

## **ORÍGENES Y TENDENCIAS DE LAS ACTUALES REFORMAS LEGISLATIVAS EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD**

Andrés Cernadas Ramos\*  
Universidad de Santiago de Compostela

### **1. Algunas actuaciones históricas en el campo de la sanidad**

Tendríamos que remontarnos a los tiempos de las civilizaciones antiguas para detectar en la población las primeras muestras de preocupación por la sanidad, y más recientemente, tendríamos que remontarnos varias décadas para que, una vez surgidos o creados los respectivos sistemas de salud en los diferentes países, la preocupación por la sanidad y los cambios que en este campo se están introduciendo tuvieran la relevancia que están teniendo hoy día y despertaran el mismo interés de los profesionales de la sanidad, usuarios y los ciudadanos en general. Vienen de muy antiguo las preocupaciones del hombre por su salud y por los cuidados que ésta requiere. Así, de una forma muy temprana, pueblos antiguos como los egipcios o los cretenses ya desarrollaron actividades relacionadas con la salud de la comunidad como alcantarillado, baños, servicios de agua corriente, etc. Ya en esta etapa iniciática (1), son desarrollados por los griegos los elementos causales que relacionaban los factores ambientales con la enfermedad: clima, suelo, agua, modo de vida y nutrición, y que acabarían constituyendo las bases teóricas para la comprensión de la epidemiología.

Durante estas épocas antiguas y a lo largo de la Edad Media, los conceptos de enfermedad, sanidad o salud van cambiando y se van adaptando

---

\* Economista, Profesor de Ciencias Políticas

(1) Estos conceptos son recogidos por Hipócrates (460-377 a. de c. ) en su obra *Aires, aguas y lugares*.

a las corrientes de pensamiento y religiosas reinantes en cada época y lugar. Durante estos períodos, las actuaciones públicas en materia sanitaria no corresponden a las administraciones centrales de los respectivos Estados, puesto que éstos, tal como los conocemos hoy día, todavía no habían surgido o no habían sido creados, de forma que esas actuaciones eran efectuadas por las comunidades locales que desarrollaron iniciativas importantes para la época (no olvidemos que instituciones como la *cuarentena* o los *lazaretos* se desarrollan ya en la Edad Media). Pero, aún sería necesario que transcurrieran algunos siglos para que las organizaciones locales y municipales tomaran una mayor conciencia de los problemas relacionados con la salud de la población y prestaran unos servicios sanitarios con una cierta organización e infraestructura, siendo ya la época moderna la que nos trajera los grandes cambios en la sanidad y en los sistemas de salud.

La aparición de los Estados nacionales en Europa durante los siglos XVIII y XIX supuso un avance importante en el campo de la sanidad, pues a partir de entonces las actuaciones gubernamentales eran cada vez más globales y de mayor relieve. Sería precisamente un siglo después de la aparición de los Estados modernos cuando las administraciones centrales de los respectivos países se encargarían de crear y organizar los respectivos sistemas sanitarios en colaboración con los entes locales. Estos sistemas sanitarios, que tienen distintos orígenes, presentan características diferenciadas entre ellos, por lo que podemos encontrarnos con sistemas que, en lo que a la provisión de servicios de salud se refiere, se organizan o pivotan sobre las administraciones y gobiernos locales; o bien otros sistemas mucho más centralizados en los que es una autoridad central la encargada del funcionamiento del sistema. Por lo que respecta a la financiación suele estar más centralizada, a excepción de los países que funcionan mediante los sistemas de fondos, en cuyo caso, gozan de una mayor autonomía financiera.

Estas actuaciones en el ámbito de la sanidad fueron principalmente de carácter público, dado que desde los inicios de la Revolución Industrial y durante todo el siglo XIX, la falta de experiencia de los trabajadores unida a las condiciones inhumanas de trabajo ocasionaban una importante elevación del número de accidentes profesionales hasta límites preocupantes, lo que originó que, como respuesta a las protestas de los trabajadores, se fueran creando paulatinamente diversos tipos de seguros sanitarios —primero

de accidentes y luego de enfermedad— para protegerlos ante la elevada siniestralidad y alrededor de los cuales se van articulando los sistemas sanitarios de los países europeos. Esta reforma se inicia en Gran Bretaña creándose así la Dirección General de Sanidad en 1848 y el Ministerio de Sanidad en 1919. Posteriormente, estos cambios se fueron trasladando a otros países en la medida en que iba avanzando la industrialización, pero no de una forma mimética, sino manteniendo una cierta singularidad entre ellos, como luego veremos.

Los historiadores, sin obviar los avances técnicos que en la medicina y en las distintas ciencias en general se producen de forma continuada, aluden a la Revolución Industrial como la principal causa o motor de la evolución y reforma de la asistencia sanitaria debido a que el costo humano de la industrialización y la urbanización en materia de enfermedad y muerte prematura era muy elevado; por lo que los reformadores sanitarios se veían impelidos a realizar esfuerzos para reducirlo mediante una mayor dotación de recursos a este fin y un mayor esfuerzo en fomentar la organización de la comunidad para que ésta se concienciara y colaborara en la protección de la salud de sus miembros. Así, a través de las presiones y la movilización social, se consigue reconocer que los costes de la enfermedad, no directamente imputables a la persona enferma, no podían recaer sobre el individuo, sino que debían ser repercutidos sobre el causante de los mismos o, de forma subsidiaria, sobre la comunidad; se daba, de esta forma, un gran paso para el posterior desarrollo de los sistemas sanitarios de carácter público.

