

ÍNDICE

1. Introducción

1.1. Definición

1.2. Breve evolución histórica

2. Una organización pionera en temas de salud: la OMS y otros

3. Grandes desigualdades sanitarias, a diferentes economías diferentes servicios sanitarios y las patologías más frecuentes

4. Los sistemas de salud

4.1. Modelos de salud

4.2. Recursos

4.2.1. Recursos sanitarios

4.2.2. Recursos humanos

4.3. Distribución de recursos

4.4. Demanda

4.5. Distribución y accesibilidad

4.6. Zonificación sanitaria

5. Modelo sanitario en España

6. Conclusiones

7. Bibliografía

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición del concepto de salud

El nuevo concepto de salud definido por la Organización Mundial de la Salud en 1948 como estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad, ha ampliado su campo de estudio y son cada vez mayores las aportaciones desde las ciencias sociales.

El cuidado de la salud no es sólo un derecho, sino una obligación de todos.

La evolución de los contenidos en Geografía Médica durante este siglo ha conducido a una disciplina de gran desarrollo sectorial, dando lugar a una nueva denominación, más amplia de Geografía de la Salud.

1.2. Breve evolución histórica.

El origen de los estudios de Geografía Médica, se remonta a las Topografías Médica, a finales del siglo XVIII, si bien su proliferación tiene lugar en el siglo XIX y se reduce su producción en el siglo XX, al entrar en crisis el enfoque higienista.

Realizadas por médicos, su contenido era una autentica geografía regional clásica, con fuerte preocupación medioambiental, donde suma de hechos físicos y económicos resumían las características de un territorio.

El inicio de la Geografía médica como disciplina geográfica no se produjo hasta los años 20, quizás por el desprestigio del determinismo geográfico.

En esta primera época (1930– 1970) Geografía Médica es el estudio de la distribución de los complejos patógenos.

Sólo eran estudiadas las enfermedades infecciosas y parasitarias y la escala de análisis era primordialmente mundial o de países en desarrollo.

El reconocimiento de la Geografía Médica se realizó en el Congreso Internacional de Geografía de Lisboa en 1949, posiblemente propiciado por la nueva definición de salud ofrecida por la OMS, que amplía el concepto al bienestar físico, psíquico y social. Ese nuevo estado de opinión influye en los geógrafos y ya en 1950 May agranda los límites del complejo patológico, compuesto por los factores patológicos(agentes causales vectores anfitrión intermedio) y los factores geográficos físicos y humanos(culturales, demográficos, socioeconómicos).

El objetivo sigue siendo determinar las áreas de incidencia de las enfermedades infecciosas en el mundo y cartografiar su localización.

Desde los años 50 se enriquecen los contenidos, el enfoque ecológico físico permaneció como predominante y en algunos países como único.

A partir de 1970, las investigaciones son numerosas, crean grupos de trabajo.

La gran mayoría de los trabajos ya no se refieren a países y enfermedades tropicales, sino a enfermedades infecciosas que afectan a las zonas templadas (hepatitis, gripe, brucelosis, tuberculosis), centrándose en aspectos de difusión. Las enfermedades no infecciosas, las crónicas, s convierten en objeto prioritario y es destacable el interés por el cáncer . No sólo cambian las enfermedades que se estudian, sino que los países desarrollados son ahora los más estudiados y se modifica igualmente la escala de análisis, que suele ser urbana e intraurbana.

Los temas de localización entrarán a formar parte de los estudios de Geografía Médica, al considerar el equipamiento como medio para la restauración de la salud y su carencia como factor patológico. El estudio de la distribución y accesibilidad de los equipamientos sanitarios y los servicios médicos llega a representar el 30% de las investigaciones a principios de los años 80.

Este nuevo contenido sumado al tradicional medioambiental físico motivó un cambio de denominación de la disciplina, propuesto por la Comisión de Geografía Médica de la U.G.I., en el Congreso de Moscú(1976), que se llamará desde entonces Geografía de la Salud, como agregado de los contenidos de Geografía Médica y Geografía de los Servicios Sanitarios.

Hoy coexisten estudios sobre:

- ecología de las enfermedades
- cartografía de las áreas de incidencia de determinadas patologías y mortalidades específicas; se realizan magníficos Atlas médicos.
- análisis asociativo, con el fin de identificar factores de riesgo a diferentes escalas geográficas, contrastando frecuencia de coincidencia espacial de enfermedades, procesos generadores y agentes.
- distribución de los niveles de salud y enfermedad como indicadores sociales.
- difusión de enfermedades en el espacio
- estudios conjuntos de Geografía de la Alimentación y Salud.
- análisis de los equipamientos y servicios sanitarios e incluso de los servicios etnomédicos.

Podríamos resumirlo en cuatro grandes líneas de estudio, con una finalidad descriptiva, explicativa y de planificación:

- Distribución de las enfermedades y su mapificación.
- Patrones espaciales de mortalidad, enfermedad y salud; elaboración de atlas de mortalidad y enfermedades.
- Difusión de las enfermedades en el tiempo y el espacio; predicción de procesos.
- Análisis espacial de los sistemas de salud, equipamientos, servicios y su utilización.

2. UNA ORGANIZACIÓN PIONERA EN TEMAS DE SALUD: LA OMS Y OTROS

La OMS

Es el organismo de las Naciones Unidas responsable de la orientación y coordinación de las actividades en materia de salud a nivel internacional. Establecida en 1948, tiene su sede en Ginebra (Suiza) .Están representados más de 160 países.

Las orientaciones han ido cambiando a lo largo del tiempo, de modo q en un principio iban orientadas ante la lucha contra las enfermedades transmisibles, especialmente en zonas tropicales, mientras que en los últimos años se va concediendo una mayor importancia a las enfermedades crónicas no transmisibles y a los problemas de organización.

Su éxito obedece a que ha contado con el respaldo unánime de todos los gobiernos del mundo, y a que combina 3 recursos en una sólida estructura tripartita:

- **Gobiernos nacionales:** Los países son los miembros con derecho a voto de la OMS y proveen fondos para su presupuesto básico.
- **Organizaciones no gubernamentales:** Éstas aportan mucho de los recursos humanos, técnicos y financieros que requiere la OMS para sus actividades. En la actualidad, la OMS mantiene relaciones oficiales con unas 180 ONG, tanto benéficas como asistenciales(Fondo de Ayuda a la infancia, Aga Khan, Consejo internacional de enfermeras....)
- **Administración de la OMS:** Incluye la sede en Ginebra, 6 secretarías regionales(África, Américas, Mediterráneo Oriental, Europa, Asia suroriental y Pacífico occidental), y una extensa red de funcionarios y personal de operaciones.

1.Finalidad de la oms.

La misión general de la OMS consiste en alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud, insistiendo especialmente en eliminar las desigualdades tanto dentro de los países como entre ellos.

Las 4 acciones estratégicas de la OMS:

- reducir el exceso de mortalidad en las poblaciones pobres y marginadas.

- Fortalecer los sistemas de salud.
- Hacer frente con eficacia a los principales factores de riesgo.
- Situar a la salud como objetivo central en pro del desarrollo.

Para ello la OMS realiza las siguientes funciones específicas:

- estimular y adelantar labores destinadas a suprimir enfermedades epidémicas, endémicas y otras.
- Promover el mejoramiento de la nutrición, habitación, saneamiento, condiciones económicas y del trabajo...
- Promover la cooperación entre las agrupaciones científicas y profesionales.
- Proponer convenios y acuerdos internacionales en materia de salud.
- Contribuir a crear en todos los pueblos una opinión pública bien informada en asuntos de salud.....

2. Órganos de la oms.

Los trabajos de la organización serán llevados a cabo por:

- La Asamblea Mundial de la Salud.
- El Consejo ejecutivo
- La Secretaría.

La Asamblea, es el gran órgano decisorio de la OMS, determinando la política a seguir por la organización. Nombra al director General, vigila la política financiera, estudia y aprueba los informes y actividades del Consejo y del Director General....Es el órgano más importante.

El Consejo, puede considerarse el brazo derecho de la Asamblea. Desempeña funciones que ésta le encomienda, actúa como órgano ejecutivo de ella, asesora a ésta en determinados temas, da efecto a las decisiones y la política de la Asamblea....

La Secretaría, la compone el Director General y el personal técnico y administrativo de la organización. La estructura de la OMS en Ginebra depende directamente del Director General.

Dentro de la organización, pero fuera de estos tres órganos anteriores, hay dos organismos técnicos especializados:

- Los Comités de expertos, estudian temas concretos y realizan informes correspondientes. Con frecuencia son de tipo mixto (por ejemplo entre la FAO y la OMS).
- Centros de preferencia de la OMS, repartidos con un criterio geográfico y epidemiológico. Atienden las consultas acerca de problemas que les plantean las administraciones sanitarias. Son también centros de investigación de gran prestigio.

3. Relaciones con otros organismos intergubernamentales y no gubernamentales.

* Intergubernamentales.

Los principales organismos en relación con la salud, se corresponden a organismos de las Naciones Unidas.

– UNICEF (FONDO DE SOCORRO INTERNACIONAL A LA INFANCIA DE LAS NACIONES UNIDAS).

Creado inicialmente con el fin de proteger a la población infantil de las consecuencias de la II Guerra Mundial, esta labor fue prorrogada sucesivamente a petición de los países que solicitaban su ayuda y ya en

1953 su actuación fue prorrogada indefinidamente.

Aparte de las necesidades de rápida asistencia por motivos urgentes, UNICEF suele actuar mediante acuerdos de los diversos gobiernos interesados.

Entre los programas llevados a cabo:

- lucha contra la desnutrición infantil.
- Enfermedades transmisibles especialmente en zonas tropicales.
- Educación sanitaria en higiene infantil.
- Formación de personal sanitario.

–FAO(ORGANIZACIÓN PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA)

Creada con el fin de promover la producción de alimentos y mejorar el nivel de nutrición de las poblaciones y elaborando programas mediante sus equipos técnicos.

Con frecuencia colabora en forma de comités conjuntos con la OMS.

–OIT(ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO)

Tiene por objeto mejorar las condiciones de trabajo y proteger la salud de los trabajadores.

– ACNUR(ALTO COMISARIADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS REFUGIADOS)

Ayuda y protección a los refugiados. Las tareas fundamentales: programas de ayuda tanto en alimentación, alojamiento, repatriaciones...

* no gubernamentales.

–CRUZ ROJA INTERNACIONAL

Tiene la misión exclusivamente humanitaria de proteger la vida y la dignidad de las víctimas de la guerra y de la violencia interna, así como prestarles asistencia. En las situaciones de conflicto, dirige y coordina las actividades de socorro del Movimiento.

Destaca su ayuda a todas aquellas personas que tienen el carácter de refugiados(en colaboración con ACNUR) y en situaciones agudas de hambre.

CARITAS.

