

ASPECTOS GENERALES DE LA ECONOMÍA DE LA SALUD

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

Dentro de las grandes transformaciones que se están produciendo en nuestro país, una de las más destacadas se refiere a la asistencia médica. La relación directa del médico con su enfermo, que ha caracterizado históricamente el ejercicio de la medicina, ha evolucionado a una relación más compleja, más diversificada y más amplia, debido a la influencia de numerosos factores que siguen operativos y que sin ninguna duda están configurando el inmediato futuro de la asistencia médico-sanitaria de la sociedad.

La medicina tradicional, de tipo principalmente curativo que el médico ejercía con su enfermo, se ha convertido en la Sanidad actual que puede considerarse el gran escenario de la sociedad moderna donde cada individuo desarrolla su vida personal y social, desde el nacimiento hasta la muerte. En su organización, desarrollo y funcionamiento intervienen no sólo los médicos y el resto de los profesionales sanitarios sino también sociólogos, psicólogos, políticos, economistas y administradores cada uno de los cuales contribuye de forma decisiva al mantenimiento y eficacia del sistema asistencial.

Antiguamente el futuro médico se formaba en la Facultad de medicina en la que se matriculaba libremente si tenía recursos económicos o disfrutaba de una beca para ello. Los estudios duraban lo que el estudiante quería, de manera oficial asistiendo a las clases o por la llamada enseñanza libre. El título de licenciado en

* Sesión del día 17 de octubre de 2006.

medicina y cirugía le servía legalmente para toda su vida profesional ya que nadie le exigía actualización de sus conocimientos ni de su capacitación profesional. La enseñanza era fundamentalmente teórica a través de las explicaciones de los distintos catedráticos que actuaban con independencia unos de otros, existiendo escasez o ausencia de prácticas. En el ejercicio profesional se practicaba una medicina de ricos y otra de pobres. Los hospitales eran para los pobres en tanto que los ricos o los pertenecientes a las clases medias, tenían su médico de cabecera o acudían a un igualatorio o consultaban con especialistas famosos. Pero los resultados eran los mismos, igual moría el pobre que el rico de meningitis tuberculosa, de fiebre tifoidea o de cólera. Las diferencias podían estribar en la limpieza, en el ambiente, en la alimentación, etc. pero la medicina en su insuficiencia terapéutica era igual para todos.

Había especialistas según la edad, el sexo o bien en relación con alguna parte de la Medicina como aparato digestivo, corazón, psiquiatría, traumatología, cirugía general, etc... La formación de estos especialistas era irregular y desigual y siendo frecuente la autodenominación. En una ley de especialidades médicas que se dictó el año 1955 se establecían programas de especialización vinculados a las cátedras universitarias, pero estos programas no llegaron a realizarse nunca quedando solo vigentes las disposiciones transitorias de dicha ley que permitían obtener el título de especialista con un simple certificado de los Colegios Médicos en el que constase que un profesional había ejercido una determinada especialidad durante dos años. Los abusos fueron numerosos pues hubo médicos que mediante este procedimiento llegaron a obtener hasta diez títulos de especialistas.

Afortunadamente la situación ha cambiado en múltiples aspectos. Para ingresar en la Facultad de medicina se requiere un cierto nivel de formación en la enseñanza media. Los planes de estudio son distintos de una Facultad a otra, pero todos ellos están adaptados a la modernidad que la evolución de la medicina está exigiendo. En general las cátedras no son independientes sino que de alguna manera están coordinadas e incluso hay facultades en las que en cada curso existe una comisión que planifica las enseñanzas de las diferentes asignaturas. Actualmente, la obtención del título de licenciado en medicina que se concede al terminar los estudios pregraduados, aunque legalmente autoriza para el ejercicio de la profesión, en la práctica sólo sirve para iniciar una formación especializada posgraduada o para hacer oposiciones a determinadas instituciones del Estado.

