LOS HOSPITALES ESPAÑOLES: Análisis crítico de urgencia.

Dr. Ignacio RIESGO
Director-Gerente
del Hospital Central de Asturias

Oviedo, Enero, 1991

FONDO DE INVESTIGACIONES SANITARIAS

LOS HOSPITALES ESPAÑOLES:
Análisis crítico de urgencia.

Dr. Ignacio RIESGO
Director-Gerente
del Hospital Central de Asturias

Oviedo, Enero, 1991

SUMARIO

		Pag.
I	INTRODUCCION	7
II	DATOS GENERALES SOCIO-DEMOGRAFICOS	9
III	DESCRIPCION GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO	13
IV	EL SISTEMA HOSPITALARIO	27
V	PROBLEMAS DE LOS HOSPITALES ESPAÑOLES	41
	A. De índole general	41
	A1. Ausencia de un organismo específico	41
	A2. Falta de criterios de gestión económica	43
	A3. No desarrollo de un concepto de servicio público hospitalario	44
	A4. Insuficiente vertebración de los diferentes recursos sanitarios y sociales	45
	A5. Carencia de asociacionismo específico	48
	B. Problemas particulares	50
	B1. Infraestructura	50
	B1 a. Renovación de la red hospitalaria	50
	B1 b. Equipamiento médico	53
	B1 c. Equipamiento informático	54
	B1 d. Camas para Larga Estancia	57

B2. Sistema de Gestión 58

B2 a. Presupuesto e información económica 58
B2 b. Estructura organizativa 60

B3. Personal 62

B3 a. Política de Personal (Estatuto) 62
B3 b. Personal Directivo 65
B3 c. Escasez de determinados especialistas médicos 66
B3 d. Configuración de las especialidades médicas 67
B3 e. Escasez de enfermeras 69

B4. Sistema de funcionamiento 70

B4 a. Horario de trabajo de 8-3 70
B4 b. Las guardias y la libranza de las guardias 71
B4 c. Listas de espera 73
B4 d. Alto porcentaje de ingresos por Urgencias 77

B5. Aspectos generales 78

B5 a. Sistema de acreditación 78
B5 b. Relaciones con la Universidad 79
B5 c. Definición de niveles de atención especializada 83
B5 d. Reforma Psiquiátrica 84

VI PROPUESTAS 87

A. De índole general 87

A1. Necesidad de una unidad técnico-administrativa específica 87
A2. Conveniencia de introducir criterios de gestión económica 88
A3. Desarrollo del concepto de servicio público hospitalario 89
A4. Necesidad de integración de los diferentes recursos sanitarios y sociales 92
A5. Potenciación de una Federación Hospitalaria 93

B. Propuestas particulares 95

B1. Infraestructura 95

B1 a. Necesidad de renovar el parque hospitalario 95
B1 b. Sistema de asignación de recursos para equipamiento médico 96
B1 c. Sistema informativo 97
B1 d. Definición Red Hospitales Larga Estancia 98

B2. Sistema de Gestión 99

B2 a. Cambio sistema presupuestario 99
B2 b. Revisión estructura organizativa 100

B3. Personal 102

B3 a. Revisión Régimen Estatutario 102
B3 b. Formación Personal Directivo 104

B3 c. Adecuación formación especialistas a las necesidades *105*
B3 d. Introducción troncalidad en el sistema de especialización médica *107*
B3 e. Incentivación a la formación de enfermeras *108*

B4. Sistema de Funcionamiento *109*

B4 a. Cambio en el horario de trabajo *109*
B4 b. Cambio en el modelo de guardias *110*
B4 c. Abordaje del problema de las listas de espera *111*
B4 d. Enfasis en los ingresos programados *112*

B5. Aspectos Generales *113*

B5 a. Introducción de un sistema de acreditación *113*
B5 b. Replanteamiento de las relaciones con la Universidad *114*
B5 c. Necesidad de definir niveles atención especializada *117*
B5 d. Revisión del avance de la Reforma Psiquiátrica *118*

VII A MODO DE CONCLUSIONES *119*

I

INTRODUCCION

El presente informe no es más que una aproximación a un diagnóstico de urgencia sobre la situación de los hospitales españoles, particularmente los públicos. Para su elaboración se ha utilizado el documento "**Los Hospitales Españoles: Problemas y Propuestas**" entregado por el autor en Diciembre de 1990 a la "Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud", así como parte de los comentarios e información que con el título "**Spanish Hospitals: Problems and Future Prospects**" presentó el autor, como miembro del Comité Hospitalario de la Comunidad Europea, en el Seminario "East/West Hospital Cooperation in Europe", celebrado en Berlín los días 14 y 15 de Noviembre de 1990.

Es difícil presentar un resumen de los problemas de los Hospitales españoles sin realizar una breve exposición, siquiera sea con la intención de enmarcar los problemas, de los rasgos generales del sistema sanitario, de los Hospitales e incluso del país.

Con el presente documento se pretende contribuir al necesario y urgente debate sobre la situación de los Hospitales españoles.

8

II

DATOS GENERALES SOCIO-DEMOGRAFICOS

España es un país situado en el Sur-Oeste de Europa, que forma con Portugal la Península Ibérica. Su superficie es de 504.750 Km^2 y la densidad de población de 77 habitantes/Km^2 (1). La población se concentra fundamentalmente en el centro (en torno a la capital, Madrid) y en las zonas costeras. Los principales núcleos urbanos son Madrid, Barcelona, Sevilla y Valencia. El número de habitantes es de 38.473.332 (2); la población activa de 14.841.600, con un índice de actividad del 49,2% (3) y una tasa de desempleo del 15,4% (4). El P.I.B. per capita es aproximadamente el 75% de la media de los países de la CEE (5).

1. *Anuario Estadístico de España, p. 12*
   INE, Madrid, 1989

2. *Padrón municipal de habitantes, 1 de abril de 1986. Características de la población. Resultados nacionales.*
   INE, Madrid, 1989

3. *Anuario El País, 1990, p. 408*
   Ediciones El País, Madrid, 1990

4. *The Economist, 19-25 January 1991 p. 113*

5. *Eurostat. Estadísticas Básicas de la Comunidad, 27ª edición*
   Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo,1990

El índice de natalidad experimentó un fuerte descenso en los últimos años, pasando de 17,32 x 1000 en 1978 a 10,84 en 1987.Dado que en este último año la tasa de mortalidad era de 7,97 x 1000, en España hay todavía un crecimiento vegetativo ligeramente positivo (6). La pirámide de población se expresa en la **Figura 1**, en la que puede verse ya el contorno de un cierto envejecimiento (7).

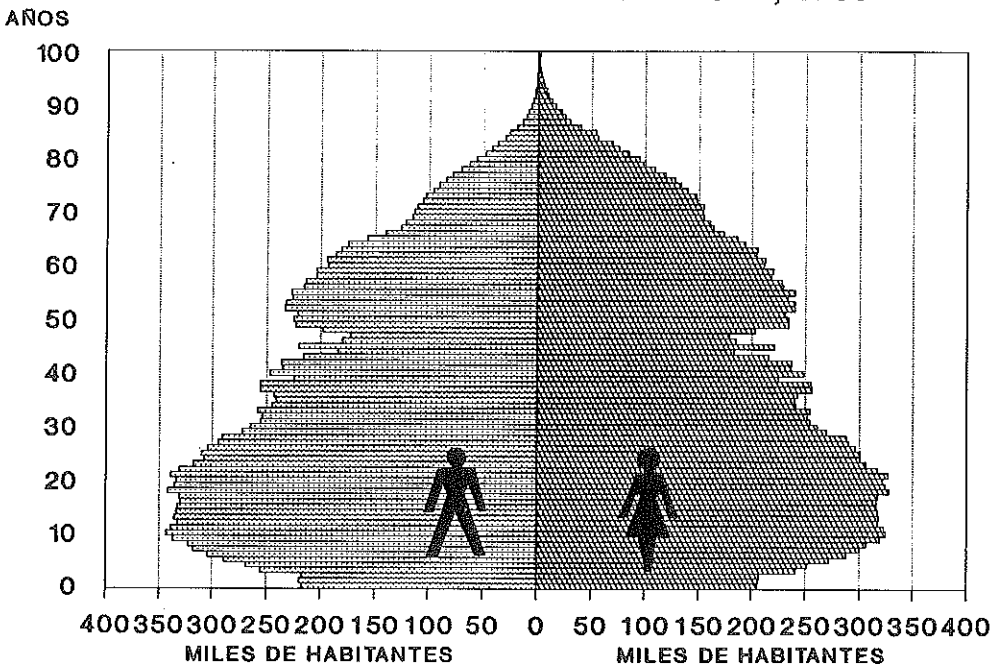
En la **Figura 2** se aprecia cómo el 13,2% de la población es mayor de 65 años. En la **Figura 3** se observa la tendencia al envejecimiento progresivo de la población española, estimándose para el año 2.001 en torno a un 15% de población por encima de 65 años (8).

6. *Anuario Estadístico de España, p. 85*
INE, Madrid, 1989

7. *Padrón municipal de habitantes, 1 de abril de 1986. Características de la población. Resultados nacionales.*
INE, Madrid, 1989

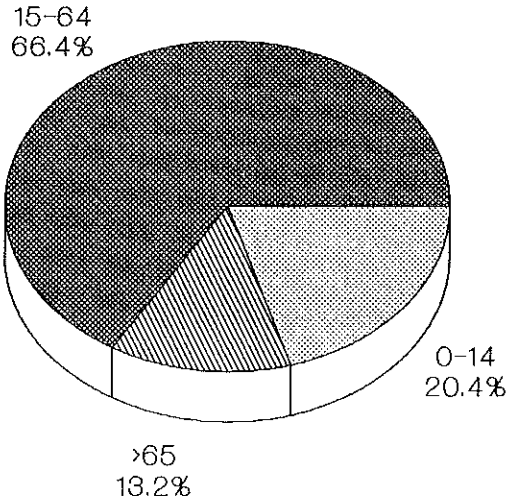
8. *Ageing populations: The social policy implications*
OCDE, París, 1988

FIG. 1
PIRAMIDE DE LA POBLACION ESPAÑOLA, 1986



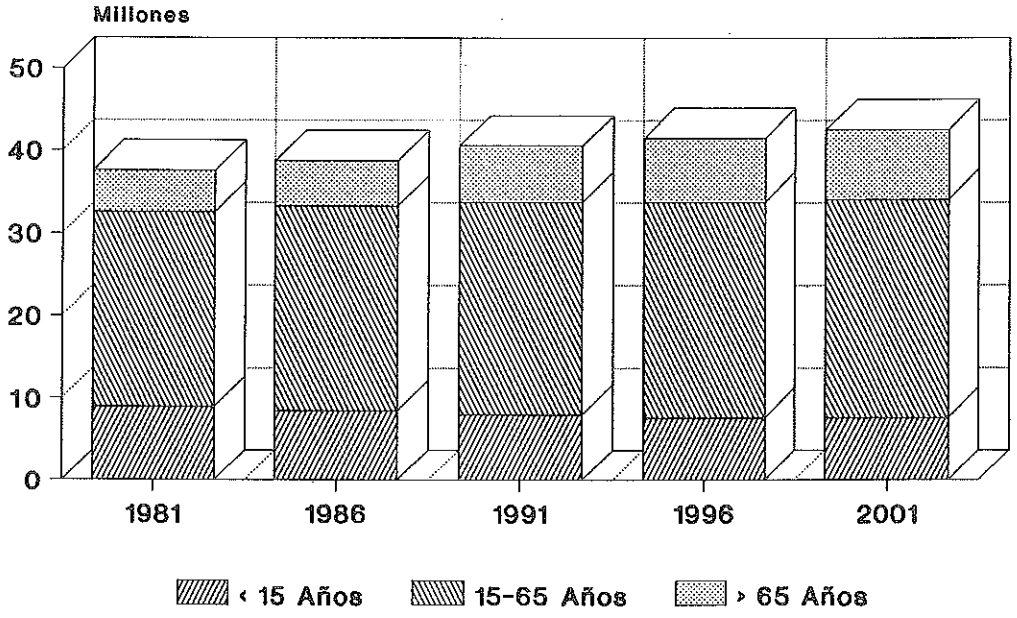
Fuente: INE, 1989

FIG. 2
GRUPOS DE EDADES DE LA POBLACION ESPAÑOLA



Fuente: INE, 1990

FIG. 3
ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACION ESPAÑOLA



Fuente: Ageing populations, OCDE, 1988

Hechos más relevantes para el sistema hospitalario:

- El P.I.B. per cápita por debajo de la media comunitaria, al ser los Hospitales fuertes consumidores de recursos, tiene necesariamente que influir de manera determinante en los Hospitales españoles.

- El descenso de la natalidad y progresivo envejecimiento de la población, condiciona la oferta de recursos hospitalarios (que debe orientarse más hacia los cuidados continuados, centros de media estancia, atención de crónicos, etc.)

III

DESCRIPCION GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO

La **Ley General de Sanidad** de 1986 (9) representa la cristalización legislativa de los profundos cambios que ha experimentado el sistema sanitario español y que en parte se estaban produciendo ya o eran imparables antes de la aprobación de la Ley. La gestación de la misma fue sumamente dificultosa, redactándose del texto hasta catorce borradores. La Ley ha sido criticada (10) por significar fundamentalmente una reorganización del sector público y no tanto una reforma global del sistema sanitario; porque podría dividir al sistema sanitario público en 17 servicios de salud heterogéneos y autónomos; y por no favorecer suficientemente la participación de la comunidad y de los profesionales en la toma de decisiones. En todo caso, los rasgos generales del sistema, tal y como son definidos en la Ley, son:

- Salud concebida como un todo (concepción integral del sistema sanitario)

9. *Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad*

10. *RODRIGUEZ, JA, DE MIGUEL, JM*
Salud y poder, pp. 108-121
Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid 1990

- Asistencia sanitaria pública con cobertura universal
- Las Comunidades Autónomas crearán sus servicios de Salud
- Participación comunitaria
- Derechos y Deberes de los usuarios
- Financiación pública y provisión no-monopolística de los servicios sanitarios
- Coordinación y, en caso de necesidad, integración de todas las redes sanitarias públicas en un Sistema (Sistema Nacional de Salud)
- Organización con dos niveles de cuidados: Atención Primaria y Atención Especializada

Las transferencias de las responsabilidades en Salud Pública de la Administración Central a las Autonómicas han sido realizadas a todas las Comunidades. Pero las transferencias en la gestión de los Servicios Sanitarios de la Seguridad Social (INSALUD), sólo lo han sido en seis Comunidades, en dos de ellas muy recientemente:

- Cataluña (1981) (11)
- Andalucía (1984) (12)

11. *Real Decreto 1517/1981 de 8 de julio, sobre traspaso de servicios de la Seguridad Social a la Generalidad de Cataluña en materia de Seguridad Social (INSALUD e INSERSO) (BOE, 24 de julio, 1981)*

12. *Real Decreto 400/1984 de 22 de febrero, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Andalucía de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (BOE, 29 de febrero, 1984)*

- País Valenciano (1987) (13)
- País Vasco (1987) (14)
- Galicia (a partir 1 Enero, 1991) (15)
- Navarra (a partir 1 Enero, 1991) (16)

Los Servicios Sanitarios del resto de las Comunidades (aproximadamente el 43% de la población española) son gestionados directamente por el INSALUD. Es probable que en el período restante de la actual legislatura y en la próxima se avance de manera notable en este proceso transferencial. Posiblemente un proceso transferencial tan dilatado (se inició en 1981) esté gravitando negativamente sobre el conjunto del sistema, al conferir un cierto carácter residual al área no transferida y al dificultar el planteamiento de políticas nacionales en el sector.

13. *Real Decreto 1612/1987 de 27 de noviembre, sobre traspaso a la Comunidad Valenciana de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (BOE, 30 de diciembre 1987)*

14. *Real Decreto 1536/1987 de 6 de noviembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma del País Vasco de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) (BOE, 15 de diciembre 1987)*

15. *Real Decreto 1679/1990 de 28 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Galicia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (BOE, 31 de diciembre 1990)*

16. *Real Decreto 1680/1990 de 28 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Foral de Navarra de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) (BOE, 31 de diciembre 1990)*

Los **tipos de servicios** ofrecidos por el Sistema Sanitario Público son los siguientes:

- Educación Sanitaria
- Prevención
- Asistencia Sanitaria
    - Atención Primaria
    - Atención Especializada (Hospitales, consultorios de especialidades)
    - Farmacia (60% del coste de los medicamentos en la atención extrahospitalaria pagado por los usuarios)
    - Asistencia dental no cubierta (excepto extracciones)
    - Prótesis

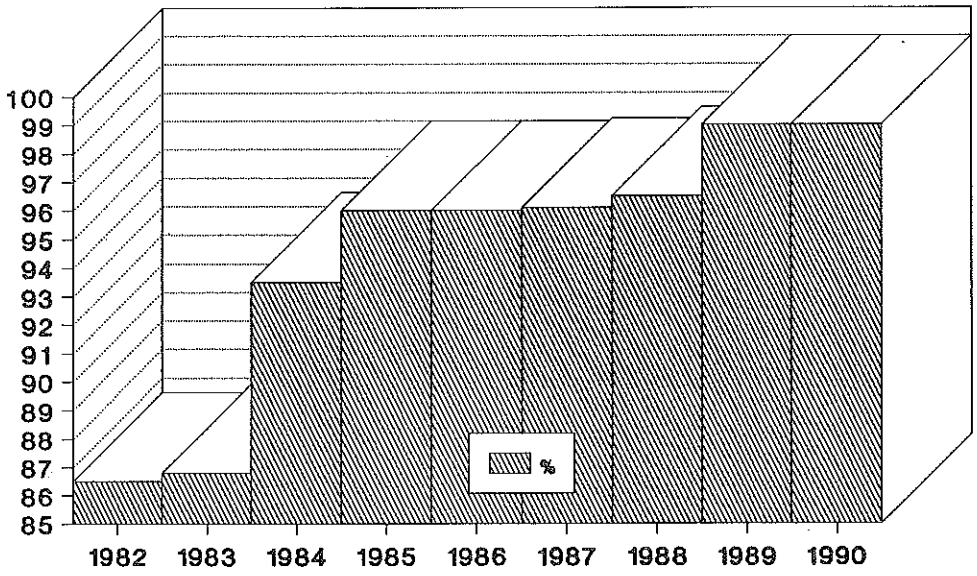
La **regulación de los servicios** es de la siguiente manera:

- libre elección de médico general dentro del Area de Salud
- acceso a la atención especializada: regulado, excepto en caso de Urgencias, por los médicos generales del Area, que envían a los pacientes al Hospital asignado a cada Area Sanitaria.

Es decir, la atención primaria se constituye como puerta de acceso al sistema sanitario público y, por otra parte, no se reconoce el derecho a elección de Hospital, sino que la población debe ir, en principio, al Hospital adscrito a su Area Sanitaria. Esto, naturalmente, influye sobre los Hospitales Públicos en la medida en que apenas existe concurrencia entre ellos.

La **cobertura de la población** por el servicio público sanitario se expresa en la **Figura 4** (17).Como puede verse en la misma el 98% de la población tiene en la actualidad cobertura sanitaria pública. En este sentido el sistema sanitario español corresponde a un modelo típicamente europeo (ver **Tabla 1**), en los que la protección sanitaria desde alguna Administración Pública se sitúa en todos esos países (excepto en Holanda) por encima del 90% (18).

