

Pasado, presente y futuro de la gestión sanitaria (*)

Julio E. Marco

Aunque la intención de apoyo a los miembros de la comunidad, en caso de enfermedad o infortunio, puede ser tan antigua como la propia solidaridad o la caridad, tenemos que esperar hasta finales del siglo XIX para encontrar el genuino antecedente social de los actuales sistemas de previsión. Probablemente podría considerarse que ese primer eslabón lo constituyó el Sistema Administrativo Zemstvo implantado por el zar Alejandro II en 1864 tras la abolición de los siervos.

Al final del pasado siglo se desarrollaron los gérmenes de muchas de las ideas que cristalizarían luego, en ocasiones en violenta contraposición, a lo largo del actual. Una de las teorías que ha suscitado la aceptación por parte de amplios colectivos ha sido la del Estado del Bienestar. El canciller Von Bismarck lee en 1881 una carta de manifestación de intenciones del Emperador en el parlamento alemán y poco después se desarrolla la política social en la mencionada línea del Estado del Bienestar que conduce en 1883 a la aprobación de la ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

En España, la amplia actividad normativa de la regencia (Código Civil, de Comercio, etc.), tiene su continuidad con el joven nacido rey, Alfonso XIII, y en 1908 se crea el Instituto Nacional de Previsión, institución que, con algunas modificaciones, se ha mantenido prácticamente hasta el presente.

En Gran Bretaña, en 1911 la *Law Com-*

mission establece las bases del sistema asistencial. Francia se incorpora algo más tarde, en 1930 al seguro de enfermedad. Tras la segunda guerra mundial en Europa y la Civil en España, aparecen cambios legislativos relativos a la salud. Así en 1942 se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad en España, y poco después el *National Health Service* británico. En 1948 se crea la Organización Mundial de la Salud, absorbiendo instituciones previas dedicadas a actividades afines a la salud.

Sentadas así, sucintamente las bases legales de las prestaciones en caso de infortunio en los países de nuestro entorno, no debemos ir más allá sin antes destacar que al considerar la salud desde el punto de vista colectivo y no individual, es decir al plantearse a través del estado una actividad sanitaria con enfoque social, el planteamiento obligado es analizar los factores que determinan el nivel de salud de la comunidad.

Ya es bien conocida la dificultad para definir y medir la salud, pero existen ya gran número de indicadores, cuya utilización combinada proporciona informaciones de extraordinario interés en la planificación sanitaria. Sorprendentemente y dado el enfoque tradicionalmente asistencialista de la sanidad, numerosos estudios reiteran, señalan la preeminencia de otros factores no asistenciales en el nivel de salud de la comunidad. Señalaremos a continuación algunos de los factores más destacados. Evidentemente la biología es un factor decisivo en el nivel de salud. Es de sobra conocido como ya en la antigüedad determinadas personas permanecían indemnes

(*) Conferencia pronunciada el 25 de mayo de 1993 en la Real Academia.

ante epidemias devastadoras. También se ha acreditado la longevidad en salud de determinadas comunidades. El hecho biológico queda por tanto reseñado, por más que nada se pueda hacer por el momento para modificarlo. El factor crucial en la salud de una comunidad ha demostrado ser el nivel económico y social, con las implicaciones en el entorno correspondientes. Cuando determinados colectivos y minorías en los EEUU presentan en sus estadísticas el homicidio y el suicidio como causas destacadas de mortalidad de adolescentes, es evidente que la mejora de ese indicador no pasa por mejorar la asistencia sanitaria, que es de alto nivel en el país, sino por mejorar las condiciones de esas comunidades de los ghettos. La relación entre indicadores socioeconómicos y sanitarios ha quedado establecida reiteradamente en numerosos estudios, incluyendo uno del autor (véase figura en apéndice). De todos los trabajos en este sentido, cabe destacar por su rigor científico y estadístico y por el gran número de países incluidos y el hecho de incluir 200 variables, la publicación de Robert Grosse y Barbara Perry (Health Policy and Education 1982). La renta per cápita y la alfabetización se presentan reiteradamente como factores que se relacionan fuertemente con la salud.

Otro aspecto importante a considerar es el ambiental incluyendo contaminantes y aspectos psicosociales, y el relacionado con las conductas (drogas, tabaquismo, alcoholismo, etc.), muy relacionado con el anterior.