Ayuda a poblaciones marginadas, especialmente:

- protección de los ancianos, tanto desde el punto de vista sanitario como social.
- Problemas especiales de familias marginadas y con necesidades urgentes
- Problemas de comunidades minoritarias como los refugiados, gitanos, etc.

AYUDA EN ACCIÓN.

También centra sus objetivos en comunidades desfavorecidas en países en desarrollo. Para ello impulsan la creación de Programas de Desarrollo Integral tanto de salud, Educación y formación profesional, organización comunitaria.....

En los programas de salud se intenta reducir los índices de mortalidad, desnutrición y elevar la esperanza de vida. El objetivo de mejorar las condiciones sanitarias de la comunidad con programas vacunación, salud preventiva, recuperación de la medicina tradicional y formación del personal sanitario.

MÉDICOS SIN FRONTERAS.

Organización médica internacional de acción humanitaria que aporta su ayuda a las víctimas de catástrofes naturales, humanas y de conflictos armados.

FUNDACIÓN ROCKEFELLER.

Objetivos: elevar el bienestar humano y la investigación científica.

También ha realizado numerosas campañas sanitarias aplicadas. En los últimos décadas también está formando a personal sanitario y científico además de informar a la población mediante programas adecuados.

4. Ejemplos concretos de actuación de la oms.

CAMPAÑA DE VACUNACIÓN EN AFGANISTÁN.

La Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud Pública del Afganistán y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia han lanzado una campaña para vacunar contra la rubéola a 9 millones de niños afganos de entre seis meses y doce años de edad. La campaña, que durará tres meses, se iniciará en Kabul el 1 de enero y proseguirá por todo el país, de modo que puedan beneficiarse de ella tanto los niños desplazados como los que se encuentran en las zonas de más difícil acceso.

BROTE DE ÉBOLA EN GABÓN.

El 4º brote del virus Ébola desde el año 1994, ha surgido en el noreste de Gabón. En diciembre pasado la OMS recibió la noticia de las primeras 10 muertes por esta causa. Por este motivo la organización está ayudando al ministerio de salud de Gabón mediante:

- La coordinación de las actividades para erradicar este nuevo brote.
- Implantando medidas de control sanitarias tales como: búsqueda de nuevos casos así como el seguimiento de los ya conocidos, proporcionando equipos de protección, así como poniendo barreras a los procedimientos de lactancia.

CÓLERA EN NIGERIA.

A finales de noviembre de 2001, la OMS tuvo noticias de 2.050 casos de cólera provocando 80 muertes en la ciudad de Kano.

La OMS junto al ministerio de salud de Nigeria estuvieron trabajando conjuntamente para controlar este foco. Se creó un campamento donde se hacía un seguimiento de los casos, se proporcionaba información a la población para actuar ante estos casos. Se desinfectaron casas y otras áreas cercanas y se crearon grupos de asistentes para combatir al cólera.

FIEBRE AMARILLA EN SENEGAL.

Tras la confirmación de la fiebre amarilla por el instituto Pasteur, (Dakar), la OMS junto con las autoridades senegalesas iniciaron una masiva vacunación a la población. Además el seguimiento en el área ha sido

reforzada.

OTROS CASOS:

Meningitis en Somalia, campaña de vacunación contra el sarampión en Afganistán, Leishmaniasis en Pakistán.....

5.Estados miembros de la oms.

África
Argelia
Angola
Benin
Bostwana
Burkina Faso
Burundi
Cite d'Ivoire
Camerún
Cabo Verde
Republica Centro Africana
Chad
Comores
Congo
Republica Democrática del Congo
Guinea Ecuatorial
Eritrea
Etiopia
Gabón
Gambia
Ghana
Guinea
Guinea-Bissau
Kenia
Lesotho
Liberia
Madagascar
Malawi
Mali
Mauritania
Mauricio
Mozambique
Namibia
Níger

Nigeria
Ruanda
Santo Tomé y Príncipe
Senegal
Seychelles
Sierra Leona
Sudáfrica
Suazilandia
Togo
Uganda
Tanzania
Zambia
Zimbabwe
Américas
Antigua y Barbuda
Argentina
Bahamas
Barbados
Belice
Bolivia
Brasil
Canadá
Chile
Colombia
Costa Rica
Cuba
Dominica
Republica Dominicana
Ecuador
El Salvador
Granada
Guatemala
Guyana
Haití
Honduras
Jamaica
México
Nicaragua
Panamá
Paraguay
Perú
Puerto Rico
San Kitts y Nevis

Santa Lucia
San Vicente y Granadinas
Surinam
Trinidad y Tobago
Estados Unidos de América
Uruguay
Venezuela
Mediterráneo oriental
Afganistán
Bahrain
Chipre
Djibouti
Egipto
Irán
Irak
Jordania
Kuwait
Líbano
Libyan Arab Jamahiriya
Marruecos
Omán
Pakistán
Qatar
Arabia Saudí
Somalia
Sudán
Siria
Túnez
Emiratos Árabes Unidos
Yemen
Europa
Albania
Andorra
Armenia
Austria
Azerbaiyán
Bielorrusia
Bélgica
Bosnia–Herzegovina
Bulgaria
Croacia
Republica Checa
Dinamarca

Estonia
Finlandia
Francia
Georgia
Alemania
Grecia
Hungría
Islandia
Irlanda
Israel
Italia
Kazajstán
Kyrgyzstán
Letonia
Lituania
Luxemburgo
Malta
Mónaco
Países Bajos
Noruega
Polonia
Portugal
Moldavia
Rumania
Federación de Rusia
San Marino
Eslovaquia
Eslovenia
España
Suecia
Suiza
Tajikistan
Macedonia
Turquía
Turkmenistán
Ucrania
Reino Unido
Uzbekistan
Yugoslavia
Asia suroriental
Bangladesh
Bután
Republica Democrática de Corea

India
Indonesia
Maldivas
Myanmar
Nepal
Sri Lanka
Tailandia
Pacifico occidental
Australia
Brunei
Camboya
China
Cook (isles)
Fiji
Japón
Kiribati
Republica Democrática de Laos
Malasia
Marshall (islas)
Micronesia (estados federados)
Mongolia
Nauru
Nueva Zelanda
Niue
Palau
Papua y Nueva Guinea
Filipinas
Republica de Corea
Samoa
Singapore
Solomon (isles)
Tokelau
Tonga
Tuvalu
Vanuatú
Vietnam

3. GRANDES DESIGUALDADES SANITARIAS: A DIFERENTES ECONOMÍAS, DIFERENTES SERVICIOS. PATOLOGÍAS MAS FRECUENTES.

Desigualdades sanitarias

En primer lugar hay que tener en cuenta cuales son los principios esenciales que debe asumir un sistema

sanitario moderno:

1. Universalidad o cobertura total de la población, como expresión del derecho de toda persona a la promoción y protección de la salud.
2. Integración de las actividades de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación frente a la enfermedad.
3. Equidad, por medio de una distribución de los recursos acorde a las necesidades de salud de la comunidad.
4. Eficiencia, dirigida a conseguir las mejores prestaciones y el mejor nivel de salud posible con el mínimo coste.
5. Funcionalidad dirigida a conseguir la máxima capacidad de respuesta ante la modificación de las necesidades, para lo que será preciso disponer de un sistema de información adecuado que contribuya al conocimiento de aquellas.
6. Incorporar fórmulas que permitan la participación real de la población en la planificación y la gestión del sistema sanitario.

La prioridad y el grado en que deben aplicarse estos principios están influidos de modo notable por la ideología política de quien gestione en cada momento el sistema político en general y el sanitario en particular.

Existe una estrecha relación entre el desarrollo socioeconómico de un país y las características de financiación, organización y provisión del sistema de atención sanitaria. De un modo general podemos diferenciar tres categorías de sistemas sanitarios en función del sistema socioeconómico: el de *asistencia pública*, típico de sistemas precapitalistas; el de *seguro social*, característico de los capitalistas y el de *servicio nacional de salud*, propio de países con tradición socialdemócrata.

Los sistemas de asistencia pública cubren aproximadamente al 50% de la población mundial. Son típicos de países con una economía basada en la agricultura y están extendidos por Asia, Africa y América Latina. El sistema de atención médica está financiado principalmente por los impuestos estatales, aunque en ocasiones hay ayudas de organismos internacionales e instituciones filantrópicas y religiosas. Coexisten también sistemas de seguros voluntarios de enfermedad, mientras que un pequeño porcentaje de la población, que se corresponde con el estrato social de mayor nivel socioeconómico, es atendido por sistemas de atención privados. El subsistema de higiene medioambiental suele ser deficiente.

Los recursos humanos materiales y financieros disponibles suelen ser escasos, y no son demasiado frecuentes los planteamientos respecto a los principios de universalidad, atención integral, equidad, eficiencia, efectividad y participación.

Los sistemas de seguro de enfermedad son característicos de naciones industrializadas, con un sistema socioeconómico de predominio capitalista, como es el caso de Francia, Alemania, Japón o Israel.

La cotización a cajas de seguros suele ser obligatoria, tanto para empresarios como para trabajadores y el progresivo aumento de las prestaciones y el incremento generalizado de los costes de atención médica obligan casi siempre a la contribución por parte del Estado a la financiación del sistema.

Es bastante frecuente la coexistencia de seguros voluntarios, que en ocasiones actúan como complementarios del obligatorio. El subsistema de higiene medioambiental es financiado por fondos públicos.

Este tipo de sistemas plantea problemas de equidad y accesibilidad a los grupos de población mas desfavorecidos, siendo necesario para atenderlos la permanencia de redes asistenciales basadas en la beneficencia y la caridad.

En el sistema conocido como servicio nacional de salud es el Estado el que se hace responsable de la salud individual y colectiva, al considerar la salud no como un bien de consumo, sino como un bien que necesariamente debe ser tutelado por los poderes públicos.

Los países de Europa del Este y Cuba constituyen el ejemplo más típico de este tipo de sistema. El planteamiento del primer servicio nacional de salud fue realizado por Semashko en la Unión Soviética durante el primer tercio del siglo XX, extendiéndose mas tarde a otros países del este europeo, Cuba y, con notables diferencias, algunos países del área occidental desarrollados, como Reino Unido y Suecia.

La financiación es estatal a través de los impuestos y son principios básicos del sistema de universalidad, la atención integral, la equidad y la participación en la toma de decisiones.

Los sistemas sanitarios occidentales planteados como servicios nacionales de salud están padeciendo en los últimos años una crisis profunda debido, entre otros factores, al incremento de la burocracia, el cuestionamiento de su eficacia y su equidad de acceso y utilización, así como a las presiones de la iniciativa privada en el campo de la atención a la salud. Las distintas administraciones sanitarias están planteando actualmente estrategias de solución basadas en el incremento de actividades preventivas y de promoción de la salud, la potenciación de la atención primaria y el mantenimiento de la igualdad de acceso a los servicios sanitarios de toda la población, independientemente de su clase social o cualquier otra condición.

