

ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA SANIDAD Y LA GESTIÓN SANITARIA EN ESPAÑA

*Antonio Fernández Fernández
Mercedes Vaquera Mosquero
Universidad de Extremadura*

RESUMEN

El objetivo de este artículo es poner manifiesto la evolución del sistema sanitario español a lo largo de su historia, ligándolo a su vez con la forma de gestión que han ido aplicando los diferentes Órganos de Gobierno que han tenido implicación directa en la política sanitaria.

El periodo de análisis comienza en la alta edad media, siglos V-VI, y continua con el análisis de los principales acontecimientos que a lo largo de los últimos quince siglos han tenido lugar y que han hecho que la situación actual sea exactamente la que es en la actualidad.

Para terminar hemos querido exponer las líneas maestras que, en nuestra opinión, deben regir el desarrollo futuro de la gestión sanitaria en el contexto de la globalización y el acelerado proceso de progreso económico y social en el que nos encontramos inmersos.

INTRODUCCIÓN

En estos tiempos, en que, con motivo de la crítica situación económica que estamos atravesando, se pueden plantear ciertas dudas sobre el futuro de algunos de los derechos sociales adquiridos a lo largo del tiempo, creemos que es interesante recordar, mediante un breve repaso histórico, cómo han ido apareciendo alguno de esos derechos y prestaciones sociales con las que convivimos en la actualidad y que han ido cambiando con el paso del tiempo, por ello, en este artículo nos vamos a centrar en hacer un repaso de cómo han ido evolucionando los derechos sociales, sanitario y asistenciales, para lo que es necesario poner de manifiesto la evolución del sistema sanitario español a lo largo del tiempo.

Es necesario, antes de nada, destacar que, el sector sanitario, a pesar de ser uno más de los muchos que constituyen la estructura económica de un país tiene como características autóctonas su complejidad y su especificidad. Dentro de ésta última sobresale, entre todas, el carácter multidisciplinar y multicultural de todos los estamentos implicados en su macro (políticas sanitarias) y microgestión (gestión hospitalaria pública o privada).

Hemos de empezar manifestando que tanto el modelo de asistencia como de gestión sanitaria existente en la actualidad, no supone nada más que el resultado de multitud de políticas, reformas y cambios acaecidos desde el momento en que se encuentran sus inicios o antecedentes, que hemos de situar en la alta edad media (siglos V-VI), hasta las últimas reformas significativas habidas en los últimos años del siglo XX y comienzos del actual.

Nuestro objetivo, por tanto, a lo largo de este artículo será el de analizar los principales hitos relacionados con la política sanitaria y su influencia sobre su gestión, acaecidas a lo largo del tiempo hasta llegar a determinar por qué la gestión sanitaria es en España exactamente la que es, así como sus principales virtudes y defectos.

ORÍGENES DE LA SANIDAD

Los antecedentes de la política hospitalaria los podemos situar, como técnica sistemáticamente aplicada y en cierta medida protocolizada, en la aparición con los hospicios o centros de acogida regidos, generalmente, por órdenes religiosas y construidas también en la mayoría de los casos junto a sus respectivos monasterios.

Honore¹, entre otros, pone de manifiesto que estos centros de acogida, se desarrollaron especialmente en países como Inglaterra, Alemania o Francia, hasta extenderse por todo el continente europeo.

Dada las enormes carencias de la medicina de la época, dicen los anteriores autores, la preparación de los enfermos para afrontar la muerte era una de las principales funciones que allí se ejercían.

Superada la edad media, la sanidad fue dejando, cada vez más de ser identificada con la caridad cristiana, para ser relacionada con la pobreza, apareciendo así la figura del hospital-beneficencia, financiado por donaciones de personas acomodadas².

En el transcurso del tiempo e inmersos ya en el siglo XIX, la sanidad pasa a tener la consideración de servicio de asistencia social, y en consecuencia empieza a ser soportado y dispensado por el Estado. No obstante, en una primera etapa el Estado sólo sigue preocupándose de los menesterosos, los enfermos con recursos se sufragaban sus propias hospitalizaciones.

