

ASISTENCIA SANITARIA Y SEGURIDAD SOCIAL EN ESPAÑA

Por el Académico de Número
Excmo. Sr. D. José María Segovia de Arana

1. INTRODUCCIÓN

La estructura actual y el funcionamiento de la asistencia médica y sanitaria en España está estrechamente ligada a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, y es una consecuencia directa de su desarrollo.

En todos los países europeos, los actuales sistemas de salud asistenciales expresan de una forma u otra los conceptos básicos de la doctrina de la Seguridad Social, con modalidades y matices en su organización, en su funcionamiento, en las bases económicas, en el número y tipo de prestaciones sociales, y especialmente en la forma de realizarse la asistencia sanitaria.

Estas modalidades responden a factores sociales, culturales e históricos peculiares de cada país. En el nuestro, las características del desarrollo asistencial de la Seguridad Social son bien marcadas y constituyen una experiencia singular, y seguramente una de las más valiosas en el generalizado proceso de modernización de la sociedad española. El propósito de esta presentación es expresar de forma sucinta los grandes rasgos de esta gran experiencia.

2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Los puntos básicos del proceso histórico han sido los siguientes:

1) La función pública de sanidad atribuida al Estado por la primera Ley de Sanidad de 1855 tiene poco desarrollo. Define los problemas sanitarios que afectan a la colectividad (higiene pública, vacunaciones, baños termales, sanidad mortuoria, cuarentenas, etc.), encargando la responsabilidad de las mismas a la Dirección General de Sanidad, dependiente del Ministerio de la Gobernación.

2) La práctica médica profesional era libre, con relación directa del médico con su enfermo del que recibía directamente sus honorarios. Para los indigentes, estaban las instituciones de beneficencia dependientes del Estado, de las corporaciones locales (diputaciones, ayuntamientos) de la Iglesia y de las instituciones caritativas.

3) En 1904 se publica la Instrucción General de Sanidad Pública, que organiza con más detalles los aspectos de la sanidad pública, de la higiene municipal, y de las diputaciones. Se crea el Instituto de Higiene de Alfonso XIII. Se organiza la sanidad exterior, se estructuran los colegios provinciales de médicos, farmacéuticos y veterinarios, y la asociación de médicos titulares.

4) Los antecedentes de la Seguridad Social hay que buscarlos en la Ley de Accidentes del Trabajo de 30 de enero de 1930 y en la creación del Instituto Nacional de Previsión en 1908. Años antes, en 1883, se habían establecido por Bismarck en Alemania los primeros seguros obligatorios de enfermedad. En nuestro país, el primer seguro social que se establece con carácter obligatorio es el de Régimen de Retiro Obrero Obligatorio en 1919. Más tarde, en 1929, se introduce el Seguro Obligatorio de Maternidad, al que se añadió en 1940 la Obra Maternal e Infantil. En 1929 se promulgó una legislación protectora frente a los accidentes de trabajo en el mar que se completó con disposiciones semejantes de protección laboral en la agricultura (1931) y en la industria (1932). Se estableció la obligatoriedad del seguro para los riesgos de incapacidad permanente y muerte, siendo voluntario para la incapacidad temporal.

La implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad fue una aspiración permanente del INP desde su creación, dedicando discutidas conferencias en Madrid (1917) y en Barcelona (1922) a sentar las primeras bases de su implantación, que no se llevó a cabo hasta el año 1942, después de la Guerra Civil.

3. SEGURIDAD SOCIAL

Parece que el primero en emplear el término de seguridad social fue Simón Bolívar quien afirmaba en 1819 que «el sistema de gobierno más perfecto es el que

engendra la mayor suma de seguridad social y de seguridad política». Pero en su acepción moderna el término surge en 1935 en Estados Unidos con la *Social Security Act*. En 1941, la Carta del Atlántico, que crea la Organización de Naciones Unidas, habla de la necesidad de garantizar un mejor régimen de trabajo, el progreso económico y la Seguridad Social. En 1942, la Organización Internacional del Trabajo y el Comité Americano de Seguridad Social celebran la primera conferencia interamericana de seguridad social en Santiago de Chile. Sir William Beveridge, en 1942, la define como el conjunto de medidas adoptadas por el Estado contra los riesgos individuales de los miembros de una sociedad. Este informe, presentado al Parlamento inglés a finales de noviembre de 1942, fue definitivo para toda la política social de la postguerra, especialmente la sanitaria.

