

OPINIONES

MEDICOS

Las deficiencias de las prestaciones sanitarias, junto a su elevado coste, constituyen motivo de seria preocupación para la actual sociedad española. Además, durante estos años de crisis se observa cómo se han agudizado los viejos problemas asistenciales, sin que, por otra parte, se prevea una rápida contención al incremento de los recursos económicos públicos absorbidos por esta función. Tal situación se refleja en una opinión generalizada de que el coste de la Sanidad española no se corresponde con su calidad y de que existe un serio despilfarro y una mala administración de los recursos materiales y personales.

Para confirmar o, en su caso, rebatir tales ideas, que los resultados de recientes encuestas manifiestan, PAPELES DE ECONOMÍA ESPAÑOLA ha convocado a un reducido grupo de médicos con destacadas responsabilidades dentro del sistema sanitario español para que su valoración oriente sobre este tema al lector. Al mismo tiempo, aunque los problemas sanitarios tengan un componente técnico destacado, importaba recoger las distintas posturas —si las hubiera— respecto a otros aspectos, como las relaciones entre el sector público de la medicina y el privado, que resultan esenciales para la configuración del sistema sanitario más adecuado a la sociedad española de finales del siglo XX.

Respecto al papel y peso de la medicina privada, el lector encontrará opiniones distintas y aún contrarias, pero hay un notable grado de coincidencia sobre aspectos fundamentales de la necesidad de un cambio en la sanidad española y, en atención a la altura profesional de los encuestados, sus respuestas merecen una cuidadosa lectura.

Para los profesionales consultados, la Sanidad española está acabando una larga etapa de su vida que, en su momento, supuso un avance notable en la cobertura de la población y en la gratuidad de las prestaciones. Las actuales tasas de morbilidad, la erradicación de enfermedades endémicas y el aumento de la esperanza media de vida son las consecuencias positivas de aquella política.

Sin embargo, el deterioro de la asistencia, especialmente primaria, la necesidad de limitar los gastos, la dispersión de instituciones sanitarias de todo tipo y la aparición de nuevos focos de peligro para la salud exigen un cambio profundo y urgente de la Sanidad española. Respecto a esta necesidad no hay discusión.

También hay acuerdo en el planteamiento técnico del cambio. Los servicios sanitarios deben ordenarse en un sistema que contemple todos los aspectos de la Salud Pública, para evitar los graves desequilibrios actuales entre los distintos sectores de la medicina: familiar, ambulatorios, hospitales, y para disponer de una adecuada política preventiva. En nuestros días, los problemas de los primeros escalones de la medicina se trasvasan hacia la asistencia hospitalaria, con evidente perjuicio económico y de masificación de pacientes en los hospitales. En buena parte de las respuestas de forma expresa, y en el resto implícitamente, se señala también el papel de la medicina preventiva, de la educación sanitaria de la población, del fomento de un medio ambiente saludable, y de una legislación y control alimentario (Código Alimentario) y farmacéutico más riguroso, respondiendo así la Reforma al concepto global de salvaguarda de la Salud Pública.

Respecto a la planificación específica de la Sanidad española, se discriminan tres niveles con sus propios problemas, pero con la imprescindible conexión que evite el desplazamiento innecesario de pacientes hacia el escalón más

costoso de los grandes Centros Hospitalarios. En el nivel primario, medicina familiar, el deterioro de la relación médico-enfermo se considera grave, y un amplio porcentaje de encuestados se muestran partidarios de la libre elección de médico por el enfermo. En este escalón, tal como está estructurado en torno a los ambulatorios, es donde se originan muchos de los males del sistema. En consecuencia, una ordenación de prioridades coloca, en primer lugar, la necesidad de cambios en la práctica de la medicina dentro de los ambulatorios que, con palabras de un entrevistado, «carecen de recursos necesarios para que el trabajo desarrollado pueda considerarse propio de un profesional».

En un segundo escalón, el desarrollo de los Centros de Diagnóstico y Hospitales Comarcales descargaría de trabajo a los grandes Centros Hospitalarios y, al mismo tiempo, facilitaría el acceso de los enfermos a unos centros más próximos a su domicilio. Con esta desconcentración se lograría un doble beneficio: a) mejorar la asistencia hospitalaria para los enfermos graves, evitando los problemas derivados de la masificación actual en los grandes centros, y b) reducir los costes globales de la función de sanidad, porque, sin duda, la asistencia hospitalaria tiene unos costes muy elevados.

Una razonable previsión sobre la evolución de la edad de nuestra población muestra un envejecimiento, a corto plazo, de la misma que tendrá importantes consecuencias sanitarias. La asistencia geriátrica de forma discriminada en centros polivalentes parece conveniente, tanto para los interesados, que se beneficiarían de un tratamiento especializado, como, desde un punto de vista económico, por la disminución de esta población en los grandes centros hospitalarios.

Dentro de la planificación sanitaria, los estudios médicos ocupan un lugar importante. Las relaciones Facultad-Hospital, el reciclaje de los profesionales, la calidad de la enseñanza en la licenciatura y de los períodos de prácticas, las circunstancias del médico rural, la coordinación de los diferentes cuerpos sanitarios, son otros capítulos importantes de la reforma que se analizan en la encuesta, y que revelan la complejidad de las cuestiones planteadas a la sanidad española.

Pero no sólo la variedad de estos problemas y la dificultad de su planificación obstaculizan la mejora del sistema. La limitación de recursos económicos, por un lado, y los intereses (justificados en ocasiones) de ciertos sectores —profesionales, industrial, farmacéutico, seguros—, por otro, son ciertamente frenos importantes al cambio. La población española debe plantearse rigurosamente su propio modelo sanitario y examinar con información suficiente los valores de cada uno de los existentes en los países industrializados. En este campo, la mayoría de las respuestas muestran una opinión contraria a los dos modelos antípodas: el sistema socialista y el sistema americano, y se pronuncian por un sistema ecléctico; pero la dimensión del sector privado es un tema que divide la opinión de los consultados.

Por último, el lector encontrará una razonable duda de que el cambio pueda alcanzar sus objetivos de mejora de la salud pública y de economicidad de los recursos de la sociedad, si no existe una decidida voluntad política de realizar ese cambio y vencer los serios obstáculos que se le oponen. En un sistema democrático, a los ciudadanos les corresponde exigir a sus representantes que esa voluntad política se traduzca en medidas razonables, adecuadas a las circunstancias de la Sociedad. La firmeza de esta presión constituye la garantía de que el cambio se producirá.

1 ¿Cuáles son, a su juicio, los problemas más importantes que tiene planteada la sanidad española en este momento?

2 ¿Qué soluciones propondría Vd. para estos problemas?

3 Más en concreto, ¿cree Vd. que hay razones para desear una mejora de la calidad de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en España?

4 Y, en caso de que Vd. lo crea así, ¿cuáles serían los principales obstáculos a salvar para conseguir esa mejora de la calidad de la asistencia?

Manuel BUENO SANCHEZ

Catedrático de Pediatría y Puericultura y Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza

1 La Sanidad Española tiene un problema prioritario planteado... su insoslayable reforma.

Actualmente, parece satisfactorio —aunque no plenamente— el nivel de asistencia terciaria, representado por la red nacional hospitalaria de mayor nivel.

No es proporcionado el nivel secundario —Centros de Diagnóstico y Hospitales Comarcales— cuya función es descargada en gran parte en los centros de nivel terciario.

Resulta insuficiente y precariamente planificada la asistencia primaria. Estos equipos de salud son fundamentales en los países similares al nuestro, bien entendidos en un sistema de conexión y mutuos canales de información con los centros secundarios y terciarios.

Diríamos a grandes rasgos que:

1. Los hospitales suplen actualmente funciones de la medicina extrahospitalaria.
2. Aquéllos carecen de una coordinación funcional.
3. La medicina está mayoritariamente enfocada en un sentido curativo, en detrimento de la medicina preventiva.
4. Finalmente, existe una masificación en consultas ambulatorias y en los servicios de urgencia de los hospitales.

Paralelamente, se asiste a una masificación en la Facultad de Medicina, con la consiguiente salida anual de licenciados que no encuentran plazas de formación para

el tercer ciclo (MIR), prácticamente única puerta de entrada para un ulterior ejercicio profesional. Ello va a generar un paro médico que agravará el problema de no emplear una mayor imaginación en cuanto a la planificación sanitaria.

Esta planificación exige una estrecha coordinación entre los Ministerios de Educación y Ciencia, Sanidad y Consumo, y el Consejo General de Colegios Médicos.

Finalmente, sería deseable disponer de una planificación de médicos y especialidades médicas necesarias en España, de acuerdo con los informes emitidos por el Comité Nacional de Especialidades Médicas.

2 Debería definitivamente ordenarse la asistencia sanitaria en tres niveles:

- a) Medicina de familia.
- b) Centros comarcales de diagnóstico y tratamiento.
- c) Asistencia hospitalaria.

Ello cumpliría los tres niveles anteriormente mencionados. Estos deberían evitar ser compartimentos estancos, favoreciendo que el médico de familia pueda estar presente, incluso en decisiones sobre sus pacientes hospitalizados.

Los usuarios deberían tener la posibilidad de libre elección de servicios médicos, especialmente en el nivel primario.

La medicina preventiva y curativa debería configurarse en sus tres únicas etapas biológicas: Pediatría, Mediatria y Geriatria.

Estas serían calificadas de acuerdo con las actuales definiciones cronológicas aceptadas por los países de la Comunidad Económica Europea.

1. Parece fundamental a nivel pediátrico aceptar:

- a) Límite de edad no menor a los 14 años.
- b) Cartilla o documento infantil individual.

2. Igualmente, a nivel geriátrico (mayores de 65-70 años) la asistencia debería ser de semiespecialización, evitando su exclusiva asistencia en centros terciarios —como hasta ahora suele hacerse— en favor de centros de asistencia geriátrica polivalente (extra e intrahospitalarios). De esta forma deberían incluirse los siguientes niveles:

- a) Enfermo geriátrico con enfermedad crónica estabilizada. Este sería asistido en un centro hospitalario de asistencia crónica.
- b) Centros geriátricos para pacientes que no pueden ser asistidos en el medio familiar y que requieren supervisión médica a efectos preventivos y terapéuticos.
- c) «Casas de día» para pacientes geriátricos que cumplirían funciones asistenciales y preventivas, volviendo a sus casas por la noche.

Al planificarse estos distintos niveles podría absorberse una parte importante del paro médico.

Vuelve a ser decisoria en estos planeamientos la libre elección de médico.

Finalmente, todos estos planes deben acompañarse de una limitación de acceso de estudiantes a las Facultades de Medicina, de acuerdo con su capacidad docente, al mismo tiempo que se modifican los actuales planes de estudio de acuerdo con la medicina actual y futura.

3 Rotundamente, sí. Creo que la base de esa mejora radica en descargar a los hospitales actuales (nivel terciario) de las funciones propias de centros de diagnóstico y medicina de familia.

Por otra parte, la Seguridad Social deberá asumir plenamente una asistencia integral que incluya: medicina preventiva, asistencia psiquiátrica, medicina rehabilitadora y medicina curativa (médica y quirúrgica). Todo ello en función de la edad y niveles anteriormente referidos.

Por otra parte, la calidad de la asistencia médica tiene una premisa primordial: la humanización del acto médico.

