

El desarrollo tecnológico, la biotecnología, la telemática, entre otros, vienen contribuyendo a una extraordinaria aceleración del proceso de investigación en todos los campos de la Medicina. Estos cambios, en el campo de la salud, además de mejorar las posibilidades diagnósticas y terapéuticas, crean las condiciones para modificar y homogeneizar sustancialmente los patrones de consumo, las formas de comportamiento, los estilos y las conductas de vida saludables, así como otros valores y conceptos que tienen decisivo impacto en la salud de la población.

Dentro de este contexto, la Delegación Española de la Academia Europea de Ciencias y Artes ha desarrollado un ambicioso Proyecto para el estudio en profundidad del sistema de Salud en España y de su posible evolución en el futuro de la Europa en el siglo XXI.

El presente Documento recoge los primeros resultados y conclusiones del Proyecto. Se pretende utilizarlo como principal soporte documental en los debates sobre su contenido y recomendaciones, que vamos a organizar en las diferentes Comunidades Autónomas que colaboran con nuestra Academia. Una vez incorporadas al documento las sugerencias planteadas en los diferentes Debates-Encuentros que se celebren, la Academia publicará un Libro Blanco sobre El futuro del Modelo Sanitario en nuestro país.

Este Documento incluye un pen-drive con todos los informes parciales correspondientes a los resultados a que han llegado los Grupos de Trabajo en sus investigaciones.

El futuro del modelo sanitario

Una primera aproximación

DIRECTORES DEL EQUIPO INVESTIGADOR:

Profesores Académicos Pedro García Barreno,
Daniel Martín Mayorga, Francisco J. Rubia Vila,
José María Segovia de Arana, Juan Velarde Fuertes



ACADEMIA EUROPEA DE CIENCIAS Y ARTES

OFICINA PRESIDENCIAL: St. Peter-Bezirk, 10, A-5020 Salzburgo. Austria.
Tel.: (43 662) 84 13 45 Fax: (43 662) 84 13 43
ESPAÑA: Madrid 28004. Sagasta, 13. Tel.: (34) 91 5912133 Fax: (34) 91 5912328
E-mail: aecya@academia-europea.org
Página web: <http://www.academia-europea.org>

ACADEMIA EUROPEA DE CIENCIAS Y ARTES
ESPAÑA

EL FUTURO DEL MODELO SANITARIO

UNA PRIMERA APROXIMACIÓN

El futuro del modelo sanitario

Una primera aproximación

DIRECTORES DEL EQUIPO INVESTIGADOR:

Profesores Académicos Pedro García Barreno,
Daniel Martín Mayorga, Francisco J. Rubia Vila,
José María Segovia de Arana, Juan Velarde Fuertes



DOCUMENTO DE DEBATE

**ACADEMIA EUROPEA DE CIENCIAS Y ARTES
ESPAÑA**


EL FUTURO DEL MODELO SANITARIO. UNA PRIMERA APROXIMACIÓN

EDITA:

© Academia Europea de Ciencias y Artes

DEPÓSITO LEGAL: M-29.229-2008

PREIMPRESIÓN, IMPRESIÓN Y ENCUADERNACIÓN:

 Sociedad Anónima de Fotocomposición
Talisio, 9. 28027 Madrid

Índice

INTRODUCCIÓN	9
PRESENTE Y FUTURO DE LA MEDICINA ESPAÑOLA	11
El contexto social	11
El contexto técnico de la medicina	11
Características de la asistencia médica actual	11
<i>Medicina curativa</i>	12
<i>Medicina paliativa</i>	12
<i>Medicina preventiva</i>	12
<i>Medicina predictiva</i>	12
La investigación científico-médica en España	13
La formación del médico en España	14
La medicina del deseo	15
Logros de la Medicina Pública Española	16
ASPECTOS ECONÓMICOS Y FINANCIEROS DE LA SANIDAD EN ESPAÑA	17
Aspectos económicos generales	17
El envejecimiento de la población, cuestión central	17
Estructura y evolución reciente del gasto sanitario en España	18
El caso especial del gasto en prestaciones farmacéuticas	20
Eficacia y eficiencia de la asistencia sanitaria española	21
Aspectos éticos relacionados con la Economía de la Salud	22
Aspectos Financieros	23
Posibles líneas de actuación para la sostenibilidad y mejora del SNS	23
DESARROLLO Y REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	25
Introducción	25
Escenario	25
Propuestas de reforma y desarrollo	26
<i>La singularidad del SNS español como fuente de problemas</i>	27
— Análisis	27
— Propuestas	27
<i>Cobertura asistencial</i>	28
— Análisis	28
— Propuestas	29
<i>Cartera de servicios y prestaciones</i>	29
— Análisis	29
— Propuestas	30
<i>Organización y niveles asistenciales</i>	31
— Análisis	31
— Propuestas	31
<i>Uso racional de medios diagnósticos y terapéuticos</i>	31
— Propuestas	32
<i>Investigación</i>	32
EQUIPO INVESTIGADOR	33
DOCUMENTOS ADJUNTOS (<i>PEN-DRIVE</i>)	37

Introducción

Una sociedad moderna se basa fundamentalmente en el conocimiento. En los últimos tiempos las ciencias médicas han logrado avances significativos en muchos aspectos de la salud, especialmente los relacionados con el aumento de la esperanza de vida y el control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, así como también en un mayor conocimiento acerca de los aspectos sanitarios y los diversos factores que alteran o distorsionan la equidad en los sistemas y servicios de salud.

El desarrollo tecnológico, la biotecnología, la telemática, entre otros, vienen contribuyendo a una extraordinaria aceleración del proceso de investigación en todos los campos de las Medicina. Estos cambios, en el campo de la salud, además de mejorar las posibilidades diagnósticas y terapéuticas, crean las condiciones para modificar y homogeneizar sustancialmente los patrones de consumo, las formas de comportamiento, los estilos y las conductas de vida saludables, así como otros valores y conceptos que tienen decisivo impacto en la salud de la población.

Dentro de este contexto, la DELEGACIÓN ESPAÑOLA DE LA ACADEMIA EUROPEA DE CIENCIAS Y ARTES ha desarrollado un ambicioso Proyecto para el estudio en profundidad del sistema de Salud en España y de su posible evolución en el futuro de la Europa en el siglo XXI.

La Dirección del Equipo investigador corre a cargo de nuestro Vicepresidente Profesor Rubia Vila, y de los Profesores Académicos Segovia de Arana, García Barrero, Juan Velarde y Daniel Martín Mayorga, quienes asumen la responsabilidad de definir las grandes líneas y enfoques multidisciplinares de este trabajo para el establecimiento de un paradigma común de la Salud europea. Un Comité de Expertos, integrado en este momento por 18 investigadores, constituye la plataforma que se ha responsabilizado del desarrollo y coordinación de esta investigación.

El presente Documento recoge los primeros resultados y conclusiones del Proyecto. Se pretende utilizarlo como principal soporte documental en los debates sobre su contenido y recomendaciones, que vamos a organizar en las diferentes Comunidades Autónomas que colaboran con nuestra Academia. Una vez incorporadas al documento las sugerencias planteadas en los diferentes Debates-Encuentros que se celebren, la Academia publicará un Libro Blanco sobre El futuro del Modelo Sanitario en nuestro país.

Este Documento incluye un pen-drive con todos los informes parciales que soportan las diferentes conclusiones a las que han llegado los Grupos de Trabajo.

DELEGACIÓN ESPAÑOLA DE LA
ACADEMIA EUROPEA DE CIENCIAS Y ARTES

Presente y futuro de la medicina española

Durante el pasado siglo se ha producido un gran avance de la medicina científica junto con el gran desarrollo de sus características sociales. Ha surgido el concepto de Biomedicina que engloba las actividades clínicas con la genética, la biofísica, la inmunología y otras disciplinas médicas. La Biomedicina está impulsando poderosamente la investigación científica con nuevas técnicas de tipo molecular que benefician extraordinariamente los conocimientos médicos básicos.

Los protagonistas fundamentales de la asistencia médica son el médico y el enfermo, modificándose la relación directa entre ambos por una asistencia colectivizada cuyo entorno actual lo constituye el trabajo en equipo en el que junto al médico, colaboran técnicos sanitarios y administrativos, encuadrados en un complejo industrial de salud, responsable también del pago de los servicios.

En la actualidad, la demanda de servicios no se refiere sólo a los aspectos curativos, sino también a los paliativos, preventivos y rehabilitadores.

El contexto social

Un rasgo de la época actual es que la sociedad humana vive un proceso de globalización cultural y económico acelerado junto a un aumento de los particularismos. Se han producido también posibilidades de difusión instantánea de la información a través de la televisión y de la red virtual informatizada (Internet). Hay también una confianza ilimitada en el progreso científico.

El contexto técnico de la medicina

Se caracteriza por:

- a) el predominio médico occidental
- b) coexistencia con medicinas tradicionales en India y China.
- c) traslocación de servicios.
- d) turismo médico.
- e) coexistencia con medicinas alternativas.
- f) control del riesgo (judicialización y medicina defensiva).

Características de la asistencia médica actual

Hoy día la Sanidad puede considerarse el gran escenario de la sociedad moderna donde cada individuo desarrolla su vida personal y social.

La salud no es sólo un bienestar físico, mental y social, sino también un valor cultural que constituye la base del concepto moderno de Sanidad, que tiene su mejor expresión en los Sistemas Nacionales de Salud. Estos se iniciaron a finales del siglo XIX en Alemania, extendiéndose en el siglo XX, con diferentes

modalidades, por el resto de los países europeos. En España, el Seguro Obligatorio de Enfermedad empieza a funcionar en 1944 transformándose en el Servicio Nacional de Salud con la ley General de Sanidad de 1986.