Los dos grandes motores de los cambios producidos en la asistencia médico sanitaria en los países desarrollados, especialmente en el nuestro, y que siguen siendo activos en la configuración de la sanidad actual son, por un lado, el progreso científico y tecnológico de la medicina y por otro la socialización de la asistencia sanitaria. Estos dos factores, que al principio eran independientes; hoy día están actuando en una estrecha relación de tal modo que se influyen mutuamente y con-

dicionan los aspectos organizativos del sistema asistencial así como su desarrollo y ejecución. De la misma manera, influyen en la economía de la salud, en la formación de personal sanitario, en la manera de ejercerse la profesión, en la moral colectiva, en la ética personal y en la educación para la salud de la población.

I. PROGRESO CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO DE LA MEDICINA

La medicina científica que se inició a finales del siglo XVIII en Europa, se fue desarrollando durante el pasado siglo y acelera su progreso en el actual. El gran impulso moderno se produce en los Estados Unidos al final de la Segunda Guerra Mundial, cuando se invierten mucho recursos económicos, los que ya no se necesitaban para la contienda bélica, en la investigación científica y más concretamente en los hospitales en los que junto a los clínicos empiezan a trabajar investigadores básicos, bioquímicos, físicos, matemáticos, etc. que hacen florecer el método científico y dan un extraordinario impulso a las disciplinas básicas que contribuyen poderosamente al conocimiento de las enfermedades, además de constituirse en ciencias de contenidos y objetivos propios. En este mismo orden de ideas se encuentran disciplinas como la Inmunología, la Biología molecular y la Genética clínica que están revolucionando conceptos tradicionales sobre las enfermedades y la explicación de las mismas, abriendo caminos, insospechados hasta ahora, para nuevos tratamientos que constituyen brillantes expresiones modernas del desarrollo científico de la medicina.

Forzosamente, el continuo progreso y la expansión de la medicina ha conducido a la especialización en áreas cada vez más concretas del saber médico, creando nuevas especialidades médicas y quirúrgicas o remodelando las antiguas, de acuerdo con las nuevas exigencias de la investigación y de la asistencia a los enfermos. El médico ya no trabaja sólo, sino que ha de actuar dentro de equipos multidisciplinarios formados por otros médicos, ayudantes sanitarios, técnicos, físicos, químicos, etc. según la índole de la especialidad, que cada vez va teniendo más apoyo en instrumentos y en el desarrollo tecnológico. Por otra parte, se hace necesario que los equipos hagan un trabajo cooperativo para evitar los errores y omisiones a los que una superespecialización puede conducir.

Las especialidades, nuevas o remodeladas, encuentran su sede natural en el hospital moderno que se convierte así en un centro tecnológico de referencia en el que se confía, como el sitio más seguro para la curación de las enfermedades. El hospital moderno, en nada se parece al tradicional hospital benéfico-cristiano de los desheredados de la fortuna, de los marginados y moribundos, que clásicamente constituían la clientela de estos centros sanitarios. El estudio sociológico de la transformación de la idea del hospital en la sociedad actual es una tarea de gran interés que merece ser abordada en profundidad.

Las especialidades tecnificadas encuentran su lugar apropiado en el hospital moderno que se convierte de esta manera en el depositario genuino de la medicina actual y resulta atrayente para los enfermos y sus familiares que acuden al mismo preferentemente, en olvido y perjuicio de la atención primaria. Esto ha conducido a un desequilibrio en las estructuras y el funcionamiento de los sistemas asistenciales, que ha sido muy intenso y nocivo para el buen funcionamiento de la asistencia médico-sanitaria de nuestro país, pero que empieza a corregirse en los últimos años. En España el gran desarrollo logrado por la red hospitalaria, es una de las principales características de nuestra medicina. El seguro obligatorio de enfermedad, instaurado en 1944, al ir adquiriendo más recursos económicos y organizativos, empieza a construir sus propios hospitales que al principio eran imitación de los sanatorios privados pero que a partir de 1964, con la inauguración de la Clínica Puerta de Hierro, son concebidos como hospitales modernos propicios para el desarrollo de las técnicas cada vez más exigentes de la medicina científica, con buenas dotaciones en recursos humanos e instrumentales y con un funcionamiento de trabajo en equipo.