En el mundo occidental, ha surgido la idea que considera a la salud como un bien comunitario, como un bien social, lo que constituye un gran acontecimiento sociológico del siglo xx desde el punto de vista médico y sanitario. La gran revolución conceptual que se ha ido produciendo en el segundo tercio de este siglo, y especialmente después de la II Guerra Mundial, es que la salud, que era un problema esencialmente individual, se ha ido transformando en un problema colectivo que afecta a toda la sociedad, la cual se preocupa por el estado de salud-enfermedad de cada ciudadano. Surge de esta manera el derecho a la protección de la salud y a los cuidados en la enfermedad como el último de los derechos humanos adquiridos, lo que da lugar a la instauración y complejidad de los modernos servicios de salud.

Éste es el origen de la moderna sanidad, entendida como el marco confortable donde el individuo va a desarrollar sanamente su propia vida. La salud, y sobre todo los medios para conseguirla, ya no son una tarea individual, sino una obligación de los gobiernos para con sus ciudadanos. El Estado tiene el deber de procurar que el nivel sanitario se eleve, que tenga la mejor calidad posible y se asegure para todos la asistencia médica adecuada, así como la prevención y el control de las enfermedades, el establecimiento de seguros de enfermedad y de invalidez, la educación sanitaria de la población, la promoción de la salud, etcétera.

Esta corriente, que se inició con las cajas de enfermedad en la Alemania de Bismarck a finales del siglo pasado, continuó con la política de protección social de Suecia en los años treinta, cuando surge el concepto del Estado del bienestar, y tiene su cristalización y expresión adecuada en la doctrina *New Deal* del Presidente Roosevelt en Estados Unidos en 1941, y en el Reino Unido con el «Informe Beveridge» de 1942.

La Seguridad Social, implantada según estas doctrinas, ya no consiste sólo en el seguro de enfermedad para el trabajador, sino también en un seguro frente al

desempleo, la incapacidad, la jubilación, la viudedad, y un seguro de maternidad, de matrimonio, de protección familiar, etc. Los trabajadores y sus familiares estaban protegidos por esta Seguridad Social, pero además había una beneficencia nacional destinada a cubrir las necesidades de los no asegurados, y para ambos, los servicios de salud y de rehabilitación.

Roosevelt, en su mensaje al Congreso Americano del 6 de enero de 1941, decía: «la tercera libertad (tras la libertad de expresión y de libertad religiosa) es la liberación de la necesidad a través de medidas económicas que aseguren a cada nación el bienestar de sus habitantes». En este mensaje se emplean por primera vez las dos palabras clave —economía y bienestar— que van a presidir ya obsesivamente en todo el mundo el desarrollo ulterior del concepto de solidaridad social.

En EE.UU. se presentó en 1943, siguiendo la doctrina del *Welfare* de Roosevelt, un proyecto de ley sobre un sistema de Seguridad Social, nacional y unificado que fracasó entonces y volvió de nuevo a fracasar cincuenta años después con el Plan Clinton, aunque se desarrollaron sistemas de seguros de enfermedad como el *Medicaid* y el *Medicare* para los pobres el primero y los ancianos el segundo. En cambio, en el Reino Unido se implantó con decisión y empuje el *National Health Service*, siguiendo la doctrina del Informe Beveridge, que consideraba que la salud es de tanta importancia, tanto para la familia como la nación, que no se puede dejar al cuidado individual y recomendaba la organización de un servicio sanitario para todo el país. Los males sociales importantes son la necesidad, la enfermedad, la miseria y la ignorancia, todo lo cual hay que combatir para asegurar el bienestar de la nación.

Este mismo movimiento sanitario social se produce en otros países con modalidades estructurales y técnicas distintas, pero que responden a la misma doctrina de protección contra la enfermedad, de promoción de la salud, de medicina preventiva y de medidas de cobertura frente a los infortunios laborales, sociales, o de las etapas biográficas inexorables como la jubilación, la muerte de familiares, etc. Disminuir o evitar la necesidad y procurar el bienestar de los ciudadanos, es decir la salud entendida como un fin social nacional y no únicamente un problema individual, se constituyó en una doctrina de amplia repercusión que se inspiraba en los principios de equidad y universalidad en las prestaciones.

4. MODELOS DE SEGURIDAD SOCIAL

En conjunto, la Seguridad Social puede definirse como un sistema general y homogéneo de prestaciones de derecho público para el aumento del bienestar

social de los ciudadanos mediante la redistribución de la riqueza nacional, especialmente dirigida a corregir supuestos de infortunio.

