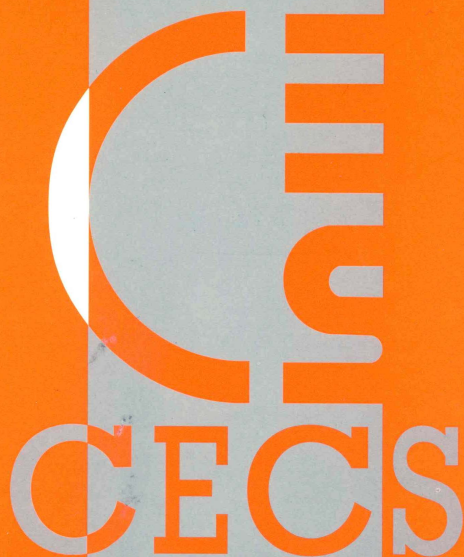


3

ESPAÑA 1995

una interpretación
de su realidad social



Fundación Encuentro



Edita: **Fundación Encuentro**
Alvarez de Baena, 7, bajo
28006 Madrid

ISBN: 84-89019-03-7

ISSN: 1134-8178

Depósito Legal: M-15822-1996

Fotocomposición e Impresión: Albadalejo, S.L.
Albadalejo, 6 - 28037 Madrid

INDICE

Capítulo V

LOGROS Y REFORMAS EN EL SISTEMA SANITARIO	411
I. Tesis interpretativas	413
1.—Son necesarios reajustes de funcionamiento	413
2.—La salud: un reto de colaboración	414
II. Red de los fenómenos	417
1.—Una trayectoria histórica positiva	417
2.—Para mejorar la organización y la gestión	448
3.—Desafíos de futuro en la Sanidad	464
III. Indicadores	478
1.—Indicadores de salud	478
2.—Gasto en Sanidad	478
3.—Atención hospitalaria	479
4.—Investigación sanitaria	480

Capítulo V

LOGROS Y REFORMAS EN EL SISTEMA SANITARIO

I. TESIS INTERPRETATIVAS

1. Son necesarios reajustes de funcionamiento

La Sanidad es un ámbito con una alta sensibilidad social, propicio a la polémica, a los discursos simplificadores y a las interpretaciones basadas más en las experiencias personales que en las argumentaciones contrastadas en un contexto más amplio. Contexto que hace referencia tanto al número de aportaciones experienciales en relación con la atención sanitaria como a la evolución temporal del conjunto de los elementos que componen el Sistema Nacional de Salud español.

La huelga de los médicos de la Seguridad Social ha vuelto a llenar los medios de comunicación de imágenes y testimonios de enfermos en los pasillos, de operaciones aplazadas, de consultas pospuestas, etc. Las reivindicaciones de los médicos de familia por la directiva de la Unión Europea y el importante número de licenciados en medicina en paro son elementos objetivos de malestar que no se pueden obviar, pero que tampoco deberían desembocar en la personalización de los problemas y en la amnesia.

Ser conscientes de los desafíos que afronta la Sanidad en España —comunes, por otro lado, a los de nuestros vecinos europeos— no ha de derivar en la descalificación de todo el sistema. Un análisis correcto de los problemas y de la situación actual pasa por un conocimiento de la evolución histórica y por un reconocimiento de los logros y deficiencias.

La Sanidad se ha convertido en una de las piedras de toque y en uno de los mayores éxitos del Estado de Bienestar. Negarlo sería faltar a la verdad. Nos encontramos en un período de transición, de reajuste. En apenas 40 años hemos asistido a un cambio radical en la asistencia sanitaria. No se pueden comprender muchos de los problemas que afectan hoy a los distintos agentes implicados en la Sanidad ni bastantes de los conflictos que a lo largo de estos últimos años se han planteado sin tener en cuenta:

— Los cambios en los contenidos profesionales, en la imagen y hasta en el *status* social de los profesionales de la sanidad, y especialmente de los médicos.

- La concentración de la atención sanitaria en los hospitales y los cambios en la gestión de la Sanidad que ello supone.
- La ampliación de la cobertura hasta su práctica universalización.
- Los importantes logros en la formación de especialistas y en la investigación sanitaria.
- Las nuevas necesidades y demandas de los usuarios de los servicios sanitarios.

La socialización de la asistencia sanitaria y los constantes avances tecnológicos están en la base de todas estas transformaciones.

Es necesario, por tanto, conocer los procesos que han afectado y afectan a las estructuras y a los distintos colectivos e instituciones que intervienen en la atención sanitaria en nuestro país para captar los verdaderos problemas en toda su complejidad y para descubrir cuáles son los desafíos a los que hay que hacer frente. Tras un período de preocupación por lo cuantitativo (universalización de las prestaciones, mejora de los medios materiales y profesionales, etc.) y por las estructuras, quizá haya llegado el momento de prestar mayor atención a los sujetos, principalmente a los protagonistas de la atención sanitaria: el médico y el paciente. La desburocratización es, en este sentido, un elemento básico de reacomodación de nuestro sistema sanitario a las nuevas demandas sociales.

2. La salud: un reto de colaboración

Nadie duda de que el acceso universal a una atención sanitaria de calidad es uno de los logros fundamentales de las sociedades avanzadas. Pero esto no puede hacernos olvidar los costes, las limitaciones y los riesgos que han de afrontar los sistemas públicos de salud de estos países. El peligro de quiebra de la Seguridad Social en Francia es un ejemplo –quizá algo más acentuado– no sólo de las dificultades de gestión de un sistema tan vasto, sino también de la escasa racionalidad de los usos y comportamientos de los distintos agentes implicados. Es urgente el compromiso de todos ellos para salvaguardar los logros y también para modificar aquellos aspectos que pueden hacer peligrar la supervivencia del sistema con los niveles de prestaciones y de calidad que actualmente disfrutamos.

Siguen existiendo quejas por la calidad del servicio. Conviene, no obstante, recordar que muchas de estas quejas tienen que ver con las

listas de espera, que son un mecanismo de racionamiento para evitar que se dispare el consumo sanitario. Es decir, es un modo de contener el gasto. Esto nos introduce en el verdadero problema actual de los sistemas sanitarios en todos los países desarrollados: la limitación de los recursos económicos. Resulta muy difícil aceptar restricciones cuando, en el desarrollo del Estado de Bienestar tras la Segunda Guerra Mundial, nos acostumbramos –también el Estado– a aumentos constantes en prestaciones y en recursos económicos en todos los ámbitos estatales. Y todo esto con un agravante: la tendencia a interpretar, en muchos casos, esos crecimientos como un derecho independiente del coste de los servicios.

Es fácil caer en la tentación de identificar esta restricción con una limitación del derecho, en este caso a la atención sanitaria. Bien al contrario: lo que se pretende por medio de una conciencia del límite es alcanzar una racionalización del gasto que asegure la pervivencia del sistema y, por tanto, la satisfacción del derecho. En el fondo, la racionalización en este ámbito es la adaptación de todos los comportamientos a un conjunto de datos objetivos. Se trata de aplicar el principio de realidad a un contexto donde con frecuencia se confunden los conceptos de demanda y derecho.

Las limitaciones económicas –no confundir con los recortes– definen el campo de juego. Maximizar la eficiencia de los recursos totales –públicos y privados– pasa a convertirse en un criterio básico para la continuidad y definición de los sistemas sanitarios actuales. Hay que desterrar la tradicional contraposición entre eficiencia y equidad, y la identificación automática que se suele hacer de estos términos con medicina privada y medicina pública, respectivamente.

En cuanto a la relación entre eficiencia y producción pública de servicios, cabe hacer dos consideraciones. En primer lugar, «hay que luchar contra los que defienden al sector público descalificando la eficiencia como objetivo social y reduciendo artificialmente el problema del papel del Estado a unas dimensiones éticas, como un conflicto entre equidad y eficiencia»¹. En segundo lugar, hay que tener siempre muy presente que la gestión eficiente del Estado es un bien público en sí misma (Stiglitz).

¹ Calsamiglia, X., «En defensa del estado de bienestar contra sus entusiastas», en López Casasnovas, G. (dir.), *Análisis económico de la sanidad*, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona, 1994, p. 57.

La competencia y los incentivos son dos factores básicos de la eficiencia. La competencia –necesariamente sometida a una fuerte regulación en casos como el de la asistencia sanitaria– favorece la obtención del máximo rendimiento posible de los recursos disponibles. Por lo que respecta a los incentivos, son importantes para conseguir un comportamiento racional por parte de los usuarios. Estos incentivos no sólo tienen que ver con una reducción del gasto, sino que van mucho más allá: comprometen la necesaria colaboración de los ciudadanos en la definición y consecución de bienes sociales.

En cuanto a la competencia, se van dando pasos en esa dirección en prácticamente todos los países de nuestro entorno y en el nuestro también. La posibilidad y hasta la conveniencia de separar financiación pública de producción pública es algo cada vez más aceptado. Es el reconocimiento de que pueden compaginarse equidad y producción privada de servicios sanitarios. La competencia se va incorporando como un elemento básico en la gestión de los sistemas sanitarios públicos, ya sea introduciendo una competencia interna entre proveedores públicos ya sea dejando entrar a proveedores privados. Hay diversos modelos que ya se están experimentando: mercado interno, competencia gestionada, etc. El futuro de los sistemas públicos de salud dependerá de un ejercicio de racionalización y colaboración por parte de todos, ya sea bajo la condición de usuario, de profesional o de gestor.

Hay que crear una cultura sanitaria. Debemos llegar a un concepto de la salud global y activo. No puede haber sujetos pasivos en la atención sanitaria. Todos estamos comprometidos con la salvaguarda de los logros alcanzados –fundamentalmente la universalización de la atención sanitaria– y con los retos de una mayor eficiencia y calidad. En ello nos jugamos no sólo la supervivencia de un modelo de Sanidad, sino la posibilidad de ir formando una sociedad y unos ciudadanos capaces de responder a las necesidades y a los desafíos de su época.

II. RED DE LOS FENÓMENOS

1. Una trayectoria histórica positiva

Al comienzo del *Informe Abril*, la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Sanitario reconocía 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 unos niveles de calidad técnica y profesional equiparables a los de los países de nuestro entorno». Y añadía posteriormente: «Los indicadores generales de salud de la población, como la expectativa 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».

En nuestro informe *España 1993* recogíamos algunas encuestas de opinión en las que la valoración general de los ciudadanos españoles sobre los servicios sanitarios públicos no era demasiado positiva. Se apuntaba la carencia de una conciencia generalizada de mejora sustancial de la Sanidad en los últimos años.

No deja de ser sorprendente esta falta de apreciación social de un cambio tan trascendente en la vida española como es el de la asistencia médica. Sólo puede explicarse por la ausencia de memoria histórica. No se ha comparado la situación actual con la de hace unas décadas, tan lamentable en muchos aspectos, especialmente en la asistencia a los sectores más débiles de la sociedad. En el citado informe señalábamos que, aunque el sistema público sanitario estaba sometido a una crisis financiera evidente, no podía afirmarse que se pusiera en cuestión seriamente su núcleo central. Se estaban produciendo cambios en los márgenes de dicho sistema que implicaban un replanteamiento de determinados aspectos o manifestaciones concretas del mismo.

Dos son los grandes motores de los cambios que se han producido y se siguen produciendo en la asistencia médico-sanitaria de los países desarrollados y que determinan la configuración de la Sanidad actual:

- La socialización de la asistencia sanitaria.
- El progreso científico y tecnológico de la medicina.

Estos dos factores, que eran independientes al principio, hoy día están en estrecha relación. Se influyen mutuamente y condicionan los aspectos organizativos del sistema asistencial, así como su desarrollo y ejecución. Intervienen en la economía de la salud, en la formación del personal sanitario, en la manera de ejercer la profesión, en la moral colectiva, en la ética personal, en la educación para la salud de la población... Algunos de estos aspectos son analizados en el presente capítulo.

Socialización de la asistencia médico-sanitaria

La socialización de la asistencia médica ha sido fundamental en la configuración de los sistemas nacionales de salud europeos. Constituye uno de los grandes fenómenos sociológicos de nuestro tiempo. Como señala el profesor Laín Entralgo, ha terminado con la injusta separación entre medicina de pobres y medicina de ricos.

Esta separación predominó en toda la historia de la medicina, desde la Antigüedad clásica hasta la consolidación de las diferentes formas de seguro de enfermedad o de sistemas nacionales de salud. Las diversas modalidades de mutualismo que se inician en la Inglaterra del siglo XVIII, como las *Friendly Societies*, aparecen poco después en Francia y en Alemania. También, con algún retraso, llegan a España, especialmente a Cataluña, donde la asistencia médica con carácter gremial se desarrolla en el siglo XIX y comienzos del XX. La conocida implantación de las *Krankenkassen* por Bismarck en Alemania, en 1883, fue decisiva para el comienzo de la socialización de la asistencia médica. Supuso el origen de los sistemas de seguro de enfermedad para los trabajadores, costeados por éstos y por sus patronos de forma obligatoria.

La filosofía aseguradora se extendió rápidamente por diversos países europeos. En España, se funda el Instituto Nacional de Previsión en 1908. En 1919 se crea el seguro de maternidad; en 1932, el de accidentes de trabajo.

No obstante, el paso decisivo para la socialización de la asistencia médica hay que buscarlo en la configuración de un modelo de Estado,

el denominado Estado de Bienestar, que surge en Suecia a partir de 1932. Este modelo se propone hacer frente al descenso del consumo derivado de la gran crisis económica de 1929. Se pretende, para ello, aumentar la capacidad de consumo social.

La práctica totalidad de los Estados europeos establecieron grandes sistemas de seguros después de la Segunda Guerra Mundial, entre los cuales destacaba el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Como había recursos suficientes, el mercado sanitario se desarrolló con rapidez: se construyeron hospitales con equipamientos modernos, la industria química aceleró la investigación de nuevos medicamentos y los hospitales, hasta entonces poco acogedores, se transformaron en residencias lujosas.

En España, el Seguro Obligatorio de Enfermedad se instituyó en 1942 y comenzó a funcionar en 1944. Inicialmente, sólo el sector económicamente más débil de los trabajadores quedaba cubierto por este seguro. Pero se extendió de forma progresiva: en 1975 afectaba al 85,2% de los trabajadores y en 1984 al 93%.

La Ley General de Sanidad, promulgada en 1986, supuso un cambio trascendental en la filosofía política de la asistencia médico-sanitaria. Transformó el sistema de Seguridad Social –que era el que imperaba hasta ese momento– en un modelo de Sistema Nacional de Salud, con la universalización del derecho a la asistencia sanitaria, que cubría al 99,6% de la población total en 1989.

La universalización de la asistencia sanitaria conseguida por el Sistema Nacional de Salud constituye un hito social. La financiación, mayoritariamente pública, ha permitido la equidad básica de acceso a los servicios médicos, tanto hospitalarios como extrahospitalarios. Estos servicios, en conjunto, ofrecen una gran calidad asistencial.

La socialización gradual de la asistencia médico-sanitaria coincide con el progreso de la sociedad española. Poco a poco se va haciendo más compleja, más rica en posibilidades económicas y menos injusta. Este proceso coincide cronológicamente con la explosión de los conocimientos científicos y técnicos de la medicina moderna.

Progreso científico y tecnológico de la medicina

La medicina científica, que se inició a finales del siglo XVIII en Europa, se desarrolló durante el siglo pasado y aceleró su progreso en

el actual. El gran impulso se produjo en Estados Unidos tras finalizar la Segunda Guerra Mundial. En este período, se empieza a invertir gran cantidad de recursos económicos –los que ya no se necesitaban para la contienda bélica– en la investigación científica. Se destinan sobre todo a los hospitales, en los que, junto al personal clínico, empiezan a trabajar investigadores básicos, bioquímicos, físicos, matemáticos... Todos ellos utilizan exhaustivamente el método científico e impulsan extraordinariamente las llamadas disciplinas básicas, como la fisiología, la bioquímica, la anatomía patológica y la microbiología. Estos saberes contribuyen poderosamente al conocimiento de las enfermedades.

Lo mismo podría decirse de disciplinas como la inmunología, la biología celular y la genética clínica, que están revolucionando los conceptos tradicionales aplicados a las enfermedades y la explicación de las mismas. Abren vías insospechadas hasta ahora para nuevos tratamientos. Estos caminos constituyen brillantes expresiones modernas del desarrollo científico de la medicina.

Como consecuencia de este incesante progreso científico y técnico, la medicina ha visto incrementadas notablemente sus posibilidades diagnósticas y terapéuticas y su eficacia. El organismo vivo, sano o enfermo, se «exterioriza» gracias a las variadas y múltiples determinaciones bioquímicas que ofrecen los laboratorios, a las endoscopias, a las biopsias y a técnicas de diagnóstico de imagen cada vez más sofisticadas y precisas. Los avances de la investigación farmacológica proporcionan medicamentos eficaces para combatir infecciones, trastornos metabólicos, alteraciones hormonales y psíquicas, alteraciones en los procesos funcionales, circulatorios, etc. También hacen posible una valiente y agresiva aproximación al tratamiento de los tumores malignos. La cirugía realiza operaciones impensables hace pocos años, como las intervenciones en el sistema nervioso y en el corazón, los trasplantes de órganos o la cirugía endoscópica. Se introduce la radioterapia de alto voltaje. La plena incorporación de las técnicas informáticas contribuye también a esta verdadera explosión del desarrollo científico de la medicina.

El continuo progreso y expansión de la medicina han conducido a la especialización en áreas cada vez más concretas del saber médico. Se han creado nuevas especialidades médicas y quirúrgicas o se han remodelado las antiguas, de acuerdo con las nuevas exigencias de la investigación y de la asistencia a los enfermos. El médico ya no trabaja solo, sino que actúa dentro de equipos multidisciplinares formados por otros médicos, ayudantes sanitarios, técnicos, físicos, químicos...

Los instrumentos médicos –cada vez más importantes en la asistencia sanitaria– se modernizan y se hacen más complejos gracias al desarrollo tecnológico. Por otra parte, se hace necesario que estos equipos hagan un trabajo cooperativo para evitar los errores y omisiones a los que una superespecialización puede conducir.

Las especialidades encuentran su sede natural en el hospital moderno. Éste se convierte así en un centro tecnológico de referencia para los pacientes. Se le considera el sitio más seguro para la curación de las enfermedades. Hereda el atractivo mágico y la confianza que la sociedad depositaba antes en otras esferas. El hospital moderno no se parece en nada al tradicional hospicio benéfico-cristiano, cuya clientela estaba constituida básicamente por los desheredados de la fortuna, los marginados y los moribundos. El estudio sociológico del cambio de actitud social hacia el hospital es una tarea de gran interés; la abordamos más en profundidad en el apartado 1.2.

1.1 Economía de la salud

Los costes crecientes de la asistencia médico-sanitaria constituyen una de las preocupaciones principales de todos los países desarrollados en el momento actual. Se abordó ya en detalle este tema de la financiación del SNS en nuestro informe *España 1993*. Allí se hizo referencia al aumento constante de los gastos sanitarios en todos los países donde se ha establecido un Estado de Bienestar, así como a los factores que influyen en dicho aumento. En la sección de Indicadores se recoge una actualización de los datos económicos básicos de la Sanidad española.

Ya hoy, y especialmente en el futuro, es preciso contar con el recorte gradual de los recursos destinados a los sistemas de Seguridad Social y a los Servicios Nacionales de Salud. La crisis de las instituciones y sistemas sanitarios es evidente. Su transformación y adaptación a las nuevas circunstancias constituye un permanente desafío para políticos, sociólogos y economistas. El ajuste de la asistencia médico-sanitaria a los recursos disponibles es de imperiosa necesidad. Debe ir imponiéndose la idea de que es ineludible limitar el gasto, tanto por parte de los que prestan servicios sanitarios (médicos, resto del personal sanitario, administradores y gestores) como por parte de los que consumen dichos servicios, sean enfermos o sanos. La necesidad de esta limitación está siendo asumida por la sociedad española de forma progresiva, aunque lenta. Lo mismo sucede en

otros países con niveles de desarrollo económico parecido o superior al nuestro. Es indispensable conservar e incluso ampliar las prestaciones médicas y sanitarias que en cada momento se consideren necesarias e imprescindibles, dentro de los principios generales de equidad y solidaridad social. Todo ello implica una racionalización del uso de los recursos disponibles.

En nuestro informe *España 1993* se analizaban algunas de las medidas acordadas para conseguir una limitación del gasto. Se mencionaban también dos estrategias –que se hallaban en fase de estudio entonces– para racionalizar dos factores que causan un alto coste al sistema sanitario: el Catálogo de Prestaciones Sanitarias y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Catálogo de Prestaciones Sanitarias

Cuando la «Comisión Abril» hizo público su informe en 1991, una de las actuaciones que preconizaba para la posible contención del gasto sanitario era la delimitación de las prestaciones. Los límites se podrían fijar partiendo de un catálogo de servicios básicos, que serían financiados mayoritariamente por el sector público y por los usuarios en una pequeña parte. Estos servicios serían complementados por otra serie de servicios o prestaciones opcionales, pagados en gran parte por los beneficiarios.

