

EL DERECHO A LA SALUD, ¿CONCEPTO TEORICO?: ALGUNOS PROBLEMAS DE LA SANIDAD EN ESPAÑA

Rafael Nájera Morrondo

*Ex Director del Instituto de Salud Carlos III
Profesor emérito de la Escuela Nacional de Sanidad*

RESUMEN

En el presente artículo se recogen una serie de reflexiones, opiniones y propuestas, en relación a un derecho fundamental del ser humano, como es el derecho a la salud, y sobre la situación actual y perspectivas de la sanidad española, que al margen de su contrastado nivel de calidad, viene arrastrando una serie de limitaciones e inconvenientes que han de abordarse y solucionarse con cierta premura. Se recogen igualmente en el texto algunas referencias históricas y sobre el actual contexto sanitario en otros países, que pueden resultar útiles como referencia a la hora de abordar dos problemas fundamentales de la sanidad en nuestro país: los problemas *económicos* y los de *personal*, sobre los cuales se recogen en este artículo algunas propuestas de mejora.

1. INTRODUCCIÓN

La primera vez que aparece la expresión, “De esos polvos se hicieron estos lodos” en la literatura, es en una obra de Íñigo López de Mendoza y de la Vega, primer Marqués de Santillana, “Refranes que dicen las viejas tras el fuego”, (Sevilla, 1508) como “Con esos polvos se fizieron esos lodos” obra compuesta por orden de Juan II de Castilla y que con el paso del tiempo ha adquirido su forma presente.

Sirva este breve párrafo introductorio para ilustrar el comienzo de un grave problema actual, de una profunda implicación social, cual es el de la asistencia sanitaria en España y muy especialmente la Asistencia Primaria, particularmente en Madrid.

Si he tomado este antiguo refrán para introducir este artículo es para indicar que el problema no ha aparecido de golpe, sino que viene gestándose desde hace muchos años, agravándose con el paso del tiempo y que, en estos momentos, se desborda dando lugar a manifestaciones de protesta como no se habían producido nunca anteriormente en relación a las deficiencias sanitarias

El “Derecho a la Salud” se considera incluido en la Declaración Universal de Derechos Humanos, proclamada en París el 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 217 A (III). En sus 30 artículos se refiere de forma directa a la fraternidad de todos los seres humanos, a sus derechos y libertades sin distinciones, al derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad, al derecho a la propiedad, a la libertad de pensamiento y llegando en el Artículo 25, a expresar tener derecho a: “un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”

Como podemos apreciar, no se refiere directamente a la salud, sino a través de la obtención de un nivel de vida adecuado, lo cual no condiciona un compromiso claramente definido con respecto a la salud, si no en tanto en cuanto se obtenga ese nivel de vida, lo cual está condicionado a muy diversos factores, políticos y socioeconómicos. Por otra parte, se refiere exclusivamente a la asistencia médica, considerada en una lista de elementos diversos como la alimentación, el vestido y la vivienda y olvida toda referencia a la salud pública y a los aspectos preventivos.

En cuanto a la salud, tenemos que concretar que entendemos por ella, esto es, la definición de la misma, para lo cual es preciso hacer un poco de historia.

En 1945, la Conferencia de Naciones Unidas en San Francisco decidió establecer una única organización internacional de salud. Así el 19 de junio de 1946 durante la Conferencia Internacional de Salud, en Nueva York, se aprobó la creación de la Organización Mundial de la Salud, aunque pendiente de su aprobación por los 26 miembros de las Naciones Unidas y con posiciones en contra como la de Hugh Smith Cumming, director de la Pan American Health Organization (PAHO), Oficina Sanitaria Panamericana, (1) pero que finalmente fue aceptada en septiembre de 1948.

En conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, “la Constitución de la OMS se basa en nueve principios que son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos”. Se recogen a continuación estos principios:

- La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.
- La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.
- Los resultados alcanzados por cada Estado en el fomento y protección de la salud son valiosos para todos.
- La desigualdad de los diversos países, en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las trasmisibles, constituye un peligro común.
- El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo.
- La extensión a todos los pueblos de los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y afines, es esencial para alcanzar el más alto grado de salud.
- Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.
- Los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

Aceptando estos principios, con el fin de cooperar entre sí y con otras en el fomento y protección de la salud de todos los pueblos, las Partes Contratantes convienen en la presente Constitución y por este acto establecen la Organización Mundial de la Salud como organismo especializado, de conformidad con los términos del [artículo 57](#) de la [Carta de las Naciones Unidas](#)”

Tras la aprobación por los 26 miembros de las Naciones Unidas, vencidas las posiciones contrarias que se expresaron y que ya hemos comentado, el 1 de septiembre de 1948, finalmente fue aprobada la creación de la OMS.

