

LA SANIDAD EN SALAMANCA.

Reseña histórica, situación actual y propuestas de futuro.

Publicado en SALAMANCA. Revista de Estudios. Ediciones Diputación de Salamanca. En el Monográfico: Salamanca 2000. Revisión de un Siglo y Perspectivas de Futuro. Nº 45. Año 2000.

GRUPO DE ESTUDIOS DE LA ADSP

Argüello C; Barrueco M; Bringas MJ; Diego M; Esteban I; Fuertes A; Garavís JL; González Hierro M; Jimeno MT; Julián A; Ledesma C; Moreno C; Ovejero C; Ramos E; Salvador MV; Unamuno P; Velasco JA

RESUMEN: El siglo XX ha sido también el del gran avance en el terreno sanitario. En España podemos distinguir tres periodos en la evolución de la estructura sanitaria, el primero de medicina liberal y beneficencia, el segundo de seguridad social y el tercero de sistema nacional de salud. Dichos periodos han tenido su fiel reflejo en nuestra provincia, con referentes fundamentales en cada uno de ellos: la fundación del Hospital Provincial en el primero, la creación del Hospital Virgen de la Vega en el segundo y la de los Centros de Salud en el tercero. La Facultad de Medicina ha sido un factor clave en todo el devenir sanitario de Salamanca, baste citar para ello, el espacio central en la estructura sanitaria que ocupa el Hospital Universitario. La situación actual de la sanidad provincial se aborda de forma exhaustiva en la segunda parte del artículo, y se concluye con unas propuestas de futuro desde nuestra perspectiva de asociación que apuesta por una sanidad pública, eficiente, equitativa y de calidad.

PALABRAS CLAVE: Sanidad / Salamanca/ Hospital / Atención Primaria / Atención Sociosanitaria

La lucha contra la enfermedad y la muerte ha sido una constante en la historia de la humanidad. Para entender el adelanto que en este aspecto ha supuesto el siglo XX en nuestro país, puede ser suficiente un dato: en 1900 la esperanza de vida al nacer una persona era de 34,8 años y en 1990 de 80,5 años para las mujeres y 73,4 para los varones¹. Aunque el sistema sanitario no es el único de los factores que intervienen en el estado de salud de la población, (hay otros al menos de tanta importancia: de tipo genético, medioambientales y socioeconómicos), su influencia sí es determinante. Sin duda, este siglo ha sido el de los grandes avances técnicos y científicos en la medicina, pero sobre todo ha sido el siglo en el que se ha determinado la importancia de la prevención y en el que se ha hecho realidad el derecho a la asistencia sanitaria colectivizada.

Los avatares de la sanidad salmantina en estos cien años no difieren mucho de los comunes al estado español; quizás sí exista un factor diferenciador sobre otras provincias de nuestro entorno y es la existencia de Facultad de Medicina.

La historia reciente de la estructura sanitaria en nuestro país puede dividirse en tres periodos: el primero de medicina liberal y beneficencia, el segundo de seguridad social y el tercero de sistema nacional de salud.

¹ FERNÁNDEZ CORDÓN, Juan Antonio. "Los cambios demográficos en España". En La Formación de los profesionales de la salud. Escenarios y factores determinantes, 1998. Bilbao. Ed. Fundación BBV, pags. 33-56.

Hasta los años cuarenta la asistencia sanitaria en nuestra provincia y en el resto de España, se caracterizó por su escasa eficacia terapéutica y por tratarse de una medicina de tipo liberal donde el profesional abría libremente un consultorio médico o de enfermería y el paciente pagaba el coste derivado de los servicios recibidos. La atención sanitaria para los pobres corría a cargo de las instituciones locales. Cuando la enfermedad lo requería, el paciente debía ingresar en un centro privado, si tenía dinero para pagarlo, o de lo contrario era asistido en los hospitales de beneficencia.

En este periodo hay que citar como hito de interés en nuestra provincia, la apertura del Hospital Provincial en 1930, dependiente de la Diputación, y que fue utilizado como hospital de prácticas por la Facultad de Medicina.

Dos hechos fundamentales dan origen en Salamanca, como en la gran mayoría de nuestro país, a la estructuración del sistema sanitario y la segunda etapa del desarrollo del mismo: la Seguridad Social y la Ley de Bases de Sanidad de 1944.

La Seguridad Social se va creando como concepto, y desarrollándose progresivamente desde primeros de siglo². En 1908 se crea el Instituto Nacional de Previsión (INP) que gestiona los primeros seguros sociales (aún no vinculados estrictamente con elementos sanitarios). Posteriormente van apareciendo otros seguros parciales, el denominado Retiro Obrero (1919), el de Accidentes de Trabajo (1937) o el de Vejez (1939). El precedente más claro de nuestro posterior sistema sanitario sería la aparición en 1942 del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE). Junto a estos seguros sociales, que protegían hechos concretos y colectivos concretos, iban apareciendo otras entidades de base eminentemente profesional que dieron lugar a lo que se denominaría Mutualismo Laboral: eran Cajas, Montepíos y Mutualidades que unificaban cuotas de estos colectivos profesionales y las devolvían en forma de servicios económicos y ocasionalmente sanitarios.

En 1962 se comienza a incluir en estas entidades a los trabajadores autónomos, desprotegidos hasta entonces desde el punto de vista de seguros sociales y sanitarios.

Lo que empezó como una agrupación de trabajadores primero, y de trabajadores y empresarios después, para proteger económicamente situaciones de desamparo (paro, vejez, enfermedad profesional...), se extendió posteriormente a proteger también el riesgo de enfermedad en los trabajadores (y sus familiares o beneficiarios).

Todo este entramado se fusiona y gestiona uniformemente con la aprobación en 1963 de la Ley de Bases de la Seguridad Social. Aunque esta ley se modifica y actualiza más adelante (1974, 1994), en dicha fecha podemos situar el despegue de la Seguridad Social como prestación sanitaria.

² FUENTES QUINTANA, Enrique, BAREA, José, *“Estrategia para un tratamiento de los problemas de la Seguridad Social española”*. Madrid, Papeles de Economía Española, 1982 12/13: 20-32.

En nuestra provincia, la evolución sigue este mismo camino. El desarrollo de esta protección social se plasma en su aspecto más evidente con la inauguración en el año 1965 del Hospital de la Seguridad Social Virgen de la Vega y dos años antes del Hospital Virgen del Castañar de Béjar.

Otro hito esencial que condiciona e impulsa el desarrollo sanitario es la Ley de Bases de Sanidad del año 44; en ella se fija que incumbe al Estado el ejercicio de la función pública en sanidad. Esta Ley, junto con otras múltiples disposiciones, será la columna vertebral del desarrollo sanitario hasta la aparición del Ministerio de Sanidad, vieja aspiración que se alcanza en 1977, y la Ley General de Sanidad (LGS).

La Ley de Bases aporta la aparición de un elemento sanitario de singular importancia, los médicos titulares, que serían el soporte de todo el desempeño sanitario y también asistencial hasta la reforma de la atención primaria.

La atención sanitaria en Salamanca se va vinculando en el plano de la medicina general o de cabecera como se denominó durante muchos años, a los médicos titulares, que atendían sus deberes generales sanitarios (aguas, vacunas, inspecciones sanitarias...) y prestaban asistencia sanitaria a la población, bien de forma libre (mediante «*iguales*») para aquellos que no tenían Seguridad Social, bien de forma obligatoria y vinculada a su plaza de titulares para los que sí estaban protegidos por ésta.

El nivel de protección a la población por la Seguridad Social va incrementándose progresivamente hasta estar incluida la práctica totalidad de la misma en los años 80.

Otro elemento que configura el desarrollo sanitario en nuestra provincia son los centros y servicios que finalmente se agruparon bajo la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA) creada en 1972. Este organismo autónomo aglutina diversos cometidos de lucha antirreumática, antiinfecciosa, sobre sanidad ambiental..., y también centros de enfermedades del tórax. Este último, es el origen de otro de los centros sanitarios de importancia en Salamanca, el Hospital Martínez Anido, más conocido como Hospital de Los Montalvos, abierto como sanatorio antituberculoso en el año 1948, según un diseño arquitectónico de Rafael Bergamín que imagino el hospital como un buque varado en medio de los encinares de nuestro campo.