FIG. 4
COBERTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 1982 -1990



Fuente: INSALUD, 1990

17. *Proyecto de Presupuesto INSALUD 1990, p. 28*
INSALUD, Madrid, 1990

18. *Les Systèmes de Santé, p. 159*
OCDE, París, 1990

TABLA 1
PORCENTAJE DE POBLACION CUBIERTA POR SERVICIOS HOSPITALARIOS POR ALGUNA ADMINISTRACION PUBLICA EN LOS PAISES DE LA CEE, CANADA Y ESTADOS UNIDOS, 1987

ALEMANIA	92,2
BELGICA	98,0
CANADA	100,0
DINAMARCA	100,0
ESPAÑA	97,1
ESTADOS UNIDOS	43,0
FRANCIA	99,0
GRECIA	100,0
IRLANDA	100,0
ITALIA	100,0
LUXEMBURGO	100,0
HOLANDA	73,0
PORTUGAL	100,0
REINO UNIDO	100,0

Fuente: Les Systèmes de Santé, OCDE, París, 1990

En lo que se refiere a **gastos sanitarios**, el gasto público en Salud en España corresponde al 5,02% del P.I.B.; el gasto total sanitario es del 6,34% del P.I.B. (19). El gasto sanitario en España se sitúa, por lo tanto, por debajo del gasto medio en los países de la OCDE (20).Tal y como se expresa en la **Figura 5** (21) el gasto sanitario en España ha crecido

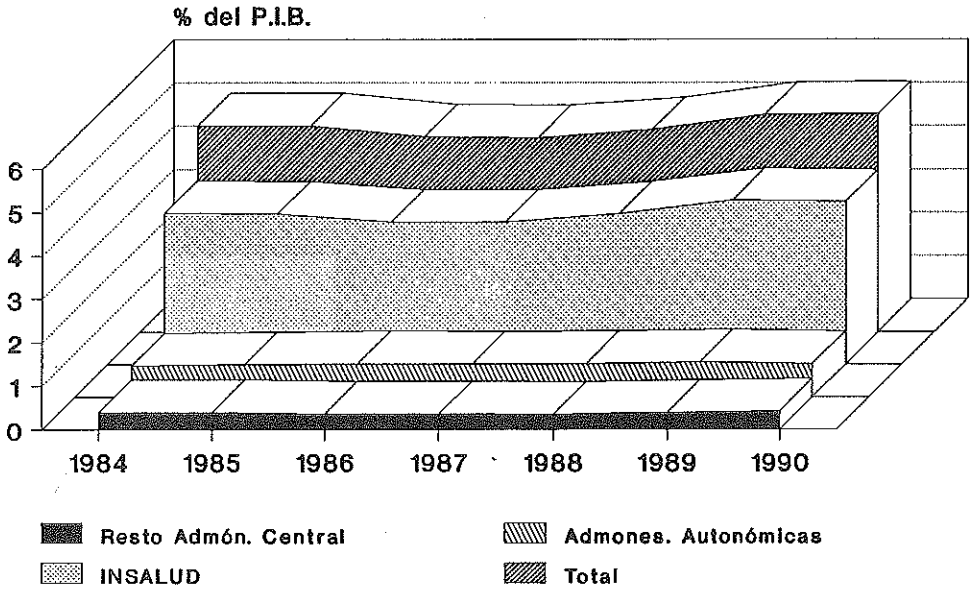
19. *GIRON SIERRA, B, DILME OBIOLS, M, VELAYOS FLORIDO, J, ELOLA SOMOZA, J Niveles de salud y gasto sanitario en España. 1988 Rev. San. Hig. Púb. 63: 25-38, 1989*

20. *Financing and Delivering Healt Care (A Comparative Analysis of OECD Countries), p. 11 OCDE, París, 1987*

21. *Proyecto de Presupuesto INSALUD 1990, p. 25 INSALUD, Madrid, 1990*

en el período 1984-1990 en su participación porcentual en el P.I.B.. La **Tabla 2** presenta el nivel de gastos sanitarios en relación al P.I.B. en los distintos países de la CEE, Canadá y Estados Unidos, así como el peso de la financiación pública en los mismos. En este sentido no hay que confundir, como parece que a veces se hace (22), entre financiación pública y sector público sanitario. La **Tabla 3** muestra en dólares el gasto sanitario por habitante en estos mismos países (23).

FIG. 5
EVOLUCION DEL % DE GASTOS EN SALUD SOBRE EL P.I.B. EN ESPAÑA (1984-90)



Fuente: INSALUD, 1990

22. *RODRIGUEZ, JA, DE MIGUEL, JM*
Salud y Poder, p. 141, cuadro 19
Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid, 1990

23. *Les Systèmes de Santé, pp. 9-15*
OCDE, París, 1990

TABLA 2
GASTOS EN SALUD TOTALES Y PUBLICOS EN % SOBRE EL PIB EN LOS PAISES DE LA CEE, EE.UU. Y CANADA, 1987

	TOTALES	PUBLICOS	% FINANC. PUBLICA
ALEMANIA	8,2	6,3	78,4
BELGICA	7,2	5,5	76,9
CANADA	8,6	6,5	73,9
DINAMARCA	6,0	5,2	85,5
ESPAÑA	6,0	4,3	71,4*
EE.UU.	11,2	4,6	41,4
FRANCIA	8,6	6,4	74,7
GRECIA	5,3	4,0	79,3
IRLANDA	7,4	6,4	81,2
ITALIA	6,9	5,4	79,1
LUXEMBURGO	7,5	6,9	91,6
HOLANDA	8,5	6,6	73,6
PORTUGAL	6,4	3,9	60,6
REINO UNIDO	6,1	5,3	86,4
MEDIA PAISES OCDE	7,3	5,6	

* DATO DE 1986

Fuente: Les Systèmes de Santé, OCDE, París, 1990

TABLA 3
GASTOS EN SALUD POR HABITANTE EN LOS PAISES DE LA CEE, ESTADOS UNIDOS Y CANADA (EN DOLARES DE EE.UU.), 1987

	GASTOS EN SALUD	PIB/HABITANTE
ALEMANIA	1.093	13.323
BELGICA	879	11.802
CANADA	1.483	17.211
DINAMARCA	792	13.329
ESPAÑA	521	8.681
EE.UU.	2.051	18.338
FRANCIA	1.090	12.803
GRECIA	337	6.363
IRLANDA	561	7.541
ITALIA	841	12.254
LUXEMBURGO	1.050	14.705
HOLANDA	1.041	12.252
PORTUGAL	386	6.297
REINO UNIDO	758	12.340
MEDIA PAISES OCDE	934	12.207

Fuente: Les Systèmes de Santé, OCDE, París, 1990

En relación con las **profesiones sanitarias**, la **Tabla 4** (24) presenta el índice por 10.000 habitantes de las principales profesiones sanitarias. De acuerdo con estándares europeos en España existe una muy alta tasa de médicos, muy baja de dentistas, dentro de la media de farmacéuticos y baja de enfermeras (25).Comentando la densidad del personal de salud en la Región Europea de la OMS, el Anuario publicado por esta organización (26) hace notar cómo des-

24. *Anuario Estadístico de España, p. 121*
INE, Madrid, 1989

25. *Estudio de Recursos humanos: La Enfermería en Cataluña, p. 16*
Unió Catalana d'Hospitals, Barcelona, 1990

26. *World Health Statistics Annual 1988, pp. 55-60*
World Health Organization, Genève, 1988

de hace varios decenios se observa una diferencia entre los países de economía centralizada y los de Europa occidental, los primeros con una neta mayor densidad de médicos. Una segunda diferencia se presenta últimamente en la Región europea entre los países mediterráneos y los nórdicos. Los primeros, con un P.I.B. más bajo, muestran una densidad de médicos mucho más elevada. Destaca también que en relación a los países mediterráneos los países nórdicos tienen una densidad de enfermeras diplomadas mucho más alta, que contrasta con la densidad baja en España y Grecia. Sucede como si existiera una compensación numérica en ciertos países entre estas dos profesiones y ese rasgo, al parecer, no es particular de Europa.

La **tasa de mortalidad y la esperanza de vida al nacer** en España se expresan en la **Tabla 5** (27), donde puede observarse una situación sumamente favorable según los indicadores generales de salud.

Las **causas de mortalidad** en España se exponen en la **Figura 6** (28), que da un perfil típico de país desarrollado, con las enfermedades circulatorias y el cáncer como primeras causas de muerte en ambos sexos. Curiosamente, según el Anuario de la OMS (29), España es el país de la Comunidad Europea con menor porcentaje de las muertes ocurriendo en Hospitales o establecimientos médicos (ver **Tabla 6**). Los factores que expliquen este hecho pueden ser varios: menor número de camas hospitalarias, particularmente de larga estancia; estructura familiar, etc.

27. *Les Systèmes de Santé, pp. 194-203*
OCDE, París, 1990

28. *Anuario Estadístico de España, pp. 136-137*
INE, Madrid, 1989

29. *World Health Statistics Annual 1988, pp. XV-XXII*
World Health Organization, Genève, 1988

TABLA 4
PERSONAL SANITARIO 1988

PROFESION	NUMERO	INDICE 10.000/HAB
MEDICOS	138.994	36
DENTISTAS	7.503	1,9
FARMACEUTICOS	33.711	8,7
ENFERMERAS	152.624	39,6

Fuente: Anuario estadístico de España, INE, 1989

TABLA 5
INDICADORES DE SALUD EN LOS PAISES DE LA CEE, CANADA Y EE.UU.

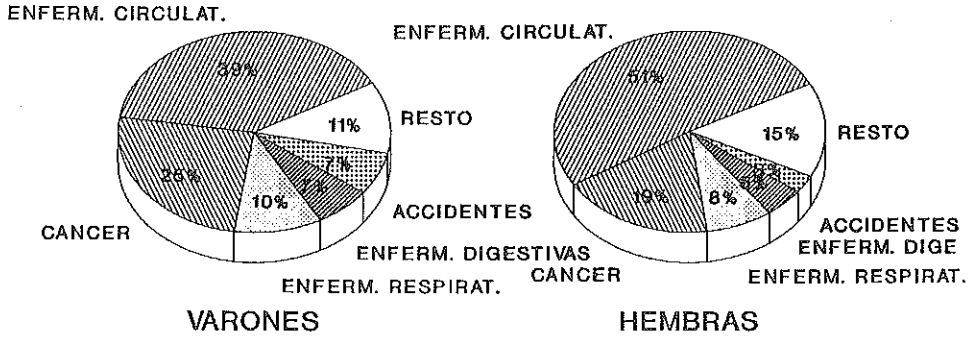
	ESPERANZA DE VIDA AL NACER		INDICE MORTALIDAD	
	VARONES	HEMBRAS	INFANTIL (1)	PERINATAL (2)
ALEMANIA	71,8*	78,4*	0,83	0,73
BELGICA	70,9*	77,7*	0,97	1,14***
CANADA	73,0*	79,7*	0,79*	0,84*
DINAMARCA	71,8	77,6	0,83	0,88
ESPAÑA	74,0**	80,0**	0,87*	1,12***
EE.UU.	71,5	78,3	1,00	1,03*
FRANCIA	72,0	80,3	0,76	0,99
GRECIA	74,0*	78,9*	1,17	1,45
IRLANDA	70,8*	76,4*	0,74	1,23**
ITALIA	72,2*	78,8*	0,96	1,24
LUXEMBURGO	70,6*	77,9*	0,93	0,72*
HOLANDA	73,5	80,1	0,64*	0,92
PORTUGAL	69,9	76,9	1,42	1,67
REINO UNIDO	71,9	77,7	0,91	0,90

LOS DATOS CORRESPONDEN A 1987
EXCEPTO: * 1986
** 1985
*** 1984

(1) EN % DE NACIDOS VIVOS
(2) EN % NACIDOS VIVOS Y MORTINATALIDAD

Fuente: Les Sistèmes de Santé, OCDE, París, 1990

FIG. 6
CAUSAS DE MUERTE EN ESPAÑA, 1985



Fuente: INE, 1989

TABLA 6
PORCENTAJE DE LAS MUERTES QUE OCURREN EN HOSPITALES O ALGUN ESTABLECIMIENTO MEDICO EN LOS PAISES DE LA CEE

ALEMANIA	53
BELGICA	59
DINAMARCA	56
FRANCIA	50
GRECIA	46
IRLANDA	62
ITALIA	37
LUXEMBURGO	69
HOLANDA	46
PORTUGAL	39
ESPAÑA	30
REINO UNIDO (INGLAT. & GALES)	63
REINO UNIDO (IRLANDA DEL NORTE)	61
REINO UNIDO (ESCOCIA)	65

Fuente: World Health Statistics Annual, 1988

Hechos más relevantes para el sistema hospitalario:

- Dos niveles de cuidados: atención primaria y especializada (que incluye los Hospitales)
- Atención primaria como puerta de acceso al sistema sanitario público
- Sistema relativamente inestable debido al proceso transferencial en marcha
- Cobertura universal
- Regulación de los servicios sin reconocimiento del derecho de elección de Hospital
- Gastos sanitarios por debajo de la media en los países de la OCDE
- Alta tasa de médicos y baja de enfermeras
- Nivel de salud en España equiparable al del resto de los países desarrollados

IV
EL SISTEMA HOSPITALARIO

En la **Figura 7** (30) se expresa el número de Hospitales y de camas hospitalarias en España en 1987, de acuerdo con la clasificación utilizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo y el INE: Hospitales Generales, Hospitales Especiales de Corta Estancia (fundamentalmente centros quirúrgicos) y Hospitales Especiales de Larga Estancia (incluye a Hospitales Psiquiátricos). Dichos Hospitales y camas se clasifican según su titularidad pública o privada en la **Figura 8**. Como puede observarse, aunque existen más Hospitales privados que públicos, el 69% de las camas hospitalarias son públicas, lo cual pone de manifiesto un cierto minifundismo en el sector privado hospitalario. Este hecho ha sido puesto previamente de manifiesto (31).

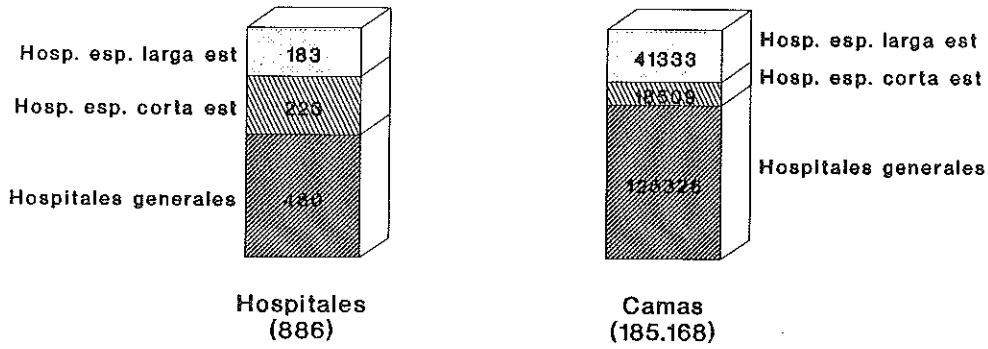
Siempre según el ya citado informe "Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado", en la **Tabla 7** se indica el índice de camas hospitalarias totales y para los diferentes tipos de Hospitales por 1000 habitantes. El índice de camas hospitalarias en las diferentes Comunidades Autónomas se expresa en la **Figura 9**. La frecuentación (expre-

30. *Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. 1987 Ministerio de Sanidad y Consumo - INE, Madrid, 1990*

31. *ARTELLS, JJ*
Asistencia Sanitaria: Financiación y Rentabilidad
Guía Sanitaria Propsa, nº 63, 5/11 Julio, 1988

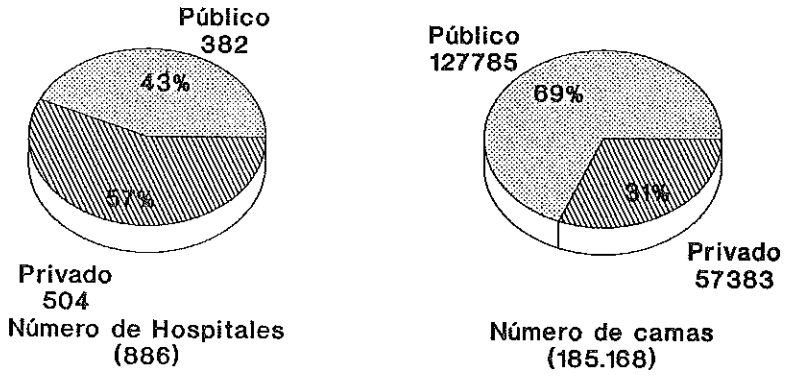
sada en admisiones al año/1000 habitantes) tanto total como para los diferentes tipos de Hospitales se expone en la **Tabla 8**. La estancia media, causas más frecuentes de alta según el diagnóstico, índices personal/cama y coste por estancia en los diferentes tipos de Hospitales españoles se expresan en las **Tablas 9, 10, 11 y 12**.

FIG. 7
NUMERO DE HOSPITALES Y CAMAS HOSPITALARIAS EN ESPAÑA, 1987



Fuente: EESCRI, 1990

FIG. 8
CARACTER PUBLICO O PRIVADO DE LOS HOSPITALES Y CAMAS HOSP. EN ESPAÑA, 1987



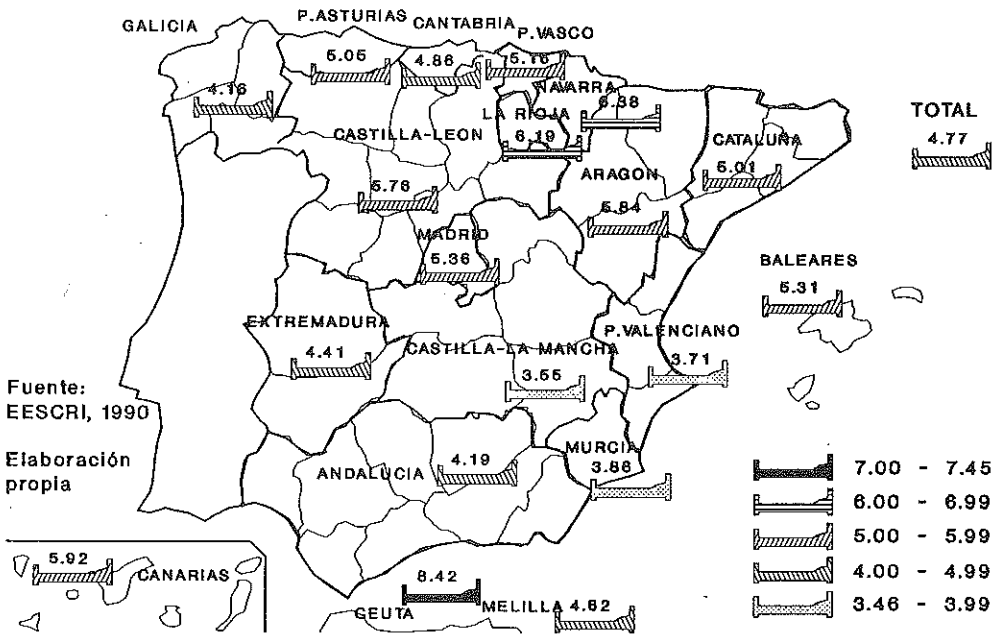
Fuente: EESCRI, 1990. Elaboración propia

TABLA 7
NUMERO DE CAMAS/1.000 HABITANTES, 1987

HOSPITALES GENERALES	3,22
HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE CORTA ESTANCIA	0,47
HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE LARGA ESTANCIA	1,06
TOTAL	4,76

Fuente: EESCRI, 1990. Elaboración propia

FIGURA 9
CAMAS HOSPITALARIAS / COMUNIDADES AUTONOMAS



Fuente: EESCRI, 1990. Elaboración propia

TABLA 8
INGRESOS/1.000 HABITANTES, 1987

HOSPITALES GENERALES	80,73
HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE CORTA ESTANCIA	11,20
HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE LARGA ESTANCIA	0,97
TOTAL	93,83

Fuente: EESCRI, 1990. Elaboración propia

TABLA 9
ESTANCIA MEDIA, 1987

HOSPITALES GENERALES	10,24
HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE CORTA ESTANCIA	8,29
HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE LARGA ESTANCIA	162,96
TOTAL	13,09

Fuente: EESCRI, 1990.