La «Comisión Abril» opinaba que esta solución era compatible con la introducción de una guía de precios y que constituía el método más adecuado para, dentro de los límites autorizados, mantener el sistema sin que se produjeran demasiados conflictos.

Sin embargo, la publicación de este informe en aquel momento –julio de 1991– suscitó fuertes polémicas y violentos ataques por parte de algunos sectores políticos y sindicales que se oponían frontalmente a la delimitación de dichas prestaciones. Pero como era razonable esperar, la lógica fue abriéndose paso y, a comienzos de este año, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó un Real Decreto (BOE, n. 35, 10 de febrero de 1995) en el que se señalan las prestaciones sanitarias básicas y las complementarias del sistema.

El decreto asumía casi por completo los criterios de la «Comisión Abril». Se tomaba como punto de partida el conjunto de prestaciones que se dispensaban en el territorio nacional en 1986 –en el momento de la aprobación de la Ley General de Sanidad–. Las atenciones sani-

tarias se acomodaban a los principios básicos establecidos en dicha ley, que son fundamentalmente los siguientes:

- Universalización del derecho de asistencia sanitaria.
- Garantía de igualdad sustancial de toda la población en cuanto a las prestaciones sanitarias, sin que exista ninguna discriminación en el acceso, administración y régimen de prestación de dicho servicio.
- Eficacia, economía, racionalización, organización, coordinación e integración de los recursos sanitarios públicos.
- Homologación de las atenciones y prestación del sistema sanitario público según lo dispuesto en la Constitución, en la Ley General de Sanidad y en la Ley de Presupuestos Generales del Estado de cada año.

El decreto detalla la modalidad de las prestaciones sanitarias. Se distribuyen en las áreas de atención primaria, atención especializada, prestaciones farmacéuticas, prestaciones complementarias y servicios de información y documentación sanitaria. En estos últimos están integradas las prestaciones personales de carácter preventivo.

La atención primaria se realiza tanto en las consultas, servicios y centros de salud como en el domicilio del enfermo. Incluye, además de la acción profesional directa del médico de atención primaria, pruebas y medios diagnósticos básicos, educación sanitaria, vacunaciones, exámenes de salud, promoción de la salud y rehabilitación. También los tratamientos parenterales, cura y cirugía menor. Se especifican con detalle la atención a la mujer, a la infancia, al adulto y al anciano, servicios de urgencia, cuidado de la salud bucodental y una serie de prestaciones de carácter diverso, que son la base de una atención primaria de calidad.

La atención especializada, que se presta una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria, comprende la asistencia ambulatoria especializada en consultas y la asistencia especializada en hospital de día.

El régimen de hospitalización incluye la asistencia médica, quirúrgica, ética, obstétrica y pediátrica en procesos agudos, agudización de procesos crónicos o realización de tratamientos diagnósticos que hagan precisa la hospitalización. También comprende la atención de la salud mental y la asistencia psiquiátrica.

El decreto proporciona normas para el acceso a la asistencia especializada y define los contenidos de la asistencia hospitalaria con detalles muy pormenorizados. Señala los servicios de urgencia hospitalarios y otros tan concretos como la hemoterapia, el diagnóstico y trata-

miento de la infertilidad, el diagnóstico prenatal en grupos de riesgo, las distintas modalidades del diagnóstico moderno de imagen, las prestaciones de laboratorios en sus diferentes modalidades, diálisis renal, planificación familiar, consejo genético en grupos de riesgo, radiología intervencionista, radioterapia y trasplantes de órganos y tejidos.

El decreto especifica las prestaciones complementarias, que son las que suponen un elemento adicional y necesario para el logro de una asistencia sanitaria completa y adecuada: prestaciones ortoprotésicas, transporte sanitario, dietoterapia y oxigenoterapia a domicilio.

Dentro de las prestaciones sanitarias se incluyen los servicios de información y documentación, que representan en el momento actual elementos indispensables para una adecuada asistencia.

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Se ha creado también la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias con la promulgación del Real Decreto 1415/1994. Su objetivo es evaluar las técnicas y procedimientos de uso médico sanitario, para incorporarlos a la práctica clínica cuando sean nuevos o para reorientar su uso cuando estén ya establecidos. Las funciones que se asignan a la Agencia son las siguientes:

- Identificar e informar acerca de las tecnologías nuevas y de las ya establecidas que necesiten ser evaluadas.
- Determinar, a partir de bases científicas, el impacto médico, económico, ético y social de las diferentes tecnologías para concretar su uso. Con este mismo fin, se procederá a producir, revisar, evaluar y sintetizar la información científica acerca de tecnologías, tanto nuevas como existentes.
- Contribuir a la adecuada formación de los profesionales sanitarios, para lograr la correcta utilización de la tecnología.
- Promover la coordinación de los procesos socio-económicos ligados a la aplicación de la tecnología médica en España.
- Servir como punto de contacto nacional e internacional en lo concerniente a la evaluación de tecnología sanitaria, especialmente con organizaciones similares de otros países. La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias participará con estas organizaciones en proyectos comunes.

El término «tecnología sanitaria» ha sido muy discutido y no siempre se ha empleado correctamente. La Agencia Nacional adopta

la definición propuesta por la Office of Technology Assessment de Estados Unidos: «el conjunto de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica y en los sistemas organizativos con los que se presta atención sanitaria».

La misma organización define la evaluación de tecnologías sanitarias como «una forma comprensiva de investigación, que examina las consecuencias clínicas, sociales, económicas y legales que se producen a corto y largo plazo derivadas del uso de la tecnología, tanto directas como indirectas y tanto sobre los efectos deseados como sobre los no deseados».

La regulación de las prestaciones sanitarias y su introducción en el sistema asistencial público de nuestro país ha sido muy beneficiosa. No sólo permite un conocimiento pormenorizado de los servicios y prestaciones sanitarias que son costeados por el sistema público, sino que plantea también una serie de problemas éticos y sociales de un extraordinario interés. Tales problemas surgen siempre como consecuencia del conflicto entre el beneficio individual y el colectivo. Es obvio que ambos tipos de beneficio no siempre coinciden y que algunos intereses individuales pueden ir en contra de los colectivos. Y al contrario: la persecución de bienes colectivos puede hacerse a costa de lesionar bienes individuales. Cuando los conflictos se producen, los moralistas afirman que su resolución se basa en dos principios:

- Siempre que un bien puede ser objeto de gestión individual, sin que por ello sufra el principio de justicia o la igualdad básica de todos los seres humanos, no debe ser asumido por el Estado.
- En caso de conflicto entre los deberes del bien común y los individuales siempre tienen prioridad los primeros.

La ordenación sanitaria es un estricto acto de justicia de la Administración Pública. Esa ordenación se produce mediante la gestión correcta y la evaluación de la seguridad, la eficacia y la efectividad de las tecnologías y de los procedimientos sanitarios. La salud es un bien que el Estado tiene obligación de asegurar en virtud del principio de justicia, lo que le impone ordenar la asistencia sanitaria, tal como se ha realizado últimamente.

Novedades en la financiación de los servicios hospitalarios

En los últimos años se han ido introduciendo diversas formas de financiación de los servicios sanitarios, especialmente los que se pres-

tan en los hospitales. Entre ellos se encuentran el coste por procesos, los GRD (grupos relacionados de diagnóstico) o los *case-mix*.

El coste por procesos tiene como objetivo conseguir una correcta clarificación de los servicios y una gestión más adecuada de los mismos. Las técnicas en que se apoya pretenden conocer, con precisión y de forma operativa, lo que hace un centro hospitalario en relación con el diagnóstico y el tratamiento de un determinado proceso patológico. Una definición simplificada del coste por procesos sería el coste unitario de la prestación en el momento del alta del paciente en el hospital donde ha sido atendido. Este proceso extrapolado en el futuro para pacientes del mismo diagnóstico y de iguales características sirve para fijar prospectivamente los costes sanitarios.

El coste por procesos se basa en los llamados «grupos relacionados de diagnóstico» (GRD), que tuvieron su origen en la Universidad de Yale (Estados Unidos). Consisten en un sistema de clasificación de pacientes hospitalarios. Esta ordenación se basa, por una parte, en datos clínicos y terapéuticos y, por otra, en el consumo de los recursos que ha precisado la asistencia médica en dichos casos.

Los GRD han sufrido distintas modificaciones al ser implantados en diferentes países, aunque han conservado sus características básicas iniciales. Se han utilizado como alternativa al pago por estancia, que ha sido la forma tradicional de calcular el gasto hospitalario que originaba un enfermo. Han comenzado a funcionar así los sistemas de pago prospectivo, que tanto auge han tenido en la gestión hospitalaria moderna. Los GRD son, hoy por hoy, el sistema de pago prospectivo más universal. Están demostrando su eficacia en la modernización de los sistemas de tarificación y facturación de la asistencia hospitalaria, primero en Estados Unidos y posteriormente en otros países. A cada GRD se le asigna un peso ponderado o valor relativo en relación con la unidad. Esta unidad (o valor 1) equivale al precio medio de todos los procesos patológicos tratados en el país, que se revisa anualmente y que varía con la inflación.

Otra modalidad de facturación de la asistencia hospitalaria son los llamados «*case-mix*». Son catálogos de diagnósticos de enfermedades. Se elaboran combinando los diferentes procesos patológicos y los procesos terapéuticos específicos de una determinada institución o sistema sanitario. Las PMC (*patient management categories*) son una modificación de los *case-mix*. Consisten en la creación de categorías homogéneas de pacientes, clasificados por su consumo de recursos.

En ellas se interrelacionan los síntomas y el motivo de admisión con el diagnóstico final y el tratamiento.

1.2 La modernización de la asistencia médica

Los grandes cambios sociales producidos en España en los últimos años y el progreso científico y tecnológico de la medicina han influido de forma decisiva en la asistencia médica. Ambos factores han configurado su organización y han facilitado el aumento de recursos, al tiempo que agilizaban su funcionamiento. La complejidad y calidad actuales de la asistencia médica contrastan claramente con las formas de asistencia que imperaban en nuestro país hace 25 o 30 años, que han sido transformadas y superadas casi en su totalidad en el momento presente.

Predominaba entonces una práctica profesional de tipo liberal en la que el médico, tras sus estudios en la Facultad de Medicina, ejercía la profesión de manera independiente y autosuficiente. Los estudios realizados le bastaban legalmente para toda su vida profesional. Los especialistas se formaban de manera desigual y descontrolada y la obtención de los títulos de la especialidad estaba sometida a profundas irregularidades. No había garantías de que el título amparase una buena formación especializada. Los hospitales públicos seguían siendo centros de beneficencia para los desheredados de la fortuna y los marginados sociales. La enseñanza práctica, cuando tenía lugar, se hacía en los hospitales docentes universitarios, que tenían también carácter benéfico.

Cuando el Seguro Obligatorio de Enfermedad se establece en España, repite en su organización el patrón liberal de práctica médica, con cupos de enfermos para los médicos generales y los especialistas, que no tenían ningún tipo de cooperación entre sí. Al construir centros hospitalarios se imita la estructura y el funcionamiento de los sanatorios privados y, para evitar el término peyorativo «hospital», se los denomina «residencias». La hospitalización era sólo para casos quirúrgicos: cada cirujano ingresaba al enfermo que había de operar sin que se aprovechara su experiencia para los otros especialistas ni para la enseñanza de la medicina.

Las transformaciones de la asistencia médica dentro de la Seguridad Social empiezan a producirse cuando se pone en marcha un hospital piloto, la Clínica Puerta de Hierro, en 1964. Allí se aplica por primera vez en nuestro país la organización y funcionamiento de los hos-

pitales modernos con la creación de departamentos y servicios médicos y quirúrgicos, secciones de técnicas especializadas, archivos de historias clínicas, servicios generales de anatomía patológica, radiología, bioquímica clínica, radioterapia... Todos sus profesionales tenían dedicación plena.

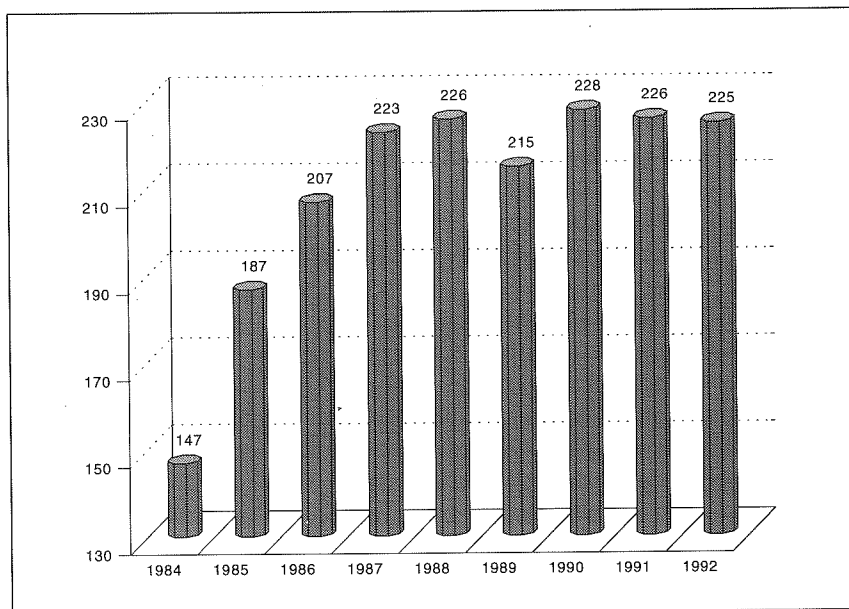
Junto con criterios exigentes de calidad en la asistencia a los enfermos, se introdujeron la formación posgraduada de especialistas y la investigación clínica. En pocos años este modelo hospitalario, que se denominó «jerarquizado», se extendió con celeridad a casi todo el resto de las residencias de la Seguridad Social. Pronto empezaron a crearse en ellas servicios y departamentos que eran ocupados por especialistas jóvenes, formados en el propio sistema asistencial. Estos hospitales de la Seguridad Social y otros pertenecientes a diputaciones, ayuntamientos, etc., que siguieron el mismo camino de modernización, contribuyeron a la transformación radical de la asistencia médica de nuestro país. Así lo demostró la rápida demanda de asistencia hospitalaria que se produjo, especialmente en los servicios de urgencia. A continuación exponemos con más detalle este proceso.

El hospital como núcleo estructurador de la asistencia hospitalaria

El progreso científico y tecnológico de la medicina moderna ha sido –como comentábamos anteriormente– uno de los factores más importantes en la evolución de las estructuras asistenciales de los países avanzados. El desarrollo de la medicina científica y tecnológica ha hecho necesaria una gran especialización médica y quirúrgica. Han aparecido nuevas especialidades y se han remodelado las antiguas. La especialización permite aprovechar mejor la experiencia clínica y da oportunidades para profundizar en la investigación de los problemas correspondientes al área especializada. Las especialidades tecnificadas encuentran su lugar apropiado en el hospital moderno, que se convierte de esta manera en el depositario genuino de la medicina actual.

El desarrollo reciente de la red hospitalaria es una de las principales características de nuestra medicina (gráfico 1). El Seguro Obligatorio de Enfermedad, a medida que fue adquiriendo recursos económicos y organizativos, empezó a construir sus propios hospitales. Al principio eran imitación de los sanatorios privados, pero a partir de 1964 son concebidos como centros sanitarios modernos, aptos para la

Gráfico 1 – Evolución del número de hospitales del Sistema Nacional de Salud. 1984-1992



Fuente: Elaboración CECS a partir de INE, *Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado*, varios años.

aplicación de las técnicas, cada vez más exigentes, de la medicina científica. Cuentan ya con buenas dotaciones en recursos humanos e instrumentales y con un funcionamiento de trabajo en equipo que propicia el desarrollo de la nuevas especialidades y de los servicios generales. Los servicios de urgencia de los grandes hospitales se han transformado en el lugar de referencia inmediata de todas las situaciones graves o supuestamente urgentes de la comunidad. En ocasiones eso supone tal afluencia de pacientes que se bloquea el trabajo planificado de los diferentes servicios, especialmente de los quirúrgicos.

Este auge del hospital moderno ha conducido a un notable desequilibrio entre la asistencia extrahospitalaria y la hospitalaria, que produce distorsiones en las estructuras y en el funcionamiento de los sistemas asistenciales. Este desequilibrio, que ha sido muy intenso y nocivo para el buen funcionamiento de la asistencia médico-sanitaria de nuestro país, empieza a corregirse en los últimos años. Sin embargo, es preciso impulsar aún más las medidas correctoras si no se quiere entorpecer la actividad hospitalaria, víctima de su propio éxito en

estos casos. Más adelante hablaremos de la importancia que adquiere la atención primaria en este contexto.

La introducción de la docencia y de la investigación clínica y básica en un gran número de hospitales públicos ha contribuido en gran medida a mejorar la calidad asistencial de los mismos. Ha influido también de manera decisiva en el progreso de la medicina española. El sistema de formación posgraduada de médicos internos y residentes (MIR), iniciado dentro de la Seguridad Social en 1964 en la Clínica Puerta de Hierro, fue extendiéndose progresivamente al resto de los grandes hospitales españoles, incluidos los universitarios. Así, a partir de 1977, con la promulgación del Real Decreto de Especialidades Médicas, empieza a establecerse un sistema nacional que sigue vigente. Este sistema ha dado frutos óptimos en la docencia y en la preparación profesional de los médicos españoles. Igualmente, se ha impulsado la formación de enfermeros/as y de técnicos sanitarios en los hospitales públicos y, desde la década de los setenta, también de estudiantes de medicina mediante convenios con la Universidad a los que se hará referencia posteriormente.

La creación de departamentos de investigación en algunos de los grandes hospitales ha sido crucial para el desarrollo de la investigación clínica y básica. La investigación prácticamente no existía en nuestro país. Ésta se ha ido incrementando gracias a instituciones oficiales –como el Fondo de Investigaciones Sanitarias, la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología, las consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas, etc.– y ciertas fundaciones privadas.

La modernización conseguida en la red hospitalaria pública española, cuyas características han adoptado también algunos centros privados, ha permitido superar el retraso histórico de nuestras clínicas, agravado por la Guerra Civil. Ha hecho posible, también, hacer frente a los retos crecientes de la medicina científica y tecnológica moderna, cuyos avances era necesario aplicar con gran rapidez en las estructuras asistenciales.

El esfuerzo constructor de nuevos centros hospitalarios por parte de la Seguridad Social se centró fundamentalmente en hospitales de agudos. Desde los años sesenta hasta mediados de los setenta se habilitaron 32.000 nuevas camas, con lo que se pasó de un 9,1% del total nacional en 1963 a un 23,2% en 1977. Muchas de estas nuevas camas pertenecían a grandes centros sanitarios de moderna concepción arquitectónica y bien dotados tecnológicamente. El resto de la red hospitalaria, salvo contadas excepciones en algunas diputaciones provin-

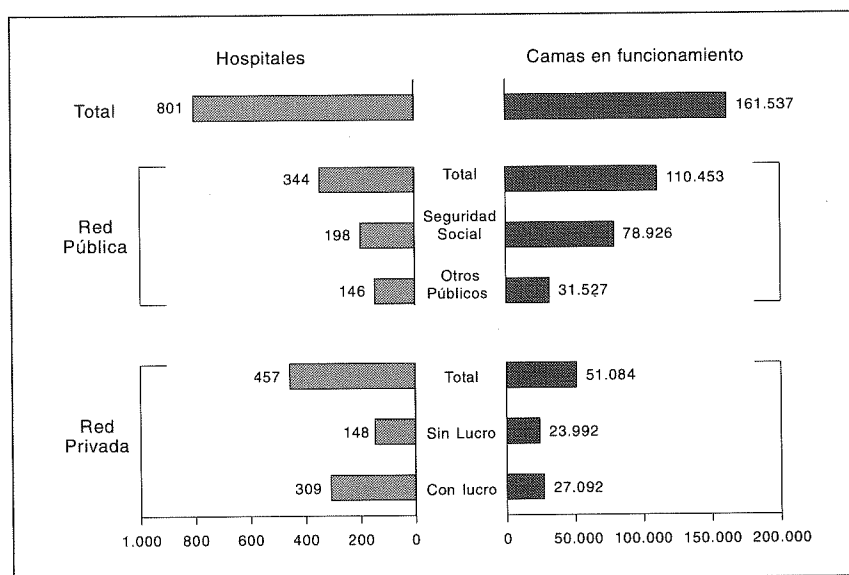
ciales y en algunos hospitales militares, no experimentó tal proceso de modernización. Persistían en ella las viejas estructuras físicas y de organización, cuya insuficiencia frente a las demandas de la medicina moderna se hacían cada vez más evidentes.

En el gráfico 2 se recoge el número de hospitales y de camas que hay en nuestro país, según la recientemente publicada *Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 1992*.

En los últimos años se ha producido una reducción del índice de camas por mil habitantes, a causa, paradójicamente, de una mejora en la asistencia hospitalaria. Han desaparecido camas insuficientemente dotadas y se han creado otras con mejores medios tecnológicos y científicos. Por otra parte, ha aumentado el número de ingresos y se ha ido acortando la estancia media en los hospitales.

