

III. SERVICIOS SANITARIOS

CAPÍTULO 8

ANÁLISIS DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Rafael Fernández-Cuenca Gómez *

1. Introducción

El sistema sanitario español se ha caracterizado, hasta la Ley General de Sanidad de 1986, por su fragmentación, manteniendo una estructura fundamentada en la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944, Ley inspirada en un modelo de sanidad liberal, con un Estado benefactor. De acuerdo con su esquema organizativo, las Administraciones Públicas (Estado, Diputaciones, Ayuntamientos) debían ocuparse de los aspectos de salud pública, dejando al individuo la responsabilidad de la atención a su enfermedad. La beneficencia se encargaba de atender las necesidades de la población sin recursos económicos. Sólo en el caso de algunas enfermedades consideradas de especial trascendencia social (tuberculosis, lepra y dermatosis, paludismo, cáncer, enfermedades sexuales, enfermedades mentales...), las Administraciones Públicas se ocupaban de su asistencia, a través de una red de hospitales y dispensarios. Todo esto formaba un entramado sin ninguna coherencia organizativa, en el que participaban un gran número de organismos públicos.

Para prestar asistencia sanitaria a los "productores económicamente débiles de la industria y el comercio", se creó en 1942 el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), dentro del sistema de protección social del Instituto Nacional de Previsión (INP), con una orientación meramente reparadora de la salud perdida. En sus orígenes cubría las prestaciones de medicina general, algunas especialidades quirúrgicas y la dispensación farmacéutica, prestaciones que poco a poco fueron ampliándose.

La Seguridad Social en España partía de un modelo laboral-profesional, que se fue generalizando de forma progresiva, con la incorporación de nuevos colectivos, fundamentalmente en la etapa 1953-1962, en forma de regímenes especiales¹. En

* Sección de Prestación Farmacéutica elaborada por: M^a Dolores Gómez Martino Arroyo, Begoña Fernández Martínez, Pilar Díaz Torres, Manuel Otero Becerra

este modelo las cotizaciones de empresarios y trabajadores constituían la fuente exclusiva de financiación de las prestaciones de Seguridad Social, tanto económicas como asistenciales, y eran las que conferían el derecho a acceder a esas prestaciones y su cuantía.

En 1977, se creaba el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (posteriormente, en 1981 fue de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, y finalmente, en ese mismo año, de Sanidad y Consumo), que a pesar de unir en un único organismo las funciones de salud pública (promoción de la salud y prevención de la enfermedad) y la asistencia, no va a lograr conjugarlas plenamente.

La Constitución de 1978 iba a marcar el inicio de la transformación de la protección social. La Seguridad Social iniciaba su transformación desde el modelo laboral-profesional hacia un modelo universalista. El artículo 41 de la Carta Magna establece que "los poderes públicos mantendrán un régimen público de seguridad social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres". En el artículo 43 "se reconoce el derecho a la protección de la salud". En ese mismo artículo se dice que "competen a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto".

El artículo 149.1 de la Constitución reconoce al Estado competencia exclusiva, entre otras materias, en Sanidad Exterior, bases y coordinación general sanitaria, legislación sobre productos farmacéuticos, así como legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas.

En diciembre de ese mismo año se publicó el Real Decreto-Ley 36/1978, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo, por el que el Instituto Nacional de Previsión se desdoblaba en entidades gestoras, correspondiendo al Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) la gestión de la asistencia sanitaria de la seguridad social (quedando fuera las Mutualidades de funcionarios, así como la gestión de la asistencia a los accidentes de trabajo y enfermedad profesional, que recaería en las Mutuas Patronales).

En esa época el INSALUD contaba con una importante red asistencial, organizada en tres niveles: la asistencia primaria, la especializada ambulatoria y la hospitalaria, esta última beneficiaria, desde los años sesenta, de importantes inversiones

materiales y de dotación de personal. En 1979 el INSALUD gestionaba un dispositivo formado por 175 hospitales (incluidos los de la Obra "18 de julio", así como el Gran Hospital de la Beneficencia del Estado, hoy Hospital de la Princesa, y el del Niño Jesús), con una capacidad de 52.609 camas, en los que trabajaban un total de 89.418 personas, de las que 12.757 eran médicos, además de 300 ambulatorios y 526 consultorios.

Junto al sector público, en creciente expansión, el sector privado mantenía una situación de estancamiento. Era un sector excesivamente atomizado, que a nivel hospitalario contaba con un importante número de centros, fundamentalmente quirúrgicos, pero de pequeño tamaño y con escasos medios humanos y materiales. A la vez había una cierta cantidad de hospitales pertenecientes a ordenes religiosas, entre las que merece destacarse la de San Juan de Dios, que disponía de la mayor red hospitalaria después de la del INSALUD (hoy en día mantiene en lo fundamental esa red, que cuenta con una serie de centros de un gran nivel asistencial). Se trataba, sobre todo, de establecimientos psiquiátricos y quirúrgicos, aunque también pueden destacarse los hospitales infantiles y otros de carácter más bien asilar.

A partir de 1979 se inició el proceso de transferencias en materia de sanidad a los entes preautonómicos. En una primera etapa se transfirieron las competencias relativas a prevención y promoción de la salud, planificación y coordinación hospitalaria, y seguidamente las funciones y servicios de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA). Fue en julio de 1981 cuando se aprobaron las primeras transferencias de las funciones y servicios del INSALUD a las Comunidades Autónomas, siendo Cataluña la primera en recibirlas.

El debate en cuanto a la configuración futura del sistema sanitario estaba abierto. Tras la llegada de la democracia cada vez eran más las voces que, desde la óptica progresista, propugnaban una reforma basada en el concepto de Servicio Nacional de Salud, con una cobertura universal y financiado con cargo a los presupuestos del Estado, frente a otros sectores conservadores que preferían el mantenimiento de un sistema de seguros sociales. Los "Pactos de la Moncloa" de 1977 abrieron el camino hacia la financiación de la sanidad a través, fundamentalmente, de impuestos, aunque todo quedaba en declaración de intenciones, sin que a lo largo de los sucesivos gobiernos de la UCD se produjeran avances sustanciales ².

Con la llegada, en 1982, del primer gobierno socialista, el debate se revitalizó, pero habría que esperar hasta abril de 1986 para que se aprobara la Ley General de Sanidad y con ella se abrieran las puertas a una serie de cambios profundos que

venían siendo reclamados desde distintos sectores de la población, aunque rechazados, entre otros, por una buena parte del estamento médico, temeroso de perder parte de sus privilegios, y por sectores económicos ligados a la sanidad (industria farmacéutica, empresas hospitalarias, etc.) que veían un futuro incierto para sus negocios.

El artículo 3º de la Ley General de Sanidad sentaba las bases de lo que habría de ser el nuevo modelo sanitario:

1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.
2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.
3. La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.

2. Cobertura sanitaria

El mencionado artículo 3º de la Ley General de Sanidad tiene por objeto dar cumplimiento al mandato constitucional del derecho a la protección de la salud, en condiciones de igualdad y para todos los ciudadanos.

Si en 1977 se estimaba que el sistema de Seguridad Social daba cobertura sanitaria al 77 % de la población, este porcentaje iba creciendo paulatinamente hasta llegar a la práctica universalización. En 1989, se aprobó el llamado Decreto de Universalización con el que se dio cabida en el Sistema Nacional de Salud a las personas sin recursos económicos y que carecían de cualquier tipo de cobertura.

Para hacer una aproximación al nivel de cobertura hemos utilizado datos aportados a través de encuestas a la población (Tabla 8.1), ya que la información que proporciona la Seguridad Social es de número de titulares, siendo necesario hacer una estimación de los beneficiarios para calcular la población protegida.

Hay que tener en cuenta que los datos ofrecidos son de cobertura total, por lo que la suma supera el 100%, al haber un cierto número de personas con cobertura doble. Según un análisis realizado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas³ a partir de la Encuesta Nacional de Salud de 1993, casi un 8% de la

Tabla 8.1. *Porcentaje de población cubierta por algún seguro de asistencia sanitaria*

MODALIDADES	1987	1993		1995	
		Poblac. Adulta	Poblac. Infantil	Poblac. Adulta	Poblac. Infantil
Cobertura Pública	97,1	98,5	98,5	99,6	99,6
- Seguridad Social	90,5	93,8	93,7	94,8	96,2
- Mutuas Estado acogidas a S.S	2,8	2,5	1,8	2,5	1,2
- Mut. Estado (seguro privado)	3,0	2,0	2,7	2,2	2,1
- Beneficencia	0,9	0,2	0,3	0,1	0,1
Seguro médico privado	5,6	6,4	5,9	9,3	8,0
Seguro médico empresa	1,8	1,5	0,6	1,8	1,3
Iguala médica	1,8	0,1	0,2	0,1	0,2
Otro *	0,4	0,5	0,1	0,3	0,2

1987, Población adulta: 18 y más años. 1993 y 1995, Población adulta: 16 y más años; Población infantil: menor de 16 años. * En 1993 y 1995 la cobertura corresponde a Médico privado

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta de Cobertura Sanitaria. 1987. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. 1993 y 1995

población adulta protegida por la Seguridad Social tiene además otra cobertura sanitaria, básicamente Seguros Médicos Privados. A su vez, el 98% de la población con Seguros Privados está cubierta por la Seguridad Social. Sólo hay un 1,8% que puede ser considerado como cubierto exclusivamente por alguna modalidad privada. Para la población infantil los resultados son bastante similares, con la salvedad de que la cobertura exclusiva por Seguridad Social es más elevada.

Según los autores del estudio anteriormente citado, los hechos que influyen sobre el recurso simultáneo a ambas coberturas podría resumirse en:

- Una mejora de los niveles socioeconómicos y estándares de vida de estratos de la población más amplios que exigen una mayor calidad de la asistencia sanitaria (en lo que atañe a masificación, listas de espera, elección de facultativos...).
- Un relativo estancamiento de la calidad de la oferta sanitaria pública, en los conceptos anteriormente expuestos, derivado de la universalización de la cobertura cuando no se proveen los recursos necesarios para su mejora.
- Una opinión y percepción de los consumidores de servicios sanitarios sobre las deficiencias de la sanidad pública (fundamentalmente en lo que se refiere a tiempos de espera, escasa duración de la consulta, hostelería, trato

recibido) como valor más positivo para la elección de cobertura privada.

Según los mismos autores, se trata de un fenómeno complejo en el que a los factores objetivos de oferta y demanda se suman factores subjetivos de percepción de la realidad sanitaria, no siempre libres de esquemas ideológicos y de polémicas en torno a grupos profesionales y sociales, interesados en modelos sanitarios distintos³.

Respecto a los seguros de asistencia sanitaria privada, el número de pólizas de estas compañías se elevaba en 1995 a 3.511.878, según datos de las propias aseguradoras⁴, lo que supondría un crecimiento del 56% con respecto a 1987.

Existe discrepancia entre los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Salud y los ofrecidos por las aseguradoras. Partiendo de los datos de esta Encuesta, el citado estudio estima que la población cubierta por seguros privados, teniendo en cuenta el margen de error, estaría entre 2.160.000 y 2.740.000 personas. Para ese mismo año 1993, las aseguradoras dan una cifra, sólo de pólizas, de 2.867.657, lo que significaría, contando los beneficiarios, una población asegurada en torno a los 6 millones.

3. Organización de los servicios sanitarios.

El Sistema Nacional de Salud

El Capítulo primero del Título III de la Ley General de Sanidad está dedicado a la organización general del sistema sanitario público. El artículo 44.1 define al Sistema Nacional de Salud como "el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley".

Si entendemos como características de un Servicio Nacional de Salud la integración de todos los recursos sanitarios para una atención integral a toda la población, redistribución la renta hacia los más necesitados, participación de la comunidad en su gestión y control, y potenciación de la educación sanitaria⁵, el Sistema Nacional de Salud concebido en la Ley General de Sanidad responde básicamente a esas premisas.