La dispersión de competencias sanitarias bajo la que se va configurando nuestro sistema sanitario hasta la aparición de la LGS, explica que las Diputaciones Provinciales ostentaran, entre otras, la responsabilidad de prestar asistencia psiquiátrica. Este es el origen del Hospital Psiquiátrico.

El último elemento, pero no el menos importante, que va cincelandando la realidad sanitaria de nuestra provincia es la Universidad. La enseñanza de la Medicina conlleva el desarrollo –la utilización– de hospitales, siendo el Hospital Provincial el de referencia universitaria (hasta el año 1930 lo había sido el Hospital de la Santísima Trinidad), hasta el año 1975 en que se inaugura el

Hospital Clínico Universitario, construido por el Ministerio de Educación y que dependió del mismo hasta su incorporación y gestión por el INSALUD en el año 1993.

La tercera etapa de la sanidad en este siglo está definida por el desarrollo de la LGS (1986), que configura el perfil del Sistema Nacional de Salud, con financiación a cargo de los Presupuestos Generales del Estado. La Ley hace efectivo el derecho a la protección de la salud, universaliza la cobertura e integra los objetivos asistenciales con los de promoción y prevención de la salud³. El avance más importante desde entonces ha sido en el modelo de atención primaria⁴, perfilado ya en el Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud y definido por las características de ser el primer contacto de la población con el sistema y su integralidad. La creación de los nuevos equipos de Atención Primaria en Salamanca se inicia con la inauguración del centro de salud de San Juan en el año 1985.

Los hospitales y la atención especializada se modifican en función del criterio de integración de centros y servicios marcado por la LGS y por el proceso de concentración de recursos y atención según patologías y necesidades que los tiempos van exigiendo. Así desaparece el hospital Psiquiátrico como tal, destinándose actualmente a otras labores. También desaparece el hospital de los Montalvos como dedicado monográficamente a la atención de enfermedades pulmonares, estando hoy en busca de su destino definitivo y desarrollando mientras tanto diversas actividades

La evolución de los dos grandes centros hospitalarios públicos (Clínico y Virgen de la Vega) ha ido hacia su unificación, habiéndose logrado solo ésta con carácter nominal pero no integrando aun un auténtico proyecto como centro único.

Existen aún otras estructuras hospitalarias de diversa procedencia y dependencia. El Hospital de la Santísima Trinidad, que de un origen benéfico evoluciona a su actual forma de Fundación con prestación y arrendamiento de servicios sanitarios. Hospitales de titularidad exclusivamente privada también han aparecido últimamente en nuestra ciudad. Junto con algún fiasco ostentoso, como fue el intento de construir el denominado Hospital Internacional, otras iniciativas han llevado adelante centros como el Hospital de Salamanca, o la UCSI, centro destinado a cirugía sin ingreso y que representa en la esfera privada lo que suponen las unidades de C.M.A. (cirugía mayor ambulatoria) en nuestros hospitales públicos.

La configuración del estado español como un estado Autonómico, introdujo un importante cambio en la sanidad, al descentralizar la planificación sanitaria que pasa a depender de las diferentes administraciones autonómicas en un esfuerzo de acercamiento de los servicios a las necesidades de la población. En Castilla y León, el estatuto de autonomía (ley orgánica 4/1983) incluye las

³ ORTEGA Francisco; LAMATA Fernando. *La década de la Reforma Sanitaria*. Madrid: EXLIBRIS, 1998

⁴ MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD. *Teoría y práctica de la Atención Primaria en España*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1990.

competencias en materia de sanidad, higiene, promoción, prevención y restauración de la salud. La ley 1/ 1993 de Castilla y León establece el modelo que regula las actividades sanitarias y crea la Gerencia Regional de Salud. Con ello se ponen las bases para la transferencia del INSALUD, hecho que al parecer puede acontecer al final de esta legislatura.

La atención sociosanitaria ha seguido pautas similares, aunque su desarrollo ha sido mucho menor que el de los aspectos propiamente sanitarios. En 1932 se creó la Dirección General de Beneficencia y Obras Sociales, posteriormente en 1960 el Fondo Nacional de Asistencia Social y por último en 1978 el Instituto Nacional de Asistencia Social. Con la aprobación de la Constitución, se reconoce el derecho a recibir atención sociosanitaria, pero así como la LGS universalizó el derecho a la asistencia sanitaria de toda la población, en el campo de la acción social no hay un elemento globalizador que sea capaz en el momento actual, de dar solución a los problemas que están surgiendo como consecuencia de los cambios que se producen en nuestra sociedad. Actualmente la atención sociosanitaria está transferida a la Junta de Castilla y León.

EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA Y SOCIOSANITARIA Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD SANITARIA

Muchas de las características que desde el punto de vista demográfico, sociológico o económico podríamos señalar⁵ carecen de interés por no ser relevantes para el análisis sanitario final; por ello, nos limitaremos a especificar los indicadores más significativos que confieren un rango diferencial a la población salmantina frente al resto de ciudadanos de la Comunidad o del territorio español.

La provincia de Salamanca presenta una tasa de vejez y un índice de envejecimiento de la población significativamente superior a las tasas nacionales y de la Comunidad.

- Un 22,4% de la población es mayor de 65 años.
- Se prevé que el total de la población de más de 80 años para el año 2006 supere el 7% de la población de la provincia.

Tabla 1			
Años	Salamanca	Castilla y León	España
1991	20,7%	18.0%	13.7%
1996	22,4%	20.1%	15.4%
2006	23,3%	21.6%	17.1%

Evolución de la Tasa de Vejez

Fuente: INE

Del mismo modo, la tasa infantil calculada a partir de la proporción de individuos menores de 15 años sobre el total de la población, muestra cómo la provincia de Salamanca tiene una tasa infantil inferior a la de los otros ámbitos

⁵ LEGUINA, Joaquín. *Fundamentos de Demografía*. 1992, Madrid, Siglo XXI.

de comparación, si bien las previsiones para el año 2006 sitúan estas cifras ligeramente por encima de la Comunidad aunque inferiores todavía a la tasa española (16.3%).

Tabla 2			
Años	Salamanca	Castilla y León	España
1991	15.0%	16.6%	19.4%
1996	14.5%	14.5%	16.5%
2006	15.2%	15.2%	16.3%

Evolución de la Tasa Infantil

Fuente: INE

El índice de envejecimiento de la población del área de Salamanca se sitúa por encima de su Comunidad Autónoma (154 y 139, respectivamente) siendo ambos índices claramente superiores a la media española (93).

Tabla 3			
Años	Salamanca	Castilla y León	España
1991	138	108	71
1996	154	139	93
2006	154	150	105

Evolución de la Tasa de Envejecimiento

Fuente: INE

Estas características, concordantes con un acusado envejecimiento de la población, están incidiendo e incidirán de manera más marcada en la modificación de los parámetros de demanda asistencial: mayor frecuentación hospitalaria, mayor número de ingresos, necesidad de adecuación de recursos sociosanitarios, etc.

Por otro lado, estos parámetros demográficos influyen de manera directa en el perfil socioeconómico de la provincia que se caracteriza por:

1. Desajuste en el nivel educativo de la población al existir un importante porcentaje de la población que no tiene estudios completos o los tienen hasta el primer grado, a la vez que presenta un 8,1% de población con estudios de tercer grado por encima de la media.

Tabla 4			
	Salamanca	Castilla y León	España
Analfabetos	1.2%	1.2%	3.3%
Sin Estudios	26.9%	19.8%	21.6%
Primer Grado	34.5%	40.8%	34.1%
Segundo Grado	28.9%	30.2%	34.2%
Tercer Grado	8.1%	7.1%	6.8%

Evolución del nivel educativo

Fuente: Anuario Estadístico de Castilla y León, 1993

2. El perfil económico viene definido por una elevada participación de los servicios, y una especial participación del sector agrario en comparación con la media autónoma y nacional
3. El Valor Añadido Bruto (VAB) que mide la parte de la valoración total de la producción que se incorpora en los productos finales por la aplicación del trabajo y el capital, destaca por la mayor aportación del sector servicios (65.2% y 59% respectivamente) a favor de una mayor participación del sector agropecuario (4,8% y 8,9% respectivamente), principalmente.