Los gastos de la asistencia especializada son los más elevados y los de mayor crecimiento del Sistema Nacional de Salud. En 1990 representaron el 62,7% del gasto público total en sanidad, frente al 54,8% en 1982 (gráfico 3). Esto supone un aumento del 61% en pese-

Gráfico 2 – Indicadores hospitalarios. 1992



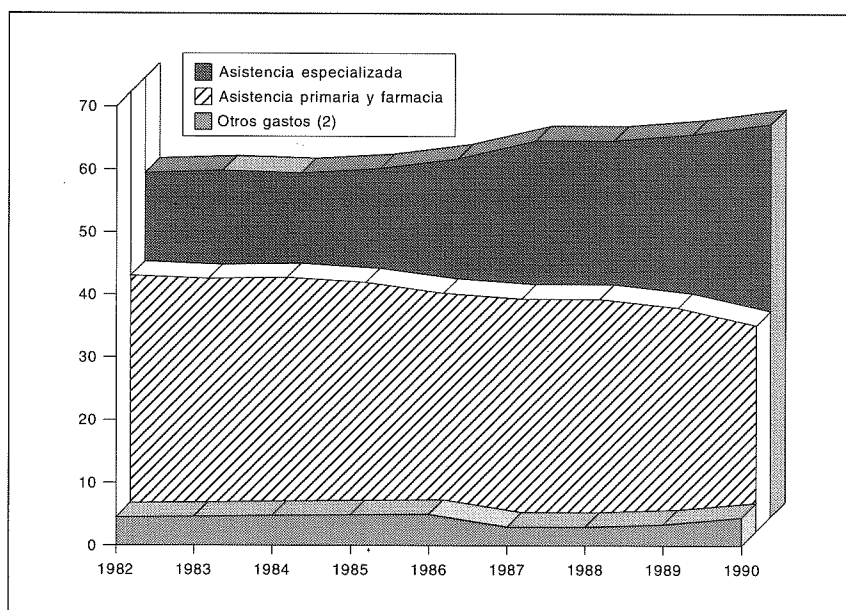
Nota: La población española era de 39.055.900 habitantes en 1992.

Fuente: Elaboración CECS a partir de INE, *Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 1992, 1995*, y de Eurostat, *Demographic Statistics 1994*.

tas constantes en el período 1982-1990, frente a un práctico estancamiento del coste de la asistencia primaria, sin contar los gastos de farmacia.

Los costes crecientes de la asistencia hospitalaria se deben, por una parte, a los gastos de personal y, por otra, a las fuertes inversiones y renovaciones instrumentales. Estos factores hacen que los recursos sean cada vez más insuficientes. Se producen carencias y dificultades funcionales. La complejidad y diversidad de las funciones y estructuras necesarias para que el hospital moderno funcione han provocado el desplazamiento de la dirección de su organización: del campo profesional del médico ha pasado ahora a nuevos estamentos de gestión y de administración. Estos nuevos estamentos funcionan con criterios empresariales y terminología de mercado. Los enfermos son usuarios y se habla de cuentas de resultados, productos sanitarios, controles de calidad, mercado sanitario, etc.

Gráfico 3 – Evolución del gasto público sanitario (1) en asistencia primaria y especializada. En porcentaje. 1982-1990



(1) Sistema de la Seguridad Social.

(2) Medicina marítima, investigación sanitaria, formación del personal investigador y administración de servicios generales.

Fuente: Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, *Informe y Recomendaciones*, julio 1991.

El médico, que en otra época había compaginado su actividad profesional, asistencial y docente con la organización y dirección del hospital, ha sido marginado necesariamente de estas actividades. A veces lo ha sido de manera excesiva. Este fenómeno ha conducido a recientes formas de desencanto que se han expresado en conflictos durante los últimos años. Junto a su exclusiva responsabilidad diagnóstica y terapéutica con el paciente, el médico es responsable del gasto sanitario originado por la asistencia a los enfermos. Sin duda, es necesario reconsiderar en nuestro país el papel que el profesional de la medicina ha de ejercer en el hospital. Su indiscutida actuación profesional debe complementarse con criterios de cooperación, de responsabilidad en el funcionamiento del servicio al que pertenece, de estímulo e incentivo intelectual para el resto del equipo... Todo esto constituye la llamada «gestión clínica», que se va definiendo, cada vez con más decisión, en los grandes hospitales modernos.

El hospital moderno se ve sometido también a otras presiones que están modificando tanto su estructura como su funcionamiento. Hasta ahora, el hospital se concebía principalmente como una empresa de servicios en la que contaba el número de camas con relación al número de habitantes. Se funcionaba con presupuestos cerrados, cuyo cumplimiento se convertía en el principal objetivo de la institución. Se valoraba el número de estancias y el promedio de ocupación. En el análisis de los resultados, no figuraba en primer término el número de enfermos asistidos, la calidad de la asistencia prestada o el ejercicio de otras actividades no estrictamente asistenciales. La institución propietaria que financiaba el hospital determinaba una plantilla fija y los puestos de trabajo se regían por estatutos funcionariales.

Esta estructura hospitalaria, que sin duda ha sido útil en el logro de la situación actual, ya no es conveniente. Incluso resulta contraproducente ante las exigencias de la medicina asistencial moderna. Los hospitales se ven sometidos a procesos evolutivos y a cambios muy notables. Entre ellos, la transformación de lo que se llamaba «empresa de servicios» en una «empresa de producción». En esta última, se tendrían en cuenta fundamentalmente el tipo y el número de enfermos tratados, las características de los procesos patológicos y la dificultad de los mismos, la calidad de los resultados obtenidos... Se trata así de un auténtico proceso de producción, que hace necesaria una gestión mucho más eficiente que la que se había venido aplicando cuando el hospital se consideraba una empresa de servicios solamente. Por este motivo, empiezan a aparecer conceptos como *case-mix*, GRD, coste por procesos y otros similares, anteriormente citados.

Para aplicar estas nuevas ideas es necesario cambiar también las estructuras administrativas y legales de los hospitales. Es preciso infundir un dinamismo mayor a todo el sistema. Sustituir los criterios de Derecho Público por otros de Derecho Privado, más acordes con los criterios del «mercado interno» sanitario preconizado en nuestro país por el *Informe Abril*. Estos cambios empiezan a ser aplicados, con más o menos intensidad, por algunas comunidades autónomas que tienen transferidos los servicios asistenciales de salud.

Otras circunstancias que están modificando también la estructura y el funcionamiento de los grandes hospitales dependen de los progresos científicos y tecnológicos de la medicina. Mediante modernas técnicas de diagnóstico e imagen, de cirugía ambulatoria, de análisis de laboratorio, de endoscopias cada vez más seguras..., muchos de los enfermos que necesitan una atención especializada pueden ser atendidos fuera de los hospitales. Se evita así su ingreso en los mismos y se reducen notablemente las estancias cuando la hospitalización se hace indispensable. Esto permite liberar a los hospitales de gran parte de las cargas asistenciales que han venido soportando y disponer de más recursos para la atención de los pacientes que realmente precisen la hospitalización por presentar procesos más graves o complejos.

La tendencia a la atención especializada fuera de los hospitales está igualmente favorecida por la llamada «jerarquización de los especialistas». Hasta ahora se les llamaba «especialistas de cupo». Actuaban independientemente del servicio hospitalario que correspondía a su especialidad. La jerarquización los hace depender funcionalmente de los correspondientes servicios especializados del hospital. Esta jerarquización redundará en beneficio de los propios profesionales, que tienen mayores facilidades para el tratamiento de los enfermos. Se evitan consultas inútiles en el hospital, ya que pueden ser realizadas con igual seguridad en centros extrahospitalarios. La formación y entrenamiento de especialistas en los hospitales a través del sistema MIR favorece esta organización, que va dando cada vez mejores resultados.

Los logros del sistema han sido muy positivos, pero hay defectos y tensiones que se comentarán más tarde. Interesaba tener una visión panorámica de las modificaciones experimentadas para analizar seguidamente cinco aspectos, seguramente decisivos o característicos de esta transformación: los cambios de los contenidos de las profesiones sanitarias, la formación médica, la investigación sanitaria, el desarrollo de la atención primaria y los trasplantes de órganos.

Transformación de los contenidos de las profesiones sanitarias

Por primera vez en la historia ha tenido lugar una transformación radical en los contenidos de las profesiones sanitarias. Estos cambios son especialmente importantes en la profesión médica, ya que los médicos son los únicos que tienen legalmente la responsabilidad diagnóstica y terapéutica sobre los pacientes. La transformación ha tenido lugar de una manera paulatina, pero firme, y, seguramente, con carácter irreversible.

La evolución científica y tecnológica de la medicina moderna, junto con los profundos cambios sociológicos, económicos y políticos de la sociedad actual, ha producido en España –lo mismo que en otros países europeos– una notable transformación de los contenidos de la actividad médica y de las funciones del médico. Éste ha ido evolucionando en la práctica de su profesión desde formas independientes y autosuficientes hasta formas cooperativas e integradoras.

La rapidez con la que están sobreviniendo los cambios crea, en ocasiones, conflictos. Hay muchos profesionales, nostálgicos de las antiguas formas de la práctica médica, que no están de acuerdo con las exigencias actuales de la medicina socializada y retribuida por terceros. Esta nueva práctica es proclive a la burocratización y a la funcionarización de la actividad médica. Pero presenta también aspectos positivos que potencian la responsabilidad, la eficacia y la satisfacción de los profesionales.

La cooperación en el trabajo y la integración de esfuerzos son comunes en todas las profesiones sanitarias. El nuevo concepto de gestión clínica en cada servicio o unidad, tanto hospitalaria como de atención primaria extrahospitalaria, ofrece soluciones modernas que aventajan al aislacionismo profesional de épocas pasadas. Además, el trabajo coordinado entre los profesionales de una misma actividad o especialidad proporciona un estímulo permanente para la formación médica continuada. Este estímulo se extiende también a otras profesiones sanitarias como enfermería, farmacia, técnicos médicos, etc. En todo caso, esta necesaria coordinación persigue la actualización de la competencia profesional. Es también una motivación para el autocontrol de calidad en la actividad clínica y una mayor garantía de seguridad en la misma. Se desarrollan, en muchos casos, guías o protocolos de actuación diagnóstica o terapéutica, discutidos o establecidos por el grupo profesional de una manera voluntaria.

Por otra parte, las tendencias actuales definen el papel del médico en la gestión de la unidad o servicio al que pertenece. En este ámbito se han producido algunos conflictos a los que más tarde se hará referencia. Las mismas tendencias apuntan también a la cooperación con otros servicios del hospital y con la dirección y gerencia del mismo. Coordinación no sólo en el control del gasto sanitario, sino también en la contribución ideológica para el mejor funcionamiento del conjunto, ya sea un hospital ya sea un centro de salud (si se trata de la atención primaria).

Estas actividades eran antes desconocidas en su mayor parte por los médicos, dedicados exclusivamente al diagnóstico y al tratamiento de sus enfermos. Pero, al contrario de lo que podría suponerse, favorecen en el momento presente el desarrollo de su personalidad profesional. Además de ejercer su trabajo en la asistencia, los médicos pueden también hacerlo en la docencia y en la investigación. Sin duda, esta transformación de la sociología de la profesión médica en España está contribuyendo decisivamente a un notable aumento de la calidad asistencial. Estos importantes cambios deben ser tenidos en cuenta no sólo por los propios protagonistas de la medicina, sino también por los gestores, administrativos, políticos, etc., así como por el resto de la sociedad.

Formación médica. Universidad y Sanidad

Ha costado mucho trabajo cambiar la mentalidad en las facultades de Medicina para adecuar los planes de estudio a las exigencias de la asistencia médico-sanitaria actual. Hasta hace muy poco tiempo se mantenía que el privilegio de la docencia en la formación médica no podía compartirse con otras instituciones que no fueran universitarias. Fue necesario demostrar a través del sistema de internos y residentes la utilidad y la calidad de la formación en hospitales que inicialmente no eran docentes. Poco a poco, los grandes recursos hospitalarios y, posteriormente, los de los centros de salud fueron poniéndose a disposición de la preparación de especialistas y de futuros médicos en período de licenciatura.

En 1968, los hospitales más importantes del país implicados en la formación de especialistas constituyeron el llamado «Seminario de Hospitales con Programas de Posgraduados». Este seminario realizó varias reuniones en diferentes provincias españolas. Estableció ciertas normas generales, con las cuales se fueron unificando paulatina-

mente los programas formativos y se iniciaron los procedimientos de acreditación docente en los hospitales afiliados. El influjo de este seminario en el país fue enorme. A pesar de su corta existencia, supuso un cambio notable en la mentalidad de otras clínicas, que vieron en la actividad docente un gran estímulo para mejorar su calidad asistencial.

Al principio, cada hospital convocaba anualmente las plazas de residentes de manera aislada. La Seguridad Social, que financiaba en su mayor parte la formación, comenzó a realizar convocatorias nacionales en 1972. El sistema MIR se extendió por toda España. El Seminario de Hospitales había publicado en 1970 un trabajo en el que se analizaban las características de la Ley de Especialidades Médicas de 1955, se hacía la crítica de la misma y se proponían normas para su actualización. Sin embargo, tuvieron que transcurrir varios años hasta que en 1978, al crearse el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, se promulgó, conjuntamente con el Ministerio de Educación y Ciencia, un real decreto que recogía la totalidad de las ideas contenidas en el estudio del Seminario de Hospitales. A partir de entonces, la formación de especialistas empezó a encauzarse por caminos de mayor rigor y coordinación. Gracias al trabajo de las comisiones nacionales de cada especialidad y del Consejo Nacional de Especialidades se terminó con la situación anárquica en que se encontraban estas titulaciones en España.

En cuanto a la preparación durante el período de licenciatura, algunas facultades –como la de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid– quisieron aplicar criterios docentes parecidos a los que habían presidido la formación de especialistas: rotación por distintos servicios, con una exposición precoz del alumno a la realidad clínica, para lograr así un aprendizaje en contacto directo con el enfermo.

En julio de 1969 se suscribió un convenio de cooperación entre la Universidad Autónoma de Madrid y la Seguridad Social. Ésta ponía a disposición de la nueva Facultad de Medicina sus dos hospitales más importantes: la Clínica Puerta de Hierro y la Ciudad Sanitaria La Paz. Un año después se incorporaban la Fundación Jiménez Díaz, el Instituto de Enzimología del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y el Centro Nacional de Virología. En octubre de 1976, se unió a dicha facultad el Gran Hospital de la Beneficencia del Estado (hoy Hospital de la Princesa) como cuarto hospital docente. Éste fue el comienzo de la extensión a distintos hospitales, inicialmente no universitarios, de la docencia médica para alumnos de licenciatura.

El desarrollo sanitario experimentado en España, especialmente en la década de los setenta, hizo que los jóvenes universitarios se sintieran fuertemente atraídos por los estudios de Medicina. Algunos docentes recomendaron una limitación del número de estudiantes que ingresaban en las facultades. Sin embargo, esto sólo pudo conseguirse en algunos centros, que sufrieron fuertes presiones por parte de la sociedad y del propio Ministerio de Educación y Ciencia.

En la tabla 1 puede observarse la evolución del número de estudiantes admitidos en Medicina cada curso, los médicos licenciados cada año y las plazas de formación de especialistas por el sistema MIR que se

Tabla 1 – Evolución de los estudiantes admitidos en Medicina, médicos licenciados y plazas MIR. 1970-1994

Años	Admisiones (Primer curso)	Licenciados	Plazas MIR	% de plazas MIR sobre total de licenciados
1970	10.920	2.528		
1971	12.150	2.650		
1972	11.492	2.775		
1973	13.547	2.777		
1974	15.695	2.740		
1975	15.541	4.062		
1976	22.128	5.301		
1977	22.554	4.563		
1978	19.960	6.484		
1979	11.454	7.497		
1980	10.476	7.752	2.077	26,8
1981	7.687	8.171	2.175	26,6
1982	6.851	8.181	2.227	27,2
1983	6.724	10.346	1.789	17,3
1984	6.287	7.284	1.486	20,4
1985	6.362	7.856	1.355	17,2
1986	6.062	7.013	1.336	19,1
1987	6.166	6.703	1.903	28,4
1988	5.942	6.530	2.288	35,0
1989	5.404	5.352	3.062	57,2
1990	4.973	5.840	3.291	56,4
1991	4.279	5.625	3.623	64,4
1992	4.900	5.708	3.606	63,2
1993	5.100	4.674	4.081	87,3
1994	n.d.	4.315	4.141	96,0

Fuente: Elaboración CECS a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

han ido ofreciendo en los distintos años. Llama la atención, como expresión de la incongruencia existente entre facultades de Medicina y sistema asistencial, la notable disparidad que durante años se produjo entre el número de licenciados y la oferta de plazas MIR. Así, en 1985 se ofertaron únicamente 1.355 plazas MIR, cuando los alumnos que obtuvieron la licenciatura en Medicina en dicho año fueron 7.856. Estas cifras son un reflejo de uno de los problemas más graves de la medicina española actual: el exceso de médicos y la notable bolsa de desempleo de los mismos. Esta bolsa aún persiste, pero parece que tiende a disminuir, aunque las cifras reales no se conocen con precisión.

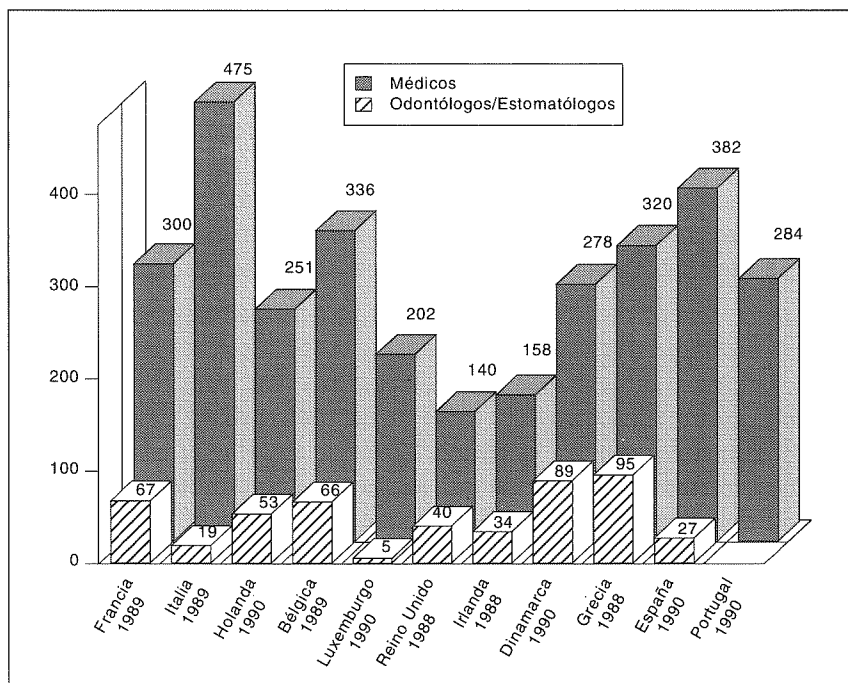
Durante los últimos 12 años se ha producido en España un considerable aumento del número de médicos. A finales de 1993 había cerca de 160.000 médicos colegiados en nuestro país, más de cuatro veces más que en 1960 y un 85% más que en 1980 (tabla 2). Excepto Italia, ningún otro país de la Unión Europea tiene más médicos que España (gráfico 4), a pesar de que en todos ellos también ha aumentado notablemente el número de médicos durante los últimos 10 años.

Tabla 2 – Evolución del número de médicos colegiados en España. 1960-1993

Años	Número de médicos colegiados	Habitantes por médico	Médicos por 100.000 habitantes
1960	37.743	804	124,5
1970	45.335	741	134,9
1975	54.533	648	154,3
1980	86.253	432	231,6
1981	96.569	390	256,6
1982	104.759	361	276,7
1983	115.251	330	302,7
1984	121.362	315	317,3
1985	127.195	302	331,2
1986	130.574	295	338,8
1987	138.971	278	359,4
1988	138.994	279	358,5
1989	143.803	270	370,1
1990	149.020	261	382,8
1991	153.898	253	394,7
1992	156.100	250	399,7
1993	159.291	246	407,2

Fuente: Elaboración CECS a partir de INE, *Anuario Estadístico*, varios años, y *Boletín Mensual de Estadística*; datos del Ministerio de Sanidad y Consumo y Eurostat, *Demographic Statistics* 1994.

Gráfico 4 – Médicos y odontólogos/estomatólogos por 100.000 habitantes en los países de la Comunidad Económica Europea. 1988-1990



Fuente: Elaboración CECS a partir de OMS, *Annuaire de Statistiques Sanitaires mondiales 1993*.

Respecto al sistema MIR para la formación de especialistas, destaca el hecho de que se redujo el número de plazas durante algunos años (1982-1988), como pudo apreciarse en la tabla 1. En 1995, el número de plazas que se ofrecen es mayor que el de estudiantes que terminan cada año su licenciatura. No obstante, las dificultades persisten, dado el gran número de médicos que no han podido aún conseguir un puesto para su formación especializada, pese a sus reiterados intentos.