La universalización de la asistencia sanitaria conseguida por el SNS español, es un gran avance social y su financiación pública permite a todos los españoles el acceso a los servicios médicos, tanto hospitalarios como extra hospitalarios que ofrecen una gran calidad asistencial.

La situación técnico científica de la Medicina actual permite desarrollar las siguientes modalidades de actuación:

Medicina curativa

Desde su origen la aspiración máxima de la medicina ha sido curar la enfermedad y restablecer la salud. Esto no se consigue siempre ya que el proceso morbosos puede dejar secuelas en forma de minusvalías o discapacidades, en cuyo caso la medicina procura minimizar dichas secuelas.

Medicina paliativa

Se justifica cuando la acción curativa no es posible y es preciso entonces cuidar al enfermo eliminando o disminuyendo su sufrimiento.

Medicina preventiva

Constituye actualmente una de las acciones sanitarias más importantes y valiosas en todos los campos de la medicina. Aunque no se ha conseguido la prevención de todas las enfermedades, en algunas, como en ciertas infecciosas agudas se ha conseguido la erradicación de las mismas (por ejemplo la viruela) y se han introducido los conceptos de factor de riesgo y factor de protección.

Medicina predictiva

Es la que se basa en el conocimiento de marcadores genéticos de susceptibilidad para determinadas enfermedades. Es de carácter probabilístico y actúa sobre individuos concretos. Al aplicarla, su naturaleza obliga a considerar aspectos éticos de gran trascendencia, referentes al paciente y a sus familiares, así como a su entorno social. En el año 2001 se lanzó la hipótesis de genetización de la cultura que se ocupa de la interacción entre la medicina, la genética, la sociedad y la cultura en el mundo occidental.

La Farmacogenética va a proporcionar datos revolucionarios para la terapéutica. Forma parte de la actual genetización de la medicina que a su vez es expresión de la genetización de la sociedad actual.

Un ejemplo de la transformación de la medicina es la Biónica que es una tecnociencia que implanta materiales exógenos no biológicos, en el cuerpo animal.

Los cuatro paradigmas de la medicina (la curativa, la paliativa, la preventiva y la predictiva), reflejan las cuatro formas históricas de la medicina que son

curar, cuidar, prevenir y predecir, que ahora se presentan con un desarrollo tecnológico sumamente eficaz.

El gran progreso científico y tecnológico de la medicina actual ha conducido al trabajo en equipo y al desarrollo de las especialidades médicas, fundamentalmente en el hospital moderno, que dentro de la medicina pública tiene su origen en 1964 con la introducción de la asistencia jerarquizada en departamentos y servicios, junto con la docencia y la investigación.

En la actualidad puede afirmarse que en España se dispone de una medicina científica que permite la objetivación de la medicina clínica mediante adecuados análisis bioquímicos y el empleo de las exploraciones tecnológicas modernas de diagnóstico de imagen como la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética y la tomografía por emisión de positrones. A esto se añade la medicina molecular basada en la genómica humana y los modernos estudios sobre funcionamiento del cerebro que están suministrando las investigaciones en neurociencias que están adquiriendo un gran desarrollo a partir de la llamada década del cerebro iniciada en los años noventa del pasado siglo.

La investigación científico-médica en España

La investigación científica en España en el campo de la medicina y de la biología se inicia brillantemente con la escuela de Cajal que alcanzó un gran nivel internacional entre los años 1920 a 1939 en que se interrumpió por la guerra civil. Tuvo grandes discípulos como Pio del Río Ortega, Tello, Lorente de No y Castro. Resulta extraordinario que las ideas y trabajos de Cajal sigan teniendo una completa actualidad en las neurociencias de nuestros días.

A imitación de los institutos de patología experimental europeos, el Dr. Jiménez Díaz fundó en 1936 el Instituto de Investigaciones Médicas. Con el mismo propósito se crearon el Instituto de Medicina del Dr. Marañón y el Instituto de Patología del Dr. Enríquez de Salamanca.

Un impulso importante para la investigación médica se produjo en nuestro país con el desarrollo hospitalario moderno impulsado por la Seguridad Social desde la década de los años 60. La investigación hospitalaria, hecha con criterios distintos a los tradicionales, empezó a realizarse en centros como la Fundación Jiménez Díaz, el Hospital General de Asturias, la Clínica Puerta de Hierro, la Residencia de la Fe en Valencia, el Hospital Ramón y Cajal, el Hospital Gregorio Marañón de Madrid y el Hospital de la Princesa, también en Madrid, centros en los cuales se van instalando unidades o servicios de investigación básica que prestan apoyo técnico a la investigación clínica creando un ambiente propicio para la observación, la experimentación y el desarrollo de la llamada investigación traslacional. Hoy día son numerosos los centros hospitalarios de Barcelona, Sevilla, Santander, Pamplona, La Coruña, Valencia, Granada, etc. en los que se van creando núcleos de investigación clínica con una visión moderna más de acuerdo con las exigencias técnicas actuales.

En este progreso de la investigación médica hospitalaria tiene un papel decisivo la creación en 1980 del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social (FIS). Entre sus objetivos se contaban: a) fomentar la investigación científica mediante la subvención de proyectos y creación de infra-estructuras de investigación en los centros hospitalarios y b) formación de investigadores a través de becas de iniciación a la investigación, becas de ampliación de estudios

en el extranjero, bolsas de viaje, publicaciones científicas y organización de congresos y seminarios.

En abril de 1986 se promulga la ley de Fomento y Coordinación General de la investigación Científica y Técnica que crea la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología (CICYT) y el Plan Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (PLANICYT), en cuya segunda convocatoria, realizada en 1999, se ofrecieron ayudas de investigación sobre cáncer, sida, medio ambiente, estilos de vida, enfermedades cardiovasculares, geriatría, genoma humano, desarrollo de tecnologías sanitarias del sistema de salud, inmunología y toxicología.

Dentro de los programas sectoriales del Consejo Superior de Investigaciones Científicas se incluyen subprogramas relacionados con la salud y que afectan a la promoción general del conocimiento en ciencias de la vida, a la biotecnología y a las ciencias médicas y de la salud.

En 1986 la ley General de Sanidad crea el Instituto de Salud Carlos III destinado a la promoción y desarrollo de la investigación sanitaria. Dispone de la subdirección general de salud en la que se incluyen centro de microbiología, de virología, inmunología, biología celular y retrovirus, investigación clínica y medicina preventiva. Dispone también de la subdirección general de control con centros de alimentación, farmacobiología y sanidad ambiental. Se incluye igualmente la subdirección general de formación y perfeccionamiento del personal en la Escuela Nacional de Sanidad, así como una subdirección general de Investigación.

La creación por parte del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de las llamadas unidades mixtas de investigación que se localizan en centros hospitalarios preparados para ello, es un gran proyecto que merece la máxima atención. En igual sentido hay que considerar las acciones que en la misma línea pueden hacer las fundaciones privadas, interesados en la promoción de la investigación biomédica en España siguiendo los brillantes ejemplos que nos dan otros países.

Recientemente, en el pasado año, se ha promulgado una ley sobre investigación biomédica que consolida y amplía las posibilidades de la investigación médica en España.

La formación del médico en España

El contexto docente actual en España debe atender a la adquisición de conocimientos y al desarrollo de habilidades y actitudes del futuro médico.

Las fases o períodos de esta formación comprenden:

- a) formación pregraduada.
- b) formación post graduada.
- c) formación médica continuada.

Todos estos períodos son exigidos por la asistencia colectivizada para constituir la carrera profesional del médico.

En la mayoría de las Facultades de medicina españolas la formación pregraduada se basa en la transmisión oral de conocimientos (clase magistral), con distribución de las asignaturas en compartimentos estancos, sin formulación de objetivos docentes específicos (conocimientos, habilidades, actitudes).

La formación post graduada se ha desarrollado positivamente a través del sistema de médicos internos y residentes (MIR), basado en los principios de formación en servicio y aprendizaje por autodescubrimiento del propio médico.

Sería necesaria una mayor coordinación de la formación pregraduada con la postgraduada. Es esperanzadora en este sentido la actual y progresiva transformación en universitarios de muchos hospitales terciarios del sistema nacional de salud.

La medicina del deseo

La Medicina estética (especialmente en su vertiente quirúrgica), apareció como primera muestra de lo que más adelante se ha llamado medicina del deseo. Es decir, la práctica médica no destinada a suprimir la enfermedad, el dolor o el sufrimiento directo, sino a satisfacer deseos de mejorar por parte del usuario que no es propiamente un enfermo que solicita los servicios sanitarios sino alguien «sano» que solicita una mejora en algún aspecto de su vida que la tecnología médica puede proporcionarle. Actualmente se está considerando la idea de si se está produciendo o no una progresiva medicalización de la vida, al solicitar asistencia médica no por padecer una determinada enfermedad sino por el deseo de mejorar alguna condición personal.

Publicaciones recientes señalan que los avances en la *farmacología* y especialmente en la *psico-farmacología* están produciendo un desplazamiento desde su uso estrictamente terapéutico a un uso de mejora, es decir a la demanda de medicamentos por parte de personas que aspiran a mejorar su estado de ánimo, su memoria o sus funciones ejecutivas. La cuestión es como la medicina ha de afrontar estas demandas basadas en deseos y no en necesidades tal y como éstas son consideradas clásicamente. La distinción entre mejora y tratamiento queda así desdibujada. Una posible solución consiste en acogerse a los postulados clásicos de la no maleficencia, de ineficiencia y autonomía, pero no queda claro cómo ha de ser la aplicación de sus criterios en cada caso concreto. El concepto que está surgiendo de «medicina demanda» o «medicina a la carta» sugieren la posibilidad de una medicina subjetiva, es decir medicina del deseo, que algunos propugnan que habrá de estar sujeta a la recomendación y al eventual veto del médico.