TABLA 10
CAUSAS PRINCIPALES DE ALTA SEGUN DIAGNOSTICO

ALTAS AÑO 1987: 3.583.637

CAUSAS MAS FRECUENTES:

ENFERMEDADES DIGESTIVAS	10,4 %
PARTO NORMAL	10,2 %
ENFERMEDADES CIRCULATORIAS	7,8 %
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	7,6 %
TUMORES MALIGNOS	4,6 %

Fuente: EESCRI, 1990.

TABLA 11
PERSONAL HOSPITALARIO, 1987

	INDICE PERSONAL	CAMA
HOSPITALES GENERALES	254.075	2,17
HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE CORTA ESTANCIA	27.258	1,66
HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE LARGA ESTANCIA	23.279	0,62
TOTAL	304.612	1,78

Fuente: EESCRI, 1990.

TABLA 12
COSTE POR ESTANCIA, 1987

HOSPITALES GENERALES	25.719 pta.
HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE CORTA ESTANCIA	18.769 pta.
HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE LARGA ESTANCIA	4.937 pta.
TOTAL	19.969 pta.

Fuente: EESCRI, 1990.

Se ha dicho que el índice de camas hospitalarias es inferior al de los países comunitarios y a la media de los países de la OCDE (32,33). En cuanto a las cifras de frecuentación se han considerado por debajo de las de todo el resto de los países comunitarios (34).

Efectivamente, a pesar de que hay que ser extremadamente cautos en la comparación de cifras de actividad sanitaria de distintos países, ya que definiciones tan básicas como lo que constituye una cama hospitalaria son a veces diferentes y la situación se complica cuando comparamos hechos tales como estancias medias, el último informe de

32. *Financing and Delivering Health Care (A Comparative Analysis of OECD Countries)*
OCDE, París, 1987

33. *A Guide to Health Services of the World*
The International Hospital Federation, London, 1990

34. *Measuring Health Care 1960-1983. Expenditure, Costs and Performance*
OCDE, París ,1985

la OCDE (35) confirma que en España el número de camas hospitalarias está bajo de acuerdo con estándares europeos, así como la frecuentación. En la **Tabla 13** se expresa el índice de camas/1000 habitantes en los diferentes países de la CEE, Estados Unidos y Canadá. En las **Figuras 10, 11, 12 y 13** se exponen para el período 1975-87 y en esos mismos países los siguientes hechos: tasa de admisiones (frecuentación), jornadas-cama por persona/año, estancia media y personal/cama de hospital. Algunos hechos son muy relevantes: la tasa de admisiones parece que tiende a aumentar en casi todos los países (Estados Unidos es de las pocas excepciones), incluso en los que ya la tienen muy alta (Francia, Alemania, Dinamarca); el número de jornadas-cama por persona/año tiende, en cambio, a una estabilización o incluso ligera disminución; los dos hechos anteriores aparentemente contradictorios (aumento de la tasa de admisiones y estabilización de las jornadas-cama por persona/año) se explican por una disminución de la estancia media que es una constante en todos los países analizados; por último, el personal por cama tiende a aumentar en los Hospitales de todos lo países estudiados. En España, comparativamente con los países citados, se comprueba la baja tasa de admisiones y su estabilización en este período; una baja tasa de jornadas-cama por persona/año e igualmente su estabilización; una estancia media, en cambio, que podría considerarse en el rango comunitario y, como en esos países, con tendencia al descenso; y una relación personal/cama también en el rango comunitario y, de acuerdo con la tendencia general en los países analizados, en ascenso.

35. *Les Systèmes de Santé*
OCDE, París, 1990

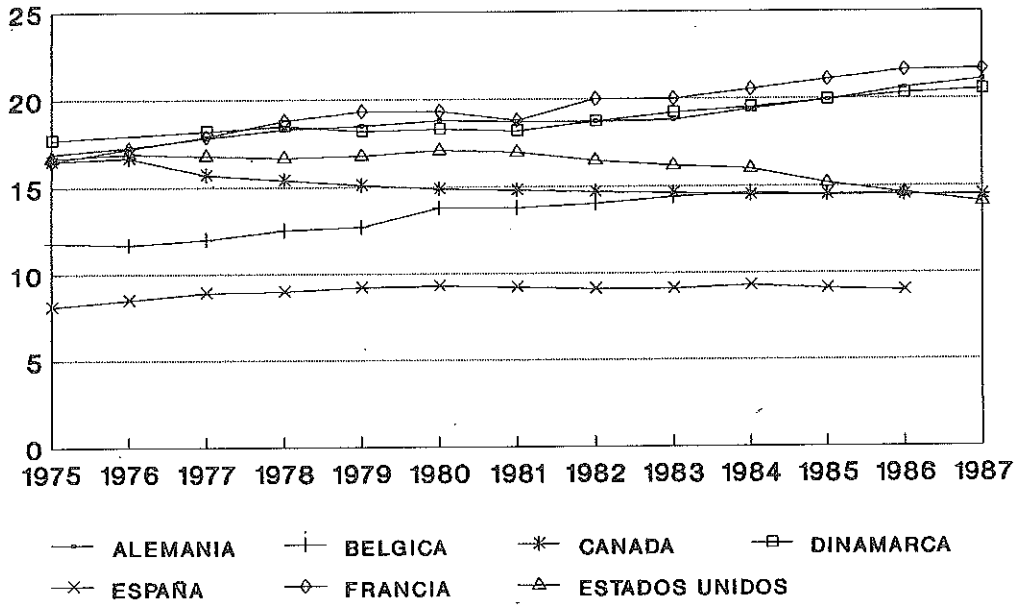
TABLA 13
CAMAS HOSPITALARIAS / 1000 HABITANTES EN LOS PAISES DE LA CEE., EE.UU. Y CANADA

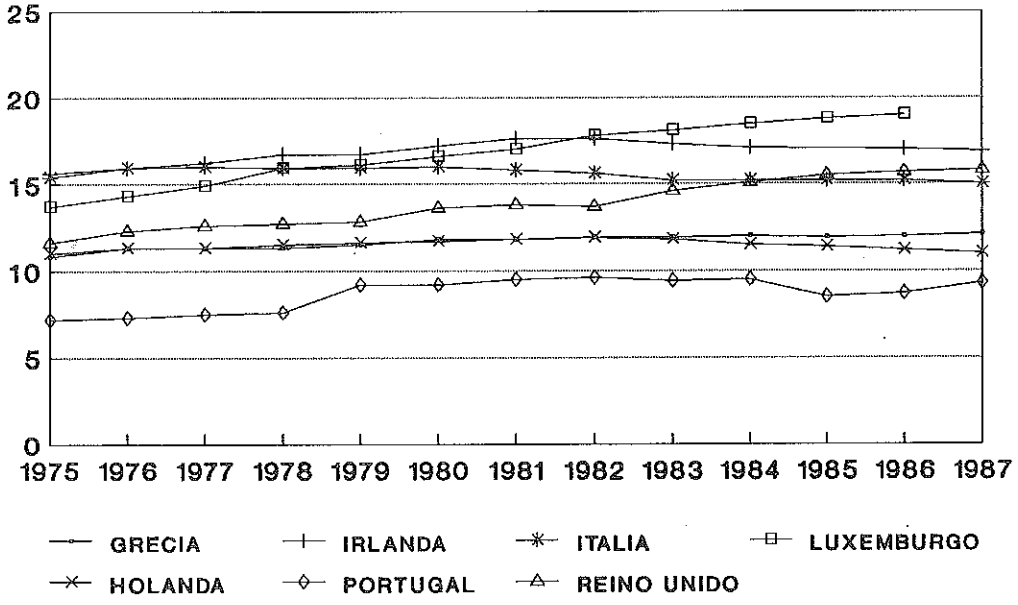
	CAMAS	POBLACION EN MILES	CAMAS/1000 H
ALEMANIA	673.687	61.077	11,03
BELGICA	83.090	9.868	8,42
CANADA	412.969*	25.374*	16,28*
DINAMARCA	32.325	5.130	6,30
ESPAÑA	186.051*	38.668*	4,81*
EE.UU.	1.267.000	243.934	5,19
FRANCIA	569.184	55.627	10,23
GRECIA	51.575	9.998	5,16
IRLANDA	36.670	3.542	10,35
ITALIA	441.682	57.345	7,70
LUXEMBURGO	4.661	372	12,53
HOLANDA	172.650	14.671	11,77
PORTUGAL	46.448	10.280	4,52
REINO UNIDO	388.771	56.930	6,83

* 1986

Fuente: Les Systèmes de Santé, OCDE, París, 1990
Elaboración propia

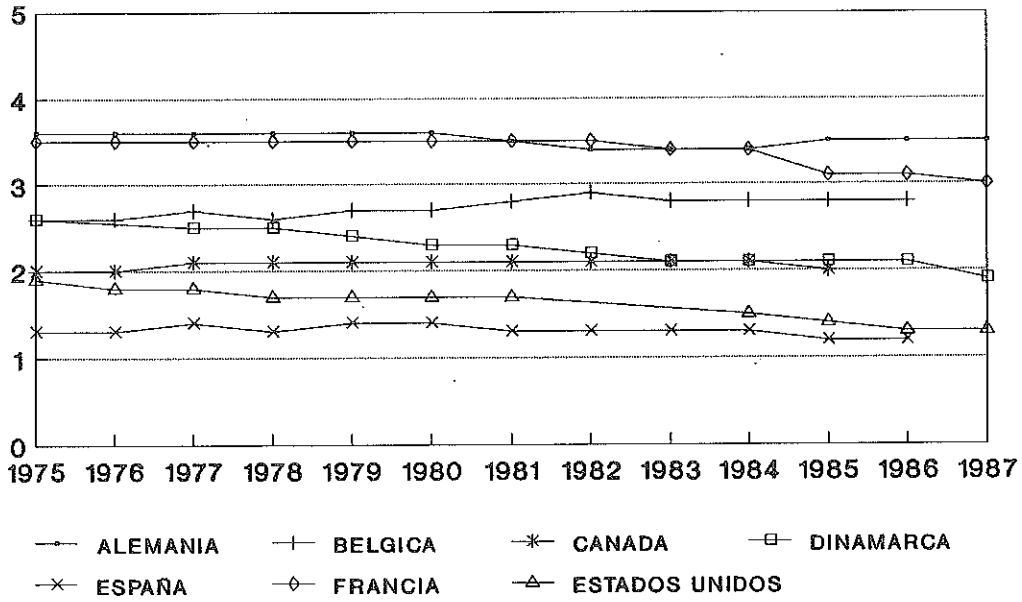
FIG. 10
TASA DE ADMISION (PERSONAS INGRESADAS EN % DE LA POBLACION TOTAL)

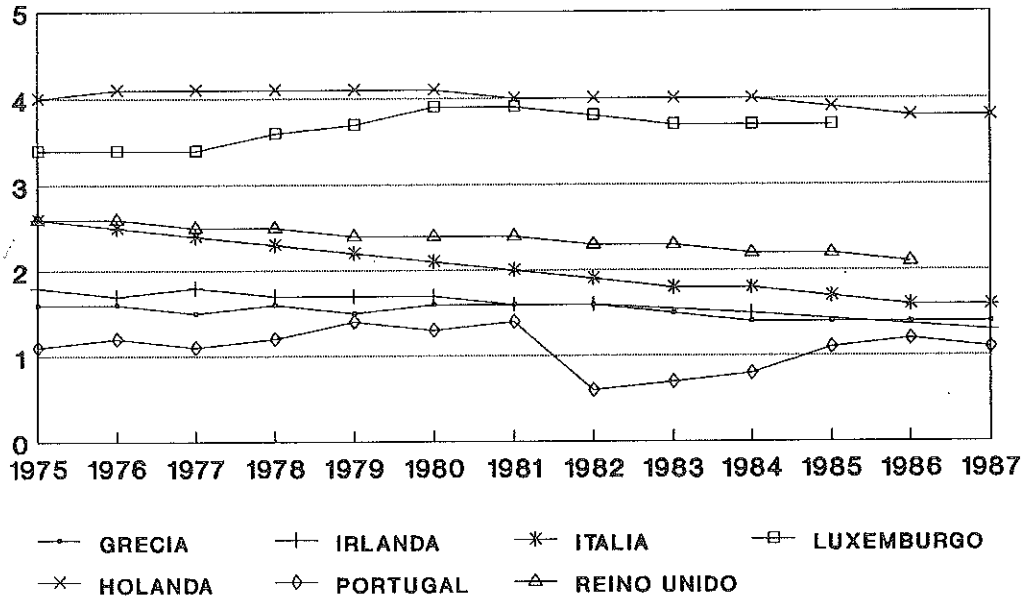




Fuente: Les Systèmes de Santé, OCDE, París, 1990
Elaboración propia

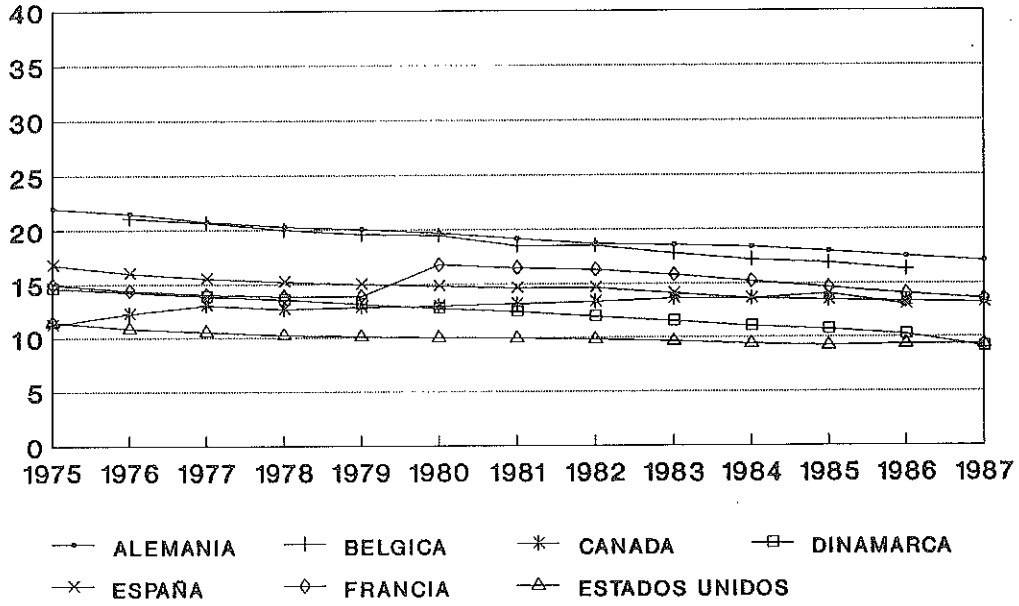
FIG. 11
JORNADAS-CAMA POR PERSONA / AÑO EN LOS PAISES DE LA CEE, EE.UU. Y CANADA

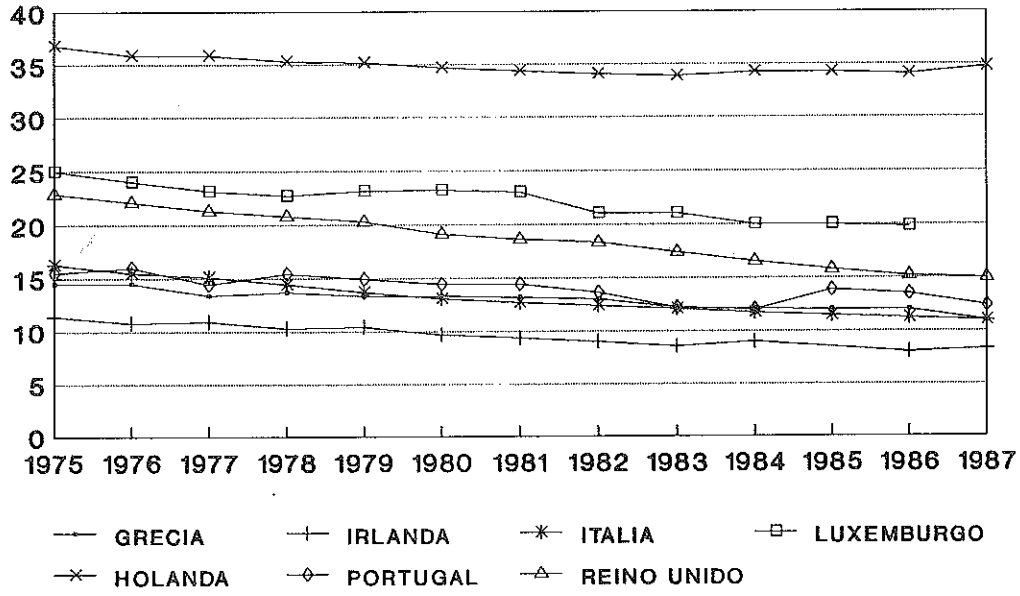




Fuente: Les Systèmes de Santé, OCDE, París, 1990
Elaboración propia

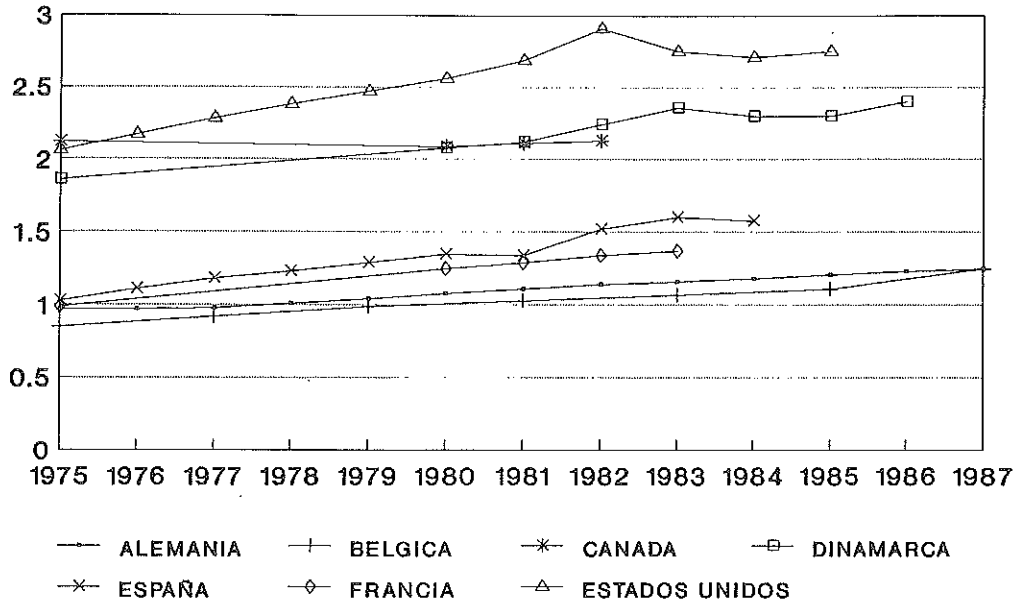
FIG. 12
ESTANCIA MEDIA EN HOSPITALES EN LOS PAISES DE LA CEE, EE.UU. Y CANADA

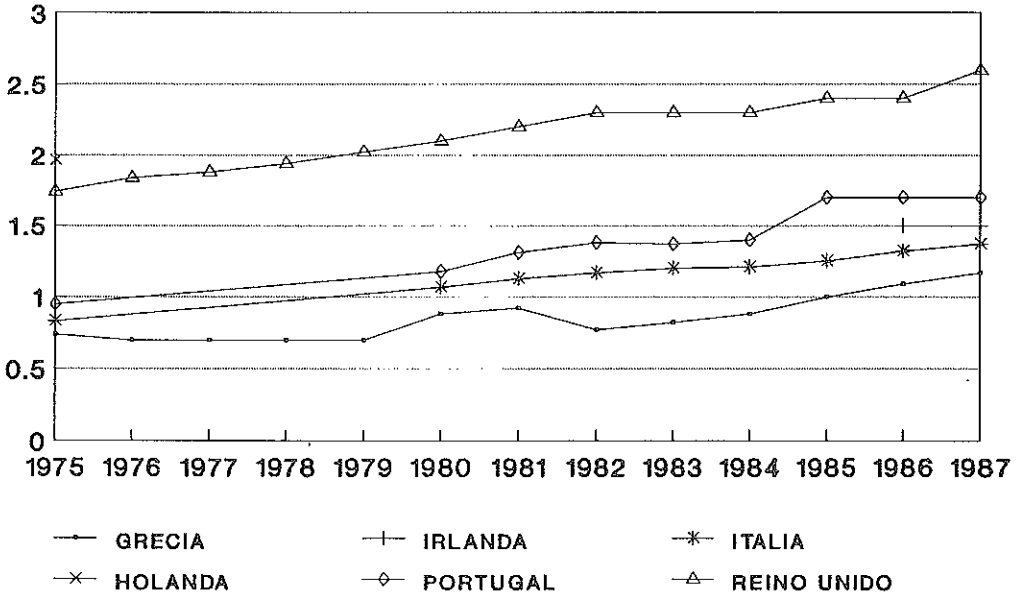




Fuente: Les Systèmes de Santé, OCDE, París, 1990
Elaboración propia

FIG. 13
PERSONAL POR CAMAS DE HOSPITAL EN LOS PAISES DE LA CEE, EE.UU. Y CANADA





Fuente: Les Systèmes de Santé, OCDE, París, 1990
Elaboración propia

Hechos más relevantes del sistema hospitalario:

