



**BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index**  
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

### **Cómo citar este documento**

Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios. Evolución de la Atención Primaria de Salud en España. Extracto del documento Sistemas sanitarios en transición. Biblioteca Lascasas, 2006; 2. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0096.php>

## **EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN ESPAÑA**

**Extracto literal del documento**

**Sistemas sanitarios en transición**

**España**

**2000**



El Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios es una institución independiente, resultado de la colaboración entre la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud, los Gobiernos español, griego y noruego, el Banco Europeo de Inversiones, el Open Society Institute, el banco Mundial, la London School of Economics and Political Science y la London School of Hygiene and Tropical Medicine.

## La provisión de servicios sanitarios

Antes de la entrada en vigor de Ley General de Sanidad de 1986, la provisión de servicios en el sector sanitario público se estructuraba en tres niveles asistenciales:

- la *asistencia sanitaria primaria* (ASP) con médicos generales trabajando individualmente, en régimen de tiempo parcial y pagados con honorarios capitativos.
- La *asistencia especializada ambulatoria* con médicos especialistas trabajando individualmente en los ambulatorios (en las zonas urbanas junto a los médicos general) y también pagados con honorarios capitativos.
- La *asistencia hospitalaria* con asistencia tanto en consultas externas como en internamiento, con médicos asalariados empleados directamente por el sector público.

Después de la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, la asistencia primaria se somete a un proceso de reforma, con el objetivo de fortalecer su papel y concederle mayor independencia. La reforma incorporaba parte las características anteriores (p.e. el papel de puerta de entrada), y añadía también algunas nuevas, como la extensión del papel del equipo de atención primaria: (a) como proveedor de un paquete integrado de asistencia que incluía la asistencia primaria junto con los servicios de prevención, promoción de la salud y rehabilitación; y (b) como actor principal en el proceso de evaluación de las necesidades y en la planificación sanitaria dentro del área de salud. Las consultas externas de especialidades se situaron bajo la responsabilidad de los servicios hospitalarios con el objetivo garantizar la mejora de la coordinación entre la asistencia secundaria y terciaria. El proceso de aplicación de estas reformas se desarrolló muy lentamente y con numerosos problemas, debido a diversos factores, tales como la coincidencia en el tiempo con una ambiciosa reforma de la estructura territorial del Estado, la oposición a las reformas por parte de algunos sectores de la profesión médica y, el hecho de que el intento formal de inclinar el equilibrio hacia la asistencia primaria no fue acompañado de un cambio paralelo en la estructura de la financiación por programas.

## La asistencia primaria y los servicios de salud pública

### Los servicios de atención primaria

La atención primaria (AP) pública en España forma parte del sistema público integrado, que cuenta con sus propios centros y personal. Su gestión se realiza fundamentalmente a nivel de las áreas y los centros de salud, a través de órganos específicos de gestión de AP, y su organización se basa en las zonas básicas de salud, que son la unidad territorial más pequeña dentro del sistema sanitario. A principios de los años 80, la creación de la medicina de familia como especialidad médica contribuyó a elevar sus estándares profesionales, proporcionando una identidad profesional distintiva. Además, desde

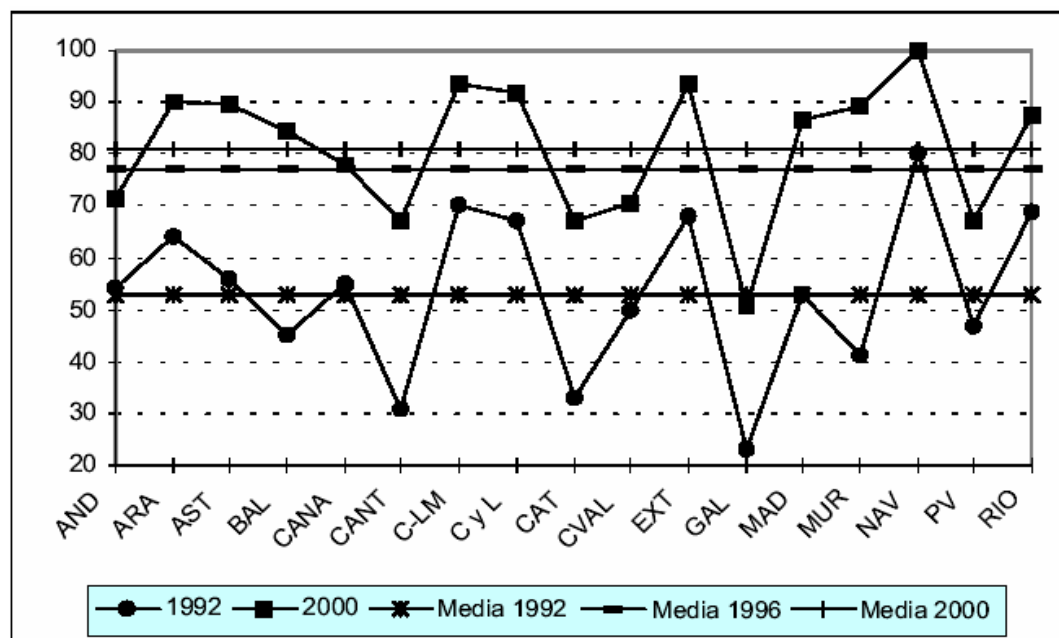
1984, el sector de la asistencia primaria ha experimentado un profundo proceso de reforma institucional y desarrollo de nuevas instalaciones.