- Desigualdades de acceso

La desigualdad en el acceso geográfico a la asistencia médica es inevitable, debido a la localización discreta de las instalaciones. Esto constituye un problema especialmente serio en los países subdesarrollados que padecen el inconveniente doble de unas instalaciones limitadas y de una baja movilidad personal.

Los factores principales que determinan la intensidad del efecto de disminución con la distancia son el esfuerzo necesario para muchos pacientes que no tienen otra solución que andar y el rápido aumento de los costes con la distancia si se utiliza el transporte automovilístico. Si la distancia afecta la utilización de los servicios y ésta puede interpretarse como asistencia, el nivel de asistencia podrá representarse en función de los gradientes conocidos de disminución con la distancia.

En este ejemplo se va a representar la zona de Mityana, en Uganda. Aquí se dibujan contornos de utilización igual o isoasistencia en forma de círculos concéntricos alrededor de los puestos de socorro, dispensarios y hospitales. La estructura se simplifica hasta el punto de suponer comunicaciones uniformes en toda la zona y los mismos gradientes para todas las instalaciones del mismo tipo. También se dejan de lado la densidad de población y la posibilidad de que las líneas de isoasistencia mas altas incluyan las zonas con la mayoría de la población. Solo en una pequeña porción de la zona alcanza el nivel de cifra sugerida de 2'5 asistencias personas/año. Cerca de los hospitales pueden esperarse hasta 6 asistencias personas/año y en las zonas mas distantes algunas personas no llegarán a ser asistidas ni 1 vez cada 6 años.

Las ciudades norteamericanas abren un panorama distinto. En muchas ciudades hay una jerarquía completa de instalaciones de asistencia sanitaria semejante a la de los centros comerciales, que va desde el hospital clínico mayor con instalaciones muy especializadas, hasta la consulta del médico a nivel de barrio. Pero la proximidad continúa siendo un determinante básico de la utilización. Los residentes en la ciudad vieja pueden parecer mejor servidos según las medidas de accesibilidad que los residentes en zonas suburbanas más alejadas de los hospitales. Pero para poder entrar en un hospital y recibir tratamiento en Estados Unidos hay que tener dinero. El habitante pobre de la ciudad vieja, incapaz de pagarlo, no podrá acceder a él. La jerarquía

de instalaciones sanitarias existe para quienes disponen de medios de acceso, pero es posible que degeneren para los demás en una única instalación pública, normalmente con una calidad de la asistencia inferior.

El problema es de organización social y económica y no de accesibilidad geográfica. La única solución efectiva para la desigualdad en el acceso real a la asistencia sanitaria es la sustitución del negocio médico de libre empresa por un servicio público.

Patologías mas frecuentes

En los últimos 70 años ha habido una gran revolución en la salud pública, porque desaparecen muchas enfermedades infecciosas o pasan a tener sólo una muy baja incidencia. Sin embargo, viejas enfermedades han persistido en reductos de pobreza, en áreas deprimidas, en barrios urbanos degradados o en grupos étnicos, creando grandes desigualdades en salud dentro de los países del mundo occidental. Por ejemplo: en el barrio neoyorquino de Harlem, la población negra tiene una esperanza de vida de 46 años, es decir, menor que la de Bangladesh. En EE.UU. en 1983 el 70 % de los niños blancos estaban vacunados de difteria, tos ferina y tétanos, mientras que en la población infantil no blanca los vacunados no superaban el 48 %.

A pesar de enfermedades infecciosas o de tipo exógeno, lo que caracteriza al patrón de mortalidad de los países desarrollados es el gran peso de las enfermedades endógenas, crónicas y degenerativas. Algunos aspectos de los países desarrollados son:

- La mortalidad por causas de aparato circulatorio seguido en importancia de diversos tipos de cáncer.
- Las principales causas de enfermedad son: problemas cardiovasculares, cáncer, accidentes de carretera, enfermedades mentales, dependencia de drogas y alcoholismo. Son las llamadas enfermedades del desarrollo o de la civilización.
- La esperanza de vida es de 75 años. Muchas enfermedades están en relación con el proceso de envejecimiento.
- Corresponde un médico por cada 460 habitantes.
- 2/3 de la población tiene derecho a servicios médicos públicos.
- Existe una patología de la abundancia: exceso de alimentación, obesidad y sedentarismo.
- Hay tendencia al aumento de las enfermedades derivadas del medio construido, de las nuevas tecnologías y yatrogénicas.
- Presenta mayor número absoluto de casos registrados de SIDA que los países en desarrollo, lo que no quiere decir que tenga la cifra mas alta de infectados.
- En los países de desarrollo mas avanzados se mantienen las tasas de morbilidad por algunas causas, como cardiovasculares o respiratorias, pero desciende ligeramente la mortalidad por ellas, debido a comportamientos mas sanos.
- Con el cambio en el valor de la distancia/tiempo y en la frecuencia y velocidad de los contactos, se produce una mayor internacionalización de la enfermedad, como consecuencia del desarrollo del comercio internacional, la emigración o el turismo.
- Las tasas de mortalidad por suicidio son relativamente muy elevadas.
- Uno de cada tres adultos fuma.
- El costo de la atención a pacientes internos ha aumentado en dos tercios desde 1980.
- Las patologías sociales aumentan.
- Se emiten anualmente 42kg. de contaminantes de aire por cada 100 personas y se generan 10 tm. de desechos peligrosos y especiales por km².

Los países en desarrollo presentan unas características en salud que si bien son muy negativas, aún se agravan en el grupo de los menos desarrollados, debido a su situación en alimentación, servicios médicos e infraestructuras urbanas. Las características sanitarias de los países en desarrollo son:

- Claro predominio de las enfermedades exógenas. Las enfermedades de mayor frecuencia son infecciosas y

parasitarias.

- Fuerte incidencia de las enfermedades carenciales. La tasa de mortalidad por anemia duplica o triplica la de países desarrollados. Mas de una cuarta parte de la población no ingiere suficientes alimentos y mil millones de hombres padecen hambre.
- La primera causa de mortalidad son las enfermedades infecciosas, seguida de las circulatorias y las causadas por maternidad y perinatales.
- La esperanza de vida es de 63 años.
- En 1984 la población media por doctor era de 4.590 (en Etiopía de 60.000).
- Durante los años 1988-90, el 32 % de la población no tenía agua potable y el 55 % no disponían de saneamiento.
- En 1990 la proporción de menores de un año que habían sido vacunados era del 79 %, pero sólo el 57 % en los países menos desarrollados.
- En las áreas urbanas del Tercer Mundo se han copiado los modos de vida de los desarrollados, en un proceso de urbanización salvaje. El 44 % de la población urbana de los países en desarrollo vive en ciudades millonarias, gran parte de ellos en infravivienda, con carencia o insuficiencia en los servicios en infraestructuras urbanas y sanitarias.
- La mortalidad infantil sigue siendo muy elevada, supera el 115 por mil nacidos vivos. Mueren anualmente más de 14 millones de niños antes de cumplir los 5 años.
- En Africa subsahariana un adulto de cada 40 está infectado por el virus del SIDA y casi un millon de niños también lo estan.
- El hacinamiento de la población favorece la difusión de enfermedades contagiosas.
- 1.200 millones de personas sobreviven en condiciones de pobreza absoluta. La mitad de la población africana subsahariana está por debajo de la línea de pobreza.

4. LOS SISTEMAS DE SALUD

Se denomina sistema de salud a la forma en que se organizan los recursos de salud de un país, THOUÉZ (1987) lo definió como el conjunto de acciones y recursos que una sociedad invierte en salud.

Sistemas de salud está formado por dos componentes: recursos y organización, (manera en que los recursos son coordinados, financiados, localizados y su cobertura social.

4.1. Modelos de salud

Existen tres modelos de sistemas de salud:

• MODELO LIBERAL

Donde solo existe medicina privada, con libre elección de médico y pago directo del paciente al médico. Es un sistema que perjudica a las clases económicamente débiles, que puedan quedar sin atención médica o solo acceder a servicios benéficos, pero los que puedan pagar reciben una oferta variada, competitiva, muy especializada y de muy alta calidad; por ejemplo de ello pueden ser los prestigios centros de tratamiento oncológico norteamericanos.

• MODELO DE SERVICIO NACIONAL DE SALUD

Protege a todos los habitantes con igual derecho, es decir hay un acceso socioeconómico total, en cuanto a promoción, curación y recuperación de la salud. Puede ser centralizado o descentralizado y con diversos niveles de autonomía regional o local (por ejemplo España, transferencias a CC.AA., como en el caso de Cataluña desde 1981 o Andalucía a partir de 1984, aunque en enero de 1992 aún quedaban 11 de ellas sin competencias en Sanidad). Su actuación responde a unos planes y una normativa y la financiación suele hacerse mediante los impuestos. En los países occidentales existe a la vez medicina privada, ejercida de forma

individual o mediante sociedades médicas.

- MODELO MIXTO

La cobertura por el sector público es sólo parcial.

La ideología política, la forma de entender los servicios sociales y los servicios de salud como responsabilidad pública y los pesos relativos de los sectores público y privado, abren un abanico de posibles tipos de sistemas, desde la mínima intervención estatal y mercado libre (EE.UU.), a los antiguos países socialistas, con la situación intermedia de países con un estado de bienestar asentado y maduro (Suecia).

España cuenta con un sistema nacional de salud, primeramente gestionado desde el Instituto Nacional de Precisión y actualmente desde el INSALUD. Hay un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que daba cobertura al 96% de la población en 1989 y hoy el sistema se caracteriza por la universalización de la asistencia sanitaria pública, importante logro social pero que plantea graves problemas de saturación y gasto. La población protegida esta formada por dos grandes grupos: Titulares (13.557.000 trabajadores y 5.758.000 pensionistas en 1989) y beneficiarios de ambos.

Conocer cómo funciona el sistema permite saber quién obtiene qué y dónde como servicios sanitarios. Las características del sistemas son: la existencia o no de universalidad (quién tiene derecho a los beneficios de la sanidad pública), su parcialidad o globalidad en cuanto a las prestaciones concretas que ofrece el sector público (inclusión o no) de asistencia domiciliaria o de todos los servicios de estomatología), su accesibilidad (igualdad de acceso socioeconómico y geográfico), grado de movilidad, según reciba o no atención medica en cualquier lugar del territorio nacional e incluso en el extranjero mediante convenios internacionales. La eficacia del sistema de salud dependerá de la disponibilidad de recursos materiales y humanos, de la calidad del servicio y de la accesibilidad (si es difícil y costos el acceso en las áreas rurales, el sistema será poco efectivo y dificultará el bienestar de la población).