- Predominio de camas públicas (69%)
- Bajo índice de camas hospitalarias/1000 habitantes, de acuerdo con estándares europeos
- Baja frecuentación con estabilización en el período 75-87
- Estancia media en el rango comunitario y, de acuerdo con tendencias generales en los países desarrollados, en descenso
- Personal/cama de acuerdo con las tendencias observadas en los países de la CEE, Estados Unidos y Canadá, en ascenso

V

PROBLEMAS DE LOS HOSPITALES ESPAÑOLES

No se pretende hacer una aproximación demasiado sistematizada o académica a los problemas de los Hospitales españoles. Para ello se clasifican los problemas en dos grandes grupos: A.- De índole general; y, B.- Problemas particulares. A su vez cada uno de estos apartados se divide en diversos subapartados.

A. DE INDOLE GENERAL

A1. Ausencia de un organismo específico

No existe a nivel de la Administración Central una unidad técnico-administrativa que se ocupe específicamente de los Hospitales (36). Lo más parecido a ello es la Subdirección General de Gestión de la Atención Hospitalaria, pero naturalmente su ámbito de actuación es sólo el territorio del INSALUD-gestión directa. El hecho de que la gestión de los Hospitales en las Comunidades con transferencias sanitarias sea una cuestión de la Administración autonómica no quita la necesidad de un organismo a nivel de la Administración Central.

36. *Real Decreto 1943/1986, de 19 de septiembre, del Ministerio para las Administraciones Públicas, por el que se determina la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, (BOE, nº 227, 22 septiembre, 1986)*

El punto 16 de las Recomendaciones de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica dice (37): "Dentro del organigrama de las consejerías de salud de las CC.AA. debe contemplarse una unidad técnico-administrativa de salud mental y atención psiquiátrica que, en el ámbito de sus competencias, elabore propuestas normativas; coordine recursos; estudie y elabore propuestas de necesidades de formación de recursos humanos y de investigación; desarrolle criterios, por último, para el seguimiento y evaluación de planes, programas y unidades asistenciales; para la puesta en marcha de los soportes de registro e información adecuados, y para el establecimiento de indicadores sanitarios comunes". Y el punto 17 dice que un organismo similar debe existir en el Ministerio de Sanidad y Consumo "que sirva de soporte técnico-administrativo y asesoramiento de los centros directivos del Departamento, facilite la homogeneización de datos estadísticos y epidemiológicos, coordine la información recibida desde las distintas nacionalidades y regiones y establezca las recomendaciones pertinentes que fundamenten la normativa que pudiera dictar el Ministerio en materia asistencial, docente e investigadora". Es evidente que los redactores de las Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica se dieron cuenta que la tal Reforma no podría ir adelante si no se contaba con las unidades técnico-administrativas adecuadas.

Esta unidad técnico-administrativa existe en otros países y su ausencia en España tal vez dificulte un seguimiento muy estrecho de los problemas de los Hospitales e impulsar la reforma de los mismos, a partir de unos criterios generales.

37. *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, p. 52 Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1985*

A2. Falta de criterios de gestión económica

La ausencia de criterios evolucionados de gestión económica en el sector hospitalario español es un hecho que ha sido puesto de manifiesto reiteradamente (38,39). Esto es especialmente grave en situaciones de ajuste económico, como el que parece avecinarse, ya que al no diseñarse mecanismos de ajuste y asignación presupuestaria más perfectos y sofisticados, lo que se hace es disminuir sustancialmente y de forma horizontal el nivel de recursos sobre el conjunto de la estructura sanitaria, provocando así un altísimo nivel de crispación, desánimo y frustración. Esta es sin duda una de las razones de la aguda crisis que sacudió a los Hospitales en el año 87, como consecuencia del ajuste económico de los años precedentes.

El sistema hospitalario público (la parte más importante del sector hospitalario) lleva un considerable retraso en comparación con el tipo de adaptación producido en los sistemas sanitarios europeos (golpeados igualmente por la crisis), adaptación más inteligente y activa.

38. *BELENES JUAREZ, R*
La limitación presupuestaria del Insalud y la gestión de los servicios sanitarios (I)
Gaceta Sanitaria, marzo-abril, 2: 101-107, 1988

39. *BELENES JUAREZ, R*
La limitación presupuestaria del Insalud y la gestión de los servicios sanitarios (II)
Gaceta Sanitaria, marzo-abril, 2: 108-111, 1988

A3. No desarrollo de un concepto de servicio público hospitalario

En nuestro país no está desarrollado, como en Francia, por ejemplo (40), el concepto de "servicio público hospitalario" integrado tanto por el sector público hospitalario como por los Hospitales privados que, reuniendo una serie de condiciones, acepten participar en este servicio público. Esto ocurre a pesar de que la Ley General de Sanidad permitiría la potenciación de este concepto (Arts. 90 y 91).

Este tema es muy importante en nuestro sistema, ya que España, junto con Portugal, es el país comunitario con menos camas/1000 habitantes y tiene una frecuentación hospitalaria baja que verosímilmente va a crecer (a pesar de la estabilización de la frecuentación en los últimos años, es posible que crezca en el futuro, particularmente en la franja de cuidados continuados, atención a crónicos, etc.), con lo cual la utilización de todos los recursos en el servicio público es algo especialmente crítico.

40. *IMBERT, J*
Les Hôpitaux en France, p. 67
Presses Universitaires de France, 4º edición, París, 1981

A4. Insuficiente vertebración de los diferentes recursos sanitarios y sociales.

Todavía, en cierta manera, el sistema hospitalario de agudos en España es una isla, insuficientemente conectada con la atención primaria y con los centros de tratamiento posterior, rehabilitación y otros recursos sociales.

La asistencia sanitaria más cara, la hospitalaria en el hospital de agudos, se deberá comportar de acuerdo al principio "centrípeto", de tal forma que se limite su asistencia a aquel tiempo que se establece por indicación médica. Esto hará posible la reducción de la estancia en la asistencia de agudos, lo que conlleva el traslado de pacientes que no precisan la infraestructura cara del Hospital de agudos hacia instalaciones que provean atención posterior y rehabilitación médica, instalaciones para pacientes con larga estancia y centros con hospitalización parcial (hospitales de día, hospitales nocturnos, etc.) fuera del Hospital como complemento para la asistencia hospitalaria.

Con los avances de la medicina, el espectro de las enfermedades ha cambiado y las necesidades de asistencia médica han aumentado. Las enfermedades agudas han disminuido, estas enfermedades tienen ya, por definición, una duración más corta que las enfermedades crónicas.

El entrelazamiento adecuado de cada una de las prestaciones es tan importante como la existencia de las mismas. Nos referimos a las relaciones Atención Primaria-Atención Especializada / Atención Primaria-Rehabilitación / Atención Especializada-Rehabilitación / Asistencia Sanitaria-Asistencia Social.

Todas las prestaciones deben ser realizadas en una cadena asistencial continuada sin huecos de información

(por ejemplo, en las historias clínicas), por un lado, y sin inversiones dobles (por ejemplo, en equipos médicos caros), por el otro.

La cadena asistencial continuada se refiere a:

- la edad y el estado de salud de la persona
  - personas jóvenes y viejos
  - enfermos somáticos y psíquicos
  - enfermos de corta y larga estancia
  - enfermos discapacitados y enfermos crónicos
- el tipo de pacientes
  - prevención de la enfermedad
  - reconocimiento temprano de la enfermedad
  - atención ambulatoria
  - atención de hospitalización de pacientes agudos
  - atención posterior
  - rehabilitación
- el lugar donde se realizan las prestaciones
  - la vivienda del ciudadano
  - el consultorio del médico
  - el lugar público de atención sanitaria
  - el lugar privado, instituciones benéficas y de asistencia social
  - el área de hospitalización en el Hospital
  - otros
- los que realizan las prestaciones
  - los médicos
  - los servicios públicos
  - los titulares de los hospitales
  - organizaciones privadas de prestaciones sociales
  - otros

Fundamentalmente, un paciente debería en la fase crítica aguda de su enfermedad ser llevado, en lo posible en forma rápida, a la institución con la especialización médica adecuada. De acuerdo al mejoramiento de su estado de salud debe volver tan rápido como sea posible a su médico habitual.

Este principio de la vuelta rápida del paciente a su medio habitual se llama el principio "centrípeto" en la estructura de un sistema asistencial de salud. Influencia la dirección del flujo de pacientes y un mejor aprovechamiento de las instalaciones del Hospital.

Los pacientes así sólo son sacados de su medio habitual por un período en que precisan esa atención médica y a continuación son dados de alta lo más pronto posible volviendo a otro centro asistencial de nivel inferior en cuanto a intensidad de atención.

Este principio centrípeto es apoyado por una asistencia social que debe estar coordinada con la asistencia sanitaria. El efecto de la integración se ve favorecido si las prestaciones sanitarias se realizan lo más cercanas posibles a la población.

A5. Carencia de asociacionismo específico

En algunos países de Europa (particularmente en Alemania, Holanda, Bélgica, Francia y Suiza) tienen gran peso las Federaciones Hospitalarias (41). Estas son asociaciones de carácter voluntario y finalidad no lucrativa de entidades, grupos o personas que gestionan Hospitales y cuyo fin es defender los intereses de estos grupos y su sistema de valores.

Las competencias son muy variadas, pero, en general, tienen que ver con el establecimiento de sistemas de comunicación entre Hospitales (por medio de alguna publicación o Congreso Anual); la fijación de criterios para impartir cuidados hospitalarios adecuadamente; en algunos casos la Federación puede actuar como patronal hospitalaria y como tal negocia directamente con los sindicatos o asociaciones profesionales; puede ser un elemento de negociación con las cajas aseguradoras, de las que en algunos países depende la financiación de los Hospitales; a través de sus relaciones con el Gobierno y otros organismos y asociaciones tratan de defender los intereses que representan; hacen una labor de lobby y relaciones públicas; a veces poseen un banco de datos de información hospitalaria; desarrollan funciones de formación continuada para cuadros hospitalarios y ejercen labores de asesoramiento para sus asociados.

Las funciones que desarrollan las Federaciones Hospitalarias en Europa varían entre las que las ejercen todas o casi todas (ejemplo: la VESKA en Suiza) a las que sólo realizan algunas de ellas.

41. *RIESGO, I*
Las Federaciones Hospitalarias en Europa
Rev. San. Hig. Púb. (en prensa)

En España aunque existen algunas Federaciones Hospitalarias (Federación Nacional de Clínicas Privadas; Unió Catalana d'Hospitals; Consorci Hospitalari de Catalunya) (42,43), el hecho más relevante tal vez sea que la mayor parte de las camas públicas, que por sí mismas representan el 69% del conjunto de camas de Hospitales, no pertenecen a ninguna Federación Hospitalaria.

Como luego se analizará en las propuestas, bajo ciertas circunstancias y con determinados requisitos, podría ser interesante potenciar este tipo de asociacionismo en nuestro país.

42. *Unió Catalana d'Hospitals*
Estatutos, 1989

43. *Consorci Hospitalari de Catalunya. Estatutos. decret 114/1984, de 15 de març, Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, nº 431, 4 maig 1984*

B. PROBLEMAS PARTICULARES

B1. Infraestructura

B1 a. Renovación de la red hospitalaria

El número de camas hospitalarias de agudos (bajo, comparado con la media europea) y su distribución obliga a que se sigan construyendo camas en España, al revés que en otros países europeos, donde lo que existen son políticas incentivadoras del cierre de camas hospitalarias (44). Esto se pone de manifiesto si observamos la **Tabla 14** (45), en la que se reflejan los Hospitales recientemente construídos, los actualmente en construcción y aquellos cuya construcción piensa abordarse en el período 90-94, todo ello exclusivamente en la red del INSALUD-gestión directa.

Aparte del número de camas, existe la conciencia en el sector público de que la red hospitalaria precisa una renovación. El crecimiento del nivel económico de la mayoría de la población hace que las demandas aumenten y que se perciba como anticuada una red desarrollada con toda celeridad en los 60' y 70' durante el franquismo para la naciente clase de "productores". Recientemente el INSALUD hizo un estudio (46) de la situación de la red hospitalaria propia y el diagnóstico es que muchos edificios hospi-

44. *SCHUTYSER, K*
Towards an Equitable Planning and Programming system
Information Bulletin of the Hospital Committee of the E.E.C, nº 3, march, 1988

45. *Distribución Camas Hospitalarias INSALUD 1989 y evolución a 1993*
INSALUD, Madrid, 1990

46. *PANIAGUA CAPARROS, JL*
Tipologías Arquitectónicas y Servicios Generales de Hospitales: Evolución y tendencias
Ponencia no publicada expuesta en I Jornada de Hospitales en Reforma, Palma de Mallorca, 27 de septiembre, 1989

talarios eran relativamente antiguos, muy heterogéneos en sus calidades constructivas y tecnológicamente anticuados. Y todo ello por:

a) Inexistencia de un mantenimiento sistemático

b) Normativa técnica superada (en cuanto a seguridad, incendios, etc.)

c) Equipamiento médico tecnológicamente obsoleto

d) Inadecuación de las instalaciones para los cuidados

Esto hace que en la actualidad el 83% de los Hospitales del INSALUD estén en reforma. De ellos el 51% en reformas parciales, el 30% en reformas completas (con o sin "Plan Director") (47) y el 18% con readecuación de instalaciones. El tipo y características de estas reformas se expresa en la **Figura 14.**

TABLA 14
RENOVACION DE LA RED HOSPITALARIA

HOSPITALES CONSTRUIDOS RECIENTEMENTE:
MEIXOEIRO - VIGO, JARRIO - NAVIA, HELLIN, LORCA, LAREDO Y MELILLA

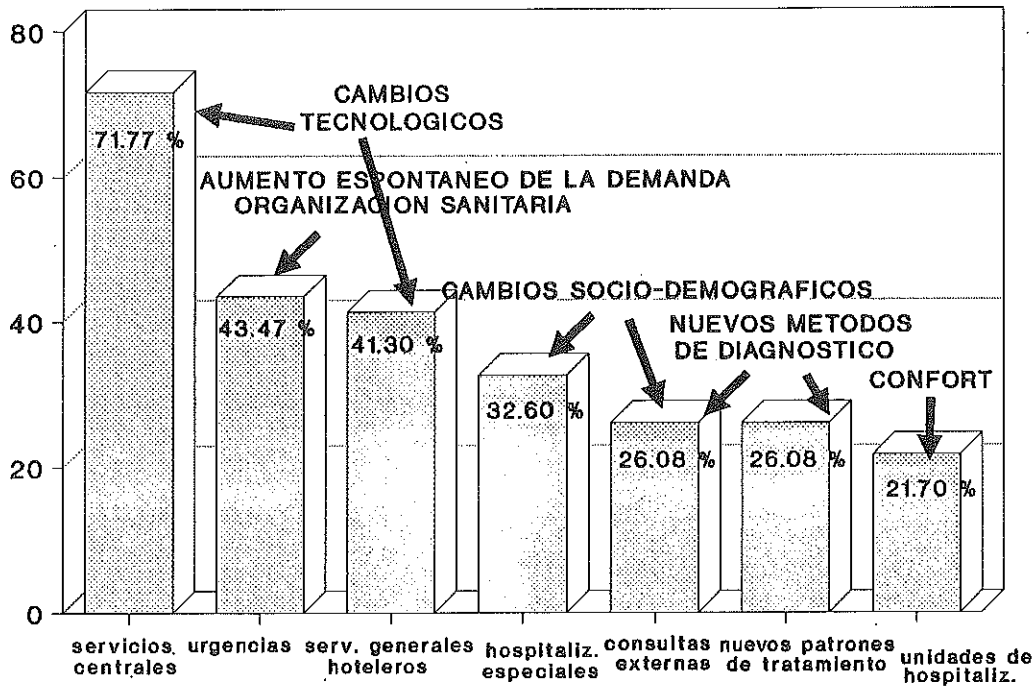
HOSPITALES EN CONSTRUCCION:
ALCAZAR DE SAN JUAN, GETAFE Y PONFERRADA

HOSPITALES QUE SERAN CONSTRUIDOS EN EL PERIODO 90-94:
MANACOR, PALMA II, LAS PALMAS, SANTIAGO VERIN, ALCORCON, OVIEDO

Fuente: INSALUD, 1990

47. *Planes Directores Hospitales INSALUD, Madrid, 1989*

FIG. 14
RENOVACION DE LA RED HOSPITALARIA ESPAÑOLA



Fuente: Paniagua, 1989

Es suficiente realizar un viaje a varios Hospitales europeos (48) para detectar en éstos, y en comparación con los españoles, mayor calidad en la construcción y mantenimiento, mayor confort para los pacientes (teléfonos en las camas, aseos, separación entre camas, salas de estar, etc.) y para el personal.