En otras profesiones sanitarias (matronas, fisioterapeutas, diplomados en enfermería, farmacéuticos y veterinarios) en las que no parecían existir tendencias expansionistas, en los últimos años ha comenzado a notarse también un desequilibrio entre la oferta y la demanda de empleo.

Investigación sanitaria

La introducción de la investigación médica en los hospitales ha sido otro de los grandes logros de los últimos 25 años. Salvo los trabajos de investigación que se realizaban en la Fundación Jiménez Díaz y en algunas cátedras universitarias, poco era lo que se hacía en investigación médica sanitaria en los años sesenta. Cuando se creó la Clínica Puerta de Hierro, uno de sus objetivos fundacionales fue incorporar la investigación clínica y sanitaria a la Seguridad Social. En los hospitales se organizaron servicios de investigación, que fueron desarrollándose paulatinamente. Otros hospitales nuevos, como el Centro Nacional Ramón y Cajal (Madrid) y la Ciudad Sanitaria de La Fe (Valencia), contaron también con departamentos de investigación.

En este desarrollo científico hospitalario fue decisiva la cooperación de la industria farmacéutica española con el Instituto Nacional de Previsión, primero, y con el Insalud, después. Esta cooperación se produjo a través del Fondo de Descuento Complementario, transformado en 1980 en el Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social. Las actividades del Fondo, su progresiva consolidación, sus ayudas a la formación de investigadores, a la ampliación de estudios en el extranjero, a la financiación de proyectos, a las publicaciones, congresos y reuniones científicas..., han ido afianzando la investigación científica médica, tanto básica como aplicada. Esto ha beneficiado a los hospitales de la Seguridad Social y a los concertados con la misma, así como a instituciones de alguna manera relacionadas con la Seguridad Social. Al promulgarse la Ley General de Sanidad de 1986, se consolidaron las actividades de investigación dentro del SNS y se reforzaron las atribuciones y los recursos del Fondo de Investigaciones Sanitarias. Esta institución ha sufrido distintas modificaciones de tipo administrativo, pero ha mantenido sus objetivos de ayuda y estímulo a la investigación y a la formación de investigadores en el Sistema Nacional de Salud.

Dentro de este panorama, la investigación médica en general es la que ha experimentado un avance más notable; el presupuesto casi se multiplica por cuatro entre los años 1987 y 1992 (tabla 3).

Otros datos de interés sobre el Fondo de Investigaciones Sanitarias, así como un breve análisis del desarrollo de la investigación sanitaria en España y la importancia que ha tenido la incorporación de nuestro país a la Comunidad Europea para este campo, pueden consultarse en la sección de Indicadores.

Tabla 3 – Evolución de los presupuestos del Fondo de Investigaciones Sanitarias y su distribución. En millones de pesetas. 1987-1992

Años	Total	Proyectos de investigación	Número de becas (Iniciación investigación)	Número de becas (Ampliación de estudios)
1987	1.695	980	302	67
1988	3.171	1.650	328	179
1989	3.295	1.717	380	360
1990	4.269	2.200	437	500
1991	5.424	3.600	480	600
1992	6.500	4.379	480	600

Fuente: Elaboración CECS a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Atención primaria

La atención primaria se realizaba a través de los médicos generales y de los pediatras de cupo en los ambulatorios. La implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad supuso un gran cambio para muchos trabajadores, que podían disponer de consultas, visitas domiciliarias y medicinas, todo ello cubierto por el seguro. Más tarde, las prestaciones se completaron con la asistencia pediátrica ambulatoria. Pronto comenzaron a masificarse las consultas a causa de las exigencias de los asegurados. La realización de una medicina asistencial apresurada por parte de algunos médicos dio lugar a protestas y descontentos.

Por otra parte, la asistencia hospitalaria, por su propio desarrollo, comenzó a sufrir una considerable presión debido al desplazamiento de gran parte de la demanda asistencial: la atención primaria extra-hospitalaria pasó a los hospitales. Se produjo un desequilibrio que sobrecargaba indebidamente las consultas externas, la hospitalización y, sobre todo, los servicios de urgencias.

En el ámbito rural, la asistencia sanitaria pública ha corrido a cargo de los médicos de asistencia pública domiciliaria. Atendían simultáneamente a los afiliados a la Seguridad Social y a las obligaciones sanitarias de los municipios (salud pública, forenses, beneficencia, etc.).

Era necesario actualizar la atención primaria en nuestro país de acuerdo con las exigencias crecientes de una medicina moderna y de un concepto global de la Sanidad. Mediante un real decreto (3303/1978 del 29 de diciembre) se creó la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, que se incluía dentro de las especialidades

que estaba configurando o reestructurando el Consejo Nacional de Especialidades. Se sentaron las bases para un concepto asistencial nuevo, que tuvo que vencer numerosas dificultades para su implantación y desarrollo.

Hoy no se duda de que la atención primaria es el nivel clave del sistema sanitario y que, por tanto, debe contar con profesionales formados específicamente para dichas funciones. La Medicina de Familia y Comunitaria no sólo desarrolla las funciones asistenciales clínicas tradicionales, diagnósticas y terapéuticas, sino que también incluye actividades de prevención de la enfermedad, especialmente en lo que hoy se denomina «medicina clínica preventiva». Este trabajo está teniendo un extraordinario impacto en la salud de la comunidad.

Por otra parte, el trabajo en grupo progresa notablemente en los centros de salud a través de los equipos de atención primaria, cuya implantación real empieza en 1984. Esta característica, la labor de tipo cooperativo, ya no es exclusiva de la medicina especializada hospitalaria (cuadro 1). Con los centros de salud se inicia la modernización de la atención primaria. Se van extendiendo por todo el país, de tal manera que en la actualidad el 60% de esta atención está cubierta por los médicos de familia y comunitarios (tabla 4). Son auténticos especialistas que, además de la medicina curativa tradicional, reali-

Cuadro 1 – Organización de la atención primaria. 1992-1993

Modelo tradicional (44%)	Equipos de atención primaria (56%)
Trabajo individual	Práctica en grupo
A tiempo parcial (15 horas)	Jornada completa (40 horas)
Sin referencia territorial	Zona de salud
Retribución capítativa	Salario + capitación
Curativa individual	Preventiva y curativa
Tiempo medio por consulta: < 5 minutos	Tiempo medio por consulta: > 6 minutos
No documentación clínica	Historia clínica
Asignación de cada ciudadano a un médico	Asignación de cada ciudadano a un médico
Libre elección de médico	Libre elección de médico
Acceso al especialista a través del médico de atención primaria	Acceso al especialista a través del médico de atención primaria

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo, *Sistema Nacional de Salud. Servicio de Salud. Indicadores. Junio 1993, 1994.*

Tabla 4 – Infraestructura de atención primaria. 1995

Cobertura por equipos de atención primaria. Población atendida en porcentaje	60,4
Centros de salud públicos	1.707
Consultorios rurales	3.128
Ambulatorios y consultorios con medicina general y pediátrica	206
Ambulatorios y consultorios de especialidades	261
Unidades de planificación familiar	208
Salud mental extrahospitalaria/comunitaria	322

Fuente: Elaboración CECS a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

zan programas de medicina preventiva, educación sanitaria de la población, investigación epidemiológica y promoción de la salud. La atención primaria está adquiriendo un gran relieve en las estructuras de la Sanidad pública, tanto en la Administración central como en las comunidades autónomas (tabla 4).

Las funciones que se han encomendado a los equipos de atención primaria son las siguientes:

- Prestar asistencia sanitaria, tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia.
- Realizar actividades encaminadas a la «promoción de la salud, a la prevención de la enfermedad y a la reinserción social».
- Contribuir a la educación sanitaria de la población.
- Hacer el diagnóstico de salud de la zona.
- Evaluar las actividades realizadas y los resultados obtenidos.
- Realizar actividades de formación pregraduada y posgraduada en atención sanitaria, así como llevar a cabo los estudios clínicos y epidemiológicos que se determinen.
- Participar en los programas de salud mental, laboral y ambiental.

Todas estas actividades de los médicos de familia se basan en las exigencias de las directivas de la Unión Europea para la formación y práctica profesional de los médicos generales. En la reciente polémica producida en España por la entrada en vigor (a partir del primero de enero de 1995) de la directiva europea sobre formación de médicos generales, se ha podido encontrar una solución, después de grandes dificultades, precisamente por disponer de una formación sólida en Medicina de Familia y Comunitaria. Esta formación rebasa ampliamente las exigencias comunitarias europeas. Posteriormente se hará referencia a ella.

Trasplantes de órganos

Los trasplantes de órganos y tejidos representan uno de los grandes logros de la medicina actual. Constituyen también un excelente índice del grado de desarrollo científico y técnico que ésta ha alcanzado. Los trasplantes, especialmente los de órganos sólidos como corazón, hígado, riñón, pulmón, páncreas, etc., son la culminación de múltiples esfuerzos.

Su éxito depende de muchos factores, todos ellos limitantes (es decir, de fracasar uno falla todo el conjunto). Supone contar con la excelente preparación de diferentes especialistas, tanto médicos como técnicos y auxiliares en cirugía, medicina, hematología, inmunología, bioquímica..., cuya formación y entrenamiento requieren tiempo y la aplicación inteligente de recursos. Exige también una eficaz organización que actúe con rapidez en el conocimiento de los donantes y en la selección del receptor compatible con el órgano donado, todo ello basado en una minuciosa red de información. Hacen falta equipos bien entrenados en la comunicación con los familiares de los pacientes, que posean una gran sensibilidad para hacer frente a los grandes problemas psicológicos y éticos que con frecuencia se presentan. Se precisa un rápido transporte de los órganos, a veces entre países distintos. También es necesaria una buena relación con los medios de comunicación social para sensibilizar a la población sobre estos problemas. Sin la colaboración de la comunidad, los trasplantes no serían posibles, por muy técnica y perfecta que fuera la organización de todos los otros recursos.

Son tantos, en fin, los factores técnicos y humanos que concurren en cada caso que no es exagerado considerar los trasplantes de órganos como uno de los mejores índices de la calidad de un sistema de salud. Son el mejor indicador de la cultura sanitaria y de la solidaridad social entre los individuos de una comunidad. Es un sistema que está al servicio de los enfermos que esperan y encuentran en el trasplante la única solución para su enfermedad y para la salvación de sus vidas, gracias a la generosidad del donante y de sus familiares.

Los trasplantes de órganos, que en sus comienzos fueron noticias que ocupaban grandes titulares en los medios de comunicación social, se han convertido en una práctica habitual en la actualidad. Cada vez es más segura su realización y son más fiables sus resultados. En España funcionan a través de una organización modelica: la Organización Nacional de Trasplantes. Ésta ha ido consolidando su estructura y funcionamiento con resultados cada vez mejores, que han co-

Tabla 5 – Evolución de los trasplantes de órganos en España. 1989-1995

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Corazón	97	164	232	254	287	292	278
Hígado	170	313	412	468	495	614	698
Páncreas	8	19	21	26	24	16	24
Riñón	1.040	1.239	1.371	1.492	1.488	1.633	1.800
Pulmón	n.d.	1	3	10	20	36	45

Fuente: Elaboración CECS a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

locado a España en el primer puesto internacional en lo que se refiere a donación de órganos por millón de habitantes y al número de trasplantes realizados cada año. En la tabla 5 puede apreciarse la evolución creciente de los trasplantes realizados en España en los últimos años, todos ellos dentro del sector público del Sistema Nacional de Salud.

Aunque todos los profesionales que intervienen en un trasplante cumplen una función decisiva, la base del éxito reside en gran parte en los coordinadores hospitalarios, que son formados cuidadosamente con cursos especiales y que realizan un trabajo extraordinario de cooperación y coordinación de esfuerzos, tanto dentro como fuera del hospital. La Organización Nacional de Trasplantes realiza periódicamente simposios y reuniones, en los que analiza los resultados obtenidos, y organiza cursos de formación para profesionales españoles y extranjeros. Recoge así toda la experiencia acumulada en España en este campo tan importante de la medicina actual.

1.3 Los nuevos usuarios

En España, al igual que en otros países desarrollados, los cambios producidos en la estructura de la sociedad están contribuyendo a una rápida modificación de muchos de los valores considerados tradicionales. Estas transformaciones se reflejan también de manera importante en la medicina y en la asistencia médico-sanitaria en general.

Muchos son los factores que influyen en las actitudes que adoptan el individuo y la sociedad en su conjunto frente a la asistencia médico-sanitaria: el paso de una estructura social eminentemente agrícola a otra industrial –e incluso postindustrial–; el crecimiento notable de las clases medias; el mayor bienestar físico y material; el aumento de la renta *per cápita* alcanzado por amplios sectores de la sociedad; el

acceso masivo de la mujer al trabajo remunerado; la transformación o quiebra de las relaciones jerárquicas en la familia, en la docencia y en la administración; la crisis de las creencias religiosas; la modificación de ciertos valores morales de la comunidad; los procesos demográficos como el envejecimiento progresivo de la sociedad, el aumento de las expectativas de vida...

El ejercicio de la medicina es una actividad social basada en conocimientos científicos y tecnológicos que tiene por objeto el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades o la prevención de las mismas. Las transformaciones sociológicas tienen una profunda e inmediata repercusión en los contenidos de la medicina y también en la forma de estructurarse y practicarse la asistencia médico-sanitaria.

La consecuencia más clara, y que más inmediatamente incide en el sistema asistencial, es el aumento de la demanda de asistencia médica. Paradójicamente, cuanto más sana está la población, cuando se han superado enfermedades tradicionales, invalidantes y mortales, la sociedad pide y «consume» más asistencia médica. Esto se debe a una mayor cultura general y sanitaria de la población, que tiene una confianza creciente en la medicina.

Uno de los rasgos de nuestra cultura es la acentuación del deseo de disfrutar de la vida. Existe también una menor resistencia al dolor o a las incomodidades. En esta mayor demanda de asistencia hay que contar, además, con que el acceso a los sistemas asistenciales de la Seguridad Social es prácticamente universal.

Paralelamente, aunque no sin protestas, se va introduciendo en la conciencia social española la idea de la economía de la salud y de la limitación creciente de los recursos destinados a gastos sanitarios. Todos los gobiernos se ven obligados a acotar las prestaciones sanitarias e incluso a introducir formas de contribución económica en los gastos producidos. Estas formas de contribución tendrán probablemente un mayor desarrollo en el futuro inmediato. Se hará así posible que la solidaridad social en la asistencia médico-sanitaria y la llamada «equidad selectiva» se mantengan.

Cambios en la relación médico-enfermo

La concepción de la asistencia médica como un servicio público, al que tienen derecho todos los ciudadanos y que es sufragado por el Estado, se expande progresivamente. Esto supone una situación com-

pletamente nueva, que se está instaurando en la asistencia médico-sanitaria de nuestro país. Al entenderse la asistencia médica como un servicio público, el paciente se transforma en cliente o usuario del sistema. Como ocurre con cualquier otro servicio público, exige la eficacia de las prestaciones que se le dan y la satisfacción por el servicio recibido.

Todo ello implica un cambio notable, que empieza a tener consecuencias absolutamente nuevas. Entre ellas, la principal es la transformación de la relación médico-enfermo. Se rompe la idea tradicional de dependencia psicológica del enfermo hacia su médico. La relación médico-enfermo, que tradicionalmente había sido paternalista y protectora, pasa a convertirse en una relación entre adultos. En ella se precisa una explicación de las conductas diagnósticas y terapéuticas. Éstas se proponen con la necesidad de un consentimiento previo, el llamado «consentimiento informado», para aquellos actos que revisiten cierto grado de riesgo o peligrosidad.

En España se están presentando reclamaciones de tipo judicial por «mala práctica», todavía sin la intensidad con que se manifiestan en otros países, pero de una forma creciente. Este fenómeno es expresión, entre otras cosas, de la desmitificación progresiva de la medicina y del médico. Con frecuencia, los aspectos mágicos de la confianza del enfermo, que antes se depositaban en el médico, se trasladan ahora a la institución, a la tecnología o al medicamento caro o difícil de lograr.

Curiosamente, coincidiendo con estas situaciones, están proliferando las llamadas «medicinas marginales» o «medicinas de corto circuito». Atraen la atención y calman la ansiedad de muchos pacientes con propaganda de dispositivos o productos «mágicos», carentes en absoluto de fundamento científico. Estas medicinas constituyen un fraude social que lamentablemente está creciendo de manera continuada.

2. Para mejorar la organización y la gestión

El SNS español se ha desarrollado según un sistema centralizado y rígido. Ha sido capaz de dotar en el pasado a nuestro país de una asistencia médico-sanitaria eficaz, basada, en su mayor parte, en la red asistencial de la Seguridad Social. Este desarrollo ha estado regido por los principios del Derecho Administrativo, pero ya ha alcanzado el límite de su eficacia. Resulta ahora insuficiente para atender

las transformaciones que le exigen la medicina, los profesionales sanitarios, la sociedad, los políticos y, en definitiva, los usuarios del sistema.

A esto se añade la progresiva limitación de los recursos, que afecta a todos los países europeos. Esta escasez se ha convertido en el principal problema de cuantos afectan a la asistencia sanitaria. Todo ello condiciona notablemente una organización y un funcionamiento adecuados del SNS.

La Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Sanitario (*Informe Abril*), además de incidir también sobre los mismos argumentos, señalaba otros factores negativos o distorsionantes de tipo estructural y funcional en el Sistema Nacional de Salud:

- El porcentaje del gasto sanitario público destinado a la asistencia especializada ha aumentado considerablemente en los últimos años, con un simultáneo descenso del que corresponde a la atención primaria.

- La medicina preventiva y la salud pública no alcanzan el relieve que les corresponde en una concepción global y moderna de la medicina, en la educación sanitaria de la población y en la promoción de la salud.

- El sistema público carece de una visión global y empresarial de servicio, coarta la libertad de elección de los usuarios y adolece de relaciones despersonalizadas, con falta de información al paciente y a sus familiares.

- El marco laboral estatutario no responde a las necesidades actuales y no encauza los conflictos que plantea la relación del personal en el ámbito sanitario.

- Hay una ausencia general de estructuras y mecanismos de información, evaluación y análisis del sector sanitario público y privado.

- La responsabilidad de la gestión en los equipos directivos queda diluida o anulada por el excesivo centralismo y rigidez del sistema.

- En su estructura de gestión, organización funcional y financiación, el Sistema Nacional de Salud está orientado básicamente al cumplimiento de los procedimientos formales de la función pública, más que al logro de los mejores resultados mediante el empleo de recursos humanos y materiales de gran cualificación.

Finalmente, señalaba dicho informe que los instrumentos de gestión y financiación son los que peor se han adaptado a las nuevas necesidades de los servicios sanitarios modernos.

Estas y otras críticas parecidas se han ido haciendo al Sistema Nacional de Salud español y, en gran parte, también a los de otros países industrializados. Estas consideraciones obligan a la adopción de medidas de organización y gestión que rompan frontalmente con las que existían. Se trata de vencer la rigidez centralizadora que ha caracterizado históricamente todo el desarrollo del sistema sanitario español.

Un hecho muy importante, que ha venido a facilitar los propósitos de reforma en algunas regiones españolas, ha sido la transferencia de la asistencia sanitaria a ciertas comunidades autónomas. Estas comunidades, al separarse de la organización estatal central, han tenido la oportunidad de introducir innovaciones para superar las dificultades indicadas. En algunos casos, sin embargo, se han reproducido las tendencias al centralismo y a la burocratización.

Las soluciones a los problemas planteados pasan por la puesta en marcha de un conjunto de reformas de características y profundidad distintas, pero que tendrán que empezar a ser aplicadas con decisión y rapidez. Los defectos actuales no permiten esperar. De persistir, pueden originar graves perjuicios a todo el sistema asistencial. No obstante, cualquier tipo de reforma que se proponga ha de tener muy presente la necesidad de preservar el núcleo básico de equidad y solidaridad, que constituye la esencia del sistema sanitario español. Sin duda, este núcleo puede considerarse como uno de sus principales logros.

Las reformas que han ido introduciendo algunos organismos, tanto centrales como autonómicos, tratan de incorporar un mayor grado de responsabilidad de los distintos agentes del sistema. Se pretende:

- Alcanzar una mayor eficiencia en el uso de los recursos disponibles, tanto humanos como materiales.

- Lograr una mayor satisfacción de los usuarios. Para ello, se introduce cierto grado de libertad en la elección de facultativos en la atención primaria y en la especializada. A este respecto, hay que mencionar el decreto aprobado el día 12 de enero de 1996 en Consejo de Ministros por el que se permite a todos los usuarios del Insalud elegir, dentro de su área sanitaria, médico especialista en 12 especialidades seleccionadas. Esta medida, que completa la libre elección de médico de cabecera y pediatra aprobada hace dos años, afecta a unos 15 millones de españoles de 10 comunidades autónomas.

- Crear una conciencia del coste sanitario entre los profesionales sanitarios y entre los ciudadanos.

- Lograr métodos de funcionamiento y de gestión más flexibles y autónomos dentro de las autorizaciones presupuestarias.
- Obtener un mayor grado de participación activa y de vinculación del personal sanitario a los proyectos sanitarios comunes.