Finalmente, una buena calidad sanitaria debe evitar un gasto público indiscriminado y conseguir un control económico indispensable.

4 1. En primer lugar, habría que establecer un nivel de medicina familiar adecuado que incluyera: pediatría de familia y médico general de familia, ambos de libre elección.

En segundo lugar, los equipos de salud, en que descansan los anteriores, tendrían una función de educación sanitaria básica.

Todos los médicos que se integren en este nivel, periódicamente, deberían hacer docencia con pregraduados y, a su vez, recibir aquélla en cursos de reciclaje programados.

2. Debe asegurarse una asistencia médica continuada, tanto en el domicilio como en la consulta, en donde la humanización del acto médico ocupe un lugar prioritario.

3. Es necesaria una limitación del gasto farmacéutico actual, justificado por la masificación en las consultas, imposibilidad de elegir libremente el médico, propaganda abusiva en medios audiovisuales y falta de educación sanitaria. Sería de desear un registro de nuevos medicamentos, control de precios y control de consumo.

4. A nivel de los centros de salud, sería fundamental su planificación y la dotación de estos equipos, previamente definidos sus objetivos y funciones, así como una racional población asignada a los mismos. Aquí sería fundamental adaptar los actuales ambulatorios, en donde los médicos sólo deberían emplear su tiempo en funciones específicas, relevándolos de las actuales tareas auxiliares y burocráticas.

5. A nivel hospitalario, habría que establecer un mínimo de dos niveles: centros de tamaño medio (comarcales) y centros de tamaño grande (regionales). Incluso en

estos últimos deberían admitirse dos tipos, de acuerdo con funciones superespecializadas y de investigación o no, reservados los primeros para hospitales de rango superior en donde estarían incluidos todos los hospitales universitarios.

Como resumen, diríamos que cualquier mejora sanitaria debe descansar en:

1. Establecer claramente los tres niveles de asistencia (medicina de familia, centros de diagnóstico, hospitales).
2. Libre elección de médico.
3. Racionalización de la administración sanitaria.
4. Regulación y coordinación de los actuales conciertos.
5. Inspección y control del gasto público.
6. Control de dedicación médica y redistribución de acuerdo con ella.
7. Formación médica continuada.
8. Dotación económica adecuada.

José M. CATALA ANGEL

Presidente de la Sociedad Española de Medicina Rural

1 En mi parcela hago hincapié en que la asistencia primaria y rural no sólo es la «primera» sino la principal, siguiendo a Timothy, conocido autor inglés.

Mientras no se potencie la asistencia primaria no habrá mejora en la financiación y ahorro en la Seguridad Social.

2 Dignificar la figura del médico. Aumentar la desaparecida relación médico enfermo. Desarrollar las líneas generales de la reforma sanitaria, en su área primaria al menos. Sería el «filtro» (y ahorro consiguiente de la saturación de los hospitales). Crear los centros de salud, con dotación de utillaje y de personal.

3 La relación médico enfermo debe mejorar, pues la «calidad» está en relación directa con el fin supremo de la medicina: nuestro deber y obligación con el enfermo; y con la masificación... no hay nada que hacer. Dotar al médico de un sueldo digno, no inferior a 100.000 pesetas, con arreglo a su categoría profesional y responsabilidad. Establecimiento urgencias.

4 El enfermo se merece lo mejor. Quiézs sea la medicina rural, en las poblaciones pequeñas, donde aún quede el último reducto de esa medicina tradicional, en que los enfermos iban a ver a su médico.

- Creemos en la libre elección, con las limitaciones lógicas.

- Vigilancia correcta de los gastos; sin buscar «culpables», sin expedientes..., pero yendo a evitar el gasto farmacéutico. Proteger a los pensionistas, pero evitando los abusos, creando la geriatría, los centros adecuados, reumatología.

- Por el *stress* de vida, instaurar la asistencia psiquiátrica a nivel nacional.

- Potenciar la archisabida educación sanitaria de la población, empezando por las escuelas.

- Establecimiento obligatorio de la educación permanente del profesional en ejercicio con cursos de «puesta al día» financiados por el Estado.

- Establecimiento de un servicio de urgencia a nivel nacional.

- Establecimiento de la cartilla infantil a los (hasta) 14 años.

- Aumentar los presupuestos para la *salud*, más que para la enfermedad. Y... tantas cosas... Premiar a los rurales por plena dedicación, aislamiento, promoción a puestos mejores, facilitar estudios a hijos, crear más plazas de asistencia primaria y se paliaría el paro. No cobrar por cartilla, sino por sueldo, o, en su defecto, por persona, etc.

Manuel EVANGELISTA BENITEZ

Subdirector General de Inspección de Servicios Sanitarios del INSALUD

1 Los problemas más importantes de la sanidad española en estos momentos, son obedientes a un denominador común: se ha generado un Sistema sanitario deficiente, pero que persiste en el espacio y en el tiempo, no congruente con el modelo de sociedad ya constitucionalmente definido.

La estructura y la dinámica asistencial de la organización sanitaria española, radicalmente insatisfactoria, es también obediente a esta situación de incongruencia.

El fenómeno socializador que, unilateralmente, afectó al ejercicio de la profesión médica en la Seguridad Social, fue, en la práctica, una socialización falseada, determinante de la expansión creciente de los costos, de la paulatina degradación de la relación costo-eficacia y amparada en una clara indefinición de objetivos. El Sistema sanitario no se planteó, *a priori*, las necesidades que tenía que satisfacer, los objetivos que pretendía servir y la doctrina

operativa capaz de dominar el propio aparato del Sistema

La persistencia del Sistema sanitario deficiente, sólo puede, a nuestro juicio, encontrar justificación en la instalación de compromisos entre la estrategia del aparato político y administrativo del Sistema y gran parte de la clase médica, todo ello gracias a la pasividad de la población que constituye el campo de aplicación del Sistema. Esta situación está determinando que, el campo social del mismo, los actores y espectadores del Sistema se acomoden a sus deficiencias, las racionalicen y las acepten, consolidándolas en estructuras difícilmente modificables, haciendo abstracción del imprescindible dinamismo de todo Sistema sanitario, cuya transitoriedad, hasta cierto punto, va vinculada a la indeterminación social del mismo.

En la persistencia del Sistema interviene, además, la acción de otros agentes y entre ellos:

- La industria farmacéutica, gran beneficiaria de la situación deficiente, y

- Las desviaciones interesadas entre el sector público y el privado, facilitadas por la actual ordenación del Sistema y agravantes de la irracionalidad del mismo.

El desarrollo de los años 1960-70, ha determinado:

- Mayor oferta de medios sanitarios, fundamentalmente hospitalarios.

- Mayor demanda sanitaria por mayores expectativas de la población.

- Modificación de la oferta hacia el hospital.

- Prolongación indefinida del *modus vivendi* entre el Sistema público y el privado.

En el plano conceptual, y como una nueva manifestación de incongruencia, asistimos a la proyección de una nueva cultura sanitaria, amparada en una nueva Sociología de la salud, que vincula el éxito o el fracaso de cualquier Sistema sanitario a la incidencia del mismo sobre los factores siguientes, y precisamente siguiendo su orden de importancia:

- La patogeneidad del medio ambiente.

- Los comportamientos individuales familiares y sociales.

- El nivel cultural.

- La educación sanitaria.

- La prevención individual y social.

- La asistencia médica.

- La rehabilitación y reinserción social.

Ante un Sistema sanitario que ha dejado de ser estrictamente médico, cuando se sigue poniendo el máximo acento en la asistencia y fundamentalmente, como viene ocurriendo, en la asistencia hospitalaria, que debe ser justamente el final del Sistema, descuidando los anteriores escalones, no puede esperarse más que el deterioro progresivo del mismo.

También, en el plano conceptual asistimos, en la proyección de esa nueva Socio-

logía de la salud, a un mayor compromiso del individuo en la conservación y recuperación de la salud, y el mayor protagonismo de la sociedad ante el Sistema sanitario que ha de servirla.

2 Una Reforma sanitaria posible, en cuyos aspectos técnicos hemos insistido reiteradamente.

No es válida, a nuestro juicio, la coartada de que es la situación económica del Sistema la que imposibilita la Reforma, cuando es precisamente lo contrario.

La economía del Sistema sanitario y la degradación creciente de la relación costo-eficacia en el mismo, la hace a nuestro entender imprescindible.

1. Nuestro Sistema sanitario está sobredimensionado en relación con nuestro nivel de renta.

2. Para mejorar el nivel de salud de los españoles, mejor que dedicar más recursos, lo más adecuado sería empezar por administrar mejor los ya disponibles; lo contrario sería un despilfarro.

Para hacer frente a tal situación, hay que empezar por superar el dogmatismo que supone la consideración, en disyuntiva, de los conceptos socialización-privatización, sector público-sector privado, propiciando en cambio, tanto la unificación de las doctrinas asistenciales de ambos sectores, como su competitiva coexistencia en el tiempo. Las necesidades asistenciales, la imposible autosuficiencia del Sistema, la economía del mismo, obligan al estímulo y respeto de todas las iniciativas válidas que deben ser contempladas por el Sistema, entre otras razones, tanto por lo que representan de garantía de suficiencia de recursos, como por las opciones de libertad que en un sentido auténtico comportan.

Razones de eficacia, y de economía del propio Sistema sanitario, exigen la utilización adecuada y el empleo racional de todos los recursos disponibles del país, de acuerdo con sus características y calificaciones, y, precisamente, en función de principios generales de economía del Sistema.

Tales principios, habituales en la Administración, se convierten en grave responsabilidad, en situaciones como la actual, ante los planteamientos críticos que supone, de una parte, la llegada creciente de profesionales al Sistema sanitario y, de otra, la situación de crisis o de dificultad que España atraviesa actualmente, con un Sistema sanitario en el que no hay relación entre sus niveles macroeconómicos y los de satisfacción que determinan.

Por eso, es necesaria y urgente la Reforma sanitaria aun cuando sea en plena crisis económica. Tal situación obliga a mayores e importantes cautelas; a aprovechar al máximo lo mucho que es singularmente válido del Sistema actual; a la corrección de errores anteriores y a la reelaboración de nuevos conceptos, fundamentalmente vinculados al proyecto de Reforma posible.

Pero, y es muy importante, para que el Sistema sanitario así configurado facilite un juego racional y competitivo entre el sector público y el privado, es, a nuestro juicio, indispensable superar la tradicional y, a mi manera de entender, grave incongruencia, representada en la superposición del ejercicio en el sector público y en el privado, o dicho de otra manera, el ejercicio socializado y el ejercicio liberal, ejercidos ambos por los mismos profesionales sobre un mismo colectivo. Ello hace preciso, en manera fundamental, una nueva ordenación de la política de personal al servicio del Sistema sanitario.

Yo, tradicionalmente, he estimado como claramente deseable una más amplia participación de la iniciativa privada en la gestión sanitaria, así como el fomento de la inversión privada en la asistencia sanitaria. Pero para que esto pueda ser así, para que esta consideración en la práctica no pueda ser nuevamente un factor distorsionante, es absolutamente precisa, tanto la previa racionalización del sector sanitario público y de la Seguridad Social, como el obviar cualquier tipo de colonización del sector público por el privado, así como la oferta a la población de un amplio juego de la libre opción. No podemos olvidar la significación de la libertad en la antropología de la medicina, ni mucho menos sus virtualidades terapéuticas.