Todavía tenemos que considerar otro factor antes que la asistencia sanitaria y es la educación sanitaria. La demanda sanitaria depende en gran medida de la educación de la población, y también la aplicación de las medidas preventivas o tendentes a la recuperación de la salud. Dos datos pueden ser ilustrativos en este sentido. Una campaña de planificación familiar desarrollada en la India, explicando el método Ogino mediante un disco de colores señalando las diferentes fases del período resultó en un gran fracaso, al utilizar las mujeres

el disco como amuleto con la creencia de que les evitaría el embarazo. En África, resulta a veces imposible evitar que el enfermo se tome toda la prescripción de golpe, pues una vez convencido el paciente de la bondad del antibiótico o fármaco que sea, no alcanza a entender el por qué de su administración en pequeñas cantidades. Las figuras que se adjuntan señalan los porcentajes en los que se estima que influyen los distintos factores en la salud, y los de los recursos económicos empleados a cada respecto.

Siguiendo a Milton Terris (Foro Mundial de la Salud, 1, 93, 1980), podemos clasificar los sistemas asistenciales en sistemas de asistencia pública (beneficencia), sistemas de seguridad social (caja de aportaciones), sistemas nacionales de salud (impuestos) y mixtos. Todos ellos se enfrentan a un incremento de la demanda sanitaria que conduce a un gasto sanitario

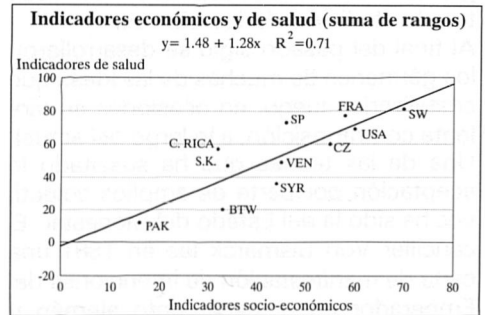


Figura 1. Relación de factores económicos y de salud. Trabajo del autor.

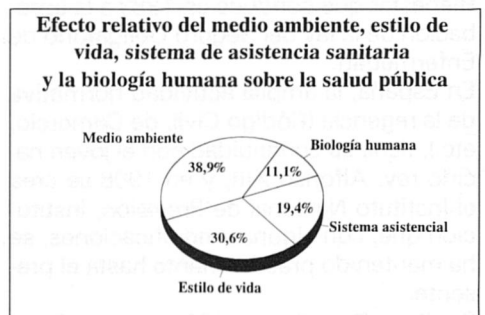


Figura 2. Fuente: Lalonde M. A New perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare Abril 1974.

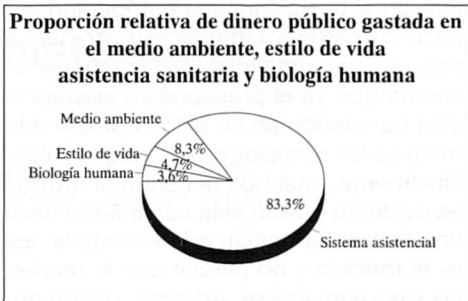


Figura 3. Fuente: Lalonde M. *A New perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare Abril 1974.

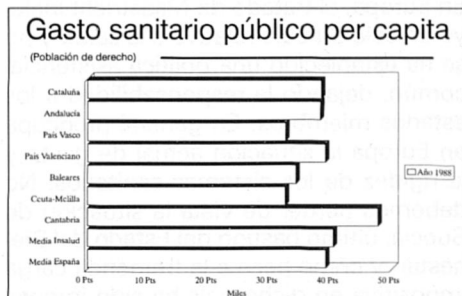


Figura 6. Gasto sanitario público por Comunidades Autónomas. Fuentes: Ministerio de Sanidad y Consumo/INSALUD. Anuario Estadístico 1988.

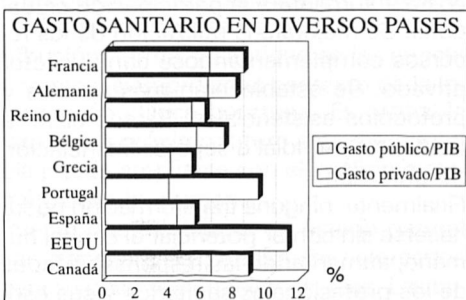


Figura 4. Proporción del PIB en gasto sanitario de determinados países. Fuente OCDE Care Data File 1989.