El artículo 46 caracteriza al Sistema Nacional de Salud en la línea anteriormente expresada: extensión a toda la población, financiación por las Administraciones Públicas, fundamentalmente a través de impuestos, e integración de las funciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación. También prevé la Ley la participación comunitaria en los distintos niveles organizativos.

Si en lo que a salud pública se refiere nos encontramos con una estructura descentralizada con plenas competencias de las Comunidades Autónomas, en el ámbito asistencial coexisten distintas situaciones: siete Comunidades Autónomas han accedido a unas transferencias completas, al asumir sus Servicios de Salud las competencias del INSALUD (Cataluña en 1981, Andalucía en 1984, País Vasco y Comunidad Valenciana en 1988, Galicia y Navarra en 1991 y Canarias en 1994). En el resto de Comunidades sigue siendo el INSALUD el responsable de la asistencia. En casi todas ellas se ha constituido el Servicio Regional de Salud, que gestiona su propio dispositivo asistencial, normalmente concertado con el INSALUD. Algunos de los Servicios de Salud con plenas competencias han ido avanzando en la integración de las redes controladas por la Administración Local, como ocurre en Andalucía, Navarra y País Vasco, aunque con distintos ritmos.

El desigual punto de partida, en cuanto a la amplitud de las redes asistenciales públicas, principalmente la del INSALUD, previo a las transferencias, incide en gran medida en el desarrollo actual de los respectivos Servicios de Salud. Es lógico que en una comunidad como Cataluña, con una red hospitalaria pública relativamente pequeña y dispersa, con un escaso despliegue del nuevo modelo de atención primaria, y con un gobierno de corte conservador, la participación privada alcance un nivel cada vez más preponderante, no sólo en el sector hospitalario, donde tradicionalmente ha jugado un papel importante, sino también en el ámbito de la atención primaria, en el que se está potenciando su participación, con el desarrollo de fórmulas de autoconcertación.

Otro aspecto primordial del cambio organizativo ha sido el paso del antiguo modelo del INSALUD basado en tres niveles asistenciales (primaria, especializada extrahospitalaria y hospitalaria) a otro con sólo dos niveles: atención primaria y atención especializada, aunque aquí también vamos a encontrar una serie de particularidades, que analizaremos en los apartados correspondientes.

La integración de las funciones de promoción y prevención con las asistenciales no se ha logrado plenamente, a pesar del marco conceptual en el que se diseña la reforma de la atención primaria, reproduciendo las Comunidades Autónomas con competencias completas en buena medida la misma desconexión existente en el pasado. Y no sólo no se han dado los avances esperados, sino que es previsible su marcha atrás si se siguen las recomendaciones de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, más conocido como "Informe Abril": separación clara de las funciones de salud pública de las asistenciales, con presupuestos diferenciados ⁶.

Otra de las recomendaciones que hacía la comisión, posiblemente una de las de mayor trascendencia, empezada a aplicar por el gobierno socialista, es la separación de las funciones de financiación (pública) y de provisión de servicios (pública y privada), lo que va a permitir introducir un cierto grado de competencia interna. Esto, se argumenta, conlleva la diversificación de proveedores, que compiten entre sí, de forma que se premia al que presta una atención más eficiente, y se crean las bases para ampliar la libertad de elección del usuario ⁶.

Se pretende situar al Sistema Nacional de Salud en el marco de la gestión empresarial, avanzar hacia la descentralización administrativa y la autonomía de gestión. Como primer paso se pusieron en marcha los contratos-programa: cada centro sanitario acuerda con el ente gestor el cumplimiento de unos objetivos asistenciales, y en base a ellos recibe una asignación económica.

El centro sanitario, ya sea hospital, ya sea centro de salud, es considerado como una empresa de servicios, y como tal su objetivo pasa a ser la eficiencia empresarial: ofrecer los mejores servicios al menor coste ^{7,8}. Se empieza a hablar de *marketing*. Formas de gestión que se corresponden con un modelo de economía de mercado, que responden a objetivos de máxima eficiencia, pero que sería cuanto menos cuestionable que respondan a objetivos sociales. Habría que preguntarse: ¿los servicios que se ofrecen son los más necesarios socialmente hablando, o son los económicamente más rentables?

Como señala Vicente Navarro, la introducción de mercados no conlleva la reducción de precios o costes en los sectores sociales. En estos la demanda no crea la oferta sino al contrario, la oferta crea la demanda. La competitividad no se realiza a través de los precios sino a través de los servicios. La existencia de mercados puede significar, por lo tanto, duplicación de servicios y encarecimiento de dichos servicios ⁹.

Otro de los aspectos encarecedores, continúa Vicente Navarro, son los costes administrativos que supone el contratar, comprar y facturar los servicios. En estos modelos se hace necesario desarrollar sistemas de información que permitan medir la actividad: los presupuestos asignados van a estar en relación con la producción hospitalaria. Por eso es necesario dotarse de instrumentos que permitan medir esa producción. En el sector hospitalario, como paso inicial, en el ámbito del INSALUD se introdujo la Unidad Ponderada Asistencial (UPA) ¹⁰ (desarrollo de la Unidad Básica Asistencial, utilizada para el pago de conciertos y, con alguna adaptación, empleada por el Instituto Catalán de la Salud) como instrumento simple de medición de productos intermedios. Pero el objetivo es ir aplicando sistemas de medición que

caractericen mejor la producción hospitalaria, basados en la combinación de los casos tratados (*case mix*): grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) ¹¹, categorías de gestión de pacientes (PMC), etc. En atención primaria también se van desarrollando sistemas de medición del producto. Para poder avanzar en ese sentido es preciso disponer de una información básica sobre los diagnósticos y procedimientos, como la que ofrece el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), lo que propició su implantación.

Continuando con la paulatina aplicación de las recomendaciones del "Informe Abril", se aprobó el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. En él se fijan las prestaciones de las que se hará cargo el sistema público, en sus distintas modalidades (Atención primaria, Atención especializada, Prestaciones farmacéuticas, Prestaciones complementarias y Servicios de información y documentación sanitaria, incluidas las prestaciones personales de carácter preventivo, que se consideran integradas en las anteriores) y servicios básicos (que son como mínimo los que en el momento de su aprobación venían siendo reconocidos por el sistema público), se establecen las condiciones de su prestación y se regula el procedimiento para la incorporación de nuevas técnicas y servicios.

La Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, viene a consagrar algo que ya algunas Comunidades Autónomas habían ido poniendo en marcha al amparo de su legislación específica (en Cataluña se puso en marcha en 1991 el Centro de Resonancia Magnética de la Ciudad Sanitaria Vall D'Hebron, transformado posteriormente en el Instituto de Diagnóstico por la Imagen), y que ya se había adelantado para el INSALUD con la aprobación, aduciendo razones de urgencia, del Real Decreto-Ley 10/1996: la posibilidad de gestionar los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud "indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho."

Esta era una de las recomendaciones del "Informe Abril": la transformación de hospitales y otros centros sanitarios en sociedades públicas sometidas al derecho privado, con personalidad jurídica propia (los centros del INSALUD no la tienen), y autonomía de gestión patrimonial. La conversión del centro se podría hacer de forma completa, o únicamente alguna de sus unidades, como ya hay varias experiencias, fundamentalmente en servicios de diagnóstico por imagen. Uno de los aspectos claves en este cambio de modelo incumbe directamente a los trabajadores: el paso de un régimen estatutario o funcionarial a uno laboral.

Las formulas planteadas para estos nuevos modelos de gestión son:

- **Empresas públicas:** Sociedades Mercantiles en cuyo capital social es mayoritaria la participación, directa o indirecta, de la Administración General, de sus Organismos Autónomos y/o demás Entidades de derecho público del Estado o Comunidad Autónoma; gestión privada; consejos de administración designados por los poderes públicos; posibilidad de obtención de beneficios; pueden ser privatizadas por decisión del gobierno correspondiente.
- **Fundaciones:** regidas por un patronato; tiene un patrimonio fundacional; podrán adscribirse a la fundación bienes y derechos en régimen de cesión, sin que ello implique la transmisión del dominio; no permite la obtención de beneficios: las rentas y recursos obtenidos deberán ir destinadas fundamentalmente a la realización de los fines fundacionales y el resto a incrementar la dotación fundacional. Es la fórmula que ha adoptado el INSA-LUD, como ya lo hiciera el Servicio Gallego de Salud. Si la privatización es en principio difícil, puesto que los bienes que gestiona son, al menos inicialmente, en régimen de cesión, y su patrimonio es insoluble, si permite la externalización de servicios, lo que abre una vía a la privatización del sistema público al poder contratar determinados servicios clínicos a empresas ajenas al sistema público.
- **Consortios:** deben concurrir al menos dos administraciones públicas; pueden participar entidades privadas sin ánimo de lucro, en cualquier proporción; pueden obtener beneficios, que se reparten proporcionalmente entre las entidades consorciadas; tienen personalidad jurídica propia de carácter asociativo.
- **Entes públicos:** Entes con personalidad jurídica propia distinta a la del Estado o Comunidad Autónoma, cuyo objeto es la realización, en régimen de descentralización, de actividades pertenecientes a la competencia de aquellos; ajustados al ordenamiento jurídico privado, pero sujetos a todos los controles de la administración pública.
- **Organismos Autónomos Comerciales:** Entidades de Derecho Público creadas por Ley, con personalidad jurídica y patrimonio propio, independiente de la Administración Pública, a quienes se encomienda expresamente, en régimen de descentralización, la organización de algún servicio público y de los fondos adscritos al mismo, cuando las actividades que realice sean de carácter comercial.

- Sociedades de autogestión en atención primaria: sociedades cooperativas o sociedades limitadas; los médicos son los accionistas; los beneficios se reparten proporcionalmente.

A finales de 1993 se pusieron en marcha las primeras experiencias de creación de hospitales con estos modelos: el Hospital de Verín, como fundación, y el Hospital Costa del Sol, de Marbella, como empresa pública. Recientemente se ha abierto de Hospital de Manacor, y está prevista para finales de año la apertura del Hospital de Alcorcón, ambos bajo el régimen de fundación. Paralelamente, el INSALUD estudia la transformación de algunos de los centros ya existentes, totalmente o de forma parcial (sólo algún servicio), hacia esa forma de gestión.

En 1995, según datos de la Dirección General de Coordinación con las Haciendas Territoriales ¹², las Comunidades Autónomas habían constituido los siguientes organismos, sin contar los Servicios Regionales de Salud:

- Organismos Autónomos Comerciales: 1
- Entes Públicos: 11
- Empresas Públicas: 5

Estas formulas de privatización de la gestión pueden abaratar costes mediante la reducción de los gastos salariales, al debilitar o eliminar a los sindicatos de los profesionales, empleados y trabajadores del sector público ⁹, al ser un rasgo común el carácter laboral de la contratación.

Los mecanismos de mercado, en principio limitado, abordados inicialmente vía introducción de competencia entre proveedores, pueden ir progresivamente hacia un libre mercado. Ya se están oyendo voces, cada vez con más insistencia, que claman por el aseguramiento libre. Se pide desde las aseguradoras privadas ¹³, desde distintos sectores liberales, y recientemente desde una formación política con responsabilidad de gobierno autonómico, en el seno de la Comisión Parlamentaria que estudia la reforma sanitaria, la extensión, de forma paulatina, del modelo Muface: financiación pública, aseguramiento público o privado.

Si el libre juego de las fuerzas del mercado logra, bajo determinadas circunstancias, la provisión eficiente de bienes y servicios, lo hace generando, a su vez, desigualdades en la distribución de lo producido ¹⁴. Está sobradamente demostrado que en los países con sistemas sanitarios en los que el sector privado mantiene una situación predominante, donde el mercado domina las relaciones, la sanidad

es mucho más cara, los gastos de administración son mucho más elevados, las situaciones de marcada injusticia están a la orden del día, con amplias capas de la población sin posibilidad de acceso a unos cuidados dignos, y los indicadores sanitarios son peores que en los países en los que el sistema sanitario es básicamente público¹⁵. Es en definitiva, un modelo caro e insolidario, que rompe radicalmente con los presupuestos de lo que debe ser el Sistema Nacional de Salud.