Es evidente que la medicina del deseo va a convertirse en una forma nueva de la asistencia médica. El médico tiene que considerar que el paciente que acudió a su consulta ya no es un aliado o un ser al que hay que cuidar sino un potencial enemigo que a través de la judicialización del acto médico, que frecuentemente obliga al profesional a practicar una medicina defensiva (con las grandes consecuencias de todo orden que esto implica) cambiando de esta forma la tradicional relación médico-enfermo de tipo protector dentro de una relación pura de cuidado, en una demanda de deseo realizada no por un paciente sino por un potencial enemigo.

La medicina del deseo abre una puerta a la profunda modificación del paradigma de la atención médica y a los mismos límites tradicionales de la demanda de asistencia. Es un tema de futuro inmediato que necesita ser meditado y analizado cuidadosamente.

Logros de la Medicina Pública Española

Durante los años de su desarrollo el SNS español ha conseguido unos logros importantes que han influido decisivamente tanto en la calidad de la asistencia como en la salud general de los españoles, corrigiendo las desigualdades sociales que tradicionalmente existían en la asistencia médica.

El SNS tiene un dispositivo clínico de servicios y prestaciones de las más extensas del mundo y ha conseguido, a partir de la Ley General de Sanidad de 1986, la universalización de la asistencia médica que actualmente cubre a toda la población española. Los niveles de la calidad técnica y profesional del sistema son altos. Como datos representativos de la salud general de la población española en el momento actual pueden fijarse los siguientes: la esperanza de vida al nacer en España es de 75,3 años para los hombres y 82,1 para las mujeres. La mortalidad infantil (4 por mil nacidos vivos) nos coloca también entre los mejores países del mundo.

En nuestro país, junto con la transición demográfica que ha llevado al envejecimiento masivo de la población, se ha producido también la transición epidemiológica pasándose del predominio de procesos agudos infecciosos y parasitarios, con una elevada mortalidad oscilante entre los 30 y 50 por 1.000 habitantes, al predominio de procesos crónicos y degenerativos (cáncer, arteriosclerosis, procesos cardiovasculares, enfermedades neurodegenerativas, obesidad, diabetes tipo II) con una mortalidad de 9,3 por 1.000 habitantes, una de las más bajas de la comunidad europea.

Aspectos económicos y financieros de la sanidad en España

Aspectos económicos generales

El modelo castizo o de aislamiento que caracterizó a la política económica española durante mucho tiempo explica, en buena medida, el bajo nivel de nuestra economía desde finales del siglo XIX y principios del XX, y éste, a su vez, la desnutrición generalizada en la población y el alto grado de morbilidad imperante hasta bien entrada la pasada centuria. Sólo a partir de 1959 comienza a superarse aquel modelo de desarrollo económico y a ser sustituido por otro de franca apertura al exterior, que culminará con la incorporación de España a la eurozona como socio fundador. Hoy, de los 177 países considerados en el *Informe sobre Desarrollo Humano. 2006*, nuestro país ocupa el décimo lugar, con una esperanza media de vida al nacer de 79,7 años, superior, entre otras, a la de Alemania (78,9), Francia (79,6), Estados Unidos (77,5) y Reino Unido (78,5).

La amenaza que en la actualidad acecha a nuestra sanidad no procede ya del precario nivel nutricional, sino más bien de todo lo contrario. Como en otros países desarrollados, los problemas proceden ahora del cambio en los hábitos alimentarios y de sus consecuencias (sobrepeso, obesidad, hipertensión, etc.), así como de las secuelas del alcoholismo y el consumo de drogas, factores, todos ellos, relacionados con los más elevados niveles de renta y que, unidos al envejecimiento demográfico y a la inmigración, explican la progresiva expansión del gasto sanitario durante las últimas décadas, prefigurando un problemático futuro para el Servicio Nacional de Salud (SNS).

El envejecimiento de la población, cuestión central

Existe una influencia recíproca entre el estado sanitario de una sociedad y sus rasgos demográficos. Quizá el ejemplo actual más significativo de esta relación lo constituya la epidemia de VIH/SIDA que sufren determinadas poblaciones africanas. Las consecuencias no se limitan a la mortalidad, que crece en términos absolutos mientras disminuye la esperanza de vida al nacer, sino que alcanza también a la fecundidad, al crecimiento de la población y a su estructura por edades. Y todo ello redundo, naturalmente, en la propia economía (mercado laboral, nivel de pobreza, nivel y estructura del consumo, etc.) y en las instituciones sociales (sistemas de seguridad social, sanitario, educativo, etc.).

La creciente movilidad demográfica a escala planetaria derivada del proceso de globalización económica, está suponiendo el trasvase a los países más desarrollados de determinadas enfermedades prácticamente erradicadas en ellos desde hace tiempo —como la tuberculosis—, e incluso de patologías desconocidas que imponen la necesidad de reforzar los mecanismos adecuados de control.

Pero, sobre todo, el envejecimiento poblacional constituye uno de los factores más relevantes en cuanto al futuro de la sanidad española, como en rela-

ción con otros aspectos fundamentales del Estado de Bienestar (sistema de pensiones, etc.). A principios del siglo XX la esperanza media de vida al nacer era en España de 35 años para ambos sexos, mientras que hoy es de 77 años para el hombre y de 83 para la mujer. El 80% de los varones y el 90% de las hembras llegan actualmente a viejos, es decir, consiguen rebasar la edad de 65 años. A 1 de enero de 2007, la población de 65 años y más era de 7,5 millones de personas (el 17% de la población española) y las estimaciones disponibles para el año 2050 cifran este segmento de la pirámide poblacional en torno a los 16 millones de personas, esto es, aproximadamente, en el 30% de la población total; lo cual quiere decir que para mediados de siglo casi un tercio de dicha población será económicamente dependiente.

El envejecimiento demográfico de nuestro país es, además, un fenómeno *progresivo e irreversible*. Progresivo, pues puede decirse que habrá «cada vez más viejos cada vez más viejos» o, expresado de otra forma, que está operándose «un envejecimiento de la propia vejez» (aumenta progresivamente el número y proporción de septuagenarios, octogenarios, etc., elevándose aceleradamente, por tanto, la edad media del conjunto de la población). Pero es que se trata también de un proceso con imposible retorno. Para corregirlo sería necesario que el índice de fecundidad se elevase desde su nivel actual (1,3 hijos por mujer en edad fecunda) al valor de 6 o más. Lo cual resulta materialmente imposible. Teóricamente, otra vía para el rejuvenecimiento demográfico sería dar acogida a una fuerte inmigración que alimentase los efectivos de población ya adulta pero joven, de modo que la propia fecundidad de ésta engrosase suficientemente el número de jóvenes. Ello exigiría, sin embargo, un volumen tal de inmigración que resulta prácticamente imposible. Estos rasgos del envejecimiento de la población española poseen el mayor alcance desde el punto de vista del futuro de la sanidad, pues la salud comienza a deteriorarse a partir de los 45-50 años de edad para intensificarse después de manera progresiva.

Así pues, el envejecimiento conlleva un aumento del gasto sanitario y una disminución paralela de las exacciones públicas necesarias para su financiación. Como las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, las supervivientes solas y las viudas incrementarán la tasa de dependencia, que también se elevará como consecuencia de que alrededor del 30% de la población se encuentra por debajo del umbral de pobreza relativa. Todo apunta, por tanto, a un significativo desequilibrio financiero del sistema de cara al futuro.

Conviene anotar también que la distribución geográfica del envejecimiento poblacional es muy irregular. En la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, por ejemplo, la población mayor de 65 años representa el 22,5% del total, mientras que en las de Ceuta y Melilla o Canarias, sólo supone el 5,9% y 12,4%, respectivamente. Esto tiene indudable importancia referido a un sistema de salud tan fragmentario como el español, basado en la total transferencia de competencias por parte del Estado a favor de las Comunidades Autónomas.

Estructura y evolución reciente del gasto sanitario en España

Los factores impulsores del gasto sanitario que acaban de señalarse vienen ya operando eficazmente desde hace tiempo. Así, durante el decenio 1995-2004, dicho gasto casi se duplicó, pasando de 21.545,9 millones de euros a

41.772,3 millones. Y durante el trienio 2004-2006 se ha incrementado en un 16%, situándose en 48.650 millones de euros, lo que representa prácticamente el 5% del PIB nominal del último año indicado. A las causas arriba expuestas de este fenómeno cabe añadir, entre otras: 1.^a) el importante incremento demográfico debido a la inmigración (4,48 millones de residentes más durante la última década, según el censo de 2006); 2.^a) la universalización de la cobertura asistencial sanitaria, a cuyos efectos sobre el gasto habría que agregar los del reconocimiento del derecho a la reagrupación familiar de los inmigrantes; 3.^a) la implantación generalizada de nuevas tecnologías sanitarias caracterizadas por un alto coste de inversión y unos gastos de aplicación y mantenimiento igualmente elevados, al precisar de un personal facultativo cada vez más cualificado; 4.^a) la tendencia a la informatización de la gestión hospitalaria en sus distintas fases y documentos; 5.^a) la concienciación social acerca de las ventajas de la medicina *preventiva* y la positiva estimación de la opinión pública acerca de la eficacia de la asistencia sanitaria española; 6.^a) los efectos que sobre el gasto se derivan de la llamada medicina *defensiva* (consecuencia de la necesidad de dar respuesta a la actitud cada vez más reivindicativa y contenciosa de los demandantes de los servicios sanitarios, al objeto de evitar posibles supuestos de responsabilidad civil); y 7.^a) ha de señalarse, finalmente, el efecto paralelo que sobre los costes fijos del SNS, sobre todo, ha supuesto el proceso de fragmentación del mismo consiguiente a la cesión de competencias en materia de sanidad a las 17 Comunidades Autónomas, desaprovechando, por otra parte, las economías de escala propias de la gestión centralizada del sistema.