La salud pública es todo tipo de intervención encaminada a mejorar la salud de la población y no sólo es el sector estatal de la sanidad; incluye organización, planificación, administración y evaluación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación. Algunos de estos servicios son de atención personal (hospitalaria o comunitaria) y otros de atención ambiental y laboral, sobre aspectos que indirectamente indican en salud. Una de las formas de actuar sobre la sanidad pública es mediante la definición de políticas sanitarias, que pueden ser coyunturales y estructurales (según sean de aplicación puntual en el tiempo o de acción permanente) y sectoriales o generales. Las diferencias en la salud de diversos grupos de población son a veces resultado de intervenciones políticas y económicas históricas o actuales y gracias a nuevas decisiones en redistribución de recursos, mejoras en viviendas, condiciones laborales o calidad ambiental pueden subsanarse en alguna medida. La normativa sanitaria marca los objetivos y las líneas a seguir en política de salud y en España el marco normativo es la Ley General de Sanidad de 1986, que prioriza la superación de desigualdades, la prevención y la concepción integral de los servicios.

El gasto sanitario, viene expresado en gasto per capita o en % del PNB o PIB demuestra las grandes diferencias internacionales, pero es necesario delimitar qué proporción corresponde a gasto público, pues hay países con fuerte gasto en este sector, como EEUU, pero debido a los altos costes de la medicina privada y no a la prestación de servicios públicos de salud a la totalidad de la población. En España, el gasto sanitario alcanza el 6% del PIB, corresponde a gasto público el 74% del total, con un fuerte incremento reciente, por ampliación de la cobertura que supera el 96% de la población protegida por el sistema público de sanidad, mayores prestaciones, aumento de las enfermedades crónicas, envejecimientos y SIDA, crecimiento de los costes (en el INSALUD durante el año 1986 el coste de hora de consulta era de 3.383 ptas y la estancia hospitalaria ascendía a 19.429, en solo 3 años, en 1989 pasan a 6.442 y 30.221 ptas respectivamente) y duplicidad de gasto porque muchos ciudadanos cotizan a la Seguridad Social y también pagan primas de entidades médicas privadas. El coste de la sanidad nacional fue 4 billones en 1992, aproximadamente 90.000

ptas por ciudadano, algo más de una quinta parte se produce en el sector privado (que posee un tercio de las camas hospitalarias). La tendencia en Europa Occidental es a buscar justicia, equidad y universalidad de la asistencia sanitaria contando con el equilibrio entre la oferta institucional pública y privada. La salud se ha convertido en una verdadera cuestión política en un momento de crisis del estado de bienestar y se cuestionan permanentemente el volumen, eficacia y eficiencia. Se tiende a soluciones individuales (seguros médicos), frente a soluciones colectivas más solidarias (Ramos et al.:1991). Hoy en España las aseguradoras médicas son 144, con un total de 5,5 millones de asegurados y 3 de ellas controlan el 55% del mercado (ASISA 23%, SANITAS 17%, ADESLAS 12%).

4.2. Recursos

4.2.1. LOS RECURSOS SANITARIOS

Las funciones preventiva, curativa y rehabilitadora que tiene encomendadas el sistema de salud o que se realizan en parte de forma independiente, precisan unos recursos que son de muy diversa índole: materiales, humanos y normativos.

La desigualdad de recursos médicos entre países industrializados y postindustriales y los países en desarrollo agrava las condiciones sanitarias, en situación verdaderamente lamentables debido al hambre, el hacinamiento, la falta de higiene y la carencia de agua potable y alcantarillado. La cobertura por atención sanitaria local es sólo del 20% en Somalia, 30% en Mozambique ó 38% en Bangladesh. En las áreas en desarrollo la atención médica en el parto se produce en el 2% de los casos, no alcanzado el 10% en Afganistán y Bangladesh. La asistencia médica pediátrica sólo llega al 23% en Mozambique ó al 33% en Haití. Los índices de dotación humana de los servicios de salud son indicadores cada vez más utilizados en estudios de Geografía Social, especialmente en los enfoques radicales y de bienestar. Presentan cifras absolutamente dispares a nivel mundial, tanto en médicos, personal de enfermería o dentistas.

4.2.1.1. Los equipamientos y otras dotaciones

Los recursos materiales están compuestos por los establecimientos y otras dotaciones (transporte sanitario, equipos de diagnóstico, hemodiálisis, farmacias, etc.). Representan la oferta material o equipamiento sanitario. Desde el punto de vista asistencial, la organización de los servicios se realiza en dos escalones:

- **ATENCIÓN PRIMARIA**

Es la provisión de todos los servicios de salud pública a nivel comunitario; los equipamientos propios de este nivel son los centros de salud (donde atiende los Equipos de Atención Primaria), los consultorios, las unidades de salud mental o las unidades de psicoprofilaxis obstétrica.

- **ATENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA**

Es la provisión de los servicios que requieren especialización, superespecialización y las técnicas de diagnóstico. Son equipamientos propios de este nivel los ambulatorios, hospitales generales y especiales, ciudades sanitarias, servicios de urgencias y clínicas privadas. Además, puede haber centros de apoyo científico-técnico que se ocupen de los sistemas de información sanitaria, la sanidad ambiental, el control de las enfermedades infecciosas y la educación sanitaria de la población.

Existen diversas formas de clasificar los equipamientos. Son instituciones abiertas o instituciones en régimen de internado, según el modo de recibir la asistencia por parte de los usuarios. Los establecimientos abiertos son centros de diagnóstico y tratamiento como los centros de salud (en España representan el nuevo sistema de Equipos de Atención Primaria, eran 716 en 1989 y atendían un tercio de las consultas), consultorios, ambulatorios (pertenecientes al sistema tradicional), ambos establecimientos coexisten actualmente. También

se incluirían como centros abiertos algunos servicios especiales de urgencia, dispensarios de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, las consultas privadas y hospitales de día dedicados a pequeña cirugía (poco traumática o con láser), tratamientos periódicos de hematología, oncología o psiquiatría, con menor gasto y además el paciente no está obligado a abandonar su hogar, según Labasse significa la ruptura de la idea de hospital vertedero. Las instituciones sanitarias cerradas, hospitales o clínicas, pueden ser de diversos tipos, según su finalidad: hospital general (si ofrece una asistencia de patología variada), hospitales especiales (si su actitud fundamental es una de las posibles especialidades, como quirúrgico, infantil, maternal, psiquiátrico, oncológico, geriátricos o leprológicos) y ciudades sanitarias (si agrupan residencias generales y varios hospitales especiales), y clínicas. Según la duración de la estancia media son centros de corta y larga estancia, estos últimos relacionados con patologías crónicas, enfermedad mental, tratamientos paliativos terminales y tercera edad.

La fuerte demanda de camas hospitalarias y los elevados costes, junto al deseo del paciente de permanecer en su entorno doméstico y familiar, han hecho surgir un nuevo servicio sin equipamiento, la hospitalización a domicilio, que es de 6 a 7 veces más barata para muchas de las especialidades, aunque en el caso de los cuidados paliativos (asistencia integral a pacientes en situación clínica irreversible) son sólo 3 veces menos costosa. Agiliza la rotación de enfermos, descongestiona departamentos hospitalarios y disminuye las listas de espera, porque muchas veces no hay carencias de cirujanos o quirófanos, quizás infrautilizados, sino solamente de camas para período previo y postoperatorio. Suele producirse este tipo de servicio directamente después de algunas intervenciones quirúrgicas o a continuación de un período de internamiento hospitalario, normalmente en relación con procesos crónicos. No sólo incluye la atención médica, sino global, como prolongación de los servicios del hospital. Teóricamente contaría con atención médica, enfermería y auxiliares clínicos, que solventarían tanto los problemas de aseo y comidas, como transporte a consultas y rehabilitación, en los casos en que fuera necesario. En principio es una solución positiva, pero si no se dispone de esas ayudas complementarias no médicas la realidad es que la carga recae sobre la familia o en la soledad del individuo en período postoperatorio. El servicio Home-care está muy desarrollado en algunos países, como Reino Unido y Estados Unidos, donde el 60% de los procedimientos que antes precisaban ingresos se hacen ahora con cirugía ambulatoria o muy corta estancia.

También se pueden tipificar según la dependencia patrimonial, es decir según la persona física o jurídica propietaria del inmueble del centro sanitario:

- Públicos. De la Seguridad Social, Administración Local, Cabildos y Diputaciones, Comunidades Autónomas y Administración Central (como por ejemplo los hospitales militares de Defensa).
- No públicos. Pueden ser de Cruz Roja, de la iglesia, benéfico-privados y privados (negocios de salud).

A veces se dan situaciones especiales, por concierto o contrato entre establecimientos sanitarios públicos o privados y la Seguridad Social. La dependencia funcional se refiere a la persona física o jurídica que gestiona el centro (patrimonio de la Administración Central). Dentro de un mismo país puede haber diferencias muy notables en la dependencia funcional, como se demuestra por la distribución de las camas hospitalarias. Por ejemplo, las camas hospitalarias de centros públicos civiles representan el 36% del total en Cataluña, 74% en Andalucía y 92% en Castilla-La Mancha, las camas privadas no benéficas suponen el 31%, 8% y 2% en dichas Comunidades.

La dotación en camas, incubadoras o quirófanos se reparte de forma muy desigual, así como los servicios que prestan cada uno de los establecimientos sanitarios.

En la Comunidad Europea la dotación de camas hospitalarias presentaban en 1986 grandes variaciones, Portugal y España ocupaban las peores posiciones relativas, mientras Luxemburgo, Países Bajos y Alemania tenía las tasas más elevadas.

Otro aspecto importante es la morbilidad hospitalaria, que pone de manifiesto características de la estructura de la población y ayuda a determinar las presiones de trabajo sobre los distintos servicios hospitalarios y la demanda de asistencia. En el caso de los hospitales españoles los enfermos dados de alta en 1988 fueron 3.755.870 y el régimen económico de asistencia fue: 69% Seguridad Social, 14% aseguradoras privadas y mutuas, 7% a cargo de los propios pacientes y el resto otros tipos. La asistencia por aseguradoras es muy diferente de unas CC.AA. a otras, en Canarias es sólo 7% y en Madrid 23%, donde la concentración produce economías de escala, rentabiliza las clínicas de las propias aseguradoras y por ello promueven en mayor medida los asociados en la capital que en los territorios insulares.

La morbilidad hospitalaria, se analiza por diagnóstico, por grupos de edad y sexo. Debido a la variabilidad anual es conveniente trabajar siempre que sea posible con valores medios de una serie de años. En 1988 en España la tasa de morbilidad hospitalaria era de 9402 enfermos dado de alta por 100.000 habitantes. Las mayores causas de hospitalización fueron las enfermedades del aparato digestivo, parto, aparato circulatorio, respiratorio y tumores.

La morbilidad hospitalaria ha sufrido profundos cambios en los últimos 15 años y son muchas las diferencias regionales, dependiendo de la estructura de la población, la fecundidad, las actividades laborales, u otros factores. Si se desciende a diagnósticos detallados referidos a ámbitos provinciales, los valores que superan las cifras medias permiten detectar problemas sanitarios que precisan mayor atención, prioridad en recursos o intensificar las campañas de prevención, como por ejemplo, el caso de la diabetes o las enfermedades infecciosas e intestinales en la provincia de Santa Cruz de Tenerife o la psicosis y alcoholismo en Las Palmas (Olivera y Ruiz de Casas: 1993).