3 Indudablemente que sí. Como hemos señalado anteriormente, no existe en el actual Sistema sanitario de la Seguridad Social una adecuación entre los niveles macroeconómicos del gasto sanitario y los de satisfacción que el mismo proporciona.

Es por ello por lo que el cambio en el Sistema sanitario lleva hoy día, a nuestro juicio, aparejado el tema, hoy en revisión, de la financiación del Sistema. Tema este último no ajeno a las consideraciones que antes hemos expuesto.

La economía, el presupuesto que la ampara, no es ni puede ser jamás independiente de la política sanitaria. Los presupuestos por programas no son ni pueden ser simples planteamientos contables, sino precisamente lo que indica su propio nombre, presupuestos por objetivos, presupuestos que exigen una previa definición de los objetivos, a su vez inseparables de los presupuestos políticos y sociales, básicos para la concepción del Sistema sanitario y la coherencia política del mismo.

En cualquier caso, la necesidad de contención del gasto es uno de los razonables objetivos políticos claros, aun cuando tenemos la seguridad de que, en medida extraordinariamente importante, puede contribuir mucho a esta contención la simple racionalización del sector público y la corrección de las desviaciones, muchas veces interesadas, del sector público y el privado, a las que antes me he referido, amparadas en la prolongación, tanto tiempo mantenida, de un *modus vivendi* no muy racionalizado entre ambos sistemas.

En cualquier caso hay que reconocer que las posibilidades económicas son muy limitadas, lo que obliga a propiciar métodos que hagan más racional la utilización de los servicios del Sistema sanitario. Hasta la fecha las estrategias disuasorias, orientadas a la disminución del consumo sanitario no se han mostrado sustancialmente eficaces.

Las razones, a mi juicio, de esta ineficacia residen en que no se ha tenido en cuenta la necesidad de corregir la defectuosa ordenación del actual Sistema sanitario, determinante de las aventuras itinerantes que en ocasiones matizan la relación del usuario con el Sistema sanitario. La insatisfacción que el Sistema sanitario produce en el usuario es de todos conocida, que se traduce en el uso simultáneo, sucesivo o alternativo por el mismo, de los diversos niveles y organizaciones vigentes en la actual ordenación del Sistema sanitario, determinándose:

Despilfarro de recursos, degradación creciente de la relación costo-eficacia y anómalas desviaciones entre el sector público y el privado.

Esta situación determina el hecho, al que antes me he referido, de que el nivel alcanzado por el gasto sanitario no guarda relación con los niveles de eficacia y satisfacción que el Sistema produce, lo que confiere singular importancia en el orden de la futura reforma al problema de la financiación, ante el que la corrección de estas situaciones es imprescindible; junto a la utilización de fórmulas de disuasión orientadas a la disminución del consumo sanitario o a una reorientación paulatina de la financiación del Sistema sanitario por vías, que sin perjuicio de su utilidad para la actualización presupuestaria, no influyen en la indefinición o incluso disgregación de la conciencia de derecho y de patrimonio social de la población amparada por la Seguridad Social —lo que a la larga podría determinar una paulatina transferencia de la clientela social hacia sistemas sanitarios de tipo privado—, por un lado, y por otro, romperse dentro de la complejidad y la dinámica cambiante de cualquier Sistema sanitario, la importante función que cumple para la evolución perfectible del mismo, el ejercicio de la conciencia de derecho de las fuerzas sociales interesadas en él, de sus usuarios, de sus profesionales sanitarios y de la misma sociedad, a través de sus medios de información, de expresión y comunicación social.

4 Pienso que lo más importante es el logro de que exista voluntad política de cambio en el Sistema sanitario.

Es también importante la ruptura de los compromisos estratégicos, a los que antes me he referido, y de la aceptación de la persistencia de la situación actual por sectores importantes de las profesiones sanitarias del país.

Es un hecho real que el mal funcionamiento del Sistema sanitario público refuerza la práctica privada.

Es un hecho real que en la ordenación actual del Sistema sanitario, no existe el riesgo de dar cuenta ni al Estado, ni a la sociedad.

Hay que lograr que en el Sistema sanitario público, todas y cada una de sus unidades funcionales, todos y cada uno de los profesionales que lo sirven, empiecen a saber, que su actividad ha de ser evaluada, que hay que dar cuentas de la misma y que el órgano evaluador ha de dejar de ser un aparato burocrático «opaco», con exceso de recursos asistenciales y escaso en recursos de evaluación.

Hay que romper con las situaciones que también influyen en la persistencia del Sistema, a las que antes me he referido.

Pero hay circunstancias, a nuestro entender, muy favorables para el cambio:

Los médicos de las quince últimas generaciones, los médicos hospitalarios, la mayor atención al problema hospitalario, el proceso cultural y político, han desembocado en una crítica unánime al Sistema sanitario y a sus imprecisas alternativas, con unas clases profesionales inicialmente diferenciadas en generaciones, modos de ejercicio e ideologías políticas. Esto es, a nuestro juicio, una situación favorable para el cambio.

Por otra parte, se postula ya un nuevo tipo de enfermo, más activo y autorresponsable, tanto para prevenir su enfermedad como para convertir, en momento oportuno, sus molestias en demanda específica y responsable de asistencia; más sensibilizado con las prestaciones que recibe y el modo de recibirlas; capaz de dar prioridad a la atención médica sobre los medicamentos, y susceptible de transformar la «queja» en presión eficaz sobre el Sistema sanitario, a través de una más amplia participación ciudadana, que ha de facilitar el Sistema a través de cauces institucionales que den acogida a la participación de la comunidad.

Gerardo HERNANDEZ LES

Secretario de la Asociación
para la Defensa de la Salud
Pública

1 La sanidad española tiene, en estos momentos, muchos problemas, problemas viejos que se van agudizando con los años. Entre otros están: la reordenación y gestión del sistema hospitalario, la reconversión del sector farmacéutico, el tema de la asistencia psiquiátrica, los problemas que tiene planteada la medicina rural, la

cuestión de las urgencias y una lista mucho más extensa de problemas, pero, por encima de todos ellos, el problema más agudo es la actual estructura de la asistencia primaria. El escalón primario de salud, tal y como está estructurado en torno a los ambulatorios y consultorios, está desequilibrado y es ineficaz. Carece de recursos necesarios para que el trabajo desarrollado pueda considerarse propio de un profesional. Y es esta asistencia primaria insuficiente la causante directa de muchos de los males del sistema de salud público. La falta de recursos, y la imposibilidad de una atención individualizada, hace derivar enfermos hacia centros hospitalarios para tratamientos y exploraciones que podrían realizarse perfectamente en centros básicos, o intermedios, que estuvieran bien dotados. Ocurre así que, al carecer de una asistencia primaria, el hospital ha de suplir esa carencia, hipertrofiar su actividad, prestar una asistencia que no le corresponde, con el consiguiente incremento de costos y gastos, razón por la cual los hospitales públicos aparecen como los principales causantes de la desviación económica del sistema de Seguridad Social, siendo así que ésta se debe a las funciones que han de prestar para subsanar, parcialmente, la ineficacia de la asistencia primaria.

2 La alternativa supone una determinada concepción del modelo sanitario, que, para mí y para la Asociación que represento, es un modelo de salud pública, por lo que la solución pasa por la potenciación del sistema de Seguridad Social, extendiéndolo a toda la población, para poder prestar una asistencia igual, independientemente del nivel de renta. Para potenciar ese sistema de salud pública, el primer paso es solucionar la actual situación del escalón primario de salud. Sólo un cambio en esta etapa permitirá ir solucionando los restantes problemas que aparecen unidos o derivados de éste. Una asistencia primaria eficaz ha de organizarse en torno a los ambulatorios y consultorios, mejorando e incluso incrementando esta red, dotándola de recursos necesarios para el diagnóstico y variando el esquema de asistencia. La asistencia en estos centros ha de ser conforme a una medicina en equipo, con unos médicos con dedicación plena. Con una jornada así la asistencia podría estructurarse en torno a un tiempo dedicado a consulta, previa lista de espera, de tal forma que el médico sólo vería un número determinado de enfermos, un tiempo dedicado a visitas domiciliarias, y un tiempo dedicado a sesiones clínicas, formación y educación sanitaria de la población.

Dentro de estos centros existiría la libre elección de médico general, o de pediatra, siempre que el cupo de éstos no excediera de 2.000 inscritos o 1.000 inscritos, respectivamente. Pero, para poder dar este paso, la Administración ha de prever también un cambio salarial, que yo considero que debería equipararse al de un titulado superior de la Administración civil, con los complementos correspondientes. Esto sería aceptado por muchos médicos y solucio-

naría, en parte, el tema de las incompatibilidades. Hay que tener en cuenta que, cuando se habla de pluriempleo médico, hay dos tipos de pluriempleo, el de los sectores establecidos a los que no interesa esta situación que yo describo, y otro pluriempleo que más bien es subempleo, y para el que este sistema resultaría muy aceptable.

3 Para mí, es obvio que resulta deseable una mejora de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, tanto para los usuarios como para los profesionales que prestan la asistencia, pero este tema creo que resulta más interesante planteado desde la óptica de qué significaría mejorar la asistencia. Supondría, por una parte, una mejora de la infraestructura material, pero, por otra parte, debería suponer un giro total de índole cualitativa, pasar de una medicina reparadora a una medicina preventiva, capaz de hacer frente a la patología que ha creado la sociedad industrializada. Por otra parte, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en España es mejorar la calidad de los recursos sanitarios del país, ya que más del 70 por 100 de los mismos pertenecen a la Seguridad Social. Por ello, me parece falaz pretender que la privatización es la única manera de mejorar la calidad. Considero que la privatización es algo inviable para nuestra estructura económica, que incrementaría el gasto, que desequilibraría, aún más, la asistencia a las distintas capas de la sociedad. Hay que tener en cuenta que los argumentos, que actualmente se presentan para justificar el menor costo de la asistencia privada respecto a la pública, no ofrecen datos comparables. Por ejemplo, cuando se dice que los hospitales privados son más baratos que los públicos no se hacen las diferencias necesarias señalando que la patología que atienden los hospitales privados es una patología banal, mientras que la alta tecnología, necesaria en múltiples ocasiones, sólo es accesible en hospitales públicos donde, sin lugar a dudas, la calidad de la asistencia es muy superior.

4 Los obstáculos tienen que ver con la elección del modelo. Los partidarios del esquema liberal, o privado, son los que están obstaculizando esa posibilidad y, para mí, son tres los grupos que se oponen: los sectores industriales (la electromedicina, los laboratorios farmacéuticos y las mutuas privadas); algunos sectores de la Administración que ayudan a desmantelar el sistema, favoreciendo una política de conciertos cuando los recursos propios no están siendo utilizados al máximo, etc.; y, por último, ciertos grupos de la profesión médica, los sectores más establecidos de la misma.

Josep LAPORTE SALAS

Consejero de Sanidad
y Seguridad Social de la
Generalidad de Cataluña

1 Hay muchos, y creo que, por su obiedad, va a haber acuerdo general en ponerlos de relieve. En primer lugar, a mi entender, falta una definición clara del sistema sanitario a adoptar: hay que señalar los límites del sector público y determinar claramente su amplitud, diferenciándolo del privado. No hay duda de que, al ejercer en ambos sectores una buena parte de nuestros profesionales sanitarios, se producen con demasiada frecuencia situaciones conflictivas que es preciso evitar.

