritmo genial de la transformada de Fourier y la función delta de Dirac, lo que nos permite

realizar la digitalización de la imagen radiológica y su posterior interpretación.

Fourier publica en 1822 su trabajo «Teoría analítica del calor», y describe la integral que lleva su nombre. Su función transformada la utilizamos en todas las variantes radiológicas a pesar de que Lagrange no creía en ella (también los sabios se equivocan).

Dirac es, probablemente, el menos conocido de todos los grandes físicos teóricos de nuestro siglo. Introvertido en grado sumo, sin el menor interés por cualquier manifestación de la cultura ni por las relaciones humanas, reacio a opinar ni siquiera sobre su propio trabajo y al margen de cualquier compromiso que no fuera su afición por el descubrimiento de las leyes de la Física.

Cuando su asistencia era obligada, representaba inexorablemente el papel de convidado de piedra. Según él, «Dios es un matemático de altísimo nivel, que utilizó matemáticas sumamente avanzadas en la construcción del Universo».

Los radiólogos utilizamos su función «delta» para peinar la señal analógica y digitalizarla. Fourier nos saca del espacio real y nos traslada al campo imaginario; y Dirac, al infinito. El camino de ida es el del mundo real a esos dos mundos incomprensibles; luego retornaremos al mundo real mediante la integral de convolución, pudiendo contemplar la imagen radiológica que nos permitirá realizar el diagnóstico clínico correcto.

No obstante, en ese viaje de ida y vuelta hemos perdido información, y la imagen así obtenida nunca es del todo real. De ahí que el diagnóstico radiológico moderno sea un ejercicio de cálculo de probabilidades.

D. GASTO PÚBLICO

Nos dice el Dr. Azkuna que ya desde su época de estudiante en Salamanca se preocupaba por la idea total de la Sanidad y pienso que lo hacía en el sentido que da Julián Marías a la palabra preocuparse: «es un ocuparse anticipadamente». También nos habla de su elección. Cito su propio texto: «en la vida hay que elegir y muchas veces renunciar, y elegí lo más incómodo, y el saludo efusivo e interesado de hoy se transforma mañana en una mueca indiferente».

El ha elegido de acuerdo con su capacidad y su vocación. En su discurso, establece las reglas precisas para ordenar la Administración de los recursos del Estado, y nos dice: «es preciso disminuir lo superfluo, controlar el despilfarro e incluso renunciar a un poco para mantener lo importante». Describe los desequilibrios existentes entre la cobertura y los recursos disponibles, estableciendo las causas de los mismos e indicando el problema que supone el envejecimiento de la población y su mayor esperanza de vida.

Según un informe de la Forecasting International Ltd. Consulting de Arlington (Virginia), en los próximos cuarenta años la población de la Tierra se duplicará, lo que originará un problema de alimentación de difícil solución. Probablemente, el conocimiento de la estructura del D.N.A. será completo, conociéndose las características genéticas de cada individuo antes de su nacimiento, pudiendo corregirse mediante ingeniería genética los defectos de los cromosomas, aumentando la esperanza de vida, en el año 2006, a los ciento veinte años. Menos mal que el aumento de las enfermedades infecciosas por resistencia a los antibióticos corregirá esa longevidad esperada.

Según el Dr. Azkuna, al paso que vamos, nuestra sociedad futura será la de los viejos y los pobres. Cicerón, en su «Catón de la vejez»,

capítulo seis, escribe: «las dos cargas más pesadas para el hombre son la pobreza y la vejez». Es lo que nos espera de no remediar el dispendio del llamado Estado del bienestar, Estado que, según el Dr. Azkuna, corre el peligro de un endeudamiento progresivo hipotecando el futuro de las jóvenes generaciones.

La solución, según el Dr. Azkuna, es que aplicando criterios de calidad y eficiencia hay que eliminar lo superfluo, lo que no añade salud, y obtener el mayor rendimiento posible de los recursos disponibles. La austeridad siempre fue un valor importante y más lo debe ser cuando la globalización de la economía exige una mayor competitividad.