En los países europeos, los sistemas de Seguridad Social pueden clasificarse en dos grupos: el modelo británico, o sistema nacional de salud, y el modelo alemán, o de cajas de enfermedad.

El modelo implantado en el Reino Unido, o modelo Beveridge, se inspira en el informe del mismo nombre en el que se formalizaba la filosofía del Estado del bienestar de la socialdemocracia escandinava. Tiene una financiación pública a través de impuestos, control parlamentario, libertad de acceso para todos los ciudadanos y gestión pública. Los médicos son empleados públicos o están remunerados por capitación.

El modelo Bismarck, también llamado «sistema de seguros sociales», se inspiró en la legislación social alemana. Bismarck instituyó un sistema de seguros sociales a favor de los trabajadores de la industria económicamente débiles. En 1883 introduce el seguro de enfermedades, en 1884 el de accidentes de trabajo y en 1889 el de vejez-invalidez. La financiación en este sistema se hace mediante cuotas obligatorias pagadas a unos fondos públicos por las empresas y los trabajadores. Los ciudadanos que no tienen acceso a este tipo de fondos son cubiertos mediante el sistema impositivo, o bien por seguros privados. Los cuidados médicos son efectuados por profesionales autónomos pagados por acto médico.

Este modelo, además de en Alemania, existe también en Austria, Francia, Bélgica y Holanda. En España, lo mismo que en Italia, Grecia y Portugal, funcionó inicialmente, pero a partir de la Ley de Sanidad de 1986 se produce el cambio al modelo británico del sistema nacional de salud.

5. EVOLUCIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN ESPAÑA

La Seguridad Social obligatoria suele aparecer en todos los países con la industrialización, lo que explica que en España, con un desarrollo industrial tardío, la Seguridad Social no tenga un pleno desarrollo hasta la década de los años setenta. No obstante, la preocupación por su implantación y las bases institucionales de ésta se habían venido produciendo, como ya queda señalado, a lo largo de todo el siglo. Ya desde la Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero de 1900 nuestro país se inicia por la vía de los seguros obligatorios con financiación contributiva, según el modelo alemán. La implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad

en 1942-1943 confirma ésta tendencia, que se consolida con la Ley de Bases de la Seguridad Social de 20 de diciembre de 1963, en la que se superan los esquemas propios del seguro, introduciéndose el concepto más moderno de Seguridad Social. Se produce así un cambio notable, no sólo cualitativo sino también cuantitativo, de las prestaciones sociales, coincidiendo con el comienzo de una profunda transformación de la asistencia sanitaria que conduce a su modernización y sienta las bases para el positivo desarrollo de la asistencia médico-sanitaria en España.

Disposiciones legales posteriores, como la Ley de Financiación y Perfeccionamiento del Régimen General de la Seguridad Social de 1972, la transición democrática y la Constitución de 1978, que señala en su artículo 43 el derecho de todos los españoles a la protección a la salud, consolidan el concepto y la aplicación de la Seguridad Social.

La creación del Ministerio de Sanidad y de Seguridad Social en 1977 da más fuerza a la expansión de los aspectos sanitarios de la Seguridad Social, cuya gestión se encomienda al INSALUD, una de la tres grandes entidades gestoras (con el INSS en las prestaciones económicas y el INSERSO en las sociales) en que se transforma el antiguo INP en virtud del Real Decreto Ley de 16 de noviembre de 1978.

6. EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

La natural complejidad y diversidad de la asistencia médica y sanitaria de los países desarrollados se explica por la multiplicidad de factores tanto médicos como sociales, económicos, culturales y políticos que inciden en el origen y desarrollo de la sanidad, y que constituyen el gran escenario donde se desarrolla nuestra vida individual y social. España no podía ser ajena a estas circunstancias que han motivado continuos intentos de reforma sanitaria.

Desde la primera Ley de Sanidad de 1855, en España se van delimitando dos campos sanitarios de actuación: uno, el de la sanidad colectiva, y el otro, el de la atención individual. La primera comprende la higiene y salud pública, la sanidad exterior, etc., y se encomienda al Ministerio de la Gobernación. Las profesiones sanitarias actúan dentro de una práctica oficial por funcionarios sanitarios o en el ejercicio libre de la profesión de forma independiente, según el tradicional modelo liberal. Para los pobres, que no pueden pagarse la asistencia médica, existe una asistencia de tipo benéfico en hospitales y dispensarios encomendada a la benefi-

cencia general del Estado y a las corporaciones locales (diputaciones y ayuntamientos) o instituciones de tipo religioso o cívico.

La ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944 pretendió coordinar las dos redes sanitarias oficiales que habían ido surgiendo: por una parte, la estructura sanitaria de diputaciones y municipios, organizada para la beneficencia social del cuidado de la personas indigentes, y por otra, los hospitales y dispensarios dependientes directamente del Estado para la cobertura de enfermedades consideradas grandes lacras sociales como tuberculosis, lepra, enfermedades venéreas, paludismo, reumatismo y cáncer.

Esta Ley, cuya pretensión era regular globalmente el sector sanitario público, no ordena ningún aspecto de la estructura que crece bajo el Seguro Obligatorio de Enfermedad, creado dos años antes, aunque en su base 60 hace débiles consideraciones de tipo marginal a sus posibles actuaciones. La Ley de Bases de Sanidad no se percató de la enorme fuerza expansiva y del absorbente desarrollo que el Seguro Obligatorio de Enfermedad, transformado luego en Seguridad Social, iba a tener en la asistencia sanitaria del país, frente al inmovilismo y a veces situaciones regresivas de otras estructuras sanitarias públicas.

Hasta la Ley General de Sanidad de 1986 el sistema sanitario español se caracterizaba por estar constituido por un gran número de redes asistenciales que en muchas ocasiones tenían funciones superpuestas, con la consiguiente ineficacia, desorganización y despilfarro de recursos. Existían hasta 19 centros directivos de diferentes ministerios con competencias sanitarias.

En abril de 1986 se aprueba la Ley General de Sanidad, que establece un cambio trascendente en la filosofía política de la asistencia médico-sanitaria, ya que transforma un sistema de Seguridad Social en un modelo de sistema nacional de salud en el que se integra el resto de las redes asistenciales existentes.

La Ley General de Sanidad establece la universalidad de la asistencia sanitaria para todos los españoles, asistencia que ya no se financia con las cuotas de la Seguridad Social, sino a través de los Presupuestos Generales del Estado, aunque la transición en la forma de financiación se produjo en varios años, siendo ya completa, a partir de 1999, a través de impuestos.

En 1975, el 77 % de la población española estaba incluida en la Seguridad Social. En 1995 el 95,5 % está cubierto por el sistema nacional de salud, cobertura que en la actualidad prácticamente es completa para toda la población española, alcanzándose la universalidad de la asistencia.

En 1979 se inicia la transferencia de competencias en la promoción, prevención y planificación territorial sanitaria a los entes preautonómicos y comunidades autónomas, y en julio de 1981 comienza el proceso de transferencias de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a la Generalidad de Cataluña, al que siguen otras transferencias a las comunidades autónomas del País Vasco, Galicia, Andalucía, Comunidad Valenciana, Navarra y Canarias, estando muy próxima la transferencia de gestión al resto de las comunidades.

7. CARACTERÍSTICAS DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

En el *Informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud* (Informe Abril), publicado en 1991, se decía que «el Sistema Nacional de Salud tanto en su situación actual como en su evolución histórica ha contribuido de forma decisiva a la mejora de estado de salud de la población y a la corrección de las desigualdades sociales asistenciales. El SNS tiene un dispositivo público de servicios y prestaciones de los más extensos del mundo y cubre a toda la población española, con un esfuerzo económico y niveles de calidad técnica y profesional equiparables a los países de nuestro entorno», y añadía posteriormente: «los indicadores generales de salud de la población como las expectativas de vida y las cifras de mortalidad infantil, resisten favorablemente la comparación con los indicadores correspondientes de las naciones europeas. La universalización de la asistencia constituye un hito social. La financiación mayoritariamente pública ha permitido la equidad básica de acceso a los servicios. La seguridad social ha hecho posible una asistencia hospitalaria de calidad, la formación de médicos especialistas y enfermeras de primer nivel y el progreso de la investigación clínica».

El gran mérito de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social española ha sido el de promover, impulsar y sostener una enérgica modernización de la asistencia médica en nuestro país que ha corregido situaciones de atraso de nuestra medicina derivadas no solo de la Guerra Civil, sino de inercias anteriores a la misma.