Desde la implantación, hace cuarenta años, del Seguro Obligatorio de Enfermedad se ha ido al progresivo establecimiento de un sistema sanitario de utilización pública que, teóricamente, cubre las necesidades asistenciales de un 85 por 100 de la población. Pero en la práctica resulta que, por diversos motivos, una parte (variable según las zonas) de los asegurados recurre a la utilización de una asistencia ajena a la red de la Seguridad Social (privada, mutualística, benéfica, etc.).

No existe, por otra parte, una integración del sector público. Al lado de los profesionales enrolados en los centros propios del sistema de la Seguridad Social, nos encontramos con los sanitarios locales (médicos, farmacéuticos, veterinarios, ATS, matronas) cuya actividad, planificada hace largos años, no se ajusta a las necesidades del momento actual. Además, existen, como es bien sabido, los centros pertenecientes o procedentes de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA) y una multitud de equipamientos de otras administraciones públicas o semipúblicas, con los que apenas existe coordinación.

Por otra parte, esta heterogénea red asistencial pública presenta múltiples desequilibrios de orden diverso. Los territoriales no son los menores; junto a zonas francamente deficitarias, existen otras en las que la dotación asistencial llega a ser excesiva, si tenemos en cuenta las necesidades globales (por ejemplo, número total de camas) o sectoriales (así sucede, en ciertos casos, con servicios de obstetricia o de pediatría). Estos defectos se dejan sentir muy notablemente en Cataluña, donde la proporción de camas para enfermos agudos de la red propia de la Seguridad Social se encuentra por debajo del 20 por 100 del total existente, mientras que en el conjunto del Estado es del 45 por 100. La ausencia de una planificación racional se deja sentir a cada paso: en Cataluña tenemos múltiples ejemplos que demuestran que las escasas inversiones realizadas se han hecho en muchísimos casos de espaldas a las necesida-

des del país. También salta a la vista la desproporción en cuanto al tipo de equipamientos asistenciales: en general, se ha construido un excesivo número de grandes hospitales o ciudades sanitarias, de difícil y complicada gestión, en detrimento de los hospitales comarcales y, especialmente, de la red de atención primaria, que resulta absolutamente insuficiente. En el fondo, entiendo que aquí, al igual que en otros sectores, nos encontramos frente a la lógica consecuencia de una larga etapa de centralización y burocratización a ultranza de nuestra Administración pública.

Además, entre las múltiples insuficiencias del actual dispositivo asistencial público, destaca la falta de una red de centros donde poder atender adecuadamente los enfermos crónicos y, de manera especial, de un mecanismo que posibilite la asistencia de los enfermos psíquicos que, como es bien sabido, se han dejado a la responsabilidad de las Diputaciones, que llevan a cabo tan compleja misión con suerte diversa.

2 Si en el diagnóstico de los problemas de la sanidad es de esperar que exista un amplio consenso, no es tan seguro que exista coincidencia en las medidas a tomar. Sin embargo, opino que sí la habrá en la necesidad de que, cuanto antes, se proceda a la clara definición del modelo asistencial, con la necesaria diferenciación de cuál es el sector de población a atender (que, a mi entender, debería ser toda), y de hasta qué nivel se garantizan las prestaciones. Tal como señala la Constitución y los estatutos de Autonomía, esto debe hacerlo el Parlamento estatal; pero me temo que hasta bien pasadas las elecciones generales no se aborde la discusión de un tema tan polémico, al mismo tiempo que tan urgente. Sea cual fuere el sistema elegido para la cobertura y financiación de la asistencia sanitaria, creo que será necesario proceder a integrar en un solo sistema los existentes en la actualidad, y a utilizar una parte considerable de los recursos en tareas de prevención.

Por otra parte, me parece imprescindible —y no solamente por convicción política— acabar con la absurda centralización existente en la toma de decisiones. La práctica demuestra la inoperancia del sistema hasta ahora vigente: resulta imposible dirigir una estructura tan compleja como es el INSALUD desde un solo centro de poder. No estará de más recordar que en el Reino Unido, por ejemplo, Escocia, Gales e Irlanda del Norte tienen sus propias estructuras sanitarias independientes de las de la propia Inglaterra. El Estado de las Autonomías ofrece una salida a la situación actual. A este respecto quiero hacer notar que, en una reciente reunión de los administradores de hospitales celebrada en Valladolid, se llegó, entre otras, a la conclusión de que la ordenación autonómica puede ser la última oportunidad que ha tenido el Estado para conseguir la racionalización y la eficiencia del sistema asistencial.

3 Me parece evidente que debe ser así. En la Seguridad Social, a nivel hospitalario, la asistencia suele ser relativamente aceptable o incluso en ocasiones altamente satisfactoria. En cambio, todo el mundo está de acuerdo en señalar que, en especial en los grandes núcleos urbanos y en ciertas zonas rurales, la atención primaria deja mucho que desear.

Es preciso reestructurar totalmente una red de atención primaria integrada e integral que dé cabida a la prevención, a la rehabilitación, y, también, a la promoción de la salud. Los dispensarios y ambulatorios deben dejar de ser sitios en los que se va principalmente a buscar una receta, para ir convirtiéndose en verdaderos centros asistenciales en los que cada paciente tenga su ficha sanitaria y encuentre solución a los problemas relacionados con la salud y no solamente remedios, más o menos eficaces, para su enfermedad.

Cuando se consiga esta necesaria transformación, no sólo mejorará la salud de la población asistida, sino que los centros terciarios funcionarán mejor. En efecto, en la situación actual un buen número de las urgencias atendidas en los grandes hospitales son consecuencia de los defectos de la primera línea asistencial. Si el enfermo está bien atendido en los centros de atención primaria, no tendrá por qué acudir directamente al hospital.

La asistencia sanitaria, particularmente la de los hospitales y ambulatorios de la Seguridad Social, debe mejorar también en sus relaciones con los enfermos y público en general, e incluso en su aspecto externo, a veces deprimente, y que exagera considerablemente lo negativo del sistema, aspectos que, en contraste, el sector privado suele cuidar mucho más.

4 Dejando aparte los que significarían la toma de decisión política del modelo sanitario a establecer, obstáculos habrá muchos; y como no es de esperar —ni considero deseable— que se recurra al clásico borrón y cuenta nueva, llevará años hacerlos desaparecer. A este respecto, entiendo que lo primero que deberá conseguirse es la adecuada motivación de los profesionales para que, sin excepción, cumplan con los compromisos libremente contraídos con la Seguridad Social. Ciertamente, la limitación de los salarios constituye un inconveniente importante que debería revisarse a fin de adecuar las retribuciones y las dedicaciones, pero el excelente espíritu que anima a muchos facultativos —en especial, aunque no exclusivamente, a los pertenecientes a las promociones más jóvenes— que desean contribuir a la mejora de nuestro dispositivo asistencial me permite ser moderadamente optimista en este sentido.

La progresiva tecnificación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos eleva, incesantemente, los costos de la asistencia sanitaria, que quedan fuera del alcance de los medios de fortuna del paciente. Este hecho incontestable aboga tam-

bién en contra de un desmantelamiento del sistema público actual, a pesar de sus defectos. Asimismo, todo parece indicar que, en buena medida, el incremento de la oferta de servicios sanitarios —necesario, por otro lado, entre otros motivos para paliar los déficits sectoriales y los existentes en determinadas zonas— incrementa la demanda global y, por tanto, el gasto.

Pero es obvio, también, que deberá ponerse un límite a la factura sanitaria, porque existen otras necesidades a satisfacer. Ello obligará a establecer unas reglas de juego de tal manera que usuarios y profesionales sepan a qué atenerse en cada caso. Considero imprescindible, en este sentido, la realización de estudios que demuestren claramente cuál es la proporción real de nuestro PIB que se dedica al sector sanitario. No hay duda de que el eventual aumento que se produjese no podrá ser ilimitado. Incluso en los países de economía mucho más poderosa, se ha llegado a una análoga conclusión, al demostrarse, además, que el aumento indiscriminado del gasto sanitario no conduce a un incremento constante y paralelo del nivel de salud. En cambio, sí que me parece posible y deseable relacionar el gasto con el fin de conseguir una mejor eficiencia del sistema. La economía de la salud tiene mucho que enseñarnos a este respecto.

Finalmente, no puedo dejar de referirme al peligro que supone, para una correcta y eficaz ordenación del sistema de la sanidad y de la Seguridad Social, la actual tendencia regresiva en lo que respecta a la interpretación del título VIII de nuestra Constitución. No sólo el proyecto de LOAPA, sino también el Real Decreto 2.824/1981, de 27 de noviembre, sobre coordinación y planificación sanitaria, así como determinadas actitudes adoptadas por altos cargos de la Administración central, tienden claramente a poner en entredicho el espíritu y la letra de la normativa y modelos teóricamente vigentes. No creo que —consideraciones estrictamente políticas aparte— esta contraofensiva anti-autonómica sea ajena a los intereses de ciertos estamentos que, desde hace largos años, han monopolizado el poder en el terreno de la sanidad y la Seguridad Social. Pero es que, aparte de los argumentos jurídicos y políticos citados, bajo la etiqueta de la coordinación y la planificación, en cuya necesidad todos estaríamos de acuerdo, se pretende simplemente volver al modelo centralista y burocrático, cuya ineficacia ha demostrado plenamente la historia.

También debería referirme al desequilibrio, si se mira desde la perspectiva global, entre los recursos destinados a la prevención en sentido amplio —es decir, medicina preventiva, educación sanitaria, control sanitario de los alimentos, saneamiento ambiental, etc.— y a la asistencia. El tema es complejo, pues los deseos individuales de los sanitarios, y sobre todo de los enfermos, priman sobre los que podrían denominarse decisiones razonables desde un punto de vista colectivo o estadístico. Con

todo, entiendo que el objetivo a cubrir por cualquier sistema sanitario debe ser el mantenimiento y promoción de la salud más que el tratamiento de la enfermedad, sin desdeñar, claro está, la importancia de la asistencia necesaria, con una adecuada relación coste/eficacia, siempre que sea precisa para recuperar este bien tan fundamental y tan difícil de definir que designamos con el nombre de salud.

José MARTINEZ ESTRADA

Subdirector de Estudios
del Instituto de Estudios Laborales
y de la Seguridad Social

1 Los problemas más importantes son:
a) La masificación y despersonalización de la asistencia sanitaria, que se traduce en la desaparición absoluta de la relación afectiva y humana médico-enfermo, sin que esta relación bipersonal haya sido sustituida, en los modernos centros hospitalarios, por la relación equipo-paciente, que debe y puede mantener esa «camaradería itinerante» que debe existir entre médico y enfermo.

b) El mal funcionamiento de la asistencia extrahospitalaria, lo cual ha repercutido muy desfavorablemente en la calidad de las atenciones hospitalarias, ya que éstas, por las deficiencias de aquélla, tienen una plétora de enfermos, en un volumen muy por encima del 15 por 100 de los casos patológicos, que son los que verdaderamente precisan de la asistencia hospitalaria.

c) La drástica separación entre la asistencia sanitaria y la salud pública, que continúa y que exige una dispersión de los recursos, y que muchas veces tienen que recaer ambos sectores en las mismas personas y en los mismos centros, sin que haya una verdadera coordinación y potenciación mutua.

c) El olvido total de la reforma sanitaria, aprobada por el Congreso de los Diputados en el Pleno de los días 6 y 7 de mayo de 1980, y el evidente retraso en el envío por el Gobierno a las Cortes del Anteproyecto de la Ley de Sanidad, con lo que los defectos del sistema sanitario actual persisten y el deterioro de la sanidad española es creciente y cada vez mayor.

e) La falta de recursos económicos, que, sin duda, impide adoptar una serie de medidas urgentes que corrijan los defectos más notorios existentes en la actualidad.

f) La no existencia de una prevención eficaz, centrándose todo el sistema sanitario en la enfermedad y no en la salud.