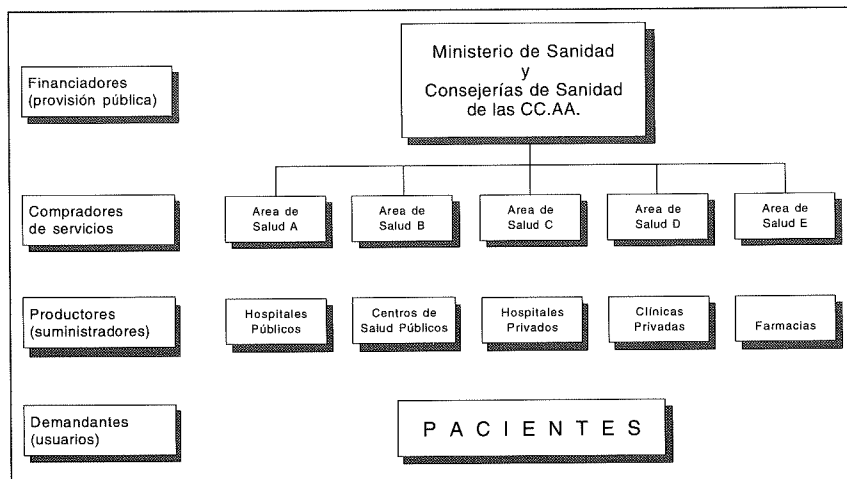
2.1 Mercado interno. Competencia gestionada

El llamado «mercado interno» es una de las fórmulas de más éxito en distintos países y en algunas comunidades autónomas españolas. Parece ser, en gran parte, la solución de los problemas que plantean los sistemas asistenciales públicos en el momento actual. Consiste en separar la financiación y la compra de los servicios sanitarios de la producción de los mismos. Hasta ahora dichos elementos continúan básicamente unidos en el SNS. Según los principios del mercado interno, la autoridad administrativa establece las normas generales que regulan y estructuran la asistencia sanitaria del país. Asigna los recursos financieros a los gestores, que han de actuar como «compradores» de servicios para la población comprendida en su territorio o área sanitaria. Las acciones del «comprador» se realizan a través de contratos con los suministradores públicos o privados de los servicios sanitarios. El gestor de área ha de conseguir para la población que está a su cargo, con los recursos que le han sido asignados, la mejor calidad en los servicios incluidos en el catálogo de prestaciones básicas (cuadro 2).

Según sus defensores, la implantación del mercado interno produce un estímulo competitivo entre las unidades de producción de servicios, es decir, entre los hospitales y los centros de salud. Este estímulo influye favorablemente en la calidad y el coste de las prestaciones. Al mismo tiempo, se proporciona al usuario un mayor margen de elección entre los suministradores.

En los países o regiones en los que el mercado interno se está implantando se advierten cambios significativos en los grandes hospitales muy especializados. Tienen que atender los compromisos asistenciales del área de salud a la que pertenecen, al tiempo que prestan servicios a otros sectores. Para ello deben actuar con fórmulas de autonomía y autogobierno, que los liberen en parte de la dependencia de los organismos centrales y de los controles administrativos previos a la acción. La experiencia ha ido demostrando que la dirección, la gestión y el funcionamiento de un gran hospital son incompatibles con la fiscalización previa de la intervención del Estado.

Cuadro 2 – Organización del sistema de prestación sanitaria pública



Fuente: Barea Tejeiro, J., y Gómez Ciria, A., *El problema de la eficiencia del sector público en España. Especial consideración de la sanidad*, Instituto de Estudios Económicos, Madrid, 1994.

A medida que los hospitales van adquiriendo mayor autonomía y se organizan con un carácter más empresarial, se desarrollan con mayor transparencia las relaciones contractuales con los compradores de servicios. También se analizan mejor los resultados obtenidos. Puede así lograrse una gestión más dinámica de acuerdo con las exigencias actuales. Las clínicas y hospitales privados que trabajan en régimen de conciertos con los sistemas asistenciales públicos tienen cabida también en el mercado interno, dentro de una competencia regulada o gestionada.

En España, los órganos centrales de la gestión sanitaria –el Insalud y los organismos equivalentes de las comunidades autónomas– tienen simultáneamente las responsabilidades de financiación, «compra» y producción de servicios, exceptuados los farmacéuticos. Ha comenzado a producirse la separación de algunas de estas funciones en algunas regiones. Hasta ahora, sin embargo, la gestión ha estado excesivamente centralizada, con escasa o nula delegación de responsabilidades. Esto implica, con frecuencia, que los más pequeños defectos de gestión se atribuyen inmediatamente a la cúpula de la estructura. De ésta pasan al estamento político, al que se le achacan los errores y las disfunciones de todo el conjunto.

Por otra parte, los principios del Derecho Público, que han venido presidiendo hasta ahora la gestión sanitaria, no permiten el dinamis-

mo y la agilidad necesarios para la gestión en el nuevo marco de autonomía.

Los cambios del mercado interno afectan también a la asignación de recursos. Conllevan una profunda modificación de la vinculación laboral del personal sanitario y del personal de gestión. Esto supone una gran transformación, dada la tradición de nuestro país, en el régimen laboral de muchas profesiones. Son, en efecto, profesiones que han tenido y tienen una gran tendencia a la funcionarización, a los escalafones y a la propiedad del puesto de trabajo.

El mercado interno puede tener ciertos inconvenientes y para poder superarlos es necesario estar alerta. Así, por ejemplo, se pueden incrementar las ofertas de servicios que no siempre son necesarios con el objeto de aumentar la demanda de los mismos. También puede ser peligrosa una discriminación en la selección de sus pacientes por parte de las instituciones asistenciales o entes aseguradores. Podrían postergar a los usuarios con mayores riesgos y consumo asistencial (ancianos, enfermos crónicos) o trasladar estos mayores costes a otras unidades del sistema.

Las experiencias acumuladas en los últimos años tras la aplicación del mercado interno son cada vez más numerosas, aunque ciertamente parciales en muchos de los casos. Parece que existe una cierta convergencia de ideas sobre la Sanidad entre los diferentes partidos políticos de los distintos países europeos. Lo que probablemente varía de unos casos a otros es el grado admitido de competencia entre productores. Sin duda, éste es el aspecto más delicado de la reforma.

Las actitudes o tendencias del sector público en varios países europeos hasta ahora ponían el énfasis en los valores de la justicia, la orientación legal y la continuidad. Ahora se están reorientando hacia los valores del cambio y de la innovación. Se atiende más a los deseos y demandas del «cliente» que a la configuración y funcionamiento del sistema. Estos cambios, que afectan a la estructura social y a la cultura de la comunidad, suelen ser lentos, aunque estén impulsados por líderes activos. Las resistencias son muy importantes.

Los cambios son especialmente evidentes en los países que han tenido hasta ahora un sistema público asistencial integrado:

— En Suecia se plantean reformas en esta dirección. Sin embargo, todas las entidades suministradoras de servicios sanitarios siguen siendo de propiedad y gestión públicas. Es la allí denominada «competencia pública».

— En Inglaterra las reformas se han inspirado en la filosofía del mercado interno tal como lo acabamos de describir.

Pero las ideas del mercado interno también se manifiestan en países que tenían sistemas asistenciales basados en seguros, como es el caso de Holanda. Allí, las compañías aseguradoras sanitarias deben competir en un nuevo marco regulado, que está haciendo cambiar la naturaleza de la relación entre los productores de servicios sanitarios y las compañías aseguradoras. El funcionamiento de los sistemas asistenciales se basa ahora en contratos y no, como antes, en licencias que aseguraban la financiación en todos los casos. Consecuentemente, se está introduciendo una cierta inseguridad y riesgo en dicha relación contractual. También en Alemania empiezan a ser comunes elementos de competición entre los seguros médicos.

La profundidad de los cambios —lo que podría denominarse «dosis de mercado»— que se están introduciendo en los sistemas asistenciales varía de unos países a otros. Pero todos ellos buscan con las reformas un nuevo equilibrio entre competencia y regulación. Ambos conceptos deben convivir si se quieren mantener los niveles de equidad y de solidaridad alcanzados en Europa. La planificación y los mercados no deben considerarse extremos opuestos.

Con estas reformas se pretende también corregir las rémoras burocráticas y las inercias de los sistemas. Es decir, no sólo se busca cambiar el modelo económico, sino transformar la psicología de los protagonistas en la toma de decisiones: los gestores y los profesionales sanitarios, tanto médicos como personal auxiliar.

En cuanto a sus resultados, aún es pronto para su evaluación tanto en términos económicos como en lo que se refiere a la calidad de las prestaciones a los pacientes. No obstante, hay algunos datos preliminares en Inglaterra y Suecia que indican que los poderes públicos han ganado influencia como resultado de esta reforma y que el mercado gestionado ha producido beneficios. Las listas de espera en las consultas y en las hospitalizaciones han disminuido. Los indicadores principales —número de operaciones realizadas, altas, número de consultas externas, etc.— han aumentado sin un crecimiento proporcional de los costes. Se están consiguiendo mayores niveles de actividad en bastantes hospitales, a pesar de la progresiva reducción del número de camas. También se señala que la competencia entre productores ha tenido como resultado un recorte del gasto, aunque no hay unanimidad en la interpretación: algunos expertos creen que esto se debe a

mejoras en el rendimiento; otros piensan que proviene de cambios en las condiciones del empleo.

El *National Health Service Efficiency Index* de Inglaterra opina que hay una mayor claridad en el trabajo de los profesionales sanitarios. Son más responsables en sus decisiones. Los costes de transición y de gestión son altos, pero se considera que serán compensados por el ahorro que se produzca a medio plazo. Finalmente, se señala que las reformas han liberado una enorme energía en los profesionales sanitarios y en los gestores. Se percibe una mayor predisposición para corregir las tradicionales debilidades del sistema.

En España, la experiencia es aún escasa. En Cataluña, País Vasco, Galicia y Andalucía –más moderadamente en estas dos últimas comunidades– se están introduciendo medidas que apuntan a la separación entre la financiación y compra de los servicios sanitarios, por un lado, y la producción de los mismos, por otro. En Cataluña estas reformas han llegado incluso a los niveles de la atención primaria.

2.2 *Huelgas médicas: insatisfacción de todos*

Una característica generalizada de la situación sanitaria que vive nuestro país es la gran cantidad de quejas de los profesionales sanitarios, especialmente de los médicos, con relación al trabajo que realizan. Parece que se sienten desmotivados y desilusionados. Contrasta esta situación con la de épocas anteriores, más imaginativas y creativas, en las que existían proyectos de futuro y un espíritu de colaboración activa para la configuración de un sistema asistencial nuevo.

Aunque las causas de tal situación son numerosas y muchas de ellas son de carácter general –crisis de la sociedad actual, dificultades en el empleo, restricciones económicas, etc.– pueden señalarse otras más directamente relacionadas con la profesión médica. Así, el médico está perdiendo progresivamente su protagonismo tradicional. Su papel decisivo y único en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y en la responsabilidad con el enfermo no era discutido antes. Su autoridad se manifestaba en la organización y funcionamiento de los servicios hospitalarios y en el liderazgo social y económico que parecía acompañar naturalmente a la profesión. La ya referida transformación de los contenidos de la profesión médica, motivada por el progreso científico y la socialización de la asistencia, ha hecho que se potencie la especialización, el trabajo en equipo y la cooperación profesional. Ello va en contra de la tradicional independencia del mé-

dico. Por otra parte, el pago por terceros lo ha ido convirtiendo en un funcionario o asalariado.

Además, a medida que el hospital moderno va creciendo y sus estructuras se van haciendo más complejas, surge la necesidad de dar un mayor relieve a la dirección, a la gestión y a la administración. Se necesitan recursos materiales y humanos cada vez más importantes y numerosos. El médico de prestigio había sido tradicionalmente el director del hospital. A este puesto llegaba como una manifestación más de su éxito personal y profesional. Pero los aspectos económicos del hospital iban siendo cada vez más decisivos. Era necesario buscar personas con dedicación completa a la gestión, expertas en la economía de la salud. Estos nuevos gerentes estaban investidos de un poder y de unas atribuciones superiores a las de los propios médicos. La funcionarización de la gestión dentro de cada servicio iba reduciendo la autoridad de los especialistas. Éstos iban quedando relegados al estricto desempeño de su función asistencial y, en algunos casos, también a la docencia y la investigación.

El Real Decreto 521/1987, sobre estructura y funcionamiento de los hospitales, viene a ratificar esta organización. Se reafirma el menor protagonismo gestor o director de los especialistas en el hospital, tanto en los aspectos generales como en los servicios o departamentos asistenciales. El problema se agrava cuando el médico pasa a ser considerado un trabajador sanitario más, dentro de una torpe idea de igualitarismo que ignora su papel central en la asistencia a los enfermos. Tales circunstancias, unidas a la relativamente baja remuneración económica de los médicos en los hospitales públicos del SNS, fueron la causa de la huelga que sufrieron muchos hospitales del In-salud central y de algunas comunidades autónomas como Andalucía, Galicia y Comunidad Valenciana.

La huelga, que se inició el 8 de mayo de 1995 y no finalizó hasta el 22 de julio siguiente, fue seguida con desigual intensidad y participación en las diferentes comunidades autónomas y hospitales. No respondía a motivaciones políticas, como lo prueba el hecho de que se siguiera en comunidades gobernadas por partidos diferentes. Las razones eran en parte económicas, pero el conflicto era también expresión de la desilusión colectiva por la falta de proyectos comunes para el futuro. Una duración tan prolongada de la huelga indica la dimensión del descontento y las dificultades para encontrar soluciones a las situaciones planteadas. Los acuerdos llegaron tras largas negociaciones entre la Administración y los sindicatos médicos en una comisión presidida por D. Fernando Abril Martorell, que había alcanzado autori-

dad social y sanitaria al presidir la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Sanitario en 1991.

Se acordaron subidas salariales –más bien modestas– y ciertas medidas sobre seguros de responsabilidad civil y regulación de las guardias. Pero lo más significativo fue que se crearon comisiones mixtas entre los médicos y la gerencia de los hospitales para aumentar la participación de los primeros en la organización y gestión del hospital: formulación de objetivos y su correspondiente seguimiento y control de calidad, así como control del gasto sanitario. Todo ello representa un avance muy notable, que se encuadra dentro del concepto moderno de la nueva gestión clínica. Ésta, en efecto, debe afectar a los médicos y, también, al resto del personal sanitario.

Es posible que estas medidas puedan modificar la escasa identificación psicológica actual de muchos médicos con el conjunto del hospital en el que trabajan. Pero tendrán que complementarse con otras recogidas en el concepto de «autonomía hospitalaria». Ésta incluiría la vinculación directa de los profesionales a su lugar de trabajo. También una desfuncionarización que creara un clima dinámico y responsable, en el que los igualitarismos sean sustituidos por el reconocimiento de la diversidad y la calidad del trabajo realizado. El proyecto de la llamada «carrera profesional» puede ser una solución definitiva para la recuperación del estímulo profesional.

2.3 Medicina general y directiva de la Unión Europea

En el complicado panorama de la asistencia médica actual, los contenidos de las profesiones sanitarias están experimentando profundos cambios. Con frecuencia no son percibidos en su totalidad por los docentes, ni incluso, a veces, por los propios protagonistas. Las necesidades de la sociedad son las que definen en definitiva las profesiones, su diversidad, su número y su vigencia. Pero la profesión no es sólo una forma de hacer frente a una necesidad social, sino que también tiene un contenido propio, vocacional, de realización biográfica de la persona.

Se hace necesario emprender un estudio sobre la estructura de las profesiones sanitarias de nuestro país. Hay que analizar de qué forma sus funciones y sus contenidos deben influir en una posible actualización de los contenidos de las enseñanzas médicas. Éste es un problema que afecta de la misma manera a otros países con un desarrollo cultural, social y económico semejante al nuestro y que están sujetos

también a la continua transformación de sus valores políticos, morales y sociales. En estas naciones, y en la nuestra también, se están produciendo cambios bruscos en la organización de los servicios sanitarios, sometidos a restricciones económicas severas. Dichos servicios empiezan a estar condicionados por políticas internacionales como las emanadas de las directivas de la Unión Europea, que establecen situaciones sanitarias nuevas: la libre circulación de médicos y enfermeros, las regulaciones en la formación de especialistas y los conciertos con hospitales no universitarios para asegurar la preparación clínica.

Aunque en España se han producido notables avances en la formación del personal sanitario, especialmente en los médicos y diplomados en enfermería, estamos aún muy lejos de encontrar el equilibrio entre la formación de profesionales sanitarios y las necesidades de los mismos, tanto en número como en calidad.

El título de licenciado en Medicina capacita legalmente para el ejercicio libre de la profesión durante toda la vida laboral del médico. Esta situación, que ha sido natural durante muchos años, ya no lo es, aunque persista teóricamente con la misma cobertura legal. La complejidad creciente de los conocimientos médicos exige, por una parte, una nueva definición de lo que se entiende por medicina general y, por otra, obliga a la especialización en áreas más o menos extensas de la medicina. Además, los progresos científicos y técnicos hacen indispensable la formación continuada para la actualización periódica de la competencia profesional. Hoy en día, la preparación médica es un proceso sin final, que comienza en las facultades, sigue en los estudios de posgrado y necesita un tercer período de puesta al día constante que dura todo el tiempo en el que se mantiene la actividad profesional. En nuestro país esta realidad aún no se ha traducido en disposiciones legales que aclaren la situación. Se evitarían así los conflictos de tipo judicial que se están presentando.

La medicina general se ha considerado siempre como algo indiferenciado que, en cierto modo, podía constituir el pórtico de la especialización en otras áreas. En la actualidad, en los países desarrollados empieza a considerarse como un área de contenidos propios que exige una formación y entrenamiento específicos después de haber obtenido el título de licenciado. Esto convierte a la medicina general en una verdadera especialidad, que en España se denomina Medicina de Familia y Comunitaria. Fue establecida en 1978 por un real decreto, que definió sus contenidos específicos y la duración –tres cursos– de su período formativo de posgrado.

Nuestro país se adelantó varios años a lo que posteriormente fue surgiendo como una necesidad en otros países europeos. La creación de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria fue una consecuencia lógica del nivel alcanzado por la medicina en España, dadas también las demandas de la sociedad y las exigencias de calidad de un sistema asistencial con un nivel de prestaciones cada vez mayor. El grado de desarrollo de la asistencia médica en España hace que sea necesaria una preparación especial para el ejercicio de la atención primaria. Ésta es la más extensa y la de mayor importancia en la práctica médica cotidiana. Constituye una auténtica puerta de entrada para todo el sistema asistencial, tanto de la medicina curativa general y especializada como de la medicina preventiva, esto es, de la promoción de salud y de la educación sanitaria de la población.

Parecidos argumentos ha manejado la Unión Europea, que en su Directiva 86/457, refundida posteriormente en la Directiva 93/16, establece los requisitos sobre el contenido de la formación específica en medicina general. Señala la necesidad de que, a partir del 1 de enero de 1995, el licenciado realice una práctica supervisada de dos años para poder ejercer después la medicina general en los sistemas públicos de la Seguridad Social. La aplicación de estas normas en nuestro país ha generado problemas entre los estudiantes y los ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia. Ya en 1990, España comunicó a la Comisión Europea encargada del registro de los diplomas y certificados médicos que la preparación específica en medicina general que exigía la Unión Europea se cumplía sobradamente por el sistema de formación sanitaria especializada. Éste, en efecto, dura tres años y conduce a la obtención del título de especialista.

El conflicto provocado en torno a la directiva comunitaria se extendió a todo el sistema MIR. La formación que ofrece este sistema es restringida y se accede a la misma tras un examen selectivo y distributivo de los puestos ofertados en las distintas convocatorias. El exceso de médicos formados en España por la no limitación del número de estudiantes que ingresaban cada año en las facultades de Medicina ha conducido a la denominada «bolsa histórica» de desempleo médico. Por otra parte, el número de plazas para formación MIR que se ha estado ofreciendo en los últimos años ha sido bajo. Ello ha provocado que muchos médicos no hayan logrado especializarse y que se presenten repetidamente al examen MIR. Así, aunque la oferta anual de plazas MIR aumente e incluso llegue a ser superior (en 1994 y en 1995) al número de nuevos licenciados de ese año, la bolsa de desempleo y de falta de especialización es considerable. En un estudio re-

ciente del Ministerio de Sanidad y Consumo, cuyo resumen queda recogido en la tabla 6, se calcula que el promedio de médicos en paro desde 1990 a 1994 es de 11.440 facultativos.

Estas circunstancias han hecho difícil encontrar soluciones a los problemas planteados. Forzosamente se ha tenido que considerar la necesidad de:

- Ofrecer a todos los médicos que terminan su carrera a partir de 1995 una formación en Medicina de Familia y Comunitaria (si voluntariamente no eligen hacer otra especialidad).

- Salvaguardar el sistema MIR como vía de formación de posgrado que cumple plenamente las directivas europeas.