Al contabilizarse los partos en el total de ingresos, la morbilidad hospitalaria femenina es superior, pero considerando que no se trata de enfermedad, resulta mayor la morbilidad masculina. Los valores más altos en cifras absolutas corresponden a población de más de 55 años, como lógica consecuencia del progreso de envejecimiento biológico, extremo importante a la hora de planificar la sanidad de un futuro próximo, pues la mayor longevidad de las personas mayores incrementará la demanda hospitalaria, especialmente en servicios de crónicos, geriátricos y atención médica domiciliaria, con el agravante de que los enfermos de edad avanzada tienen no sólo peor salud sino también recuperaciones más lentas que los jóvenes para un mismo tipo de enfermedad, por lo que las estancias son más largas. En 1991 los habitantes de más de 65 años eran 5.113.803, lo que representa el 13 % de la población española (Abellán: 1989, 1990, 1992). Analizando el fenómeno en valores relativos, son el primer año de vida y los últimos los que precisan mayor hospitalización.

Un tema de especial interés geográfico es el estudio de la morbilidad hospitalaria, según lugar de residencia y hospitalización. Aún en la situación hipotética de igualdad de volumen asistencial, hay servicios que no son distribuibles porque son punteros. Al carecer algunos territorios de servicios superespecializados o de los centros de mayor prestigio, los pacientes ingresan en equipamientos localizados en otras provincias. Por ejemplo, de los 479.533 hospitalizados en la provincia de Madrid durante 1989, 47.429 procedían de otras CC.AA. En 1991 la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid apuntó que, cuando se organicen plenamente las transferencias de servicios sanitarios. Madrid apuntó que, cuando se organicen plenamente las transferencias de servicios sanitarios, Madrid debería recibir financiación de las otras CC.AA. por los ingresos procedentes de ellas, mediante una fórmula de compensación económica. La respuesta fue reclamar similar dotación, no sólo cuantitativa sino cualitativa y solicitar que se favorecieran centros de excelencia descentralizados.

Otras dotaciones, como los recursos técnicos, son igualmente importantes en la atención médica, por lo que su volumen y distribución debería ser planificada con la misma atención que lo propios equipamientos físicos. Los bancos de sangre y transplante, los equipos técnicos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (tomógrafos axiales, gammacámaras, angiógrafos digitales, salas de hemodinamia, resonancia magnética o sala de rehabilitación). Los indicadores de técnicas de diagnóstico descubren la utilización que se hace de ellos, en la medicina pública y privada y en cada región, por lo que sirve para medir la calidad de los

servicios. El escaso uso de dichas técnicas puede deberse a carencias de infraestructura, de personal especializado o simplemente mala calidad del servicio. Por ejemplo, las citologías por 1000 mujeres en edad fértil realizadas por la Seguridad Social durante 1988 fueron 88 en España, en Navarra, 149 y en Canarias 39. (I.N.E.:1991b).

El transporte sanitario posibilita o no una actuación médica a tiempo, con consecuencia de muerte o morbilidad grave. Las ambulancias, UVI móviles, aviones ambulancias, o helicópteros sanitarios permiten salvar muchas vidas o realizar trasplantes con éxito. Ejemplo de estos servicios móviles son el helicóptero de apoyo a los equipamientos médicos en Mar Menor o el de la Comunidad de Madrid, que en 1991 llegó a atender a 1470 pacientes en un periodo de 8 meses, utilizando el helipuerto del hospital Gregorio Marañón para la evacuación de heridos en accidentes de tráfico. Con los medios tradicionales de transporte es imposible reducir el tiempo de recorrido entre el lugar del accidente y el centro médico en áreas costeras saturadas o en ciudades de tráfico muy denso. El intervalo de tiempo entre aviso y llegada de la ambulancia o el personal médico al lugar de la emergencia sanitaria, *response-time*, ha sido estudiado por Mayer (en Pyle:1980). Es una de las causas de demora en el tratamiento; otras son el tiempo en decidir solicitar la atención y contactar con los servicios médicos y el tiempo de regreso con el paciente al centro hospitalario. Depende también si la ambulancia es solo un transporte o va dotada de servicios y personal de urgencias (UVI móviles). Una mayor duración en minutos tiene una fuerte influencia en las posibilidades de supervivencia o el estado de salud en que quedarán los afectados, especialmente en el caso de ataques cardíacos. Por ello es de vital importancia minimizar distancias y tiempos desde centro de partida de la ambulancia y hasta el centro hospitalario más próximo que pueda ser utilizado. En las áreas rurales cercanas y en las ciudades con problemas de tráfico suele ser mala la respuesta-tiempo.

En las áreas donde los riesgos naturales (terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas) o los riesgos antrópicos (fuegos, disturbios, contaminación industrial o nuclear, accidentes de transportes, guerras) son mayores, la planificación de recursos especiales para zonas catastróficas precisa especial rigor y la actuación coordinada de los servicios de protección civil y atención médica será más eficaz si existen planes de evacuación a hospitales, itinerarios alternativos, puestos fijos de transporte sanitario y reservas de personal médico, quirófanos y camas hospitalarias.

Las farmacias son equipamientos de venta y distribución de medicamentos y material sanitario que merece un tratamiento aparte. En algunos países son de libre ubicación y gran parte de los productos pueden ser vendidos en las grandes superficies comerciales y pequeños comercios de barrio o rurales, mientras que en otros su venta está restringida a comercios específicos cuya distribución está controlada por distancias mínimas entre ellas y por otras limitaciones y su instalación sigue las pautas de cualquier negocio y no responde en absoluto al criterio de servicio público. Sobre todo en áreas rurales es importante garantizar unos mínimos en el nivel asistencial farmacéutico.

4.2.2. LOS RECURSOS HUMANOS

Dentro del sector terciario, la rama 9 de servicios comunales y sociales incluye la subrama 94, según el código de la C.N.A.E, integrada por las actividades de sanidad y servicios veterinarios. Su distribución en el espacio, por tipos de especialización, por su carácter público o privado o en relación con el equipamiento o dotaciones sanitarias, es una información necesaria para conocer el acceso a los servicios de salud.

Una gran parte de los ocupados en la actividad sanitaria realiza su labor en instituciones hospitalarias, otros prestan sus servicios en actividades extrahospitalarias y muchos compaginan su trabajo entre asistencia en centros cerrados y abiertos, públicos, privados o en ambos. Lo deseable es que el personal especializado y superespecializado, a veces denominado personal médico terciario, pueda colaborar en el nivel de atención primaria, especialmente en los temas de prevención, como los relacionados con hábitos, modos de vida, enfermedades cardiovasculares y cirugía cardíaca.

La libre circulación de personas y libre prestación de servicios en la CEE creará un mercado único de profesionales, que aparentemente afectará poco a la sanidad pública pero significará un gran cambio en la medicina privada, con mejoras debidas a la competencia. Pero también se ha planteado la libre circulación de enfermos. Si se cumplen ambas circunstancias se podrían llegar a una medicina sin fronteras.

Para medir el volumen de los recursos y su reparto territorial no basta considerar los efectivos médicos aisladamente, sino en relación con otros colectivos sanitarios (nº de enfermeras/médico) y con los equipamientos y dotaciones (médicos o enfermeras/100 camas hospitalarias). Por ejemplo, en Suecia en 1985 la proporción enfermeras por médico era 3,2, en cambio España en 1989 no superaba todavía 1 y en algunas provincias el número absoluto de médicos era más elevado que el de enfermería, como en Murcia o Madrid (23.573 médicos y solo 21.365 enfermeras y A.T.S.). La carencia de personal sanitario o la desproporción crea disfunciones que repercuten en la calidad del servicio y ha obligado a canalizar inmigraciones especializadas de personal de enfermería desde América Latina.

Los indicadores de personal sanitario se reparten de forma desigual en el territorio. En España las CCAA que ocupan las posiciones más desfavorecidas son Castilla-La Mancha, Extremadura y Canarias. La fisioterapia adolece de escasez de personal, lo que dificulta la labor de rehabilitación. Si se desciende a niveles locales, son a veces notables las diferencias intraurbanas. Los médicos generalistas suelen distribuirse de forma más homogénea, pero los especialistas y superespecialistas están concentrados en puntos de servicio mucho más escasos, con marcadas diferencias entre áreas rurales y urbanas.

La distribución de los médicos dedicados al sector público depende de la localización de los equipamientos, que es resultado de una decisión de organización sanitaria. En cambio la localización de los médicos privados depende de una decisión individual (en qué región, en qué ciudades, en qué barrios). H. Picheral (1987) señala como en Francia los especialistas privados se localizan muy concentrados en pocos puntos, son servicios escasos o raros, que buscan lugares privilegiados, como ciertas ciudades y prácticamente nunca en áreas rurales. Las ciudades obreras no les atraen, a pesar del fuerte peso de población que genera una alta demanda; si el empleo industrial supera el 45%, la ciudad supone de menos de un especialista cada 2.000 habitantes, como sucede en los núcleos obreros de la corona parisina (Nanterre, Colombes, Montreuil). En cambio si se trata de núcleos terciarios con empleo industrial menor del 25% la relación esta en torno a un especialista cada 600 a 800 habitantes (París, Nantes, Lyon). Las mayores concentraciones se producen en ciudades con centros hospitalarios tradicionales que están en relación con Facultades de Medicina de prestigio, donde es posible la colaboración con dichas instituciones y la investigación, con un especialista cada 600 a 400 habitantes (Nancy, Burdeos, Grenoble o Montpellier). Las variables que determinan la localización son: perfil social de la clientela, proximidad a Facultad de Medicina, densidad de médicos generalistas y clima natural y cultura de la ciudad.

En los países en desarrollo parte del personal sanitario pertenece a medicina alternativa (curanderismo), a instituciones religiosas y no gubernamentales de cooperación internacional y tiene gran peso el personal paramédico autóctono. En china la erradicación de algunas enfermedades ha sido posible gracias al importante apoyo en áreas rurales del personal paramédico con cortos entrenamientos.

4.3. Distribución

Hay varios principios de distribución de recursos:

- Modelo utilitario, que busca maximizar la eficiencia en el uso.
- Modelo igualitario, que pretende homogeneizar los niveles de salud y su objetivo primordial es la igualdad de resultados, por lo que es necesario privilegiar a los grupos de población que parten de peores niveles sanitarios.
- Modelo de igualdad de acceso, que no se preocupa de la efectividad ni de las necesidades individuales, sino de igualar los niveles de accesibilidad al servicio y para ello se tiende a igualar la oferta desde el punto de

vista social y territorial (puede darse el caso de infrautilización del sector público en barrios ricos).