3.1. Atención Primaria

Los servicios de Atención Primaria constituyen la puerta de entrada del sistema sanitario, y el filtro para el acceso a la atención especializada.

Con el Real Decreto 137/1984, se definió lo que iba a constituir un nuevo modelo de Atención Primaria, posteriormente ratificado por la Ley General de Sanidad.

El informe de la Comisión de Evaluación del Sistema Nacional de Salud⁶ enumera, de forma esquemática, las diferencias entre uno y otro modelo:

MODELO ANTIGUO	MODELO NUEVO
<ul style="list-style-type: none"> • Médicos: Dedicación parcial • Enfermeros de zona cada 2-3 médicos • Actividad curativa • Trabajo individual • Sin ordenación territorial • Pago capitativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos: Dedicación completa • Enfermeros: dedicación completa; responsabilidad sobre cuidados. • Actividades curativas y preventivas • Trabajo en equipo • Ordenación en zonas de salud • Pago por salario • Servicios de apoyo

Transcurrida más de una década desde que se inicia el proceso de reforma, encontramos que todavía coexisten los dos sistemas, llegando en 1994 la cobertura por el modelo nuevo apenas al 61% de la población, con importantes diferencias entre Comunidades Autónomas (desde el 87% de Castilla-La Mancha al 21% de Galicia, sin contar Ceuta y Melilla donde la extensión es prácticamente total), como puede verse en la Tabla 8.2.

Tabla 8.2. Centros de Salud y porcentaje de población atendida por el nuevo modelo

	Centros de salud	% de población atendida
Andalucía (*)	191	65
Aragón	82	74
Asturias	54	72
Baleares	30	63
Canarias	72	69
Cantabria	29	49
Castilla-La Mancha	174	87
Castilla y León	192	82
Cataluña (**)	206	42
Comunidad Valenciana	141	66
Extremadura	76	79
Galicia (***)	50	21
Madrid	192	64
Murcia	51	64
Navarra (***)	49	83
País Vasco (*)	94	47
La Rioja	13	77
Ceuta y Melilla	6	98
TOTAL	1.707	61

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicios de Salud. Datos y cifras. 1995
Centros de Salud y población cubierta: (*) Año 1993; (**) Año 1992; (***) Año 1994

En los primeros años el desarrollo en la mayoría de las Comunidades Autónomas fue bastante similar en cuanto a su organización, aunque diferente en cuanto a los ritmos de aplicación. Sin embargo, en los últimos años asistimos a una búsqueda de nuevos modelos de gestión que permitan mejorar su eficiencia y, al mismo tiempo, proporcionar mayores grados de autonomía e incentivación a sus profesionales ¹⁶.

El sistema de pago por salario hace que la correlación entre nivel retributivo y carga de trabajo efectuado o calidad del mismo sea muy escasa, lo que favorece la reducción de esfuerzo y productividad por parte de los profesionales ¹⁷. Sobre la necesidad de incentivación de los profesionales parece que hay un consenso bastante amplio ^{17,18,19}, aunque la forma de hacerlo puede ser distinta, y en cualquier caso no exclusivamente de tipo económico, valorándose otros medios como la formación, investigación, mejoras en el equipamiento, etc.

Entre los sistemas de incentivación económica el más utilizado es el de reparto de beneficios (porcentaje sobre el superávit en la cuenta de resultados). Es un sistema que prima el ahorro y no la eficiencia, lo que puede dar lugar a efectos negativos como pueden ser el deterioro tanto cuantitativo como cualitativo de los servicios, y cierto grado de selección adversa procurando no asumir la atención sanitaria de aquellas personas más costosas (enfermos crónicos, ancianos...) ²⁰. Este es el sistema, por ejemplo, con el que funcionan las experiencias puestas en marcha en Cataluña, de autogestión o autoconcertación de servicios de primaria.

En 1993 el INSALUD inicia un proceso de descentralización de la gestión, que se incorpora al contrato-programa de 1994, con una serie de objetivos prioritarios, que recogemos tal cómo los esquematiza Jiménez Palacios ²⁰:

- Reconocer a los profesionales como auténticos gestores del sistema.
- Establecer unidades de provisión de servicios, asignación de recursos e imputación de costes.
- Establecer un sistema de incentivación a las unidades de responsabilidad en virtud del balance anual entre recursos consumidos y servicios prestados.
- Descentralización, de forma progresiva y en temas de organización, de la toma de decisiones a nivel de las unidades de responsabilidad.
- Establecer como funciones de los Equipos Directivos la gestión de las decisiones de los profesionales, garantizar la cantidad y calidad de los servicios, proporcionar el adecuado apoyo técnico y evaluar la gestión de los recursos y de los servicios.

El Real Decreto 63/1995 sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, regula aquellas que corresponden a la Atención Primaria:

- a) La asistencia sanitaria en las consultas, servicios y centros de salud.
- b) La asistencia sanitaria en el domicilio del enfermo.
- c) La indicación o prescripción, y la realización en su caso, por el médico de atención primaria, de las pruebas y medios diagnósticos básicos.
- d) Las actividades, programadas por los servicios de salud, en materia de educación sanitaria, vacunaciones, exámenes de salud y otras actividades o medidas programadas para la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud o la rehabilitación.
- e) La administración de tratamientos parenterales, curas y cirugía menor.
- f) Las demás atenciones, prestaciones y servicios que se señalan o concretan a continuación:

1. Atención a la mujer: atención del embarazo; preparación para el parto; visita durante el primer mes del postparto; detección de grupos de riesgo y diagnóstico precoz del cáncer ginecológico; tratamiento de las complicaciones de la menopausia.
2. Atención a la infancia, hasta los 14 años: educación sanitaria; vacunaciones; revisión del niño sano.
3. Atención al adulto y anciano: vacunaciones; detección de factores de riesgo; educación, asistencia a enfermos crónicos; atención a problemas específicos de la salud en la tercera edad; atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales.
4. Atención de urgencia, de forma continuada, durante las veinticuatro horas del día, mediante la atención médica y de enfermería, en régimen ambulatorio o domiciliario.
5. Atención a la salud buco-dental: información y educación; medidas preventivas y asistenciales, aplicación de flúor, obturaciones, sellado de fisuras u otras para la población infantil; tratamiento de procesos agudos, incluidas extracciones; exploración preventiva a embarazadas.
6. Otros servicios, atenciones y prestaciones de atención primaria: aplicación y reposición de sondajes; derivación a la asistencia especializada; tratamientos de rehabilitación básicos; indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos.

Si bien el Real Decreto asigna unos cometidos específicos a la Atención Primaria y a la Atención Especializada, mantiene a la primera como puerta de entrada a la segunda.

3.1.1. Información

En el aspecto de la información de Atención Primaria nos encontramos, para el conjunto del Estado, con una inmensa laguna: no existe ningún sistema que ofrezca una información homogénea de recursos y/o actividad, ni en forma de inventario (Catálogo), ni en plan estadístico.

Tanto el INSALUD como los Servicios de Salud tienen sus sistemas para el seguimiento de los recursos que gestiona, sistemas específicos en relación con sus necesidades y prioridades.

Se están intentando desarrollar y estudiar la aplicación de sistemas de clasificación de pacientes, al estilo de los empleados en hospitales, como los *ambulatory care group* (ACG)²¹, etc. que permitan una medición del producto en atención primaria.

3.1.2. Personal

En la Tabla 8.3 se recoge al personal médico en equipos de atención primaria y en el modelo tradicional, según la Comunidad Autónoma.

A la coexistencia de dos modelos asistenciales se une la de distintos niveles de formación y titulación entre los profesionales. En 1978 se crea la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, a la que se accede vía MIR. A partir de entonces también se ha ido posibilitando el acceso al título de especialista, mediante cursos de nivelación, a colectivos que cumplieran determinados requisitos. Con posterioridad se ha modificado y ampliado la oferta MIR para permitir la formación a los licenciados posteriores a 1995. No obstante, conviven médicos de familia con titulación vía MIR, titulados por vía no MIR, y médicos generalistas sin titulación de medicina familiar, lo que viene siendo fuente de recelos por el sentimiento de discriminación de los colectivos perjudicados. Recientemente el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha aprobado medidas para facilitar el acceso a la titulación a los generalistas anteriores a 1995 que lleven 5 años trabajando para la sanidad pública.

3.1.3. Dotación asistencial

La creación de los Centros de Salud ha significado un incremento cualitativo y cuantitativo de dotación de medios y recursos con respecto a la situación previa.

Las inversiones en infraestructura han sido cuantiosas, sobre todo en los primeros años.

En la Tabla 8.3 también se expone el número de centros de salud existentes en cada Comunidad Autónoma, junto a la evolución en el porcentaje de población cubierta por Equipos de Atención Primaria.

3.1.4. Actividad

Es difícil poder ofrecer una información amplia y homogénea de la actividad desarrollada en atención primaria, tanto del modelo nuevo como del tradicional,

Tabla 8.3. Médicos de equipos de atención primaria y ambulatorios/consultorios no reformados

	Médicos Generales/Familia			Pediatras		
	EAP	Ambulat. Consult.	Total	EAP	Ambulat. Consult.	Total
Andalucía (*)	2.274	1.101	3.375	482	275	757
Aragón	670	52	722	104	19	123
Asturias (*)	471	112	583	32	127	159
Baleares	308	55	363	77	14	91
Canarias (*)	703	15	718	190	47	237
Cantabria	160	124	284	40	15	55
Castilla-La Mancha	1.081	69	1.150	114	22	136
Castilla y León	2.078	168	2.247	153	29	182
Cataluña	1.658	1.271	2.929	533	341	874
Comun. Valenciana	1.333	608	1.941	349	186	535
Extremadura	584	87	671	96	12	108
Galicia	610	844	1.454	167	111	278
Madrid	1.981	614	2.595	473	224	697
Murcia	439	88	527	105	28	133
Navarra	284	25	309	67	7	74
País Vasco	695	286	981	168	101	269
La Rioja	153	24	177	18	9	27
Ceuta y Melilla	52	1	53	16	1	17
TOTAL	15.534	5.545	21.080	3.184	1.568	4.752

Fuente: JANO. Con datos de: Subdirección Atención Primaria INSALUD. Consejerías de Sanidad. 1995 (*) y 1996

por las limitaciones ya señaladas. Según datos publicados por el Ministerio de Sanidad y Consumo en Servicios de Salud; Datos y Cifras²², en 1994 (los datos de Canarias y País Vasco corresponden a 1993), el número de consultas de Medicina General y Pediatría fue de 212.782.000, lo que significa una frecuentación de 5,4 consultas/habitante/año.

3.1.5. Accesibilidad

Si entendemos por tal la facilidad para acceder a los servicios, podemos medirla por el tiempo empleado en llegar a la consulta, y el tiempo de espera. Las Encuestas de Salud ofrecen información en este sentido, como se resume en la Tabla 8.4.

Tabla 8.4. *Tiempo de acceso a la atención primaria*

	1987	1993	1995
Tiempo en llegar a la consulta	14,73	17	17,73
Tiempo de espera hasta ser atendido por el médico	28,45	35	30,89

Tiempo en minutos. Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1987, 1993, 1995.

3.2. Atención especializada

Los hospitales componen un sector dinámico, que está en continua evolución, tanto en lo que a su estructura se refiere, como a la actividad desarrollada en ellos. Esta evolución viene condicionada por una serie de factores, tanto extrínsecos como intrínsecos al sistema sanitario.

Condicionantes extrínsecos :

- Mejoras en las condiciones higiénicas y cambios en los hábitos de vida de la población, lo que conlleva modificaciones en los patrones de morbilidad.
- Cambios demográficos, fundamentalmente el descenso de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida, y consecuentemente el progresivo envejecimiento de la población.

Condicionantes intrínsecos :

- Universalización de la cobertura pública.
- Mejora en la accesibilidad geográfica y variaciones de los hábitos en relación con la utilización de servicios sanitarios.

- Modificaciones en los criterios de hospitalización influidos por la evolución de las técnicas diagnósticas y terapéuticas.
- Cambios en los modelos de gestión, cambios en la oferta y organización del sector hospitalario.