	Salamanca		Castilla y León		España	
	1993	1995	1994	1995	1995	1995
VAB	511.121	576.303	3.684.851	4.164.568	61.066.370	70.226.202
% Agric y pesca	10.2	8.9	11.3	10.0	5.0	4.8
% Industria	21.6	22.9	22.9	24.4	21.3	22.1
% Construcción	9.1	9.2	08.2	8.4	7.7	7.9
% Servicios	59.1	59.0	57.5	57.2	66.0	65.2

Evolución del Valor Añadido Bruto

Fuente: Renta nacional española y su distribución provincial 1993. Avance 1994-1995. Fundación BBV 1997

- 4 La Renta Regional Bruta se encuentra por debajo de la media nacional y crece a un ritmo inferior a ésta (12.8% y 15%).
- 5 Las tasas de desempleo son significativamente superiores a la media española y de la Comunidad autónoma. (25.9% frente a 20.5 y 18.8% respectivamente en el año 1997)

Este perfil demográfico y socioeconómico sitúan a la provincia de Salamanca en un entorno de fuertes demandas asistenciales centradas básicamente en la red sociosanitaria pero con importantes repercusiones en la Atención Primaria y en la demanda hospitalaria.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

La ausencia de series temporales en los indicadores básicos de actividad, producción, recursos humanos, inversiones, etc., en el conjunto de la sanidad española y particularmente en el ámbito de los centros asistenciales salmantinos, nos impiden realizar un balance sosegado de la evolución empresarial y de los modos de gestión practicados en los últimos años. Sin embargo, ninguno de los grandes debates o problemas suscitados en el seno de la sanidad española han sido ajenos a la realidad de la atención primaria y especializada de Salamanca. Temas como los de la universalización de la asistencia, nuevo modelo de atención primaria, financiación de la sanidad, el envejecimiento de la población, la organización de las urgencias, o los nuevos

modelos de gestión⁶, etc., han tenido un fiel reflejo en la realidad asistencial, funcional y organizativa de la sanidad de Salamanca. Ello es debido, en primer lugar; a la importancia de los recursos sanitarios instalados en la provincia, en segundo lugar, a la identificación de los problemas sanitarios generales con las características sociales y sanitarias de nuestra población, y en tercer lugar, a la presencia de profesionales progresistas que han identificado las concomitancias de los grandes debates con la realidad asistencial vivida en el entorno provincial o comunitario.

Por ello, la realidad asistencial en la provincia de Salamanca ha corrido pareja a la de sus centros homólogos del INSALUD, evidenciándose a lo largo de estos últimos años una incapacidad permanente para incorporar y liderar procesos de cambio que permitieran modernizar sus estructuras y revitalizar sus recursos. Al mantenimiento de esta realidad no es ajena la política sanitaria practicada por la Junta de Castilla y León y la relevancia de las comunidades históricas en la asunción de competencias sanitarias.

▪ ATENCIÓN PRIMARIA

Las características demográficas y socioeconómicas de la población salmatina definidas anteriormente, inciden profundamente en el funcionamiento y organización de la Atención Primaria de Salud. Baste recordar la baja densidad de población (28 habitantes/Km²) y su dispersión en pequeños municipios como factores clave para entender la actual situación de desequilibrio en la distribución de los recursos asistenciales.

La morbilidad, acorde con lo que sucede en su entorno, ha variado a lo largo de los años desde las causas infecciosas hacia las enfermedades crónicas y degenerativas en relación con la longevidad y los estilos de vida y la exposición a factores de riesgo ambientales y laborales.

Entre las principales causas de muerte en la actualidad, se encuentran las enfermedades de origen cardiovascular, tumoral, las dependientes del sistema respiratorio o digestivo y las producidas por causas externas. Los años potenciales de vida perdidos se deben a la incidencia de los tumores seguido de las causas externas entre las que destacan los accidentes de tráfico y los laborales.

La mortalidad evitable en Salamanca está situada en torno al 5,2% de forma semejante a la media nacional, siendo los accidentes de tráfico y laborales, el cáncer de pulmón, el SIDA y la cirrosis alcohólica las patologías más fácilmente prevenibles.

Los recursos sanitarios de la provincia se distribuyen en 35 Zonas Básicas, 401 consultorios locales, 27 puntos de atención continuada durante 24 horas al día. En estos centros trabajan 325 médicos generales, 28 pediatras, 249

⁶ MARTÍN MARTÍN José J, DE MANUEL KEENOY, Esteban, *Reformas y cambios organizativos en el sistema nacional de Salud*, Papeles de Economía Española, 1998; 78, 176-190.

enfermeros, 22 matronas y 60 farmacéuticos en régimen de dedicación compartida.

La dependencia administrativa de estos recursos humanos es mixta – INSALUD y la Junta de Castilla y León– por no estar transferida la asistencia sanitaria.

Las ratios por profesional son: 1093 habitantes por médico, 1485 habitantes por enfermero, 16.046 habitantes por matrona. Estos recursos que en principio son suficientes están, sin embargo, mal distribuidos pues no han sido adaptados a los importantes cambios poblacionales ocurridos durante los últimos 30 años con desplazamientos masivos desde las zonas rurales hacia las urbanas y periurbanas, lo que ha determinado unas ratios de población por habitante muy desiguales llegando a una situación en la que el 33% de los médicos atiende al 68% de la población, como se muestra en la tabla siguiente.

Tabla 6	
Número de Médicos	Población con Tarjeta Individual Sanitaria (TIS)
▪ 38	▪ < 250 TIS
▪ 100	▪ 250/500 TIS
▪ 90	▪ 500/1000 TIS
▪ 26	▪ 1000/1500 TIS
▪ 21	▪ 1500/2000 TIS
▪ 49	▪ 2000/2500 TIS
▪ 14	▪ 2500/3000 TIS
▪ 3	▪ 3000/3500 TIS

Distribución de Médicos por Tarjeta Individual Sanitaria

El funcionamiento de los equipos de atención primaria de Salamanca es desigual aunque se pretende ir unificando la oferta de servicios a la población, mediante la dotación material de recursos y equipamientos y fundamentalmente mediante la homogeneización de la cartera de servicios, como se deduce de los datos de evaluación de cada centro de salud. La formación de los profesionales tanto médicos, con la creación de una formación específica, como de enfermería con la inclusión en sus currículos de contenidos específicos de atención primaria, ha mejorado notablemente pero resulta todavía poco homogénea lo que repercute también en las diferencias de unos equipos a otros. Sin embargo se puede afirmar que la calidad de la asistencia sanitaria en este nivel primario es buena en términos generales y así es percibido por la población en las encuestas de satisfacción de usuarios.

▪ ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Antes de especificar las características actuales de la red hospitalaria provincial es necesario establecer los patrones de referencia, que serán como es lógico en nuestro ámbito territorial, la Comunidad Autónoma y el INSALUD, prescindiendo de estándares internacionales por estar claramente influenciados por factores internos o regionales –modelo sanitario, financiación, equidad, etc.– de difícil ajuste a nuestro ámbito.

Las camas instaladas en entidades públicas y privadas en la provincia de Salamanca son 1382 lo que representa el 13,25% de las camas instaladas en la Comunidad de Castilla y León y el 2,07% de las existentes en el territorio INSALUD. Su distribución se refleja en la tabla siguiente:

Ámbito	INSALUD*	Públicas**	Otras***	Total
Salamanca	1.110	186	86	1382
Castilla y León	6484	1.649	2.292	10.425
INSALUD	40.636	8.171	17.835	66.642

Camas instaladas en entidades públicas y privadas

(*) Incluidos Conciertos Sustitutorios

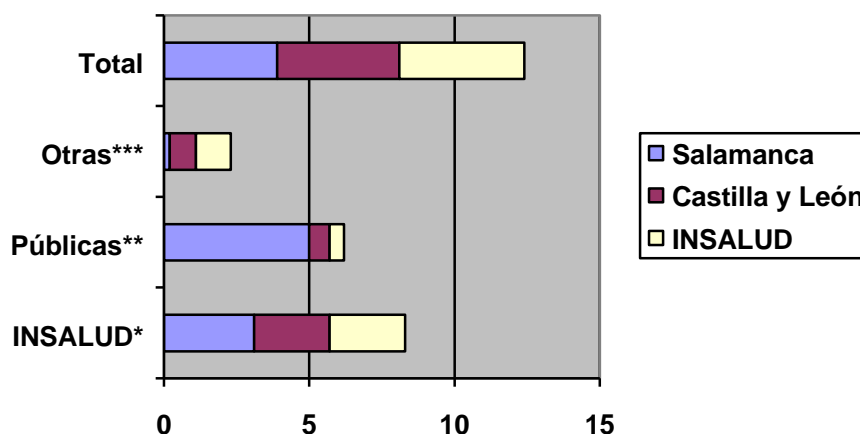
(**) No incluido M^o Defensa

(***) M^o Defensa, Mut. Acc. Trabajo, Privadas Benéficas y no Benéficas

Fuente: Mapa de recursos de asistencia especializada. Diciembre 1998. INSALUD.