8. LA MODERNIZACIÓN DE LA ASISTENCIA MÉDICA

Los grandes cambios sociales producidos en España en los últimos años y el progreso científico y tecnológico de la Medicina han influido de forma decisiva en la asistencia médica, configurando su organización y facilitando recursos al tiem-

po que aseguraban su funcionamiento. La complejidad y calidad actuales de la asistencia médica contrastan claramente con las formas de asistencia que imperaban en nuestro país hace 25 ó 30 años, y que han sido cambiadas y superadas casi en su totalidad en el momento presente. Predominaba entonces una práctica profesional de tipo liberal en la que el médico, tras sus estudios en la Facultad de Medicina, ejercía la profesión de manera independiente y autosuficiente. Los estudios realizados le bastaban legalmente para toda su vida profesional. Los especialistas se formaban de manera desigual y descontrolada, y la obtención de los títulos de la especialidad estaba sometida a profundas irregularidades. No había garantías de que el título amparase una buena formación especializada. Los hospitales públicos seguían siendo centros de beneficencia para los desheredados de la fortuna y los marginados sociales. La enseñanza práctica, cuando tenía lugar, se hacía en los hospitales docentes universitarios, que tenían también carácter benéfico. Cuando el Seguro Obligatorio de Enfermedad se establece en España, en 1944, repite en su organización el patrón liberal de la práctica médica, con cupos de enfermos para los médicos generales y los especialistas, que no tenían ningún tipo de cooperación entre sí. Cuando se empiezan a construir centros hospitalarios, a veces con gran lujo arquitectónico, se imita la estructura y el funcionamiento de los sanatorios privados, y para evitar la denominación peyorativa de hospital, se les denomina residencias. La hospitalización era sólo de casos quirúrgicos, ingresando cada cirujano al enfermo que había de operar, sin que se aprovechara su experiencia para el conjunto ni para la enseñanza de la Medicina.

Las transformaciones de la asistencia médica dentro de la Seguridad Social empiezan a producirse cuando se crea un hospital piloto, la Clínica Puerta de Hierro, en 1964, destinada a implantar la organización y funcionamiento de los hospitales modernos, con la creación de departamentos y servicios médicos y quirúrgicos, secciones de técnicas especializadas, servicios generales de anatomía patológica, radiología, bioquímica clínica, radioterapia, etc., la implantación de archivos de historias clínicas, etc., con dedicación completa de todos sus profesionales en el tiempo y en el espacio al nuevo hospital. Junto con criterios exigentes de calidad en la asistencia a los enfermos, se introdujeron la formación posgraduada de especialistas y la investigación clínica. En pocos años, este modelo hospitalario, que se denominó «jerarquizado», se extendió rápidamente a casi todo el resto de las residencias de la Seguridad Social, en las que pronto empezaron a crearse servicios y departamentos que eran ocupados por especialistas jóvenes formados en el propio sistema asistencial. Estos hospitales de la Seguridad Social, y otros pertenecientes a diputaciones, ayuntamientos, etc. que siguieron el mismo camino de modernización, hicieron cambiar radicalmente la asistencia médica de nuestro país, como lo demostró la rápida demanda de asistencia hospitalaria que se produjo, especialmente en los servicios de urgencia.

La progresiva cobertura de la población trabajadora por la Seguridad Social se transformará a partir de 1986, con la promulgación de la Ley General de Sanidad, en la universalización de la asistencia. La completa colectivización de ésta y los altos niveles de su calidad asistencial condujeron a suprimir, por primera vez en la historia, la injusta separación que existía entre Medicina de pobres y Medicina de ricos, lográndose una equidad en la atención médico-sanitaria desconocida hasta entonces.

9. ATENCIÓN PRIMARIA

La atención primaria ha venido realizándose a través de los médicos generales y de los pediatras de cupo en los ambulatorios. La implantación, en 1946, del Seguro Obligatorio de Enfermedad supuso un gran cambio para muchos trabajadores, que podían disponer de consultas, visitas domiciliarias y medicinas, todo ello cubierto por el seguro. Más tarde, se completó con la asistencia pediátrica ambulatoria. Por lo pronto, comenzaron a masificarse las consultas con las exigencias de los asegurados y la realización de una medicina asistencial apresurada por parte de algunos médicos que ha creado protestas y descontentos. Por otra parte el fuerte desarrollo de la asistencia hospitalaria ejerció una considerable atracción sobre la población, produciéndose un desequilibrio por el desplazamiento de gran parte de la demanda asistencial a los hospitales, recargando indebidamente las consultas externas, la hospitalización y sobre todo los servicios de urgencia. En el ámbito rural, la asistencia sanitaria pública ha corrido a cargo de los médicos de asistencia pública domiciliaria, que atendían simultáneamente a los afiliados a la Seguridad Social y a las obligaciones sanitarias de los municipios (salud pública, forenses, beneficencia).