El análisis del gasto sanitario según categorías económicas revela que, en 2003, el 66,5% del mismo correspondía a remuneraciones del personal y consumos intermedios (recetas médicas, reintegros para prótesis y aparatos terapéuticos), el 5,2% a gastos derivados de los conciertos (transporte sanitario y atención especializada de diagnóstico), y sólo el 3,8% a gastos de capital. Según la clasificación funcional del gasto, la partida más importante estaba representada por los servicios hospitalarios y especializados, con un 53,7% del total, seguidos por los gastos farmacéuticos, con un 23,3%, y de los servicios primarios de salud, con un 14,2%; el resto, 9,8%, correspondía a gastos de capital (3,7%), servicios colectivos de salud (2%), y otros gastos (4,1%). Quiere ello decir que cualquier política que pretenda instrumentarse para la contención del gasto sanitario deberá centrarse preferentemente en la racionalización y mejora de los gastos consuntivos, que representan alrededor del 70% del total, así como del gasto farmacéutico, respecto de cuya importancia España se encuentra en uno de los primeros puestos del *ranking* elaborado por la OCDE en 2003.

Además de la importancia del gasto farmacéutico, conviene señalar los rasgos adicionales del gasto sanitario español. Es el primero el relativo a su dimensión medida como porcentaje del PIB. Con referencia a 2002, el gasto total (público más privado) representaba el 7,2% del PIB, es decir, una proporción equivalente a Austria, Finlandia, Italia y Noruega, y ligeramente inferior a la de Australia, Bélgica, Holanda, Islandia, Portugal y Suecia. Alemania, Estados Unidos, Francia, Grecia y Suiza, dentro de la OCDE, mostraron por el contrario porcentajes muy superiores, con el 10,7%, 12,5%, 9,2% y 10,5% respectivamente; e Irlanda, Japón y Reino Unido, porcentajes sensiblemente inferiores, con el 6%, 6,3% y 6,1%, respectivamente.

La segunda característica destacable es que la proporción del gasto sanitario público sobre el total del gasto sanitario no se desvía demasiado de la tónica predominante en la OCDE, si exceptuamos los casos de Estados Unidos, Grecia

y Suiza, países en los que dicha proporción es inferior. En España era del 72% en el año indicado más arriba.

Otro aspecto importante es el relativo a la distribución espacial del gasto por Comunidades Autónomas. Entre 1995 y 2004, el gasto sanitario público por habitante se duplicó prácticamente, al pasar de una media nacional de 502,2 euros a 998,8 (el Informe SANILINI da, para 2006, 1.139 euros). En el primero de dichos años eran ocho las Comunidades Autónomas que rebasaban el gasto medio por habitante, pero sobre todo Asturias, con 593,4 euros, Navarra, con 595,0, y el País Vasco, con 606,7 euros. En 2004, Las Comunidades que sobrepasaban la media fueron también ocho, si bien Aragón y Castilla-León fueron sustituidas por Cataluña y La Rioja.

En cuanto a las desigualdades regionales relativas a infraestructuras sanitarias y a equipos de alta tecnología médica, la dispersión que muestran los datos disponibles, correspondientes al año 1999, es muy acusada. Baste señalar que en ese año el número de camas por 100.000 habitantes era para Cataluña de 506,7, mientras que para Castilla-La Mancha ascendía sólo a 318,9. Si atendemos al número de camas para geriatría y larga asistencia por 100.000 habitantes, tan notable diferencia se mantiene en relación con las mismas Comunidades situadas en los extremos: Cataluña, 99; y Castilla-La Mancha, 0,0. Por lo que respecta a la disponibilidad de equipos médicos, parece suficiente señalar también que, siendo la media nacional de aparatos de tomografía axial computerizada (TAC) de 11,3 aparatos, en Baleares era de 20,7, mientras que en La Rioja ascendía a 7,5. Si consideramos los aparatos de resonancia magnética (RM) podemos comprobar un recorrido semejante: situándose la media nacional en 4,5 aparatos, Baleares tenía 8,5, en tanto La Rioja y Ceuta y Melilla tenían 0,0. Pautas parecidas de dispersión pueden señalarse en relación con los aparatos de angiografía por sustracción digital y otros.

El caso especial del gasto en prestaciones farmacéuticas

Como queda dicho, este componente del gasto sanitario reviste particular importancia, no sólo por su peso relativo en el conjunto del gasto (cerca de la cuarta parte del mismo), sino por su interferencia en el funcionamiento normal de todo un sector de la economía: el de la industria farmacéutica.

Hasta 1967, el modelo español consistió en la total cobertura pública de las prestaciones farmacéuticas (ausencia de copago) acompañada de una política de precios administrados. Los Pactos de la Moncloa de 1977 incrementaron significativamente el copago previamente establecido (exceptuando del mismo a los pensionistas y a los enfermos crónicos y de larga duración) y reformaron el control de los precios de los fármacos, aprovechando la situación de práctico *monopsonio público* del sector. A partir de 1993, manteniéndose básicamente este modelo, se procuró, no obstante, introducir elementos de mercado en los criterios de regulación, así como incentivos en el lado de la demanda.

En la actualidad, el sistema de regulación del gasto en medicamentos consiste en limitar la financiación pública a sólo una lista de productos autorizados por la Administración sanitaria, lista que ha ido ampliándose progresivamente. La determinación de los precios de adquisición de esos productos se realiza por el método de adición, sumando a los costes de las distintas fases de producción

y comercialización un margen de beneficio fijado administrativamente. Huelga decir que este método goza de escasa aceptación no sólo por su ignorancia de los aspectos relativos a la eficiencia que proporciona la libre fijación de los precios, sino también por las dificultades que entraña su aplicación. De ahí que en la práctica la regulación de precios se verifique mediante el método de «competencia por comparación». El Ministerio de Sanidad fija como precio de compra de cada producto el más bajo de la Unión Europea.

La promulgación de la Ley de Patentes (1986) con el fin de proteger a las empresas innovadoras de la comercialización de «copias» de los medicamentos nuevos durante el período de vigencia de la patente, ha permitido también el desarrollo del mercado de medicamentos genéricos, propiciando de este modo la innovación farmacológica y un cierto grado de competencia comercial.

Sin embargo, la aplicación de los anteriores mecanismos de regulación en el mercado de productos farmacéuticos no ha logrado satisfacer a los agentes en él implicados, de manera que el sector empresarial aspira a un cambio en el modelo actual que permita cohesionar los intereses público y privado mediante la creación de un marco regulador estable que garantice el acceso a los medicamentos innovadores, la contención del gasto público y el máximo desarrollo de la industria farmacéutica.

Eficacia y eficiencia de la asistencia sanitaria española

El carácter de la sanidad como *bien de mérito*, que genera beneficios individuales pero también sociales, y la propia complejidad de los objetivos del SNS (garantizar la universalidad, la igualdad y el equilibrio interterritorial de los servicios correspondientes) dificultan la cuantificación de los beneficios sociales que genera, imposibilitando la aplicación del análisis coste-beneficio como guía para su correcta programación económica. Pero si existen dificultades para medir la eficacia —no digamos la eficiencia— del SNS, sí se poseen, en cambio, datos acerca de la valoración que el mismo merece a la población por él protegida.

Según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), en 2005 la valoración social de los centros de salud era notablemente positiva: el 53,1% del estrato poblacional más joven de la muestra (18-25 años de edad) calificaba a dichos centros de *bastante* o *muy eficaces*; y en cuanto al estrato de edad superior (80 años y más), el 86,5% les otorgaba la misma calificación. Un estrato intermedio, como el de 50-64 años, se pronunciaba favorablemente en un 68,5%. Atendiendo a la clase social subjetiva de los encuestados, el mismo estudio arrojaba los siguientes resultados: para el 68,4% de la clase alta y media-alta, la valoración era bastante o muy positiva; para los de la clase media-media, ese porcentaje era del 61,9%; y para los de la clase baja, del 61,9%.

Por lo que respecta a la eficacia de la red hospitalaria, la valoración de los encuestados puede sintetizarse como sigue: 1.º) Por tramos de edad, la valoración *muy* o *bastante* positiva era del 49,9% para los encuestados de 18-29 años de edad; del 61,2% para los de 50-59 años; y del 74,6% para los de 80 y más años. 2.º) Por clase social subjetiva: clase alta y media-alta, el 65,4%; media-media, el 58,1%; y baja, el 57%.

La positiva valoración social acerca de la eficacia de los instrumentos fundamentales del SNS contribuye a explicar la significativa demanda que de sus servicios ejercen las personas residentes en otros países de la Unión Europea, en el marco de lo que ya se conoce como «turismo médico», pendiente de regulación por las instancias comunitarias al objeto de arbitrar mecanismos de compensación entre los países miembros para el resarcimiento de los gastos incurridos por prestaciones a los residentes comunitarios no nacionales.

Aspectos éticos relacionados con la Economía de la Salud

Por sus indudables implicaciones en relación con la eficacia e incluso con la eficiencia del SNS conviene, aunque sea muy brevemente, recoger algunas consideraciones relativas a los aspectos éticos de la sanidad como elemento central del Estado de Bienestar.

Si los fines de la sanidad consisten en *prevenir* la enfermedad, *curar* y *aliviar* al enfermo, la relación entre éste y el profesional sanitario, dada la condición de ambos como personas, no es una mera relación científica o técnica, sino una relación estrictamente humana. Con frecuencia, el éxito de la atención sanitaria, es decir, su eficacia, depende de la asunción de este hecho que se proyecta en una triple vertiente: la correspondiente a la función del médico; la relativa al profesional de enfermería; y la del gestor administrativo en el más amplio sentido.