48. *RIESGO, I, VILLAVERDE, P*
Informe sobre visita profesional a diversos hospitales europeos
Oviedo, 1989 (informe no publicado)

B1 b. Equipamiento Médico

Aunque desde un punto de vista general no es en el tema de equipamiento médico donde más distancias existen con otros países europeos, una cierta obsolescencia derivada de la insuficiencia de los Planes de Necesidades de los últimos años, hizo que el INSALUD tuviera que crear un Plan de Renovación en sus Hospitales para el período 1988-90 (49). Este Plan contemplaba la adquisición de equipos diagnósticos (TAC, Angiografía, Resonancia Nuclear Magnética, Medicina Nuclear, equipos para Laboratorios) y terapéuticos (radioterapia, litotripsia, hemodiálisis). Un ejemplo del esfuerzo realizado se representa en las **Figuras 15 y 16**, que muestran los equipos adquiridos de TAC y Resonancia Nuclear Magnética en 1989.

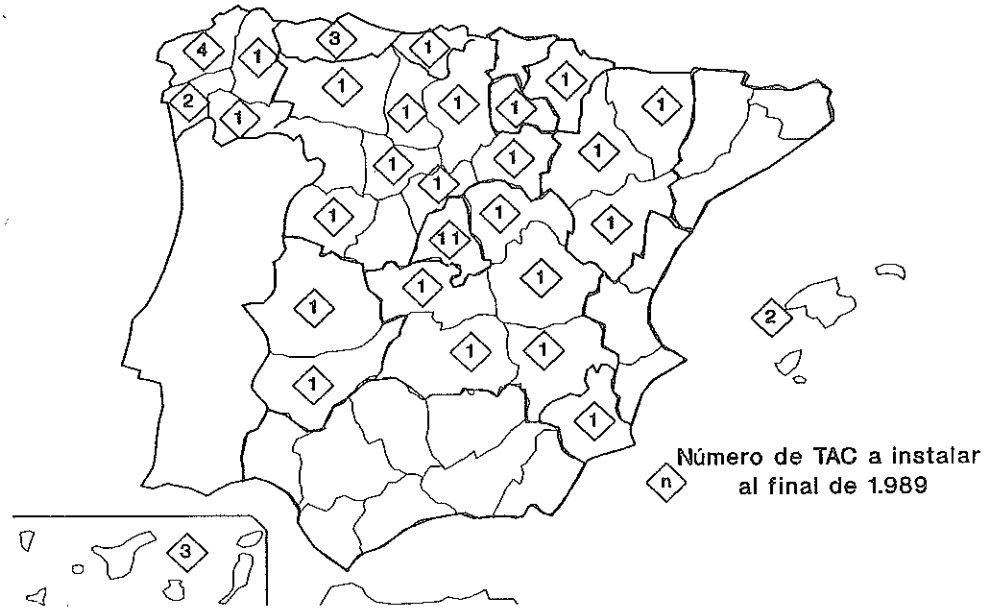
A pesar de este considerable esfuerzo sigue siendo una verdad que los sistemas de asignación de Planes de Necesidades mediante un crédito especial o la existencia de Planes Centralizados de Equipamiento no se adaptan (por insuficiencia, inadecuación o falta de flexibilidad) a las necesidades de renovación de los equipos en los Hospitales españoles. Habría que establecer un sistema que permitiera a cada Hospital dedicar parte de su presupuesto a renovación de los equipos, de acuerdo con sus necesidades, sin perjuicio de la existencia de un Plan Nacional de dotación de equipamiento médico.

49. *Programa de Inversiones 1989*
INSALUD, Madrid, 1989

B1 c. Equipamiento informático

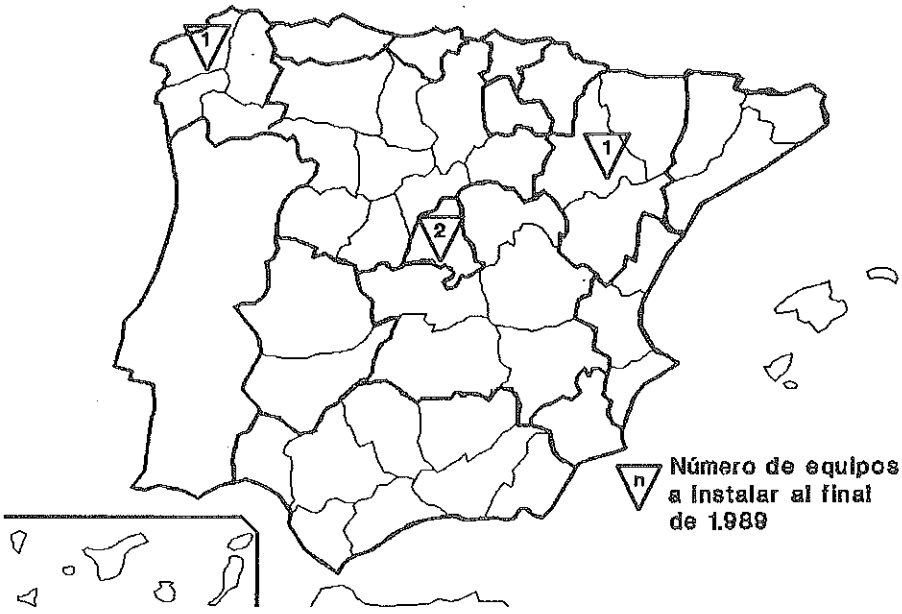
Debido a la experiencia pasada de extrema centralización en la gestión, el sistema hospitalario público español ha estado tradicionalmente carente de un equipamiento informático adecuado, lo cual, a su vez, ha convertido la gestión en más complicada, por las dificultades de manejar volúmenes tan importantes de información. Es así que no era infrecuente que grandes Hospitales de en torno a 1000 camas tuvieran un equipamiento informático para la gestión inferior al del supermercado más próximo. Siempre hubo una tendencia a considerar el equipamiento informático en los Hospitales como un área de "innovación tecnológica" y al que, por lo tanto, había que someter a rígidas normas centralizadoras. Cuando, como es sabido, la informática de gestión hace mucho tiempo que ha dejado de ser "innovación tecnológica".

FIG. 15
EQUIPAMIENTO MEDICO: T.A.C.



Fuente: Programa de inversiones 1989, INSALUD, 1989

FIG. 16
EQUIPAMIENTO MEDICO: R.N.M.



Fuente: Programa de inversiones 1989, INSALUD, 1989

La respuesta en el Area del INSALUD fue la de informatizar todos sus Hospitales por la vía del así llamado "Plan DIAS" (50). Este programa establece normas, políticas y objetivos en lo que se refiere a:

- estándares en tecnología
- estándares en información
- estándares en comunicación
- sistema válido con independencia del fabricante

50. *Directrices, Normas y objetivos del Plan de Dotación Informática de las Areas Sanitarias (Hospitales)*
Informe nº Registro 1/88, Dirección General del INSALUD, Madrid, 1988

El Plan se desarrolló a través de un macroconcurso tanto del "hardware" como del "software" (51,52). A pesar de algunas reticencias iniciales (53,54), el Plan despertó grandes expectativas, aunque los problemas en su implementación (por múltiples razones, pero particularmente por la inmadurez de las aplicaciones) han sido tan grandes que puede decirse que ha resuelto poco en la informatización de los Hospitales españoles, lo cual es tanto más grave por cuanto supuso un frenazo a otras experiencias en marcha.

La informatización y en particular el desarrollo de un sistema informativo fiable sigue siendo una asignatura pendiente en los Hospitales españoles.

51. *Concurso número 01/1988 - I. Arrendamiento de sistemas y servicios informáticos, con destino a 87 Instituciones Hospitalarias del INSALUD*
BOE núm. 292, martes, 6 diciembre 1988, p. 34.586

52. *Pliego de claúsulas administrativas particulares y prescripciones técnicas para el Concurso por procedimiento abierto sobre el arrendamiento de sistemas y servicios informáticos, con destino a las Instituciones Hospitalarias del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD)*
Dirección general del INSALUD, Madrid, 1988

53. *BALLESTEROS, ES*
Cosas que pasan
Computerworld, 31 marzo, 1989

54. *CABRERA, J*
Polémico Plan DIAS: En el fondo y la forma
Computerworld, 7 abril, 1989

B1 d. Camas para Larga Estancia

La red de Hospitales de Larga Estancia es en España de en torno a 0,1 camas/1000 habitantes (resultado de restar a las 41.333 camas especiales de larga estancia las 30.955 de los Hospitales Psiquiátricos) (55) y es considerada unánimemente insuficiente (56).

Se ha manejado un objetivo de hacer crecer esta red hasta llegar a en torno a 0,5 camas/1000 habitantes. Sin embargo, los esfuerzos dirigidos hacia la potenciación de esta red son tímidos, inconexos y todavía carentes de un plan general (en lo que se refiere a la clase de servicios y tipo de pacientes, financiación, etc.).

55. *Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Año 1987, p. 43*
Ministerio de Sanidad y Consumo - INE, Madrid, 1990

56. *GARCIA VARGAS, J*
Comparecencia del Excmo. Sr. D. Julián Garcia Vargas, Ministro de Sanidad y Consumo, ante la Comisión de Política Social y Empleo del Congreso de los Diputados para informar sobre la política del Departamento, Madrid, 31 de enero de 1990, p. 28
Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1990

B2. Sistema de Gestión

B2 a. Presupuesto e información económica

El presupuesto en los Hospitales públicos de la Seguridad Social ha perdido su poder como instrumento de gestión debido a su insuficiencia inicial y a las diferencias con la liquidación final (en torno a un 20% de desviación). En la **Tabla 15** pueden observarse en una secuencia anual del 85-89 las desviaciones respecto al presupuesto inicial del gasto real en el Hospital Covadonga de Oviedo. Por ello puede decirse que el presupuesto ha perdido todo su valor como punto de referencia para la gestión y como herramienta de previsión, seguimiento, evaluación y control de las magnitudes económicas. Son mucho más importantes, en cambio, otros elementos de gestión como solicitud de créditos adicionales, tolerancias del Interventor o ajustes a final del ejercicio.

En lo que se refiere a la información económica, debido a la ausencia de un conjunto de reglas generales en relación con la contabilidad analítica en Hospitales, es difícil llevar a cabo estudios comparativos fiables de eficiencia en los Hospitales españoles.

Si a ésto unimos la escasa autonomía de gestión y las carencias de los sistemas de información contable y económica, nos encontramos ante un panorama verdaderamente problemático, si lo contemplamos desde el punto de vista de elevar el nivel de racionalidad en la asignación y administración de los recursos del sistema, en consonancia con sus necesidades y en relación con su complejidad.

TABLA 15
DESVIACIONES ENTRE EL PRESUPUESTO INICIAL Y EL GASTO REAL EN EL HOSPITAL COVADONGA (OVIEDO) EN EL PERIODO 1985-1989 (EN MILES DE PESETAS)

AÑO	P.INICIAL	GASTO REAL	% DESVIACION
1985	8.684.397	8.057.178	20.5
1986	6.953.364	8.916.789	28.2
1987	7.678.781	9.782.780	27.5
1988	8.681.907	11.102.006	27.8
1989	10.282.671	12.545.360	22.0

Fuente: Hospital Covadonga (Insalud, Oviedo, 1990)

B2 b. Estructura organizativa

En España no hay una Normativa General común para todos los Hospitales. En el Area del INSALUD y para los Hospitales gestionados por el mismo está el Real Decreto 521/87 (57), actualmente bajo revisión.

En general, con este Reglamento existen algunos problemas relacionados con:

- **organización poco estructurada**. Es un hecho evidente que las Unidades fundamentales de actividad en los Hospitales son los Servicios. En este sentido el papel de los Jefes de Servicio es muy relevante. Es un sentir general que los Jefes de Servicio han perdido papel en los últimos tiempos hasta un extremo que es difícil en estas circunstancias que la organización funcione con eficiencia. La rápida constitución de la red hospitalaria española en la década de los 60' y 70' y un proceso de jerarquización acelerado hizo que accedieran a la plaza de Jefe de Servicio gran cantidad de personas sin la suficiente preparación ni vocación para un papel tan complejo como el de Jefe de Servicio Médico. De esta situación era consciente la Administración. Pero en vez de plantearse este tema de frente, prefirió realizar una cierta distorsión de la organización, tratando de neutralizar a los Jefes de Servicio, a los que sin embargo se declaraba intocables a través de las plazas en propiedad, por la vía de crear toda una serie de Subdirecciones Médicas (cuyo papel no se discute, pero que no puede nunca sustituir el de los Jefes

57. *Real Decreto 521/87, de 15 de abril, por el que se aprueba el Reglamento General sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud (BOE, 16 abril, 1987)*

de Servicio) y potenciando hasta el extremo de introducirla en la línea de producto a la Dirección de Enfermería (cuyo papel en la política de personal de enfermería, formación continuada y evaluación de los cuidados tampoco se discute). Fue ésta una grave distorsión de la organización cuyas consecuencias se están pagando. En el apartado de propuestas se hacen algunas consideraciones para tratar de superar esta situación.

- **Participación profesional**, a pesar de la constitución de las Juntas Técnico-Asistenciales existe la percepción general de que la participación profesional es insuficiente.

- **Participación comunitaria**, las Comisiones de Participación han venido representando un cauce insuficiente de participación de la Comunidad en la marcha del Hospital. En muchos casos se convierten en una simple plataforma más para los sindicatos.

B3. Personal

B3 a. Política de Personal (Estatuto)

El personal de los Hospitales Públicos de la Seguridad Social está sujeto a diversos Estatutos (de acuerdo con su categoría) que, en la práctica, los asimila a funcionarios (58).

En general, se considera que éste es un sistema muy rígido, no muy bien adaptado a un sector de servicios tan dinámico como el sector sanitario.

Hay dificultades serias en este momento en lo que se refiere a:

- promoción (aspecto apenas desarrollado)
- sistema retributivo (que impide retribuir de manera diferencial el mayor esfuerzo, dedicación y capacidad y que incluso tiene algunos elementos perversos como el sistema de pago de guardias)
- incentivos (prácticamente inexistentes)
- regulación disciplinaria (que por su extremo grado de centralización y lentitud es absolutamente ineficaz). La información publicada en la Memoria 1989 del INSALUD (59), que recoge el número de acciones disciplinarias al personal sanitario, muestra la pérdida de confianza del sistema en este procedimiento.

58. *Personal Estatutario*
INSALUD, Secretaría General, Madrid, 1988

59. *Memoria 1989*
INSALUD, Núm. Publicación 1.589
INSALUD, Madrid, 1990

La promoción y la carrera profesional han sido objeto recientemente de un detenido análisis en una reunión de médicos (60), así como de una encuesta entre el personal médico conducida por la Dirección General del INSALUD (61).

Puede decirse que en el tema de la promoción profesional, salvo tímidos planteamientos formulados en 1985 (62) y nunca aplicados, en los que se proponía una evaluación al término del primero y segundo cuatrienio de su ejercicio para las plazas de Jefes de Servicio y Sección, la situación es prácticamente idéntica a la surgida en 1971 (63,64) cuando se reguló, por vez primera, la jerarquización de las entonces nacientes Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social y en la que las plazas de Jefe de Servicio y Sección se concibieron como modelo de promoción profesional para los profesionales. Hoy, desde la formación postgraduada, se accede a Facultativo Especialista o Médico de Atención Primaria y, a partir de ahí, la única promoción consiste en acceder a puestos de Jefaturas de Servicio, Sección o Coordinadores de Equipos de Atención Primaria.

60. *LUNA MORALES, A*
Hacia una configuración de la carrera profesional médica
I Conferencia de Médicos Socialistas, Madrid, julio, 1990 (Informe no publicado)

61. *Carrera Profesional Médicos (Informe preliminar)*
Instituto Nacional de la Salud, Madrid, diciembre, 1990

62. *Orden de 5 de febrero de 1985. Regula el sistema de promoción a los puestos de Jefe de Servicio y de Sección de los Servicios Jerarquizados de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (BOE, 6 febrero, 1985)*

63. *Decreto-Ley 13/1971, de 22 de julio. Modifica el Art. 110 de la Ley 21 abril 1966 (BOE, 23 y 24 Julio, 1971)*

64. *Orden de 7 de julio de 1972, por la que se aprueba el Reglamento de Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias (BOE, 19 julio, 1972)*

Esta promoción presenta las siguientes características: desarrollo simultáneo y sin priorización de tareas organizativas con tareas asistenciales, docentes e investigadoras; muy limitada, tanto por el carácter vitalicio de la mayor parte de los puestos como porque el número de éstos responde a las necesidades organizativas de las Instituciones; por último, dada la pirámide de edad de nuestros facultativos, esta promoción supone con mucha frecuencia la exigencia de traslado a Centros de nueva creación.

Al lado de esta situación de escasas alteraciones desde 1971, sí se han producido cambios importantes en la vertiente organizativa-gestora: Directores Médicos, Subdirectores Médicos, etc.

El **sistema retributivo** del personal de los Hospitales Públicos del INSALUD está regulado desde 1987 (65). Un análisis del mismo a través de un estudio Delphi ha sido realizado recientemente (66). Son muy interesantes las conclusiones de ese estudio en cuanto a los complementos de productividad variable, específico y de atención continuada.

65. *Real Decreto Ley 3/1987, de 11 de septiembre, de la Jefatura del Estado, sobre retribuciones del personal estatutario del Instituto Nacional de la Salud (BOE, 12 septiembre, 1987)*

66. *El sistema retributivo del personal estatutario del INSALUD Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1990*

B3 b. Personal Directivo

En España, no hay un certificado específico para realizar gestión hospitalaria, siendo el único requisito el tener un título universitario y presentarse a una convocatoria pública.

La respuesta a este problema se está estudiando por la Escuela Nacional de Sanidad, tratándose de evitar la creación de un cuerpo funcionarial específico, por una parte, y, de otra, asegurar una formación reglada y de garantía de un número suficiente de personas.

Las consecuencias son los problemas serios que existen en nuestro país para encontrar personal entrenado con experiencia en gestión hospitalaria.

B3 c. Escasez de determinados especialistas médicos

En España coexisten las siguientes situaciones: índice alto de médicos (36/10.000 habitantes); alto índice de especialización médica (>50%); y numerosos médicos sin empleo. Y, a pesar de lo anterior, existe una notoria escasez de ciertos tipos de especialistas (anestesia, psiquiatría, etc.).

B3 d. Configuración de las especialidades médicas

El modo habitual de acceso a la especialización médica en España es a través del régimen de residencia. El sistema adquirió carta de naturaleza tras la normativa que reguló las especialidades médicas en 1984 (67). En esencia supone la adquisición de conocimientos y habilidades siguiendo un programa docente previamente establecido (68), en unos centros asistenciales que han sido sometidos a un proceso de acreditación docente.

El sistema en España es probablemente muy perfectible, pero nunca se subrayará lo suficiente la gran importancia de haber introducido el aprendizaje en prácticas, en centros y situaciones reales y en el mismo sistema en donde se habrá de desarrollar con posterioridad la actividad profesional. En estos momentos existen en España 109 centros hospitalarios y 165 centros de salud acreditados para la docencia (69).

El actual sistema parcela excesivamente las especialidades. Dicho de otra manera, los cardiólogos, reumatólogos, endocrinólogos, neumólogos, digestólogos, etc. no se sienten primero médicos de Medicina Interna con una formación específica y una dedicación especial a alguna de esas áreas. Se sienten exclusivamente especialistas. Es así impensable, a veces ni siquiera de urgencia en las guar-

67. *Real decreto 127/1984, de 11 de enero, de la Presidencia del Gobierno, por el que se regula la formación médica especializada y la obtención del título de Médico Especialista (BOE nº 26, de 31 de enero de 1984) (Corrección de errores en BOE nº 47, de 24 de febrero de 1984)*

68. *Guía de Formación de Médicos Especialistas*
Ministerio de Sanidad y Consumo - Ministerio de Educación y Ciencia, Madrid, 1986

69. *SIMON MARTIN, J (Director General de Planificación Sanitaria)*
Comunicación personal, noviembre, 1990

dias, que un neumólogo pueda atender un accidente cerebro-vascular, que un digestólogo vea una neumonía o que un reumatólogo diagnostique una diabetes. Lo mismo podría decirse en el Area Quirúrgica en la que unas varices se envían al cirujano vascular, una fractura de costilla al cirujano torácico y un bulto subcutáneo en el cráneo al neurocirujano. Este concepto de especialidades superdefinidas y aisladas está creando graves problemas en la organización hospitalaria, al obligar a multiplicar los especialistas de guardia, carencia de polivalencia de los médicos, etc.