Como vemos, no se refiere en ningún momento a una definición de salud como tal, sino una serie de principios de los que el primero se ha tomado como definición de salud de la OMS, probablemente por tratarse de una exposición teórica que no supuso ni supone compromisos formales por parte de los Estados firmantes.

En base a los principios expuestos, una definición de salud debería comprometerse con dichos principios, pudiendo expresarse como:

La salud como estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como ausencia de enfermedad es un derecho fundamental de todo ser humano, imprescindible para el mantenimiento de la paz en el mundo y responsabilidad de los gobiernos, pero donde la opinión pública y la cooperación de la sociedad, son fundamentales.

Esto requeriría Servicios de Salud, Públicos, Universales y Gratuitos y la integración de la opinión pública, así como la cooperación de la sociedad civil necesita de un Régimen Político Democrático.

Por otra parte, las desigualdades en salud suponen un factor de desestabilización política que se entremezclan con desigualdades en alimentación, acceso a agua potable, saneamiento y vivienda, nudo gordiano de los sistemas socio-sanitarios proyectándose sobre el concepto global del desarrollo.

Toda esta serie de compromisos socioeconómicos y políticos que dan un contenido real al concepto de salud y que fueron enunciados en la Constitución de la OMS, fueron olvidados al tomar como definición de salud unos conceptos vagos que no suponían compromisos reales a los países.

Pues bien, de ahí que, a los 75 años del nacimiento de la OMS, no se cumplen en la mayoría de los países firmantes, ni aún en algunos de los más ricos del mundo. Por ello, insistimos, que el adoptar el primer principio de los expuestos como definición de salud, olvidando los otros ocho, que son los que responsabilizan y comprometen desde el punto de vista social, económico y político, no es más que un ejemplo de la falta de voluntad política de nuestro mundo “desarrollado” y la falta de reconocimiento de la salud como un derecho.

De esta forma a lo largo de estos 75 años hemos asistido al enunciado de diferentes propuestas, fundamentalmente teóricas sobre el derecho a la salud desde la famosa decisión de la Asamblea Mundial de la Salud de 1977 de que “la principal meta social de los gobiernos y de la OMS debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva, es decir la popularmente llamada Salud para todos en el año 2000”.

Esta decisión dio lugar, en 1978 a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma-Ata, que declaró que la atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta y en 1979 la Asamblea Mundial de la Salud lanzó la “Estrategia Mundial de Salud Para Todos” cuyos principios fundamentales fueron establecidos ese mismo año por el Consejo Ejecutivo de la OMS (2).

Esta “Estrategia” inaugura un mecanismo nuevo en el sentido de que no pretende establecer una “estrategia de la OMS”, como era habitual en los planes mundiales de acción, derivados de las Conferencias Internacionales sino, por el contrario, empezar en los países y a través de las regiones llegar al plano mundial. Un gran esfuerzo y un avance conceptual, pero al final, fundamentalmente teórico.

Tras este primer intento se han ido emitiendo otras varias iniciativas como la Ottawa Charter for Health Promotion, en 1986, Health 21 en 1988 y en el año 2000, 52 años después de 1948, se adoptó por la comunidad internacional la Declaración del Milenio, donde la salud se situó en el centro de la agenda internacional del desarrollo para “erradicar la pobreza extrema y mejorar la salud de la población más pobre del planeta de aquí a 2015” (3). Como se puede apreciar, otra vez un discurso teórico sin fijar ningún compromiso ni meta concretos, aunque sin embargo entre las ocho metas que se proponen, tres son directamente dedicadas a la salud, como podemos observar a continuación.

SALUD EN LAS METAS DE DESARROLLO DEL MILENIO:

- 1.- Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- 2.- Conseguir una educación primaria universal
- 3.- Promover igualdad de género y potenciar a la mujer
- 4.- Reducir la mortalidad infantil
- 5.- Mejorar la salud materna
- 6.- Combatir el VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades
- 7.- Conseguir un ambiente sostenible
- 8.- Desarrollar un acuerdo global de desarrollo.