El desarrollo de la Ley General de Sanidad va a marcar una primera fase de transformación de los aspectos organizativos de la asistencia especializada pública, concretado en dos terrenos:

- a) Unificación, en un proceso todavía pendiente de terminar, de las diversas redes asistenciales públicas en los Servicios de Salud bajo la autoridad de las Comunidades Autónomas.
- b) Integración de toda la asistencia especializada pública en un único nivel que abarca tanto la provisión de servicios ambulatorios especializados como el ingreso hospitalario, teniendo al hospital como centro de ella dentro del ámbito territorial del área de Salud. En este proceso nos encontramos con distintas situaciones marcadas por los distintos ritmos con los que se ha ido avanzando. Como ejemplo extremo, Cataluña se puede decir que mantiene la separación tradicional entre asistencia especializada extrahospitalaria y hospitalaria.

En los últimos años estamos asistiendo a otra serie de importantes cambios organizativos. Si en la década de los 80 y mitad de los 90 hubo una tendencia a la unión de hospitales, en distintas formas: complejos, consorcios, etc., recientemente se empieza a extender el fenómeno contrario: fragmentación del hospital, del que se van segregando servicios, fundamentalmente diagnósticos. Estas unidades van a ser gestionadas como entes o empresas públicas sujetas al derecho privado, que venden sus servicios al resto del hospital o a otros compradores, públicos o privados. Evolución que se da también en el sector privado, con la fragmentación del hospital en distintas empresas entre las que se establece un mercado de compra-venta de servicios.

Así encontramos que lo que constituía una red pública integrada se va poco a poco disgregando. Se crean nuevos hospitales en forma de empresas públicas, fundaciones, etc, con personalidad jurídica propia y autonomía de gestión, que se relacionan con el correspondiente Servicio de Salud mediante contrato-programa, convenio o cualesquiera forma de concertación. Algunos hospitales ya en funcionamiento van a sufrir también una transformación en esa línea, a la vez que la externalización de servicios es cada vez más amplia.

3.2.1. Información

Fundamentalmente son tres las fuentes que ofrecen una información del conjunto del sector hospitalario a nivel de todo el Estado. Tanto el INSALUD como los distintos Servicios de Salud disponen de sistemas de información para su gestión, pero lógicamente ofrecen datos referidos a sus propios centros, no homologables con el resto.

- La Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado se viene elaborando y publicando con periodicidad anual (la primera publicación se refiere a 1972), conjuntamente por el Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio de Sanidad y Consumo, con participación del Ministerio de Defensa, y desde 1984 de la totalidad de Comunidades Autónomas. Está incluida en el Plan Estadístico Nacional y sometida por Ley a secreto estadístico, siendo el límite de desagregación de las explotaciones aquel que pudiera permitir la identificación directa o indirecta de la unidad informante, en este caso el hospital.

Esta estadística recoge información de la dotación de instalaciones (camas, tecnología, quirófanos etc), personal, actividad asistencial, actividad económica, y datos sobre el régimen de financiación de la asistencia (entidad que financia la atención prestada a los pacientes), todo ello respecto a la totalidad de centros hospitalarios, públicos o privados, del país.

- El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) fue establecido por el Consejo Interterritorial en 1987, recoge 14 ítems a partir del informe médico de alta, regulado por Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo en 1984. El CMBD generaliza su desarrollo a nivel estatal a partir de 1992, cuando la entonces Secretaría General para el Sistema Nacional de Salud decide su obligatoriedad en los hospitales del INSALUD. Anteriormente ya alguna Comunidad Autónoma lo había puesto en funcionamiento en su ámbito competencial. En su desarrollo se conforma como un sistema de información para la gestión clínica y para el desarrollo de GDR, etc., quedando en un segundo plano otras utilidades que pudiera tener, como la epidemiológica.

En la actualidad la responsabilidad de la gestión del CMBD se duplica en el caso de las Comunidades Autónomas que todavía no ha recibido las competencias del INSALUD. Algunas comunidades recogen exclusivamente las altas producidas en los hospitales administrados por la entidad gestora, otras incluyen también las altas en centros privados, pero financiadas por el sistema público, y, por fin, hay comunidades que lo han extendido a la totalidad de hospitales, públicos y privados.

Es un sistema todavía en rodaje, con una cobertura que, para los hospitales del sistema público, se situaba en 1995 en torno al 83%, aunque para el total de altas producidas en hospitales de agudos, públicos y privados, esta cobertura baja aproximadamente al 63%. Hay que considerar su elevado coste, al tener que contar cada hospital con una o más personas (su número está en relación con el volumen de altas producidas), dedicadas en exclusiva a la codificación de diagnósticos y alimentación del sistema.

- La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria recoge información sobre las patologías atendidas en los hospitales, a partir del Libro de Registros de Enfermos, (de cumplimentación obligatoria por todos los hospitales según establece el Real Decreto 1360/1976, de 21 de mayo), aunque actualmente utiliza también datos del CMBD. Realizada y publicada por el INE desde 1977, se hace por el método de muestreo, habiendo ido aumentando progresivamente el tamaño de la muestra, que para 1994, último año disponible, era aproximadamente de un 75% de los hospitales y un 25% de las altas.

3.2.2. Personal

En 1994 trabajaban en los hospitales españoles un total de 289.260 personas, casi un 30 % más que 10 años antes (Tabla 8.5), lo que significa un notable incremento. Llama especialmente la atención que en el sector público se ha multiplicado por tres el personal dedicado exclusivamente a tareas de dirección y gestión.

Tabla 8.5. *Personal hospitalario*

Categoría	1985			1994		
	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado
Médicos	47.454	27.579	19.875	65.400	43.070	22.330
Otro P. Titulado superior	2.221	1.322	899	2.822	1.843	979
Enfermeros	73.034	60.164	12.870	99.179	84.480	14.699
Auxiliares, Téc. sanit.	72.760	56.077	16.683	94.138	74.500	19.638
Otro P. Sanitario	882	601	281	1.457	1.009	448
Dirección y Gestión	2.542	1.243	1.299	5.579	3.914	1.665
No Sanitario	90.376	70.769	19.598	106.458	87.683	17.775
TOTAL	289.260	217.755	71.505	375.033	296.499	78.534

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo e INE. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 1985, 1994.

Hay que hacer notar que la aparente sobredotación de médicos en los hospitales privados sobre los públicos se debe a que en aquellos la mayoría aparece como personal colaborador, como puede verse en la Tabla 8.6, sin relación laboral alguna con el centro y con una dedicación horaria en función de los pacientes que atienden, pudiendo trabajar, y por tanto estar contabilizados, en varios hospitales a la vez.

Tabla 8.6. *Indicadores de personal según dependencia. Hospitales de agudos*

	Total	SNS	Otros Públicos	Privado-Benéficos	Privados no benéficos
Médico contratado/cama	0,39	0,48	0,37	0,23	0,16
Médico colaborador/cama	0,12	0,00	0,01	0,26	0,56
Enfermero/cama	0,78	0,96	0,69	0,48	0,36
Auxiliar/cama	0,68	0,78	0,65	0,48	0,46

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 1994. Resultados provisionales correspondientes a hospitales civiles.

3.2.3. Recursos y actividad

En 1994 se produjeron en los hospitales españoles más de 4 millones de altas y 44 millones de estancias en las cerca de 157.500 camas en funcionamiento. Se atendieron 15 millones de urgencias, se realizaron 2,6 millones de intervenciones quirúrgicas en los 3.300 quirófanos existentes y se atendieron cerca de 40 millones de consultas. Estas grandes cifras podrían resumir la actividad llevada a cabo en el conjunto de los centros hospitalarios, tanto públicos como privados, cifras en buena medida superiores a las obtenidas para 1985, como se detallará a continuación.

En primer lugar hay que hacer referencia a la evolución de la dotación de camas. En estos años se ha producido un descenso continuado de su número en el conjunto de hospitales. En los centros de agudos (Tabla 8.7) puede observarse como este descenso afecta más a los centros privados, manteniéndose prácticamente estable en los públicos.

Tabla 8.7. Evolución de camas, altas y estancias en hospitales de agudos

	CAMAS			ALTAS			ESTANCIAS		
	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado
1985	133684	92524	41160	3506990	2390279	1116751	35245936	25036300	10206636
1986	133447	94368	39605	3476603	2404866	1071737	34323459	24688913	9634546
1987	132835	95114	37721	3564240	2488434	1075806	35572906	26155138	9417768
1988	131989	95137	36852	3669587	2578361	1091226	35897121	26337923	9559198
1989	131441	95108	36333	3680011	2576167	1103844	35629198	26176462	9452736
1990	130337	95229	35108	3717266	2617285	1099981	35014613	26014493	9000120
1991	130048	95105	34943	3810500	2690219	1120281	35253036	26173364	9079672
1992	128237	94740	33497	3916423	2818027	1098396	34623517	26049225	8574247
1993	126155	93344	32811	4015252	2888159	1127170	34454124	26107246	8346878
1994	125392	92446	32946	4105791	2961813	1143978	33837891	25772257	8065634
% DIFER.	-6,20	-0,08	-19,96	17,07	23,91	2,44	-3,99	2,94	-20,98

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo e INE. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 1985-1994

En los hospitales de agudos las camas se han mantenido estables en los de dependencia pública, en los que junto a la apertura en este período de un número importante de hospitales, fundamentalmente de tamaño medio (200-500 camas), se ha ido produciendo el cierre de camas en grandes hospitales, tanto por necesidades de espacio para la instalación de nuevas tecnologías, como por la remodelación de las antiguas y obsoletas áreas de hospitalización, con notable mejora de las condiciones hosteleras. En los centros privados ha habido un ligero descenso, por el cierre de pequeñas clínicas de muy pocas camas, y la transformación de otros establecimientos hacia la asistencia a crónicos, lo que se traduce en un aumento de camas en centros geriátricos y/o de larga estancia. En cuanto a los psiquiátricos, la reducción de camas ha sido muy importante.

Se constata un incremento continuo de la utilización de servicios de hospitalización, tanto en términos globales como en la hospitalización de agudos (incremento en un 11% de las altas por cada 1.000 habitantes en la última década). Este incremento se produce principalmente a expensas del sector público, (crecen un 12% las altas por mil habitantes en hospitales públicos de agudos, mientras se mantiene prácticamente estable en los privados) (Tabla 8.8). El incremento de la provisión pública en el período se produce en todas las áreas de hospitalización, siendo especialmente llamativa en el área de cirugía.

Tabla 8.8. *Hospitales de agudos. Camas, altas y estancias por 1.000 habitantes*

	Camas			Altas			Estancias		
	Total	Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados	Total	Públicos	Privados
1985	3,5	2,4	1,1	91,1	62,1	29,0	915,4	650,2	265,1
1986	3,5	2,4	1,0	89,9	62,2	27,7	887,6	638,5	249,2
1987	3,4	2,4	1,0	91,8	64,1	27,7	916,1	673,5	242,5
1988	3,4	2,5	0,9	94,6	66,4	28,1	925,0	678,7	246,3
1989	3,4	2,4	0,9	94,6	66,2	28,4	916,2	673,1	243,1
1990	3,3	2,4	0,9	95,4	67,2	28,2	898,8	667,7	231,0
1991	3,3	2,4	0,9	97,9	69,1	28,8	905,9	672,6	233,3
1992	3,3	2,4	0,9	100,4	72,2	28,2	887,7	667,8	219,8
1993	3,2	2,4	0,8	102,7	73,9	28,8	881,6	668,0	213,6
1994	3,2	2,4	0,8	104,9	75,7	29,2	864,3	658,3	206,0

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo e INE. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 1985-1994.