Estos sistemas de seguros sanitarios acabaron desembocando en dos (2) modelos de Seguridad Social bastante diferenciados, tanto en lo referente a su financiación como a sus destinatarios: mientras el modelo *universalista* inglés del National Health Service (NHS) se financiaba básicamente por vía impositiva y cubría a toda la población, el modelo *bismarckiano* alemán se financiaba principalmente por las cotizaciones de trabajadores y empresarios cubriendo sólo a sus afiliados.

Ambos modelos han pasado por muchas vicisitudes que los han llevado a evolucionar considerablemente desde su instauración. En la actualidad, las

---

(2) Frente a esos dos modelos ya descritos, puede darse un tercer modelo de Seguro Privado como el vigente en EEUU, caracterizado por la compra privada de los servicios sanitarios.

diferencias entre ambos, aunque aún existen y algunas son importantes, tienden a reducirse con el paso del tiempo a través de las sucesivas reformas a las que vienen siendo sometidos. Las tendencias reformistas han sido de signo convergente tanto por parte de los sistemas *bismarckianos*, en los que se produjo la generalización de las coberturas de los seguros profesionales encaminándose así hacia un modelo *universalista* —este sería el caso del modelo español del que nos ocuparemos más adelante—, como las tendencias del sistema inglés al incrementar la contribución del usuario en la financiación de los costes de los servicios sanitarios.

De una u otra forma, como todos sabemos es difícil encontrar hoy día en el mundo desarrollado un país que no disponga de un sistema público de salud que cubra a la mayoría de la población, a excepción hecha de EEUU, en donde los programas públicos afectan a colectivos muy específicos y sin recursos, mientras el resto de la población ha de acudir a la sanidad privada. Dentro de esos sistemas, al ser múltiples y variados, es difícil que todos ellos *encajen* o se correspondan con los hasta aquí tratados, pues ni su creación ni las reformas posteriores se llevan a cabo de forma mimética, lo que da lugar a una serie de sistemas *mixtos* que presentan características de ambos modelos.

Pese a su corta existencia —como hemos visto no tienen más de un siglo—, han sido múltiples y significativos los cambios a que se han visto inducidos. Podría decirse que esos cambios se han orientado en dos sentidos: por una parte, como expusimos anteriormente, la presión social y el surgimiento del *estado de bienestar* han motivado que la cobertura sanitaria, en los modelos no universalistas, se fuera ampliando de una forma continuada a los familiares directos del asegurado primero y, posteriormente, a las personas que económicamente *dependían* de él, para acabar en una clara tendencia hacia la universalización de la cobertura; mientras que, por otra parte, la incorporación de los avances tecnológicos al campo de la medicina ha permitido que las autoridades sanitarias se encontraran ante la posibilidad de prestar una mayor atención a la calidad de la asistencia sanitaria que se venía ofreciendo con el objetivo de ahorrar sufrimientos innecesarios a la población y contribuir a añadir años a la vida reduciendo a la vez las horas de trabajo perdidas por enfermedad.

## 2. Los condicionantes y la agenda de los gobernantes

La ampliación de la cobertura sanitaria a capas cada vez más extensas de la población, que alcanza hoy a todos o la mayor parte de los ciudadanos, junto con el efecto claramente positivo de mejorar la salud de la población trajo consigo de forma implícita una mayor preocupación de los ciudadanos por su salud en unos momentos en que otras necesidades básicas se podían considerar como cubiertas. Si a esto añadimos el desarrollo educativo y cultural que ha tenido lugar durante el este siglo XX, podemos encontrar una respuesta al especial interés que la sanidad está recibiendo en estos últimos años por parte de los responsables políticos.

Si para que un tema o problema se incorpore a la agenda de los decisores políticos se requiere que el problema sea competencia de las autoridades públicas, que la situación se declare como insatisfactoria existiendo grandes diferencias entre lo que es y lo que debería ser, y que el problema en sí tenga una solución posible (Cobb y Elder, 1972) (3), parece ser que la sanidad cumple una buena parte de estos requisitos en cuanto está casi siempre, por una causa o por otra, en la agenda de los gobernantes. Siempre se está hablando de una nueva reforma sanitaria o de la aplicación de la reforma, o de reformar la reforma, como en el caso de Italia. En cualquier caso, parece que la sanidad no es un tema que se pueda *aparcar* durante mucho tiempo, muy al contrario, es un tipo de servicio que afecta a toda la población en algún momento de su vida y, por lo tanto, es un tema que preocupa de una forma general y constante.

Si bien podemos reconocer que en ciertos casos el hecho de que se le preste especial atención a un tema determinado puede obedecer un poco a aspectos aleatorios relacionados con la política, la economía o incluso el clima, podemos constatar no obstante que esa aleatoriedad es muy reducida en el caso que nos ocupa, puesto que de alguna forma los gobernantes se ven empujados a llevar a cabo determinadas actuaciones, ya sea a causa de las limitaciones presupuestarias, o bien para hacer frente a las demandas y las presiones de los usuarios, los cuales vienen desarrollando últimamente

---

(3) Cobb, R.W y Elder, Ch.D., *Participación en política americana: la dinámica de la estructura de la agenda*. Noema Ediciones, México 1986.

un importante rol como actores de la política sanitaria. Este rol está siendo en cierta forma promovido por la propia administración, al pretender ésta mediante esta vía darles la ocasión de expresarse como ciudadanos y electores, y a la vez, hacerles partícipes si no responsables de aquellas modificaciones que pudieran representar algún tipo de sacrificio para los usuarios en un intento de trasladarles al menos una parte de las responsabilidades políticas.