- Modelo de mercado, en el que la distribución es consecuencia del libre juego de la oferta y la demanda.

Como consecuencia de la aplicación de cada modo de distribución es posible conseguir diversos tipos de equidad territorial en la atención sanitaria: 1) igualdad de recursos per cápita en cada área, para lo que se considera la población total pero no las diferentes necesidades según estructura; 2) igualdad de recursos para necesidades iguales, tiene en cuenta la edad y la mortalidad de la población; si un espacio tiene un 25% más de necesidades recibirá ese porcentaje de más en recursos; 3) Igualdad de oportunidades de acceso, considera no solamente los costes económicos de los recursos, sino los sociales, teniendo en cuenta los costes asociados a la localización de asentamientos de población y equipamientos médicos, de modo que todos los habitantes tengan similar accesibilidad geográfica y con el mismo coste para los pacientes, aunque para ello sean necesarios mayores periodos de estancia hospitalaria durante la totalidad del tratamiento para población de residencia lejana o haya que dotar de centros con menores tasas de utilización en algunas áreas rurales y 4) igualdad en el nivel de salud, intenta hacer idénticos los niveles sanitarios entre clases sociales y entre regiones o barrios, mediante una especie de sanidad compensatoria. No basta la equidad de recursos sanitarios, sino que es necesario tender a la igualdad de niveles de salud para conseguir la verdadera justicia territorial, aunque ello conlleve la distribución desigual de los recursos sanitarios para reducir o eliminar las desigualdades interregionales.

Pero la homogeneidad en salud no se logra solo con igualdad en recursos sanitarios, ya que depende de múltiples hechos como la calidad medioambiental, laboral, vivienda, social o el grado de desarrollo, con dispares exposiciones de riesgo derivadas de diferencias sociales y distribución espacial de los asentamientos, aunque puede mejorar al eliminar barreras de acceso geográfico y social a la medicina preventiva y curativa. Respecto a la mejora de salud de regiones muy desfavorecidas habría que considerar qué es más eficaz, si la redistribución de recursos sanitarios o la de rentas. Mckweon y muchos otros autores han señalado que los mayores inputs sanitarios no son el mejor modo o el único para mejorar el nivel de salud, aunque es fundamental que queden cubiertas al menos las necesidades mínimas.

4.4. La demanda sanitaria.

Las necesidades de servicio de salud varían en volumen y cualidades a lo largo del tiempo, en función de los cambios en la estructura por sexo y edad de la población, el movimiento natural, el patrón de morbilidad y múltiples factores socioeconómicos y físicos.

Por otra parte la exigencia social es cada vez mayor y al crecer el nivel de vida aumenta la frecuencia de consultas médicas y la tendencia al uso del hospital y las urgencias.

Por ejemplo, no hace muchos años parte de los alumbramientos se realizaban aún en los domicilios.

La oferta queda definida por los equipamientos, dotaciones, personal sanitario y los servicios concretos que se ponen a disposición de los usuarios.

Se suele medir la demanda por el número de visitas u hospitalizaciones por unidad de tiempo, que sería la demanda asistida, pero verdaderamente es algo mucho más complejo.

Bradshaw distingue entre necesidad normativa que es la señalada por los expertos, necesidad sentida que son los requerimientos de la población, su percepción individual, necesidad expresada que se contabiliza por el número de personas que demandan un servicio o que se contabiliza por el número de personas que demandan un servicio o que consiguen utilizarlo, es la conversión en acción de la necesidad sentida y necesidad comparativa, las diferencias en provisión de servicios entre grupos de población.

Pero la demanda no la genera solamente el paciente- consumido, sino que hay demanda inducida por el

médico–productor que ordena otros servicios médico (diagnósticos, otros especialistas, rehabilitación) o prescribe consultas con frecuencia marcada para seguimiento y vigilancia del estado del enfermo.

Para los defensores de la idea de la actual crisis de la salud, la demanda de atención médica curativa prácticamente es una demanda sin fondo, se enferma más simplemente porque se vive más, hay mayor envejecimiento, un aumento de conocimientos sobre salud a nivel de divulgación y campañas preventivas que promueven ir a la consulta por hechos por los que antes no se iba(controles periódicos, pequeñas molestias). Aunque pueda parecer una paradoja, se produce un aumento de la demanda al alcanzar una vida de mejor calidad y crece el aumento de enfermos a expensas de restar cifras a la mortalidad.

En algunas áreas la demanda se incrementa temporalmente por acontecimientos especiales(exposiciones Universales, ferias, olimpiada) o por las llegadas estacionales de turismo (España recibió 55 millones de visitantes en 1992).

Son las demandas coyunturales que pueden saturar los servicios existentes y precisan dotaciones extraordinarios, la situación es más conflictiva en las área costeras de turismo especializado en tercera edad, donde a veces se cubre parcialmente la demanda con oferta privada.

La prestación de servicios sanitarios a los deportistas y visitantes de las Olimpiadas de Barcelona en 1992, se planificó sobre una demanda temporal y está previsto que los equipamientos creados al efecto queden luego como centros sanitarios estables.

Otro tipo de demanda externa es la causada por el propio turismo sanitario que se desplaza hacia otros lugares a recibir atención que no puede alcanzar en su lugar de residencia habitual, como puede ser el causado por abortos provocados o lo que se ha denominado turismo de transplante hacia lugares de mayor prestigio o sin limitación a extranjeros en el uso de donaciones.

Cada vez son más importantes las demandas específicas de grupos de inmigrantes, minorías étnicas, con características socioeconómicas, culturales y de perfil de morbilidad muy distintas de la población autóctona, con mayor incidencia de enfermedades infecciosas y nichos de ellos sin vacunar, que han aconsejado políticas sanitarias especiales, algunas veces por solidaridad y otras por simple defensa ante el riesgo sanitario que podría acarrear la situación, como es el caso de las minorías turcas en Alemania o los asiáticos en Gran Bretaña.

Para atender a estas poblaciones además del personal médico es fundamental la colaboración de traductores y asistentes sociales.

4.5. Distribución y accesibilidad.

La sanidad es un servicio a la población, para utilización directa por los usuarios.

La localización de las consultas públicas y privadas , de las camas hospitalarias por especialidades, de los servicios de hemodiálisis y rehabilitación o de los servicios de urgencia permite o no a todos los usuarios acudir cuando lo necesiten o en escasos minutos.

El mercado concurrencial, que puede ser válido para otros sectores, no es el mecanismo óptimo de ubicación de recurso sanitarios y es precisa la intervención del Estado para corregir los desequilibrios en la distribución que se repercuten en la salud pública.

La accesibilidad a los recursos del sistema sanitario favorece o dificulta (y a veces imposibilita) su utilización por los consumidores. Hay dos tipos de factores que condicionan la accesibilidad o disponibilidad del recurso:

- distancia/ tiempo , que da lugar a diversos grados de accesibilidad geográfica o espacial.
- Factores económicos y culturales, que generan diferente accesibilidad social.

Algunos autores distinguen un tercer tipo de accesibilidad que es la derivada de la propia organización del sistema.

Muchas veces existe una tendencia centralizadora, que permite economías de escala, más rentabilidad económica y mayores recursos materiales, pero va en detrimento de la distancia a recorrer por los usuarios, tanto en la ciudad como en ámbitos rurales y disminuye el nivel de bienestar y de justicia territorial por la situación local de desproporción entre población y capacidad de asistencia médica y hospitalaria.

La inapropiada distribución de recursos sanitarios puede dar lugar a espacios con infradotación absoluta o parcial, mientras en otras áreas haya infrautilización de servicios. Por otra parte las concentraciones excesivas de recursos crean impactos externos no deseados y hacen más difícil el acceso, como sucede en la Comunidad de Madrid, donde casi el 50 % de las camas hospitalarias se sitúan en al norte del casco urbano de la capital.

Si un espacio no cuenta con centros primarios accesibles o si se produce el cierre de algunos consultorios o centros de atención primaria, no sólo se dificulta el acceso a los niveles básicos de asistencia en sus posibles vertientes preventiva, curativa y rehabilitadora, sino que se quiebra la vía de filtro y conexión con los niveles más altos del sistema de salud; si falla el acceso al nivel primario se limita enormemente el paso a los otros niveles asistenciales.

Un fácil y rápido acceso a la atención primaria incide en la efectividad de la totalidad del sistema.

La medición de accesibilidad puede hacerse por dos vías:

- estudio de la utilización real del servicio, que refleja la accesibilidad revelada mediante datos de registros de centros y encuestas sobre morbilidad atendida.
- Estimación por localización espacial de la demanda potencial y la oferta, con lo que se obtiene la accesibilidad potencial.

Los cálculos de accesibilidad potencial se realizan mediante:

- análisis de localizaciones óptimas.
- Modelos de comportamiento de usuarios que toman en cuenta aspectos subjetivos, curvas de demanda teórica y modelos de estimación de la demanda espacial.
- Complejos modelos de localización–asignación, que tratan de forma simultánea las localizaciones óptimas y la asignación de usuarios a los equipamientos con la delimitación de áreas de influencia.
- Los nuevos servicios cardiológico por teléfono, la telemedicina y la hospitalización a domicilio, harán cambiar el sentido de la distancia/ tiempo y la accesibilidad para algunos recursos.

4.6. Zonificación sanitaria.

El espacio juega un papel fundamental como estructurante en la aplicación de políticas de salud y en la búsqueda de equidad, por ello es un aspecto clave en la planificación sanitaria. Un asunto es la localización de los equipamientos y otro la definición de límites de las cuencas sanitarias.

La regionalización o zonificación de los servicios sanitarios, equipamientos y personal, ofrece las ventajas de descentralizar recursos, marcar responsabilidad sanitaria territorializada, facilitar prestación de servicios y permitir su evaluación, con lo que se alcanza mejor gestión y mayor acceso.

Rara vez es posible delimitar áreas de salud a la vez que se planifican ex – novo los equipamientos; lo normal

es que se compartimente un espacio sobre el que ya existen equipamientos previamente establecidos.

La organización espacial sanitaria, como toda la ordenación del territorio, debe de ser dinámica y adaptarse a los cambios producidos por la evolución demográfica, políticas urbanísticas u otros factores; por ello la zonificación debe ser revisada frecuentemente para corregir disfunciones.

La cartografía automática permite, mediante sistemas de información con referenciación espacial, relacionar bases de datos con las unidades territoriales definidas. Los sistemas de información geográfica (S.I.G) aplicados a la planificación sanitaria posibilita el tratamiento conjunto, dinámico, abierto y actualizable de los siguientes componentes: áreas sanitarias y zonas básicas, localización de recursos y su utilización, datos de usuarios (demográficos, epidemiológicos, socioeconómicos), evaluación de servicios, costes, isocronas, itinerarios alternativos para evacuación de heridos o movilidad de ambulancias en relación con actividades de Protección civil y sectorización de urgencias.