Tabla 8.9. Evolución de la estancia media, ocupación y rotación en hospitales de agudos

	Estancia media			Ocupación			Rotación		
	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado
1985	10,05	10,47	9,14	72,23	74,13	67,94	26,23	25,83	27,13
1986	9,87	10,27	8,99	70,47	71,68	66,65	26,05	25,48	27,06
1987	9,98	10,51	8,75	73,37	75,34	68,40	26,83	26,16	28,52
1988	9,78	10,21	8,76	74,51	75,85	71,07	27,80	27,10	29,61
1989	9,68	10,16	8,56	74,26	75,41	71,28	28,00	27,09	30,38
1990	9,42	9,94	8,18	73,60	74,84	70,23	28,52	27,48	31,33
1991	9,25	9,73	8,10	74,27	75,40	71,19	29,30	28,29	32,06
1992	8,84	9,24	7,81	73,97	75,33	70,13	30,54	29,74	32,79
1993	8,58	9,04	7,41	74,82	76,63	69,70	31,83	30,94	34,35
1994	8,24	8,70	7,05	73,93	76,38	67,07	32,74	32,04	34,72
% DIF.	-18,00	-16,92	-22,86	2,35	3,03	-1,27	24,82	24,02	27,98

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo e INE. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 1985-1994.

Respecto a los indicadores de funcionamiento hospitalario global (Tabla 8.9), se ha producido un descenso de la estancia media y un ligero aumento de la tasa de ocupación, por un incremento tanto de las estancias como, especialmente, de las altas del hospital. En el conjunto de los hospitales, la estancia media ha pasado de 13,6 a 10,5 días, y en los hospitales de agudos de 10,1 a 8,2, mientras la tasa de ocupación, en el conjunto de hospitales ha pasado del 75,2 al 77,7%, y en centros de agudos del 72,2 al 74%. En la Tabla 8.10 se pueden ver estos indicadores, correspondientes a 1994, por Comunidad Autónoma.

Si se analizan estos indicadores por servicios, referidos a Medicina Interna y especialidades médicas, Cirugía y especialidades quirúrgicas, Obstetricia-Ginecología, Pediatría, Psiquiatría e Intensivos, para el conjunto de hospitales, independientemente de su dependencia o finalidad, se observa un descenso general de la estancia media, muy acusado en especialidades como cirugía, pediatría o psiquiatría. También la tasa de ocupación sube ligeramente en casi todos los servicios, excepto psiquiatría, en el que se mantiene prácticamente constante, a pesar de la fuerte reducción de camas.

Tabla 8.10. Camas y altas y estancias por 1.000 habitantes, por CCAA según finalidad del hospital

	Camas				Estancias				Altas			
	Total	Agudos	L.Est	Psic	Total	Agudos	L.Est	Psic	Total	Agudos	L.Est	Psic
Andalucía	3,14	2,97	0,05	0,11	853,55	798,01	16,95	39,29	101,35	100,79	0,47	0,09
Aragón	4,46	3,17	0,32	0,97	1.260,62	855,26	98,26	307,09	112,35	109,99	1,98	0,38
Asturias	3,85	3,48	0,13	0,24	1.102,79	989,73	38,94	74,12	103,06	101,87	0,76	0,44
Baleares	4,36	3,47	0,17	0,71	1.164,66	958,77	58,82	147,07	143,39	141,85	0,04	1,51
Canarias	4,90	3,57	0,88	0,44	1.477,03	1.024,96	303,02	149,05	95,34	92,80	1,03	1,51
Cantabria	4,21	3,07	0,30	0,83	1.189,33	819,16	99,04	271,13	91,07	89,03	1,85	0,18
Cast. y León	3,13	2,58	0,11	0,44	869,14	687,64	35,74	145,76	86,23	82,99	1,83	1,41
C.-La Mancha	4,63	3,32	0,09	1,22	1.322,86	884,45	29,45	408,96	101,28	100,13	0,63	0,51
Cataluña	4,87	3,40	0,62	0,84	1.468,71	981,77	217,17	269,76	12,82	121,12	1,12	1,
C. Valenciana	2,98	2,80	0,07	0,11	774,87	729,83	22,39	22,64	101,03	99,41	1,11	0,
Extremadura	3,96	2,86	0,00	1,10	1.103,48	781,82	0,00	321,66	93,73	92,54	0,00	1,19
Galicia	3,78	3,29	0,07	0,41	1.112,27	961,50	21,13	129,64	98,51	97,33	0,34	0,83
Madrid	3,88	3,07	0,26	0,55	1.075,17	820,36	81,36	173,45	104,09	101,61	0,78	1,70
Murcia	3,03	2,67	0,24	0,12	851,94	740,33	72,28	39,33	93,17	91,82	0,55	0,81
Navarra	5,08	4,09	0,12	0,87	1.416,68	1.086,27	26,53	303,89	132,10	131,08	0,23	0,79
País Vasco	4,33	3,05	0,39	0,88	1.226,77	802,18	111,00	313,60	113,37	109,15	3,16	1,05
La Rioja	3,70	2,74	0,19	0,77	1.133,46	824,72	65,66	243,07	93,77	92,56	1,06	0,15
Ceuta y Melilla	2,60	2,60	0,00	0,00	632,04	632,04	0,00	0,00	100,01	100,01	0,00	0,00
TOTAL	3,90	3,12	0,25	0,53	1.107,75	855,85	81,31	170,60	105,69	103,82	0,95	0,92

Fuente: Ministerio de sanidad y Consumo. Estadísticas de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Hospitales Civiles. Resultados Provisionales. 1994.

En el *Área de Urgencias* se puede observar en la década estudiada un espectacular aumento del número de urgencias atendidas, con un incremento del 68% en los hospitales públicos y del 60% en los hospitales privados, aunque la curva de crecimiento tiende a suavizarse al final del período. La tasa por mil habitantes pasa de 201 a 390 urgencias atendidas. El sector público recibe el 79% del total, manteniéndose bastante estable la proporción en estos años. La alta demanda de asistencia en los servicios de urgencia, con un fuerte y continuado ritmo de crecimiento, provoca que más de la mitad de los ingresos hospitalarios sean por esta vía, a pesar de que se ingresan menos del 15% de los pacientes que acuden a estos servicios (Tabla 8.11).

Tabla 8.11. *Actividad en servicios de urgencias*

	Urgencias			% Ingresos/Total Urgen.			Presión de Urgencias		
	Total	Públicos	Privados	Total	Publ.	Priv.	Total	Publ.	Priv.
1985	9.211.521	7.185.015	2.026.506	18,2	19,6	13,2	47,7	58,8	23,9
1986	9.966.128	7.896.332	2.069.796	17,5	18,7	12,9	50,2	61,5	24,9
1987	11.012.503	8.737.700	2.274.803	17,0	18,1	12,9	52,5	63,4	27,3
1988	12.167.574	9.587.731	2.579.843	15,6	16,8	11,5	51,9	62,3	27,2
1989	12.733.268	10.038.491	2.694.777	14,9	15,8	11,5	51,4	61,5	28,1
1990	13.104.556	10.301.362	2.803.194	15,1	16,1	11,5	53,3	63,4	29,3
1991	13.778.927	10.766.111	3.012.816	14,5	15,4	11,2	52,3	61,5	30,2
1992	13.951.680	11.061.327	2.890.353	14,5	15,5	10,7	51,5	60,6	28,0
1993	14.664.729	11.616.521	3.048.208	14,2	15,0	11,1	51,9	60,5	29,9
1994	15.277.568	12.037.299	3.240.269	13,7	14,5	10,7	51,0	59,1	30,2
% DIF.	65,9	67,5	59,9	-24,5	-25,7	-19,1	7,0	0,4	26,3

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo e INE. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 1985-1994.

La actividad en el *Área Quirúrgica* ha experimentado también un fuerte crecimiento en la década estudiada. En 1994 se practicaron más de 2,6 millones de intervenciones quirúrgicas, tanto en régimen de hospitalización como ambulatorio, un 30% más que en 1985. En términos de frecuentación quirúrgica, se produjo un incremento de 50 a 68 intervenciones por mil habitantes. Este aumento de actividad se produce en mayor medida a partir de la provisión pública (en 1994, el 65% de las intervenciones se practican en centros públicos).

En los últimos años está teniendo un importante desarrollo la Cirugía Mayor Ambulatoria, lo que tendrá repercusiones en la estructura de los hospitales, espe-

cialmente en lo que respecta al área quirúrgica, al evitar un buen número de ingresos para cirugía.

Por lo que respecta al *Área obstétrica*, la caída de la tasa de natalidad ha supuesto un descenso del 18% en el número total de partos. No obstante, en tanto los partos por vía vaginal descienden en un 25%, las cesáreas aumentan un 48 %. Esto hace que la tasa de cesáreas sobre total de partos crezca en este período desde el 10,5 al 17,7%. En este aspecto, la diferencia según la dependencia del hospital aumenta de forma llamativa, pasando de una tasa de 10,1 en públicos y 11,6 en privados en 1985 a situarse en 16,6 y 21,6 respectivamente en 1994 (Tabla 8.12).

Tabla 8.12. Partos y porcentaje de cesáreas

	Total de Partos			% Cesáreas/partos		
	Total	Público	Privado	Total	Público	Privado
1985	453.882	334.669	119.213	10,50	10,12	11,57
1986	444.092	334.197	109.895	11,23	10,68	12,89
1987	429.730	324.816	104.914	12,07	11,46	13,95
1988	421.142	319.283	101.859	12,83	12,35	14,33
1989	413.334	311.794	100.962	13,57	12,88	15,78
1990	405.815	307.993	98.777	14,07	13,33	16,23
1991	397.486	305.327	92.159	14,97	14,04	18,05
1992	400.067	308.040	92.027	16,06	14,91	19,91
1993	385.589	297.675	87.914	17,34	15,82	22,48
1994	371.192	284.453	86.739	17,73	16,56	21,57

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo e INE. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 1985-1994.

El número de *consultas externas* atendidas en el conjunto de hospitales se ha casi duplicado en este período, debido al fuerte crecimiento en el sector público (111%). No obstante, al valorar este crecimiento hay que tener en cuenta que a partir de 1990, en algunos casos se han contabilizado las consultas producidas en los Centros de Especialidades dependientes del hospital, al no haber sido posible su desagregación.

Respecto a la financiación de las altas producidas en hospitales públicos o privados, se puede observar el incremento de la proporción de altas cuyos costes han sido cubiertos mediante financiación pública, de forma que mientras en 1985 el 75,5% de altas eran financiadas por la Seguridad Social o por otra entidad pública, este porcentaje aumenta hasta el 80,1% en 1994. (Tabla 8.13)

Tabla 8.13. *Altas y estancias según el régimen económico de los pacientes y dependencia del hospital*

Entidad Financiadora		Total Hospitales	SNS	Otros Públicos	Privados benéficos	Privados no benéficos
Total Entidades	Altas	4.136.979	2.588.517	366.292	428.509	753.661
	Estancias	43.361.172	22.939.638	6.776.605	6.906.010	6.738.910
SNS	Altas	3.240.644	2.482.486	316.520	270.778	170.861
	Estancias	33.646.690	21.861.785	4.108.984	4.381.642	3.294.279
Propios pacientes	Altas	175.330	19.897	4.212	44.631	105.690
	Estancias	2.560.450	222.611	1.134.257	568.123	635.459
Aseguradoras Privadas	Altas	520.974	15.721	5.949	103.238	396.268
	Estancias	2.696.004	130.633	40.190	546.066	1.079.115
Entidades Públicas	Altas	37.813	11.664	11.166	1.995	12.988
	Estancias	3.903.507	102.465	1.143.406	1.294.562	110.458
Asegurad. acetes Tráfico	Altas	67.790	42.301	3.698	2.911	18.889
	Estancias	597.157	419.386	34.361	32.952	110.458
Mutuas Accte. Trabajo	Altas	55.485	13.238	1.236	3.891	37.120
	Estancias	404.720	94.993	8.982	28.607	272.138
Otras	Altas	9.558	3.210	2.787	1.065	2.496
	Estancias	252.911	30.062	121.685	54.058	47.106

Fuentes: Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internación. Hospitales Civiles. Resultados Provisionales de 1994.