Sin embargo, hemos de reconocer que no siempre se habla de un tema o *issue* con la misma insistencia, ni dentro de ese *issue*, es siempre la misma causa la que viene a generar la preocupación o *llamar a la puerta* de la agenda de los responsables políticos (Kingdon, 1984) (4) , ni el debate se plantea siempre en los mismos términos. Y si estas observaciones fueron hechas para las políticas públicas en general y no para ninguna en concreto, puede parecer pertinente tratar de ver si en la política sanitaria estas argumentaciones tienen o no validez, y al hacerlo, en especial para las dos últimas décadas, observamos, como ya de antemano cabía suponer al ser la sanidad un sector muy estudiado y al que han dedicado especial atención los analistas de las políticas públicas, que las tesis mantenidas por Kingdon son también aplicables al caso particular de la política sanitaria. Así, podemos ver cómo en ciertos momentos se han producido otros acontecimientos históricos, que en razón de su envergadura —aunque esta fuera estrictamente coyuntural— han reclamado y obtenido una mayor atención de los gobernantes y del resto de actores políticos quedando otros relegados, como sería el caso de la sanidad. Todos tenemos en la memoria hechos recientes que no hacen más que corroborar este argumento. Por otra parte, y como ya dijimos anteriormente, tampoco el debate se plantea siempre en los mismos términos al desarrollarse éste en un entorno que está sujeto a los factores coyunturales a los que es muy difícil sustraerse, por lo que es perfectamente lógico y asumible que en aquellos períodos en los que se da un crecimiento económico más o menos sostenido no se preste tanta atención al problema de los costes o, cuanto menos, no se discuta ese tema con el mismo interés y preocupación que en otras circunstancias en las que la situación económica es menos favorable y la preocupación por la eficiencia se torna entonces creciente. Y,

---

(4) Kingdon, J.W., *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Little, Brown and Company, Boston, (USA) 1984.

en este punto, tal como haremos en otros posteriores, también hemos de llamar la atención sobre el papel que pueden desempeñar otros elementos políticos como la ideología del partido que en cada caso apoye al gobierno o el *rol* que pueden desempeñar los *mass media*; éstos, como desencadenantes del debate, al transformar a veces hechos de carácter más bien anecdótico, —como pueden ser ciertos errores médicos— en noticias capaces de generar mayor preocupación social, al inducir a los ciudadanos a creer que esos casos aislados puedan no serlo tanto y que en realidad obedezcan más bien a una determinada forma de ejercer la profesión o a deficiencias permanentes del sistema.

Además, podríamos decir que en un primer lugar cabría suponer que la principal causa de preocupación debería permanecer a lo largo del tiempo y ser siempre aproximadamente la misma —**mejorar la salud de la población**—, pero, tal vez al haber llegado aquí, es conveniente recordar que en nuestro caso no estamos hablando de salud y sí de sanidad, de tal modo, que ese objetivo final de mejorar la salud de la población parece quedar más bien circunscrito a un contexto o ámbito relacionado con la salud, mientras que en el debate sobre la sanidad, los objetivos finales suelen ser más limitados —tal vez en aras a una mayor concreción— y menos difíciles de alcanzar para que de esta forma se puedan cumplir, si no todas, algunas de las condiciones fijadas por Cobb y Elder para que los gobernantes se decidan a iniciar una actuación pública o incluir un tema en su agenda. Vemos, pues, que el foco de atención ha ido de un tema a otro a lo largo de los últimos años, pasando por la extensión de la cobertura sanitaria al mayor número de personas, a la mejora de las técnicas curativas y paliativas o al control y la reducción de costes, lo que, queda claramente puesto de manifiesto a través de las diversas actuaciones llevadas a cabo por las distintas administraciones públicas, o bien en eslóganes y programas como “*años a la vida*” o “*vida a los años*” que nos son muy próximos y que reflejan, de una forma bastante gráfica, los cambios y tendencias que se vienen produciendo a lo largo del tiempo.

### 3. El entorno actual

De todos es conocido que, para que en un sector se den unas determinadas reformas, es necesario que en su entorno hayan tenido lugar

una serie de transformaciones que las posibiliten y favorezcan, de forma que éste venga a actuar como catalizador (5) de los cambios al aportar el sustrato que les sirve de base. Así ocurrió con los cambios producidos en el sector del automóvil en la década de los 70 en que ante el encarecimiento de la energía se pasó de fabricar modelos de grandes dimensiones y elevado consumo a producir modelos más pequeños con un menor consumo y más prácticos para las actuales ciudades ya excesivamente pobladas de automóviles. Más recientemente, en los últimos años, vemos que las principales preocupaciones de la industria automovilística se relacionan con la seguridad, toda vez que en muchos países los accidentes de tráfico constituyen la primera causa de muerte entre la población de una determinada edad, al tiempo que producen invalideces y generan sufrimiento y coste social. Y algo semejante podríamos decir de los recientes efectos que sobre la industria química está introduciendo la creciente preocupación por los temas relacionados con la ecología, lo que lleva a ésta a verse abocada a realizar una serie de cambios y transformaciones en sus sistemas de producción que de no ser por estos motivos, tal vez hubiera tardado más en producirse o hubiera tenido lugar de una forma más paulatina y escalonada.

Estos cambios en el entorno son cada vez más rápidos debido tanto a la evolución dinámica de los avances tecnológicos como al hecho de hallarnos en un mundo en el que es posible tener conocimiento de los últimos avances tecnológicos o de los acontecimientos sociales que tienen lugar a varios miles de kilómetros de distancia. Dentro de esta *aldea global* en que nos encontramos inmersos es difícil sustraerse a los cambios y tendencias que se producen en nuestro entorno geográfico y cultural. La sanidad, por otra parte, no podía quedar al margen de estos hechos, pues hoy nos encontramos con un proceso de envejecimiento de la población, continuos avances tecnológicos, los problemas del *estado de bienestar*, y otros factores de menor relevancia, pero que no deben de pasar inadvertidos.