2 *a)* Jerarquización, con jornada horaria, de los ambulatorios o centros de especialidades, y potenciación de la atención primaria de salud, con establecimiento progresivo de la medicina familiar y comunitaria.

b) Transformación de los actuales ambulatorios en centros de salud, en los que se lleve a cabo una verdadera asistencia sanitaria integrada, en la que se incluya la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

c) Integración de la asistencia sanitaria y de la salud pública, con centros comunes y personal homologado.

d) Puesta en marcha de los principios de la reforma sanitaria, aprobada por el Congreso de los Diputados, de forma gradual y progresiva, y ello antes de discutir y aprobar el Anteproyecto de la Ley de Sanidad, cuyo envío a las Cortes no debe demorarse más.

e) Mayor atención en los Presupuestos Generales del Estado al capítulo de la Sanidad, sobre todo en el sector de la prevención y promoción de la salud. Las cantidades presupuestarias actualmente asignadas son irrisorias.

f) Dar mayor protagonismo a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud en los programas sanitarios, habida cuenta de la rentabilidad económica de estas acciones, ya que, indudablemente, evitan gastos mayores en la asistencia sanitaria propiamente dicha.

3 Efectivamente, del estudio de los problemas que hemos enunciado en la contestación a la primera pregunta, se deduce la existencia de una calidad deficiente, tanto técnica como humana, en la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en España, cuya base está dispersa en instituciones sanitarias de todo tipo, las propias, las privadas concertadas, los hospitales clínicos, los centros de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional, etc., con una evidente falta de coordinación y con una dispersión de recursos, tanto económicos como personales y materiales, que hace precisa una racionalización en todos los órdenes, como presupuesto previo para conseguir, mediante medidas, elementales muchas de ellas, una mejora de dicha calidad.

4 Los principales obstáculos a salvar serían:

a) La transferencia de las competencias en materia sanitaria a los entes preautonómicos y autonómicos, con la consiguiente multiplicación de órganos de gestión e inspección y la falta de coordinación que es presumible.

b) La falta de mentalidad adecuada de las corporaciones profesionales sanitarias, ancladas todavía en el deseo de compartir la asistencia pública con la asistencia privada.

c) El pluriempleo profesional, verdadero cáncer de la medicina de nuestro tiempo,

que sólo en parte está justificado por la insuficiencia de los honorarios.

d) La tendencia a la privatización de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, como solución antagónica a la de un Servicio Nacional de Salud, que sería, a nuestro juicio, el sistema más adecuado para la Sanidad española, teniendo en cuenta, además, que no se trata, como algunos creen, de un modelo de tipo socialista.

e) La existencia, en materia de personal, de sistemas paralelos, con derechos adquiridos diferentes y correspondientes a las distintas modalidades de asistencia sanitaria implantadas periódicamente desde el nacimiento del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

Javier MATOS AGUILAR

Presidente del Colegio de Médicos
de Madrid

1 1.º Falta de educación sanitaria.

2.º Ausencia de medicina preventiva en los campos de: hipertensión arterial, reumatismo, diabetes, higiene dental, alimentación, higiene general, etc.

3.º Asistencia primaria despersonalizada y multitudinaria, lo cual redundará en una baja de la calidad.

2 1.º Formación, con los actuales médicos y especialistas que actúan al primer nivel de Sanidad, de grupos de medicina preventiva cuya actuación incidiría sobre su actual zona.

2.º Asistencia de primer nivel por libre elección de médico, incluyendo a todos los médicos colegiados del país.

3.º Retribución por sueldo fijo en la medicina preventiva y por acto médico en la asistencial.

4.º Autonomía de gestión y responsabilización total a los hospitales. Libre elección de ámbito nacional del hospital por el enfermo.

5.º Reforma de los órganos de gobierno de los hospitales con dos líneas, una técnica (director y subdirectores o jefes de departamento) y otra administrativa (gerente y administradores) que coincidan sobre la persona del secretario general, que puede ser o no un profesional de la medicina. La jefatura de enfermería, la jefatura de personal y la junta facultativa serían los órganos consultivos del anteriormente descrito consejo de dirección. El comité de empresa cumpliría sus funciones desde una

situación paralela a la línea antes expuesta. La administración (órgano de gestión «propietario» del hospital) tendría su función de control a través de auditorías externas con la frecuencia que creyera conveniente, y por medio de la aprobación de los presupuestos del hospital en base al rendimiento del mismo, tanto numérico como de los resultados obtenidos (calidad) durante el ejercicio anterior.

3 Sí.

4 La principal causa del estado actual de las cosas es la burocratización y funcionarización del actual sistema, que rompe la relación entre el médico y el enfermo, considerándose el primero como únicamente relacionado con la organización (la Seguridad Social) y el segundo como un asalariado de la misma. Este estado de cosas impide, por falta de participación, que ambos, pacientes y sanitarios, consideren que la empresa es un esfuerzo común.

José Antonio MORENO RUIZ

Gerente del Hospital Provincial de Madrid

1 Los problemas más importantes que tiene planteada la Sanidad española en este momento son los siguientes:

a) El sistema de Seguridad Social de España es en el que más acusadamente se da la circunstancia de obligatoriedad y monopolio. Esta situación, sólo aceptable en un sistema de Servicio Nacional de Salud, tiene más inconvenientes que ventajas y, además, es muy difícil de sostener con el advenimiento de las autonomías. En el momento actual, es el propio sistema de Seguridad Social quien decide el nivel de financiación, las ofertas de servicios, las enfermedades protegidas, la calidad adecuada, las inversiones a realizar, los sistemas de acceso y de gestión, etc.

b) El INP, que dio origen al actual INSALUD, ha sido probablemente una de las instituciones más típicamente centralista de nuestro país. En su seno han tenido plena manifestación los aspectos carismáticos, autoritarios y paternalistas de dicho sistema de gobierno. La actitud carismática le mantuvo al margen de las reformas de las instituciones del Estado, porque «su caso era diferente». Sus problemas internos no podían ser tratados de forma semejante a como lo fueron otras instituciones porque él siempre fue distinto. El autoritarismo le llevó

al centralismo, consecuencia lógica del concepto negativo sobre la naturaleza humana que albergaba en su seno. Al frente de los puestos de responsabilidad se colocaron «hombres fieles y obedientes» en lugar de profesionales competentes. La consecuencia de esta situación ha sido la mala gestión y el centralismo, que sólo podrán superarse mediante la democratización interna y la profesionalización de sus hombres clave.

La escasa profesionalidad de los responsables ha hecho que las tareas directivas no se hayan hecho o se hayan efectuado mal. No ha existido la necesaria planificación, sin definición de objetivos, sin programación, sin concreción presupuestaria descentralizada, sin planes concretos de acción, sin estrategias. La organización respondió, más que a necesidades de eficacia en la gestión, a cuestiones carismáticas y de conflictos entre los distintos grupos de poder dentro del mundo sanitario. El control no ha existido, como consecuencia de lo anterior (no puede haber auténtico control, sin la necesaria planificación). A lo sumo, ha habido inspección y supervisión pero no auténtico control.

Se ha pasado, por otra parte, de una situación de superabundancia de recursos a una escasez de los mismos de tal magnitud que los excesivos superávits se han transformado en déficits muy difíciles de soportar. Para esta nueva situación no existen ni las adecuadas estructuras ni la mentalidad que se requiere. Por supuesto que sus dirigentes no han experimentado el mecanismo de adaptación a la nueva situación. Se sigue pensando que el papá Estado debe de resolver el problema en lugar de esforzarse en emprender los reajustes y las acciones necesarias para equilibrar los presupuestos dentro de criterios posibilistas. Hace tiempo que se sabe que el sector sanitario va a sufrir la escasez de recursos actual, pero no se han elaborado las estrategias y los reajustes apropiados a la nueva situación.

Es cierto que nuestro sistema sanitario no es más caro que el del resto del mundo pero también es cierto que su gran fallo es el escaso rendimiento de los recursos consumidos. La demagogia del sistema paternalista, por un lado, y la falta de exigencia profesional en sus dirigentes, ha conducido a esta situación de ineficiencia. Este es el problema más grave y el más difícil de resolver porque la burocracia institucional juega en contra y las sucesivas reformas no han sido más que tácticas de perpetuación y mantenimiento del sistema. Sólo la introducción de la tecnología de la empresa privada en los sistemas de gestión podrá lograr mejorar esta eficiencia; esta tecnología no podrá ser suministrada por el propio sistema. Su historia burocratizante así lo indica.

2 En nuestra opinión, la única solución viable es el establecimiento de un plan sanitario nacional. Este plan sanitario na-

cional debería de contar con los siguientes apartados:

a) Objetivos generales del plan:

1. Potenciación de la medicina intrahospitalaria.

2. Descentralización de la planificación de forma que el llamado distrito, área o comarca, sea el verdadero ámbito de la auténtica planificación. Planificación de abajo-arriba; las decisiones al nivel más próximo posible al de ejecución; los proyectos preparados por los que tengan que ejecutarlos y no por la autoridad superior que deba de imponerlos.

Planificación a largo plazo, pero dirigida a objetivos muy concretos. Los proyectos adecuados a las disponibilidades financieras y de personal de cada momento, de periodicidad anual, y ejecutados sin interferencias de la superioridad.

3. Democratización de la estructura y participación de los profesionales sanitarios, y de la población en general, en la toma de las decisiones, para lo que será necesario crear órganos de gestión colegiados constituidos por médicos de cabecera, de hospitales, de educación sanitaria, enfermeras de hospital y de asistencia domiciliar y ambulatoria, sociólogos, asistentes sociales, economistas sanitarios y la propia población en general.

4. Autonomía administrativa regional, pues el fracaso de los planes de regionalización sanitaria se debe, por un lado, a que se fundamentan en un proceso de delegación sucesiva cuyo punto de arranque radica en la centralización de la toma de decisiones, disimulada con unas tímidas delegaciones, en la medida en que las tensiones sociales creadas por el centralismo, lo han aconsejado como medida de supervivencia del sistema; por otro lado, la regionalización hospitalaria y sanitaria no ha ido acompañada de la regionalización administrativa, por lo que las dificultades legales y administrativa, en general, la han hecho irrealizable en la práctica.

3 Cuando se habla de la calidad asistencial, en general, se hace divagando y sin concretar; decir que existe buena o mala calidad no es decir nada, lo que hay que decir es cuál es la calidad asistencial prestada por una determinada institución, porque decir que ésta es buena o mala es no decir nada. No obstante, podemos afirmar que las situaciones en que se encuentran determinadas instituciones que prestan servicios sanitarios son francamente críticas, desde el punto de vista de la calidad de los mismos, y es necesario hacer notar que es en los ambulatorios en donde dicha situación es más crítica en general.