- No ceder a las presiones de los que pretendían que esta formación práctica de dos años se hiciera en las facultades de Medicina independientemente de la formación en Medicina de Familia y Comunitaria. Esta última especialidad no tendría que ser conservada si se accediera a estas peticiones.

- Preservar la eficacia probada del sistema MIR para la formación de las demás especialidades médicas y quirúrgicas.

Tras varios meses de conflictos y huelgas estudiantiles, se llegó a la solución de ofrecer una primera convocatoria de acceso a la formación en Medicina de Familia y Comunitaria sólo para los médicos que terminaron sus estudios en 1995. Se disponía también una segunda convocatoria posterior para el ingreso en el sistema MIR, a la que podrían presentarse todos los médicos, tanto de convocatorias anteriores como de las de 1995. Estos últimos no podrían optar a los puestos de Medicina de Familia y Comunitaria, ya que habrían tenido una convocatoria en exclusiva para ellos. Todo esto queda recogido en el Real Decreto 931/1995 de 9 de junio. En él se especifican las normas por las que ha de regirse la formación especializada en Medicina de

Tabla 6 – Evolución del número de médicos examinados por convocatoria, de licenciados por año y de la bolsa histórica de desempleo entre los médicos. 1990-1994

Años	Número de examinados por convocatoria	Número de licenciados por año	Bolsa histórica
1990	17.293	5.840	11.453
1991	16.692	5.625	11.067
1992	16.856	5.708	11.148
1993	16.333	4.674	11.659
1994	16.187	4.315	11.872
Media	16.672	5.232	11.440

Fuente: Elaboración CECS a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tabla 7 – Calendario previsto para la adecuación entre licenciados en Medicina y plazas de formación de posgrado. 1995-2000

Años	Licenciados	Bolsa histórica	Aspirantes MIR	Plazas MIR	Remanente
1995	4.125	7.000	11.125	5.000	6.125
1996	3.738	6.125	9.863	5.000	4.863
1997	3.588	4.863	8.451	5.000	3.451
1998	3.339	3.451	6.790	5.000	1.790
1999	3.108	1.790	4.898	5.000	-102
2000	3.119	-102	3.017	5.000	-1.983

Fuente: Elaboración CECS a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Familia y Comunitaria de los licenciados en Medicina a partir del 1 de enero de 1995.

Además del desarrollo de los acuerdos anteriormente citados, existen otras disposiciones complementarias. El objeto de éstas es impedir, como ha venido ocurriendo hasta ahora, que médicos que estaban realizando ya la especialidad a través del sistema MIR pudieran optar a un nuevo examen sin renunciar previamente a la plaza que estaban ocupando. Igualmente, se limita la posibilidad de que existan especialistas que opten a una nueva plaza de formación médica especializada en las cinco convocatorias siguientes a la entrada en vigor del referido real decreto si han obtenido su título mediante el sistema MIR.

Con estas disposiciones legales se pretende ir reduciendo en lo posible la «bolsa histórica» de desempleo. Además, se desea solucionar el problema, de acuerdo con la normativa europea, de la formación posgraduada para los médicos que terminan sus estudios a partir de 1995.

El Ministerio de Sanidad y Consumo estima que, manteniendo una convocatoria anual de 5.000 plazas MIR durante los próximos cuatro años, la adecuación entre licenciados y plazas de formación de posgrado se produciría en 1999. Para entonces el examen MIR tendría un carácter simplemente distributivo de las plazas de cada especialidad. Todos los médicos que terminasen sus estudios de licenciatura podrían acceder libremente a la formación posgraduada (tabla 7).

2.4 *Ética y medicina*

El gran desarrollo de la asistencia médico-sanitaria en las sociedades modernas ha conducido a una mayor eficacia en el diagnóstico,

tratamiento y prevención de muchas enfermedades. Al mismo tiempo, ha provocado la aparición de muchos problemas de tipo ético que afectan al individuo, a su familia y a la comunidad.

La Sanidad actual es compleja. En ella intervienen numerosos factores médicos, sociales, culturales, políticos y económicos. Dicha complejidad se refleja también en la diversidad de dilemas éticos que es preciso dilucidar para resolver conflictos que sobrepasan las normativas legales vigentes en cada momento. Hay que contar con los nuevos escenarios de la relación médico-enfermo, los derechos de los ciudadanos a los cuidados de la salud, las transformaciones que están experimentando las profesiones sanitarias, tanto en sus contenidos como en sus exigencias formativas, la equidad social y la universalización de la asistencia a través del Sistema Nacional de Salud, las expectativas que crean en la sociedad los incesantes progresos científicos de la medicina y la aparición de nuevas tecnologías, el adecuado uso de los recursos disponibles para la asistencia sanitaria, los aspectos económicos a ella asociados, los factores demográficos que prolongan las expectativas de vida y las exigencias de una mayor calidad de la misma, la demanda creciente de asistencia, los dilemas morales de los cuidados del fin de la vida, la investigación médica en sus diferentes modalidades...

En la mayoría de las circunstancias, el médico –por su papel único y relevante en la responsabilidad diagnóstica y terapéutica– es el que tiene que elegir una solución para cada situación que conlleve un problema ético. Para el médico, lo correcto será adecuar siempre lo mejor posible sus acciones a su escala personal de valores, a su propia conciencia moral. Aunque haya pronunciamientos colectivos sobre lo que puede ser ético en una coyuntura determinada, es siempre el individuo, en este caso el médico, el que afronta la decisión última. Este tipo de decisiones no puede adoptarse «democráticamente», ya que siempre se trata de una determinación personal.

Esto no impide que existan organismos –comités, comisiones, grupos de estudio, etc.– cuya función es analizar los problemas éticos que se presentan en una colectividad para debatir las soluciones que, teniendo en cuenta los distintos factores que son relevantes para dicho grupo, sugieran posibles vías de actuación. Estos organismos pretenden ayudar a cada médico a encontrar la mejor solución ética en relación con su paciente. Se deben tener en cuenta en todo momento los siguientes principios éticos básicos:

- Respeto a la autonomía del enfermo.

- La acción debe tener una función benéfica.
- Esta función debe inspirarse siempre en principios de justicia.

En medicina, los estudios de estos temas son cada vez más frecuentes y de mayor profundidad y extensión. En las organizaciones profesionales, no solamente médicas, sino de otras profesiones sanitarias también, se crean comisiones de ética, comités deontológicos y, en los hospitales, comités locales de ética. Cada vez con más frecuencia tienen que intervenir en problemas relacionados con la actuación de los profesionales sanitarios, ya sea en su actividad personal ya sea en las tareas que dentro de un hospital han de realizar los diferentes agentes.

Estos organismos se justifican por la complejidad actual de algunos procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Frente a ellos, el enfermo puede tener una sensación de indefensión. Igualmente, el médico puede sentirse abrumado por la responsabilidad de su actuación ante al enfermo y por las exigencias de éste en cuanto a su labor profesional. En los grandes hospitales han ido surgiendo los comités hospitalarios de ética, cuya finalidad es resolver los conflictos que puedan poner en peligro el bien integral de la persona o la conciencia profesional del médico y de los sanitarios en general. Se trata de evitar la deshumanización que puede comportar la asistencia médica actual, especialmente la basada en las modernas tecnologías.

El número de miembros de estas comisiones varía mucho de unos países a otros, pero es aconsejable limitarlo para que funcionen eficazmente. En general, elaboran su propio reglamento de régimen interno. Éste debe ser sencillo, para que su funcionamiento no se vea entorpecido por los aspectos burocráticos y para que los procedimientos que adopte sean ágiles y operativos. Sus decisiones no son vinculantes para los médicos ni para el propio hospital. Más bien tienen un carácter orientativo, aunque se considera conveniente en muchos casos que estas determinaciones queden plasmadas en la historia clínica del enfermo. Además de resolver problemas concretos, tienen como misión impulsar la creación de una «atmósfera o infraestructura ética» en el hospital. Organizan para ello reuniones, clases, seminarios, etc., destinados a los distintos estamentos profesionales. Así, es posible abordar todos los temas que puedan influir en la mejora de la calidad asistencial en su aspecto humano.

Estos comités no deben contentarse con intervenir en los conflictos ya producidos, sino que han de convertirse en un instrumento de educación y de inspiración ética para todos los componentes del hos-

pital. Aunque están estrechamente relacionados, los comités de ética no son equivalentes a las comisiones deontológicas. Su ámbito es más amplio y desborda el enjuiciamiento estricto de las conductas de los distintos profesionales que trabajan en el hospital. No han de transformarse en comisiones inspectoras de tipo policial. Deben representar una ayuda y un respaldo moral para todos los que intervienen en las complejas actividades de los hospitales modernos.

El Consejo Asesor de Sanidad está estudiando la creación de una comisión de bioética a escala nacional. Su misión específica sería estudiar y aconsejar, ante los problemas éticos de toda índole que puedan ir surgiendo, las soluciones más adecuadas. Se pretende que sirva de orientación a la Administración y a los organismos que soliciten su asesoramiento. Entretanto, este consejo –creado en diciembre de 1992– está realizando funciones que, en gran parte, profundizan en este tipo de problemas en los campos de la medicina y la biología. En varias de sus sesiones plenarias ha estudiado temas como los aspectos éticos de los trasplantes de órganos y tejidos, los principios del consentimiento informado, la eutanasia, la ética en farmacología y farmacia (tema al que dedicó un simposio especial) o la ética de la ordenación de las prestaciones sanitarias.

3. Desafíos de futuro en la Sanidad

3.1 Sanidad pública y sanidad privada

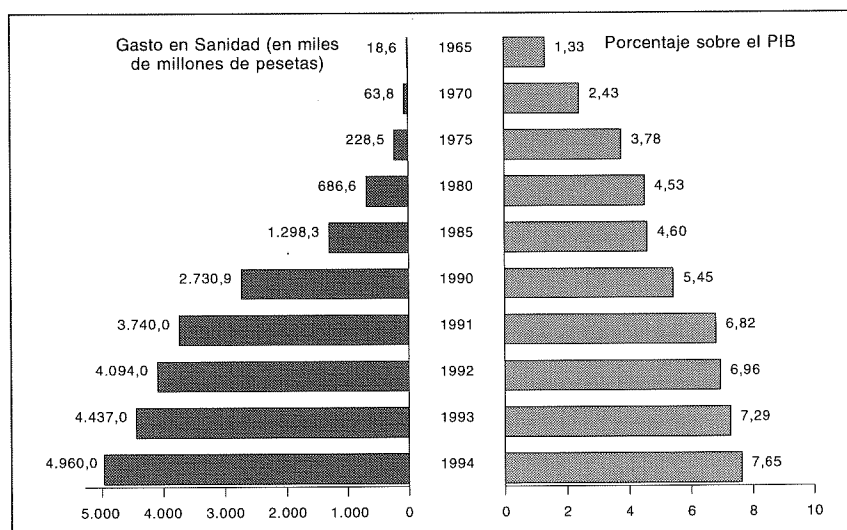
Probablemente resulta ya anacrónico hablar de sanidad pública y sanidad privada como procesos o situaciones distintas e independientes una de otra. Antes del gran desarrollo científico y técnico de la medicina, cuando las posibilidades de la misma eran mucho más reducidas en lo que se refiere al diagnóstico y al tratamiento, y antes de la socialización de la asistencia médica, se entendía por sanidad pública la propia de la beneficencia. Era practicada por los poderes públicos y se dirigía a las personas que carecían de toda clase de recursos y figuraban en los padrones de las instituciones benéficas. La sanidad privada asistía a las personas que tenían recursos. Éstas pagaban directamente a los médicos que se la proporcionaban o bien contrataban las prestaciones mediante seguros o mutualidades de distintas características. Como se ha señalado anteriormente, uno de los grandes progresos de nuestro tiempo ha sido la socialización de la asistencia médico-sanitaria.

En el primer apartado hicimos ya referencia al proceso que ha seguido la sanidad pública en España hasta su práctica universalización actual. En la gráfica 5 aparece el gasto público en Sanidad en números absolutos y como porcentaje del PIB en el período 1965-1994. El incremento es constante en ambas magnitudes.

La evolución de la financiación ha ido paralela al desarrollo del sistema sanitario. Inicialmente la financiación de la Seguridad Social –heredera del Seguro Obligatorio de Enfermedad a partir de 1964– se cubría en un 70% con cuotas de los trabajadores y empresarios y en un 30% con la aportación del Estado a través de los impuestos. A partir de los Presupuestos Generales del Estado de 1987, los términos se invirtieron: la financiación procedente de impuestos representaba ya el 70% de los gastos y el 30% restante se cubría con cuotas de la Seguridad Social.

El sistema público de asistencia médico-sanitaria no sólo ha ido extendiendo su cobertura a la población española en la forma indica-

Gráfico 5 – Evolución del gasto público en Sanidad. En miles de millones de pesetas y porcentaje respecto al PIB. 1965-1994



Nota: Los datos correspondientes a los años 1991-1994 son estimaciones.

Fuente: Elaboración CECS a partir de INE, *Contabilidad Nacional de España. Serie enlazada 1964-1991*. Base 1986, 1992; Barea Tejeiro, J. y Gómez Ciria, A., *El problema de la eficiencia del sector público en España. Especial consideración de la sanidad*, Instituto de Estudios Económicos, Madrid, 1994; y Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, *La salud y el sistema sanitario en España. Informe SESPAS 1995*, Barcelona, 1995.

da, también ha ido incorporando en su desarrollo los progresos médicos que se producían. Esto era posible porque se disponía de suficientes recursos económicos, especialmente en las décadas de los sesenta y setenta. Se asimilaban así las innovaciones técnicas y se potenciaba la calidad de una medicina que cada vez ofrecía más posibilidades en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. El sistema público aventajaba notablemente en este proceso a la sanidad privada, que no disponía ni de la organización ni de los recursos de la sanidad pública. Ésta estaba potenciando la creación de una red hospitalaria moderna, al tiempo que formaba al personal sanitario (especialistas, enfermeras, técnicos, etc.) y desarrollaba la investigación médica.

La financiación y la provisión de los servicios sanitarios desde 1960 a 1990 quedan recogidas en la tabla 8. En ella puede verse que, en el sector público, tanto la financiación de la asistencia sanitaria como la provisión de servicios sanitarios fue creciendo progresivamente en ese período de tiempo. Si se prescinde de las cifras correspondientes a la prestación farmacéutica, se observa que en el período 1980-1985 los porcentajes correspondientes a la provisión pública de servicios hospitalarios y ambulatorios fueron muy superiores a los de la financiación de los mismos (tabla 9).

Parece evidente que, en la actualidad, debe superarse el dilema entre sanidad pública y sanidad privada tal como se había planteado históricamente. Se está afianzando la idea de que la asistencia médica sanitaria española, en su totalidad o en su mayor parte, ha de ser financiada mediante impuestos. Ha de ser de financiación pública, sostenida con los presupuestos del Estado. Otra cosa es que la producción de los servicios sanitarios, es decir, las instituciones y personas que realicen la asistencia, hayan de ser forzosamente públicas. Pueden ser alternativa-

Tabla 8 – Evolución de la distribución de la financiación y de la provisión de Sanidad. En porcentaje. 1960-1990

Años	Financiación		Provisión	
	Pública	Privada	Pública	Privada
1960	47,9	52,1	56,4	43,6
1965	36,5	63,5	47,2	52,8
1970	37,5	62,5	63,9	36,1
1975	46,5	53,5	76,8	23,2
1980	52,3	47,7	79,9	20,1
1990	54,9	45,1	78,7	21,3

Fuente: Barea Tejeiro, J. y Gómez Ciria, A., *El problema de la eficiencia del sector público en España. Especial consideración de la sanidad*, Instituto de Estudios Económicos, Madrid, 1994.

Tabla 9 – Evolución de la distribución de la financiación y de la provisión de los servicios hospitalarios y ambulatorios. En porcentaje. 1980-1985

Años	Financiación		Provisión	
	Pública	Privada	Pública	Privada
1980	71,8	28,2	90,4	9,6
1981	72,6	27,4	89,1	10,9
1982	73,1	26,9	90,4	9,6
1983	74,6	25,4	96,2	3,8
1984	74,6	25,4	91,3	8,7
1985	73,8	26,2	90,2	9,8

Fuente: Barea Tejeiro, J. y Gómez Ciria, A., *op. cit.*

mente privadas o –lo que parece más lógico– pueden existir formas mixtas entre una y otra modalidad de prestación de servicios.

Los defensores a ultranza de la financiación y producción públicas de los servicios sanitarios aducen que encargar la consecución de objetivos públicos a empresas del sector privado es ignorar que éste tiende a lograr el máximo beneficio económico. Tal tendencia provocaría un conflicto con la necesaria satisfacción de la necesidad pública que el Estado tiene a su cargo. Se originaría así una reducción de la calidad de los servicios prestados. Estos partidarios radicales de la prestación pública argumentan también que un sistema de producción privada se preocuparía más de servir a sus propios intereses que de atender en primer lugar las necesidades y demandas asistenciales de la población. Finalmente, mantienen que el sector privado se apoyaría en el sector público para los casos más complejos, parasitando al mismo.

Muchos de los defectos que se atribuyen al sector privado pueden darse, y de hecho se observan, en el sistema sanitario público. La solución puede estar en establecer un mercado competitivo mixto (privado y público) de la sanidad. La Administración debería fijar controles rigurosos sobre la calidad de las prestaciones.

En todo caso, y cualquiera que sea la solución que se adopte, hay que remontarse –como señala el profesor Barea– al análisis de las causas que han llevado a una prestación pública de la Sanidad. Este carácter público ha transformado un bien privado, que proporciona una demanda individualizada sujeta al principio de exclusión², en un bien

² Para un análisis detallado del principio de exclusión en lo que se refiere a los bienes económicos públicos y privados puede consultarse Stiglitz, J. E., *La economía del sector público*, Antoni Bosch Editor, Barcelona, 1988, p. 124-133.

preferente financiado mediante los presupuestos. En el análisis cuidadoso de este proceso pueden encontrarse las razones para continuar sosteniendo la producción privada de asistencia sanitaria en los términos actuales o en otros que puedan desarrollarse en el futuro.

Teniendo en cuenta la importancia que los organismos públicos tienen en la financiación de la asistencia sanitaria, se configuran tres grupos de países dentro de la Unión Europea:

- Aquellos cuyo sistema público de salud es sostenido en un 60-70% por fondos públicos, como ocurre en España, Portugal e Italia.

- Aquellos en los que los fondos públicos representan un 40-50%, como Alemania.

- Aquellos en los que la financiación pública del sistema de salud es insignificante. Tal es el caso de Francia, que no llega al 10%, donde el sector privado tiene un protagonismo fundamental en la producción de la asistencia sanitaria.

Según datos de la Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, la cobertura sanitaria pública alcanzaba a un 99,6% de la población en noviembre de 1993. El Sistema Nacional de Salud gestionaba directamente el 92,6%. El 7% restante correspondía fundamentalmente a funcionarios y trabajadores de empresas colaboradoras con gestión fuera del sistema público. Se estima también que hay un 9,6% de la población que tiene una cobertura mixta, pública y con seguro privado.

El sistema sanitario público tiene un alcance muy amplio en lo que se refiere a riesgos y servicios cubiertos, que han quedado especificados en el Decreto de Ordenación de las Prestaciones Sanitarias, al que anteriormente se ha hecho referencia. No cubre determinadas prestaciones odontológicas, salvo las de prevención infantil. Incluye parcialmente otras, como la prestación farmacéutica para los no pensionistas. Se le critica habitualmente el trato despersonalizado en algunos servicios, así como la masificación de consultas y las listas de espera para ciertos procesos quirúrgicos o para procedimientos diagnósticos muy tecnificados.

En lo que se refiere a su eficacia técnica, el sistema público ofrece a los usuarios garantías y seguridad, especialmente en actividades complejas y costosas: trasplantes de órganos, alta cirugía, tratamientos prolongados con quimioterapia, radioterapia, antibióticos costosos, procesos crónicos...

El sector privado ofrece una cobertura de riesgos para la protección del asegurado de acuerdo con sus preferencias personales. En España se manifiesta en tres modalidades:

- Sustitutiva: comprende a los colectivos que no están incluidos en el sistema público. También a funcionarios para los que el sector privado puede asumir la gestión de la prestación de los servicios, si así es solicitado voluntariamente.

- Suplementaria: para prestaciones que no están cubiertas por el sistema público (las odontológicas o algunas otras que se denominan «complementarias» en la ordenación reciente de las prestaciones sanitarias).

- Alternativa: para los ciudadanos que tienen cobertura pública y que por diferentes motivos (masificación de consultas, facilidades en la hospitalización, listas de espera) buscan voluntariamente otras garantías.

Una forma de la modalidad sustitutiva de las prestaciones en el sector privado la constituye la mutualidad de funcionarios civiles del Estado (MUFACE), que acoge a más del 65% de este colectivo. Un 87% de estos asegurados opta por entidades de seguro libre para la cobertura del riesgo sanitario, pudiendo cambiar su opción dentro de cada período anual, o con carácter extraordinario en determinadas circunstancias. El suministro de servicios dentro de esta mutualidad para los funcionarios que han elegido entidades privadas se realiza en ocasiones en centros y establecimientos del Sistema Nacional de Salud. Esto se produce especialmente en procesos terapéuticos complejos, aunque también en servicios más simples, como la asistencia primaria en el medio rural. En este último ámbito, se ha llegado en algunos casos a un concierto firmado con el Insalud para la realización de dicha asistencia.