El número de camas instaladas por mil habitantes es de 3,9 por mil frente al 4.2 de la Comunidad y el 4,3 del INSALUD. Esta proporción inferior se debe fundamentalmente al bajo número de camas privadas instaladas en la provincia lo que sitúa a esta en la cola de la Comunidad solamente superada por Zamora. Este dato contrasta con la creencia general de un superávit de camas que si bien en cierto en la comparación de las camas instaladas del INSALUD, no lo es tanto cuando se analizan las camas de agudos y de media/larga estancia en el sector privado.

Gráfico I



Ámbito	INSALUD*	Públicas**	Otras***	Total
Salamanca	3.1	0.5	0.2	3.9
Castilla y León	2.6	0.7	0.9	4.2
INSALUD	2.6	0.5	1.2	4.3

Camas instaladas/1000 hab. En entidades públicas y privadas

(*) Incluidos Conciertos Sustitutorios

(**) No incluido Mº Defensa

(***) Mº Defensa, Mut. Acc. Trabajo, Privadas Benéficas y no Benéficas

Fuente: Mapa de recursos de asistencia especializada. Diciembre 1998. INSALUD.

La distribución de Servicios de Referencia se sitúa claramente a favor de nuestras estructuras provinciales debido al papel que desempeña el Hospital Universitario de Salamanca en el conjunto de la Comunidad autónoma y del Insalud. Sin embargo, es necesario constatar la ausencia tanto en este hospital, como en todos los existentes en la Comunidad castellana, de servicios básicos como son Unidad de Quemados o Cuidados Intensivos Pediátricos.

Los recursos humanos siguen la distribución expresada en la tabla 9:

PROVINCIAS	R. HUMANOS/1000 HAB			R. HUMANOS/1000 CAMAS		
	Facultativos	Sanitarios (no facult)	No Sanit.	Facultativos	Sanitarios (no facult)	No Sanit.
AVILA	1.0	3.0	1.7	48.0	147.7	84.4
BURGOS	1.3	4.1	2.2	46.9	150.8	82.0
LEON	1.1	3.4	1.7	51.0	150.0	75.7
PALENCIA	0.9	3.3	1.8	44.0	154.8	84.6
SALAMANCA	1.5	4.6	2.5	47.8	146.3	79.5
SEGOVIA	1.3	4.1	2.5	49.1	157.3	95.5
SORIA	1.3	4.4	2.7	43.2	142.5	89.1
VALLADOLID	1.3	4.5	2.4	43.7	149.3	81.0
ZAMORA	0.8	2.8	1.4	45.7	149.1	78.3
CASTILLA LEON	1.2	3.9	2.1	46.8	149.5	81.4
INSALUD	1.3	4.3	2.4	48.1	164.3	89.7

Recursos Humanos/1000 habitantes (Provincias)

La tabla muestra cómo los recursos humanos hospitalarios por habitante son claramente superiores a los existentes en el resto de las provincias y superiores a la media del INSALUD. Pero cuando se comparan los recursos humanos con las camas instaladas, su asignación es claramente inferior a la media de la Comunidad y del INSALUD. Estos datos se ven claramente agravados al estar agrupados los recursos del Hospital Clínico y del Virgen de la Vega, y no contemplar las desigualdades intercentros propias de la vocación específica de cada institución sanitaria.

La consideración del Hospital Universitario de Salamanca como hospital de referencia determina unas poblaciones mayores que las establecidas censalmente para el Área de Salud, por lo que los recursos, aunque superiores a la media, se reajustan al añadirles las poblaciones colindantes de referencia.

Los datos proporcionados por el CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos)⁷ sitúan al Hospital Universitario de Salamanca en la posición novena en el número de altas hospitalarias, justo por debajo del Hospital V. de la Arrixaca y por encima del H. Ramón y Cajal.

⁷ Conjunto Mínimo Básicos de Datos. Hospitales del INSALUD. 1998. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Madrid, 1999

Las altas médicas representan el 59.27% y las quirúrgicas el 40.73%. Estos porcentajes vienen determinados por el carácter eminentemente quirúrgico del hospital por lo que están discretamente diferenciados de las medias de su grupo (62.08% y 37.87%, respectivamente).

El Peso Medio⁸, que mide el nivel de complejidad de los pacientes atendidos, alcanza el nivel de 1.64, netamente superior al 1.62 de la media de los hospitales del mismo grupo, colocando al hospital en el puesto número 6 de estos.

La Estancia Media es de 7.97 frente a los 8.85 de los hospitales de su grupo y el IEMA⁹ (Índice de Estancia Media Ajustada) que compara para la casuística del hospital, el funcionamiento del mismo con respecto al funcionamiento del estándar, es de 0,9554, expresando, por lo tanto, un mejor funcionamiento que el conjunto de hospitales que constituyen el estándar.

Estos indicadores señalan un funcionamiento eficiente del hospital en comparación con su realidad más próxima y homogénea, como son los grandes centros del INSALUD. Sin embargo, ello no impide identificar áreas de ineficiencia, como es el bajo desarrollo de Cirugía Mayor Ambulatoria o la ausencia casi completa de protocolos y guías clínicas en consonancia con la tendencias actuales de la atención sanitaria.

Organización y recursos de la Atención Especializada

La atención especializada en Salamanca recae fundamentalmente en dos centros hospitalarios: el antes llamado Hospital Clínico Universitario, y el Hospital Virgen de la Vega, financiados y gestionados por INSALUD como lo está el pequeño hospital Virgen del Castañar de Béjar con solo 15 camas.

Otro hospital, como hemos señalado anteriormente, dependiente de la Junta de Castilla y León, ha tenido desde su inicio un carácter fundamentalmente monográfico y de ahí su nombre: Hospital de Enfermedades del Tórax Martínez Anido Los Montalvos.

Los tres primeros fueron unificados en 1998 a efectos de gestión bajo la denominación de HOSPITAL UNIVERSITARIO de SALAMANCA (HUS). Empero, el llamado Hospital Clínico conserva peculiaridades que derivan de la relación Universidad- INSALUD en virtud de un concierto que en su día establecieron ambas entidades. Sigue siendo importante la influencia que ejercen los profesores de la Facultad, sobre todo catedráticos, que condicionan muchas veces la remodelación de servicios a efectos de unificación, y otros muchos aspectos.

⁸ CASAS, Mercé, *Los grupos Relacionados con el Diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización*, Barcelona, Editorial Masson, S.A., 1991, pág. 63.

⁹ *Ibidem.*, pág. 200.

Aunque la unificación no es cuestionada externamente por ningún estamento del hospital, en la práctica las resistencias se fundamentan en la falta de voluntad política para dotar a la unificación de un marco legal que facilite la integración de servicios y funciones.

El Hospital Virgen del Castañar de Béjar es un ejemplo de hospital comarcal concebido bajo presiones políticas, que presenta graves deficiencias de funcionalidad y de integración en el conjunto de la red asistencial.

Las buenas instalaciones con que cuenta el Hospital de Enfermedades del Tórax Los Montalvos contrastan con su escaso rendimiento sanitario y social. Por ello, el 90% del gasto de los casi 1.162 millones de pesetas en 1999 lo fueron en concepto de personal. Su futuro dependerá de su orientación e integración en el entorno asistencial sociosanitario.