En España, El Real Decreto 2221 / 1978 , de 25 de agosto, establecía la confección del Mapa Sanitario del territorio nacional, y se comenzaron los mapas provinciales, que se subdividían en :

- unidad sanitaria local (5.000 a 40.000 habitantes)
- subcomarca sanitaria (20.000 a 70.000)
- comarca sanitaria (70.000 a 300.000), correspondiendo respectivamente a cada nivel los equipamientos centro de salud subcomarcal y hospital comarcal.

Hasta 1982 se aprueban en el Parlamento los mapas sanitarios de País Vasco y Cataluña.

Tras esos intentos preautonómicos, por Real Decreto 137 / 1984, de 11 de enero , sobre Estructuras Básicas de Salud, se hace pública la normativa de la zonificación sanitaria que establecerán las Comunidades Autónomas, y señala como marco territorial de la atención primaria las zonas de salud, demarcación que debía realizarse en función de criterios poblacionales, geográficos y de accesibilidad y que serían delimitadas por cada una de las CC.AA.

La población protegida por la Asistencia de la Seguridad Social en cada zona sería de 5.000 a 25.000 habitantes, tanto en ámbito rural como urbano, salvo excepciones y si la zona encerraba varios municipios de fijaría un municipio cabecera, cuya ubicación no distante del resto de los municipios un tiempo superior a 30 minutos con los medios habituales de locomoción; allí estaría localizado el centro de salud, que es la estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de la atención primaria de salud coordinada globalmente, integral y continuada, mediante un Equipo de Atención Primaria.

La Ley en su artículo 56 estructura el espacio sanitario en áreas de salud, cada una de ellas responde a una oferta integrada de la sanidad, que incluye todas las prestaciones del sistema sanitario, para una población entre 200.000 y 250.000 habitantes, salvo en Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla y como mínimo tendría que haber un área por provincia, con ubicación de los centros a menos de 60 minutos desde cualquier asentamiento.

Fueron delimitadas por las CC.AA teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, y epidemiológicos, así como instalaciones y recursos existentes.

Las áreas de salud son hoy las estructuras fundamentales del sistema sanitario español, agrupan a varias zonas básicas de salud (encargadas de la atención primaria), disponen al menos de un hospital general y ofrecen atención especializada secundaria y hospitalaria.

Se delimitaron detalladamente y de forma cartográfica los límites y se localizaron gráficamente los recursos para información de gestores y usuarios.

Se organizaron las relaciones entre los servicios dentro y fuera de los hospitales y se planificó la jerarquización de los diversos tipos de equipamientos dentro de las áreas de salud.

5. EL MODELO SANITARIO EN ESPAÑA

EL INSALUD

El INSALUD es la institución pública de la Administración General del Estado, responsable directa de la gestión de la red de servicios públicos de asistencia sanitaria que da cobertura a más de 14 millones de ciudadanos. Está adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la Secretaría General de Gestión y Cooperación Sanitaria. Sus órganos de dirección son:

La **Presidencia Institucional**, que le corresponde al Secretario General de Gestión y Cooperación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, con rango de Subsecretario.

El **Consejo General**, que preside el Presidente Institucional del INSALUD, es el órgano de participación y control en la gestión. Lo integran representantes de los sindicatos, las organizaciones empresariales, asociaciones de usuarios y la Administración. Desarrolla sus funciones en **pleno** o a través de su **Comisión Ejecutiva**, cuya presidencia corresponde al Director General del INSALUD.

La **Dirección General del Instituto Nacional de la Salud**, a la que corresponde el ejercicio de las facultades atribuidas a los Directores generales de las entidades gestoras de la Seguridad Social y, en general, la dirección y gestión ordinaria del referido Instituto

ORGANIZACIÓN GENERAL

De la Dirección general del Insalud dependen las Subdirecciones Generales cuyas denominaciones y funciones se detallan a continuación:

Subdirección General de Coordinación Administrativa a la que corresponde la asistencia técnica y administrativa al Director General, el régimen interior y la Secretaría del Consejo General y de la Comisión Ejecutiva, así como las relaciones con las Comisiones Ejecutivas Provinciales. Esta Subdirección General ejerce, por otra parte, la coordinación de las siguientes Subdirecciones:

a) Subdirección General de Asesoría Jurídica, a la que corresponde el asesoramiento en derecho del INSALUD y la coordinación de su defensa jurídica

b) Subdirección General de Inspección Sanitaria, a la que corresponde el control y seguimiento del funcionamiento de centros y servicios del INSALUD, la propuesta de condiciones y requisitos para acreditar centros y servicios, la gestión y elaboración de propuestas de resolución de expedientes de responsabilidad patrimonial, y el control y seguimiento de la prestación farmacéutica y de la prestación por incapacidad temporal

c) Subdirección General de Informática a la que corresponde el diseño y gestión del plan informático del INSALUD, la colaboración con el plan informático del Ministerio de Sanidad y Consumo, al que debe adecuarse técnicamente aquél, y la elaboración y actualización de estadísticas en colaboración con la Subdirección General de Análisis Económico y Estadística de la Dirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Subdirección General de Asistencia Sanitaria, cuya función es la de coordinación de las siguientes Subdirecciones Generales:

a) Subdirección General de Desarrollo, a la que corresponde la propuesta de necesidades técnicas y organizativas del INSALUD, y el diseño, implantación y evaluación de nuevos modelos de organización sanitaria en orden a una mayor autonomía y mejora de la calidad asistencial.

b) Subdirección General de Atención Primaria, a la que corresponde la definición de los programas y objetivos asistenciales de los centros sanitarios y la propuesta de asignación de los recursos necesarios para tal fin, la coordinación, control y evaluación de las actividades asistenciales de los centros sanitarios, la coordinación, desarrollo y control de los programas de formación continuada, formación posgraduada y de investigación, el desarrollo de programas y actividades para la mejora de las prestaciones sanitarias, especialmente para la racionalización de la prestación farmacéutica y la gestión de la prestación farmacéutica, todo ello en el ámbito de la atención primaria.

c) Subdirección General de Atención Especializada, a la que corresponde la definición de los programas y objetivos asistenciales de los centros sanitarios y la propuesta de asignación de los recursos necesarios para tal fin, la coordinación, control y evaluación de las actividades asistenciales de los centros sanitarios, la coordinación, desarrollo y control de los programas de formación continuada, formación posgraduada y de investigación, el desarrollo de programas y actividades para la mejora de las prestaciones sanitarias, especialmente para la racionalización de la prestación farmacéutica y la gestión de la prestación farmacéutica, todo ello en el ámbito de la atención especializada.

d) Subdirección General de Conciertos, a la que corresponde el análisis de las propuestas de necesidades de concertación de centros y servicios y la propuesta de suscripción de los correspondientes conciertos, su seguimiento y control.

Subdirección General Económica y de Personal, cuya función es la de la coordinación de las siguientes Subdirecciones Generales:

a) Subdirección General de Presupuestos y Control Económico, a la que corresponde la elaboración y redacción del anteproyecto de presupuesto de gastos del INSALUD y su distribución por centros de gestión, conforme los criterios fijados a través de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, las actuaciones de control y evaluación de la gestión económica y presupuestaria por centros de gestión, la elaboración y tramitación de las propuestas de modificaciones de créditos del presupuesto y de los documentos contables y presupuestarios, y la tramitación y control del fondo de maniobra y del movimiento de efectivo de la caja central.

b) Subdirección General de Obras, Instalaciones y Suministros, a la que corresponde la programación y gestión de las inversiones necesarias, tanto en recursos físicos como en equipamiento, para el funcionamiento de la actividad del INSALUD, la programación y gestión de la compra de suministros y servicios necesarios para el funcionamiento de los centros integrados en la red del INSALUD y el establecimiento de la política de compras del organismo, la gestión del mantenimiento de los recursos físicos de los centros de atención primaria, de atención especializada y administrativos, gestionados por el INSALUD, y el impulso y desarrollo de las funciones que corresponden a la oficina de supervisión de proyectos.

c) Subdirección General de Relaciones Laborales, a la que corresponde la ordenación general y ejecución de la política de personal del INSALUD, la ordenación del régimen de prestación de servicios del personal y la preparación de su normativa reguladora, la negociación colectiva con los representantes del personal y el desarrollo de las relaciones sindicales, la propuesta de programas de formación, promoción y desarrollo del personal y la gestión del plan anual de formación, y las funciones relativas a la salud laboral, la acción social y el régimen disciplinario del personal.

d) Subdirección General de Gestión de Personal a la que corresponde la programación, propuesta de ordenación y gestión en materia de retribuciones, la elaboración del capítulo 1 del anteproyecto de

presupuesto, su control y seguimiento, la propuesta de fijación de las plantillas de personal de los diversos centros y servicios, sus modificaciones y la gestión del Registro de Personal, la preparación de la oferta de empleo público y la gestión de los procedimientos selectivos de ingreso, promoción y traslado de personal, la coordinación, y, en su caso, gestión de los actos derivados de las situaciones administrativas del personal y de su régimen jurídico, y la propuesta de relación de puestos de trabajo del personal funcionario, así como todos los actos que se deriven de la ordenación, gestión y control del personal funcionario y laboral de los servicios administrativos del Instituto Nacional de la Salud.

La **Intervención Central del INSALUD** está adscrita a la Dirección General del INSALUD.

FINANCIACIÓN

El Presupuesto del INSALUD para el año 2000 asciende a 1.659.922 millones de pesetas y su financiación se realiza casi en su totalidad a través de los Presupuestos Generales del Estado, representando el 4,93% de los mismos.

* El INSALUD invierte al día 4.548 millones de pesetas en atención sanitaria

* El INSALUD invierte al mes 138.327 millones de pesetas en atención sanitaria.

Su distribución por conceptos y grandes funciones es la siguiente:

Distribución capítulos	Millones de pesetas	%
Personal	762.055	45,9
Bienes y servicios	257.694	15,5
Conciertos	172.908	10,4
Farmacia	368.445	22,2
Inversiones	68.183	4,1
Otros (*)	30.637	1,9
Total	1.659.922	100,0

(*) Desplazamientos enfermos, prótesis, transferencias...

Programa	Millones de pesetas	%
Atención Primaria	625.341	37,7
Atención Especializada	974.599	58,7
Formación	33.428	2,0
Administración	26.554	1,6
Total	1.659.922	100,0

SERVICIOS SANITARIOS

Los servicios sanitarios del INSALUD están organizados en dos grandes niveles:

Atención Primaria, que constituye la puerta de entrada al sistema sanitario. Los ciudadanos tienen acceso directo a este primer nivel asistencial al que deben acudir, incluso, para solicitar atención especializada, salvo en casos de urgencia.

La Atención Primaria proporciona Medicina de familia, pediatría, cuidados de enfermería, salud bucodental,

urgencias, atención a la mujer, salud mental y tratamientos rehabilitadores básicos.