Así, se van a suceder otra serie de reuniones y conferencias en que reiteradamente se reconoce la importancia de la salud de las poblaciones y de la relevancia de la atención primaria: Yakarta (1977), Abuja (2001), Bangkok 2005, Ljbljana (1996), México (2004) y la actualización del marco de salud para todos” por la Región Europea de la OMS en 2005. En 2007 se establece la Alianza Internacional para la Salud (International Health Partnership, IHP) para ayudar a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Posteriormente, en 2008, The Tallin Charter, “Health Systems for Health and Wealth” (Tallin, Estonia, 25-27 de Junio. Conferencia Ministerial de la OMS Europa sobre Sistemas de Salud. En ella, los Estados Miembros “creen” que:

- 1.- “invertir en salud es invertir en desarrollo humano, social, bienestar y riqueza”.
- 2.- “hoy es inaceptable que las personas caigan en la pobreza a causa de su mala salud”.
- 3.- “los sistemas de salud comprenden más que la asistencia sanitaria, incluyendo prevención, promoción de la salud y esfuerzos para influir sobre otros sectores para que incluyan acciones que favorezcan la salud”
- 4.- “el buen funcionamiento de los sistemas de salud es esencial para mejorar la salud; reforzar los sistemas de salud, salva vidas”.
- 5.- “los sistemas de salud necesitan demostrar su buen funcionamiento”.

En 2008 también, aparece el Informe sobre la Salud en el Mundo de la OMS que enfatiza la atención primaria de salud como más necesaria que nunca y en 2010 otro Informe de la OMS, Informe sobre la Salud en el Mundo: La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la Cobertura Universal de Salud (CUS) que indica que la cobertura universal requiere el compromiso de cubrir el 100% de la población. Apunta tres líneas de acción: “a) recaudar más fondos para la salud o diversificar las fuentes de financiamiento, b) proporcionar o mantener un nivel adecuado de protección contra riesgos financieros y c) mejorar la eficiencia y la equidad en la forma en que se utilizan los fondos”.

En diciembre de 2012 la Asamblea General de las Naciones Unidas insta a los países a acelerar el progreso hacia la CUS como una prioridad esencial para el desarrollo internacional, que a partir de 2013 se adopta en la reunión de alto nivel de la ONU dedicada a ella.

A partir de 2013 surge el lema de la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) que se adopta en 2019 en la reunión de alto nivel de la ONU dedicada a ella.

En septiembre de 2015 en una Cumbre de la ONU, considerada histórica, se adoptaron los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, como parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, que incluyen:

“ODS 3: Buena Salud y Bienestar: garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades

Meta 3.8: lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de atención de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos”

“Para promover la salud y el bienestar físico y mental, y para extender la esperanza de vida para todos, debemos lograr la cobertura universal de salud y el acceso a una atención médica de calidad. Nadie debe quedar fuera” Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, párrafo 26.

En 2017 se declaró el 12 de diciembre el Día Internacional de la Cobertura Sanitaria Universal o Día de la Cobertura Universal de la Salud que se celebra todos los años bajo el amparo de la Asamblea General de las Naciones Unidas, con el objetivo de “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. En el año 2022 se ha adoptado el lema “Forjemos el mundo que queremos: un futuro saludable para todos y para todas”

Como indicadores del nivel del nivel de salud y cobertura de la misma, la OMS usa 16 marcadores, agrupados en 4 categorías:

A.- Salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño:

1. Planificación familiar
2. Atención durante el embarazo y el parto
3. Inmunización infantil completa
4. Atención de salud en caso de neumonía

B.- Enfermedades infecciosas:

5. Tratamiento de la tuberculosis
6. Tratamiento con antirretrovirales en VIH
7. Mosquiteros con insecticidas para paludismo
8. Niveles de saneamiento

C.- Enfermedades no transmisibles

9. Prevención y tratamiento de la hipertensión arterial
10. Prevención y tratamiento de la hiperglucemia
11. Detección del cáncer cervicouterino
12. Lucha contra el tabaquismo

D.- Servicios sanitarios

13. Acceso a servicios hospitalarios
14. Dotaciones de personal de salud
15. Disponibilidad de medicamentos esenciales
16. Reglamento Sanitario Internacional

A pesar de tan buenos proyectos y declaraciones, la propia OMS reconoce que la mitad de la población del mundo carece de los servicios básicos de salud y que *para alcanzar la cobertura sanitaria universal harían falta aproximadamente 20 millones más de personal sanitario.*

Todo ello indica, como anunciábamos en el título de este trabajo que el Derecho a la salud es un concepto teórico, un deseo, a pesar de los avances conseguidos en estos años, avances que se deben fundamentalmente al desarrollo socioeconómico de cada país, más que a los enunciados de las reuniones sanitarias internacionales.