Por lo que se refiere a la función eficaz del médico, cabe distinguir dos clases de exigencias: *ad intra*, ha de quedar garantizada una sólida formación moral, científica y técnica por parte del facultativo que permitan depositar en él la necesaria confianza del enfermo para su alivio y eventual recuperación. *Ad extra*, es preciso que en las esferas ambulatoria, clínica y quirúrgica el médico sea capaz de adaptarse a la singularidad del enfermo como persona, lo cual exige un tratamiento igualmente singularizado o, más exactamente, *personalizado*. Ambas clases de exigencias remiten en última instancia a factores no sólo cuantitativos, económicos o de medios materiales para la adecuada formación del médico, sino también cualitativos que contribuyan a su formación humana y moral.

Lo mismo hay que decir respecto a los profesionales de enfermería e incluso de los gestores de los centros sanitarios, que tienen atribuida la administración de unos recursos frecuentemente escasos para el cumplimiento de su función. Existe también una ética orientada al mejor uso de los mismos, de manera que pueda lograrse la máxima eficacia posible del conjunto de la organización.

Carecemos de información relativa a la idoneidad del sistema sanitario español en relación con estos extremos, aunque quizá los datos anteriormente recogidos acerca de la valoración del SNS por parte de sus beneficiarios permitan inferir alguna conclusión al respecto. En todo caso, las exigencias de la bioética y de la ética médica han de plantear —están planteando ya— arduos problemas a sociedades como la nuestra, gravemente desvalorizadas.

Aspectos Financieros

El método de financiación de la sanidad española ha evolucionado desde el originario sistema de cotizaciones a cargo de los beneficiarios, a un modelo de financiación pública basado en recursos obtenidos por vía impositiva, en consonancia con la universalización de las prestaciones del SNS.

No es este el lugar para analizar en pormenor la compleja problemática que plantea el actual sistema español de financiación sanitaria derivado del Estado de las Autonomías, aunque sí lo es para señalar las disfunciones que el mismo ocasiona en orden a garantizar un SNS que proporcione un nivel homogéneo de protección sanitaria en el plano territorial. En este sentido, conviene recordar el reciente pronunciamiento de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) en el sentido de la conveniencia de «recentralizar» el SNS a ejemplo de lo que viene ocurriendo en el resto de Europa. La convivencia de regímenes tributarios especiales (País Vasco, Navarra, Canarias, Ceuta y Melilla) y de territorios de régimen fiscal común, a los que se ha reconocido capacidad normativa propia en materia incluso de impuestos estatales transferidos o participados, aboca necesariamente a capacidades de financiación diversas por parte de las Comunidades Autónomas y, por tanto, a niveles de atención sanitaria también diferentes.

Interesa aquí, sobre todo, considerar en qué medida el propio sistema de financiación sanitaria basado en impuestos se corresponde con la sanidad como *bien de mérito*, y si la financiación exclusivamente pública es la más adecuada desde el punto de vista de la necesidad de moderar el gasto sanitario. A este respecto, lo primero que hay que decir es que las fórmulas de copago como las ya aplicadas en relación con las prestaciones farmacéuticas, son correctas al margen de su posible eficacia para la contención de los gastos correspondientes. La aplicación parcial del principio del beneficio para la financiación del SNS es perfectamente acorde con el hecho de que tales gastos se traducen parcialmente en beneficios individuales y divisibles, por lo que no ha de extrañar que se exijan a los beneficiarios aportaciones singulares de las que sólo deberían quedar liberados en supuestos especiales de carencia o insuficiencia de renta, como puede ser el caso de los parados o los pensionistas. Ya el Informe Abril, en 1991, se pronunciaba a favor del copago no sólo en relación con las prestaciones farmacéuticas, sino también con otras prestaciones básicas e incluso complementarias.

Debe insistirse en que la naturaleza de la sanidad como bien de mérito, lo mismo que explica la coexistencia de los sectores sanitarios privado y público, justifica también la aplicación de fórmulas adecuadas de financiación compartida (personal y colectiva) para esta última.

Posibles líneas de actuación para la sostenibilidad y mejora del SNS

Existe común acuerdo acerca de que la sostenibilidad e incluso la mejora del SNS no dependen únicamente del aumento de sus recursos financieros. La racionalización y consiguiente mejora de la eficiencia del sistema se configuran

así como objetivos prioritarios. En este sentido suelen señalarse las siguientes líneas de actuación:

- Intensificar la autonomía en la gestión de los centros hospitalarios. Se denuncia como incongruente que la mayor empresa del país —el SNS— no se administre con criterios empresariales.
- Desarrollo de campañas informativas acerca del coste de los servicios sanitarios tendentes a la creación de actitudes responsables en el consumo de medicamentos, así como servicios de demanda no inducida o decidida por los propios usuarios. Se propugnan como necesarias, por ejemplo, las relativas a nutrición, actividad física y prevención o corrección de la obesidad, verdadera pandemia especialmente grave por su influencia en la generalización de enfermedades cardiovasculares, *diabetes mellitus* tipo 2, hipertensión arterial y ciertos tipos de cáncer.
- Privatización de los servicios no sanitarios, tales como los de cocina, limpieza, vigilancia jurada, informática y banco de datos. Incluso se sugiere la privatización de los propios centros de atención primaria.
- Extensión del sistema de copago a un conjunto más amplio de prestaciones, excluyendo del mismo a pensionistas y usuarios con rentas inferiores a un determinado nivel.
- Proceder a la «recentralización» de los servicios y medios que propicien la obtención de economías de escala, así como de los que contribuyan a la igualación de las prestaciones sanitarias básicas en todo el ámbito territorial del SNS.
- Prolongación de la edad de jubilación e introducción de los incentivos convencionales a la jubilación parcial.
- Finalmente, un aspecto fundamental a efectos de la necesaria moderación del gasto sanitario y la mayor eficiencia del SNS lo constituye la aproximación de la medicina familiar o comunitaria (310.000.000 de consultas en 2006) al domicilio familiar. Los estudios disponibles acerca de esta especialidad médica, reconocida en España como tal desde 1978, demuestran su menor coste relativo, su positiva influencia en la reducción de los costes correspondientes a los servicios propiamente hospitalarios, así como su contribución a la recuperación de la relación médico-enfermo, favorecedora de la confianza y el optimismo del paciente, tan influyentes en la mejora del nivel general de salud.

Desarrollo y reforma del Sistema Nacional de Salud

Introducción

El Sistema Nacional de Salud español tiene como precedentes el Seguro Obligatorio de Maternidad, del año 1931, el Seguro Obligatorio de Enfermedad, de 1944, y el de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social, de 1966, modelo de prestación social, de alta calidad y eficacia técnica, que dio cobertura a más del ochenta por ciento de la población y fue considerado en su día uno de los mejores del mundo.

La Constitución Española de 1978 otorga a todos los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, ubica la asistencia sanitaria en el apartado «sanidad», desvinculándola del de «seguridad social», y transfiere a las Comunidades Autónomas las competencias sanitarias, reservando para el Estado la legislación básica y la cohesión y coordinación del Sistema.

La ley General de Sanidad (14/1986, de 25 de abril) universaliza el derecho a la protección de la salud y establece las medidas que institucionalicen y organicen el modelo que la Constitución determina.

Los diferentes gobiernos sucedidos a lo largo de estos treinta años se han esforzado para determinar el actual Sistema Nacional de Salud.

Al optar por un modelo Sistema Nacional de Salud, hubo que transformar el hasta entonces vigente de Seguridad Social. Tuvo además que transitar de la gestión propia de un Estado centralista a otro Autonomista, en el que cada CC.AA. tiene la facultad de autogobierno en la materia dentro de su territorio (obviamente mucho más que descentralización).

El cambio de modelo en el marco competencial se inició en 1981 con las transferencias del INSALUD a Cataluña, culminando en 2002 al completarse a las restantes CC.AA. La Ley General de Sanidad de 1986, determina su contenido conceptual y organizativo básico; la Ley 24/1997, resultado del Pacto de Toledo, separó definitivamente la asistencia sanitaria del ámbito de la Seguridad Social.

Es imprescindible este resumen para el análisis del momento actual de nuestro Sistema Sanitario y las propuestas de reforma que le siguen.

Escenario

Encarar el futuro desde el análisis del presente precisa determinar el escenario en que presumiblemente va a discurrir el Sistema Nacional de Salud (SNS) para proponer medidas de reforma posibles. De no ser así, estrictamente posibilista, lo que sigue no pasaría de ser un ejercicio académico.

Las dos referencias fundamentales, el presente y futuro de la Medicina contextualizada en nuestro entorno y el análisis económico y financiero del Sistema, se detallan en los capítulos anteriores. Por tanto sólo apuntaremos otras de interés.

- No se contempla la posibilidad de cambios fundamentales en el ordenamiento jurídico que sostiene el SNS. En todo caso cambios coyunturales de adecuación a los nuevos tiempos y necesidades. Así se desprende de la postura continuista de los partidos políticos con representación parlamentaria, lo que no impide que, en ocasiones, sea causa de inagotables y estériles forcejeos parlamentarios.
- El funcionamiento del SNS es valorado positivamente por el 70% de los residentes en España.
- Despierta incertidumbre la disponibilidad presente y futura de profesionales sanitarios dispuestos a prestar sus servicios en el SNS, lo que es particularmente grave en el caso de los médicos: no sabemos si sobran, si faltan, ni en qué especialidades o donde sobran o faltan.
- De los aspectos demográficos interesa subrayar el envejecimiento y el fenómeno inmigratorio. Dos anexos se exponen en su análisis.
- El impacto tecnológico es imparable. Se pueden adoptar medidas de racionalización, pero su necesidad, creada o sentida, hará que su uso se sobreponga.
- La llamada medicina del deseo es propia de las sociedades desarrolladas, como es el caso de la española. En lo puramente médico y en lo relativo al confort, tienen y tendrán una importancia nada desdeñable.
- El llamativo crecimiento del aseguramiento privado sanitario, de amplia oferta y demanda creciente, es un indicador llamativo tanto de la marcha del SNS como del total de la Sanidad española. Tiene influencia directa en la disponibilidad de profesionales cualificados, así como en la de alta tecnología (hasta hace unos años privativa del sector público). Tiene su papel, sin entrar en otras valoraciones, en el escenario que comentamos.