Sigue funcionando también como Centro de Especialidades el antiguamente denominado Ambulatorio Virgen de la Vega con facultativos de cupo en áreas como la Cirugía, Dermatología, A. Digestivo, Ginecología, Oftalmología, ORL, Psiquiatría y Traumatología. Su falta de integración en el sistema de atención especializada produce graves disfuncionalidades, aunque resuelve problemas de ordenación de la demanda.

I. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

Para la descripción general consideraremos sucintamente los siguientes apartados: Recursos humanos, recursos instalados, equipamiento y cartera de servicios, con información referida al año 1999.

- Recursos humanos

La plantilla total es de 2.981 personas, sin bien la dotación presupuestaria contempla un número importante de plazas sin cubrir. Su distribución por grupos es la siguiente:

Tabla 10	
Grupo	Plantilla
Grupo A (Facultativos, Técnicos y Titulados superiores)	540
Grupo B (Personal sanitario no facultativo: ATS/DUE, fisioterapeutas, etc.)	906
Grupo C (Técnicos sanitarios, administrativos, etc.)	203
Grupo D (Aux. de enfermería, personal de oficios)	912
Grupo E (Celadores, pinches, peones, etc.)	420

Distribución de la plantilla por grupos profesionales

Fuente: Departamento de personal. HUS

Esta distribución no incluye los puestos directivos (13), puestos de gestión (37), plazas vinculadas a la Universidad (83) ni los médicos en formación (207).

- Recursos instalados (tabla 11)

Tabla 11	
Recursos	Volumen
➤ Camas:	1071
➤ Quirófanos:	24
➤ Puestos de Hemodiálisis:	31
➤ Puestos de Hospital de Día:	9

Distribución de los recursos hospitalarios básicos

Fuente: Elaboración propia

- Recursos asistenciales hospitalarios

Estos recursos son suficientes para completar la asistencia hospitalaria a los pacientes del área y absorber cierta demanda de las zonas geográficas colindantes.

- Equipos Tecnológicos (tabla 12)

Tabla 12			
Equipo	Cantidad	Equipo	Cantidad
Ecógrafos	16	Tomografía Axial Computarizada	2
Mamógrafos	3	Resonancia Nuclear Magnética	1
Gammacámaras	3	Angiográficos	1
Acelerador lineal	1	Salas de Radiodiagnóstico	11
Simulador	1		

Equipamientos de alta tecnología hospitalaria

Fuente: Elaboración propia

Pese a la importancia cuantitativa de estos recursos tecnológicos existe la necesidad de adecuar su funcionamiento a las demandas reales de la asistencia.

Las 1071 camas se distribuyen así:

Tabla 13				
Camas	H. CLÍNICO	H. V. VEGA	H. V. CASTAÑAR	H.U.S
▪ Camas	702	354	15	1071
▪ C. Médicas	346	50	15	411
▪ C. Quirúrgicas	265	234	0	499
▪ C. Materno-Infantil	65	61	0	126
▪ U.C.I.	26	9	0	35

Distribución específica de camas hospitalarias por centros asistenciales

Fuente: Elaboración propia

El número de camas es suficiente para atender las demandas actuales, incluso permiten una reducción significativa que facilitaría la confortabilidad de las mismas.

Especialidades desarrolladas

Tabla 14		
Servicios Generales	Servicios Médicos	Servicios Quirúrgicos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anatomía Patológica ▪ Farmacia ▪ Laboratorio General ▪ Medicina Preventiva ▪ Microbiología ▪ Radiología 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alergología ▪ Aparato digestivo ▪ Cardiología ▪ Endocrinología ▪ Foniatría ▪ Hematología ▪ Medicina interna ▪ Nefrología ▪ Neumología ▪ Neurología ▪ Oncología ▪ Psiquiatría ▪ UVI 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anestesiología ▪ Cirugía Cardíaca ▪ Cirugía General ▪ Cirugía Infantil ▪ Cirugía Maxilofacial ▪ Cirugía Plástica ▪ Cirugía Torácica ▪ Cirugía Vasculor ▪ Dermatología ▪ Ginecología ▪ Neurocirugía ▪ Obstetricia ▪ Oftalmología ▪ ORL ▪ Traumatología ▪ Traumatología Ortopédica Infantil ▪ Urología

Cartera de Servicios Hospitalarios

Fuente: Elaboración propia

La cartera de servicios que configuran estas especialidades es amplia y sitúan al Hospital Universitario en el nivel de referencia autonómico y nacional.

La existencia de servicios duplicados en un alto número de unidades asistenciales (médicas, quirúrgicas o centrales) afecta notablemente a la capacidad productiva de los servicios afectados por cuanto dejan de beneficiarse de la economía de escala o de la maximización de los recursos.

Servicios centrales

Una gran parte de la alta tecnología del hospital se encuentra situada en los servicios centrales o generales del hospital y de la eficiencia de su funcionamiento va a depender en gran medida, la eficacia del resto de los servicios. Por ello, se requiere adecuar su actividad a las demandas de las áreas clínicas y poner en marcha modernos sistemas de información que permitan situar sus resultados en los servicios peticionarios en el menor tiempo posible.

Especialidades médicas

Teniendo en cuenta los indicadores asistenciales (ingresos, altas, estancia media, peso medio de su case-mix) y la calidad de la atención prestada, podemos resaltar la eficiencia de estos servicios al presentar una estancia media de 7,92 día¹⁰ frente a los 8,12 de los hospitales de su grupo y un Peso Medio de 1,39 en comparación con el 1,22 de su referencia o el 1,20 de todos los hospitales del INSALUD.

Entre los servicios que más contribuyen a la brillantez de estos resultados cabe destacar el Servicio de Hematología y su Unidad de Trasplante de Médula, los Servicios de Medicina Interna por la importante repercusión del SIDA y otras patologías asociadas al envejecimiento de la población, y el Servicio de Oncología con el desarrollo del Hospital de Día Oncohematológico.

Al igual que ocurre con los Servicios generales, también en el área médica nos encontramos con una excesiva atomización de los servicios que les resta eficiencia y capacidad para expandir su actividad al ámbito de la atención primaria o sociosanitaria. La orientación estratégica a la concentración facilitaría su desarrollo y su integración en el proceso de coordinación de estructuras asistenciales.

Especialidades quirúrgicas

Los servicios quirúrgicos que han sido tradicionalmente los que han configurado el eje de la hospitalización, han orientado su actividad al campo de la cirugía sin ingreso, debido fundamentalmente a los avances en el campo de la Anestesiología y al desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva mediante técnicas laparoscópicas. Sin embargo, esta tendencia general no se viene cumpliendo en los servicios quirúrgicos del Hospital Universitario. Entre las causas que pueden explicar este escaso desarrollo, podemos señalar la incorporación de nuevos servicios quirúrgicos, como son la Cirugía Cardíaca y la C. Torácica con procedimientos claramente invasivos, o la orientación de la actividad quirúrgica hacia la cirugía oncológica. Sería de desear un mayor desarrollo de este tipo de cirugía mediante la creación de un hospital de día quirúrgico que centralizara toda la cirugía ambulatoria y una mayor cooperación multidisciplinar para abordar patologías complejas, como por ejemplo la cirugía oncológica cervico-craneal.

El interés periódico que suscitan las listas de espera quirúrgicas nos obligan a reflexionar sobre su particular problemática en nuestro entorno sanitario. La construcción de las listas de espera quirúrgicas responden al objetivo lícito de ordenar y programar la actividad quirúrgica mediante criterios de prioridad, aunque en la práctica sólo representan un volumen muy limitado (en torno al 55%) del conjunto de la actividad quirúrgica. Ello provoca una dificultad para asumir las entradas cuando éstas superan a las salidas y una complejidad en la atención a las colas cuando estas carecen de prioridad. Por el contrario, la

¹⁰ CMBD INSALUD. *Resumen por Hospital, año 1999*. Dirección General de Organización y Planificación Sanitaria. Minio, 2000.

atención urgente o preferente está garantizada mediante el 45% de actividad que se realiza fuera del campo de las listas de espera.

Para mejorar la situación de la lista de espera se requiere una mejor gestión¹¹ orientada a pacientes, y una programación quirúrgica acorde con las necesidades de la lista de espera, fundamentalmente en servicios como Oftalmología o Traumatología.