La necesidad de modernizar la atención primaria en nuestro país de acuerdo con las exigencias crecientes de una Medicina moderna y de un concepto global de la sanidad llevó a la creación, mediante un Real Decreto (3.303/1978, de 29 de diciembre), de la especialidad de Medicina familiar y comunitaria, que se incluía dentro de las especialidades que se estaban creando o reestructurando por el Consejo Nacional de Especialidades. Se sentaron las bases para un concepto asistencial nuevo, que tuvo que vencer numerosas dificultades para su implantación y desarrollo. Hoy no se duda que la atención primaria es el nivel clave del sistema sanitario y que, por tanto, debe contar con profesionales formados específicamente para dichas funciones. La Medicina de familia y comunitaria no solo desarrolla las funciones asistenciales clínicas tradicionales, diagnósticas y terapéuticas, sino que también introduce actividades de prevención de la enfermedad, especialmente en lo

que hoy se denomina «Medicina clínica preventiva», que está teniendo un extraordinario impacto en la salud de la comunidad. Por otra parte, el trabajo en grupo, de tipo cooperativo, que parecía propio, únicamente de la Medicina especializada hospitalaria, se desarrolla con extraordinaria fuerza en los centros de salud a través de los equipos de atención primaria, cuya implantación real empieza en 1984, iniciándose entonces la modernización de este tipo de asistencia. La creación de centros de salud se va extendiendo por todo el país de tal manera que en la actualidad el 90% de la atención primaria está cubierta por los médicos de familia y comunitarios, que deben ser considerados auténticos especialistas que, además de la Medicina curativa tradicional, realizan programas de Medicina preventiva, educación sanitaria de la población, de investigación epidemiológica y de promoción de la salud. La atención primaria esta adquiriendo un gran relieve en las estructuras de la sanidad pública tanto centrales como de las comunidades autónomas.

Además de la modernización de la asistencia, otras dos grandes aportaciones de la Seguridad Social a la Medicina española han sido la formación de especialistas médicos y el impulso dado a la investigación biomédica. Estas acciones no tienen paralelo en ningún sistema de Seguridad Social de otros países, limitados a los aspectos meramente asistenciales. Nosotros partíamos del principio de que una buena asistencia médica en los hospitales no podía lograrse si no se acompañaba de la docencia y de la investigación, sobre todo, cuando, como ocurría en España en los años sesenta, la formación de especialistas era caótica y la investigación médica en los hospitales prácticamente no existía.

10. FORMACIÓN MÉDICA, UNIVERSIDAD Y SANIDAD

Se hace necesario emprender un estudio sobre la estructura de las profesiones sanitarias de nuestro país, y analizar de qué forma sus funciones y sus contenidos deben influir sobre los educadores para una actualización de los procesos docentes. Esta tarea ha comenzado a ser realizada por la Fundación BBV. Éste es un gran problema que afecta igualmente a otros países de un desarrollo cultural social y económico semejante al nuestro, y que están también sometidos a la continua transformación de sus valores políticos, morales y sociales. En ellos y en el nuestro, se están produciendo cambios bruscos en la organización de los servicios sanitarios, sometidos a restricciones económicas severas y que empiezan a tener en cuenta influencias políticas internacionales como las emanadas de las directivas de la Unión Europea, que establecen situaciones sanitarias nuevas como la libre circulación de médicos y enfermeras, las regulaciones en la formación de especialistas y la concertación con hospitales no universitarios para asegurar el entrenamiento clínico.

Aunque en España se han producido notables avances en la formación del personal sanitario, especialmente médicos y enfermería, estamos aún lejos de encontrar el equilibrio entre la formación de profesionales sanitarios y las necesidades de éstos tanto en número como en calidad. Ha costado mucho trabajo cambiar la mentalidad de las facultades de Medicina para adecuar los planes de estudio a las exigencias de la asistencia médico-sanitaria actual. Hasta hace muy poco tiempo, se ha estado manteniendo que el privilegio de la docencia en la formación médica no podía compartirse con otras instituciones que no fueran universitarias. Fue necesario demostrar la evidencia de la mejor calidad del médico a través del sistema de internos y residentes en hospitales, que inicialmente no eran docentes, para hacer que poco a poco los grandes recursos hospitalarios y posteriormente los de los centros de salud fueran poniéndose a disposición no sólo de la formación de especialistas, sino también de la educación y formación de los médicos en el período de licenciatura.