Si nos centramos en nuestro país, y nos situamos ya en épocas más recientes, los antecedentes oficiales de la política sanitaria cabe situarlos en el año 1883, con la creación de la Comisión de Reformas Sociales, según los datos disponibles del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria³.

La creación de la citada Comisión tuvo como objetivo principal el estudio de todas las cuestiones relacionadas con el bienestar de la clase obrera aparecida como consecuencia de la Revolución Industrial que en esta etapa se empezaba a consolidar.

En 1903, el Instituto de Reformas Sociales, que había sustituido a la Comisión, presenta un estudio sobre la conveniencia de crear una Caja Nacional de Seguro Popular, germen de lo que con posterioridad sería el Instituto Nacional de Previsión (INP).

Estos trabajos continuarían en los años siguientes bajo los auspicios del Ministerio de la Gobernación, quien encargó al Instituto de Reformas Sociales un proyecto de Ley sobre la materia, presentado en el Parlamento en 1906, mediante el que se pretendía crear definitivamente el Instituto Nacional de Previsión, aun cuando finalmente no se terminó de llevar a efectos hasta febrero de 1908. Esta ley establece el régimen español de Retiros Obreros, bajo el sistema de pensiones de vejez subsidiarias que libremente podían contratar los obreros con este Organismo.

Como avances sociales de cierta relevancia acaecidos en la época, cabe destacar tanto la implantación del Seguro Obligatorio del Retiro Obrero, en marzo de 1919, como el Seguro Obligatorio de Maternidad de 1923.

La evolución de la sociedad, y en concreto de la industria, trajo consigo mayores exigencias de la clase trabajadora, lo que provocó la aparición de una política social de Estado a través de seguros obligatorios de enfermedad y régimen de Seguridad Social en general, para cubrir el riesgo de enfermedad de las clases económicamente más débiles.

Pero estas coberturas parciales de las prestaciones sanitarias para los obreros, no se llegan a extender hacia una cobertura general hasta 1942, cuando aparece el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), dirigido a proteger a los trabajadores cuyas rentas no excedían de ciertos límites.

Este SOE queda a cargo del INP, como entidad aseguradora única, y entre las prestaciones del seguro, estaba la asistencia sanitaria en caso de enfermedad y maternidad, e indemnización económica por la pérdida de retribución derivada de las situaciones anteriores.

De esta manera, y como consecuencia de prestar los servicios sanitarios contemplados en el SOE, aparece el que se dio en denominar “hospitales científicos”, estructurados en equipos médicos y de enfermería, así como con los recursos necesarios para llevar a cabo numerosas prestaciones.

PROFESIONALIDAD DE LA ASISTENCIA SANITARIA

A comienzo de la década de los sesenta del siglo pasado empieza a implantarse en España la conocida como profesionalización de la asistencia sanitaria, consistente en la constitución de grandes centros sanitarios para dar cobertura sanitaria a una parte de la población cada vez mayor. Podemos considerar esta época como el inicio de lo que más tarde llegaría a ser la prestación sanitaria con carácter universal.

De esta forma, en 1963, se suprimen los esquemas clásicos de funcionamiento de previsión y seguros sociales, que fueron sustituidos por el desarrollo del sistema de Seguridad Social, aunque no es hasta 1974 cuando se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, por el que se modifican y amplían las prestaciones de asistencia sanitaria originándose un sustancial incremento del gasto sanitario.

Dice Falgueras⁴ que, no obstante, el importante gasto que las prestaciones sanitarias comportaban, la estructura organizativa era muy simple. Cada hospital era dirigido por un Director Médico con amplios poderes para gestionar y del que dependían un Administrador y una Jefatura de Enfermería.

La gestión de los recursos escasos se basaba en una cadena jerárquica de mandos intermedios (jefes de servicios) y de un conjunto de empleados de enfermería y de auxiliares con más atribuciones de las deseables.