Propuestas de reforma y desarrollo

El modelo del SNS español, como ocurre en otros sistemas europeos, acumula graves problemas de toda índole que requieren rápidas y profundas reformas. De ahí las numerosas propuestas de reforma: informe Blüm y Seehofer en Alemania, informe Dunning y plan Dekker en Holanda, el plan Griffiths y el Libro Blanco de la Reforma en Gran Bretaña... y en España, el Informe Abril de 1991 y las conclusiones de la Comisión Parlamentaria de análisis del Sistema de 1996.

Buena parte de las dificultades de los sistemas europeos son comunes y afectan por tanto al nuestro, que suma la singularidad del tránsito del modelo anterior a 1978 al actual, sintetizado en la introducción del capítulo.

Nos detendremos en las que, de una u otra forma, tendrán que abordarse en un inmediato futuro. En cada uno de ellos se separa el análisis de situación de las propuestas de reforma y desarrollo.

1. La singularidad del SNS español como fuente de problemas.
2. Cobertura asistencial.
3. Cartera de servicios y prestaciones.
4. Organización y niveles asistenciales.
5. Uso racional de medios diagnósticos y terapéuticos.
6. La Investigación y el SNS.

La singularidad del SNS español como fuente de problemas

— Análisis

La singularidad de de nuestro SNS deriva del cambio de modelo de Estado y del tránsito del modelo sanitario anterior a 1978 al actual.

Para que el derecho a la protección de la salud que establece la Constitución sea real, se requiere de los poderes públicos la adopción de medidas idóneas que, primero, garanticen el derecho a todos los ciudadanos y, segundo, organicen e institucionalicen un sistema sanitario, estableciendo las características generales y comunes sobre las que se fundamenten los servicios sanitarios en todo el territorio del Estado.

El SNS está dotado de los instrumentos adecuados para su correcto funcionamiento. La ley General de Sanidad determina su estructura básica y organizativa. Se complementa con disposiciones sucesivas, como los Reales Decretos (1994, sobre el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social; 1995, sobre ordenación de las prestaciones sanitarias; 2006, cartera servicios comunes del Sistema Nacional de Salud), y las Leyes 2001, de financiación autonómica, y 2003, de Cohesión y Calidad.

Pese a contar con un desarrollo normativo suficiente, no funciona adecuadamente en asuntos tan capitales como son la coordinación y la cohesión el Sistema, quebrando el principio de equidad y generando *per se* ineficiencias.

La fragmentación del Sistema en 17 Servicios de Salud dotados de autogobierno pleno, y un Estado con pocas competencias, pero sí con las de cohesión y coordinación, dificulta, pero no impide, un SNS cohesionado y coordinado.

La carencia de datos en temas tan importantes como el grado de utilización de los servicios, sus costes reales, las desviaciones presupuestarias o las listas de espera, no permiten un estudio concienzudo, pero es objetivamente cierto que se acentúan las diferencias asistenciales entre CC.AA., e incluso dentro de las mismas. Lo mismo cabe decir del grado de ineficiencia global del Sistema

Resolver la crisis del principio de equidad en el SNS, mejorar su eficiencia y alcanzar su cohesión y coordinación conlleva que funcionen los resortes para ello creados. Empezando por el Consejo Interterritorial de Salud, seguido por el Ministerio de Sanidad y las CC.AA., se trata de hacer realidad un desarrollo equitativo, cohesionado y coordinado del SNS.

— Propuestas

— Es precisa una revisión del marco legislativo, implícita en la legislación primigenia que dio lugar al SNS. Se ha legislado poco o mucho, pero en cualquier caso se ha desarrollado insuficientemente y se cumple menos de lo imprescindible. Además, la reforma de las deficiencias advertidas desde hace años así lo exige.

— El respeto debido a la autonomía en materia sanitaria de las Comunidades Autónomas es compatible con el respeto al Ministerio de Sanidad en el cumplimiento de las obligaciones y funciones que son competencia del Estado. Respeto mutuo y exigencia del pleno funcionamiento del Consejo Interterritorial, que debe dejar de ser caja de resonancia de las diferencias políticas y cum-

plir con su obligación de garantizar la coordinación, cohesión y equidad del sistema, para lo que cuenta o debe contar con los recursos técnicos necesarios.

— Cumplimiento estricto de la financiación aprobada por las Cortes Generales. Arbitrar sistemas y medidas que garanticen la transferencia del gasto de manera transparente, creando mecanismos sancionadores automáticos para evitar endeudamientos que ahoguen el futuro del SNS.

— Es imprescindible dotarse de un sistema de información común y homologado que permita medir la actividad, conocer sus costes y elaborar estadísticas, lo que permitirá, en última instancia, decidir sabiendo de lo que se habla.

— También lo es confeccionar bases de datos unificadas para todo el Estado de asuntos de interés sanitario y médico, como son los registros de tejidos y tumores, los de enfermedades de declaración obligatoria, etc.

— Homologar criterios de acreditación y creación de centros; de calidad, docencia e investigación; de reconocimiento de profesionales; etc.

— La condición de ciudadano español otorga el derecho, por lo que debe confeccionarse una Tarjeta sanitaria con una base única de datos y común para todo el Estado. Además de identificar, la tecnología actual permite dotarle de otras funciones de enorme interés.

— El principio de equidad es compatible con medidas de aplicación desigual que tiendan en paliar las diferencias entre territorios: históricos, demográficos, dispersión territorial, etc.

— El ciudadano, sano o enfermo, es, o debe ser, el centro del Sistema Nacional de Salud. En la medida de lo posible, es preciso garantizar sus derechos de movilidad territorial para la percepción de asistencia, de libertad de elección de médico y centro dentro del SNS, etc.

— Elaborar medidas eficaces y ágiles de compensación por uso de servicios entre las CC.AA. y, en su caso, el Ministerio de Sanidad.

— Gestión ágil y, en lo posible, desburocratizada.

Cobertura asistencial

— Análisis

El derecho a la asistencia sanitaria garantizado por la Constitución sólo ampara a los ciudadanos españoles, salvo urgencias y problemas de salud pública. En este señalar que el envejecimiento poblacional y su efecto en la Asistencia Sanitaria será cada vez mayor. Suficientemente analizado, huelga cualquier comentario de su influencia en la organización y prestación de los servicios sanitarios. Un anexo se ocupa ampliamente de una de sus particularidades.

Pero es necesario pararse en otros procesos sociales que tienen una fuerte repercusión en los niveles asistenciales: El fenómeno inmigratorio. La población extranjera estable (residencial) y transeúnte. El «turismo sanitario».

El fenómeno inmigratorio, tanto legal como ilegal, adquiere cada día mayor importancia. A todo ser humano le asiste el derecho natural de recibir asistencia médica cuando la necesite, pero la dificultad estriba en saber quién la paga.

A los exclusivos efectos del SNS, la población inmigrante es más gravosa, en medidas ponderadas de asistencia, que lo demandado por la población española, restando parte de los recursos existentes con que los Presupuestos Generales

dotan al SNS para atender a los que la Constitución otorga el derecho. Un anexo lo analiza en profundidad.

España, por razones bien conocidas, cuenta con un número importante y creciente de residentes temporales. En su mayoría se trata de europeos jubilados que asientan de manera desigual en el territorio. Población envejecida asentada irregularmente, que tiene importantes efectos asistenciales y, por tanto, de financiación.

También son numerosos los transeúntes, con especial relevancia los turistas. Añaden presión asistencial, distinta desde luego al grupo anterior, pero también de desigual distribución territorial.

La eficacia de nuestro Sistema y la gratuidad en el momento del uso de los servicios sanitarios, ha dado lugar al fenómeno del «turismo sanitario», practicado por ciudadanos de países desarrollados que acuden a nuestro país a recibir atención altamente especializada y costosa (trasplantes, tratamiento SIDA, etc.).

— Propuestas

— El mecanismo fundamental de ajuste oferta/demanda en los modelos Servicio Nacional de Salud, nuestro caso, es el racionamiento (lista de espera). Diferenciar entre la lista de espera diagnóstica y la terapéutica, fijando los tiempos. Explicar a los ciudadanos el porqué de su existencia.

— Las peculiaridades biológicas y sociales de la población de edad precisa de introducir los elementos correctores en la distribución y financiación de los recursos. Las coberturas sociales inherentes a este colectivo deben ser segregadas de las propias de la asistencia sanitaria.

— El derecho de residencia de los ciudadanos extranjeros no es competencia de la Sanidad. Pero es deber de los que la administran demandar a que quien lo autorice transfiera a la administración sanitaria la financiación que corresponda. Financiación que tiene como destino final la CC.AA. en el que resida, de acuerdo con la ley de financiación de la sanidad pública.

— La inmigración ilegal es un hecho. Si alguna administración, por razones humanitarias bien comprensibles, decide se le preste asistencia por el SNS, deberá correr con los gastos.

— Para los residentes temporales y transeúntes debe asegurarse el cobro con los países que existan convenios, allegando el reintegro de los gastos a la entidad prestadora del servicio. Debe hacerse a precios reales y no en base a tarifas teóricas, muy por debajo del precio real. De no existir convenios, debe cobrarse al usuario del servicio.