Como comentábamos al principio de este trabajo, a los 75 años de la creación de la OMS, “un nivel de salud adecuado” no se cumple ni en muchos de los países más ricos del planeta.

En esta lista de buenas intenciones y enunciados teóricos, podemos citar, en el caso de España, la *CONSTITUCION POLITICA DE LA MONARQUIA ESPAÑOLA*, promulgada en Cádiz a 19 de Marzo de 1812, que en su artículo 13, Capítulo III, Del Gobierno; del Título II, Del Territorio de las Españas, su Religión y Gobierno, y de los Ciudadanos Españoles, de la Constitución de Cádiz, que ya en 1812 decía: “*El objeto del Gobierno es la felicidad de la Nación, puesto que el fin de toda sociedad política no es otro que el bien estar de los individuos que la componen*”

Las Cortes de Cádiz discutieron y elaboraron un Reglamento Sanitario que no llegó a ver la luz, así como tampoco los distintos borradores que al respecto se elaboraron durante el absolutismo, hasta que en 1822 un borrador llegó a las Cortes y aunque fue rechazado se mandó publicar como Proyecto de Código Sanitario para la Monarquía Española.

Aun con anterioridad, la *REVOLUCION FRANCESA* promulgó la Ley del 22 Floreal, Año II (19 de Diciembre de 1793), estableciendo el principio de la “seguridad social”, incluyendo la *asistencia médica gratuita*, las pensiones para los mayores y ayudas para las madres de familias numerosas.

Como podemos apreciar, son medidas más concretas que declaraciones generales sobre “derechos a la salud” sin concreción, expresadas hace más de 200 años.

2. ASPECTOS PRACTICOS. POSIBLES MEJORAS

Como he expresado anteriormente, nuestro sistema sanitario tiene grandes características positivas pero a su vez arrastra una serie de problemas como se han puesto de manifiesto en los últimos tiempos y que han dado lugar a enormes manifestaciones de apoyo al personal sanitario y de denuncia de las condiciones laborales de este personal, especialmente en la Comunidad de Madrid.

Estos problemas afectan fundamentalmente a la Atención Primaria, en especial a la sobrecarga de trabajo que impide atender correctamente a los pacientes. Por otra parte existe un problema importante de temporalidad en el empleo así como por la imposición de tareas administrativas, burocráticas a este personal.

Todo ello repercute en un aumento de las listas de espera de magnitud inaceptable, tanto en consultas de atención primaria como especializada, a veces afectando a patologías graves o intervenciones quirúrgicas.

Otros problemas se derivan de los copagos farmacéuticos que afectan a las economías más vulnerables, familias en el umbral de la pobreza que tienen que afrontar en gran medida la asistencia buco-dental y numerosos problemas de salud mental.

El sistema sufre también de un grave defecto de coordinación entre los distintos estamentos sanitarios y más aún con dificultades de relación con las autoridades sanitarias .

Estos problemas se pueden resumir en dos grandes apartados: económico y de personal.

2.1 Problema económico

Es indudable que todos estos planteamientos de derecho a la salud o de cobertura universal son difíciles de definir y mucho más de implantar en los diferentes países del mundo, con sus diferentes regímenes políticos, estructuras socioeconómicas y prioridades establecidas en sus baremos de decisión.

Por ello para tratar de acercarnos a la realidad, una forma que pudiera consensuarse sería el compromiso de los países a dedicar un porcentaje del PIB para afrontar los retos sanitarios. Supondría introducir un elemento medible y real, acorde con la riqueza del país y que supondría el compromiso de cada Estado en su asunción real para la reducción de los problemas sanitarios. Podría realizarse bajo los

auspicios de la Asamblea de Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud y en nuestro caso más concreto de la Unión Europea.