Téngase presente que, en general, ni director médico, ni jefes de servicios, ni cuerpos de enfermería y auxiliares contaban con unos mínimos conocimientos sobre gestión de empresas, manejando, no obstante, una ingente cantidad de recursos productivos.

INSTAURACIÓN DEL INSALUD

Uno de los momentos claves en la evolución del sistema sanitario lo constituye la desaparición, en 1978, del Instituto Nacional de Previsión (INP) y el traspaso de las funciones que venía desempeñando a:

- ✓ *Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)*, encargado de la gestión de las prestaciones del sistema de la Seguridad Social (subsidios, ayudas, pensiones, etc.)
- ✓ *Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO)* para la gestión de los servicios sociales complementarios de las prestaciones del sistema de Seguridad Social (minusválidos, tercera edad, etc.)
- ✓ *Instituto Nacional de la Salud (INSALUD)* que será el encargado de gestionar y administrar la prestación de los servicios sanitarios de la Seguridad Social.

Será pues el INSALUD, creado por (Real Decreto 36/1978, de 16 de noviembre), el instrumento con el que contará el Estado para gestionar esas prestaciones a todos los colectivos incluidos en el sistema de la Seguridad Social, si bien es cierto que las Mutualidades de Funcionarios, la gestión de accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales quedan fuera de su ámbito de atención.

Conviene destacar, que es a partir de ese momento cuando se empiezan a crear los cimientos de lo que sería una sustancialmente más sólida estructura organizativa, y así en 1985, ésta se refuerza de una manera importante con la aparición en un organigrama con tres direcciones: médica, enfermería y gestión y servicios generales, de las que dependerán toda una serie de subdirecciones.

Dicho lo anterior, no debe parecer casual que en 1978, las prestaciones sanitarias tomen nuevos e importantes rumbos, dado que con la aprobación de nuestra Constitución en los primeros balbuceos de nuestro estrenado sistema democrático, se reconozca el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud.

Con la instauración de la democracia en nuestro país, la prestación de la asistencia sanitaria toma nuevos enfoques derivados de los importantes cambios que se producen en el ordenamiento político español con la aprobación de la Constitución ya que en ella se reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud.

Esta situación dio lugar a la aparición en 1977 del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, y en 1979, al Instituto Nacional de la Salud, como ya hemos comentado antes.

DESCENTRALIZACIÓN TERRITORIAL DE LA SANIDAD

El sistema sanitario español se fundamenta en la Ley General de Sanidad del 14 de abril de 1986, mediante la que se reestructura todo el esquema organizativo, que se incluye bajo el paraguas del Sistema Nacional de Salud.

Se empieza, así mismo, a financiar la sanidad con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, y se acepta la concurrencia paralela y complementariedad de la sanidad privada.

Se concibe así el Sistema Nacional de Salud, según González Sánchez ⁵, como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, coordinados por la Administración Central, configurándose la asistencia sanitaria en dos niveles organizativos básicos:

1. El primer nivel lo constituye la organización sanitaria en el ámbito de la Administración Central, a través del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Será el ministerio el encargado de proponer y ejecutar las directrices generales del gobierno sobre la política de salud, planificación y asistencia sanitaria, así como de la coordinación de las actividades dirigidas a la implantación de políticas relacionadas con la drogadicción y sus consecuencias.

2. El segundo nivel organizativo corresponde a las Comunidades Autónomas.

De acuerdo con el principio de descentralización territorial, se lleva a cabo el traspaso de competencias en materia sanitaria, proceso que culmina en el año 2001. En cada una de ellas se constituirán servicios de salud en los que pasa a integrarse todos los centros y servicios de la propia comunidad, de las diputaciones, de los ayuntamientos, etc., y aunque se respetan sus respectivas titularidades, pasan a adscribirse funcionalmente al servicio de salud de cada comunidad.