Es por ello por lo que se está trabajando en una revisión del actual Real Decreto de especialidades médicas, para introducir, entre otras modificaciones, como la potenciación de la formación en Medicina General y el concepto de recertificación, la idea de troncalidad de la formación postgraduada y de las especialidades. En algunos Borradores (70) se hace referencia a los Troncos de Cirugía, Medicina y Laboratorio.

70. *Borrador del Real Decreto de Especialidades Médico-Sanitarias de Licenciados Superiores, 23 - 6 - 89*

B3 e. Escasez de enfermeras

El índice de 39,6 enfermeras/10.000 habitantes que existe en España es bajo comparado con otros países comunitarios.

Los Hospitales tienen gran número de problemas para encontrar enfermeras, particularmente durante el verano.

B4. Sistema de Funcionamiento

B4 a. Horario de trabajo de 8-3

Conectado con el rígido sistema legal para el personal hospitalario, y con la práctica de trabajar simultáneamente en el Hospital y en la práctica privada fuera del Hospital, en España la mayoría de los Hospitales públicos tienen un horario de trabajo de 8 a 3, el resultado del cual es:

- falta de motivación para los profesionales que trabajan sólo en el Hospital
- bajo rendimiento
- dificultades para actividades docentes y de investigación

Este horario es algo insólito en los sistemas hospitalarios europeos, donde los horarios suelen ser de 8 a 17 o de 9 a 18.

B4 b. Las guardias y la libranza de las guardias

El sistema de guardias en los Hospitales españoles y la organización del sistema de libranzas es uno de los paradigmas de las deficiencias del sistema. En la situación actual se están generando dos aberraciones: economía de guardias y organización de la vida en torno a las libranzas.

Esto está conduciendo a una total discontinuidad en el trabajo médico, lo que impide la identificación de los pacientes con un médico concreto, y a una desestructuración de los equipos. Es decir, en definitiva a una grave desprofesionalización.

Esta situación es especialmente grave debido a que en los Hospitales españoles se hacen muchas guardias por:

1) motivos económicos

2) excesiva parcelación de las especialidades. Tenemos un modelo de especialidades propio de USA en los años 60'.

Esta situación que se caracteriza por las muchas guardias; la libranza semiautomática; el hecho de que las guardias reposen fundamentalmente sobre la plantilla; y el progresivo envejecimiento de las plantillas médicas; está produciendo una crisis total del sistema, con todos los síntomas de ser un modelo agotado.

Tal vez a esta situación se haya llegado por una sindicalización excesiva de la gestión, cediendo permanentemente ante planteamientos sindicales sin la existencia de un modelo de referencia. No olvidemos que en la fase constitutiva del sindicalismo médico en España (finales 70' y primeros 80') el tema de la libranza de las guardias era la principal y casi única reivindicación de este sindicato.

Naturalmente no se está defendiendo el actuar de espaldas a los sindicatos. Al contrario, partiendo de la constatación de lo difícil que es hacer sindicalismo en nuestro país, se parte de la necesidad de un permanente diálogo con los sindicatos. Pero tal vez una permanente cesión ante los sindicatos sin un modelo de referencia conduce a estas situaciones de auténtica crisis que ponen en cuestión la propia supervivencia y estabilidad del sistema público.

Posiblemente llegado este momento, haya que pensar en un cambio de modelo del sistema de guardias, que obligue a plantearse al menos las siguientes cuestiones:

- modificaciones en el horario de trabajo (8-3)
- modelo retributivo
- cambio en el modelo de especialidades introduciendo la troncalidad
- guardias de presencia física realizadas fundamentalmente por residentes, con determinados especialistas en llamada

B4 c. Listas de espera

Las listas de espera son uno de los serios problemas de los Hospitales españoles. Estamos asistiendo en los últimos tiempos a un proceso de intentos permanentes de deslegitimación del sistema sanitario. Este proceso está empezando a calar en la percepción de los ciudadanos.

El problema de las listas de espera para los Hospitales reviste caracteres de gravedad. Cuando hablamos de las listas de espera como problema no nos referimos a pequeñas esperas de semanas, sino a aquellos pacientes que tienen un problema que precisa hospitalización y no puede ser atendida esta demanda en un plazo inferior a tres meses.

En esta situación se encuentran pacientes para ser intervenidos de cataratas, de hipertrofia prostática, de necesidad de prótesis de cadera, etc. En ocasiones esta espera sobrepasa un año.

Naturalmente, es una hipótesis discutible, pero creemos que vamos hacia una sociedad donde estas cosas no se entienden ni se aceptan. Es difícil explicar a un ciudadano que en función de unos criterios de planificación muy rigurosos, de una asignación de recursos a partir de las "necesidades" y del establecimiento cuasi-perfecto de unos ratios de personal y medios en relación con la población... como consecuencia de todo eso, ese determinado ciudadano tiene que esperar 8 meses para ser intervenido de una hernia discal.

Es evidente que la persistencia de esta situación se hace difícilmente defendible ante cualquier foro y genera una suma debilidad del sistema.

Desde la Administración se ha adoptado, en general, una posición a la defensiva y con afán justificativo ante el problema de las listas de espera. Es cierto que se ha hecho

un gran esfuerzo de recuento e identificación de esas listas (que antes se desconocían),pero esta meritoria acción no es un justificante permanente ante la existencia de dilatadas listas de espera.

Dichas posiciones adoptan la siguiente línea argumental:

- **en el Reino Unido hay más** (lo cual es cierto; es ésta una de las mayores causas de descrédito del N.H.S., el Sistema Nacional de Salud Británico).

- **las listas de espera son consustanciales con los sistemas sanitarios entendidos como servicio público** (esto no es rigurosamente cierto, ya que en toda Europa la Sanidad es un servicio público y, sin embargo, las listas de espera no tienen tanta entidad).

- **antes también había listas de espera, pero no se contaban** (es éste un argumento de cierta consistencia a corto plazo, pero su eficacia desaparece desde el momento en que se mantienen las listas de espera, a pesar de conocerlas muy bien).

- **es patología banal la que está en lista** (evidentemente los casos sumamente urgentes tienen circuitos preferenciales, pero salvando ésto, no es cierto que toda la patología en lista sea banal, ¿es banal una catarata que produce semiceguera de un ojo?, ¿es banal la necesidad de una prótesis de cadera que produce incapacidad de esa articulación?, etc.).

- **las listas de espera se utilizan políticamente** (lo cual es lógico y no quita gravedad al problema).

- **las listas de espera están siendo utilizadas por sectores empresariales privados** (esto es indudable pero, de nuevo, no resta gravedad al problema).

- **una mayor utilización del sector público con disminución de la estancia media y mayor rentabilización general harían desaparecer las listas de espera** (es éste un tipo de argumentos que no llegan a la opinión pública y cuya validez viene dada por la desaparición de las listas de espera; si no desaparecen, carece de valor el argumento). Por otra parte, dado el nivel de ocupación de los Hospitales españoles y la estancia media alcanzada, esta argumentación es de dudosa solidez técnica.

En general ha primado en los gestores del sector público un intento, tal vez mal entendido, de preservación de ese sector público, evitando plantearse dos problemas que están muy interconectados:

1. Los problemas de las relaciones con el sector privado. A pesar de que dichas relaciones de colaboración vienen contempladas en el artículo 90 de la Ley 14/1986, General de Sanidad.

2. Las listas de espera. Mediante la utilización de argumentos justificativos de su existencia, como los ya analizados.

Aunque la intención era la de preservar y mantener la hegemonía del sector público, el no planteamiento de estas cuestiones de manera clara y frontal puede llegar a convertirse en un factor de inestabilidad y de pérdida de credibilidad del propio sector público hospitalario.

En la **Tabla 16** (71) se presentan los últimos datos oficiales publicados en 1990 pero correspondientes a 1987 en cuanto a lista de espera para hospitalización. Pero este

71 *Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. año 1987, p. 94*
Ministerio de Sanidad y Consumo - INE, Madrid, 1990

tipo de información no indica la más relevante del tiempo de espera para los pacientes. Por eso en la **Figura 17** se muestra el ejemplo de la lista de espera de hospitalización de un Hospital (Complejo Hospitalario de Oviedo, Noviembre, 1990), en la que se indica el número y tiempo que llevan los pacientes esperando en los distintos servicios.

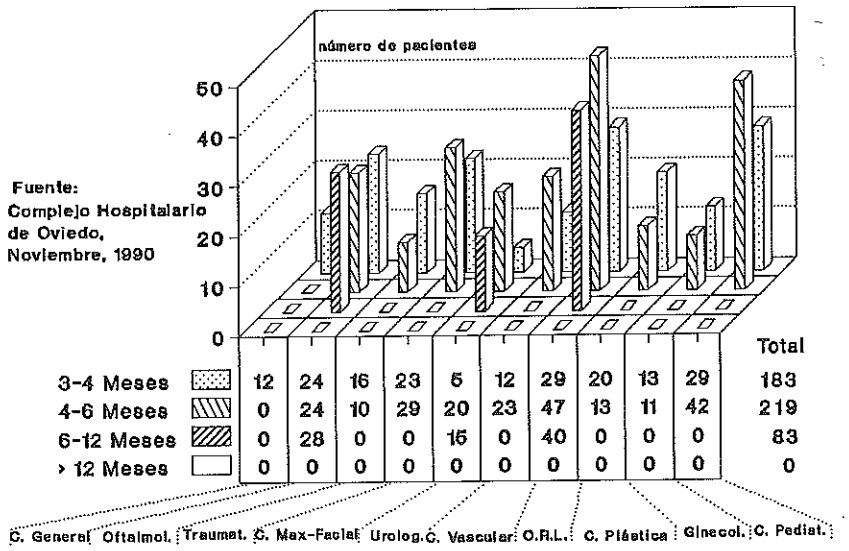
TABLA 16
LISTA DE ESPERA, 1987

LISTA DE ESPERA POR HOSPITALIZACION

HOSPITALES GENERALES	140.710 (CIRUGIA, 116.131)
HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE CORTA ESTANCIA	4.842
HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE LARGA ESTANCIA	1.751
TOTAL	147.303

Fuente: EESCRI, 1990

FIG. 17
LISTA DE ESPERA DE UN HOSPITAL ESPAÑOL DE MAS DE 1000 CAMAS



Fuente: Complejo Hospitalario de Oviedo, noviembre, 1990

B4 d. Alto porcentaje de ingresos por Urgencias

Ligado probablemente a las dificultades de eliminar las listas de espera, está el hecho del alto porcentaje que en los Hospitales españoles ingresan a través de Urgencias (en torno al 60-70%) (72).

72 *Memoria 1989, p. 223*
INSALUD, Núm publicación 1.589
INSALUD, Madrid, 1990

B5. Aspectos generales

B5 a. Sistema de acreditación

A nivel nacional, hay ausencia de un sistema de acreditación general. En Cataluña, sin embargo, funciona un sistema de acreditación desde 1981 (73,74).

Es éste un problema serio, por cuanto el ciudadano y los profesionales sanitarios no tienen las garantías mínimas de funcionamiento exigibles a los Centros y, por otra parte, es uno de los problemas relacionados con la utilización del sector privado en el servicio público.

73 *Ordre d'acreditació de 21 de novembre de 1981*
Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya de 21 de desembre de 1981

74 *Resultat del procés d'acreditació. Aplicació de l'Ordre de 21 de novembre de 1981*
Generalitat de Catalunya, Barcelona, 1984

B5 b. Relaciones con la Universidad

Por una serie de circunstancias que sería muy largo enumerar, en España no existe una auténtica tradición de Hospitales Universitarios. En nuestro país se llegó en los últimos tiempos a una situación que se puede caracterizar por lo siguiente:

- unos Hospitales Clínicos que eran propiedad de la Universidad, estaban vinculados a la Facultad de Medicina, y los profesores-médicos eran empleados de la Universidad y participaban activamente en la docencia a los estudiantes de pregrado.Esto correspondía a lo que se podía llamar Facultades clásicas. En este momento las Facultades clásicas ya son una minoría, dado el gran número de Facultades de Medicina recientemente creadas. En los últimos tiempos la gestión de estos Hospitales Clínicos ha sido encomendada al INSALUD.

- al margen de los Hospitales Clínicos se desarrolló en los años 60-70, una red de hospitales de la Seguridad Social, muchos de ellos transferidos en la actualidad, entre los cuales se encuentran algunos Hospitales terciarios de alto nivel técnico y que no estaban vinculados en absoluto a la Universidad.

- para completar esta realidad, el desarrollo de muchas Universidades en el país y la creación de numerosas Facultades de Medicina hizo que se fundaran Facultades de Medicina sin vinculación formal con ningún Hospital, de tal manera que en general los estudiantes hacían prácticas en un Hospital próximo, pero acogiéndose siempre a la buena voluntad de los profesionales que allí trabajaban o a acuerdos no demasiado formalizados.

- y, por otra parte, en los últimos tiempos se crean también en algunos grandes hospitales auténticas Facultades de Medicina, de tal modo que se desarrollan en estos Hospitales las prácticas y las clases teóricas de los cursos clínicos. Así están funcionando algunos Hospitales de Madrid y el Hospital Bellvitge de Barcelona, por ejemplo.

Esta era la realidad que se planteaba en los años 80' en España, una realidad preocupante desde el punto de vista del aprovechamiento de los Hospitales para la docencia a los estudiantes de Medicina, y al mismo tiempo configuró algo inquietante como es **dos tradiciones profesionales**:

- unos profesionales vinculados a la Universidad, con gran experiencia docente, pero, en general, con algunas excepciones, con escasas oportunidades de participar en la organización de Servicios hospitalarios.

- al mismo tiempo se desarrollaron profesionales hospitalarios con gran formación clínica, con importante experiencia en organización de servicios, pero sin la contrapartida académica o docente de estar en la Universidad.

Esta doble realidad tan problemática definió el tipo de cuestiones que se presentaban a mitad de los años 80':

- dificultades para las prácticas clínicas de los estudiantes de Medicina

- una importante red hospitalaria con posibilidades reales de aprovechamiento docente, sin vinculación formal con la Universidad

- numerosas Facultades de Medicina, sin Hospital Universitario de referencia

- profesores de asignaturas clínicas, sin la oportunidad de ejercer la actividad en servicios hospitalarios
- gran cantidad de profesionales de alto nivel al margen de la Universidad
- el nacimiento de dos tradiciones profesionales, a veces enfrentadas y de no siempre fácil reconciliación

Precisamente el Real Decreto 1558/86 (75) y los Conciertos previstos en el mismo nacen en un intento de dar respuesta a estos problemas. Que había que abordar este tipo de cuestiones era algo tan evidente a mitad de los años 80' que el establecimiento de un régimen de conciertos entre la Universidad y las Instituciones Sanitarias quedaba previsto tanto en la Ley de Reforma Universitaria (76), como en la Ley General de Sanidad (77). Igualmente este tema se contemplaba en una disposición transitoria de la Ley de Incompatibilidades (78), al prever una excepción al ejercicio de dos puestos en el sector público. Era claro que había que dar un tratamiento especial al sector sanitario, puesto que no se concibe en nuestra tradición cultural la existencia de profesores de asignaturas clínicas sin actividad asistencial, ni tampoco que determinados clínicos destacados no participen en la docencia universitaria.

75 *Real Decreto 1558/86, de 28 de Junio, por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias (BOE, 31 julio, 1986)*

76 *Ley Orgánica 11/1983, de 25 de agosto, de Reforma Universitaria (BOE, 1 septiembre, 1983)*

77 *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE, 29 abril, 1986)*

78 *Ley 53/1984, de 26 de Diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones públicas (BOE, 4 enero, 1985)*

Estas bases generales de conciertos entre las Universidades y las Instituciones Sanitarias son las que establece el Real Decreto 1558/86, que crea la figura de **plazas vinculadas**. Es decir, profesores que tienen al mismo tiempo un puesto asistencial, o, si se prefiere decir de otra manera, médicos asistenciales que desarrollan una actividad docente en la Universidad.

No obstante, está habiendo más problemas para el desarrollo del nuevo modelo de los que sería de desear. Prueba de ello es que prácticamente no han salido convocadas plazas vinculadas amparadas por el nuevo Real Decreto.

B5 c. Definición de niveles de Atención Especializada.

Se ha hecho poco esfuerzo en definir niveles de Hospitales y Atención Especializada en nuestro país, con las especialidades y servicios a desarrollar en cada uno. Esto en otros países se ha configurado por consenso (79). En general, tienden a considerarse determinadas especialidades propias de un nivel regional o, como se dice en Cataluña (80), Hospitales de Nivel 3: Cirugía Torácica, Cirugía Cardiaca, Cirugía Plástica, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Infantil, Neurocirugía, Cirugía Vascular, Radioterapia, ... No obstante, se carece de una buena definición a nivel nacional de niveles de atención especializada y esto es un problema, ya que la formación de los Residentes en general en grandes Hospitales y la ausencia de troncalidad conlleva a que en los Hospitales de otro nivel haya una reproducción en miniatura del sistema de los Hospitales de referencia, lo que es algo muy disfuncional para la asistencia.

79 *PUTSEP, E*
Modern Hospital, p. 39
Lloyd-Luke Ltd, London, 1979

80 *Niveles Asistenciales*
Generalitat de Catalunya, Barcelona, 1982

B5 d. Reforma Psiquiátrica

En España la Reforma Psiquiátrica no tiene más base que las Recomendaciones de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica publicadas en 1985 (81).

Las líneas fundamentales de estas Recomendaciones son:

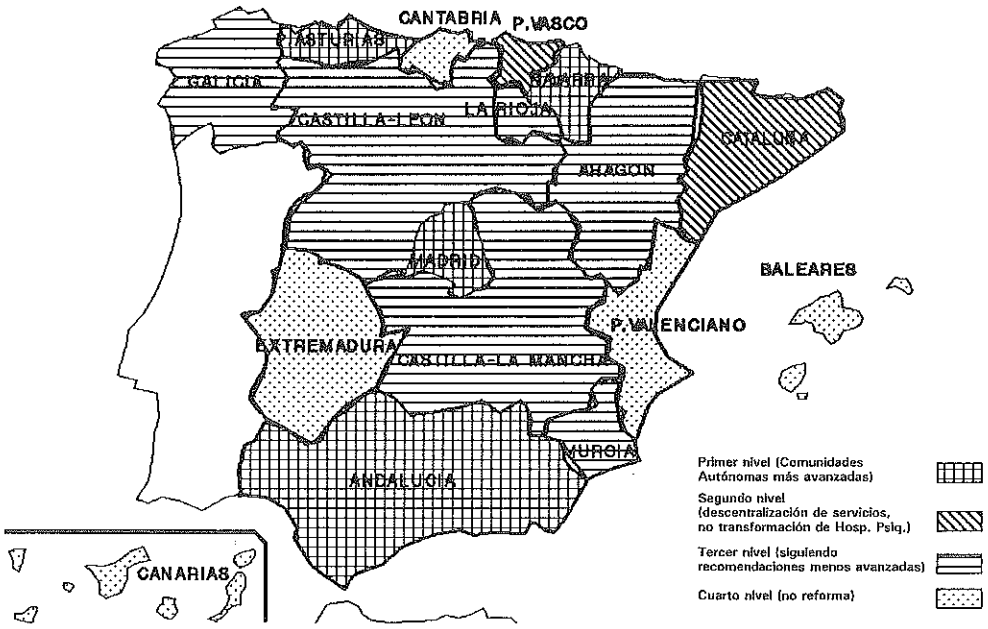
- descentralización (Centros de Salud Mental)
- creación de Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales
- sustitución de los grandes y viejos Hospitales Psiquiátricos (mediante programas de soporte social, centros terapéuticos, etc.)