Servicios Materno-infantiles

En el conjunto del hospital, los servicios materno-infantiles (Pediatria y Obstetricia y Ginecología) son los que más sufren el progresivo envejecimiento de la población y por lo tanto, son los que requieren evolucionar sus servicios a las características del entorno.

El desarrollo de las subespecialidades para atraer pacientes con patologías de baja prevalencia pero de gran complejidad, puede ser el camino para impedir el colapso de estos servicios junto con una atención individualizada acorde a las exigencias de la población (habitación individual, extensión de la anestesia epidural, U.V.I. pediátrica, etc.)

Urgencias hospitalarias

El problema de las urgencias hospitalarias trasciende al análisis general de este artículo aunque representa uno de los motivos de preocupación permanente de todos los responsables sanitarios provinciales. Entre sus características principales podemos señalar; primero, su tendencia al crecimiento, segundo, la adecuación de sus infraestructuras, y tercero, el impacto en el funcionamiento general del sistema sanitario.

Por ello, a lo largo de los últimos años, se vienen produciendo adecuaciones en sus recursos hasta ajustarlos a su dimensionamiento actual, con un total de 13 médicos Facultativos Especialistas de Área, 34 enfermeras, 24 auxiliares y 2 supervisoras, para sus dos unidades hospitalarias, y adaptaciones en su estructura física y funcional de carácter parcial o transitorio.

Desde enero del 2000 se dispone en la provincia de dos dotaciones de Urgencias Medicalizadas adscritas al 061 (una en Salamanca y otra en Ciudad Rodrigo) que se encargan de las Urgencias y Emergencias extrahospitalarias y su traslado al hospital. Hasta entonces se contaba únicamente con ambulancias pertenecientes a empresas privadas (SAS), a ONGs (cruz Roja) y privadas con servicios concertados (el resto)

Mención especial merece las urgencias del Hospital Virgen del Castañar de Béjar, que al no disponer de recursos humanos netamente hospitalarios, funcionan en simbiosis con la atención continuada de los equipos de Atención Primaria, con niveles de atención más próximos a esta, entre otros motivos por carecer de actividad quirúrgica urgente.

¹¹ TEMES, J.L., PASTOR V, DÍAZ J.L. *Manual de Gestión Hospitalaria*, Madrid, McGraw-Hill – Interamericana de España. 1992

La actividad de los Servicios de Urgencia hospitalaria alcanza un volumen de 126.014 actuaciones en el año 1999, de las cuales no fueron ingresadas 108.579, lo que supone un nivel de resolución superior al 86%. Esta actividad es consecuencia de una frecuentación extremadamente alta del orden de 356 urgencias por mil habitantes.

En el futuro inmediato, la ciudad de Salamanca debería disponer de un Servicio de Urgencias Hospitalarias único, con una dotación tanto de infraestructura, como de recursos humanos y recursos materiales adecuada al número de urgencias que se atienden y características de las mismas. Así mismo se debería potenciar la asistencia extrahospitalaria y la atención de Emergencias y el traslado de enfermos críticos, con unos resultados de calidad óptimos que satisfagan las expectativas del siglo XXI.

II. HOSPITAL DE ENFERMEDADES DEL TORAX “LOS MONTALVOS”

En la actualidad es un hospital general con actividad errática al depender su funcionamiento de conciertos puntuales para aliviar las listas de espera quirúrgica en procesos como varices, hernias o cataratas. Desde 1998 funciona el Centro Regional de Cuidados Paliativos y de Tratamiento del Dolor, que pese a lo altisonante de su nombre, carece de actividad notoria y coordinada con los Servicios de Oncología y Anestesiología de la región.

La plantilla total es de 270 plazas; 256 ocupadas. El número total de camas es de 126, la mayor parte de ellas, lógicamente, dedicadas a la Neumología.

En un intento de abrir el hospital a la actividad ambulatoria, en los últimos años alguna unidad procedente del Hospital Universitario, como es la Unidad de Desintoxicación, se ha alojado en sus dependencias con un resultado funcional aceptable pese a su lejanía de la población urbana.

Su futuro se encuentra en el desarrollo de la atención sociosanitaria y en su integración orgánica o funcional en el conjunto de centros que componen el Hospital Universitario, una vez realizadas las transferencias sanitarias a la Comunidad.

ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

Los cambios demográficos y sociales están haciendo que aumenten una serie de patologías de carácter sociosanitario como son:

Estas patologías requieren de la participación de distintos profesionales, médicos, enfermeros, trabajadores sociales, fisioterapeutas, cuidadores, educadores etc, que de una forma *coordinada*, analicen las diferentes situaciones y favorezcan la búsqueda conjunta de soluciones.

Los cambios que hemos ido analizando, al configurar un nuevo espacio, el *sociosanitario*, obligan a una transformación de los equipamientos existentes o a su creación.

Tabla 15			
	Nº de Residencias	Nº de Plazas	Titularidad
Asistidas	1	143	Diputación
	1	113	EPSFL
	1	60	Ayuntamientos
Mixtas	14	1171	EPSFL
	8	719	EPCFL
	2	283	INSERSO
	3	340	Diputación
	7	587	Ayuntamiento
Válidos	11	536	EPSFL
	4	62	EPCFL
	9	227	Ayuntamiento

Distribución de los recursos sociosanitarios provinciales

EPSFL: Entidad Privada sin Fines de Lucro

EPCFL: Entidad Privada con Fines de Lucro

Fuente: Dirección General de Servicios Sociales. Consejería de Sanidad

La dotación actual es claramente insuficiente para atender las demandas actuales de la población salmantina, por ello, es preciso incrementar los recursos destinados a la atención a crónicos, así como a los cuidados paliativos.

UNA PROPUESTA DE FUTURO

Los años finales del siglo XX se caracterizan por la intensa rapidez y profundidad de los cambios sociales, al menos en los países occidentales en cuyo ámbito nos encontramos. La sanidad no ha estado al margen, y la demanda sanitaria y sociosanitaria, han cambiado de forma notable en los últimos años. Estos cambios tienen que ver con una serie de factores:

- En primer lugar con el envejecimiento progresivo de la sociedad; en 1960 los mayores de 65 años eran solamente un 8,1% de la población española y en el año 2000 se calculan en un 15,8 %. Pero estas cifras, que son llamativas, no traducen la realidad de nuestra comunidad autónoma, ni de nuestra provincia. En Salamanca la proporción de mayores de 65 años es aproximadamente la que se calcula para el total peninsular para el año 2040, un 22%. Más aún, hay un subgrupo de ancianos, los mayores de 80 años, que pueden suponer un 23% del total de mayores y que son los que demandan más asistencia sanitaria.

- En segundo lugar con un mayor nivel de exigencia en cuanto a la calidad de la asistencia, la capacidad de decisión acerca de la misma y el confort al recibirla.

- En tercer lugar porque están aumentando los enfermos crónicos, mantenidos con vida gracias a los avances médicos, y han aparecido nuevas patologías, muchas de ellas en relación con estilos de vida más arriesgados (sida, tabaquismo, accidentes de tráfico,...).
- En cuarto lugar con un progresivo proceso de urbanización y abandono del medio rural, surgiendo un sistema comunitario con menor apoyo de las redes sociales, más individualista y en el que la familia se desentiende en mayor grado del problema de los desvalidos.
- Por fin, otro importante cambio es que la mujer se ha incorporado al ámbito laboral desatendiendo en parte una labor que había seguido hasta ahora, el cuidado de los enfermos e inválidos.

A la vez que se han producido estos cambios y en relación con los mismos, ha existido un gran desarrollo de la tecnología sanitaria, que en alguna medida los ha hecho posibles.

La estructura sanitaria no se ha adaptado aún a esta situación de aumento de la cantidad y calidad de la demanda sanitaria y a la progresión geométrica de la tecnología, pero está sufriendo sus efectos negativos: incremento notable del gasto sanitario, listas de espera, insatisfacción de la población y de los propios profesionales, etc.

Si la demanda aumenta y la tecnología cada vez adquiere un mayor desarrollo, es incuestionable que la sociedad tendrá que plantearse que si pretende tener asegurada su salud, debe aumentarse la inversión en el terreno sanitario y las posibilidades son dos: dedicar una mayor proporción de los presupuestos a sanidad o aumentar los impuestos. Todo ello para mantener una estructura sanitaria pública, con igualdad de acceso a la misma, eficiente y de calidad, con un alto grado de confort para los pacientes y sus familias, opción que nosotros defendemos.