### **El envejecimiento de la población**

En términos demográficos, hemos dejado atrás las décadas de crecimientos importantes del volumen de población y nos encontramos con

---

(5) Carranza, R., "Anàlisi de les tendències dels serveis sanitaris a Europa". *Fulls econòmics del sistema sanitari*, n.º 24 octubre-diciembre 1994, Generalitat de Catalunya (Departament de Sanitat i Seguretat Social).

que de un tiempo a esta parte se ha producido un descenso significativo en el índice de crecimiento poblacional para el conjunto de Europa, debido a la reducción de las tasas de natalidad hasta niveles no conocidos con anterioridad. Si bien se estima un crecimiento general de la población para esta década del 0'5%, éste se distribuye de una forma muy irregular, ya que por una parte, mientras en países como Irlanda, Albania, Rumanía, Polonia, Turquía y varios de los nuevos estados independientes de la antigua U.R.S.S, tienen unos índices de crecimiento poblacional por encima de la media europea, nos encontramos con otros países como Italia y España en los que las tasas de natalidad están por debajo de las necesarias para asegurar el relevo generacional; por otra parte, este crecimiento no se reparte de forma uniforme a lo largo de la pirámide poblacional, sino que a lo largo de la pasada década, y para el conjunto de Europa, en tanto la población menor de 20 años descendió en 6 millones, la población de 80 o más años se incrementó en 5 millones.

La situación presente y las actuales perspectivas de su evolución futura generan una gran presión sobre el sistema sanitario, puesto que los responsables sanitarios se encuentran con un mayor volumen de población en aquellas edades en las cuales las necesidades y la demanda de cuidados sanitarios es mayor, lo que parece requerir de una mayor dotación de recursos.

### **El cambio tecnológico**

Si bien la evolución de la ciencia con sus lógicos altibajos ha sido constante a lo largo de la historia, muchos científicos gustan de decir que durante el siglo XX se avanzó más que en varios siglos anteriores. Esto, que tal vez no sea cierto para todas las ciencias, parece que sí es perfectamente válido para el caso de la medicina, pues los avances que se vienen produciendo en las últimas décadas no permiten comparación alguna con los que han tenido lugar en otras épocas, ya que, aunque ciertamente han debido transcurrir muchos siglos para que apareciesen los primeros instrumentos que a través de la imagen facilitasen el diagnóstico y el tratamiento teniendo a posteriori una evolución más bien lenta, en los últimos años estamos viendo cómo los continuos avances tecnológicos hacen que los equipos e instrumen-

tos utilizados tanto en el tratamiento como en el diagnóstico se vean afectados por la obsolescencia en unos períodos de tiempo hasta ahora inusuales —con el correspondiente incremento de las dotaciones para su amortización—. Hoy vemos cómo están surgiendo nuevos equipos que en muchos casos hacen innecesaria la cirugía —como sería el caso de la litotricia para los cálculos renales y biliares— o bien permiten que esta cirugía se pueda realizar de forma interna —técnicas de laparoscopia—; aumenta cada día el número de prótesis y de órganos artificiales, la telemedicina permite llevar a cabo demostraciones interactivas de telediagnóstico, teleendoscopia, lo que, permitirá previsiblemente que muy pronto el especialista pueda dirigir intervenciones quirúrgicas a distancia. Asimismo, los vertiginosos avances en el campo de la genética tanto en modificación de los genes, los intentos de clonación de la célula, o las nuevas técnicas de reproducción, —por citar algunos los ejemplos más ampliamente conocidos—, son otros aspectos a destacar de la actual evolución de la ciencia médica. Esto posibilita que cada vez sea posible realizar un mayor número de trasplantes al reducirse cada vez más las posibilidades de rechazo, lo que hace que hoy se estén empezando a utilizar órganos de animales modificados genéticamente para trasplantes a humanos y que en un futuro inmediato esto se pueda generalizar desapareciendo así la escasez de órganos que es lo ahora frena este tipo de técnica curativa.

Todo ello provoca que se eleven de una manera importante los costes de la asistencia sanitaria, puesto que tanto la cada vez mayor aplicación de las nuevas tecnologías de diagnóstico y curativas como una mayor generalización de los trasplantes hacen que se incrementen de una forma importante los costes, ya que si bien era posible asegurar el acceso del usuario a las técnicas disponibles a inicios de siglo XX sin que eso tuviera una especial incidencia en los costes, es evidente que en las épocas actuales esto es bastante más difícil de lograr sin que ello se manifieste de forma clara en un incremento significativo de los costes.

### **Los problemas del estado de bienestar**

El que tantas veces nos fuera puesto como ejemplo de equidad y justicia social e incluso como objetivo, es decir, el *estado de bienestar*, hoy parece

no gozar de buena salud, parece mostrar, cuanto menos, síntomas de inseguridad y falta de confianza en sí mismo. Mientras esta inseguridad puede estar motivada por las fisuras que se han ido manifestando en su estructura o aparato locomotor, en aquello que se sustenta y le sirve de base, a saber, el sistema impositivo, la falta de confianza estaría más bien relacionada con los problemas que le provoca el hecho de tener que navegar contra corriente e intentar mantener principios de solidaridad en una época de predominantes y claras posiciones individualistas.