- La red de atención primaria dispone de 1.071 centros de salud.
- Extensión del 061 a toda la población del INSALUD.
- En 1999 se atendieron más de 101,4 millones de consultas (6,82 consultas por habitante y año).
- Todos los ciudadanos pueden elegir libremente a su médico de familia entre los de su zona de salud. Los niños menores de 15 años son atendidos por pediatras. Y desde 1998 se ha introducido la figura del Pediatra de Área en las zonas rurales.
- Cada médico de familia tiene adscritas una media de 1.200 personas.
- La mayoría de los profesionales sanitarios de atención primaria trabajan a tiempo completo en grupos multidisciplinares e integrados que se denominan Equipos de Atención Primaria (EAP), al frente de los cuales hay un médico-coordinador.
- En la actualidad existen 1.173 Equipos de Atención Primaria integrados, entre otros profesionales, por 12.175 médicos de Familia y Pediatras.
- Desde 1978 la Medicina de Familia es una especialidad médica que requiere de tres años de formación específica. Esta especialidad médica ha contribuido decisivamente a mejorar la calidad técnica de la atención primaria.

Atención Especializada. En los hospitales y centros de especialidades se ofrece una cartera de servicios que incluye desde la atención al parto a las más modernas técnicas diagnósticas y terapéuticas.

- EL INSALUD dispone de 82 hospitales propios que cuentan con 37.255 camas, 837 quirófanos, 164 salas de parto y 99 centros de especialidades.
- Además, concierta servicios con otros 104 hospitales, de los cuales una tercera parte, aproximadamente, son centros públicos.
- Anualmente cada hospital negocia con la dirección del INSALUD el contenido de un "contrato de gestión" en el que se especifica la actividad a realizar de acuerdo con su cartera de servicios y la financiación necesaria para ello.
- La información clínica y la actividad hospitalaria se recoge y codifica, de forma homogénea, en todos los centros mediante sistemas específicos de clasificación de pacientes e indicadores de actividad que proporcionan valiosa información sobre el trabajo realizado a los responsables del hospital y a los servicios centrales del INSALUD.
- Durante 1999 en los hospitales del INSALUD ingresaron un total de 1.181.086 pacientes, se atendieron 5.172.984 urgencias, 21.408.279 consultas y se realizaron 900.287 intervenciones quirúrgicas de especialistas.
- Los trasplantes de órganos son una actividad que refleja el alto nivel técnico de la medicina española y, sobre todo, la solidaridad que la hace posible y que sitúa a España entre los países más avanzados en esta técnica. En 1999 el INSALUD ha realizado 690 trasplantes de riñón, 268 de hígado, 131 de corazón, 717 de médula y 36 de pulmón.

RECURSOS HUMANOS

El INSALUD dispone de más de 137.000 trabajadores de los cuales hay aproximadamente 29.000 médicos y más de 36.000 enfermeras.

El sistema de formación de los médicos especialistas, conocido como sistema MIR, ha contribuido a mejorar la calidad de la medicina española. El INSALUD juega un importante papel en la formación del personal sanitario. Los recursos docentes de que dispone son:

- 67 hospitales acreditados para impartir docencia
- 10 escuelas universitarias de enfermería
- 2 unidades docentes de enfermería obstétrico-ginecológica

- Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

MEJORANDO LO QUE ES DE TODOS

El INSALUD ha emprendido una serie de cambios e innovaciones que pretenden agilizar y mejorar sus servicios:

- **Listas de espera.** La demora quirúrgica media se ha reducido de 7 meses, en junio de 1996, a 62 días, en diciembre de 1999. Al finalizar el año 2000, el objetivo es conseguir una demora media de 55 días y que nadie espere más de cinco meses para ser intervenido.

Demora media

Demora > 6 meses

Junio 96

210 días

54.348

Diciembre 96

135 días

49.849

Diciembre 97

98 días

24.993

Diciembre 98

66 días

530

Diciembre 99

62 días

513

EL INSALUD APUESTA POR EL FUTURO

El Plan Estratégico del INSALUD, que atendía las recomendaciones de la Subcomisión Parlamentaria, en su estudio sobre las medidas necesarias para la consolidación del Sistema Sanitario Público, ha modernizado su estructura y le ha convertido en una organización más dinámica y eficaz. La naturaleza dinámica del Plan motiva ahora su revisión par incorporar todas las aportaciones y sugerencias realizadas por los agentes

sociales desde su aprobación, ampliando los objetivos con medidas y propuestas concretas de actuación con el fin de:

- Orientar los servicios sanitarios hacia los ciudadanos:

La revisión del Plan Estratégico incorporará la puesta en marcha y la generalización de los Puntos Azules de Atención al Ciudadano como una garantía más a disposición de los usuarios y pacientes que dispondrán de una "ventanilla única" de atención directa y resolución de demandas y solicitudes. La extensión del Plan de Mejora de Recepción en los centros sanitarios, del Teléfono de Atención Permanente en los hospitales y del Plan de Atención a las Personas Mayores, refuerza esta orientación del INSALUD.

- Proporcionar a los centros autonomía de gestión real y efectiva dotándoles de personalidad jurídica propia:

Tras la publicación del Real Decreto 20/2000, de 14 de enero, que desarrolla la ley 15/1997, el INSALUD comenzará el procedimiento de transformación de los centros que cumplan los requisitos necesarios para alcanzar mayor nivel de autonomía y que voluntariamente lo soliciten.

Por otra parte, considerando la investigación en Biomedicina y Ciencias de la Salud como actividad que ocupa el papel principal en la mejora de la asistencia sanitaria prestada a los ciudadanos, el INSALUD ofrece nuevas herramientas a los centros, mediante la posibilidad de crear fundaciones para la gestión de las actividades investigadoras y para el fomento de la formación del personal investigador mediante la utilización de las nuevas formas de gestión en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Nuestro sistema sanitario es el fruto del esfuerzo de muchas generaciones. Nació con la creación del Instituto Nacional de Previsión en 1908 y ha ido evolucionando a lo largo de nuestra historia. En 1942 se creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad que se configuró en 1963 como el sistema sanitario de la Seguridad Social y, posteriormente, en 1978, se creó el actual organismo INSALUD. Este sistema representa la contribución del esfuerzo de los españoles a lo largo del siglo XX.

La Ley General de Sanidad de 1986 integra el sistema asistencial de la Seguridad Social y los dispositivos de Salud Pública y crea el Sistema Nacional de Salud. Sus características más relevantes son la universalidad del derecho a la asistencia sanitaria y su financiación pública. Además regula un sistema asistencial que está abierto a la incorporación de las tecnologías sanitarias contrastadas y a la prescripción de los fármacos más modernos de acuerdo con los cambios que se operan en el campo de las ciencias de la salud.

La Constitución Española establece los referentes del Estado español y reconoce a las Comunidades Autónomas importantes competencias en materia de salud.

De acuerdo con el principio de descentralización territorial, en el campo de la sanidad actualmente se han transferido las funciones y servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas de Cataluña, Andalucía, País Vasco, Valencia, Galicia, Navarra y Canarias, lo que afecta al 61,27 % de la población.

Por su parte la Administración Central, a través del INSALUD, atiende al 38,73 % de la población en las comunidades autónomas restante, lo que le convierte en el mayor servicio de asistencia sanitaria del país.

Para garantizar la cooperación y coordinación entre todas las Comunidades Autónomas, el Sistema Nacional de Salud dispone de un CONSEJO INTERTERRITORIAL. Está presidido por el Ministro de Sanidad y Consumo y en él están representados todos los Servicios Autonómicos de Salud.

- El Sistema Nacional de Salud presta servicios sanitarios a más del 99,5% de la población.
- Las prestaciones del SNS son iguales en toda España.
- Los usuarios activos contribuyen mediante el pago adicional del 40% del precio de los medicamentos prescritos. Para el tratamiento de enfermedades crónicas o graves, se contribuye con el 10% del PVP del medicamento, hasta un máximo de 439 pesetas.
- Están exentos de aportación los pensionistas, los minusválidos, las personas afectadas por el síndrome tóxico y los tratamientos que tengan su origen en accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.
- Constituye el servicio público más valorado por la población.

ORGANIGRAMA



Directorio

INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD

C/ Alcalá, 56. Tel. 91 338 00 03

DIRECTOR GENERAL DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD:

Ilmo. Sr. D. Josep M^a Bonet Bertomeu

Subdirector General de Coordinación Administrativa:

Ilmo. Sr. D. Manuel Molina Muñoz

Sudirector General de Asesoría Jurídica:

Ilmo. Sr. D. Francisco Javier Sánchez Caro

Subdirector General de Inspección Sanitaria:

Ilmo. Sr. D. Angel Luis Guirao García

Subdirector General de Informática:

Ilmo. Sr. D. Tomás García-Meras Jiménez

Subdirector General de Asistencia Sanitaria:

Ilmo. Sr. D. José Luis de Sancho Martín

Subdirector General de Desarrollo:

Ilmo. Sr. D. Francisco de Asís Jové Domínguez-Gil

Subdirectora General de Atención Primaria:

Ilma. Sra. D^a. M^a de los Santos Ichaso Hernández-Rubio

Subdirector General de Atención Especializada:

Ilmo. Sr. D. Roberto Collado Yurrita

Subdirector General de Concursos:

Ilmo. Sr. D. Eduardo Martín Escobar

Subdirector General Económico y Personal:

Ilmo. Sr. D. Juan L. Gordo Pérez

Subdirector General de Presupuestos y Control Económico:

Ilmo. Sr.: D. Pedro Huertas Esteban

Subdirector General de Obras, Instalaciones y Suministros:

Ilmo. Sr. D. Domingo Menéndez Menéndez

Subdirectora General de Relaciones Laborales:

Ilma. Sra. D^a. Concepción Sánchez-Arcilla Muñoz

Subdirector General de Gestión de Personal:

Ilmo. Sr. D. Pablo Calvo Sanz

6. CONCLUSIONES

Los servicios de salud son importantes para el bienestar de la sociedad, pues es un elemento más que mejora la calidad de vida.

Todavía no existe igualdad de estos servicios en todo el mundo, en el mundo subdesarrollado son escasos y de mala calidad.

Los organismos gubernamentales y no gubernamentales pueden considerarse una ayuda extra en los países subdesarrollados, ya que sus propios gobiernos no están adecuados para resolver dichos problemas en temas de salud.

7. BIBLIOGRAFÍA

- OLIVERA, A (1993). Geografía de la salud. Ed. Síntesis
- ROMERO GONZÁLEZ, GARCÍA, ROCA Y OTROS (1992). Desigualdades y nuevas pobreza en el

mundo desarrollado. Ed. Síntesis

- SMITH, D. (1980). Geografía Humana Ed. Oikos–Tau
- Ministerio de Sanidad y Consumo: www.msc.es
- Organización Mundial de la Salud: www.who.int
- Organización Mundial de la Salud: www.wfc.org/espanol/who