La introducción de la docencia y de la investigación clínica y básica en gran número de los hospitales públicos, ha contribuido muy notablemente a mejorar la calidad asistencial de los mismos, al tiempo que influyen de manera decisiva en el progreso de la Medicina española. El sistema de formación posgraduado de médicos internos y residentes (MIR) iniciado dentro de la Seguridad Social en 1964 en la Clínica Puerta de Hierro, fue extendiéndose progresivamente al resto de los grandes hospitales españoles, incluidos los universitarios, de tal forma que a partir de 1977, con la promulgación del Real Decreto de Especialidades Médicas, empieza a establecerse un sistema nacional que sigue vigente y que ha dado óptimos frutos en la docencia y en la preparación profesional de los médicos españoles. Igualmente, se ha propiciado en los hospitales públicos la formación en enfermería, la de técnicos sanitarios y la de estudiantes de medicina mediante convenios con la universidad.

La creación de departamento de investigación en algunos de los grandes hospitales, ha sido muy importante para el desarrollo de la investigación clínica y básica, que prácticamente no existía en nuestro país y que se ha ido incrementando gracias a instituciones oficiales como el Fondo de Investigaciones Sanitarias, la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología, Consejerías de las Comunidades Autónomas y ciertas Fundaciones privadas.

La modernización conseguida en la red hospitalaria pública española, cuyas características se han adoptado también por algunos hospitales privados, ha permitido superar el retraso histórico de nuestros hospitales, agravado por la guerra civil y también hacer frente a los retos crecientes de la medicina científica y tecnológica moderna, que después de la Segunda Guerra Mundial, fue avanzando con gran ímpetu, creando nuevas especialidades y nuevas tecnologías que era necesario introducir rápidamente en las estructuras asistenciales.

Pero el progreso científico y técnico de la medicina no ha sido el único promotor de la gran calidad de la Sanidad española. Otro factor decisivo ha sido la colectivización de la asistencia médica, que se basa en el derecho a la salud y a los cuidados en la enfermedad de todos los ciudadanos de un país.

II. COLECTIVIZACIÓN DE LA ASISTENCIA MÉDICO-SANTARIA

La socialización o colectivización de la asistencia médica ha sido fundamental en la configuración de los sistemas nacionales de salud europeos. Constituye uno de los grandes fenómenos sociológicos de nuestro tiempo y como señala el profesor Laín Entralgo, ha terminado con la injusta separación que existía entre medicina de pobres y medicina de ricos, que ha predominado en la medicina desde la antigüedad clásica hasta nuestros días con la implantación de las diferentes formas de seguro de enfermedad o de sistemas nacionales de salud. La filosofía aseguradora se extendió rápidamente por diversos países europeos y en España se crea en 1908 el Instituto Nacional de Previsión, implantándose en 1919 el seguro de maternidad y el de accidentes de trabajo en 1932.

La práctica totalidad de los estados europeos establecieron, después de la Segunda Guerra Mundial, grandes sistemas de seguros entre los cuales destacaba el seguro obligatorio de enfermedad. Existían entonces recursos suficientes, por lo que el mercado sanitario se desarrolla con rapidez, se construyen grandes hospitales con equipamiento modernos y la industria química acelera la investigación de nuevos medicamentos. En España el seguro obligatorio de enfermedad se implanta en 1942 comenzando a funcionar en 1944. Lo que al principio cubría sólo al sector más débil económicamente de los trabajadores, se fue extendiendo de forma progresiva de tal modo que en 1975 afectaba al 65,2% de la población y en 1944 al 93% de los trabajadores. La Ley General de Sanidad promulgada en 1986, 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 con la universalización del derecho a la asistencia sanitaria que en la actualidad cubre prácticamente a toda la población española. Esta universalización de la asistencia sanitaria conseguido por el sistema nacional de salud, constituye un hito social. Su financiación pública, ha permitido la equidad de acceso a los servicios médicos, tanto hospitalarios como extra hospitalarios ofreciendo en conjunto una gran calidad asistencial.