La coyuntura política actual es poco favorable ya sea al crecimiento del llamado *gasto social*, durante mucho tiempo considerado redistributivo, ya se trate del gasto público en general. Las corrientes de pensamiento liberal que se muestran predominantes en varios países de nuestro entorno, con un importante peso político y económico, hacen que *lo público* no esté, precisamente ahora, atravesando sus mejores momentos, pues las actuales tendencias que se vienen observando en la evolución del gasto público tanto en el exterior como en nuestro país, ya hablemos del Estado o de las Comunidades Autónomas, hacen suponer que en un futuro inmediato las diferentes partidas de gastos no pueden incrementarse de forma significativa al encontrarse con dos limitaciones: por una lado, las transformaciones que el sector público está sufriendo en buena parte de Europa y de los países de la OCDE con sus constantes tendencias privatizadoras y de reducción del sector público y, por otra parte, las limitaciones con que se encuentran los poderes públicos a la hora de financiar dichos incrementos de gastos, ya que los contribuyentes parecen no estar dispuestos a admitir fácilmente un incremento en la presión fiscal que ya vienen soportando y la financiación, mediante el recurso a la emisión de deuda pública, suele provocar incrementos de los tipos de interés, con el consiguiente efecto "*crowding-out*" para las empresas, que puede resultar muy perjudicial para la buena marcha de la economía y la generación de empleo.

Estas constricciones de gasto público, que lógicamente tienden a afectar a todas las partidas y a los servicios públicos en general; inciden más sobre las que, dada la congelación del gasto, tienen un mayor peso relativo dentro de los presupuestos, tal podría ser el caso del la sanidad, al cual la mayoría de los países europeos vienen dedicando un volumen importante de recursos.

De tal forma que, tal como quedará de manifiesto a lo largo de este artículo, nos encontramos con que, por una parte, se manifiestan una serie de hechos que parecen conducir a un futuro incremento del gasto sanitario público, mientras que por otra parte, tanto la situación política, con las actuales tendencias de voto, como la lógica económica, parecen no aconsejar propuestas que comporten un mayor crecimiento del gasto público destinado a sanidad.

### **Otros factores también significativos**

Pero además, nos encontramos con otro conjunto de factores que, aunque tomados cada uno de ellos por sí solo y de forma aislada quizá tuvieran poca entidad, pudieran convertirse claramente relevantes en su conjunto, tal sería el caso de la aparición de nuevas patologías, el surgimiento y alteraciones de otras, los cambios en las expectativas de la población o el incremento en los costes de la asistencia; que si bien en un principio son factores menos relevantes que los anteriormente descritos, creemos que son merecedores de atención y de que les dediquemos unas líneas.

Parece ser que la naturaleza y la medicina están destinadas a mantener una lucha constante; mientras la primera dota a los humanos para un número elevado de concepciones y una vida más bien corta, la medicina tiende a reducir el número de concepciones mediante el uso de diversas técnicas y métodos y a alargar el ciclo vital. En esa lucha desigual con un resultado predeterminado van surgiendo nuevas patologías —tal sería el caso del SIDA, por citar una de las más conocidas y sin duda la más preocupante— para las que la ciencia médica no dispone de respuestas o tratamientos adecuados por el momento y que se cobran un buen número de vidas generando la consiguiente alarma entre la población.

Y como dice el refrán, los problemas nunca vienen solos, y junto con estas patologías de nueva aparición se están produciendo importantes cambios en los patrones de comportamiento de algunas patologías ya conocidas, así como el resurgir de otras, que parecían estar totalmente controladas y erradicadas en buena medida; y de las cuales en la actualidad está creciendo el número de afectados. Éste sería el caso de la tuberculosis,

cuya manifestación reciente parece estar muy relacionada con el SIDA y cuyas interrelaciones se siguen estudiando en la actualidad.

En lo que se refiere al conjunto de la población, sean los individuos usuarios actuales o sólo potenciales de los servicios de salud, se han ido generando unas expectativas en relación a la sanidad que tal vez no se correspondan con la realidad actual y con las soluciones que la sanidad puede ofrecer hoy día. Y es que los ciudadanos europeos y de otros países desarrollados, una vez cubiertas otras necesidades básicas como alimentación, vestido, etc., dirigen su atención, cada vez con mayor interés, hacia los sistemas sanitarios con el fin de que les ayude a prolongar la vida y reducir el sufrimiento, pero es evidente que los avances en el campo de la medicina, aunque son obviamente importantes, todavía no han dotado al sistema sanitario de la capacidad requerida para hacer frente a la satisfacción de estas demandas.

Tal vez se ha hecho demasiado alarde de ciertos descubrimientos o avances en relación con la medicina que venían a cambiar en muy poco la situación anterior, tal vez las personas, al tener otros problemas perentorios mejor resueltos que antaño, hemos puesto muchas ilusiones en la ciencia y la técnica y exigimos mucho del sistema sanitario. Nos cuesta entender cómo todavía no se descubierto una vacuna o un tratamiento eficaz contra el SIDA, olvidándonos quizá de que aún son muchos los tipos de cáncer que después de varias décadas siguen sin tener curación. Sea como fuere, lo cierto es que hoy día se espera mucho de la sanidad, a la que le pedimos que sea capaz de resolver todos los problemas de salud que se nos plantean y que además lo haga de forma que origine las mínimas molestias a los usuarios, y en la que, cada vez se preste una mayor vigilancia sobre aquellos servicios que componen la denominada *parte hostelera* de los servicios sanitarios.

Por último, a nivel político, los múltiples y variados casos de corrupción, tanto en nuestro país como en otros de nuestro entorno, generan en los ciudadanos una desconfianza en los políticos como gestores del dinero público viendo éstos con malos ojos cualquier incremento del volumen de gasto público que pueda aumentar las corruptelas y servir de tentación a los corruptos.

Luego, si tal como decíamos al comienzo de este apartado, es necesario que confluya toda una serie de circunstancias y se den los condicionamientos favorables para que las reformas cristalicen y no se conviertan demasiado rápido en agua pasada o queden desvirtuadas por los problemas de su implementación y los obstáculos a los que toda administración ha de enfrentarse a la hora de ponerlas en práctica, en el caso de la sanidad, parece que esas circunstancias se están produciendo, lo que posibilita la introducción de cambios y aumenta sus posibilidades de éxito.