A partir de 1989 se amplía la previsión constitucional en lo que se refiere a la protección de la salud de los ciudadanos. Por una parte se produce el cambio de financiación del gasto sanitario público, que pasa a ser fundamentalmente asumido por el Estado a través del sistema impositivo ordinario y, por otra parte, se extiende la cobertura sanitaria de la Seguridad Social a las personas no incluidas en la misma y sin recursos suficientes.

De acuerdo con el principio de descentralización territorial, se inicia el traspaso de competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas, lo que posibilita que éstos puedan asumir competencias en la materia señalada y de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, proceso que se culmina en el año 2001.

Mención especial merece la Ley 15/1997 de 10 de abril de 1997 de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión, más conocida como Informe Abril Martorell.

En esta ley, dicen Frende Vega et al ⁶, se regula la creación de nuevas formas organizativas en aras a conseguir una gestión más eficiente de los centros sanitarios, abriéndose la posibilidad de desarrollar la gestión mediante la creación de entes con personalidad jurídica interpuestos y que fue recogido en el Plan Estratégico elaborado por el INSALUD para el periodo temporal 1997-2000.

Es, de esta forma, como el Instituto Nacional de la Salud llega a convertirse, en 2002, en una entidad de menor dimensión asignándosele la gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, y cambiando su denominación por la de Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Con la llegada del INSALUD se lleva también a cabo, a principios de 2002, las transferencias sanitarias a todas las Comunidades Autónomas que no disponían todavía de las competencias sobre servicios sanitarios de la Seguridad Social, con lo que se cierra un ciclo de gestión sanitaria moderna en España que, no obstante, no tuvo el dinamismo ni la capacidad de innovación de la gestión empresarial.

En resumen, podemos afirmar, que hemos asistido en el transcurso de los últimos treinta años a un auge y florecimiento espectacular de la gestión sanitaria, años en los que se incorporaron ideas, experiencias y proyectos, asimilándonos así, en las tareas de gestión, a otros países de nuestro entorno con administraciones públicas de larga tradición democrática.

En este sentido hemos de destacar las atinadas palabras de Belenes⁷ al afirmar que España ganó rápidamente un tiempo perdido, consolidando un Sistema Nacional de Salud que en la actualidad resiste bien la comparación con otros países europeos que gozaron de más ventajas iniciales y emprendieron grandes proyectos de reforma estratégica como pueden ser los acontecidos en los países del norte de Europa, Inglaterra, los Países Bajos, etc.

LA GESTIÓN SANITARIA ACTUAL EN ESPAÑA

Durante mucho tiempo, las instituciones hospitalarias y los sistemas sanitarios en general, han permanecido de espaldas a las innovaciones y al perfeccionamiento que se han ido produciendo en las técnicas de gestión, y que empresas del resto de sectores han ido incorporando a su patrimonio gerencial.

Este hecho se ha evidenciado de una manera más patente en el ámbito de la salud pública, quizás debido a la existencia de enormes y rígidos aparatos burocráticos que han ralentizado la modernización del sector respecto a su gestión.

No obstante hemos de reconocer que la gestión sanitaria en España se perfeccionó de manera notable en los primeros años de la última década del siglo pasado, pasando, desde entonces, a caer progresivamente en un cierto estancamiento que aún permanece en la actualidad.

Pero como de manifiesto Belenes⁷ para entender el por qué de la situación en la que se encuentra la gestión sanitaria, hay que destacar que ésta, en las tres últimas décadas, ha estado muy condicionada por:

- ✓ Una administración pública obsoleta, burocrática y apenas democrática.
- ✓ Unos escasos recursos humanos suficientemente cualificados.
- ✓ Una situación crónica de subfinanciación, estando el porcentaje del gasto sanitario sobre el PIB muy lejos de la media europea.

En cualquier caso, una vez superados los propósitos básicos del actual sistema sanitario español, desarrollado por la Ley General de Sanidad, es decir, la universalización del derecho a la asistencia sanitaria, la equidad en su cobertura y su carácter público, ha llegado el momento de prestar esa asistencia sanitaria en condiciones de máxima eficiencia, entendida ésta como la utilización óptima de los recursos disponibles.