Otra parte del sector privado comprende a la población que no tiene derecho a cobertura sanitaria pública. También a la que, teniéndola, desea disfrutar de prestaciones que no están cubiertas por la Seguridad Social o disponer de una cobertura alternativa. El gasto sanitario privado en esta modalidad aumentó en la década de los ochenta. Se colocó en una tasa real del 2,6%, que comprendía sobre todo servicios que no eran ofertados por el SNS. También incluía las primas del seguro, que representaban un 8,2% del total del gasto sanitario de financiación privada en 1990.

En resumen, la asistencia médica sanitaria en España se presta en la actualidad en las modalidades siguientes:

— Sistema Nacional de Salud, de carácter universalista y financiación pública, mayoritariamente mediante impuestos. Pretende responder al derecho a los cuidados de salud de todo ciudadano. Producción de servicios mayoritariamente pública, con problemas de organización y funcionamiento, que en ocasiones limitan su efectividad y eficiencia. La opinión de los usuarios de los servicios públicos es variable: desde un alto grado de satisfacción hasta grandes críticas. Estas últimas parecen provenir, especialmente, de los no usuarios.

— Situaciones de asistencia sanitaria con financiación pública y gestión privada o mixta (empresas colaboradoras y mutualidades). Presentan posibles disfuncionalidades en la coordinación con el sistema público que pueden dar lugar a una selección adversa. En general, esta modalidad es evaluada positivamente por sus beneficiarios.

— Sistema privado complementario para un reducido sector de la población que no tiene derecho a cobertura sanitaria pública. Esta modalidad ofrece menos prestaciones que la pública para los casos de enfermedad común o maternidad y exige un reconocimiento previo del estado de salud del solicitante del seguro.

— Colectivo con cobertura doble (9,6% de la población). Se desconoce el impacto que ejerce sobre el sistema sanitario público, ya que la utilización de los servicios públicos se hace de forma intermitente. Normalmente se recurre a las prestaciones financiadas por el Estado en situaciones complejas de riesgo vital, de alto coste o cronicadas. Se usa el seguro privado para la asistencia médica cotidiana, más personalizada y confortable.

Coexisten formas de aseguramiento privado con el principio de universalización de la asistencia. Existen también modalidades de asistencia sanitaria sustitutiva financiadas con fondos públicos. En ambos casos, estamos ante indicadores del proceso evolutivo de transformación de la asistencia sanitaria en España durante los últimos años. También nos remiten a los factores y tendencias que es necesario analizar para corregir los defectos en el Sistema Nacional de Salud, manteniendo en todo caso los principios básicos de equidad y solidaridad que éste ha alcanzado.

Las dos grandes líneas de reformas que podrían introducirse serían las siguientes:

— Evolución hacia un sistema de seguro social o sistema nacional de seguro.

— Consolidación y perfeccionamiento del actual Sistema Nacional de Salud.

Respecto al sistema de seguro social, la adopción de esta vía de reforma en toda España consistiría en hacer extensiva a toda la población la forma adoptada para gestionar la asistencia sanitaria en el mutualismo administrativo. Se trataría de dar a cada individuo la opción de elegir la modalidad de la asistencia, bien pública o bien privada. Esta propuesta es defendida como la más razonable por los que creen que la falta de elección de facultativos y de centro asistencial es el aspecto más negativo del actual Sistema Nacional de Salud. Mantienen también que esta vía podría servir de estímulo para la eficiencia de los distintos suministradores de servicios.

La incorporación de la llamada «competencia gestionada», o competencia regulada, permitiría, teóricamente, alcanzar los objetivos de una asistencia sanitaria moderna sin que se quebrantaran los principios de equidad y de solidaridad social. El sistema de financiación más adecuado sería el pago capítativo, posterior a las decisiones de los consumidores. Dicho de otro modo: el dinero iría detrás del cliente. De esta forma, el ciudadano podría elegir entre las diferentes opciones que las diversas entidades le ofrecen para acceder a las prestaciones básicas del sistema. Estas prestaciones se podrían completar con las definidas como complementarias mediante pagos voluntarios. Los suministradores de servicios competirían en el ofrecimiento de los mismos dentro de un mercado regulado por la Administración. Así habría más garantías de efectividad de los servicios prestados. En este esquema, las entidades aseguradoras comprarían servicios en nombre de sus afiliados dentro de un mercado sanitario regulado, en el que obtendrían los mejores precios dentro de una buena calidad del servicio.

Este sistema facilitaría al Estado la financiación pública de los servicios para las prestaciones básicas y la regulación de la calidad de las mismas. Sería más sencilla la financiación de los futuros crecimientos del gasto sanitario, pues los proveedores y aseguradores analizarían cuidadosamente la eficacia de las nuevas tecnologías.

Este plan tiene diversos inconvenientes. Probablemente acentuaría los desequilibrios que ahora existen entre las distintas regiones y comunidades del Estado español. Se produciría así una selección adversa, contraria al concepto de equidad y solidaridad. Por otra parte, la competencia entre distintos planes u ofertas de prestación de servicios es poco viable en zonas con una población inferior al millón y medio de habitantes. Por ello, en áreas extensas del territorio nacional habrían de mantenerse o potenciarse las actuales estructuras asistenciales. Las opciones sólo podrían darse en zonas urbanas, donde la

competencia entre las diferentes entidades prestadoras de servicios pudiera ser real.

Otro de los inconvenientes de esta posible solución es que la disminución de ingresos para el sector sanitario público sería probablemente superior a la disminución teórica de su gasto. La única opción en este caso sería la venta de servicios públicos a entidades privadas, como está ocurriendo ya en Cataluña. Los costes administrativos de un sistema de competencia gestionada son más altos que los que se producen en el Sistema Nacional de Salud. También hay que señalar que la adopción de un sistema de seguro social nacional obligaría a reformar la Ley General de Sanidad. Dicho sistema de aseguramiento es incompatible con el Sistema Nacional de Salud actual.

La consolidación del Sistema Nacional de Salud, que es la segunda alternativa a los problemas actuales de la asistencia médico sanitaria, tendría que tener presente tres puntos clave. Habría que:

- Garantizar el acceso de todos los ciudadanos a la libre elección de suministrador. No sólo del médico de atención primaria y de algunos tipos de especialistas –como ocurre actualmente–, sino también la elección de centro hospitalario, dentro de ciertas limitaciones que impondría la afluencia de la demanda.

- Consolidar la lista de prestaciones básicas y evaluar cuidadosamente la incorporación de nuevas tecnologías y nuevas prestaciones.

- Completar las transferencias de las responsabilidades asistenciales a las diferentes comunidades autónomas.

Para ello es necesario introducir elementos de dinamismo y flexibilidad en la organización y gestión. Hay que dar mayor autonomía a los hospitales, centros de salud y áreas de atención primaria. También es necesario introducir elementos de competencia en la producción de los servicios. Se deben regular las actividades que permitan una mayor flexibilidad y autonomía, si mantienen también la equidad y la eficiencia. Se deben separar claramente las funciones de financiación y compra de servicios de la producción de los mismos. Es preciso introducir elementos de competencia entre los productores, según el esquema del «mercado interno» sanitario que ya expusimos anteriormente. Hay que potenciar, asimismo, los sistemas de información, los controles de calidad y el análisis de los productos sanitarios. Así será posible disponer de elementos que garanticen la eficiencia de los recursos empleados. Es necesario, en fin, atender a la satisfacción de los usuarios y de todos los prestadores de servicios.

Estas ideas y principios de reforma se van implantando, de manera más o menos experimental, en distintas comunidades autónomas e, incluso, en el propio Insalud central. El Ministerio de Sanidad y Consumo está estudiando en la actualidad fórmulas que mejoren la universalización de la asistencia y que hagan frente a las lagunas y carencias que se han ido observando. En cuanto a la organización de los servicios, el Plan de Gestión del Ministerio de Sanidad y Consumo para 1993 recogió algunos de los principios y soluciones que se han analizado en este capítulo. Así, el Plan preveía el establecimiento de presupuestos globales prospectivos y de unidades de gestión, la introducción de elementos de flexibilidad en la organización y funcionamiento de las instituciones, el desarrollo de sistemas de información en distintos niveles y el estudio de los flujos de financiación de la asistencia sanitaria.

3.2 De la tradicional asistencia médica curativa a una idea global de la Sanidad

El concepto de asistencia médica se ha ido ampliando paulatinamente al de asistencia sanitaria. Ya se está hablando de atención sanitaria y promoción de la salud. Y no es sólo una transformación de términos, sino que se corresponde con la realidad.

En el mundo desarrollado se han superado en gran parte los problemas de salud que estaban relacionados con la falta de higiene, con el escaso desarrollo social y con la desnutrición. Se ha conseguido una importante disminución de la mortalidad infantil y de la morbi-mortalidad producida por enfermedades infecciosas. Se han incrementado notablemente las expectativas de vida. Todos estos son los indicadores clásicos del estado de salud de la población. Lograda esta situación, uno de los principales retos sanitarios consiste en dedicar grandes esfuerzos a la prevención de las principales causas actuales de morbilidad y mortalidad: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los accidentes. De esta forma, se concibe la medicina preventiva como una fase ulterior del desarrollo sanitario de la comunidad. Ineludiblemente, ha de superarse la primera etapa de higiene y de salud pública antes de iniciar los esfuerzos encaminados a promover la medicina preventiva.

Las necesidades médicas en una sociedad subdesarrollada son las más básicas. Están destinadas a evitar la muerte y el sufrimiento intenso. La Sanidad se conforma con hacer potables las aguas, vigilar

los alimentos y evacuar los residuos peligrosos. En los países con un nivel de bienestar incipiente, que empiezan a tener una clase media representativa, la demanda de asistencia médica se centra en enfermedades menores, cuidados materno-infantiles, afecciones digestivas, enfermedades cardiorrespiratorias y trastornos psicológico-psiquiátricos. Finalmente, en los países desarrollados, entre los que se encuentra la mayoría de los occidentales, incluido el nuestro, la demanda asistencial se hace mayor, más exigente, más confiada en los avances científicos y tecnológicos de la medicina. Se produce entonces el hecho sorprendente y paradójico de que cuanto más sana está la población, más consumo o demanda de asistencia médica se origina. Esto se verifica no sólo en los procesos habituales, sino también en aquellos procedimientos recientemente introducidos gracias al progreso médico, más sofisticados y costosos, tanto en lo referente al diagnóstico como a la terapéutica. En este contexto se justifica la creciente importancia de la medicina preventiva, que puede contribuir a aumentar el estado de salud de la población –aunque a largo plazo en general– y ayudar a emplear más eficazmente los recursos sanitarios disponibles.

El aumento de las expectativas de vida de los países desarrollados ha conducido a un envejecimiento de la población. Este proceso conlleva numerosas consecuencias sanitarias y sociales, independientemente del valor personal que para cada individuo tiene la prolongación de su existencia. La vejez supone con frecuencia un aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas. Tiene lugar, por tanto, un mayor consumo de asistencia sanitaria y social, con las consiguientes obligaciones para la comunidad. Parece como si el aumento de la duración de la vida en la sociedad moderna hubiera ocurrido súbitamente, de improviso, sin encontrar preparados a los protagonistas ni psíquica ni físicamente. Es indudable que la medicina preventiva tiene en este campo una gran tarea que realizar para lograr un envejecimiento «sano», no invalidante ni excesivamente restrictivo. Por ello, los sistemas de salud en los países desarrollados tienen dos metas fundamentales: por una parte, el fomento y la defensa de la salud; por otra, la restauración de la misma a través de la medicina curativa científica y técnica.

El fomento y defensa de la salud consiste en la protección sanitaria con acciones que incidan sobre el medio ambiente. Esta protección es lo que se conocía tradicionalmente como «salud pública». Incluye el saneamiento ambiental, la higiene alimentaria, etc. Se trata, en definitiva, de medidas dirigidas al control sanitario del medio ambiente en su sentido más amplio.

Por otro lado, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad están también orientadas a las personas. Su objetivo es el incremento de la salud de los individuos de la comunidad y la prevención de enfermedades específicas cuya causa y mecanismos de producción se conocen y para las que se dispone de instrumentos protectores: vacunaciones, profilaxis química, educación sanitaria de la población, chequeos, etc.

Un concepto relativamente reciente –al que ya aludimos al hablar de la atención primaria– es el de «medicina clínica preventiva». Se refiere a los servicios personales de salud realizados en el contexto de la medicina clínica. Son prestaciones llevadas a cabo exclusivamente por los médicos, o por el equipo médico, en el ámbito de las consultas clínicas habituales. En ellas se incluyen el consejo médico, las vacunaciones, las intervenciones preventivas escalonadas, la quimioprofilaxis, etc. Van siendo cada vez más importantes y lo serán aún más en el futuro. Puede afirmarse que la salud de la población está más en manos de los médicos clínicos que trabajan en la prevención que de los sanitarios, a diferencia de lo que ocurría hace pocos años. La prevención se ha mostrado como el arma más eficaz para la promoción y defensa de la salud en la sociedad actual.

Un componente fundamental de la idea moderna de Sanidad es la concepción de la salud como algo activo, tanto desde el punto de vista individual como colectivo y social. La salud no es sólo la ausencia de enfermedad. Tampoco es totalmente adecuada la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS): «un estado de bienestar físico, mental y social». Si nos atuviéramos estrictamente a ella, difícilmente podría encontrarse una persona verdaderamente sana.

En el siglo pasado, Jules Romain definía irónicamente la salud como «un estado transitorio que no conduce a nada bueno». Si la salud se identificara con el bienestar y la felicidad, estaríamos persiguiendo siempre una utopía. Nos veríamos abocados a una continua e insaciable demanda de cuidados sanitarios que generaría gastos inútiles y, posiblemente, también situaciones neuróticas.

La salud, como afirma Diego Gracia, consiste en la capacidad de posesión o apropiación del propio cuerpo y no sólo en disponer de bienes o medios que produzcan bienestar. Los que son capaces de controlar su cuerpo, de poseerlo y apropiárselo tienen más salud que los que se conforman únicamente con el bienestar material. La salud no es tanto un hecho como un valor. No tiene sentido más que en el conjunto de un determinado sistema de valores. Adquiere, de esta ma-

nera, una importancia primordial. Constituye un elemento básico del concepto moderno de Sanidad, que ha de concebirse como un amplio campo donde convergen numerosos elementos. Todos ellos se articulan en torno al hecho básico del enfrentamiento del ser humano con el malestar, el dolor, la enfermedad y la muerte. La Sanidad debe ser entendida como una gran caja de resonancia de la sociedad moderna. En ella confluyen factores e intereses no sólo médicos, sino también sociales, políticos, económicos, culturales... La Sanidad constituye el escenario donde cada individuo ha de desarrollar su vida individual y social.

3.3 *Atención sanitaria y social*

Se están produciendo grandes modificaciones en el comportamiento social y familiar en las sociedades industrializadas que repercuten notablemente en las formas de convivencia y en las relaciones interpersonales. Están dando lugar a problemas sociales y sanitarios que desbordan la asistencia estrictamente médica. El aumento del promedio de vida, con el consiguiente envejecimiento de la población, provoca un incremento de la asistencia sanitaria y también la necesidad de estructuras asistenciales de tipo médico-social que ya están empezando a representar un capítulo importante en los costes sociales del país. La atención que se ha prestado hasta ahora a este creciente problema está muy lejos de ser la adecuada. Como ha ocurrido con los enfermos afectados por procesos crónicos, son los hospitales de agudos los que dan cobijo a pacientes ancianos, cuyos problemas son más de tipo social que médico. En esta misma situación se encuentran algunos colectivos de marginados y pobres, que transforman en demanda sanitaria muchos de los problemas que se derivan de su situación de desigualdad social. Se originan así lamentables distorsiones funcionales y económicas en el sistema asistencial.

Afortunadamente, comienzan a producirse cambios. Existe una incipiente colaboración de entidades paraestatales y fundaciones privadas. Estas instituciones establecen servicios de hospitalización de día, de cuidados paliativos, de asistencia a enfermos terminales, etc. Poco a poco, va creciendo una conciencia social, que puede aportar, si se plasma en acciones solidarias, soluciones a tan importantes problemas.

En diciembre de 1993, los ministerios de Asuntos Sociales y de Sanidad y Consumo firmaron un acuerdo marco de colaboración entre

ambos. En él se proponía la confección y desarrollo de programas dirigidos a la asistencia socio-sanitaria de la población española, promoción de la salud y la asistencia sanitaria, alternativas al internamiento en hospitales o residencias, suministro de prótesis, formación continuada y reciclaje de profesionales sanitarios, promoción del voluntariado y promoción de la investigación en estos campos.

En la misma fecha, se firmó también un convenio entre los dos ministerios para desarrollar la estrategia de coordinación socio-sanitaria en la atención a las personas mayores.

III. INDICADORES

1. Indicadores de salud

La esperanza de vida al nacer es un indicador objetivo que, aunque no mide las posibilidades reales de supervivencia, facilita las comparaciones entre distintos períodos de tiempo o áreas geográficas diversas. La OMS propone como meta para el año 2000, en los países europeos, una esperanza de vida al nacer de 75 años. Este objetivo ha sido alcanzado ya en España, donde la esperanza de vida al nacer era de 76,4 años (73,2 en varones y 79,6 en mujeres) en 1986. Los datos referidos a 1991, que se recogen en la tabla 10, son aún más favorables.

La mortalidad infantil y la perinatal son un reflejo bastante fiel del estado de salud de los niños y de la población en general. La tasa de mortalidad infantil en los países desarrollados es muy baja en la actualidad y va perdiendo sensibilidad como indicador. Por eso se proponen índices más precisos, como la tasa de mortalidad perinatal. Uno de los objetivos de la OMS para el año 2000 es que la mortalidad infantil en la región europea sea inferior a 20 por cada 1.000 nacidos vivos. Éste es también un objetivo alcanzado en nuestro país desde el año 1973. En 1992 la mortalidad infantil era de 7,05 por cada 1.000 nacidos vivos (tabla 11). De los dos componentes de la mortalidad infantil (neonatal y posneonatal) es la mortalidad posneonatal la que ha experimentado en los últimos años una reducción más acusada. Es, en efecto, muy sensible al aumento del nivel de renta y a las medidas de salud pública.

En España, lo mismo que en otros países europeos, las causas principales de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos y los accidentes. Igualmente, en mayor o menor grado, la Sanidad española ha de afrontar los problemas que sufren otros países, como el consumo de drogas, las patologías mentales, las afecciones de la vejez... La situación es todavía lamentable en relación con problemas como el SIDA y ciertas enfermedades derivadas de situaciones de pobreza o marginación.

2. Gasto en Sanidad

En las tablas 12 y 13 se actualizan y completan algunos datos económicos referidos a la Sanidad que ya recogimos en nuestro informe

España 1993. Como puede apreciarse en la tabla 12, sigue aumentando el gasto sanitario –medido en porcentaje del PIB–, aunque en los últimos años parece detectarse una tendencia a la estabilización en casi todos los países de la OCDE.

Resulta interesante constatar en la tabla 13 que en nuestro país el porcentaje de variación del gasto sanitario y el porcentaje de variación del PIB van aproximándose, tras algunos años –especialmente 1988– en los que se produjo un notable desfase. No obstante, aunque en esta tabla no se recojan los datos, la Sanidad es una de las partidas que en menor medida ha sufrido los recortes presupuestarios de estos últimos años.

3. Atención hospitalaria

Como dijimos anteriormente, el hospital se ha convertido en el centro de la medicina moderna. Por eso es oportuno ofrecer algunos datos significativos de la evolución y distribución de la red hospitalaria española. En la tabla 14 se recoge la evolución del número de hospitales y camas, tanto en el sector público como en el privado, en el período 1984-1992. Como aspectos más destacables se puede observar en el sector público el aumento constante de los hospitales y camas encuadrados en el SNS y la paralela reducción de los pertenecientes a instituciones como el Ministerio de Defensa, las diputaciones, cabildos y ayuntamientos. Es una muestra clara del progresivo proceso de concentración de la atención sanitaria pública en el SNS. Por lo que se refiere a los hospitales privados, resalta la importante disminución del número de hospitales con ánimo de lucro (de 394 en 1984 a 309 en 1992). Algunos de estos datos se actualizan a 1995 –aunque con una desagregación distinta– en la tabla 15, confeccionada a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo aún no publicados.

En el gráfico 6 podemos apreciar que España –en 1991– es el país que tiene un menor número de camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes entre los países de la Unión Europea, Estados Unidos y Canadá. La proporción de 4,2 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes se encuentra muy alejada de la de países como Alemania, Suecia, Finlandia y Luxemburgo que superan la proporción de 10 camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes.

Los datos referidos a la actividad hospitalaria pueden verse en la tabla 16.