#### **4. El signo de las reformas actuales**

Anteriormente, las reformas sanitarias se habían producido básicamente en torno a dos ejes: por una parte se pretendía ampliar las coberturas sanitarias al máximo número de ciudadanos facilitando así el acceso al sistema y dando un paso más en el difícil camino que lleva a una mayor justicia social; y por otra, el otro eje sobre el cual giraron las reformas anteriores no tenía un carácter tan marcadamente social, sino que era más bien de tipo técnico y estaba orientado a conseguir mejoras en la prestación de los servicios sanitarios en aras a incrementar su calidad; de esta manera se dotaba a los centros de mayores y mejores equipamientos tanto en el aspecto humano como en el material para reducir así los sufrimientos y la pérdida de vidas humanas más allá de lo considerado estrictamente inevitable.

Estos procesos de reforma tuvieron diferentes ritmos en los distintos países, podríamos decir incluso que aunque la ampliación de la cobertura a la mayoría de la población tiene lugar desde los años veinte hasta la década de los setenta, los cambios en los aspectos relacionados con los equipos y la organización de los centros se producen de una forma más rápida teniendo lugar en las últimas dos décadas. Estos cambios de ritmo o de aceleración en las reformas son todavía más palpables en la actualidad, pues de un tiempo a esta parte las posibilidades de comunicación entre los diferentes países son cada vez mayores y las experiencias de uno influyen rápidamente en los demás, lo que hace que los cambios se sucedan con inusitada celeridad.

Las reformas de hoy día, una vez asentados los logros que propiciaron las reformas anteriores, vuelven a centrarse una vez más sobre aspectos relacionados con la financiación —los problemas de financiación parece que, en mayor o menor medida, han estado presentes desde la creación de los sistemas sanitarios— y la organización.

Así, si tratáramos de agrupar las reforma actuales, podríamos decir que éstas se orientan básicamente en tres sentidos: medidas relacionadas con la asistencia primaria, medidas relacionadas con los hospitales, y aspectos relacionados con la financiación.

### **La Asistencia Primaria**

La asistencia primaria (AP) viene siendo uno de los principales ejes de actuación de los responsables sanitarios en los últimos años, pues se piensa que es en este nivel asistencial en donde se han de originar las innovaciones que luego sirvan para regenerar todo el sistema. También es el nivel asistencial en donde se puede realizar una medicina preventiva más eficaz y en donde los costes son menores.

A su vez, dentro de la AP, podríamos agrupar los cambios que se están introduciendo en tres apartados:

- 1) Se está destinando un volumen de recursos cada vez mayor para este nivel asistencial, toda vez que, como dijimos más arriba, permite la resolución de problemas a un coste mucho menor que si se tuviera que acudir al nivel hospitalario. Luego, si el problema en cuestión es susceptible de ser resuelto con las mismas posibilidades de éxito en cualquiera de ambos niveles, parece lógico que se intente resolver en el que resulta más económico.
- 2) Continuando en la línea del apartado anterior, se está ampliando el ámbito de actuación de la AP tanto en su papel como filtro a otros niveles asistenciales como hacia la atención hospitalaria y sociosanitaria.

- 3) Cambios en las estructuras organizativas de la AP relacionadas con la financiación. Se está produciendo una desregulación de los controles y repartos de competencias, y a la vez, se están introduciendo elementos correctores al pago por acto médico y vinculando una parte de la financiación a la consecución de objetivos.

### **Los Hospitales**

A nivel hospitalario, y dado que éste es un nivel asistencial en donde se consume el mayor volumen de recursos, se intenta buscar nuevas alternativas a la hospitalización y potenciar otras ya conocidas como el hospital de día, asistencia domiciliaria, o la atención socio-sanitaria. Además se están dando importantes pasos para involucrar cada vez más al personal médico en la toma de decisiones relacionadas con la gestión y que, principalmente en los grandes núcleos urbanos, se esté auspiciando a través de la desregulación una cierta *competencia* entre los hospitales para atraer a los pacientes en un momento en que la tendencia en Europa es de una clara reducción de camas destinadas a enfermos agudos.

Esto hace que los hospitales se vean obligados a desarrollar nuevas técnicas de gestión para enfrentarse a las nuevas realidades que se les avecinan y como resultado de ello empiecen a surgir las asociaciones de hospitales que van desde la coordinación de servicios a sus clientes hasta la fusión, pasando por otros grados intermedios como pueden ser los consorcios.

### **La financiación**

Los cambios que se están introduciendo en la financiación están claramente orientados a la contención del gasto sanitario, dado que, como se ha tenido la oportunidad de ver, los actuales niveles de crecimiento del gasto público en general y del gasto sanitario en particular eran difícilmente asumibles para el erario público y mucho menos compatibles con las reducciones de impuestos que gustan de incorporar a sus programas electorales muchos partidos políticos de centro-derecha.

Esta deseada contención del gasto se está abordando desde diversos frentes, aunque, es de suponer que con desigual éxito. Así, vemos que en el apartado relacionado con los costes farmacéuticos, son varios los países que han establecido listas restrictivas de medicamentos cubiertos por el sistema; se potencia el uso de genéricos producidos o no por el propio sistema o se establece un mayor control sobre su precio a la vez que se incrementa la contribución del usuario en el pago de los mismos.