Aún en países como el nuestro, con un gran desarrollo sanitario y social, asistimos a los problemas sanitarios planteados, dada la precariedad de los salarios, la falta del personal necesario, con la consiguiente sobrecarga de trabajo y la inestabilidad laboral, *así como una inaceptable inversión en salud, diferente en las distintas Comunidades Autónomas, que si lo interpretamos desde el punto de vista del Derecho a la Salud, podría interpretarse como que “los habitantes de ciertas comunidades, tienen menos derecho a la salud que los de otras”, lo cual parece una aberración sanitaria y jurídica.*

2.2 Problemas de personal en Asistencia Primaria

La Asistencia Primaria en España es como la Cenicienta de nuestro Sistema Sanitario, por sus limitaciones e insuficiencias, así como por su consideración en el conjunto del Sistema.

Tras la guerra civil, la tuberculosis fue una de las preocupaciones sanitarias más importantes dando lugar al Plan de Construcciones del Patronato Nacional Antituberculoso en que colaboraron las Direcciones Generales de Sanidad (Alberto Palanca) y Arquitectura (Pedro Muguruza), dependientes del Ministerio de Gobernación (Blas Pérez).

Por otra parte, la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad (diciembre de 1942), Ley Girón o “Ley Soez” como se denominó al no tener hospitales propios y tener que usar instalaciones precarias de viejos hospitales o antiguas instituciones de beneficencia. A partir de 1944 con los recursos aportados por más de 8 millones de asegurados se constituye la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad que permitió el Plan de Instalaciones del Seguro que contemplaba la construcción de 34.000 plazas hospitalarias y de las que finalmente se aprobaron 16.000 en enero de 1945.

Este Plan General de Asistencia Médica, elaborado por Primitivo de la Quintana se convirtió en el Plan Nacional de Instalaciones Sanitarias del Seguro de Enfermedad que condujo a la construcción de los modernos hospitales.

Con este desarrollo hospitalario, hacia 1960 se fue precisando personal altamente cualificado para la dotación de los hospitales que se iban construyendo en distintas zonas de España ya que en la Asistencia Sanitaria anterior, tradicionalmente los médicos ocupaban las plazas de los Hospitales Provinciales, por oposición, como Profesores de la Beneficencia pero sin haber seguido una especialización reglada, pero hasta 1955 el título de Licenciado en Medicina y Cirugía permitía a los médicos ejercer las distintas especialidades salvo las únicas que estaban reguladas como la Odontología, la Estomatología, la Puericultura y la Salud Pública. Había eso sí, en relación a la Ley de Ordenación Universitaria de 1944 las escuelas profesionales en las Facultades de Medicina pero que aunque el Ministerio de Educación emitía los títulos de especialista correspondientes tras los cursos realizados en estas escuelas, en la práctica no se establecieron con consideración legal.

Así se fue tratando de poner en marcha un sistema de formación médica postgraduada inspirado en el sistema americano de médicos generales y especialistas. Según él, todo médico para ejercer la profesión al finalizar los estudios debía pasar uno o dos años realizando un “internado”, rotando por diversas especialidades (MEDICO INTERNO). Así, se conseguía que el médico tuviese una preparación práctica de calidad y luego podría pasar si lo deseaba y pasaba la selección correspondiente, a realizar la formación para conseguir la especialidad mediante un período de varios años, denominado, “residencia”, constituyendo el denominado MEDICO RESIDENTE y mediante los ejercicios correspondientes acceder al “Board” esto es al Título de Especialista y a su consideración como tal.

En España en esos años, varios hospitales, Basurto en Vizcaya, la Casa de Salud de Valdecilla, el Hospital General de Asturias y la Clínica Puerta de Hierro de Madrid admitieron licenciados en Medicina para estancias hospitalarias de postgrado hasta que en 1966, la Orden del Ministerio de Trabajo

de 28 de marzo, se crearon por primera vez en España 500 plazas en las Residencias Sanitarias de la Seguridad Social para médicos recién graduados, mediante concurso de méritos y que se hubiesen licenciado en los dos años anteriores. Esta adscripción fue fijada en tres años.

Una Orden posterior, de 17 de noviembre de ese mismo año reguló que “los médicos internos constituyen la forma de ingreso del médico en la institución sanitaria y que el primer año realizarán una rotación obligatoria por los servicios que se establezcan en el correspondiente programa”. El médico interno tras su primer año puede desligarse de la institución o si lo deseaba podía transformarse en médico residente adscrito a una especialidad para completar en ella los dos años siguientes.