— Erradicación en todo el territorio del llamado «turismo sanitario», con la compensación real del gasto por el país de origen o, en su caso, por el que usa el servicio.

Cartera de servicios y prestaciones

— Análisis

La Cartera de servicios del SNS es muy amplia. El Consejo interterritorial publica la común para toda la población española, que modifica periódicamente. Las CC.AA. tienen la posibilidad de incorporar y financiar prestaciones

no contempladas en la general. De ordinario, el proceder no es suficientemente transparente y crea, en ocasiones, déficit oculto generador de pérdidas en la equidad. La implantación de nuevos servicios provocada en ocasiones por las Haciendas Locales sin valorar criterios de eficiencia, merman las posibilidades del conjunto de prestaciones.

Los criterios de inclusión y exclusión de servicios y prestaciones, en cualquier ámbito que se contemple, están sujetos a decisiones políticas que no técnicas. Rara vez una tecnología o prestación incorporada excluye una anterior, introduciendo más elementos de ineficiencia.

No se tiene en cuenta en el momento de introducir prestaciones diagnósticas o terapéuticas de alto nivel tecnológico si el territorio a implantar tiene la «masa crítica poblacional» que justifique la inversión. Se han detectado situaciones con evidente mala relación efectividad-coste, que llevan a inversiones tecnológicas de alto coste infrautilizadas y equipos profesionales con bajo entrenamiento.

Los diferentes modelos de Salud Mental que se dan en las CC.AA. son otro ejemplo claro de disparidad entre Comunidades.

La concertación y compra de servicios a empresas privadas está contemplada en la normativa aplicable, pero no son suficientemente explícitos los criterios porcentuales y de calidad que hace, en ocasiones, que situaciones coyunturales se transformen en estructuras de presión. Los desequilibrios detectados aceleran el declive del Servicio Público.

— Propuestas

— Es necesario fijar con precisión el procedimiento de inclusión de nuevas prestaciones y servicios. El criterio debe ser técnico y la decisión consensuada en el seno del Consejo Interterritorial.

— Toda propuesta de nueva prestación o servicio debe llevar en su memoria un estudio de viabilidad financiera que indique la aportación suplementaria y el origen que la hará posible o, en su defecto, la prestación o prestaciones que saldrán de la Cartera. Hay procedimientos técnicos para ello, sin menoscabo para la salud de los ciudadanos.

— La incorporación o revitalización de prestaciones adicionales por parte de las CC.AA. será necesariamente respaldada por el consejo científico-técnico de una comisión establecida en el seno de la Comisión interterritorial, de acuerdo con la Ley de Cohesión.

— Los servicios de referencia con inversiones en equipos tecnológicos y profesionales especialmente entrenados deben tener un tratamiento especial, en la línea apuntada de «masa crítica poblacional» que los haga eficientes, de la gestión clínica propia de la actividad. Deben someterse a auditorías periódicas propiciadas por el Consejo Interterritorial que avalen la relación coste-eficacia de los mismos.

— Debe procurarse que las nuevas incorporaciones sustituyan las precedentes.

— La concertación con centros y servicios privados pasa por su correcta acreditación asistencial y debe ser controlada con parámetros de calidad y ponderación presupuestaria. Cuando los plazos sobrepasen un cierto margen temporal debería acordarse redimensionar los servicios públicos para hacerse cargo de los excedentes de actividad.

— Las necesidades de cobertura asistencial social deben separarse de las de asistencia sanitaria.

— En lo referido a Salud Mental es urgente arbitrar medidas homogéneas de forma que solventen las diferencias existentes, bien analizadas en el trabajo publicado por el Ministerio de Sanidad con título «Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud». Un anexo se ocupa del asunto.

Organización y niveles asistenciales

— Análisis

Desde el prisma de su organización, lo primero que llama la atención es la complejidad del SNS. Cuenta con más profesionales que ninguna otra, que además en un número importante tienen una alta cualificación. Abarca muchos y diferentes campos: científico, social, tecnológico, etc.

Buena parte de sus instalaciones, singularmente los hospitales, tienen un impacto evidente en el espacio en que se ubiquen: revitalización de la zona, fijación de población, etc.

La Atención Primaria y la Especializada, en su modelo de gestión bicéfalo, variable según en qué territorio y a qué población atiende, tiene y genera graves problemas de eficiencia. El modelo trata al paciente con tardanza, generando gastos reiterados propiciados por la disfunción entre niveles.

El problema es esencialmente de organización y coordinación, ya que conceptualmente están de sobra definidas las funciones y competencias de cada uno de ellos.

— Propuestas

— No existen fórmulas de gestión universales, ni las que existen son de aplicación para todos los casos, pero sí deben marcarse las tendencias que respondan satisfactoriamente a las nuevas necesidades.

— Hacer realidad la gestión clínica en todos los niveles asistenciales, involucrando a los profesionales como actores reales en la gestión de los procesos.

— La cantidad y cualificación de los profesionales que componen el SNS y la incertidumbre sobre su disponibilidad a corto y medio plazo, obliga a un estudio que fije la situación presente, analice el futuro y plantee un modelo de política de personal acorde con el siglo XXI: carrera profesional, retribuciones, etc.

— La descoordinación entre la Asistencia Primaria y la Especializada requiere medidas normativas que reconduzcan la situación presente, así como la incorporación de las nuevas tecnologías de gestión, de impacto inmediato y amortización rápida: historia clínica informatizada, telemedicina, etc.

Uso racional de medios diagnósticos y terapéuticos

Debe existir un consenso sobre el uso racional de los medios diagnósticos y terapéuticos, de forma similar al referido a los medicamentos. El desarrollo de la industria farmacéutica y tecnológica mantienen en constante tensión a los

profesionales en la adquisición de conocimientos con garantía de eficacia. El establecimiento de prácticas médicas defensivas doblaga el sentido común clínico, con un porcentaje inadmisibles de recursos, tiempos e iatrogenia.

— Propuestas

— Protocolos elaborados por Comisiones Científicas que avalen la buena práctica, comunes para todo el territorio.

— Guías flexibles basadas en análisis coste-eficacia, pero una vez consensuadas de obligado cumplimiento.

— Es imprescindible que se descriminalice la Medicina. Un primer paso sería que las tantas veces prometida normativa de baremos de responsabilidad civil fuese pronto una realidad.

Investigación

Simplemente señalar que en los Centros se efectúa investigación imprescindible y prescindible, que el rigor en su desarrollo está falto de orientación y que investigar alternando con la actividad clínica no está reconocido por las Administraciones.

Equipo investigador

Grupo 1: *Desarrollo y reforma del Sistema Nacional de Salud*

PEDRO GARCÍA BARRENO (Coord.)

Catedrático y Jefe de Departamento de Fisiopatología Quirúrgica, Facultad de Medicina-Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Universidad Complutense. Académico numerario de las Reales Academias Española, y de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales. Académico de honor de la Real Academia de Córdoba de Ciencias, Bellas Letras y Nobles Artes.

MIGUEL CAÍNZOS

Catedrático de Cirugía (Cirugía General y Aparato Digestivo). Presidente de la European Society for Surgical Research (ESSR). Presidente de la Surgical Infection Society of Europe (SIS-E). Presidente del Capítulo Español del American College of Surgeons. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

ALFONSO FLÓREZ DÍAZ

Director-Gerente del Hospital San Agustín (Avilés-Asturias). Ex-Director Gerente del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Cantabria). Ex-Director Gerente del Hospital de La Paz (Madrid).

GABRIEL GONZÁLEZ NAVARRO

Doctor en Medicina. Vicepresidente del Consejo Social de la Universidad Complutense de Madrid.

ROGELIO LÓPEZ VÉLEZ

Médico especialista en Medicina Tropical y Parasitología Clínica. Hospital Ramón y Cajal (Madrid). Profesor Asociado en Ciencias de la Salud, Universidad de Alcalá de Henares.

CARLES MANTÉ I FORS

Ingeniero Técnico-Químico. Ex-Director del Servicio Catalán de Salud.

Presidente del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

DANIEL MARTÍN MAYORGA

Ingeniero de Telecomunicaciones. Licenciado en Filosofía. Del Capítulo Español del Club de Roma. Correspondiente de la Academia Argentina de las Artes y las Ciencias de la Comunicación. Project Manager en el Centro de Astrobiología CSIC - INTA (Madrid).

JULIO SÁNCHEZ FIERRO

Diputado del P.P. Secretario Ejecutivo de Participación Ciudadana y Relaciones con Movimientos Asociativos del Partido Popular.

Grupo 2: «Aspectos económico-financieros de la Sanidad en España»

JUAN VELARDE FUERTES (Coord.)

De la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas. Catedrático de Estructura Económica. Consejero del Tribunal de Cuentas. Premio Príncipe de Asturias.

LEOPOLDO GONZALO

Catedrático de Hacienda Pública y Sistema Fiscal de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Miembro del Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales «Francisco de Vitoria». De la Real Academia de Jurisprudencia y Legislación. Profesor de Derecho Financiero y Tributario en la Universidad Pontificia de Comillas (ICADE). Premio Instituto de Estudios Fiscales. Ex-Asesor de la Dirección General del Tesoro y Política Financiera del Ministerio de Economía y Hacienda, así como del Ministerio de Educación y Ciencia.

FÉLIX LOBO

Presidente de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria. Doctor en Ciencias Económicas. Catedrático de Economía Aplicada.

RAFAEL PUYOL

Presidente de la IE Universidad de Segovia y Vicepresidente de la Fundación Instituto de Empresa. Catedrático en excedencia de la Universidad Complutense de Madrid de la que fue Rector. Del Capítulo Español del Club de Roma y del Grupo de Población de la Asociación de Geógrafos Españoles. Vicepresidente de la Real Sociedad Geográfica.