En cualquier caso, las diferentes medidas que se están adoptando parecen tener como objetivo último el incrementar la contribución directa de los usuarios al sostenimiento de los costes sanitarios, lo cual no debe de sorprendernos, puesto que las pretendidas reducciones de costes a través de mejoras en la gestión tienen lógicamente un límite, y si los ciudadanos no están dispuestos a incrementar su contribución por vía indirecta, por la vía impositiva, resulta razonable que se incremente la contribución directa, aun siendo todos conscientes de que esos cambios en las fuentes de financiación no son neutros y pueden tener cierto efecto sobre la equidad, el acceso a la salud o la redistribución de la renta y la justicia social.

## **5. Principales experiencias llevadas a cabo en los países europeos de nuestro entorno**

Como se ha venido repitiendo a lo largo de estas páginas, cada país cuenta con una situación de partida particular y diferenciada. Así, no son fácilmente comparables los cambios organizativos y retributivos, que vienen haciendo en aquellos países con un sistema nacional de salud de tipo universalista y financiado con dinero público, como sería el caso de Gran Bretaña, a los cambios que se requieren en otros países con un sistema más parecido al alemán.

Pero no sería ése el único criterio de clasificación que podríamos utilizar para dividir los países en bloques, sino que podemos encontrarnos también con sistemas en los que la mayor parte de los centros asistenciales así como el personal sanitario son de carácter público con una relación funcional o estatutaria, o bien otros, en los que una parte de la asistencia —generalmente la asistencia primaria— se presta por facultativos privados y

desvinculados de la administración, los cuales prestan los servicios en régimen de privacidad (6) y luego pasan sus facturas a la administración o bien al usuario —en éste último caso es el usuario el que pasa la factura a la administración, la cual abona su importe íntegro o sólo un porcentaje del mismo—. Y en el caso de incorporar al estudio, cosa que no hacemos, a los antiguos países del Este, nos veríamos asimismo obligados a establecer dos categorías para que las posibles comparaciones entre éstos y los países occidentales fueran mínimamente posibles.

De tal forma que aun en la hipótesis de que los diferentes países persiguieran objetivos semejantes, como ocurre en la mayoría de los casos, en un principio parece que podrían verse obligados a seguir caminos distintos. Pero esto, como hemos ido viendo, puede no ser del todo cierto, pues la información y la coordinación entre las diferentes administraciones tiende en alguna medida a homogeneizar las políticas sanitarias y hacerlas cada vez más semejantes.

### **Gran Bretaña, Suecia y Holanda**

Si bien en otros países como Alemania, Italia, Portugal o Grecia se han llevado también a cabo recientes reformas en sus respectivos sistemas sanitarios, bien porque en algunos casos están todavía en fase de implementación y no se tiene información sobre sus resultados, bien porque creemos que afectan a aspectos muy concretos del sistema, no les dedicaremos especial atención en estas páginas; nos limitaremos a comentar las reformas que se han llevado a cabo en Gran Bretaña, Holanda y Suecia por considerarlas las más relevantes.

De entre estos tres países, tal vez sea el National Health Service británico el que ha sufrido las mayores transformaciones, pues a partir del famoso informe *Working for Patients*, pasando por el documento de discusión *Health of the Nation* y la Ley del Servicio de Salud y la Atención Comunitaria

---

(6) Artundo, C., Sakellarides, C. y Vuori, H., *Reformas de los sistemas sanitarios en Europa*. Ministerio de Sanidad y Consumo/Organización Municipal de la Salud. Madrid 1994

de 1990 (7), las autoridades sanitarias británicas han llevado a cabo importantes reformas encaminadas a descentralizar la gestión con el objetivo de generar un cuasi-mercado que, a través de la competencia entre los proveedores, permita contener los costes. Así se pasa a un sistema en el que el usuario se lleva consigo el cheque correspondiente al coste de su asistencia y son los centros asistenciales los que tendrán que competir para captarlo.

Esta forma de intentar generar competencia entre los proveedores ha sido adoptada por otros países, aunque al final se es consciente de que no se llega a generar un auténtico mercado por las especificidades que plantea el sector sanitario.

Para el caso de Holanda y Suecia, sería el *Informe Dekker* y las propuestas de R.Saltman y Von Otter respectivamente los que servirían para que en estos dos países se introdujeran una serie de cambios encaminados también a una mayor descentralización, a incrementar la libertad del usuario (8) para elegir proveedor de la asistencia sanitaria y dar algunos pasos para que una parte de la financiación se hiciera cada vez más en base a los objetivos logrados.

### **La propuesta de Clinton para los EEUU**

Por su parte, EEUU parte una situación bien distinta a la de los países europeos que venimos tratando al carecer de un sistema sanitario de carácter público que ofrezca cobertura a toda la población. Así, este país cuenta con dos programas, cuya financiación corre a cargo del gobierno, denominados *Medicaid* y *Medicare* y que están orientados a las personas sin recursos y a los ancianos respectivamente; el resto de la población ha de acudir a las compañías privadas de seguros sanitarios las cuales ofrecen cobertura a cambio del pago de una póliza, siendo el coste de la póliza abonado íntegramente por el usuario o con colaboración de la empresa cuando se trata de una persona ocupada.

---

(7) San Jose Garcés, P., *Reformas sanitarias en Europa y la elección del usuario*, Díaz de Santos, Madrid 1994

(8) Limon Mendizábal, C., *Prestaciones sanitarias en los países de la Comunidad Europea*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 1994.

Como ese modelo genera una gran insatisfacción social, el presidente Clinton se propone reformar su sistema sanitario creando unos niveles mínimos de asistencia sanitaria a los cuales tenga acceso la población ahora no cubierta. El plan de reforma tiene para nosotros una enseñanza clara, y es que la sociedad parece reclamar un sistema de sanidad pública incluso en aquellos países en los cuales nunca existió.