4. Investigación sanitaria

Desde su creación en 1980, el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) ha ido afianzando y ampliando sus actividades a través de las diferentes comisiones científicas creadas en su seno. Ha impulsado muy positivamente la investigación biomédica en España. En el gráfico 7 se recoge la distribución de los recursos económicos destinados al FIS en 1989. Destacan los amplios porcentajes dedicados a investigación clínica y a investigación básica. Por su parte, en el gráfico 8 se puede comprobar que en el año 1993 estas ayudas fueron destinadas principalmente a los hospitales y a las universidades.

La tabla 17 detalla los diferentes programas financiados por el Fondo de Descuento Complementario y por el FIS desde 1968 a 1990. Los avances han sido evidentes en todos los programas y sustentan la razonable impresión de que la investigación científica, en especial la médica, está teniendo mayores posibilidades de desarrollo en España que hace unos pocos años. A este cambio en el panorama de los recursos están contribuyendo también otras medidas de promoción de la investigación científica y del desarrollo tecnológico por parte de la Administración en los últimos años. Entre ellas destaca la promulgación de la Ley de Fomento y Coordinación General de la Investigación Científica y Técnica en 1986. Fue redactada por la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología y el Plan Nacional de Investigación Científica y Tecnológica. Tuvo su primera edición en 1988 y destinó 29.000 millones de pesetas para su desarrollo en 1989.

Otro organismo creado por la Ley General de Sanidad es el Instituto Carlos III, establecido por un real decreto de enero de 1988. Está destinado a la promoción y desarrollo de la investigación sanitaria. Recientemente ha experimentado distintos reajustes de tipo administrativo.

La incorporación de España a la Comunidad Europea ha supuesto nuestra participación en numerosos programas de investigación del II Programa-Marco (1987-1991). Esta colaboración se concreta, mediante las llamadas «acciones concertadas», en distintas áreas: salud, investigaciones sobre el cáncer, SIDA, problemas relacionados con la edad y problemas de la influencia del medio ambiente y los estilos de vida. En 1993-1994 se puso en marcha el III Programa-Marco, en el que España colabora en varios campos y en el que los programas de ciencias y tecnologías de los servicios representan 416 millones de ecus.

Siguiendo el continuo proceso de coordinación y de integración de los esfuerzos investigadores que se realizan en España, se ha puesto

en marcha el III Plan Nacional de I+D para el período 1996-1999. En su elaboración han participado más de 500 expertos en distintos campos científicos. El nuevo plan pretende favorecer la coordinación interterritorial y continuará incrementando los esfuerzos dedicados a I+D, para facilitar la convergencia científica con la Unión Europea.

Desde la consideración de que la investigación en el área de las ciencias de la salud es una demanda prioritaria, el III Plan Nacional de I+D incluye entre sus programas nacionales el de salud y farmacia, así como el de tecnología de alimentos y el de biotecnología. En su conjunto, el Plan Nacional moviliza un fondo real de 20.000 millones de pesetas y un total anual de 95.000 millones. Para investigación sanitaria se estima un total anual superior a los 7.000 millones de pesetas, a los que habrá que añadir la financiación procedente de otros programas de fundaciones privadas y, sobre todo, de las empresas del sector. Éstas vienen a complementar las cantidades destinadas oficialmente a estos programas.

El Plan Nacional de I+D recoge claramente las directrices que han impulsado el actual desarrollo de la investigación biomédica en España al reconocer que «la creciente especialización de los investigadores, junto a los avances en los conocimientos básicos sobre los mecanismos moleculares y celulares de las enfermedades, hacen particularmente relevante la colaboración entre profesionales. El establecimiento de grupos de investigación multidisciplinar, especialmente los dirigidos a los conocimientos básicos y a la investigación clínica, constituyen un reto a medio y largo plazo en nuestros sistemas de investigación».

Ha sido precisamente la introducción de servicios y departamentos de investigación en los grandes hospitales públicos, iniciada con la reforma hospitalaria que empezó a producirse hace 25 o 30 años, la que está dando sus frutos en nuestro país, lo mismo que lo había hecho en otros anteriormente. La colaboración de los investigadores básicos con los médicos que tenían a su cargo el cuidado de los enfermos en el hospital ha sido, en este sentido, decisiva.

Entre las prioridades de los programas de salud hay que destacar el diagnóstico de las enfermedades genéticas, el desarrollo de tecnologías no invasivas para el diagnóstico clínico, los trabajos de epidemiología y estadística, la investigación sobre el cáncer, las enfermedades infecciosas, las neurociencias, las enfermedades cardiovasculares... También interesa la investigación sobre la salud pública, incluida en ella la organización y administración de los servicios de salud. La investigación farmacéutica ocupa otro de los grandes capítulos del Programa Nacional de Salud.

Tabla 10 – Esperanza de vida y mortalidad infantil en los países de la Unión Europea y Estados Unidos. 1991

	Esperanza de vida al nacer		Esperanza de vida a los 65 años		Mortalidad infantil
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Alemania	72,6	79,1	14,2	17,8	6,2
Bélgica	73,1	79,8	14,4	18,6	8,2
Dinamarca	72,6	77,9	14,3	17,9	6,6
España	73,4	80,5	15,4	19,0	7,1
Francia	73,2	81,5	15,7	20,1	6,8
Grecia	74,6	79,8	15,8	18,2	8,4
Holanda	74,3	80,3	14,5	18,9	6,3
Irlanda	72,6	78,2	13,4	16,8	6,7
Italia	73,6	80,3	14,9	18,8	8,1
Luxemburgo	71,9	78,5	14,6	18,6	8,5
Portugal	70,7	78,1	14,0	17,2	9,3
Reino Unido	73,6	79,0	14,2	17,8	6,6
Estados Unidos	72,0	78,9	15,3	19,1	8,5

Fuente: Elaboración CECS a partir de Eurostat, *Anuario Eurostat '95. Visión estadística sobre Europa 1983-1993*, Luxemburgo, 1995.

Tabla 11 – Evolución de las tasas de mortalidad infantil, neonatal, posneonatal y perinatal en España. 1960-1992

Años	Mortalidad infantil	Mortalidad neonatal	Mortalidad posneonatal	Mortalidad perinatal
1960	41,91	18,44	23,47	36,64
1961	44,03	18,89	25,14	36,26
1962	39,32	18,23	21,10	35,62
1963	38,44	18,32	20,12	33,95
1964	37,23	18,58	18,65	31,68
1965	35,87	18,05	17,83	30,91
1966	34,11	17,59	16,52	29,43
1967	32,08	17,81	14,26	28,49
1968	30,55	17,23	13,32	28,04
1969	28,34	16,43	11,91	26,22
1970	26,31	15,63	10,68	25,48
1971	24,19	14,43	9,76	24,20
1972	21,40	13,37	8,03	23,41
1973	20,00	12,37	7,63	21,53
1974	18,46	11,69	6,76	19,95
1975	18,88	12,57	6,32	21,09
1976	17,11	11,76	5,35	20,06
1977	16,03	11,05	4,98	18,89
1978	15,25	10,54	4,71	17,43
1979	14,27	10,01	4,27	16,64
1980	12,34	8,50	3,84	14,35
1981	12,47	8,74	3,72	14,46
1982	11,29	7,94	3,55	12,88
1983	10,89	7,55	3,34	12,14
1984	9,87	6,71	3,15	11,24
1985	8,92	5,93	2,99	10,89
1986	9,20	6,20	3,01	10,62
1987	8,88	5,97	2,91	9,70
1988	8,05	5,19	2,86	8,82
1989	7,78	5,11	2,67	8,16
1990	7,60	4,97	2,62	7,55
1991	7,19	4,57	2,62	7,24
1992	7,05	4,61	2,44	7,31

Notas: Tasa de mortalidad infantil: nacidos vivos muertos antes de un año por cada 1.000 nacidos vivos.

Tasa de mortalidad neonatal: nacidos vivos muertos antes de 28 días por cada 1.000 nacidos vivos.

Tasa de mortalidad posneonatal: nacidos vivos muertos de 29 días a 1 año por cada 1.000 nacidos vivos.

Tasa de mortalidad perinatal: muertos fetales con más de 28 semanas de gestación, muertos en el parto y en la primera semana de vida por cada 1.000 nacidos vivos.

Fuente: Elaboración CECS a partir de INE, *Movimiento Natural de la Población Española*, varios años.

Tabla 12 – Evolución del gasto en Sanidad en los países de la OCDE. En porcentaje del PIB. 1960-1992

Países	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992
Alemania	4,7	5,1	5,9	8,2	8,5	8,6	8,5	8,6	8,9	8,2	8,6	9,1	8,7
Australia	4,6	4,9	4,9	5,5	6,5	7,0	7,1	7,1	6,9	7,0	8,2	8,6	8,8
Austria	4,6	5,0	5,4	7,3	7,9	7,6	8,3	8,4	8,3	8,2	8,5	8,5	8,8
Bélgica	3,4	3,9	4,1	5,9	6,3	7,0	7,2	7,3	7,3	7,2	7,7	8,1	8,2
Canadá	5,5	6,1	7,1	7,2	7,4	8,5	8,8	8,8	8,6	8,7	9,3	9,9	10,1
Dinamarca	3,6	4,8	6,1	6,5	6,8	6,3	6,0	6,3	6,4	6,3	6,6	7,0	6,5
España (1)	2,3	2,7	3,7	4,8	5,6	5,7	5,6	5,7	6,0	6,3	6,4	6,5	7,0
Estados Unidos	5,2	6,0	7,4	8,4	9,3	10,6	10,8	11,1	11,3	11,8	12,2	13,3	14,0
Finlandia	3,9	4,9	5,7	6,3	6,5	7,2	7,4	7,4	7,2	7,1	7,8	8,9	9,4
Francia	4,2	5,2	5,8	7,0	7,6	8,5	8,5	8,5	8,6	8,7	8,8	9,1	9,4
Grecia	3,2	3,6	4,0	4,1	4,3	4,9	5,4	5,2	5,1	5,1	4,8	4,8	5,4
Holanda	3,9	4,4	6,0	7,7	8,2	8,2	8,1	8,5	8,4	8,3	8,0	8,7	8,6
Irlanda	4,0	4,4	5,6	7,6	9,0	8,3	8,3	8,0	7,9	7,3	7,5	8,0	7,1
Islandia	1,2	2,8	5,2	6,2	6,5	7,4	7,8	7,9	8,5	8,6	8,7	8,3	8,5
Italia	3,3	4,0	5,2	6,1	6,8	7,0	6,9	7,3	7,6	7,6	7,7	8,3	8,5
Japón	2,9	4,3	4,4	5,5	6,4	6,5	6,7	6,8	6,7	6,7	6,7	6,8	6,9
Luxemburgo	n.d.	n.d.	4,1	5,6	6,8	6,8	6,7	7,2	7,3	7,4	7,2	6,6	7,4
Noruega	3,3	3,9	5,0	6,7	6,6	6,4	7,1	7,5	7,4	7,6	8,0	8,4	8,3
Nueva Zelanda	4,4	4,5	5,2	6,7	7,2	6,6	6,9	7,3	7,4	7,1	7,3	7,7	7,7
Portugal (2)	n.d.	n.d.	n.d.	6,4	5,9	7,0	6,6	6,4	6,5	6,3	6,1	6,2	6,0
Reino Unido	3,9	4,1	4,5	5,5	5,8	6,0	6,0	5,9	5,9	5,8	6,2	6,6	7,1
Suecia	4,7	5,6	7,2	7,9	9,5	9,3	9,0	9,0	9,0	8,8	8,6	8,8	7,9
Suiza	3,3	3,8	5,2	7,0	7,3	7,6	7,6	7,9	8,0	7,8	7,8	8,0	9,3
Turquía	n.d.	n.d.	n.d.	3,5	4,1	n.d.	n.d.	3,5	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	4,1
Media OCDE	3,8	4,5	5,4	6,4	7,0	7,4	7,4	7,4	7,6	7,6	7,8	8,1	8,1

(1) Las estimaciones propias de la Comisión del gasto en Sanidad en España en porcentaje del PIB para los años 1985 a 1991 son las siguientes: 6,4; 6,3; 6,3; 6,6; 6,8; 6,8 y 6,9.

(2) Otras estimaciones parecen indicar que el porcentaje para 1992 es más elevado.

Fuente: Elaboración CECS a partir de OCDE, *La réforme des systèmes de Santé. Étude de dix-sept pays de l'OCDE*, París, 1994, y *Health Data Bank (Health Affairs, otoño 1989 y primavera 1991)*, y de PNUD, *Informe sobre el desarrollo humano*, varios años.

Tabla 13 – Evolución del gasto sanitario en España. 1982-1991

Años	Gasto en Sanidad (miles de millones pta.)	Gasto total en Sanidad como porcentaje del PIB	Gasto público en Sanidad como porcentaje del PIB	Gasto privado en Sanidad como porcentaje del PIB	Porcentaje de variación gasto sanitario	Porcentaje de variación del PIB
1982	1.314,8	6,7	5,0	1,8	–	–
1983	1.470,8	6,6	4,9	1,7	11,9	13,6
1984	1.585,3	6,3	4,7	1,6	7,8	12,9
1985	1.823,1	6,4	4,8	1,6	13,8	12,3
1986	2.032,8	6,3	4,7	1,6	12,6	14,6
1987	2.291,8	6,3	4,8	1,5	12,9	11,8
1988	2.663,9	6,6	5,1	1,5	16,2	11,2
1989	3.040,5	6,8	5,2	1,5	14,2	12,1
1990	3.388,6	6,8	5,3	1,5	12,2	11,3
1991	3.739,5	6,9	5,3	1,6	10,3	9,0

Nota: Los datos correspondientes a los años 1982 y 1983 no parecen ser homogéneos con el resto de la serie, probablemente por efecto de los decretos-leyes dictados entonces para el saneamiento del déficit.

Fuente: Elaboración CECS a partir de Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, *Informe y recomendaciones*, julio 1991.

Tabla 14 – Evolución del número de hospitales y camas hospitalarias en funcionamiento según su dependencia. 1984-1992

	Hospitales						Camas en funcionamiento					
	Públicos			Privados			Públicos			Privados		
	Total	SNS (1)	Otros (2)	Total	Lucrativos	Sin lucro	Total	SNS	Otros	Total	Lucrativos	Sin lucro
1984	386	147	239	549	394	155	120.886	59.508	61.378	58.306	31.485	26.821
1985	385	198	198	528	378	150	118.532	74.832	43.700	56.878	30.596	26.282
1986	380	207	173	509	360	149	116.938	77.487	39.451	54.922	28.769	26.153
1987	382	223	159	504	356	148	116.576	80.225	36.351	54.579	28.605	25.974
1988	375	226	149	491	344	147	115.758	81.633	34.125	54.318	28.420	25.898
1989	355	215	140	475	325	150	114.697	82.666	32.031	53.817	28.109	25.708
1990	350	228	122	470	320	150	112.654	85.112	27.542	53.243	28.647	24.596
1991	345	226	119	468	316	152	111.201	84.867	26.334	53.250	27.719	25.531
1992	344	225	119	457	309	148	112.734	87.024	25.710	51.084	27.092	23.992

(1) Sistema Nacional de Salud. Incluye los de las comunidades autónomas.

(2) Incluye los del Ministerio de Defensa, las diputaciones y cabildos, los ayuntamientos y otros.

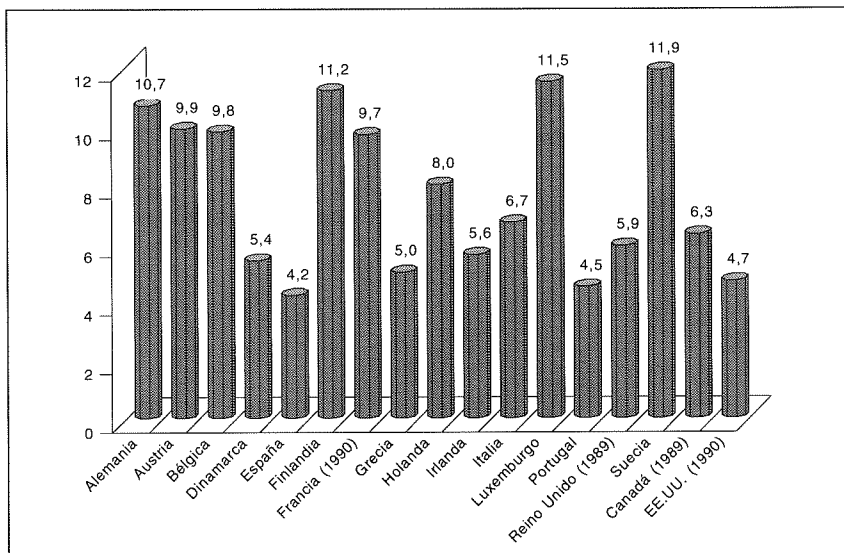
Fuente: Elaboración CECS a partir de INE, *Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado*, varios años.

Tabla 15 – Número de hospitales y de camas hospitalarias en España. 1995

Número de hospitales	792	Camas hospitalarias totales	169.128
Hospitales de agudos	610	En hospitales de agudos	140.119
Públicos	254	Públicos	102.724
Privados benéficos	86	Privados benéficos	11.987
Privados no benéficos	270	Privados no benéficos	25.408
Hospitales de larga estancia	95	En hospitales de larga estancia	9.805
Públicos	31	Públicos	4.418
Privados benéficos	29	Privados benéficos	2.424
Privados no benéficos	35	Privados no benéficos	2.963
Hospitales psiquiátricos	87	En hospitales psiquiátricos	19.194
Públicos	40	Públicos	9.150
Privados benéficos	20	Privados benéficos	6.656
Privados no benéficos	27	Privados no benéficos	3.388
Total hospitales públicos	325	Total camas públicas	116.292
Total hospitales privados	467	Total camas privadas	52.836

Fuente: Elaboración CECS a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Gráfico 6 – Camas hospitalarias por cada 1.000 habitantes en los países de la Unión Europea, Estados Unidos y Canadá. 1991



Fuente: Elaboración CECS a partir de El País, *Anuario de la Salud, la Medicina y la Sanidad*, 1995, y Eurostat, *Estadísticas Básicas de la Comunidad*, 1993.

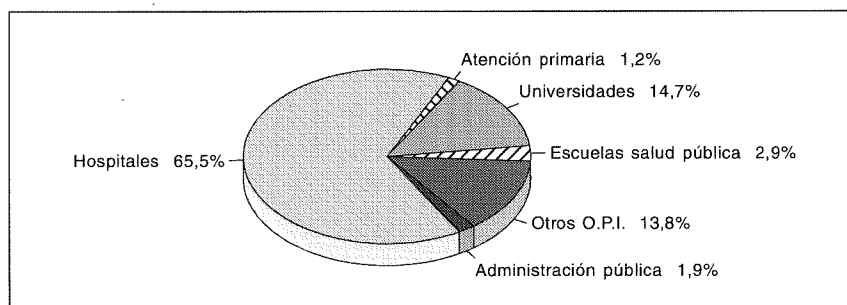
Tabla 16 – Actividad hospitalaria. Hospitales públicos y privados. 1992

Altas hospitalarias por cada 1.000 habitantes	102,90
Consultas externas (especialistas por cada 1.000 habitantes)	833,40
Intervenciones quirúrgicas por cada 1.000 habitantes	61,34
Urgencias por cada 1.000 habitantes	357,66
Urgencias hospitalizadas por cada 1.000 urgencias	144,56
Estancia media en días:	11,35
– Agudos	8,86
– Larga estancia	155,32

Fuente: Elaboración CECS a partir de INE, *Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 1992*, 1995.

Gráfico 7 – Distribución de los recursos del Fondo de Investigaciones Sanitarias según tipos de investigación. 1989

Fuente: Elaboración CECS a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Gráfico 8 – Distribución porcentual de los recursos del Fondo de Investigaciones Sanitarias según sus instituciones. 1993

Fuente: Elaboración CECS a partir de Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología, *Memoria de Actividades del Plan Nacional de I+D en 1993*, 1995.

Tabla 17 – Número de programas financiados por el Fondo de Descuento Complementario y por el Fondo de Investigaciones Sanitarias. 1968-1990

Año	Fondo de Descuento Complementario		Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social											
	INP		Insalud											
	1968-71	1972-79	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	
Presupuesto (millones pla.)	16 x 4	138 x 8	232	850	1.093	756	998	1.132	1.756	2.165	2.516	3.284	4.227	
Programa de promoción de la investigación														
Proyectos de investigación	19	125	140	365	218	310	215	311	428	627	606	725	1.100	
Ayudas para infraestructura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	37	69	74	100	
Programa de formación de personal investigador														
Becas iniciación investigación	0	0	0	50	60	164	142	160	191	218	287	293	350	
Becas ampliación estudios (meses)	0	0	0	380	382	343	370	472	427	555	1.409	1.236	2.000	
Becas intercambio CEE y COST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30	36	100	
Becas personal Centroamérica y Área Andina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26	
Bolsa de viaje	28	202	63	25	152	11	92	58	272	98	188	539	550	
Reuniones científicas	42	153	68	36	110	59	111	66	92	99	73	82	100	
Publicaciones científicas	7	10	5	4	5	6	5	2	3	1	6	19	115	

Fuente: Elaboración CECS a partir de datos del Ministerio de Sanidad y Consumo.