En este contexto, los centros sanitarios deben ser obligados a pasar del enfoque tradicional de gestión en el que primaba el cumplimiento de la legalidad, a otro, en el que sin perder ese cumplimiento, se dirijan los principales esfuerzos hacia la consecución de la eficiencia en el empleo de los recursos puestos a su disposición.

En este sentido se aprecian una serie de rasgos en la gestión sanitaria actual que deben destacarse, como son los referidos a:

- Modernidad en la gestión, equiparable a la del resto de los países de nuestro entorno, de tal manera que se puede decir que los servicios sanitarios, tanto públicos como privados, se encuentran relativamente bien gestionados, tanto por la utilización de suficientes instrumentos y técnicas de gestión, como por la innovación organizativa y la amplia disponibilidad de directivos y cuadros intermedios que están consiguiendo impulsar una gestión moderna en un escenario de administración pública muy rígida y obsoleta.
- La gestión sanitaria española, especialmente la pública, ha apostado por una reforma lenta pero progresiva, tratando de evitar introducir grandes cambios o reformas de gran calado (si exceptuamos el Informe Abril), que ha permitido una mejora paulatina en la gestión.

No obstante, estas manifestaciones, en nuestra opinión, la gestión sanitaria en la actualidad está siendo en gran medida cuestionada, dado que el ingente gasto sanitario no está suficientemente racionalizado y además cada vez aumenta más la exigencia, por parte de los usuarios, de recibir un servicio de mayor calidad.

PERSPECTIVAS DE LA GESTIÓN SANITARIA EN ESPAÑA

Presentada la situación en la que se encuentra la gestión sanitaria en España, creemos que las líneas maestras que deben presidir su desarrollo en el futuro próximo han de acomodarse a las siguientes pautas de actuación:

- ✓ *Exigir gestores y políticos sanitarios, ya sea en el sector público o en el privado, más ambiciosos y preparados, capaces de asumir un liderazgo transformador.* Hace algunos años un buen tratadista, como Morrison⁸, afirmaba que no puede haber calidad en el servicio ni mejora en la gestión si la política sanitaria no es de calidad. A este respecto a veces se olvida que los gestores no pueden sustituir totalmente a los políticos. Una sociedad y una

medicina más complejas requieren políticos de alto nivel que detengan el actual estancamiento intelectual habido en el del sistema sanitario, capaces de dar respuestas a los retos de la medicina moderna inmersa en un contexto presidido por unos ciudadanos cada vez más informados, participativos y exigentes.

- ✓ Profundizando en el punto anterior, se hace necesario *promover la carrera profesional de gestores sanitarios, que desarrollen nuevos perfiles y habilidades acomodadas a los tiempos actuales*. Gestores, en definitiva menos preocupados por los resultados a corto plazo y más comprometidos por las mejoras estructurales, por los recursos humanos y por los pacientes.
- ✓ *Establecer alianzas estratégicas entre los centros sanitarios*, a fin de compartir las ventajas competitivas diferenciadoras que cada uno pueda poseer.
- ✓ *Destacar la importancia que para los gestores debe ostentar la microgestión sanitaria*. La nueva gestión sanitaria pasa necesariamente de ser de un modelo autoritario y centralista a otro en los que los centros gozan de una mayor autonomía en el que la gestión multidisciplinar, integrada por clínicos y gestores, prime sobre cualquier otra consideración.
- ✓ *Incorporar nuevos modelos de gestión de los centros sanitarios*. Después de más de veinte años de descentralización de la sanidad pública a favor de las Comunidades Autónomas, son pocas las que vienen aplicando auténticos sistemas de gestión y cálculo de costes, modernos y eficaces, a fin de eliminar la mayoría de los existentes en la actualidad, presididos por la burocracia e incapaces de dar respuesta a las exigencias informativas que en la actualidad se le deben demandar para tomar las decisiones adecuadas.