Dado el carácter de simples Recomendaciones en que se basa esta Reforma y a que la Atención Psiquiátrica dependía tradicionalmente no de la Seguridad Social, sino de las Diputaciones y posteriormente de las Comunidades Autónomas, la Reforma ha sido seguida de manera muy desigual por las distintas Comunidades. La **Figura 18** (82) presenta el distinto avance de la reforma psiquiátrica en las distintas Comunidades Autónomas.

81 *Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1985*

82 *APARICIO BASAURI, V (Director Regional de Salud Mental de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias) Comunicación personal, 1990*

FIG. 18
AVANCE DE LA REFORMA PSIQUIATRICA



Fuente: Dirección Regional de Salud Mental, Principado de Asturias, 1990

VI
PROPUESTAS

Puede resultar pretencioso hacer propuestas en un campo tan complejo como el de los Hospitales, pero a título de meras sugerencias, se enumeran algunas consideraciones en torno a los problemas expuestos con anterioridad.

A. DE INDOLE GENERAL

A1. Necesidad de una unidad técnico-administrativa específica

El simple análisis de los problemas de los Hospitales indica que hace falta una auténtica Reforma Hospitalaria que responda al modelo de Hospital que se desee en el marco de un sistema sanitario general y esto requiere, sin perjuicio de las competencias y del papel de las Comunidades Autónomas, que a nivel central exista, como en el caso de la Reforma Psiquiátrica, una unidad técnico-administrativa que actúe como catalizadora e impulsora de esa Reforma.

A2. Conveniencia de introducir criterios de gestión económica

En nuestra sociedad la demanda de atención sanitaria va a seguir aumentando. En estas circunstancias la experiencia canadiense es reveladora (83): es posible controlar los gastos hospitalarios, creando instrumentos que estimulen un incremento de la eficiencia y desarrollando nuevas técnicas de gestión en un marco que permita un proceso de adaptación constante a los problemas que la implantación del presupuesto global hacía aflorar. La limitación de recursos en el sistema público, al existir Hospitales sobrefinanciados y otros subfinanciados, ha provocado una amplia gama de consecuencias prácticas: han sufrido por igual todas las partes del sistema, con independencia de su nivel de presupuestación. Es por ello que, si lo que se pretende es mantener una atención hospitalaria sin los recortes indiscriminados que las crisis económicas generan, con la consiguiente crispación y frustración de los profesionales, no hay más remedio que ir a un sistema más sofisticado de gestión económica, que parta de unos presupuestos reales y de un sistema informativo que permita comparar eficiencias entre Hospitales.

83 *Memoire sur le financement des centres hospitaliers publics au Quebec Association des hôpitaux du Quebec, Quebec, 1981*

A3. Desarrollo del concepto de servicio público hospitalario

En España el número relativamente escaso de camas hace que exista una gran presión sobre el sistema hospitalario. Es por ello urgente desarrollar los Artículos 90 y 91 de la Ley General de Sanidad potenciando el concepto de "servicio público hospitalario". En Francia la Ley de 31 de Diciembre de 1970 fija los principios de los establecimientos que integran el servicio público hospitalario (84): igualdad de los pacientes ante las atenciones, continuidad de las atenciones las 24 horas del día, neutralidad, adaptación a las necesidades tecnológicas y pago directo por la Seguridad Social a médicos y hospitales.

Con esta propuesta no se está propiciando una privatización del sector público. Al contrario, es fundamental que el sector público mantenga su tamaño, en primer lugar porque es un patrimonio nacional y un sistema hospitalario no se improvisa y, tal vez además, porque parece que el tamaño relativo del sector público sanitario no es un elemento neutro (85) sobre el conjunto del sector sanitario. Por otra parte, múltiples estudios realizados en otros países no evidencian superioridad de la provisión privada sobre la pública, ni viceversa, ni desde el punto

84 *La Hospitalización en Francia*
Informaciones hospitalarias de Francia
Número especial
Edición Internacional, 1988-89
Ministerio de Sanidad, Solidaridad y Protección Social, París, 1989

85 *NAVARRO, V*
The Public/Private Mix in the Funding and Delivery of Health Services: An International Survey
Am J Public Health 75: 1318-1320, 1985

de vista de satisfacción de los usuarios (86), ni desde el sanitario (87,88), ni desde el económico (89). Ahora bien, a la larga sólo se podrá mantener el futuro del sector hospitalario público mediante un funcionamiento eficiente del mismo.

Tampoco se está proponiendo un funcionamiento parasitario del sector privado con financiación pública. Para ello es básico que el Sistema Nacional de Salud ejerza un control efectivo sobre la parte del sector privado que quiera participar en el Servicio Público. Este control puede ejercerse a través de un sistema de acreditación general o el establecimiento de fórmulas de participación profesional y comunitaria efectivas y similares a las del sector público sanitario. Esta colaboración entre actividad pública y privada en el servicio público equivale a la superación de posturas inflexibles por ambas partes, como es la desconfianza o insensibilidad del sector público hacia el privado y la utilización de recursos del sector público en beneficio privado. Para obtener esa colaboración habría que explorar fórmulas de planificación sanitaria que tiendan a raciona-

86 *CHETWYND, SJ*
Satisfactions and dissatisfactions with public and private hospitals
N Z Med J 101: 563-566, 1988

87 *PATTISON, RV, KATZ, HM*
Investor-Owned and Not-For-Profit Hospitals (A Comparison Based on California Data)
N Eng J Med 309: 347-353, 1983

88 *WATT, JM, DERZON, RA, RENN, SC, SCHRAMM, CJ, HAHN, JS, PILLARI, GD*
The Comparative Economic Performance Investor-Owned and Not-For-Profit Hospitals
N Eng J Med 314: 89-96, 1986

89 *BECKER, ER, SLOAN, FA*
Hospital ownership and performance
Econ Inq 23: 21-36, 1985

lizar la oferta global-pública y privada- y sus costes (90). Este planteamiento está en línea con las recomendaciones de la OCDE (91) que insisten en evitar separaciones muy rígidas entre instrumentos públicos y privados en las políticas sociales.

90 *ARTELLS, JJ*
Comparecencia ante el Senado del Director General de Planificación Sanitaria,18 de mayo de 1988
Gaceta sanitaria Propsa, nº 57, 20/30 mayo, 1988

91 *The Future of Social Protection, p. 7*
OCDE, París, 1988

A4. Necesidad de integración de los diferentes recursos sanitarios y sociales.

A fin de favorecer la existencia de una cadena asistencial continuada y el principio "centrípeto" en la estructura del sistema asistencial, hace falta establecer programas concretos que favorezcan:

- las relaciones atención primaria/atención hospitalaria (estableciendo conexiones muy fluídas y regladas entre los médicos hospitalarios- responsables temporales del paciente- y los médicos primarios - responsables habituales del mismo-)

- los Hospitales de agudos y los centros de tratamiento posterior y rehabilitación

- los Hospitales de agudos y otras formas de atención (Hospitales de día, etc.)

Elemento fundamental de estos programas es que los distintos actores sanitarios tengan una visión global del sistema y del papel de cada una de sus estructuras.

A5. Potenciación de una Federación Hospitalaria

Es posible que en España haya que plantearse la constitución de una Federación Hospitalaria, que agrupe a un porcentaje importante de las camas hospitalarias. En Francia la Fédération Hospitalière de France, que agrupa las camas públicas, tiene gran peso y ejerce un papel sumamente positivo (92).

Para plantearse en España la constitución de una Federación Hospitalaria, agrupando a un volumen importante de las camas, deben plantearse una serie de premisas:

- qué modelo de Federación: ¿una Federación unitaria, como en Alemania u Holanda, o varias Federaciones en dependencia de las características patrimoniales de los establecimientos, como en Francia?; ¿con una estructura federal sobre una base territorial?

- qué funciones va a tener la Federación. Es evidente que las funciones de comunicación entre hospitales, definición de criterios para impartir cuidados hospitalarios adecuadamente, defensa de los intereses que representa, acciones de lobby y relaciones públicas, creación de un banco de datos de información hospitalaria, desarrollo de funciones de formación continuada para cuadros hospitalarios e implementación de asesoramiento para sus asociados son fácilmente asumibles por la o las Federaciones. Más difícil, en nuestro sistema, es que actúe con carácter general como patronal hospitalaria o como elemento de negociación con las aseguradoras.

92 *Fédération Hospitalière de France*
Imprimerie Savoyarde, Annecy, 1980

- la Federación no debe contribuir a aumentar las tensiones sector público/sector privado hospitalario, por lo que un marco de colaboración debe ser definido previamente.

- que no sea incompatible con el establecimiento de un sistema de acreditación desde las Administraciones Públicas, algo que representa una garantía para el ciudadano y para lo que existen importantes bases legales (Artículos 18.16; 29.1; 30 y 40.9 de la Ley 14/1986, General de Sanidad).

Con estos requisitos definidos previamente, es posible que la posibilidad de constituir una Federación Española de Hospitales pudiera ser algo positivo, que pueda contribuir a dar estabilidad al sector sanitario, que podría hacer que los valores de una asistencia de calidad al servicio de la comunidad fuesen ampliamente compartidos por grupos no sólo vinculados a la Administración y, en definitiva, que represente una Institución intermedia de las que tal vez esté necesitado nuestro país, donde el asociacionismo es tan bajo.

B. PROPUESTAS PARTICULARES

B1. Infraestructura

B1 a. Necesidad de renovar el parque hospitalario

Es evidente que la red hospitalaria española necesita una renovación. Esto afecta a dos cuestiones:

- **el número de camas.** Lo más verosímil y probablemente razonable es que no se produzca un crecimiento significativo de camas de agudos del INSALUD- gestión directa o transferido, sino, más bien, una mayor implicación del resto del sector público y parte del sector privado en el "servicio público hospitalario", así como el planteamiento de red de camas de media estancia y nuevos patrones de asistencia hospitalaria: hospitalización de día, cirugía ambulatoria, hospitalización a domicilio, etc.

- **condiciones de las camas.** Las camas hospitalarias en España necesitan una importante renovación, en lo que se refiere a condiciones hoteleras, seguridad, instalaciones, etc. Es probable que ésto requiera fuertes inversiones.

B1 b. Sistema de asignación de recursos para equipamiento médico

En el tema de las inversiones en equipamiento médico se debe hacer compatible la existencia de unos estándares a nivel nacional en cuanto a dotación de equipos por población e incluso la existencia de determinados créditos especiales para "equipamientos pesados", con la necesidad de ligar más las inversiones para estos equipos con el presupuesto ordinario, lo que permita la fijación de políticas específicas de equipamiento a nivel de Hospital, que contemplen incluso la plurianualidad.

El sistema actual desvincula las inversiones totalmente del presupuesto ordinario del Hospital con lo cual, en caso de insuficiencia de créditos, desde los Hospitales no se pueden adoptar medidas favorecedoras de la inversión y, por otro lado, obliga a realizar todo tipo de anomalías en la adquisición de equipos (compras vía reactivos, etc.).

B1 c. Sistema informativo

Tal vez la experiencia del Plan DIAS, que es negativa, por la gran distancia entre las expectativas creadas y los resultados reales, demuestre que, reconociendo el retraso informático en los Hospitales españoles, la respuesta no sea tanto la convocatoria de un concurso centralizado de hardware y software para todos los Hospitales del sistema, como la fijación de los criterios de un sistema informativo fiable, y, probablemente, a pesar de las grandes dificultades técnicas, el establecimiento de estándares de compatibilidad entre equipos y aplicaciones.

B1 d. Definición Red Hospitales Larga Estancia

Que la red de Hospitales de Larga Estancia o Cuidados continuados es insuficiente es unánimemente reconocido, lo mismo que la necesidad de aumentarla. Los problemas empiezan por la carencia de un Plan general que defina el papel de esta red, tipo de prestaciones, sistema de financiación, organización de la provisión, etc. Determinadas iniciativas en esta línea llevadas a cabo recientemente por la Generalitat de Cataluña han sido recibidas con cierta polémica (93).

Urge la elaboración de un Plan General en cuanto a una red de estas características.

93 *El País, 19 diciembre, 1990; p. 32*

B2. Sistema de Gestión

B2 a. Cambio sistema presupuestario

En este aspecto los esfuerzos deben ir en la siguiente línea:

- que el presupuesto recupere su papel de punto de referencia fundamental en la gestión, por la vía de que los presupuestos sean reales y a los que no se permitan desviaciones.

- fijación de una normativa en cuanto a contabilidad analítica hospitalaria, como existe en otros países europeos. Se han dado algunos pasos en España en la línea de establecer contabilidad analítica en ciertos Hospitales, pero inconexos y carentes de valor general precisamente por la carencia de esa normativa que unifique criterios de imputaciones y sistemáticas generales.

- que, como consecuencia de lo anterior y de la existencia de un sistema informativo fiable, puedan analizarse comparativamente eficiencias entre Hospitales, única vía de responsabilizar a las respectivas comunidades y grupos d e profesionales en la marcha de sus Hospitales.

B2 b. Revisión estructura organizativa

Tal vez la definición de una estructura organizativa en los Hospitales españoles pase por:

- creación de un **Reglamento General de Hospitales**, particularmente de aquellos que van a participar en el servicio público. Dicho Reglamento debe contemplar algunos criterios muy generales en cuanto a estructura organizativa, funcionalismo, participación de los profesionales y participación de la comunidad

- dicho Reglamento General, de carácter muy genérico, debe ser compatible con la existencia de **Reglamentos específicos**, adaptados a cada circunstancia concreta y que deben ser exigibles a todos los Hospitales.

El tipo de problemas planteados hace que los esfuerzos deban ir en la siguiente línea:

- **recuperación de un cierto papel de los Jefes de Servicio.** Este hecho sólo será posible, sin producir graves distorsiones organizativas, si los Jefes de Servicio aceptan que el producto médico no es el único producto, sino que se integra en un producto final sanitario, lo que obliga a aceptar, entender y compartir determinados criterios generales de organización, de economía sanitaria, de ética médica y de participación de distintos profesionales en el producto sanitario. Esta recuperación de papel no debe ser contradictoria ni con el papel de las Direcciones de los Centros (que deben definir e impulsar la política general del Hospital) ni con la tendencia a una democratización en los Hospitales. Por ello tal vez lo mejor sea que, como sucede en otros Hospitales europeos, el ejercicio del papel de Jefe de Servicio sea algo

temporal, renovable y en cuyo nombramiento intervenga el resto del personal médico. En el Hospital Saint-Luc de Bruselas (94), por ejemplo, los Jefes de Departamento y Servicio son nombrados por el Consejo de Administración del Hospital, de entre una terna presentada por todos los miembros del Departamento o Servicio a partir de una lista de posibles miembros que por reunir una serie de requisitos (antigüedad, dedicación, categoría profesional, etc.)son votables para el cargo.

- **participación profesional**, por la vía de potenciar los órganos de asesoramiento profesional en la marcha del Hospital

- **participación comunitaria**, en la Constitución de las Comisiones de Participación los gestores no deben ser jueces y parte (por la vía de presidir estos organismos). Probablemente deberían definirse mejor sus funciones, dar un carácter electivo a la Presidencia y reforzar numéricamente la participación de la Comunidad.

94 *Statut des Docteurs en Médecine*
Université Catholique de Louvain, Cliniques Universitaires Saint-Luc
Mis à jour au 1er janvier 1981

B3. Personal

B3 a. Revisión Régimen Estatutario

En lo que se refiere a la política de personal se ha detectado un cierto bamboleo en los últimos años en cuanto a medidas diversas, que, sin embargo, no han resuelto los problemas (jornada de mañana y tarde, dedicación exclusiva, complemento de productividad, etc.).

Existe una discusión abierta actualmente en el sector sobre si es mejor mantener el régimen estatutario (durante mucho tiempo se habló de Estatuto Marco) o ir a un régimen laboral. Recientemente, desde el máximo nivel de responsabilidad política sanitaria se aboga por una desfuncionarización progresiva de los profesionales y trabajadores sanitarios (95). Naturalmente, la decisión final dependerá de muchos factores. No obstante, no hay tanta discrepancia en cuanto a la necesidad de lograr un régimen de personal que permita abordar lo siguiente:

- un sistema de promoción profesional (separando lo que es carrera profesional de carrera de gestión)
- un sistema retributivo que permita tener en cuenta el mayor esfuerzo y dedicación al sistema
- una posibilidad de incentivos eficaces
- un régimen disciplinario cuyas garantías para el personal no estén en contradicción con la agilidad y eficacia

95 *GARCIA VARGAS, J*
Intervención del Excmo. Sr. D. Julián García Vargas, Ministro de Sanidad y Consumo, en el debate "Modelo Sanitario para la década de los 90". Reus, Tarragona, 10 de diciembre 1990
Gaceta Sanitaria Propsa, nº 169, 18/24 diciembre, 1990

- que contemple diversos grados de dedicaciones al sistema

El debate sobre la **carrera profesional** está adquiriendo un gran eco. Son muy interesantes las propuestas realizadas por Luna Morales (96), en la línea de una separación de la carrera profesional asistencial y la carrera profesional organizativo-gestora. Para la primera se definen unas características como consolidable, no ligada a una estructura jerárquica y con su actuación en los campos asistenciales, docentes e investigadores. Los incentivos para la misma estarían en la línea retributiva, reconocimiento profesional, acceso a órganos de participación, facilidad para los mecanismos de formación y posibilidad de acceso a los puestos de la vertiente organizativa. La carrera profesional asistencial sería la vía de promoción natural de los médicos y demás Facultativos del sistema público. Para mantener la necesaria homogeneidad en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, la carrera profesional debe ser única para todo el Estado. En cuanto a la carrera profesional organizativo-gestora, cabría dividir las tareas en dos: tareas administrativas y organizativas de la asistencia y tareas puramente gestoras. Las primeras presupondrán unas responsabilidades compartidas con las tareas asistenciales-docentes e investigadoras. Las segundas asumen acciones de gestión a plena dedicación. Las características de estos puestos serían: su carácter no vitalicio; designación por un determinado número de años; sistema jerarquizado; tareas organizativas-gestoras en exclusividad o compartidas con la asistencia en proporción inversa al ascenso de categorías.

96 *LUNA MORALES, A*
Hacia una configuración de la carrera profesional médica
I Conferencia de Médicos Socialistas, Madrid, julio, 1990, (Informe no publicado)

B3 b. Formación Personal Directivo

Indudablemente cualquier reforma hospitalaria que se plantee va a tener como consecuencia un cierto grado de aumento en la autonomía de gestión de los Hospitales, responsabilizando a los gestores de un presupuesto.

Esto va a requerir gestores profesionales. El sistema tiene que poder acceder a ese personal, con garantía de un nivel de cualificación adecuada.

Los retos son los siguientes:

- definir los requisitos que permitan el acceso a una plaza de gestión hospitalaria, asegurando una formación adecuada.
- desarrollar la formación continuada para los actuales gestores.