Pero el incremento de la inversión debe de ir acompañado de una mejora en la gestión de los recursos y de unas prioridades de inversiones y gasto, y en este punto es importante tener en cuenta el concepto de intersectorialidad que permite mejorar la salud desde sectores no directamente relacionados con los servicios sanitarios. Esto que es obvio para la generalidad del país, es mucho más evidente en nuestra provincia con una gran dispersión de la población, numerosos pueblos y pésimas comunicaciones. La mejora de las comunicaciones viales y la dinamización de nuestras aldeas son elementos clave para la salud de nuestra comunidad como lo es la protección del medio ambiente y del entorno urbano en nuestras ciudades, evitando riesgos para la salud como la contaminación atmosférica o la contaminación acústica.

Dentro del apartado de servicios sanitarios, a nuestro entender hay cinco puntos básicos a desarrollar:

1. Potenciar la sanidad pública y diferenciarla de la privada.

2. Unificar la red sanitaria y las dependencias administrativas. (Transferencias.)
3. Mejorar la atención primaria de salud y su relación con la especializada
4. Cambiar la filosofía y estructura de la atención especializada
5. Potenciar la atención sociosanitaria.

Potenciar la sanidad pública y diferenciarla de la privada:

Este principio nos parece básico y punto de partida de cualquier innovación. La equidad, el derecho a un acceso igualitario a la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos que vivan en el estado español (también por supuesto los inmigrantes, «con o sin papeles»), sólo puede garantizarse desde un sistema público, financiado por el Estado con cargo a los presupuestos generales. El desarrollo de la sanidad pública, debido a los cambios producidos obligará a plantear una mayor inversión en la misma y mejorar su gestión.

Para conseguir que la asistencia sea eficiente y de calidad es preciso deslindarla de la asistencia privada para evitar parasitismos y competencias desleales, que hoy están perjudicando tanto a nuestro sistema público. Ello obliga a marcar una clara línea divisoria público – privado, empezando por imponer la incompatibilidad de trabajar en los dos campos para un mismo profesional.

Unificar la red sanitaria y las dependencias institucionales:

En nuestros días este objetivo pasa por la demanda de transferencias sanitarias a nuestra comunidad. Las ventajas de esta perspectiva se centran en acercar las instituciones al ciudadano y la teórica mejora de la gestión. Previamente hay que negociar con el Estado central dichas transferencias y preparar el sistema para las mismas. En estas fases previas juega un papel determinante la actividad de la Junta de Castilla y de León. El asunto es preocupante ante la parálisis crónica que padece la Consejería de Sanidad. Parece totalmente necesario cerrar cuanto antes temas como la unificación de servicios hospitalarios, decidir unos objetivos claros para centros como Los Montalvos y abordar la redistribución de médicos de atención primaria. Si no se resuelven estos problemas cronificados desde hace años, su coste político y económico será todo a cargo del Servicio de Salud comunitario. Otras autonomías están ordenando sus servicios regionales para que la adaptación corra a cargo de todo el estado.

Un elemento fundamental de gestión es la unificación de servicios hospitalarios. No es de recibo seguir manteniendo duplicidades en servicios como urgencias, pediatría u obstetricia y ginecología. El coste es mayor, pero también es más dificultosa su posibilidad de desarrollo. La unificación permitiría incrementar la cartera de servicios de cada uno de ellos, al poder disponer de más recursos y capacidad de planificación, y desatascaría problemas pendientes como el de aprovechar recursos al evitar la dispersión. Solo la integración de servicios puede hacer de nuestro hospital un centro de referencia para Castilla – León, que asuma nuevas competencias como

transplantes de corazón, pulmón o hígado, unidades éstas que serán únicas para toda la Comunidad Autónoma y cuyo desarrollo implicará la dinamización de todas las estructuras hospitalarias.

En la negociación de las transferencias, un punto parece fundamental y del que puede depender la pervivencia del sistema en nuestra región, y es exigir que la financiación no sea exclusivamente en función de los habitantes, sino que se introduzcan variables como la dispersión de la población y el envejecimiento de la misma.

Evidentemente, el proceso transferencial debe contemplar los objetivos del Plan de Salud, dado que difícilmente será posible alcanzar dichos objetivos sin el desarrollo de los recursos necesarios.

Mejorar la atención primaria y su relación con la especializada:

No es un contrasentido que en la perspectiva de los grandes avances tecnológicos, una propuesta de futuro básica sea apostar por la atención primaria y en consecuencia potenciarla. Solo desde esta perspectiva se puede asegurar la accesibilidad del paciente al sistema sanitario, la humanización de la asistencia, la integralidad de la misma y la viabilidad económica del sistema¹².

Un punto clave para ello es el mantenimiento de la atención primaria como llave de acceso al segundo nivel, que ha demostrado que reduce costes y produce mayor calidad de atención (precisamente por la característica de integralidad que proporciona la asistencia primaria) en los países en los que existe, como es el nuestro.

Para aprovechar la nueva tecnología, sobre todo a disposición de los hospitales, es preciso crear sistemas de relación fluidos entre los dos niveles, a través de una historia única informatizada y aprovechando la facilidad de comunicación que permiten las redes locales y remotas.

Es preciso retomar las actividades de prevención, promoción y educación para la salud que han sido relegadas por un equivocado concepto de la eficiencia, cuando es claro que la morbilidad actual de la población se beneficia de los cambios en estilos de vida y otras cuestiones ligadas a las actividades preventivas. Es necesario potenciar las tareas de salud pública y control del medio ambiente basados en la participación ciudadana, la descentralización de competencias y el apoyo técnico y político desde las instituciones.

Realizar un sistema de evaluación en atención primaria que permita conocer la aportación de este nivel asistencial al producto sanitario global incluyendo mejora en la calidad de vida, capacidad funcional, control de riesgos etc.

¹² FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA. *La sanidad española a debate*. Madrid: Ed. FADSP, 1986

Es importante ceder autonomía de gestión de parte de los recursos a los propios centros de salud y otras medidas que faciliten la implicación de los profesionales en la organización del trabajo.

Hay que reforzar el carácter multidisciplinar de los equipos con definición de las responsabilidades de cada colectivo: médicos, enfermeros, veterinarios, farmacéuticos y definir concretamente el papel del coordinador del Centro de Salud.

La formación continuada del personal sanitario es un tema clave. En este sentido hay que elaborar un sistema de capacitación permanente del personal y unirlo a una política de carrera profesional motivadora.

Pero si algún cambio es necesario y urgente en nuestra provincia, es la reestructuración del mapa sanitario acorde con las necesidades reales de la población, evitando las situaciones actuales de sanitarios sobrecargados con más de 2000 cartillas individuales frente a otros que no llegan a las 200. Lo esperable es una mala práctica en ambos casos, en el primero por falta de tiempo y en el segundo por pérdida de incentivos y experiencia.

Cambiar la filosofía y la estructura de la atención especializada:

Hay varios aspectos a renovar en nuestros hospitales públicos para adaptarse a la nueva situación. El hospital no puede seguir siendo la estructura cerrada que ha sido, basada en la existencia de camas para ingreso, desestructurada en múltiples servicios escasamente coordinados entre sí, con deficiencias en la gestión global y en la gestión clínica y con un bajo nivel de capacidad de decisión y confort para el paciente.

Los hospitales tienen que ser estructuras abiertas a la sociedad¹³ y flexibles en su funcionalidad. La cama no debe seguir siendo el icono por excelencia y hay que potenciar los modelos alternativos a la hospitalización, logrando que con estos sistemas se atienda a más pacientes con menos ingresos. Es preciso desarrollar alternativas como los hospitales de día, la hospitalización a domicilio o las unidades de cirugía ambulatoria. Alternativas todas ellas en mantillas en nuestra provincia, pero que ya tienen una historia dilatada y una probada eficacia¹⁴.