Sabemos que Francia ha iniciado su mayor reforma de la Seguridad Social. Es el fin de la gestión de la protección social que consumía un presupuesto de dos billones de francos. Para ello, ha iniciado incluso una reforma de la Constitución. Los médicos franceses verán sus honorarios congelados o disminuidos, y los sindicatos poco podrán hacer, puesto que cada vez son menos representativos ya que solamente un asalariado de cada diez está sindicado. Se admite, por fin, que la Medicina puede valorarse mediante cifras.

Es preciso cerrar los Servicios hospitalarios infrautilizados, hay que llevar a cabo una reorganización completa y regionalizar el sistema. Según un informe del Tribunal de Cuentas Francés, existen 230.000 empleos inútiles en el sector de la salud, siendo la Sanidad lo que fueron la siderurgia y el carbón antes de la reconversión gigante de 1980 en Francia.

En cuanto a la prevención de la enfermedad, se ha demostrado que la mayoría de las veces no es más barato prevenir que curar. Un plan de control para el diagnóstico precoz del cáncer cuesta más que el

tratamiento del mismo. Es mucho más caro el control preventivo de la hipertensión que el tratamiento de un fallo cardíaco o de un accidente cerebro-vascular. Tampoco la cuantificación de la medicina práctica es una ciencia exacta, ya que los estudios del coste y del beneficio pueden ser criticados moralmente. Contemplemos el ejemplo siguiente: ¿es mejor gastar 2 millones de dólares en cuidados prenatales, en lugar de hacerlo en el trasplante de médula, teniendo en cuenta que los recién nacidos tienen más probabilidades de vivir que los enfermos de leucemia?. Se podría añadir que es más importante, en el resultado terapéutico, la calidad de vida que la duración de la misma. Por ello se utilizan en el análisis coste-beneficio las unidades «quality adjusted life years», en lugar de los años de vida aumentados.

El estudio coste-beneficio, según M.R. Gold, del Departamento de Prevención de la Enfermedad y Promoción de la Salud de U.S.A., es una ciencia a desarrollar que, en el mejor de los casos, sirve como herramienta de decisión, pero nunca como justificación de esa decisión.

Se supone que estar saludable es lo normal en cualquier persona; este es un concepto falso cuya falsedad es históricamente demostrable. Curiosamente, la epidemia de gripe de 1917 acabó con la vida de muchos más individuos en 16 meses que el virus del SIDA desde su identificación.

Prolongar la vida tiene un precio. Es nuestra sociedad la que debe establecer qué precio está dispuesta a pagar por ello.

Austeridad, pues, según el Dr. Azkuna. Esa necesaria austeridad que coincide con la moderación de Cicerón; o como decía San Agustín en su tratado sobre la vida feliz: "lo contrario de la indigencia no es exactamente la riqueza, sino la plenitud"; y ya escribió Quevedo que "no hay mejor estribo que el vivir ajustado".

E. EPÍLOGO

Así, para el Dr. Azkuna, el futuro consiste en corregir y avanzar en medio de la austeridad. Hace una llamada a la acción por encima de la duda. Es el predominio de la voluntad de Schopenhauer más que la pura reflexión de Chandler.

El Dr. Azkuna es médico competentísimo, profesor ilustre y político brillante. Los que hemos conocido su actividad médica hospitalaria sabemos de su total dedicación al Hospital y a sus enfermos. Su vida era el Hospital, y con su inteligencia y extraordinaria capacidad de trabajo, ejercía de médico total.

Nos dice que vivir es actuar, y ello equivale a temer y a esperar, "quien renuncie al temor y a la esperanza de por pasada su vida", lo contrario al lema de la Caballería Polaca: "nec metu nec spe", ni miedo ni esperanza.

El poeta romántico inglés Wordsworth, en su viaje al País Vasco en 1810, dedica unos versos a los vizcaínos, a los que califica de nobles:

"...feelings of a noble biscayn at one of those funerals".

Creemos que el Dr. Azkuna es paradigma evidente de esa nobleza vizcaína, y aportará a nuestra Corporación un grande y generoso impulso, mostrándonos el mejor camino a seguir.

He dicho.

D.L.: VI-138/1996

Imprime: GRAFICAS SANTAMARIA, S.A. - Bekolarra, 4 - VITORIA-GASTEIZ