B3 c. Adecuación formación especialistas a las necesidades

Los ratios de especialistas médicos por 10.000 habitantes en los distintos países de la Comunidad son muy variados, tal y como se expresa en la **Tabla 17** (97). Es de esperar que el aumento de número de plazas de formación MIR que se está produciendo en los últimos años (**Figura 19**), logre compensar la actual situación de déficit de ciertos especialistas médicos.

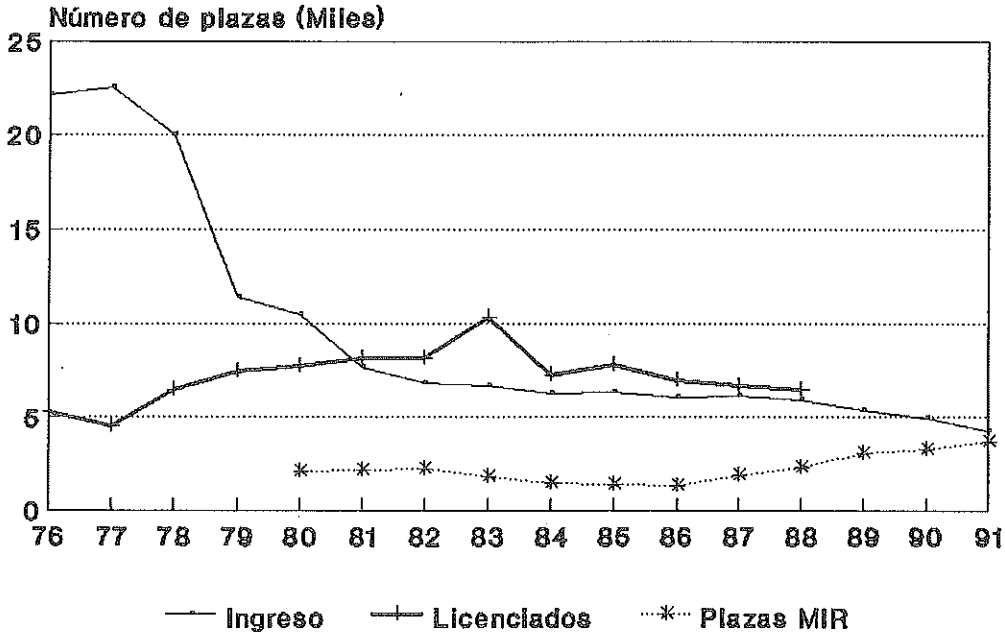
TABLA 17
DENSIDAD DE ESPECIALISTAS/10.000 HABITANTES EN DIFERENTES PAISES EUROPEOS Y ESPAÑA

	Alemania 1982	Francia 1978	Italia 1978	R. Unido 1978	España 1982	España 1987
ALERGOLOGIA					0,015	0,012
ANEST. Y REA.	0,45	0,62	0,36	0,65	0,395	0,436
GERIATRIA						0,0004
INMUNOLOG.					0,011	0,004
OFTALMOLOG.	0,51	0,5	0,29	0,17	0,484	0,43
ONCOL. MED.					0,006	0,175
ONCOL. RADIOT.					0,021	0,014
OTORRINO.	0,43	0,39	0,33	0,16	0,477	0,414
PSIQUIATRIA	0,69	0,87	0,54	0,70	0,119	0,0059
RADIOLOGIA	0,40	0,63	0,75	0,28	0,454	0,416
TRAUM. Y C.O.	0,42	0,12	0,48	0,33	0,669	0,626
UROLOGIA	0,27	0,13	0,32	0,80	0,316	0,269

Fuente: Dirección General de Planificación Sanitaria
Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990

97 *SIMON MARTIN, J (Director General de Planificación Sanitaria)*
Comunicación personal, noviembre, 1990

FIG. 19
EVOLUCION DEL NUMERO DE ALUMNOS DE MEDICINA DE PRIMER CURSO, LICENCIADOS Y PLAZAS MIR EN ESPAÑA (PERIODO 76-91)



Fuente: Dirección General de Planificación Sanitaria, MSC, 1990

B3 d. Introducción troncalidad en el sistema de especialización médica

Tanto la organización hospitalaria como el concepto holístico de la atención médica requieren una redefinición de las especialidades con la introducción de la troncalidad. Este concepto está pues no sólo relacionado con la organización y economía de medios, sino con la propia calidad de la asistencia médica.

B3 e. Incentivación a la formación de enfermeras

La tendencia del número de colegiados en enfermería ha sido continuamente creciente de 1976 a 1988, con una ligera disminución en 1986 (98). Es preciso señalar que haría falta un ritmo de crecimiento aún mayor, de cara al desarrollo armónico de los equipos de atención primaria y de las necesidades, todavía en expansión, de las unidades hospitalarias tanto de agudos como de larga estancia. Lo que sí parece claro mirando al entorno europeo es que la enfermería es una profesión a cuidar y a vigilar sus tendencias con especial atención. En la actualidad es un denominador común en Europa la crisis vocacional y la tendencia decreciente del número de enfermeras disponibles.

Por ello debe ensayarse todo lo que signifique estímulo a las vocaciones en esta profesión (condiciones de trabajo, participación profesional, niveles retributivos, etc.).

98 *SIMON MARTIN, J (Director General de Planificación Sanitaria) Comunicación personal, noviembre, 1990*

B4. Sistema de Funcionamiento

B4 a. Cambio en el horario de trabajo

El actual horario de trabajo en la mayoría de los Hospitales públicos españoles (de 8 a 15) es incompatible con un desarrollo profesional adecuado, con una utilización eficiente de los recursos materiales, con una dedicación a la docencia e investigación, etc. El caso es más sangrante en algunos Hospitales Universitarios en los que los Profesores vinculados reclaman desarrollar en el horario de 8 a 15 toda la actividad, tanto la asistencial como la docente con los alumnos.

Se da la paradoja de que el actual horario de 8 a 15 con dedicación exclusiva, hace que en España se llame dedicación exclusiva a lo que en cualquier país de Europa se llamaría dedicación parcial.

El actual horario de trabajo de la mayoría de los Hospitales públicos españoles no es homologable con los Hospitales europeos.

Cualquier reforma hospitalaria en el sector público requiere una revisión del horario.

B4 b. Cambio en el modelo de guardias

El sistema de guardias debe ser modificado. El cambio debe ir ligado a una revisión del horario, del régimen retributivo, de la formación troncal de las especialidades, etc.

B4 c. Abordaje del problema de las listas de espera

Para abordar correctamente el problema de las listas de espera lo primero que hay que hacer es no infravalorar el problema o buscar argumentos justificativos. Su solución, no obstante, es difícil y está ligada a la eficiencia total del sistema.

Un planteamiento de este tema tal vez debiera pasar por:

- potenciación del concepto de servicio público hospitalario (para permitir una utilización de todos los recursos)
- desarrollo red de cuidados continuados (que permita una mayor agilidad a los Hospitales de agudos)
- desarrollo nuevos patrones de atención (cirugía ambulatoria, hospitalización de día, etc.)
- énfasis en los ingresos programados (ligado fundamentalmente a una mayor confianza en la atención primaria)

B4 d. Enfasis en los ingresos programados

Los Hospitales españoles tienen un alto porcentaje de ingresos por urgencias. Esto disminuye la capacidad de realizar ingresos programados y, en consecuencia, la de reducir las listas de espera.

Tal vez una disminución del número de ingresos urgentes fuera conveniente. Esta posibilidad está ligada a:

- mayor confianza de la población en la atención primaria
- desarrollo red de cuidados intermedios
- nuevos patrones de atención

B5. Aspectos generales

B5 a. Introducción de un sistema de acreditación

Es una necesidad la creación de un sistema de acreditación hospitalaria entendido como fijación de calidades mínimas como garantía al ciudadano. Hay bases legales para que este sistema sea desarrollado desde la Administración (Artículos 18.16; 29.1; 30 y 40.9 de la Ley 14/86, General de Sanidad).

La acreditación debería afectar a todos los Hospitales, independientemente de su titularidad.

Esta medida es tanto más necesaria cuanto más se quiera avanzar en el concepto de "servicio público hospitalario".

B5 b. Replanteamiento de las relaciones con la Universidad

Es importante que desaparezcan las reticencias de la Universidad hacia los Hospitales y viceversa, para colaborar entre todos en la constitución de los Hospitales Universitarios previstos en los conciertos.

Se entiende tradicionalmente por Hospital Universitario o Docente aquel Hospital, en general de alto nivel técnico, que realiza la actividad asistencial, y al mismo tiempo sus instalaciones y su personal participan activamente en la docencia de alumnos de pregrado. La constitución de estos Hospitales Universitarios debe ser compatible con las tendencias actuales de aumentar la diversidad de los programas docentes, incluyendo todos los recursos sanitarios de la comunidad y no sólo los de los hospitales (99).

Una característica que ha sido reiteradamente señalada de los Hospitales docentes es que son mucho más caros que los otros (100) . Esto se justifica por muchas causas, entre otras por las ineficiencias inherentes al proceso educacional.

A partir de 1987 (101) hay una normativa que establece los requisitos de los Hospitales Universitarios. Pero, al

99 *Declaración de Edimburgo*
Federación Mundial de Enseñanza de la Medicina
Confederación Mundial sobre Enseñanza de la Medicina
Edimburgo, 7-12 agosto, 1988

100 *SCHWARTZ, WB, NEWHOUSE, JP, WILLIAMS, AP*
Is the Teaching Hospital an Endargered Species?
New England Journal of Medicine 313: 157-162, 1985

101 *Orden de 31 de julio de 1987 por la que se establecen los requisitos a los que se refiere la base 3ª, 1 del artículo 4º del Real decreto 1558/1986, de 28 de junio (BOE, 7 agosto, 1987)*

margen de esos requisitos legales, es evidente que el Hospital Universitario debe reunir una serie de condiciones que están muy ligadas a la existencia de un sistema de valores compartidos por todos los que trabajan en ese Hospital, de participación en la docencia a los estudiantes.

Hay algunos aspectos importantes que configuran este sistema de valores del Hospital Universitario. Por lo menos, los siguientes (102):

1. Participación de todos los profesionales en la docencia a los estudiantes.

2. Cierta implicación de todos los profesionales en la definición del tipo de prácticas y en el programa de prácticas que se ofrezca a los estudiantes.

3. Esta participación en las prácticas afecta a todos los profesionales, a todos los facultativos, residentes incluídos y fundamentalmente a los residentes (103).

4. Participación de todos, pero sobre la base de que haya un núcleo no despreciable numéricamente, no ridículo, de médicos hospitalarios vinculados contractualmente con la Universidad.

5. Prácticas con suficiente tiempo.

102 *RIESGO, I*
El Concierto Universidad de Oviedo-Instituciones Sanitarias
Mesa Redonda organizada por los estudiantes de la Facultad de Medicina, Oviedo, 31 octubre, 1989
Guía Sanitaria Propsa, núm. 122, 21/27 noviembre, 1989

103 *MORGAN, WL, JR*
The Environment for General Clinical Education
Journal of Medical education 61: 47-58, 1986

6. Debe haber una buena receptividad por parte de los médicos a los alumnos.

7. La actividad de los profesores debe ser compatible con la actividad asistencial del Hospital.

8. Doble evaluación (104)

   - de los alumnos por parte del equipo médico
   - de los alumnos sobre la calidad de las prácticas que reciben

104 *TONESK,X*
AAMC Programme To Promote Improved Evaluation of Students During Clinical Education
Journal of Medical Education 61: 83-88, 1986

B5 c. Necesidad de definir niveles de atención especializada

Urge una definición a nivel nacional de los distintos niveles de Atención Especializada, con las especialidades y servicios a desarrollar en cada uno. Asimismo podría ser de interés la puesta en marcha de los centros de referencia nacional, tal y como son contemplados en la Ley General de Sanidad (Arts. 15.2 y 113).

B5 d. Revisión del avance de la Reforma Psiquiátrica

Una vez con la experiencia del Desarrollo de las Recomendaciones de 1985, posiblemente haya llegado la hora de recapitular sobre toda esa experiencia y tratar de potenciar la Reforma Psiquiátrica tal vez sobre otras bases legales, como se hizo en Italia en su momento, donde se elaboró una Ley (105) .

105 *Ley 180, de Reforma Psiquiátrica, 1978*

VII

A MODO DE CONCLUSIONES

Más que conclusiones, tal vez **tres comentarios finales.**

El **primero** hace referencia a que en los últimos años se ha puesto en marcha la estrategia definida por la OMS: Salud para todos en el año 2.000, que daba un papel central a la atención primaria. A pesar de lo acertado de esta estrategia, no dejaron de hacerse lecturas muy superficiales de la misma, que, al minusvalorar el papel de los Hospitales, fueron muy negativas para éstos. Esta interpretación ha sido incluso denunciada en 1984 por el Director General de la OMS (106). Por lo tanto, un primer comentario: los Hospitales cumplen un papel muy importante en el sistema sanitario, son elementos claves en la asistencia, estructuras muy complejas y requieren una gran atención. Esta constatación no tiene nada que ver con "hospitalocentrismos" ni con posiciones que no valoren el papel muy central de la atención primaria en la reforma sanitaria.

El **segundo** tiene que ver con que es necesario definir un modelo hospitalario al que referirse. Es imposible abordar cualquiera de los problemas de los Hospitales (gestión

106 *MAHLER, H.*
Hospitals and Health for all by 2000
Official Yearbook, 1984, pp. 73-79
International Hospital Federation, London, 1984

económica, política de personal, listas de espera, sistema retributivo, etc.) sin tener definido previamente un modelo de Hospital, ya que todos los problemas se relacionan unos con otros. Y, más que imposible, es sumamente peligroso para la estabilidad y eficiencia del sistema.

El **tercero** se refiere a que los Hospitales españoles tendrán que afrontar, de una manera u otra, en los próximos años una serie de importantes retos. Por lo menos los siguientes: asegurar la eficiencia de los Hospitales Públicos; implicar de una manera controlada más activamente a los Hospitales privados en el servicio público hospitalario; avanzar en una mayor vertebración del sector hospitalario con los diferentes recursos sanitarios y sociales; definir el papel y aumentar el tamaño de la red de Hospitales de media y larga estancia; renovar en instalaciones y tecnológicamente el sector hospitalario; mejorar la información económica y el sistema presupuestario; superar la rígida política de personal; reducir los tiempos de espera; lograr una mayor integración con la Universidad; continuar el avance de la reforma psiquiátrica; y, sin que signifique necesariamente por último, alcanzar una estructura organizativa al mismo tiempo más formalizada y con mayor participación.

INDICE ALFABETICO DE MATERIAS

A

Acceso a la atención especializada, 16
Acceso a la especialización médica, 67
Alto porcentaje de ingresos por Urgencias, 77
Angiografía, 53
Asistencia dental, 16
Atención Especializada, 16
Atención Primaria, 16
Ausencia de un organismo específico, 41

C

Cadena asistencial continuada, 46
Camas hospitalarias, 27
Camas para Larga Estancia, 57
Carrera profesional, 63, 103
Causas de mortalidad, 22
Causas más frecuentes de alta según el diagnóstico, 28
Centros de Salud Mental, 84
Cirugía ambulatoria, 111
Cobertura de la población, 17
Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud, 7
Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, 42, 84
Comisiones de Participación, 61
Comité Hospitalario de la Comunidad Europea, 7
Configuración de las especialidades médicas, 67
Coste por estancia, 28
Criterios de gestión económica, 43, 88

D

Dentistas, 21
Dirección de Enfermería, 61
Dos tradiciones profesionales, 80

E

Enfermeras, 21, 69
Envejecimiento progresivo de la población española, 10
Equipamiento informático, 54
Equipamiento Médico, 53, 96
Equipos para Laboratorios, 53
Escasez de ciertos tipos de especialistas, 66
Escuela Nacional de Sanidad, 65
Esperanza de vida al nacer, 22
Estancia media, 28,33
Estatuto Marco, 102
Estatutos, 62
Estructura organizativa, 60, 100

F

Farmaceúticos, 21
Farmacia, 16
Federaciones Hospitalarias, 48, 93
Fédération Hospitalière de France, 93
Frecuentación, 27, 33
Funcionamiento parasitario del sector privado con financiación pública, 90

G

Gastos sanitarios, 18
Gestores profesionales, 104
Guardias, 71, 110

H

Hemodiálisis, 53
Horario de trabajo de 8-3, 70
Hospital Universitario o Docente, 114
Hospitales Clínicos, 79
Hospitales Psiquiátricos, 84
Hospitales sobrefinanciados, 88
Hospitales subfinanciados, 88
Hospitalización de día, 111

I

Incentivación a la formación de enfermeras, 108
Incentivos, 62
Indice de camas hospitalarias, 27
Indice de especialización médica, 66
Indice de natalidad, 10
Indices personal/cama, 28
Información económica, 58
Ingresos programados, 111,112
INSALUD, 15

J

Jefes de Servicio, 60,100
Jornadas-cama por persona/año, 33
Juntas Técnico-Asistenciales, 61

L

Ley de Incompatibilidades, 81
Ley de Reforma Universitaria, 81
Ley General de Sanidad, 13,81,89
Libranza de las guardias, 71
Listas de espera, 73, 111
Litotripsia, 53

M

Medicina Nuclear, 53
Médicos, 21
Médicos sin empleo, 66
Modelo hospitalario, 120

N

Niveles de Atención Especializada, 83, 117
Nuevos patrones de atención, 111, 112
Número de habitantes, 9
Número de Hospitales, 27

P

P.I.B. per cápita, 9, 12
Participación comunitaria, 61, 101
Participación profesional, 61, 101
Personal Directivo, 65, 104
Personal/cama, 33
Pirámide de población, 10
Plan DIAS, 55, 97
Plan Director, 51
Plazas vinculadas, 82
Políticas incentivadoras del cierre de camas hospitalarias, 50
Presupuesto en los Hospitales públicos de la Seguridad Social, 58
Principio "centrípeto", 45, 47, 92
Privatización del sector público, 89
Profesiones sanitarias, 21
Promoción, 62
Prótesis, 16

R

Radioterapia, 53
Rasgos generales del sistema, 13
Ratios de especialistas médicos por 10.000 habitantes, 105
Real Decreto 1558/86, 81
Real Decreto 521/87, 60
Recertificación, 68
Red de cuidados continuados, 111
Red Hospitales Larga Estancia, 98
Reforma Psiquiátrica, 84, 118
Régimen de residencia, 67
Régimen Estatutario, 102
Régimen Laboral, 102
Reglamento General de Hospitales, 100
Reglamentos específicos, 100
Regulación disciplinaria, 62
Relaciones con la Universidad, 79, 114
Renovación de la red hospitalaria, 50
Resonancia Nuclear Magnética, 53

S

Salud para todos en el año 2.000, 119
Servicio público hospitalario, 44, 89, 111
Sistema de acreditación, 78, 113
Sistema presupuestario, 99
Sistema retributivo, 62, 64
Subdirección General de Gestión de la Atención Hospitalaria, 41
Subdirecciones Médicas, 60

T

TAC, 53
Tasa de desempleo, 9
Tasa de mortalidad, 10, 22
Titularidad pública o privada, 27
Transferencias, 14
Troncalidad, 107
Troncalidad de la formación postgraduada, 68

U

Unidades Psiquiátricas en Hospitales Generales, 84

V

Vertebración de los diferentes recursos sanitarios y sociales, 45

Dirección
Ignacio Riesgo

Diseño y maquetación
Ingeniería y Diseño Muñiz, S.A.

Edita
Fondo de Investigaciones
Sanitarias

Imprime
Gráficas Rigel, S. A.
Depósito Legal:
AS-1.481-91