4 1. En primer lugar, el pluriempleo médico, y coexistiendo con el grave paro médico del sistema. Ello supone que los médicos que ocupan los puestos de trabajo disponen de poco tiempo para poder realizar sus actividades y, en consecuencia, la calidad disminuye, situación que podría resolverse con facilidad afrontando la situa-

ción de paro médico, aunque el tema de las incompatibilidades planea de manera trágica sobre esta circunstancia.

2. Obstáculo difícil de vencer será el tema de los derechos-privilegios de la clase médica, que de ninguna forma cederá fácilmente terreno, y se hará necesario un enfrentamiento con la misma si se quiere afrontar la mejora de la asistencia.

3. Falta de mentalización y participación ciudadana en los problemas de la salud en nuestro pueblo, que se ha venido dejando llevar por la política paternalista del sistema durante cuarenta años.

4. Integración territorial *versus* centralización/delegación funcional.

Jorge PEREZ DEL BOSQUE

Jefe del Servicio de Otorrinolaringología de la Residencia Carlos Haya, Málaga.
Ex Presidente del Consejo General de Colegios Médicos

1 Creo que el problema más importante es plantearse, de una manera decidida, el modelo sanitario que se pretende implantar, dado que sin conocer esta premisa fundamental todo lo demás son castillos en el aire. También es preciso reflexionar, cuidadosamente, sobre lo que actualmente pensamos, para examinar los valores positivos de nuestra situación, y, actualmente, aquellos factores que, por falta de eficacia o por su costo desproporcionado a los resultados, deben ser inexorablemente sacrificados. Podemos resumirlo diciendo que más que una reforma se requiere dar forma y eficacia a aquello con lo que contamos.

2 Derivada de la primera, hay dos condiciones previas: la política y la económica. Es completamente diferente el planificar un sistema de salud en el cual el Estado sea el gestor total y los médicos funcionarios, que un sistema liberal, de libre modelo, en el que la ley de la oferta y la demanda se acople también a la Medicina. Somos conscientes de que una liberalización total no es posible, pero existen modelos en los cuales el Estado protector se hace cargo de los gastos a través de sus seguros, pero no es el órgano gestor de la Medicina, ni patrimonial de las instituciones. Urge hacer un sistema ecléctico, entre dos modelos totalmente opuestos, como tenemos los ejemplos en cualquier país del propio Mercado Común, pudiendo considerar como antípodas el sistema americano

y el sistema socialista de la Europa del Este.

3 Una mejora de calidad de la asistencia es deseo que todos tenemos, no solamente en España sino en cualquier país que posea una Seguridad Social. Creemos que todas las obras pueden ser perfeccionadas, y la Seguridad Social española puede mejorarse considerablemente, bien con pequeñas modificaciones del contexto actual, o con las grandes modificaciones que ocurrirán de adoptarse de una manera decidida un modelo sanitario. Consecuentemente con todo ello, sería necesario una Ley de Sanidad y, previamente, mayores aportaciones económicas, por cuanto no hay que olvidarse de que la Medicina es calidad de vida, y, a medida que se desea una calidad de vida mejor, es más costosa. No obstante, somos conscientes que en este modelo se producen cuantiosos gastos en algunas partidas que pueden ser integradas en otros servicios que requieran recursos para su desarrollo.

4 Esta pregunta está totalmente integrada con la primera. No obstante será siempre particular por falta de decisiones y medios económicos si no se estudian cuidadosamente tanto el costo real de las consecuencias de cualquier medida que se tome, a medio y largo plazo, como el costo de cualquier sistema que se haya de adoptar.

Ramiro RIVERA LOPEZ

Presidente del Consejo General de Colegios Médicos

1 El problema básico es encontrar la voluntad política de hacer una auténtica Reforma Sanitaria, que esté basada en tres pilares que garanticen su eficacia. A saber: Proporcionar a la sociedad española una Medicina de calidad. Ser económicamente factible. Contar con la colaboración de los médicos para su aplicación. En España se conocen las características de la Medicina de los países occidentales, y el pueblo español las exige, no pudiéndose por tanto contentar con el tipo de asistencia sanitaria que se proporciona en los países del Este, para la cual sí que económicamente estaríamos dotados. Desde el punto de vista médico, la calidad de la asistencia pasa por las premisas de la libre elección, por parte del enfermo, del médico y del centro asistencial. Este condicionamiento genera competitividad e incentivo y permite la actualización constante de los conocimientos de los médicos, base científica de la calidad de la Medicina.

2 Entiendo que la dificultad de una Reforma Sanitaria sobre los pilares que señalábamos, radica, fundamentalmente, en el problema económico. El Estado no es capaz, en el momento actual, ni lo va a ser en un futuro próximo, de financiar este tipo de asistencia sanitaria para la totalidad de la población. En consecuencia, hay que encontrar un modelo de coexistencia de la iniciativa privada y de la medicina estatalizada, de tal manera que a toda la población se le pueda atender con las mismas características de eficiencia. Por ejemplo, en los niveles de población de menor renta, esta atención debería correr completamente a cargo del Estado, y en niveles progresivamente mayores de renta, la participación del ciudadano debería ser también progresivamente mayor, de tal manera que el Estado se viera complementado por la participación ciudadana, en función del nivel económico de cada uno.

3 Indiscutiblemente. La calidad de la medicina asistencial de la Seguridad Social es, en conjunto, inferior a los costes que genera. Dentro de ella es evidente, sin embargo, que hay sectores bien dotados, y donde se produce una medicina de gran calidad. De una forma concreta, pensamos que la reorganización de la asistencia extrahospitalaria, mediante un sistema en el que se diesen los condicionamientos de libre elección de médico y de centro asistencial, condicionaría, automáticamente, un aumento de la calidad de la medicina asistencial primaria, una disminución de los actos médicos y de las prescripciones a este nivel, y sobre todo eliminaría el exceso de demanda asistencial que recae actualmente sobre el sector hospitalario, y que condiciona la limitación de la calidad de su funcionamiento.

4 El obstáculo es fundamentalmente económico y sólo puede salvarse aceptando con realismo la incapacidad de financiar la Seguridad Social, bien partiendo de cotizaciones, bien partiendo de impuestos, íntegramente por el Estado. Hay que aceptar el hecho de que se precisa una colaboración por parte del ciudadano. Y asimismo, hay que aceptar el hecho de que, aunque la asistencia se ofrezca como un servicio público, éste puede estar controlado en su calidad por el Estado, pero en parte gestionado por la iniciativa privada. La existencia de un sector privado en la asistencia sanitaria es deseable por muchos conceptos, pero, en cualquier caso, lo sería simplemente para que sirviera de contrapunto al funcionamiento del sector estatalizado.

José M. SEGOVIA DE ARANA

Director del Fondo de Investigación de la Seguridad Social, y Director de la Clínica «Puerta de Hierro»

1 A mi juicio, ha de colocarse, en primer término, la ineficacia del sistema asistencial debido al desequilibrio producido entre la asistencia hospitalaria y la extrahospitalaria. Una torpe gestión ha ido acen tuando, desde la Administración de la Seguridad Social, una mayor carga a la asistencia hospitalaria, que tiene que atender a una gran demanda de asistencia, tanto justificada como injustificada, en tanto que la asistencia de ambulatorios es en gran cuantía ineficaz, con unos costos excesivos o inútiles en medicamentos y exploraciones radiológicas y analíticas.

Otro gran defecto es el de no haber potenciado y desarrollado la medicina preventiva y la educación sanitaria de la población, que habría descargado considerablemente la demanda de asistencia «curativa» y rehabilitadora, que es la más costosa.

2 Las que están contenidas en las líneas generales de la Reforma Sanitaria, aprobadas por las Cortes en mayo de 1980. Consisten en:

a) Desarrollar decididamente la asistencia primaria, en sus aspectos curativos, preventivos, de medicina comunitaria y de promoción de la salud.

b) Dar prioridad a la construcción, desarrollo y funcionamiento de los centros de salud del segundo nivel asistencial.

c) Una revitalización de la asistencia hospitalaria, eliminando de la misma todo lo que está parasitando su funcionamiento y encareciendo injustificadamente sus costos.

d) Instaurar la educación médica continuada del personal facultativo y la educación sanitaria de la población.

3 Evidentemente. Con las medidas indicadas anteriormente, aumentaría la calidad de la asistencia sanitaria, con mayor satisfacción para los usuarios, así como para los profesionales sanitarios dispensadores de la asistencia.

4 Las soluciones propuestas se basan en los dos siguientes aspectos que se consideran fundamentales:

a) Ordenación o planificación por parte del Gobierno y de la Seguridad Social de un sistema asistencial equilibrado entre los tres niveles asistenciales preconizados en la Reforma Sanitaria.

b) En cuanto al funcionamiento del sistema, habrá que lograr un equilibrio di-

námico entre los servicios asistenciales prestados por la Seguridad Social y los de la iniciativa privada, a través de diferentes tipos o modalidades de seguros libres.

Diego FIGUERA AYMERICH

Jefe de Departamento de la Clínica «Puerta de Hierro»

La asistencia sanitaria en España, en el momento actual, considerada en su conjunto, presenta dos grandes problemas que, aunque están relacionados entre sí, tienen características distintas y exigen soluciones también distintas.

Estos dos grandes problemas son:

I. *La asistencia sanitaria primaria (ambulatorios).*

II. *La asistencia en los hospitales. Su funcionamiento.*

I. *La asistencia primaria (ambulatorios).* La asistencia en los ambulatorios es, actualmente, muy mala. Las causas de su baja calidad son la masiva asistencia de «enfermos». Los enfermos abusan de estos servicios, a los que acuden muchas veces, no por enfermedad, sino para obtener la baja temporal que les permita un trabajo adicional, para justificar una ausencia del trabajo, o para obtener una medicina deseada, pero no precisa.

La masiva asistencia de enfermos obliga al médico a realizar una medicina muy poco satisfactoria, teniendo que limitarse, muchas veces, a dispensar la receta exigida, o a dar una baja poco justificada.

Para remediar esto, podría hacerse lo siguiente:

a) *Establecer un ticket moderador* para frenar las consultas y prestaciones, como se ha frenado el gasto de medicamentos con el pago de parte de su importe por el enfermo. El enfermo tendría que pagar algo por su visita, aunque lo pagado se dedujera después de su cuota a la Seguridad Social.

b) *Transformando progresivamente los ambulatorios en hospitales locales y comarcales*, es decir, en pequeños hospitales, con funciones limitadas, en los cuales se podría hacer la asistencia *completa*, no sólo de consulta, por enfermedades no muy importantes, tanto médicas como quirúrgicas. En estos pequeños hospitales, bien jerarquizados y coordinados entre sí con los grandes hospitales regionales o centrales, los médicos podrían estar a plena dedicación, o con una jornada más extendida que la actual, lo que no puede hacerse si su trabajo se limita, sólo a la consulta del enfermo ambulatorio.

Los ambulatorios que no pudieran transformarse en hospitales locales, deberían adscribirse al hospital comarcal o regional más cercano.

La realización de los apartados a) y b) evitaría el actual aluvión de enfermos a los hospitales, que se van, poco a poco, convirtiendo en grandes ambulatorios, porque éstos no realizan su función adecuadamente. La llegada masiva de enfermos a los hospitales dificulta enormemente su función específica.