Tabla 8.14. Evolución de gastos y porcentaje de gastos de personal sobre gastos corrientes totales

	Total hospitalares			Públicos			Privados		
	Corrientes	Personal	%	Corrientes	Personal	%	Corrientes	Personal	%
1985	734.533.227	515.414.214	70,17	578.113.956	427.062.261	73,87	156.419.321	88.351.953	56,48
1986	823.474.176	572.890.055	69,57	657.743.884	479.162.902	72,85	165.730.292	93.727.153	56,55
1987	952.709.575	666.803.979	69,99	773.020.797	563.755.279	72,93	182.688.778	103.048.700	56,41
1988	1.083.790.981	763.380.634	70,44	877.164.151	647.060.328	73,77	206.626.830	116.320.306	56,29
1989	1.273.971.807	891.902.710	70,01	1.039.230.868	759.428.400	73,08	234.740.939	132.474.310	56,43
1990	1.475.542.051	1.029.177.976	69,75	1.214.440.121	883.718.290	72,77	261.101.930	145.460.000	55,71
1991	1.720.946.696	1.189.401.873	69,11	1.415.181.658	1.020.663.597	72,12	305.765.038	168.738.276	55,19
1992	1.964.746.952	1.355.682.821	69,00	1.633.890.416	1.174.705.241	71,90	330.856.536	180.977.580	54,70
1993	2.088.548.794	1.408.086.893	67,42	1.720.258.767	1.211.929.179	70,45	368.290.027	196.157.714	53,26
1994	2.168.551.494	1.443.713.837	66,58	1.781.565.721	1.239.791.832	69,59	386.985.773	203.922.005	52,69
%94-85	195,23	180,11		208,17	190,31		147,40	130,81	-6,71

En miles de pesetas

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo e INE. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 1985-1994

En el período 85-94 los gastos corrientes hospitalarios crecieron el 195%, correspondiendo el 67% del total a los gastos de personal. No obstante, la participación de los gastos de personal en el total ha ido disminuyendo ligeramente (Tabla 8.14). Las inversiones han crecido un 268%, crecimiento más fuerte en el sector privado, fundamentalmente debido a la alta inversión en terrenos y edificios. (330% de crecimiento en privados y 222% en públicos). Los gastos en inversión suponen el 3,3% de los gastos totales (9,6% en privados y 2,1% en públicos).

La proporción de camas en funcionamiento por mil habitantes ha disminuido, como en el resto de países de la Unión Europea (UE) pero con una disminución proporcionalmente menor y, sobre todo, diferentemente distribuida: mientras que en los países de la UE la disminución afecta al conjunto de camas, y también a los contingentes de camas de agudos y psiquiátricas, en España la disminución es en conjunto menor y se concentra en las camas psiquiátricas, que disminuyen drásticamente su peso en el conjunto de camas, como efecto visible de la reforma psiquiátrica.

Respecto a la estancia media global y de agudos, ambas disminuyen en menor proporción que en la media de la UE, siendo de destacar que mientras en 1984 la estancia media global y de agudos era inferior en España que en la media de la UE, en 1993, la estancia media global se ha aproximado a la de la UE y es aún algo inferior (consecuencia razonable del menor desarrollo de los dispositivos de hospitalización de crónicos), pero a pesar de la importante disminución de estancia media en pacientes agudos, al ser dicha disminución más acusada en los países de la UE, se constata una estancia media de agudos superior en casi un día en España.

El importante incremento del índice de ocupación en España y la estabilización o tendencia a la baja en la media de la UE, hacen que España se haya aproximado mucho a las ocupaciones hospitalarias medias de la UE, tanto en hospitalización global como en agudos, con índices de ocupación que en 1993 continúan por debajo de la media de la UE.

3.3. Atención en salud mental

En 1983 se creaba la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, que publicó en 1985 sus trabajos, en los que se ofrecía el marco y criterios generales para afrontar la transformación de una asistencia psiquiátrica de corte manicomial en un modelo de concepción comunitaria, modelo que fue refrendado por la Ley General de Sanidad. Esta Ley dedica el Capítulo Tercero a la Salud Mental. Este capítulo tiene un único artículo, el 20, en el que se marca "la plena integración de las

actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales".

El Real Decreto 63/1995 sobre ordenación de las prestaciones sanitarias en el Sistema Nacional de Salud sitúa la atención a la salud mental y la asistencia psiquiátrica en el marco de la atención especializada, lo que ayuda a clarificar una situación sobre la que había discusión (primaria *versus* especializada)²³. Hay en cambio otros aspectos del decreto, en el que se especifican las prestaciones incluidas (p. ej.: psicoterapias individuales, de grupo o familiares) y excluidas (psicoanálisis e hipnosis), más discutibles.

Previamente a la Ley General de Sanidad la atención a la salud mental se había caracterizado por la dispersión de competencias entre distintas administraciones públicas (Estado, Comunidades Autónomas, Diputaciones, Ayuntamientos), sin ninguna cohesión entre ellas.

El dispositivo asistencial tenía un componente básicamente hospitalocentrista, y fuera de la red asistencial de la Seguridad Social. Los hospitales públicos dependían, salvo alguno de la AISNA, de las Diputaciones Provinciales (con el desarrollo autonómico, las comunidades uniprovinciales se hicieron cargo de la red asistencial de las Diputaciones). Paralelamente había una importante número de psiquiátricos de gran tamaño en manos de la Iglesia.

La asistencia que ofrecía el INSALUD, heredada por las Comunidades Autónomas que reciben sus transferencias, era, con la excepción de unos pocos servicios para la atención a enfermos agudos en hospitales generales, básicamente ambulatoria, en las consultas de neuropsiquiatría, a cuya titularidad podían acceder indistintamente especialistas en neurología o en psiquiatría.

Las líneas fundamentales de la reforma son las siguientes:

- Integración de la asistencia psiquiátrica en un sistema único de sanidad pública.
- Desarrollo de las actuaciones preventivas, asistenciales, de seguimiento, de rehabilitación y de reinserción social que favorezcan una actuación integral.
- Priorización de la atención extrahospitalaria, bajo principios de zonificación y territorialidad, descentralización y distribución equitativa de recursos. Arti-

culación de la salud mental con la Atención Primaria y creación y desarrollo de una red de Centros de Salud Mental, con una concepción del trabajo en equipos de carácter multidisciplinar. "La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización". (Ley General de Sanidad, art. 20.1).

- Ampliación de las unidades psiquiátricas en los hospitales generales (en 1987, de las 31.321 camas psiquiátricas en funcionamiento, sólo 1.757 estaban en hospitales no clasificados como psiquiátricos). El proceso, en buena medida, ha consistido en el traslado de las Unidades de Hospitalización Breve existentes en los hospitales psiquiátricos a los hospitales generales.
- Reducción de las necesidades de hospitalización mediante la creación de recursos alternativos y eficaces.
- Desarrollo de programas de rehabilitación y su incardinación en los recursos y servicios más apropiados y específicos.
- Transformación de los hospitales psiquiátricos, y su articulación en la red sanitaria.

La mayoría de los hospitales psiquiátricos públicos han sufrido un proceso de transformación radical. De una parte, las unidades de agudos pasan a situarse física, o al menos funcionalmente, en hospitales generales. De otra parte, el proceso de desinstitucionalización, ya iniciado varios años atrás con la salida de los centros de un número importante de pacientes. No obstante, otro contingente de internados no son susceptibles de salir a la calle, más por motivos sociales que puramente sanitarios, con lo que algunas antiguas unidades de los hospitales pasarán a convertirse en centros residenciales, dependientes de los servicios sociales. Por tanto, la mayoría de los antiguos psiquiátricos se han convertido en unidades de rehabilitación, que persiguen la reinserción social de los pacientes, y en unidades de crónicos (Tabla 8.15).

En las unidades de hospitalización breve la estancia media es, en 1994, de 18 días en hospitales generales y de 24 días en hospitales psiquiátricos, con unas tasa de ocupación del 77% para los primeros y del 65% para los segundos (Tabla 8.16).

Tabla 8.15. *Actividad en Servicios de Psiquiatría. Total de hospitales*

	Camas	Altas	Estancias	E. Media	Ocupac.	Rotación
1985	35.342	79.464	11.177.720	140,66	86,65	2,25
1986	33.059	79.011	10.664.427	134,97	88,38	2,39
1987	31.321	79.520	10.083.993	126,81	88,21	2,54
1988	30.100	81.345	9.626.034	118,34	87,62	2,70
1989	29.634	83.131	9.415.351	113,26	87,05	2,81
1990	27.532	79.501	8.647.351	108,77	86,05	2,89
1991	26.400	77.948	8.270.669	106,10	85,83	2,95
1992	25.050	77.834	7.977.976	102,50	87,26	3,11
1993	24.390	79.935	7.711.252	96,47	86,62	3,28
1994	24.165	82.086	7.607.012	92,67	86,25	3,40
% DIF.	-31,63	3,30	-31,94	-34,12	-0,47	51,08

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo e INE. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 1985-1994.

Tabla 8.16. *Unidades de Hospitalización Breve Psiquiátrica. 1991-1994*

	Hospitales Generales			Hospitales Psiquiátricos		
	Camas	Ingresos	Estancias	Camas	Ingresos	Estancias
1991	2.107	33.286	609.450	1.694	17.139	441.238
1992	2.023	28.762	534.608	1.449	14.795	406.466
1993	2.206	33.334	633.809	1.515	14.090	470.304
1994	2.367	37.365	663.912	1.689	16.712	402.029

Fuente: Encuesta de Salud Mental. Ministerio de Sanidad y Consumo.

En cuanto a los Centros de Salud Mental, su número ha pasado de 433 en 1990 a 520 en 1994, con una cobertura poblacional que ha pasado de 76.061 a 75.474 habitantes por Centro en esos años (Tabla 8.17).

Tabla 8.17. Centros de Salud Mental. Año 1994

	Centros	Habitantes/Centro	Consultas Totales	Consultas/1.000 hab.
Andalucía	88	86.200	480.715	68
Aragón	17	49.393	121.676	102
Asturias	15	57.165	103.930	96
Baleares	7	55.882	55.279	76
Canarias	8	138.833	83.426	54
Cantabria	3	75.207	32.192	61
Cast.-La Mancha	19	72.199	-	-
Castilla y León	33	64.739	165.502	65
Cataluña	85	69.514	501.898	82
Com. Valenciana	40	69.829	196.982	50
Extremadura	5	81.804	48.292	45
Galicia	20	108.819	87.193	32
Madrid	34	140.122	462.061	91
Murcia	8	96.826	84.800	79
Navarra	8	58.221	84.180	160
País Vasco	39	36.056	442.344	211
La Rioja	4	44.117	31.814	120
TOTAL	433	75.474	2.982.212	78

Fuente: Encuesta de Salud Mental. Ministerio de Sanidad y Consumo.

3.4. Atención sociosanitaria

Son muchos los casos en los que las necesidades de asistencia sanitaria y las de asistencia social se dan de forma conjunta e inseparable, sin que se pueda siquiera precisar si unas dominan sobre las otras. Podemos entonces hablar de necesidades sociosanitarias.

Podríamos esquematizar en tres las condiciones que determinan las necesidades de atención sociosanitaria:

- Patología crónica
- Deterioro físico y/o cognitivo
- Escasez de recursos y/o ausencia o deficiente apoyo familiar.

Para Eduardo Portella y Esteban Carrillo ²⁴ la necesidad de servicios/recursos sociosanitarios se manifiesta con mayor intensidad en pacientes geriátricos con pluriopatología y deterioro físico y/o cognitivo, pacientes terminales, enfermos mentales crónicos, grandes minusvalías físicas, minusvalías psíquicas, toxicomanías, nuevas patologías tipo SIDA, trasplantes, cuidados paliativos, marginación y enfermedad.

El progresivo envejecimiento de la población hace aumentar la aparición de patologías crónicas. Los cambios en el modelo de familia hace que, sobre todo en las grandes ciudades, sea muy elevado el número de personas de edad avanzada, especialmente mujeres, que viven solas y con un bajo nivel de renta.