Más adelante se amplió a 5 años el período de formación de postgrado (Orden de 3 de septiembre de 1969) y la Orden de 28 de julio de 1971 que diferenciaba claramente entre Médicos Internos y Médicos Residentes estableciendo por primera vez estas denominaciones y regulando las dos condiciones.

Finalmente, la Orden de 7 de julio de 1972 aprueba el *Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social*, regulando la existencia de Médicos residentes, pero no de los Médicos Internos ya que en la Disposición Transitoria Tercera, hace referencia a su extinción, expresando “mientras exista esta condición”. Como se puede apreciar supuso el fin de los Médicos Internos y de la consideración del Licenciado en Medicina y Cirugía como fuerza laboral de prestigio en el Sistema Nacional de Salud.

Podemos decir pues, que en España se olvidaron de la I (esto es, de los Médicos Internos) o mejor dicho la suprimieron después de seis años y así tras las pruebas correspondientes, al examen MIR, se accede directamente a la formación en la especialidad. Resultado, el que no aprueba el MIR, de plazas limitadas (7.989 en 2021 para 14.425 presentados/as) queda relegado como médico de segunda y para conseguir un médico general reconocido, se diseñó la especialidad de Médico de Familia, en 1978 fundamentalmente realizada en el hospital. Todo ello originó un sistema desequilibrado y clasista que sobrecarga las urgencias hospitalarias aumentando costes y restando eficiencia al sistema despojándolo de actividad preventiva.

El Médico de Familia vino a sustituir al modelo anterior de los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) y los Partidos Médicos, con la puesta en marcha de las Estructuras Básicas de Salud (RD 137/1984), como hemos recogido en un trabajo anterior, *Sanidad Municipal. Evolución y situación actual*, (Nájera y Martínez Navarro, 2014) (4). En cierta manera la creación de la especialidad de Médico de Familia responde al modelo hospital-centrista que ha dominado nuestra moderna Sanidad.

3. ALGUNAS CONCLUSIONES FINALES

La precariedad de la Asistencia Primaria en España precisa una potenciación muy importante que elimine o al menos disminuya considerablemente la sobrecarga de trabajo que soporta y a la que hemos hecho referencia a lo largo de este trabajo. Esto supondría no sólo mejorar considerablemente la asistencia a este nivel, sino que descargaría de forma importante el nivel hospitalario y los servicios de urgencias disminuyendo los costes a la vez que permitiría potenciar la actividad preventiva.

La potenciación de la Asistencia Primaria en personal podría conseguirse con el reconocimiento del Médico General, figura que podría formarse incluyendo a todos los Licenciados en Medicina y Cirugía, que deberían realizar un internado de un año, rotando por las distintas especialidades, según un programa a establecer, pudiendo de esta manera incorporarse al Servicio Nacional de Salud para prestar sus servicios en los Centros de Salud bajo la supervisión del Médico de Familia especialista. Con ello, en un tiempo reducido, se podrían aportar al sistema sanitario varios miles de profesionales médicos anualmente, todos aquéllos que no han accedido al MIR.

La Salud Pública ha padecido estrecheces similares con escasas dotaciones presupuestarias, una desintegración que habría que reparar uniendo todos los escalones relacionados: Médico de Familia y Diplomados en Enfermería, (Prevención y Educación para la Salud) con *la creación de la especialidad de Enfermería de Salud Pública, la cual fue contemplada ya en 1987 (R.D. 992/1987) y que finalmente no llegó a materializarse*. Así se cubrirían los aspectos preventivos y la importantísima labor de la mencionada Educación para la Salud, imprescindible y olvidada. En esa labor de Salud Pública habría que integrar los Ayuntamientos y el Sistema Educativo.

4. BIBLIOGRAFÍA

- (1). Hugh Smith Cumming, director de la Pan American Health Organization (PAHO), Oficina Sanitaria Panamericana, creada en 1902
- (2). World Health Organization. 34^a Asamblea Mundial de la Salud. Punto 21.1 del orden del día. SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000: ESTRATEGIA MUNDIAL. A34/5. 10 de marzo de 1981.
- (3). <https://www.un.org/es/chronicle//la-salud-y-los-objetivos-de-desarrollo-del-milenio-los-retos-del-futuro>.
- (4) Nájera, R. y Martínez Navarro, F.- Sanidad municipal. Evolución y realidad actual. Temas, 234: 12-15.