La socialización de la asistencia ha influido en el trabajo del médico que ya no actúa como históricamente lo había hecho, en una relación simple y directa con su enfermo, sino a través de un sistema asistencial corporativo basado en unidades o servicios sanitarios multidisciplinarios.

III. LOGROS DE LA MEDICINA PÚBLICA ESPAÑOLA

Durante los años de su desarrollo el sistema nacional de salud español ha conseguido unos logros importantes tanto en la calidad de la asistencia como en el fomento de la salud general de los españoles. Según un informe de la OMS publicado en el año 2001, la esperanza de vida al nacer en España es de 75,3 años para los hombres y de 82,1 para las mujeres. En lo que se refiere a la “esperanza de vida saludable” que se mide no solo por el número de años sino por la calidad de vida de los años sin enfermedad, ocupamos el quinto lugar a nivel mundial, detrás de Japón, Australia, Francia y Suecia. En la evaluación que hizo la O.M.S. de los sistemas de salud de sus 191 países miembros, analizando en cada uno de ellos la esperanza de vida, el nivel y el servicio para los diferentes grupos sociales, la satisfacción del paciente, el grado de eficiencia general del sistema y el reparto de los costes sanitarios, España ocupa el séptimo lugar en el mundo. Si en este “ranking” se eliminan países como San Marino, Andorra, Malta y Singapur, no comparables por sus dimensiones y complejidad a los grandes estados, España queda ocupando el tercer puesto mundial.

La mortalidad infantil (5,5 por cada 1.000 nacidos vivos) nos coloca también entre los mejores países del mundo, sobre todo si se comparan las cifras actuales con las de la mortalidad infantil de comienzos del siglo XX que era de 300 por 1.000 nacidos vivos.

En nuestro país junto con la transición demográfica que ha conducido 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 ondulante entre los 30 y 50 por 1.000 habitantes, al predominio de procesos crónicos y degenerativos (arterioesclerosis, procesos cardiovasculares, enfermedades neurodegenerativas, enfermedades del aparato locomotor, etc.) con una mortalidad de 9,3 por 1.000 habitantes, una de las más bajas de la Comunidad Europea.

Todo lo anterior se traduce en una mayor demanda de asistencia médica en la que la tradicional relación médico-enfermo de tipo protector y paternalista se ha transformado en una relación entre adultos con exigencias de información por parte del paciente antes de dar su consentimiento al proceso diagnóstico o terapéutico que el médico propone realizar. Existe también la conciencia de estar realizándose un servicio público que tiene un determinado coste tanto en honorarios, como en materiales y que son costeados por terceros (seguros de enfermedad, sistema nacional de salud) o en parte por el paciente en la modalidad del “copago”.

IV. CRECIMIENTO DEL GASTO SANITARIO. LA MEDICINA GESTIONADA

Los aspectos económicos de la asistencia sanitaria han ido adquiriendo progresivamente una importancia cada vez mayor en todos los países. El gran cambio de la salud como tarea individual al concepto de empresa colectiva, supone grandes implicaciones económicas y gastos considerables y crecientes que sin duda constituyen el problema sanitario más importante de los tiempos actuales que supera incluso a los de organización y funcionamiento de los sistemas nacionales de salud en cualquiera de sus modalidades. Los gastos sanitarios han ido creciendo constantemente, más deprisa que la riqueza de los países desarrollados de tal forma que cada año hay que dedicar una mayor cantidad de los recursos nacionales al área sanitaria en detrimento de otras áreas sociales.