Habitualmente el hospital general ha tenido que asumir la atención a estos pacientes ante la falta de alternativas. Pero la demanda de camas para la atención a pacientes que requieren mayores medios técnicos, así como los elevados costes de la hospitalización hace que por parte de los gestores se procure limitar en lo posible la estancia de enfermos crónicos en establecimientos para agudos.

Estas situaciones, sin ser en absoluto nuevas, no habían motivado hasta épocas muy recientes, y todavía de una manera muy limitada y desigual, un abordaje por parte de las administraciones públicas. Así, programas como "Vida als Anys" en Cataluña siguen siendo experiencias aisladas.

Si el sector público se adapta con lentitud a estas necesidades, el sector privado por el contrario ha visto en la atención sociosanitaria una interesante vía de negocio, dicho esto sin ninguna connotación peyorativa. La necesidad de grandes inversiones para sobrevivir en un sector cada vez más tecnificado y competitivo, y la existencia de un mercado potencial, insuficientemente cubierto por el sector público, hace que asistamos en los últimos tiempos a la transformación, total o parcial, de hospitales quirúrgicos en centros de larga estancia.

La información sobre recursos y actividad sociosanitaria es escasa, y referida más bien a la prestada en régimen de internamiento. La Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado recoge datos de hospitales, camas, altas y estancias, y aunque también recoge información de hospital de día, hasta 1995 lo hacía sólo de pacientes y sesiones, sin distinguir el tipo de asistencia (geriátrica, psiquiátrica, oncológica...), ni la capacidad asistencial (esta información se ha incluido a partir de ese año). En la Tabla 8.18 podemos ver un resumen correspondiente a esos datos.

Tabla 8.18. *Unidades de Larga Estancia*

	Camas		Altas		Estancias	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
1987	2.042	3.936	4.356	10.189	628.830	1.279.719
1994	3.150	7.375	15.822	15.624	1.325.113	2.459.531

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo e INE. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado 1987-1994.

3.5. Trasplantes. La Organización Nacional de Trasplantes

Desde su creación en 1989, la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) ha sido la encargada de impulsar y coordinar el dispositivo sanitario y extrasanitario (Protección Civil, fuerzas de seguridad, jueces, medios de transporte, etc.) preciso para poder llevar a cabo los trasplantes.

Para ello se ha creado una red de equipos de coordinación, formada en 1996 por 140 médicos y 73 enfermeros, que cubre prácticamente la totalidad de los hospitales susceptibles de originar donaciones.

En estos años España se ha convertido en el país con la mayor tasa de donación del mundo, de tal forma que su modelo organizativo está siendo adoptado por numerosos países.

Las donaciones mantienen una línea creciente (Tabla 8.19), al contrario que en otros países de nuestro entorno, en los que se han estancado desde hace varios años, o incluso han descendido.

Tabla 8.19. *Donantes y órganos generados*

	Donantes	Tasa (*)	Riñones	Hígados	Corazones	Pulmones
1989	550	14,3	1.124	168	117	
1990	687	17,8	1.360	346	224	2
1991	778	20,2	1.552	482	303	22
1992	832	21,7	1.663	555	316	20
1993	869	22,8	1.732	584	321	33
1994	960	25,0	1.912	702	340	72
1995	1.037	27,0	2.062	831	319	73
1996	1.032	26,8	2.012	836	316	99

(*) Donantes por millón de población. Fuente: Organización Nacional de Trasplantes.

3.6. Interrupción voluntaria del embarazo y reproducción asistida

El Real Decreto sobre ordenación de prestaciones incluye, entre las que corresponden a la atención especializada, el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, y la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos a que se refiere la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio.

La citada Ley Orgánica 9/1985 reforma el artículo 417 bis del Código Penal, despenalizando el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en un centro sanitario acreditado, con consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes: 1) que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o para la salud física o psíquica de la embarazada; 2) que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación; ó 3) que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas.

La Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 16 de junio de 1986 dispuso la obligatoriedad de la notificación de las interrupciones voluntarias del embarazo, tanto con fines de estadística e información como de vigilancia epidemiológica.

Según datos de la estadística que elabora el Ministerio de Sanidad y Consumo, durante 1995 se practicaron 49.369 interrupciones (Tabla 8.20) en 102 centros (34 públicos y 68 privados). El 90,48% se realizaron en centros extrahospitalarios, prácticamente todos privados (sólo el 0,28% en centros públicos), y el 9,52% restante en hospitales (el 2,39% en centros públicos y 7,13% en privados). En motivo aducido fue, en el 97,9% de los casos, riesgo para la salud de la madre.

Tabla 8.20. IVE. Número de centros que han notificado, número de abortos realizados y tasas por mil mujeres entre 15 y 44 años

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Nº de Centros que han notificado IVE	81	88	87	95	101	102
Nº de abortos realizados	37.231	41.910	44.962	45.503	47.832	49.367
Tasa por 1.000 mujeres de 15 a 44 años	4,29	4,79	5,10	5,15	5,38	5,23

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 1995.

Por lo que respecta a la reproducción asistida, las técnicas destinadas a tal fin han sido reguladas mediante la Ley 35/1988 de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida. En ese mismo año se aprobó la Ley 42/1988, de 28 de diciembre, de donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos.

La primera de ellas contempla tres tipos de técnicas: inseminación artificial, fecundación "in vitro" con transferencia de preembriones, y la transferencia intra-tubárica de gametos.

Posteriormente, en 1996, se han aprobado dos Reales Decretos, el primero, (R. D. 412/1996) establece los protocolos obligatorios de estudio de los donantes y usuarios relacionados con estas técnicas, y se regula la creación y organización del Registro Nacional de donantes de gametos y preembriones con fines de reproducción humana, y el segundo (R.D. 413/1996) establece los requisitos técnicos y funcionales precisos para la autorización y la homologación de los centros y servicios sanitarios relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida.

Este último contempla los siguientes tipos de centros o servicios:

- a) Bancos de semen y/o laboratorios de semen para capacitación espermática.
- b) Unidades de inseminación artificial.
- c) Centros o unidades de fecundación "in vitro" y bancos de preembriones.

Además dispone que se deberá crear el Registro de Centros y Servicios relacionados con estas técnicas.

Una vez puesto en marcha el proceso de autorización, se han aprobado, a junio de 1997, 43 centros o servicios, de los que tan sólo 4 pertenecen al sector público. 22 de ellos han sido autorizados para poder realizar todas las técnicas. No obstante, se estima que cuando se complete el proceso de autorizaciones, el número total se aproximará a 100.

Para definir los límites éticos en la investigación y aplicación de éstas técnicas, a la luz de los avances científicos, y posibilitar su mejor utilización y su adecuación a las necesidades de nuestra sociedad, el Real Decreto 415/1997, de 21 de marzo, crea la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida.

3.7. Salud laboral

Aunque no se trate específicamente de servicios asistenciales, sino que tienen un carácter prioritariamente preventivo, creemos que al menos su mención puede completar este repaso por los recursos del sistema sanitario.

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales supone un cambio radical en el abordaje de la salud de los trabajadores, tanto desde el punto de vista conceptual, como de los recursos sanitarios que será preciso desarrollar.

La nueva Ley viene a articularse con una serie de normas legales dispersas que trataban de la salud y seguridad de los trabajadores. Desde la Constitución (art.

40.2), siguiendo por la Ley General de Sanidad (Capítulo Cuarto), el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores y la Ley de la Industria.

Los dos principios básicos de esta Ley son su carácter preventivista y la participación de los trabajadores.

Respecto al primero de los aspectos señalados, la Ley prácticamente universaliza su marco de actuación, incluyendo a los empleados públicos, tanto sujetos a régimen laboral como a funcional o estatutario.

En lo que a recursos se refiere, para llevar a cabo estas tareas se contempla la constitución de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales. Estos servicios vienen regulados por el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, de Reglamento de los Servicios de Prevención, y de acuerdo con él pueden ser:

- Propios de la empresa, cuando ésta tenga más de 500 trabajadores o cuando, teniendo menos, concurren una serie de circunstancias.
- Ajenos. Pueden actuar como tal las Mutuas de Accidentes de Trabajo.
- Mancomunados, entre empresas que desarrollan simultáneamente su actividad en el mismo centro de trabajo, edificio o centro comercial, siempre que quede garantizada la operatividad y eficacia del servicio.

El Artículo 38 del Real Decreto establece que los servicios de prevención colaborarán con los servicios de atención primaria y atención especializada para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades relacionadas con el trabajo. La coordinación entre los servicios de prevención y el sistema sanitario se establecerá a través de los servicios de salud pública del área de salud en que actúen. Los servicios de prevención colaborarán en las campañas sanitarias y epidemiológicas organizadas por las Administraciones Públicas competentes en materia sanitaria.

Así mismo, los servicios de prevención colaborarán con las autoridades sanitarias para proveer el Sistema de Información Sanitaria en Salud Laboral, que será establecido, en sus mínimos, por el Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial, pudiendo ser ampliado por las Comunidades Autónomas (Art. 39). Este sistema de información deberá permitir la elaboración de mapas de riesgos laborales, así como la realización de estudios epidemiológicos para la identificación y prevención de las patologías que puedan afectar a la salud de los trabajadores.

Como órgano colegiado asesor, y para facilitar la necesaria coordinación entre administraciones competentes en materia laboral, sanitaria e industrial, esta Ley dispone la creación de la Comisión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

3.8. Prestación farmacéutica

La prestación farmacéutica se encuadra dentro de las prestaciones sanitarias que el Sistema Nacional de Salud facilita a las personas beneficiarias del mismo y cuya financiación se realiza con cargo a la Seguridad Social o a los fondos estatales destinados a sanidad (Tabla 8.21).

Comprende las Especialidades Farmacéuticas, Fórmulas Magistrales y Efectos y Accesorios, susceptibles de financiación por el Sistema Nacional de Salud, prescritos por los facultativos médicos adscritos al mismo y los tratamientos que se realizan en régimen de internamiento en los hospitales o que hayan de ser administrados en los centros sanitarios del mencionado Sistema Nacional de Salud.

Con carácter general, están excluidos de la prestación farmacéutica los cosméticos o productos de utilización cosmética, dietéticos y productos de régimen, aguas minerales, elixires bucodentales, dentífricos, artículos de confitería medicamentosa y jabones medicinales. Asimismo se excluyen las especialidades farmacéuticas calificadas como publicitarias, las autorizadas como suplementos alimenticios, anabolizantes o productos antiobesidad; aquellas cuya finalidad terapéutica sea la higiene o para síntomas o síndromes dermatológicos y las destinadas a paliar síntomas menores, adscritas a los grupos o subgrupos terapéuticos que figuran en los apartados I, II y III, del anexo I, del R.D.83/1993 (22-1), que regula la financiación selectiva de los medicamentos por el SNS.

En lo referente a efectos y accesorios es condición para su financiación por el Sistema que su fabricación sea seriada, que no se realice publicidad dirigida al público de los mismos y estar destinados a utilizarse para llevar a cabo un tratamiento terapéutico o ayudar al enfermo en los efectos indeseados del mismo. A estos efectos se consideran efectos y accesorios el material de cura, los utensilios destinados a la aplicación de medicamentos, los utensilios para recogida de excretas y secreciones y los utensilios destinados a la protección o reducción de lesiones o malformaciones internas.

Los tratamientos dietotépicos complejos no se consideran prestación farmacéutica, sino prestación complementaria.

Tabla 8.21. *Evolución del gasto farmacéutico 1987-1996*
(Coste real de la prestación farmacéutica descontando las aportaciones del usuario)

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Andalucía	50.224	59.940	71.730	84.842	99.901	114.880	116.916	126.865	136.670	150.170
Canarias	7.313	8.744	10.660	12.668	15.127	18.241	21.643	22.888	26.201	29.687
Cataluña	44.365	51.173	60.449	68.933	80.229	92.517	100.447	105.816	118.240	134.086
Galicia	15.761	18.834	22.895	26.667	31.403	36.224	40.133	44.307	49.643	55.304
Navarra	3.452	4.050	4.628	5.308	6.245	7.182	7.878	8.289	9.298	10.223
Valencia	29.624	34.600	41.080	47.879	56.363	65.152	71.173	76.322	87.523	97.165
País Vasco	11.793	13.320	16.091	18.800	22.635	25.724	28.238	29.787	33.992	38.990
INSALUD	93703	112798	133418	154937	179797	205075	222970	229388	256405	285000
TOTAL	256.235	303.459	360.951	420.034	491.700	564.995	609.398	643.662	717.972	800.625

En miles de millones. Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Base de datos, Medisis.