Para concluir este artículo, queremos recalcar que de todas formas, y cualquiera que sea el entorno económico y político del sistema de salud, las presiones externas de los altos costes (farmacéuticos, tecnológicos y de sobreutilización de servicios), de la ineficiencia, y de la insatisfacción de la ciudadanía con la calidad de los servicios, por citar algunos casos, hará que tarde o temprano los sectores sanitarios, especialmente los públicos, demuestren con hechos tangibles que pueden lograr niveles de eficiencia y calidad, igual o incluso superiores en algunas áreas, al sector privado, no solamente como respuesta adaptativa a condiciones cada vez más desfavorables, sino como simple compromiso de equidad y justicia social.

Consecuentemente, está claro que el nuevo marco de la sanidad española requiere nuevas reglas de juego que vinculen a todos sus actores y que, entre otras cosas, permitan mantener y mejorar la calidad de la gestión global del sistema. El escenario futuro es enormemente incierto y complejo: sabemos bien de dónde venimos, pero necesitamos conocer mejor el futuro, y éste debe prepararse y gestionarse positivamente. Algunas iniciativas, a modo de puntos de partida, no requieren grandes transformaciones legales y pueden marcar una tendencia o un camino, como puede ser por ejemplo en la sanidad pública, y no parece complejo, crear consejos de administración e iniciar la transformación del modelo de gestión con las máximas garantías de mantenimiento del estatuto de servicio público en algún gran centro hospitalario, e ir evaluando resultados.

Se necesita, en definitiva, que el sector sanitario público, demuestre que puede alcanzar niveles de calidad y eficiencia similares al privado, siendo éste un ineludible compromiso de equidad y justicia social en el que se consigan importantes ahorros de costes a la vez que se eleva la satisfacción ciudadana por la calidad de los servicios recibidos. Y dado que el escenario futuro es en gran medida incierto y complejo, como acabamos de mencionar, se requieren nuevas reglas de juego que vinculen a todos los actores implicados en la gestión global del sistema, y en la gestión diaria de los centros.

BIBLIOGRAFÍA

1. HONORE, B. (1992): L'hopital et son projet d'intreprise. Toulouse. Ed. Privat. 205 p.
2. PORRAS, P. (1978): Algunos aspectos económicos de la evolución del concepto de hospital. En Temas de Administración Hospitalaria. Subsecretaría de la Salud, Escuela de Gerencia Hospitalaria. Madrid. Edita Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. 336 p.
3. INSTITUTO NACIONAL DE GESTION SANITARIA: Orígenes del Sistema Nacional de Salud. (Acceso el 12 de septiembre de 2009). Disponible en:
<http://www.ingesa.msc.es/organizacion/origenes/home.htm>.
4. FALGUERAS MARTÍNEZ-ALARCÓN, J. (2002): La contabilidad de gestión en los centros sanitarios. Barcelona. Departament d`economi i empresa. Universitat Pompeu Fabra. 480 p.
5. GONZÁLEZ SÁNCHEZ, B. (2005): Evaluación de los sistemas de contabilidad de costes en el sector hospitalario público gallego. Ourense. Universidad de Vigo. 353 p.
6. FRENDE VEGA, M.A.; MARTÍN ALCÁZAR, F.; MARTÍNEZ FIERRO, S. (1999): La reforma del sector sanitario español: Una oportunidad para la cooperación empresarial. XIII Congreso Nacional y IX Congreso Hispano-Francés de la Asociación Europea de Dirección y Economía de la Empresa. Logroño, Junio.
7. BELENES, R. (2003): Un balance personal de 25 años de gestión moderna en el Sistema Ncional de Salud”. Gaceta Sanitaria; 17: 150-6.
8. MORRISON, I. (2000): Health care in the new millennium. Vision, values and leadership. San Francisco. Jossey-Bass publishers. 371 p.