Como es ya sabido, esta reforma no prosperó, debido básicamente a tres motivos: el primero y más importante era el elevado volumen de recursos que requería para ponerse en marcha un programa de estas características; el segundo eran las fuertes presiones que venían ejerciendo las compañías aseguradoras que operaban en el ramo sanitario, y además, los problemas políticos con que se encontraba el presidente al no contar con el mayoritario apoyo de sus congresistas. Por tanto la conclusión a la que se llega es, que ese tema quedó aparcado hasta una nueva ocasión y EEUU continúa siendo el país que más dinero se gasta en sanidad sin que esto se corresponda en absoluto con los niveles de salud ni con el grado de satisfacción de la población.

## **6. Algunas consideraciones sobre el caso español**

En lo que a nuestro país se refiere, las tendencias que se observan no difieren mucho de las que se vienen desarrollando en casa de nuestros socios comunitarios o en otros países de la OCDE como sería el caso de Canadá o Nueva Zelanda. Ya sea porque después de los acuerdos de Maastricht se está poniendo un mayor énfasis en las políticas de convergencia y no se intenta emprender caminos divergentes, o porque al ser los problemas similares se entiende que las recetas para solucionarlos también deben serlo; pero lo cierto es que, en lo que a política sanitaria se refiere, no se está haciendo prácticamente ninguna innovación seria y digna de tener en cuenta, sino que se está transitando por un camino ya bastante conocido y que en algunos casos las ventajas e inconvenientes de recorrerlo ya han podido ser evaluadas con anterioridad, aunque, eso sí es cierto, el equipaje de que dispone cada país para hacer la travesía, por seguir con el mismo símil, es lógicamente distinto.

Estas diferencias son importantes para un país como el nuestro en el que la organización del Estado, a través de Comunidades Autónomas, que disfrutaban de distintos niveles de competencias, tanto en materia de sanidad como en otras áreas, puede generar una cierta descoordinación o desigualdades territoriales en la accesibilidad y la calidad de los servicios sanitarios, pues mientras la financiación proviene de un sistema central compuesto por las aportaciones del Estado y las cuotas de trabajadores y empresarios a la Seguridad Social, las CCAA con competencias en esta materia han creado su propio Sistema de Salud el cual regulan y gestionan.

Pero en cualquier caso, también aquí se están dando pasos importantes para reducir el gasto sanitario, pues en algunos aspectos parece que antes de llegar ya dimos la vuelta, ya que se ha producido una extensión de la cobertura a un mayor número de personas sin que eso se viera correspondido con el equivalente incremento en las dotaciones presupuestarias, y eso teniendo en cuenta que es España uno de los países de la OCDE que menos porcentaje de PIB dedicaba a la sanidad. Estas reducciones del gasto se están intentando mediante las listas positivas de medicamentos cubiertos por el sistema de Seguridad Social (SS); se están reduciendo los márgenes de las oficinas de farmacia —que aun así siguen siendo de los más altos de Europa— o introduciendo el uso de *genéricos* por parte de los hospitales públicos. A esto habría que añadir la reciente lista de patologías o servicios que quedan cubiertos por el sistema de SS, puesto que si bien esta primera lista no hizo más que recoger aquello que ya se venía haciendo, abre la vía para otras listas que puedan venir a limitar las coberturas actuales.

Y en lo que a que se refiere a modificaciones en la organización, dadas las características particulares de nuestro sistema sanitario, éstas no suelen ser de alcance global, pues al haber algunas Comunidades Autónomas (CCAA) con amplias competencias transferidas sobre este tema, a veces esas reformas tienen lugar en un ámbito geográfico inferior al del conjunto del Estado. Pero de una forma u otra se están dando pasos hacia una cierta desregulación y una separación entre la provisión y la financiación —ver si no los ejemplos de Cataluña y País Vasco— con el objetivo de intentar generar una cierta competencia entre las entidades proveedoras, ya se trate tanto de los niveles de asistencia primaria como de la asistencia hospitalaria. Y esto se acompaña

con los primeros intentos de implicar a los profesionales de la sanidad en la gestión, favoreciendo su incorporación a las estructuras de gestión y propiciando la creación de sociedades de profesionales sanitarios que se puedan convertir en entidades proveedoras de servicios sanitarios como está a punto de hacerse en Cataluña mediante las modificaciones que se van a introducir en la normativa actualmente vigente.

## 7. Conclusión

Toda actuación política que implique un cambio importante sobre el anterior modo de hacer requiere que la coyuntura sea favorable y que se den los condicionantes necesarios para poder ser llevada a la práctica con posibilidades de éxito. En el caso de la sanidad, los cambios que actualmente se están introduciendo en los diferentes países se ven apoyados por un entorno que los favorece y propicia, pero como los cambios se suceden con celeridad, los gestores públicos están demasiado ocupados en los problemas coyunturales y tal vez no se está prestando suficiente atención a aspectos relacionados con la planificación a largo plazo que debiera ser uno de los principales objetivos de los responsables sanitarios.

Los cambios introducidos no difieren mucho de un país a otro, y las innovaciones y experiencias de unos países son copiadas por otros, más cuando éstas se hayan revelado como positivas. Estos cambios están encaminados a contener el gasto en sanidad en una época en que *lo público* está en claro retroceso y en la que, tanto el usuario actual como el potencial, está llamado a desempeñar cada vez un papel más relevante, ora por la vía de la financiación directa de una parte cada vez más importante de los servicios que se le presten, ora por la mayor asunción de responsabilidades en aspectos básicos para la sanidad del futuro, como puede ser su participación en la definición o configuración de lo que será el *paquete básico de asistencia* que deberán cubrir los respectivos sistemas sanitarios de los distintos países.