La Ley del Medicamento en su artículo 8, apartado 9 define la fórmula magistral de la siguiente forma: "el medicamento destinado a un paciente individualizado, preparado por el farmacéutico, o bajo su dirección, para cumplimentar expresamente una prescripción facultativa detallada de las sustancias medicinales que incluye, según las normas técnicas y científicas del arte farmacéutico, dispensado en su farmacia o servicio farmacéutico y con la debida información al usuario en los términos previstos en el artículo 35.4". Su financiación se regula mediante concertación particular de los diferentes Servicios de Salud con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

3.8.1. Acceso a la prestación farmacéutica

La asistencia sanitaria del SNS puede prestarse de dos formas diferentes, de modo ambulatorio, o bien en régimen de internamiento.

El acceso a la prestación farmacéutica de forma ambulatoria, tanto en atención primaria como en especializada, se realiza mediante la utilización de la receta oficial de los diferentes servicios de salud.

Hay tres tipos de recetas oficiales del SNS, la destinada a los trabajadores en activo que se identifica por su color verde, la destinada a pensionistas y otros colectivos exentos de aportación, de color rojo y las destinadas a contingencias profesionales, de color azul.

Los medicamentos y productos sanitarios que se prescriben en receta de activo tienen una aportación de los beneficiarios del 40% del precio P.V.P, aportación que es del 10% para las especialidades, efectos y accesorios de ciertos grupos terapéuticos sin que el importe total exceda del importe que anualmente fija el Ministerio de Sanidad y Consumo en función de la evolución del índice de precios y que para el año 1.997 es de 439 pesetas.

Los medicamentos y productos sanitarios que se prescriben en receta de pensionista o de contingencias profesionales, no precisan aportación económica de los beneficiarios.

Existen medicamentos que por sus características específicas se clasifican como de diagnóstico hospitalario y de especial control médico, siendo necesario para su dispensación, el visado de la inspección de Servicios Sanitarios.

Otros medicamentos se clasifican como de uso hospitalario y no pueden ser dispensados por las oficinas de farmacia. Para acceder a ellos los pacientes deben

acudir, necesariamente, a un servicio de farmacia hospitalario con la prescripción de un especialista hospitalario y un informe médico que justifique su necesidad. Estos medicamentos no llevan aportación económica.

La asistencia sanitaria en régimen de internamiento incluye, de forma gratuita, todos los tratamientos farmacoterapéuticos precisos.

3.8.2. Transferencias

Las transferencias en materia de prestación farmacéutica van ligadas a la transferencia de la asistencia sanitaria del INSALUD, que se ha ido realizando en las fechas indicadas anteriormente.

4. Conclusiones

- La Ley General de Sanidad sentó las bases de lo que debería ser el Sistema Nacional de Salud. En los once años transcurridos desde su aprobación hemos asistido a importantes avances. Entre lo más destacable hay que mencionar que se ha conseguido la práctica universalización de la cobertura pública. La posibilidad de acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad y gratuidad está asegurado para prácticamente toda la población.
- El estancamiento del proceso de transferencias del INSALUD produce un desequilibrio en las relaciones competenciales entre el Estado y las distintas Comunidades Autónomas; en unos casos estas son plenamente competentes en materia sanitaria, en tanto que en otros la responsabilidad recae en una u otra administración según la materia de que se trate: asistencia sanitaria o salud pública.
- Los desequilibrios territoriales en cuanto a dotación de servicios sanitarios, debidos no exclusivamente a los diferentes ritmos de transferencias, han ido creciendo, tanto en el marco de la atención primaria como en el de la especializada.
- En el momento actual, el objetivo prioritario de los administradores del sistema se orienta a conseguir, por encima de todo, la eficiencia en la gestión. Para lograrla se ha empezado separando la financiación de la provisión de servicios, del derecho público se pasa al derecho privado, se va

introduciendo un mercado que, si bien en principio es regulado, su tendencia lógica es a ser cada vez más libre y desregulado. Estos sistemas pueden aumentar los costes administrativos, y pueden fomentar la reorientación de la demanda hacia actividades más rentables desde el punto de vista económico posibilitando la selección adversa de pacientes: atraer a los grupos menos consumidores y rechazar a los más desfavorables, como son ancianos, enfermos crónicos, etc.

- El nuevo modelo de Atención Primaria ha facilitado el trabajo en equipo para los profesionales, rompiendo su aislamiento característico, lo que junto con mejoras en la dotación material y en aspectos organizativos (ampliación de horarios, cita previa, analíticas elementales en el grupo centro...), ha posibilitado avances en la calidad de la asistencia.
- En la Atención Especializada ha ido aumentando la actividad cuantitativa y cualitativamente, se han ido incorporando nuevos avances tecnológicos, tanto en dotación como en la práctica médica, han mejorado las infraestructuras y los servicios de hostelería, lo que redundará en una mayor satisfacción de usuarios y profesionales.
- El desarrollo de actividades como la Cirugía Mayor Ambulatoria o la hospitalización de día reducen las necesidades de internamiento, disminuyen los costes y mejoran la calidad de vida del paciente al no separarle de su ambiente familiar.
- Entre los aspectos negativos podemos destacar las listas de espera. Políticas como los planes de choque para su eliminación no dan resultados positivos a largo plazo, pues introducen elementos de incentivación negativa: crean una fuente adicional de ingresos que, de desaparecer totalmente la espera, no se producirían.
- La reforma psiquiátrica ha permitido una transformación radical del panorama asistencial de la salud mental, fomentando la desinstitucionalización y reinserción del enfermo en el medio familiar y social, aunque se encuentra todavía distante de lograr plenamente sus objetivos.
- La participación comunitaria en la formación de la política sanitaria y en el control de su ejecución estaba contemplada en la Ley General de Sanidad (artículo 5º). Las dificultades para su articulación, unidas a la falta de interés de las autoridades para llevarla a la práctica, han imposibilitado su desarrollo.

5. Recomendaciones

- Se debe mejorar la gestión pública (en vez de sustituirla por modelos privados), que no tiene por qué ser ineficiente, sino que, muy al contrario, enmarcada en una adecuada planificación y asignación racional de los recursos públicos y actuando con una suficiente autonomía de gestión de cada centro, puede dar mejor respuesta a los objetivos de salud en condiciones de equidad.
- Regular las prestaciones de las que se hace cargo el Sistema Nacional de Salud con criterios de eficacia y equidad, y no enfocadas única o prioritariamente a la contención del gasto después de una evaluación continua y rigurosa.
- Completar la extensión del nuevo modelo de Atención Primaria hasta que cubra a toda la población, con una mayor integración de las labores de asistencia con las de promoción y prevención, mejorando algunos aspectos de la gestión y buscando fórmulas de incentivación a los profesionales que faciliten a su vez mejoras en la atención a la población.
- Desarrollar un sistema que ofrezca información homogénea, a nivel de todo el estado, de los recursos y actividad de la Atención Primaria, lo que sería de gran utilidad como instrumento de planificación y evaluación.
- Impulsar las inversiones en el sector hospitalario, tanto en lo referente a mejoras arquitectónicas como a la innovación tecnológica, en función esta última de una correcta y ágil evaluación de su utilidad diagnóstica y/o terapéutica, así como potenciar las unidades de cirugía sin ingreso y hospital de día. Revisar en profundidad las actuales estrategias de reducción de las listas de espera.
- Completar la integración de la atención a la salud mental dentro del sistema sanitario general, potenciando la prevención, armonizando la extensión de la reforma psiquiátrica en las diferentes Comunidades Autónomas, y mejorando sus deficiencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fuentes Quintana E, Boro J, Gonzalo B, García de Blas A. Estrategia para un tratamiento de los problemas de la Seguridad Social Española. *Papeles de Economía Española* 1982; 12-13: 20-107.
2. La organización actual de los sistemas de salud. *Informe SESPAS 1993: La salud y el sistema sanitario en España*. Barcelona 1993. p. 187-193.
3. Rodríguez V, Fernández-Mayoralas G, Barrios L. *Análisis de las modalidades de cobertura sanitaria de la población española según la Encuesta Nacional de Salud, 1993*. Instituto de Economía y Geografía. Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
4. Anuario de la Sanidad y del Medicamento en España 1997. Principales aseguradoras de asistencia sanitaria privada. *El Médico* 1997; 636 Supl:172.
5. Serigó Segarra A. Filosofía del Servicio Nacional de Salud. *Noticias Médicas* 1992; 3.455:10-12.
6. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. *Informe y Recomendaciones*. Julio 1991.
7. Gálvez R. Algunas reflexiones sobre las perspectivas de cambio en la gestión hospitalaria. *Revista de Administración Sanitaria* 1997; 1;2:87-95.
8. Díaz Fernández JL. Algunos tópicos sobre la gestión hospitalaria. *Revista de Administración Sanitaria* 1997; 1;2:117-131.
9. Navarro V. El debate sobre la separación entre las funciones de financiación y provisión de servicios en el Estado del Bienestar y su relevancia para España. *Gaceta Sanitaria* 1995;9:202-209.
10. Bestard J, Sevilla F, Corella MI, Elola J. La unidad ponderada asistencial (UPA): nueva herramienta para la presupuestación hospitalaria. *Gaceta Sanitaria* 1993; 7:263-273.
11. Ahicart C. La medición del producto hospitalario. En: Casas M. *Los grupos relacionados con el diagnóstico*. Barcelona: Masson S.A.; 1991. p. 3-22.
12. *El sector público autonómico* 1995. Madrid: Dirección General de Coordinación con las Haciendas Territoriales. Ministerio de Economía y Hacienda.
13. Razquin P. Alternativa al servicio público. *Anuario de la salud, la medicina y la sanidad* 1996. Madrid: Ediciones El País; 1996. p. 232-235.
14. Betolaza JI, Cabasés JM. Coste de la universalización de la asistencia sanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Salud y Equidad. VIII Jornadas de Economía de la Salud*; 1988 Mayo 25-27; Las Palmas de Gran Canaria 1988. p.227-237.
15. Lluch E. Costos crecientes y éxitos sanitarios públicos. *Revista de Administración Sanitaria* 1997; 1;1:35-44.
16. Martín Zurro A. La reforma de la Atención Primaria (1984-1997). *JANO* 1997; LII;1.210: Supl abril 1997: 17.
17. Simó J. La eficiencia del trabajo del médico en el centro de salud. *Gaceta Sanitaria* 1997; 11:95-102.

18. Rodríguez R, Márquez S, López M. La perspectiva profesional en la reforma de la atención primaria de salud: una aproximación cualitativa. *Gaceta Sanitaria* 1995; 9:237-243.
19. Martín J, de Manuel E, Carmona G, Martínez J. Los cambios necesarios para continuar la reforma sanitaria: II. El cambio "interno". *Gaceta Sanitaria* 1990; 4:19:162-167.
20. Jiménez A. La productividad variable en atención primaria. La experiencia del área sanitaria 10 de Madrid. *Revista de Administración Sanitaria* 1997; 1:1:59-75.
21. Juncosa S, Bolívar B. Un sistema de clasificación de pacientes para nuestra atención primaria: los ambulatory care groups (ACGs). *Gaceta Sanitaria* 1997; 11:83-94.
22. *Servicios de Salud. Datos y Cifras 1995*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996.
23. Espino A. A propósito del Decreto sobre ordenación de prestaciones sanitarias de enero de 1995. *Documentos de Psiquiatría Comunitaria* 1995; 7:99-102.
24. Portella E, Carrillo E. La atención sociosanitaria. En: *Informe SESPAS 1995. La salud y el sistema sanitario en España*. Barcelona: 1995. p. 267-277.