La atención al paciente tiene que mejorar en aspectos como la información, el consentimiento informado y el confort hostelero en las habitaciones y en las esperas de consultas. Hay que incrementar el trabajo en equipo, la coordinación entre los distintos saberes médicos, porque el enfermo es un todo integral, no una suma de órganos o sistemas. Para ello es preciso desarrollar unidades multidisciplinarias, en las que también tengan un papel fundamental

¹³ FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA. *Los hospitales en España*. Madrid: Ed. FADSP, 1996

¹⁴ La idea de la hospitalización a domicilio surgió en Nueva York en 1947 y la primera experiencia española data de 1981 en el Provincial de Madrid. DEL LLANO SENARÍS, Juan; ORTÚN RUBIO, Vicente; MARTÍN MORENO, José M^º; Millán Núñez-Cortés, Jesús; GENÉ BADÍA, Joan. *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, 1998

la enfermería y los trabajadores sociales, y potenciar la autonomía del médico sobre la base de su profesionalidad, entendida ésta como excelencia técnica y moral, sometida a los controles de calidad necesarios pero no a la arbitrariedad del jefe de servicio de turno.

La práctica clínica debe estar sujeta cada día más a un mayor rigor científico, apoyada en herramientas nuevas como la medicina basada en la evidencia o las guías clínicas, que facilitan el acceso a toda la enorme cantidad de información que se produce en esta profesión¹⁵. Pero también el médico en su quehacer diario debe ser consciente de la necesidad de añadir al mismo, aspectos de gestión, hasta ahora olvidados y que son vitales para la supervivencia económica del sistema¹⁶. Y estas novedades hay que enseñarlas a los alumnos (nuestras facultades van todavía unos pasos por detrás) y a los profesionales en formación (MIR).

Finalmente será preciso mejorar la gestión hospitalaria, que según todos los agentes sociales es uno de los problemas del sistema. Se ha mejorado mucho en las herramientas de gestión con los sistemas de medición del case-mix, que tratan de crear grupos de pacientes homogéneos. El más conocido es el de los grupos relacionados con el diagnóstico (GDRs), quizás el sistema más admitido para describir la producción hospitalaria. Aunque las nuevas formas de gestión pueden tener elementos positivos, los planteamientos del anterior gobierno del Partido Popular que pretendía imponer el sistema de fundaciones sanitarias, llevaba consigo un importante riesgo de desestructuración del sistema y posible apertura a la privatización en parcelas del mismo.

Para la adaptación de nuestros hospitales a esta nueva situación, es preciso incrementar el número de hospitales de camas de larga estancia y potenciar la atención sociosanitaria, máxime en una provincia tan envejecida y pobre como la nuestra. De lo contrario, estas medidas podrían convertirse en un nuevo motivo de desigualdad, ya que nuestros hospitales de agudos están hoy resolviendo problemas que debían resolverse en otras instancias, pero que de no existir éstas es necesario que se sigan haciendo en este nivel.

Potenciar la atención sociosanitaria:

El problema de las camas de larga estancia afecta a todo el país. España tiene un nº de camas de esta categoría de 0,4 por 1000 habitantes, muy por debajo de la media europea, a pesar de ser el país más envejecido de Europa. Este es uno de los déficits asistenciales más importantes del estado español. En nuestra provincia contamos con recursos para resolverlo y desde hace años venimos reclamando que el H. de Los Montalvos, se convierta en un centro de larga estancia. La localización y las estructuras son adecuadas y los servicios que día tras día se van acumulando en ese centro, sin criterios ni objetivos de

¹⁵ SACKETT David L; RICHARDSON W. Scott; ROSENBERG William; HAYNES R. Brian. *Medicina basada en la evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE*. Madrid: Churchill Livingstone, 1997

¹⁶ MENEU, Ricardo; ORTÚN Vicente. *Política y gestión sanitaria: La agenda explícita*. Barcelona: SG Editores, 1996

futuro, deben enmarcarse en la estructura hospitalaria hegemónica, el H. Universitario de Salamanca.

A las necesidades expuestas de una mayor dotación de recursos en camas de media y larga estancia y de hospitales de día, especialmente para el cuidado de enfermos con problemas degenerativos y mentales, es preciso añadir la necesidad de poner en marcha estructuras como pisos tutelados para personas con problemas de drogadicción o trastornos mentales, que no puedan ser atendidos dentro del ámbito de su propia familia, potenciar la ayuda a domicilio, la teleasistencia, el reparto de comida a domicilio, y otras ayudas que precisen aquellas personas mayores que queriendo seguir viviendo en su hogar, no pueden valerse por sí mismos para hacer una vida normal. Es necesario aumentar el número de plazas residenciales para mayores, especialmente para asistidos, con vigilancia del cumplimiento de las normas legales por parte de las administraciones públicas.

También se precisa incrementar el número de trabajadores sociales, muy por debajo del que existe en otros países europeos, y hay que dar paso a la imaginación para crear nuevos puestos de trabajo en la administración que se hagan cargo de estas tareas. Los servicios sociales son claramente deficitarios en recursos humanos en España y su incremento, con personal joven, podría disminuir las cifras de paro en este colectivo, a la vez que daría solución a este grave problema social, que será cada día mayor y que no puede dejarse sólo en manos de las ONGs. Sería una grave irresponsabilidad por parte de nuestras instituciones.

Hay un debate y es si la asistencia sociosanitaria debe ser pública o privada. Entendemos que es un falso debate, primero porque es difícil diferenciar lo sanitario de lo social y su abandono por parte de la administración pública sería un grave motivo de desigualdad social, especialmente en provincias empobrecidas como la nuestra. Pero las grandes multinacionales del sector saben que aquí hay un importante negocio en perspectiva y están al acecho de lo que ocurra.

Hasta ahora lo que tenemos en nuestra comunidad es un Decreto (16/1998) de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el Plan de Atención Sociosanitaria para la región. Su vigencia era hasta el año 2000, en que se revisaría, pero mal puede realizarse esta evaluación, si aún faltan muchos e importantes aspectos del plan por desarrollar.

BIBLIOGRAFÍA:

1.- Fernández Cordón JA: *Los cambios demográficos en España*. En *La Formación de los profesionales de la salud. Escenarios y factores determinantes*. 1998. Bilbao. Ed. Fundación BBV; pp 33-56

2.- Fuentes Quintana E; Barea J: *Estrategia para un tratamiento de los problemas de la Seguridad Social española*. Madrid, Papeles de Economía Española, 1982 12/13 pp.20-32

- 3.- Ortega F; Lamata F: *La década de la Reforma Sanitaria*. Madrid, EXLIBRIS, 1998
- 4.- Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud: *Teoría y práctica de la Atención Primaria en España*. Madrid. Instituto Nacional de la Salud, 1990
- 5.- Leguina, J: *Fundamentos de Demografía*. 1992, Madrid. Siglo XXI
- 6.- Martín Martín JJ; De Manuel Keenoy E: *Reformas y cambios organizativos en el Sistema Nacional de Salud*. Papeles de Economía Española. 1998; 78: 176-190
- 7.- Subdirección General de Coordinación Administrativa: *Conjunto Mínimo Básicos de Datos. Hospitales del INSALUD 1998*. Madrid, 1999
- 8.- Casas M: *Los grupos relacionados con el diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización*. Barcelona. Ed Masson, SA. 1991. p.63
- 9.- *Ibíd*em, pag.200
- 10.- CMBD INSALUD: *Resumen por Hospital, año 1999*. Dirección General de la Organización y Planificación Sanitaria. Minio, 2000.
- 11.- Temes JL; Pastor V; Díaz JL: *Manual de Gestión Hospitalaria*. Madrid. Ed McGraw-Hill-Interamericana de España. 1992
- 12.- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública: *La Sanidad Española a debate*. Madrid. Ed FADSP. 1986
- 13.- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública: *Los hospitales en España*. Madrid. Ed FADSP. 1996
- 14.- Del Llano J; Ortún V; Martín JM; Millán J; Gené J: *Gestión sanitaria: Innovaciones y desafíos*. Barcelona. Ed Masson. 1998
- 15.- Sackett DL; Richardson W; Rosenberg S; Haynes B: *Medicina Basada en la Evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE*. Madrid. Churchill Livingstone. 1998
- 16.- Meneu R; Ortún V: *Política y gestión sanitaria. La agenda explícita*. Barcelona. SG Editores. 1996.