En 1968, los hospitales más importantes del país que estaban implicados en la formación de especialistas constituyeron el llamado «Seminario de hospitales con programas de posgraduados». Este seminario, que nació como una asociación voluntaria de hospitales, realizó varias reuniones en diferentes provincias españolas estableciendo ciertas normas generales con las cuales, poco a poco, se fueron unificando los programas formativos y se iniciaron los procedimientos de acreditación docente en los hospitales afiliados. El influjo que el seminario de hospitales tuvo en el país fue muy grande y, a pesar de sus pocos años de existencia, dio lugar a un cambio notable en la mentalidad de otros hospitales, que vieron en la actividad docente un gran estímulo para mejorar su calidad asistencial. La convocatoria anual de plazas de residentes se hacía al principio por cada hospital de manera aislada, hasta que en 1972 la Seguridad Social, que financiaba en su mayor parte la formación, comenzó a realizar convocatorias nacionales. El sistema MIR se extendió por toda España y el Seminario publicó en 1970 un trabajo en el que se analizaban las características de la Ley de Especialidades Médicas de 1955, se hacía la crítica de ésta y se proponían normas para su actualización. Sin embargo, transcurrieron varios años hasta que en 1978, al crearse el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, se promulgó, conjuntamente con el Ministerio de Educación y Ciencia, un Real Decreto que recogía la totalidad de las ideas contenidas en el estudio del seminario de hospitales. A partir de entonces, la formación de especialistas empezó a encauzarse por caminos de mayor autenticidad y, gracias al trabajo de las comisiones nacionales de cada especialidad y del Consejo Nacional de Especialidades, se fue terminando con la situación anárquica en que se encontraba la titulación de especialistas en España.

11. INVESTIGACIÓN SANITARIA

La introducción de la investigación médica en los hospitales ha sido otro de los grandes logros de los últimos treinta años. Salvo los trabajos de investigación que se realizaban en la Fundación Jiménez Díaz y en algunas cátedras universitarias, poco era lo que se hacía en investigación médica sanitaria en los años sesenta. Al crearse la Clínica Puerta de Hierro en 1964, una de sus premisas fundacionales fue la de incorporar la investigación clínica y sanitaria dentro de la Seguridad Social, organizando servicios de investigación en los hospitales que fueron desarrollándose paulatinamente. Otros nuevos hospitales como el Centro Nacional Ramón y Cajal y la Ciudad Sanitaria de la Fe en Valencia, contaron también con departamentos de investigación que se extendieron a otros grandes hospitales. En la actualidad se han creado por el FIS más de 150 unidades de investigación en centros hospitalarios y centros de salud.

En este desarrollo científico fue decisiva la cooperación de la industria farmacéutica española con el Instituto Nacional de Previsión primero y con el Insalud después, a través del llamado Fondo del Descuento Complementario, creado en 1968 y transformado en 1980 en el Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social. Las actividades del Fondo, su progresiva consolidación, sus ayudas a la formación de investigadores, a la ampliación de estudios en el extranjero, a la financiación de proyectos, a las publicaciones, congresos y reuniones científicas han ido consolidando la investigación científica médica, tanto básica como aplicada, en los hospitales de la Seguridad Social o los concertados con ella, así como en instituciones de alguna manera relacionadas con la Seguridad Social. Al promulgarse la Ley General de Sanidad de 1986, se consolidaron las actividades de investigación dentro del SNS, y se reforzaron las atribuciones y los recursos del Fondo de Investigaciones Sanitarias, que ha experimentado distintas modificaciones en su organización, pero que ha mantenido sus objetivos de ayuda y estímulo a la investigación y a la formación de investigadores en el Sistema Nacional de Salud.

Otro organismo creado por la Ley General de Sanidad es el Instituto Carlos III, desarrollado por el Real Decreto de enero de 1988, que está destinado a la promoción y desarrollo de la investigación sanitaria, y que últimamente ha experimentado distintos reajustes de tipo administrativo.