II. *La asistencia en los hospitales. Su funcionamiento.* La mayoría de los centros hospitalarios de la Seguridad Social funcionan, actualmente, sólo por la mañana. Hay algunos, muy pocos, que funcionan con jornada completa (por ejemplo, la Clínica Puerta de Hierro, de Madrid, y la Fundación Jiménez Díaz).

Estos hospitales, con jornada completa, por su singularidad, están siendo objeto de constantes medidas inadecuadas por parte de la Administración Central, que están provocando su deterioro progresivo. Como creemos que ese tipo de hospital sería el ideal, vamos a dividir el problema de los hospitales de la Seguridad Social en tres apartados:

A) Evitar el progresivo deterioro de los hospitales que funcionan hoy relativamente bien.

B) Incrementar la utilización de los hospitales que hoy funcionan sólo a tiempo parcial (sólo por las mañanas).

C) Posibles medidas para mejorar la asistencia, saneando la economía y facilitando la competencia.

A) *Evitar el deterioro de los hospitales que funcionan hoy con jornada completa (tipo Clínica Puerta de Hierro).*

El horario de trabajo de la Clínica Puerta de Hierro es de 9 a 6 todos los días, menos el viernes, que es de 9 a 3 (42 horas semanales). La imposición de este horario, desde que se fundó la Clínica en 1964, fue unida a la integración en ella de toda la práctica del médico; la privada y la de la Seguridad Social, única manera de vincular totalmente al médico a la Institución y que ésta funcionara mañana y tarde, como en la mayoría de los hospitales del mundo.

Los honorarios de los médicos se establecieron superiores a los de los otros médicos de otros hospitales de la época, que funcionaban en régimen mañanero, y se les permitió asistir a sus enfermos privados, limitando al 15 por 100 el número de camas para enfermos particulares.

Con el transcurso de los años, el sueldo de los médicos se ha ido degradando y, actualmente, su poder adquisitivo puede calcularse en la tercera parte del que tenían en el año 1964 y es, además, igual al que tienen los facultativos en los otros hospitales, que trabajan sólo por la mañana.

Por otra parte, por muchos motivos, casi siempre demagógicos, se ha ido dificultando el ingreso de enfermos privados, con lo cual la situación económica de la ma-

oría de los médicos de este hospital se ha hecho insostenible.

Para mantener este modelo hospitalario, que seguimos creyendo es el más racional, eficaz, económico y justo, habría que hacer los reajustes que se enumeran a continuación. De no hacerlo así, sería mejor que la Clínica Puerta de Hierro pasase al régimen general de trabajo del resto de los hospitales de la Seguridad Social, y que sus médicos quedaran libres de buscar su suplemento económico por las tardes:

a) Habrá que mantener el sector actual de enfermos privados, pero con el 15 por 100 autorizado, al que nunca se llega, por motivos diversos. Con el porcentaje actual, que oscila alrededor del 6 por 100, el sector es muy poco rentable para la mayoría de los médicos de la Institución.

b) El pertenecer a la Seguridad Social no debería ser impedimento para el ingreso en el sector privado de la Clínica. Es decir, si un enfermo de la Seguridad Social desea ingresar como privado para ser atendido por determinado facultativo, autorizado para ello, debería poder hacerlo, sin más que presentar en el momento de su ingreso una declaración escrita en la que se exprese ese interés y se manifieste que el interesado se hace cargo de los gastos que se originen.

c) Dado que ha decrecido el número de enfermos privados por el gran porcentaje de población que se encuentra protegida por la Seguridad Social y, dada la existencia de un gran número de enfermos que podrían calificarse de semi-privados, es decir, enfermos que, estando protegidos por entidades de seguro libre, mutualidades y grandes empresas, querrían ser asistidos en el sector privado, se debería autorizar a su Junta de Gobierno a establecer conciertos con estas entidades, previo el estudio de las tarifas adecuadas para que estos conciertos no resultasen lesivos para la Seguridad Social.

d) *Para todo el régimen de conciertos sería imprescindible que se estableciera, de una vez, un sistema contable, de tal manera, que pudiera saberse, en todo momento, lo que cuesta cada servicio prestado a cada enfermo. Por ejemplo, una determinada operación, y no el difuso conocimiento actual, que siempre se refiere al costo por día y cama, que no refleja nada y que puede manipularse sin más que seleccionar enfermos cuyo costo de asistencia sea bajo.*

La vinculación al hospital, con derecho a práctica privada, debería ser obligatoria para la mayoría de los jefes de servicio, pero podría ser opcional para ciertos médicos que, por tener muy poco acceso al ejercicio privado, deberían poder acogerse a un régimen de *dedicación no plena*, con una jornada más reducida de trabajo y que se ajustaría a las horas de máxima exigencia asistencial del hospital.

e) *Liberar a los centros especiales, como la Clínica Puerta de Hierro, de los servicios sectoriales de urgencia.*

Sólo los centros especiales, u hospitales especialmente dotados, deberían asistir a

las *urgencias especiales*, es decir, las que exijan grandes dotaciones para su asistencia, por ejemplo, operaciones de urgencia con circulación extracorpórea, compresiones cerebrales agudas, tratamiento en cámara hiperbárica, etc.

Usar estos centros especiales para llenarlos de apendicitis agudas, hernias estranguladas, o accidente de tráfico corriente, es tan absurdo y tan caro como emplear coches de lujo para transportar mercancías.

f) *Autonomía de gestión.* Es imprescindible dar a los hospitales una cierta autonomía de gestión. Un centro con 2.000 empleados y con 3.000 millones de presupuesto anual, no se puede dirigir si hay que recurrir, para los problemas más nimios, a las autoridades centrales.

g) *Sistema de premios y sistema de castigos.* Es imprescindible organizar un sistema de estímulo de los empleados del hospital que trabajen adecuadamente, y un sistema de sanción ágil, que no sea el clásico expediente que, en el momento actual, suele tardar uno o dos años en resolverse. Un sistema de incentivos económicos, para todo el personal, suprimibles por la Junta de Gobierno del centro, a petición de los jefes de dirección, podría ser la solución adecuada.

h) *Renovación de las dotaciones.* En el momento actual, hospitales como la Clínica Puerta de Hierro, que en su día estuvieron muy bien dotados, encuentran enormes dificultades en renovar sus dotaciones, esto hace que, poco a poco, la asistencia se vaya degradando. Los planes anuales tenían que hacer un apartado concreto, dedicado a renovación de instalaciones, aparte de las distintas inversiones para mejora, desarrollo, etc.

B) *Incrementar la utilización de los hospitales que hoy funcionan a tiempo parcial.*

En el momento actual será muy difícil cambiar la situación de la mayoría de los hospitales de la Seguridad Social, que trabajan a tiempo parcial (sólo por la mañana), ya que la mayoría de sus médicos encuentran el complemento económico que necesitan para vivir, trabajando por las tardes en clínicas privadas o en otros centros. Sin embargo, se podría intentar la ordenación de estos hospitales hacia una jornada completa, siguiendo una política que en líneas generales podría ser la siguiente:

1.º Ofrecer a los distintos servicios de los hospitales el pase a jornada completa, permitiéndoles el tener enfermos privados o semi-privados, con las limitaciones adecuadas. De momento, no aceptarían todos los servicios de los hospitales, pero con que aceptase un grupo significativo, que justificara la permanencia de algunos servicios auxiliares imprescindibles, estaría justificada la medida y se aumentaría el rendimiento.

2.º Regular la función del médico en *jornada completa*, bajo las mismas normas que señalábamos para los médicos que ya están en este tipo de jornada en algún hospital (Clínica Puerta de Hierro).

3.º Adecuar la planta física de los servicios que aceptaran este sistema para que pudiera tener enfermos privados o semi-privados. En algunos hospitales esto no constituirá una dificultad, en otros exigirá, probablemente, reformas estructurales.

C) *Posibles medidas para mejorar la asistencia, saneando la economía y facilitando la competencia.*

1.º Pago parcial de los actos médicos. Como en los ambulatorios, habría que establecer un sistema en los hospitales mediante el cual los enfermos pagaran parte de los gastos por ellos originados.

Un método podría ser que pagaran un porcentaje que guardara relación con lo abonado el año anterior en la contribución sobre la renta. Este pago debería ir unido a la posibilidad, por el enfermo, de elegir su hospital y su médico. En este caso, parte de lo pagado por el enfermo debía repercutir en los honorarios del médico.

En el momento actual, en que no se ha puesto, prácticamente, cortapisa alguna a la afiliación a la Seguridad Social, se da el caso de individuos cuya economía está en la cumbre, que recurren, con derecho, a los servicios de la Seguridad Social, con cuotas de aportación mínimas.

2.º *Sistema contable.* Para solucionar esto, insistimos, una vez más, en la necesidad de establecer un *sistema contable* que permita a los hospitales de la Seguridad Social conocer, en todo momento, el costo de cada prestación.

3.º *Elección de asistencia.* Se debe mantener la obligatoriedad de que todo individuo tenga *asegurada su asistencia médica y farmacéutica*. Pero sería saludable que la población tuviera la posibilidad de contratar estos servicios, bien con los de la Seguridad Social, bien con compañías de seguros libres y mutualidades, bajo la inspección del Estado, lo que daría lugar a una competencia que sería, con seguridad, beneficiosa para la economía y para la calidad de la asistencia.

Segundo LOPEZ VELEZ

Director General del Centro
Médico Nacional
«Marqués de Valdecilla».
Santander

La Sanidad española está cerrando una etapa, larga etapa, que con sus defectos, supuso en su momento un enorme avance en el nivel técnico de la asistencia a la comunidad, pero que ha ido perdiendo la eficacia del sistema, sin que las me-

didadas adoptadas, siempre parciales, hayan podido frenar una situación que, de un modo progresivo, ha desembocado en la crisis actual, y que en importante medida influye desfavorable en todo el complejo sistema de la Seguridad Social.

La situación actual de la asistencia sanitaria exige con urgencia unas medidas correctoras que han de ser fruto de un razonamiento fríamente objetivo, graduales en su aplicación y realistas en cuanto que den respuesta a unas demandas sociales, absolutamente irreversibles, sin cuyas condiciones quedarán en unas declaraciones de principio o de esquemas tecnificados, pero carentes del apoyo general que exigen, lo que en modo alguno puede ser una política aislada de gobierno, ni siquiera de partido, sino por su naturaleza un problema de Estado, y que por tanto obligan al esfuerzo conjunto de las representaciones políticas y de las fuerzas sindicales y patronales.

La Sanidad constituye uno de los servicios públicos que refleja más exactamente a la sociedad a la que sirve, y si en nuestra sociedad se están produciendo deterioros en cuanto a las condiciones de vida, disminuye nuestro poder adquisitivo y se desenfocan en cierta manera los objetivos unitarios, poco se conseguirá con políticas unilaterales, personales y estrictamente partidistas. Tomar medidas de reforma tiene con frecuencia un alto precio político, pero que es obligado pagar a quienes ostentan responsabilidad pública.

Los problemas que tiene planteados la Sanidad española en este momento han sido suficientemente analizados y hechos públicos en los medios de difusión y por tanto consideramos un bizantinismo analizarlos exhaustivamente, pero sí, en cambio, creemos puede ser de interés señalar diversos aspectos que de algún modo pueden contribuir a clarificar y fijar conceptos para un enfoque general.