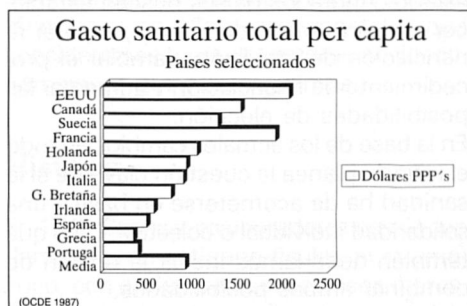


Figura 7. Gasto sanitario total per cápita en determinados países. Fuente: OCDE Health Care Data File. Paris 1989.

FUENTES DE INGRESO DEL PRESUPUESTO ASISTENCIAL 1993

ESPAÑA

Impuestos	70.7%
Ministerio Sanidad	0.2%
Cotizaciones de S.S.	27.8%
Ingresos de Terceros	0.7%
Amortizaciones	0.6%
Total (100%)	2.632.263 millones
Presupuesto asistencial ISM	10.880 millones
Presupuesto de Mutualidades	73.585 millones
Diferencias de consolidación	[429] millones
Total Asistencia pública	2.716.300 millones

Figura 5. Fuentes de financiamiento de la asistencia sanitaria. Fuente: P. Presupuestos de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

creciente, condicionado por el envejecimiento de la población, el desarrollo de nuevos servicios y tecnología, la mejora del nivel de vida y el desarrollo social. La victoria frente a enfermedades, hasta hace poco mortales, transforma al afectado en un demandante crónico de servicios, a ve-

ces de alto costo (tal es el caso de la insuficiencia renal con respecto a la diálisis, de determinadas hemopatías, etc.). La presión del gasto por un lado, y la conciencia social por otro, estimulan en el momento presente cambios innovadores en muchos países. Es de actualidad la febril actividad de la primera dama de los EEUU, país en el que pese a haber un sentimiento mayoritario de solidaridad en la atención sanitaria, 39 millones de ciudadanos se encuentran sin cobertura y un número superior con cobertura francamente insuficiente, mientras que el gasto sanitario se sitúa en torno al 14 % del PIB. No obstante los esfuerzos de Hillary Clinton, parece difícil que los norteamericanos estén dispuestos a incrementar mucho más el gasto y, difícilmente, en un país con un alto nivel de individualismo a disminuir sus actuales prestaciones individuales.

En Europa, el tratado de Maastricht incluye un solo artículo relativo a la salud y no se ha establecido una política asistencial común, dejando la responsabilidad a los estados miembros. En general preocupa en Europa la situación actual de gasto y la rigidez de los sistemas sanitarios. No debemos perder de vista la situación de Suecia, último bastión del Estado del Bienestar, y cómo pese a la tremenda carga impositiva en dicho país ha sido imposible seguir la espiral alcista del gasto público, dando como resultado la caída del gobierno, y con ello de la filosofía del *papá estado*. Ahora los países buscan establecer un cierto mercado interno, separar financiación de provisión, cambiar el procedimiento de financiación y aumentar las posibilidades de elección.

En la base de los actuales cambios en todo el mundo planea la cuestión clave de si la sanidad ha de acometerse en base a una solidaridad individual o colectiva. Creo que también deberíamos incluir la opción de combinar ambas posibilidades.

Volviendo a España, la tabla que se adjunta señala la estimación del presupuesto sanitario para 1993. Los cuadros siguientes

indican el gasto sanitario comparado con distintos países y también el gasto per cápita por comunidades. Debe tenerse en cuenta que ya el presupuesto asistencial está transferido en un 50 % aproximadamente a los servicios regionales de salud. Finalmente ¿qué nos deparará el futuro? Es evidente que se está caminando hacia una descentralización administrativa, ese es el modelo y no parece que la tendencia vaya a invertirse. Además, puede preverse un aumento de la competitividad, con una remuneración más flexible y en función de la capacidad. Los profesionales adquirirán sin duda mayor noción del coste y aumentará la participación ciudadana. Se mejorará la utilización de los recursos complementándose con el sector privado. Se establecerán más normas y protocolos asistenciales. Parece clara la tendencia mundial a separar financiación de provisión.

Finalmente, ninguna transformación podrá hacerse sin contar con el capital humano, aumentando las responsabilidades de los profesionales sanitarios y sus estímulos. Tampoco podrán lograrse adelantos sin considerar una atención integral e incluir los aspectos sociosanitarios.