12. TRANSPLANTE DE ÓRGANOS

Los trasplantes de órganos y tejidos representan uno de los grandes logros de la medicina moderna en cuanto a sus fundamentos científicos y técnicos,

pero constituyen también un excelente índice de la moderna idea de la Sanidad tal como viene expresándose en este trabajo. En efecto, los trasplantes, especialmente los de órganos sólidos como corazón, hígado, riñón, pulmón, páncreas, etc., son la culminación de múltiples esfuerzos, todos ellos actuando como factores limitantes, es decir, que de fracasar uno falla todo el conjunto. Desde el punto de vista médico, supone contar con la excelente preparación de diferentes especialistas, tanto médicos como técnicos y auxiliares en cirugía, medicina, hematología, inmunología, bioquímica, etc., cuya formación y entrenamiento requieren tiempo y la aplicación inteligente de recursos. Precisa también que una excelente organización actúe con rapidez en el conocimiento de los donantes y en la selección del receptor compatible con el órgano donado, todo ello basado en una minuciosa red de información. Hacen falta equipos bien entrenados en la comunicación con los familiares de los pacientes, que posean una gran sensibilidad para hacer frente a los grandes problemas psicológicos y éticos que con frecuencia se presentan. Se precisa una rápida vía para el transporte de los órganos, a veces entre países distintos, y una buena relación con los medios de comunicación social para sensibilizar a la población sobre estos problemas, sin cuya colaboración no sería posible realizarlos por muy técnica y perfecta que fuera la organización. Son tantos los factores técnicos y humanos que concurren en cada caso que no es exagerado considerar a los trasplantes de órganos como uno de los mejores índices de la calidad de un sistema de salud y el mejor indicador de la cultura sanitaria y de la solidaridad social entre los individuos de una comunidad, hecha posible a través del sistema sanitario puesto al servicio de los enfermos que esperan y encuentran en el trasplante la única solución para su enfermedad y para la salvación de sus vidas gracias a la generosidad del donante y de sus familiares.

Los trasplantes de órganos, que en su comienzo fueron gran noticia que despertaba grandes titulares en los medios de comunicación social, se han convertido en la actualidad en una práctica habitual, cada vez más segura en su realización y resultados, y que en España funciona a través de una organización modélica como es la Organización Nacional de Trasplantes, que ha ido consolidando su estructura y funcionamiento con resultados cada vez mejores y que han colocado a España en el primer lugar en cuanto a donación de órganos por millón de habitantes y en el número de trasplantes realizados cada año. El promedio de donación de órganos por millón de población (pmp) en los diferentes países no sobrepasa el número 20. En España, la tasa anual de donantes de órganos p.m.p. ha ido aumentando todos los años, pasando de 22,6 en 1993 a 29 pmp en 1997 y a 32 en 1999. Existe una progresión creciente de los trasplantes efectuados en España en los últimos años, todos ellos dentro del sector público del SNS. Aunque todos los profesionales que intervienen tienen una acción decisiva, la base del éxito reside,

en gran parte, en los coordinadores hospitalarios, que son formados cuidadosamente a través de cursos especiales y que realizan un trabajo extraordinario de cooperación y coordinación de esfuerzos tanto dentro como fuera del hospital. La Organización Nacional de Trasplantes realiza periódicamente simposios y reuniones en los que analiza los resultados obtenidos y organiza cursos de formación para profesionales españoles y extranjeros recogiendo la experiencia acumulada en España en este campo tan extraordinario de la Medicina actual.

13. CONCLUSIÓN

Éstos son los aspectos más destacados de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, transformada ahora en Sistema Nacional de Salud.

Lo expuesto es una muestra de la obra colectiva, los esfuerzos, la imaginación y la inteligencia de varias generaciones de españoles (médicos, políticos, economistas, administradores y gestores) que han trabajado generosamente por el bien común. Es natural que existan problemas actualmente, pues la Medicina está en continuo movimiento de avance y de progreso. La sociedad a la que sirve también es un proceso dinámico cada vez más exigente en sus demandas. La disociación entre las prestaciones que el progreso científico ofrece y los recursos económicos que pueden ser empleados es cada vez mayor. Esto constituye el problema más importante de todos los que se plantea en la actualidad la Seguridad Social, que se ve obligada a introducir reformas en la organización, gestión y financiación de los sistemas asistenciales públicos. Ello no impide que el juicio sea muy positivo para la asistencia sanitaria que nuestro país ha logrado a través de la Seguridad Social.