Las causas del crecimiento del gasto sanitario son muy diversas pero las principales dependen del progreso científico y técnico de la medicina y del aumento de la demanda de asistencia médica estimulada por factores tan variados como la mayor cultura sanitaria de la población, mayor confianza en la Medicina, niveles de vida más altos, la aparente gratuidad de la asistencia médica, el neohedonismo de la sociedad actual que desea disfrutar de la vida en la forma mejor y más ampliamente posible y sobre todo, por el envejecimiento progresivo de la población que por sí mismo aumenta el consumo de medicamentos y de asistencia médica.

En resumen, el gasto médico -sanitario puede desglosarse en la siguiente forma:

- 1) Estructura de la asistencia (hospitales, centro de salud, ambulatorios, etc).
- 2) Gastos de funcionamiento (personal sanitario, funcionarios, gestores, administradores, etc).
- 3) Gastos del acto médico (duración de las consultas, exploraciones al paciente, medicamentos rehabilitación etc).

Teniendo en cuenta estos diversos componentes del gasto sanitario se considera indispensable en los países desarrollados estudiar su constante aumento y la necesidad de su contención. Para ello parece conveniente analizar los siguientes apartados:

- 1) Costes de las estructuras y de su funcionamiento.
- 2) Lista de las prestaciones sanitarias.

- 3) Intensidad de la demanda asistencial.
- 4) Características de los protagonistas de la demanda sanitaria.
- 5) Relación gasto/morbilidad y gasto/mortalidad en la sociedad española.
- 6) Diferencias del gasto sanitario entre comunidades autónomas y entre los países de la Union Europea.

Estos estudios, se consideran indispensables para poder encontrar medidas que puedan limitar y acaso reducir el gasto actual de la asistencia médico-sanitaria.

Ya en 1993 en un informe de la Fundación Encuentro se hacía un análisis de las causas más importantes que influían sobre el gasto sanitario y su déficit: envejecimiento de la población, mayores exigencias de la sociedad en prestaciones sanitarias, los avances científicos y tecnológicos de la medicina, los cambios introducidos por la promulgación de la Ley general de Sanidad de 1986 que establecía la universalización y facilitación de la asistencia con el consiguiente mayor consumo de medicamentos.

La Comisión de Análisis y Evaluación del sistema sanitario (Informe Abril), además de incidir sobre los anteriores argumentos, señalaba como factores negativos del Sistema Nacional de Salud español, otros de tipo estructural y funcional. Denunciaba que el gasto sanitario público destinado a la asistencia especializada hospitalaria había aumentado mucho en los últimos años con un simultáneo descenso del que corresponde a la atención primaria. También señalaba que la medicina preventiva y la salud pública no alcanzan el relieve que le corresponde en una concepción global y moderna de la medicina, resultando insuficientes la educación sanitaria de la población y la promoción de la salud.

En todos los países desarrollados con sistemas nacionales de salud, los problemas son parecidos a los nuestros, siendo el más importante y preocupante el económico ya que los gastos crecen sin cesar en tanto que los recursos forzosamente están limitados. La solución es difícil, no sólo en su base económica, sino también en los aspectos éticos que tienen que ver mucho con el principio de justicia distributiva. Los responsables de las políticas sanitarias tienen que competir con otras áreas de los gobierno nacionales para financiar prestaciones sanitarias que van en aumento, siendo necesario que los recursos para su aplicación deban ser detraídos de otros servicios sociales y públicos. Para muchos expertos en economía sanitaria se plantea frecuentemente la necesidad valorar el coste-beneficio social de la inversión en salud para conceder los recursos disponibles a los que mayor beneficio produzcan. Como se ha señalado, las consideraciones éticas se

mezclan con las puramente económicas lo que plantea gravísimos problemas de decisión en las autoridades responsables.