En principio, señalaremos que, a nuestro entender, el problema básico que incide en todos los demás, es el no disponer de una clara definición de modelo sanitario.

En vez de enfrentar solución capitalista a solución socialista, entendemos que, considerando la situación socio-económica del país, debe fijarse el concepto de la necesidad de un Servicio Nacional de Salud que, respondiendo a los imperativos fijados en la Constitución, no tiene por qué ser rechazado por una gestión de cualquiera de los dos signos.

Ambos modos de gestión pública política pueden adaptarse íntegramente a dicho modelo, y la diferencia fundamental será, en su caso, si la aportación estatal va a ser o no predominante, o si el sector público o privado va a adquirir un perfil distinto en cada una de las opciones.

La situación económico-social de la nación y el imperativo constitucional lleva, en nuestra opinión, a la definición de este modelo, que no es un proceder adminis-

trativo del ejecutivo, sino que constituye la carta social de reconocimiento de derechos y garantía de prestaciones en materia sanitaria, y ello para todos los ciudadanos.

A partir de este momento, es indispensable un acuerdo conjunto de todas las representaciones implicadas en el tema sanitario, sin el cual todos los esfuerzos de reforma están condenados al fracaso.

Como ya hemos señalado, la Sanidad española adolece de múltiples defectos estructurales y funcionales que no vamos a analizar en detalle por conocidos, pero que afectan fundamentalmente a defectos de planificación, a los medios materiales y a las condiciones de personal, a los que puede agregarse, por incidir fuertemente en los resultados de la gestión, la falta de una epidemiología suficientemente desarrollada y de una informática que permita controlar el desarrollo y resultado de la gestión, tanto a nivel institucional como global estatal.

La asistencia primaria no dispone de una estructura eficaz y moderna. Está orientada fundamentalmente hacia la asistencia médica directa y carece de la posibilidad de un trabajo eficaz en equipo y, aún más, de la más mínima proyección educativa en materia de salud sobre la población.

La asistencia de segundo nivel, constituye el fallo mayor del sistema sanitario por ser de baja calidad, rentabilidad escasa y fuente de insatisfacción para usuarios y sanitarios. Los centros de salud, eje principal de una reforma sanitaria, prácticamente no han sido abordados, estando reducidos en la actualidad a acciones localizadas, pero sin responder a una planificación nacional adecuada, a medio y largo plazo.

La asistencia de tercer nivel, tiene una elevada calidad técnica, en líneas generales, que ha permitido mantener un nivel muy aceptable, comparativamente considerada, en relación al contexto del ámbito occidental, pero está abrumada y desdibujada por misiones ajenas a sus funciones específicas.

En cuanto a la medicina preventiva y comunitaria, no dudamos en considerarla prácticamente, y aún ello de un modo benevolente, como un nivel puramente tentativo.

Lo que sí es importante señalar es que uno de los grandes fallos actuales de la Sanidad española, es el que afecta al personal que desarrolla las funciones de la misma, el cual se encuentra sujeto a regímenes laborales y estatutarios totalmente obsoletos y que por la demora en su modificación están ocasionando un grave deterioro del sistema sanitario. La falta de incentivos, de estímulos económicos o profesionales, ha provocado una desmoralización preocupante que se traduce en un bajo rendimiento y una insatisfacción que se reflejan hasta en las propias relaciones humanas a nivel de la asistencia.

No vamos a profundizar sobre las líneas técnicas de una planificación de reforma sanitaria, por ser sobradamente conocidas

y existir un consenso generalizado, salvo en aspectos parciales, sobre el tema.

La Sanidad española, para hacer frente a sus necesidades inmediatas, tiene un gravísimo problema de financiación, para sus planes de inversiones, dentro del cual señalaremos, entre otros, la imposibilidad de abordar la creación y renovación de las infraestructuras de los niveles primario-secundario, la expansión del terciario, todavía con numerosas áreas insuficientemente atendidas, y la renovación de equipos y técnicas cada vez más costosas y sofisticadas. Igualmente, el nivel retributivo del personal va colocándose en cotas cada vez con menor poder adquisitivo.

Si a todo ello le adjudicamos un denominador común, de una burocracia lenta y de escasa efectividad, repleta de controles ineficaces, podremos deducir que todo el sistema sanitario se encuentra en una situación de deterioro que exige, por su repercusión en la vida comunitaria, una corrección urgente e inmediata.

Una necesidad imperiosa es proporcionar a los ciudadanos una información veraz de la situación tanto actual como de los planes del futuro y, muy especialmente, de la duración estimativa del desarrollo de los mismos.

Hasta hace muy poco tiempo, la opinión pública ha sido sometida en cierta manera a una información deformada que ha dado por resultado la creencia de que los problemas de la Seguridad Social prácticamente estaban limitados a la asistencia sanitaria, y es últimamente cuando se ha empezado a proporcionar públicamente datos en virtud de los cuales en el sistema de la Seguridad Social, la Sanidad representa un gasto de 654.000 millones, frente a 425.000 en materia de desempleo y un billón 283.000 en concepto de pensiones, quedando claro, por tanto, que el sector sanitario solamente es un capítulo, y ni con mucho el más importante, de la problemática de la Seguridad Social.

Si consideramos, de otro lado, que los gastos de la asistencia sanitaria en la Seguridad Social, un 70 por 100 estimativamente, corresponden a retribuciones de personal, es evidente que cualquier procedimiento de tecnificación de la gestión y ordenación de gasto solamente puede incidir en una parcela importante, pero de relativa significación, en las macro-cifras globales de la Seguridad Social, sin que ello suponga dejar de admitir la necesidad de un control en el gasto y de una racionalización en las prestaciones sanitarias, regulando la oferta y controlando la demanda.

Precisamente, los dos últimos extremos apuntados, de oferta y de demanda, constituyen los puntos más dificultosos en razón a los fines perseguidos por su alto costo político, pero que, es evidente, ha de abordarse por parte del ejecutivo, previo el acuerdo global, tantas veces señalado.

A propósito de lo últimamente señalado, también es conveniente aclarar, en nuestra

opinión, el papel que una política gerencial debe representar en la Sanidad, huyendo de una aplicación con mentalidad estrictamente económica que puede dañar al sistema profundamente.

En la gestión sanitaria, los factores protagonistas son el enfermo y el personal sanitario, aparte del papel de la comunidad, sujeto y actor en el contexto más amplio de la salud. La ordenación económica, la instauración de métodos y simplificación de gestión, la racionalización de la misma, etc., son un instrumento indispensable para el correcto desarrollo de la función, atendiendo a la eficacia y al resultado de la misma, pero sin que ello presuponga necesariamente su ubicación en la cúspide de la gestión sanitaria directa.

Las auditorías, no orientadas con criterios estrictamente punitivos, son el instrumento racional de la vigilancia y control permanente del Estado.

Finalmente, la Sanidad, en el marco de la Seguridad Social, representa uno de los factores más importantes de solidaridad, elevación de la calidad de vida y rentabilidad social, que son bases fundamentales para la construcción de un Estado moderno y libre.

Juan DEL REY CALERO

Catedrático de Medicina Social
y Preventiva de la
Universidad Autónoma de Madrid

Es muy difícil, ante preguntas tan generales, una cuantificación de problemas. Aunque se han conseguido logros evidentes, como la reducción de la mortalidad infantil, la prolongación de la esperanza de vida, reducción drástica de las enfermedades transmisibles, y otros indicadores sanitarios que indudablemente han mejorado otros puntos, es difícil en esquema contestar brevemente, aunque se plantean fundamentalmente en la línea de la calidad de la asistencia y cobertura sanitaria, y problemas de coste-eficacia. Citemos algunos puntos, contestando globalmente:

1. La red de saneamiento es deficitaria en casi todo el país.

2. Programa nacional de vigilancia epidemiológica; para ello hace falta una movilización y preparación de recursos humanos.

3. Recursos humanos.

A título de ejemplo, cuando el problema de la intoxicación por aceite, se preconiza incrementar el número de epidemiólogos.

Solución, convocar con rapidez unas oposiciones para casi medio centenar de plazas, con un programa obsoleto, en las que con seguridad ningún técnico que conozca el tema ha intervenido o la prisa les ha impedido leer los programas.

La preparación para los cuerpos sanitarios tiene que ser una carrera con formación específica, y luego elegir si se quiere seleccionar a los mejores por una oposición, etc., con planteamiento racional y adecuado a la función que van a realizar.

4. La problemática española a la que va orientada la acción sanitaria está cambiando. Estamos pasando a una población estacionaria que envejece, con más del 11 por 100 a los 65 años y el 18 por 100 superior a los 60 años.

Esto crea, aparte del problema de incremento de la población dependiente, el que los hospitales españoles, diseñados para agudos, se vean atendiendo a una población envejecida, con lo que los costes aumentan.

Se requiere una serie de hospitales o residencias a medio camino que atiendan a dicha población y no hospitales concebidos para agudos.

5. La asistencia primera tiene que orientarse hacia una medicina integral (curativa y preventiva).

6. Incremento de la medicina preventiva y educación sanitaria de la población.

A este respecto todo son declaraciones de principios de la importancia en la medicina preventiva, pero hasta el momento, ¿qué?

Por ejemplo, para evitar esa improvisación a que antes hicimos referencia, lo que se realiza por medio de la convocatoria MIR en la especialidad de medicina preventiva fueron, tras largas dificultades de gestión, 9, y para este año ya un número mayor de 24. De aquí tienen que formarse todos los epidemiólogos que exige el país, los sanitarios médicos, los de medicina preventiva de la red de hospitales, etc.

Se habla mucho pero la realidad práctica es bien escasa. Quizás las personas llamadas a dirigir la Sanidad no han estado bien asesoradas por profesionales sanitarios en etapas anteriores.

7. Si la asistencia primaria falla, automáticamente se sobrecarga la asistencia secundaria y terciaria hospitalaria.

Podríamos estimar que requieren, en un momento dado, asistencia primaria el 15 por 100 de la población, y de 0,75 por 100 (del 5 al 15 por 100) asistencia hospitalaria, que ya de por sí cuesta el 70 por 100 del gasto.

Si hay que evaluar el coste-eficacia de la asistencia, en cuanto a la hospitalaria, se disparan los gastos.

La relación personal-cama en nuestro país es una de los más costosas del mundo occidental, sin mejorar la eficacia.

Por otro lado, los hospitales de más de 500 camas, además de la deshumanización consiguiente, consiguen un incremento de las listas de espera, de retraso en la llegada de exámenes complementarios, de aumento de las infecciones, con prolongación indebida de las estancias, y consiguientes costes.

8. Creo, pues, que hay que aplicar un correctivo de calidad y de coste-eficacia a los planteamientos formulados, con voluntad de disponer toda una red de vigilancia que obtenga los datos o indicadores sanitarios en cuanto a sus desviaciones permitibles.

De ellos se extrae la información calificada, y se convierte dicha información en decisión sanitaria.

Si la política sanitaria tiene que ser decidida por personas que dispongan de una información competente, las actuaciones en esta materia tienen que ser ejecutadas y evaluadas por un personal profesionalizado y preparado; para ello, y en este sentido, es fundamental la preparación de recursos humanos.