JOSÉ RAGA

Catedrático de Economía de la Universidad Complutense de Madrid. Secretario General del Consejo de Coordinación Universitaria. Ex-rector de la Universidad San Pablo-CEU. Medalla de Honor de la Universidad Complutense de Madrid. Gran Cruz de la Orden Civil de Alfonso X el Sabio.

Grupo 3: «Recursos humanos y recambio generacional»

JOSÉ MARÍA SEGOVIA DE ARANA (Coord.)

Académico de las Reales Academias de Medicina y de Ciencias Morales y Políticas. Catedrático de Medicina Interna. Premio Rey Jaime I de Medicina. Fundador y Ex-Director de la Clínica Puerta de Hierro. Ex-Presidente de la Fundación Jiménez Díaz. Ex-Presidente del Consejo Asesor de Sanidad.

ENRIQUE BACA BALDOMERO

Presidente de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Catedrático de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid.

FRANCISCO J. RUBIA VILA

Catedrático de Fisiología de la Universidad Complutense de Madrid y Ex-Catedrático de Fisiología Humana de la Universidad de Múnchen. Director del Instituto Pluridisciplinar y de la Unidad de Cartografía Cerebral de la Universidad Complutense de Madrid. Vicepresidente de la Academia Europea de Ciencias de Salzburgo y de su Delegación en España.

JUAN JOSÉ ZARRANZ IMIRIZALDU

Catedrático de Neurología de la Universidad del País Vasco. Presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.

**DOCUMENTOS INCLUIDOS EN EL
PEN-DRIVE ADJUNTO**

Presente y futuro de la medicina española

José M.^a Segovia de Arana
Francisco José Rubia Vila
Enrique Baca Baldomero

Introducción	1
<i>El contexto social</i>	4
<i>El contexto técnico de la medicina</i>	5
<i>Algunos apuntes sobre la formación básica del médico en España</i>	6
Colectivización de la asistencia médico-sanitaria	7
Los desafíos de la medicina actual desde la irrupción del paradigma salubrista	9
La situación técnico-científica de la medicina. Perspectivas actuales de avance y desarrollo	10
<i>Medicina curativa</i>	10
<i>Medicina preventiva</i>	11
<i>Medicina paliativa</i>	11
<i>Medicina predictiva</i>	11
Un ejemplo más de la transformación de la medicina: La biónica	15
Progreso científico y tecnológico de la Medicina	16
La medicina y su paradigma a comienzos del siglo XXI	18
<i>Evolución de la Investigación Médica</i>	19
<i>La objetivación de la medicina clínica</i>	22
<i>Cambios en la Medicina</i>	23
<i>Panorama de la investigación médica en España</i>	24
<i>Logros de la Medicina Pública Española</i>	28
<i>Problemas del SNS español y sus posibles soluciones</i>	29
<i>La medicina del deseo</i>	31
La medicina del futuro	33

Aspectos económico-financieros de la sanidad en España

Juan Velarde Fuertes
Leopoldo Gonzalo y González
Félix Lobo
Rafael Puyol
José T. Raga

<i>ANTE UNA CRISIS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD</i>	4
LA SANIDAD COMO BIEN DE MÉRITO: CONSECUENCIAS ECONÓMICO-FINANCIERAS CON REFERENCIA A ESPAÑA	7
La sanidad como bien de mérito y como necesidad preferente	8
La expansión del gasto sanitario en España: causas y rasgos estructurales	9
Eficacia y eficiencia de la asistencia sanitaria española	14
Algunas cuestiones relativas a la financiación del gasto sanitario	15
Posibles líneas de actuación para la sostenibilidad y mejora del SNS	20
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	22
<i>POLÍTICA ECONÓMICA DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA PÚBLICA EN ESPAÑA. EVOLUCIÓN HISTÓRICA</i>	23
INTRODUCCIÓN	23
Tres etapas en la evolución de la prestación farmacéutica y fundamental estabilidad	25
1942-1967: comienzos y asentamiento de la prestación farmacéutica	26
1967-1993: gran desarrollo de la prestación y expansión del gasto	28
Desde 1993 hasta la actualidad: intervenciones directas versus regulación de la competencia	34
CONCLUSIÓN	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
<i>DEMOGRAFÍA Y SANIDAD</i>	44
Introducción	44
El envejecimiento demográfico. Una cuestión crucial para el siglo XXI	45
El envejecimiento de las personas	49
El envejecimiento de la población	53
El envejecimiento de los territorios	54

CONCLUSIONES:	56
BIBLIOGRAFÍA	57
GRÁFICOS:	
<i>INVERSIÓN DE LA TENDENCIA DEMOGRAFICA</i>	61
<i>ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR EDAD Y SEXO</i>	62
<i>CAUSAS DE MUERTE POR EDAD</i>	63
<i>NECESIDAD DE AYUDA PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA POR SEXO</i>	64
<i>EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR</i>	65
<i>PROBLEMAS ÉTICOS RELACIONADOS CON LA ECONOMÍA DE LA SALUD</i>	66
Carácter de los agentes del ámbito sanitario	70
La dimensión ética aplicada a las actitudes del enfermo y de su familia	72
Dimensiones éticas en la función del médico	76
Aspectos éticos en la función de los profesionales de la enfermería	84
Consideraciones éticas a la función administrativa	85
El caso de la ética de las instituciones sanitarias	86
Una apostilla: «salud para todos»	87
Pro memoria	89
BIBLIOGRAFÍA	91

Desarrollo y reforma del Sistema Nacional de Salud

*Pedro García Barreno
Miguel Caínzos Fernández
Alfonso Flórez Díaz
Gabriel González Navarro
Rogelio López-Vélez
Daniel Martín Mayorga*

DESARROLLO Y REFORMA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	3
Introducción	3
El Sistema Nacional de Salud. Propuestas de adecuación	3
La crisis del principio de equidad	6
PROPUESTAS DE DESARROLLO Y REFORMA	6
Propuestas	7
La Sanidad como fuente de financiación	8
<i>Propuestas</i>	8
Los Niveles Asistenciales	9
<i>Propuestas</i>	10
El uso racional de medios diagnóstico y terapéuticos	11
La investigación	11
CONSIDERACIONES FINALES	12
Bibliografía:	13
ENVEJECIMIENTO. IMPLICACIONES SOCIOECONÓMICAS Y ASPECTOS QUIRÚRGICOS	14
EL FENÓMENO MIGRATORIO EN CIFRAS	19
Emigración. Un reto para la salud pública	19
Tasa de crecimiento anual de la Población de España y UE-15	20
Inmigrantes por país de origen 2005	21
Impacto socioeconómico en el ámbito sanitario	21
Distribución de los trabajadores por nacionalidad y sector	22
Estimación del gasto sanitario por inmigrantes	23
ACCESO AL SISTEMA SANITARIO	23
Frecuencia de los principales obstáculos experimentados en el acceso a los servicios de salud según el estudio realizado por Médicos del Mundo	25

EXCESO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS TRANSMISIBLES	26
ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN INMIGRANTES DE IMPORTANCIA EN SALUD PÚBLICA	27
Tuberculosis	27
Enfermedades inmunoprevenibles	28
Hepatitis virales	28
VIH e ITS	28
Enfermedad de Chagas	29
Fiebres hemorrágicas virales	29
Parásitos intestinales	29
RECOMENDACIONES	29
Atención médica al colectivo de inmigrantes	30
Promoción de la salud en inmigrantes	30
Accesibilidad al tratamiento	32
Estudios de investigación en enfermedades importadas	32
Formación continuada de los profesionales sanitarios	32
REFERENCIAS	34
SALUD MENTAL: DESAFIO PARA LA SANIDAD DEL SIGLO XXI	35

Anexos incluidos en el pen-drive adjunto

ANEXO I

IMPORTANCIA DE LA CIRUGÍA EN
EL PACIENTE DE EDAD
AVANZADA EN EL SIGLO XXI

*Miguel Caínzos Fernández y
José Antonio Puñal Rodríguez ¹*

ANEXO II

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO
SOBRE LA CIRUGÍA EN EL
PACIENTE DE EDAD AVANZADA

*Miguel Caínzos Fernández y
José Antonio Puñal Rodríguez*

ANEXO III

ESTUDIO DE INMIGRACIÓN Y
SALUD PÚBLICA SOBRE
ENFERMEDADES INFECCIOSAS
IMPORTADAS

Rogelio López-Vélez

ANEXO IV

EL ESTADO DE LA CUESTIÓN EN
MATERIA DE SALUD MENTAL

ANEXO V

DE LA TELEMEDICINA A LA
e-SALUD

José Luis Ripoll ²

¹ Médico de Cirugía General. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

² Presidente de la Fundación Vodafone España. Doctor Ingeniero en Caminos, Canales y Puertos, Catedrático de la Universidad Politécnica de Valencia. Vicepresidente de la Escuela de Organización Industrial.

La decisión de la Delegación Española de la ACADEMIA EUROPEA DE CIENCIAS Y ARTES de publicar el presente Documento no implica responsabilidad alguna sobre su contenido ni sobre la inclusión, dentro del mismo, de documentos o información complementaria facilitada por los autores.

Tabla Gratulatoria

Las siguientes Instituciones colaboran en las actividades de la Academia Europea de Ciencias y Artes-España, y financian sus proyectos:

- Ministerio de Educación, Política Social y Deporte
- Generalitat de Catalunya
- Gobierno Vasco
- Principado de Asturias
- Junta de Andalucía
- Diputación General de Aragón
- Generalitat Valenciana
- Junta de Extremadura
- Comunidad de Madrid
- Promomadrid, S. A.

La Academia Europea de Ciencias y Artes-España quiere expresar su agradecimiento a la Comunidad de Madrid por la cesión desde el año 1999 del inmueble de la calle Sagasta en el que tenemos ubicadas nuestras oficinas en Madrid.