Por otra parte la reformas que se introduzcan tienen que hacerse sobre un sistema que ya viene funcionando durante varios años y al que la población está acostumbrada por lo que es la primera en rechazar y poner dificultades para las reformas. El planteamiento puramente economicista de los servicios de salud debe ser sustituido por la formulación del tipo de sanidad que puede y debe ser establecido para los ciudadanos de cada país. En todo caso, las decisiones han de ser consensuadas con la propia sociedad que necesita recibir la mayor información posible antes de aceptar y establecer las medidas que se elijan.

Las diferentes soluciones para los problemas del gasto sanitario que se están considerando en los países con sistemas nacionales de salud son los siguientes:

- 1) aumento de los impuestos.
- 2) limitación o reducción de las prestaciones sanitarias.
- 3) nuevo sistema de gestión para aumentar la eficiencia de los recursos empleados.
- 4) sistemas mixtos de financiación en forma de copago o participación del aseguramiento privado.

Los sistemas mixtos de financiación consisten en el abono por el enfermo o usuario, de todo o parte del conjunto del gasto sanitario producido por su asistencia, bien directamente o a través de aseguramientos privados. Es una fórmula que se está considerando sobre todo para aquellas prestaciones complementarias no incluidas en la lista de prestaciones básicas del sistema y que en cada país pueden tener modalidades diferentes.

De una forma u otra en un sistema social moderno, equitativo y universal, los cuidados de salud tienen que ser dictados por las necesidades que en materia de enfermedad tenga cada individuo y no por su capacidad de financiación o pago de los servicios.

Además de esas medidas, orientados fundamentalmente a los aspectos económicos de los servicios de salud, se precisa también la introducción de otros criterios para mejorar el sistema y hacerlo más factible. Sir Duncan Nichol, antiguo jefe ejecutivo del "National Health Service" del Reino Unido, señalaba que es preciso hacer más énfasis en la medicina preventiva y en la educación sanitaria de la población, conseguir una mejor preparación y autoridad de los médicos frente a

la demanda de asistencia motivada por criterios personales de los usuarios y desplazar la asistencia sanitaria a los niveles de la atención primaria.

La mejor preparación de los médicos y los avances científicos y tecnológicos de la medicina van haciendo posible que muchos procesos que antes exigían la hospitalización del paciente, puedan ser tratados ahora en ámbitos extra hospitalarios. En este sentido en muchos países se están manifestando tendencias que favorecen la preponderancia de la atención primaria que está desplazando en su favor la gran atracción que habían ejercido y aún siguen ejerciendo los hospitales de procesos agudos. Esta nueva orientación ha de ser, en muchos aspectos, muy beneficiosa para el conjunto asistencial del Sistema Nacional de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

- ANDERSEN CONSULTING, *El futuro de la sanidad en Europa*, Andersen y Cia., Madrid 1993.
- Anuario de la Salud, la Medicina y la Sanidad*, 2000, Fomento Salud. S.L., 2000.
- BAREA TEJEIRO, J. y GÓMEZ CIRIA. A., *El problema de la eficiencia del sector público en España*, Instituto de estudios económicos, Madrid, 1994.
- Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud: Informe y recomendaciones*, Madrid, 1991.
- EVANGELISTA, M., "Organización de la asistencia médico sanitaria española", en *Formación de los profesionales de la salud*, Fundación BBV, Madrid, 1997.
- FUNDACIÓN ENCUENTRO, España 1993, *Centro de Estudios del Cambio social*, Madrid, 1994.
- GRACIA GUILLEN, D., "Contenidos históricos de las profesiones médicas", en *La formación de los profesionales de la salud*, Fundación BBV, Madrid, 1997.
- LAÍN ENTRALGO, P., *Historia de la Medicina*, Salvat Editores, Barcelona, 1978.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1998, *Salud 21*, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1999.
- SEGOVIA DE ARANA J. M., *Medicina, Sanidad y Salud*, Real Academia Nacional de Medicina, Madrid, 1998.
- VELARDE FUERTES, J., *Sobre la esencia económica de España*, (en publicación).