Los profesionales de atención primaria son empleados dentro del sistema público, o con carácter interino (eventual), o después de aprobar un examen de ingreso, a través del cual adquieren un estatus especial similar al de los funcionarios. Los médicos generales o de familia (MG) son el primer contacto de la población con el sistema sanitario. Estos médicos son los encargados de examinar los pacientes y proveer el diagnóstico y el tratamiento. Y también si es necesario, derivan pacientes a los servicios especializados. A pesar del papel de puerta de entrada de los médicos generales, los pacientes no necesitan ninguna derivación si desean visitar a un médico especialista en obstetricia o a un dentista o, en algunos casos, a un oftalmólogo (p.e. para los exámenes de la vista, las urgencias, etc.). Los pacientes que han recibido asistencia especializada se espera que vuelvan a su médico de atención primaria, quien entonces asume la responsabilidad del seguimiento del tratamiento, la repetición de las prescripciones etc.

Desde 1986, los pacientes tienen derecho a elegir a su médico general dentro de su área de salud. Además, en 1993 la capacidad de elección se extiende formalmente a otras áreas de salud, con el único requisito de que el médico elegido acepte la inclusión del paciente en su lista. Sin embargo, existen importantes dificultades prácticas para hacer efectivo este derecho. Algunas de ellas se derivan del hecho de que los médicos generales también son los encargados de realizar las visitas a domicilio y, aunque reciben honorarios capítativos, la cantidad recibida por cada paciente es mínima. Por lo tanto, tienden a rechazar a los pacientes que provienen de otras áreas de salud.

La asistencia primaria es provista a través de dos redes diferentes – el modelo tradicional y el modelo reformado – con una oferta de servicios ligeramente diferente y con sus propios sistemas de pago. El modelo tradicional es la red asistencial más antigua, y con el tiempo, la de menor presencia. El modelo reformado representa un abordaje multidisciplinario de los problemas de atención primaria de salud, basado en el trabajo en equipo, y es el resultado de la reforma de la atención primaria de 1984, un proceso que a principios del año 2000 ya estaba casi completado. Sin embargo, estos dos modelos han coexistido casi durante dos décadas, y continúan coexistiendo en nuestros días (graf. 8).

**Gráfico 8. Porcentaje de la población con cobertura de la nueva red de asistencia primaria, 1992-2000**



Fuentes: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993; JANO, 1997; JANO, 2001.

El sistema tradicional dependía de un médico general trabajando individualmente en régimen de tiempo parcial (2,5 horas al día, más un tiempo adicional para cubrir la asistencia a domicilio). Su sistema de remuneración se basaba tan sólo en los pagos capitativos en relación a una lista determinada de pacientes y sus funciones eran exclusivamente curativas. El apoyo diagnóstico y administrativo era bastante escaso y los médicos y los enfermeros no tenían una formación específica en asistencia primaria. Tampoco se mantenían historias clínicas y, el seguimiento era bastante raro.

La nueva red reformada de asistencia se basa fundamentalmente en el trabajo en equipo, o práctica de grupo, trabajando en régimen de jornada completa con remuneración salarial que, desde mediados de los años 90 se completa con una pequeña cantidad correspondiente a honorarios capitativos (el 15% del total del salario). En cada zona de salud, existe un Centro de Salud, dotado por un Equipo de Atención Primaria (EAP) que provee los servicios. Los médicos deben realizar tres años de formación especializada en medicina de familia, además de los seis años requeridos para obtener la licenciatura en medicina. Las funciones asignadas formalmente a los equipos de atención primaria son más comprehensivas, y cubren la prevención y promoción de la salud, la asistencia curativa y la rehabilitación. El soporte administrativo y de diagnóstico ha mejorado. Un nuevo sistema de gestión de listas y citas pretende asegurar que los pacientes puedan mantener una relación personal con su médico de cabecera, así como un seguimiento adecuado, puesto que deberán ser vistos por el médico específico en cuya lista están registrados. Cada EAP está dirigido por un coordinador, uno de los médicos generales que forma parte del equipo y que asume tanto las tareas clínicas como las de gestión.

### **La reforma de la atención primaria**

Las reformas de la primaria, iniciadas en 1984, siguieron algunas de las recomendaciones de la Conferencia de Alma Atá, concretamente el trabajo en equipo, el aumento de la accesibilidad, la asistencia comprehensiva y el seguimiento, y la participación comunitaria. Mientras estas características son compartidas por muchos países europeos, un rasgo específico de la atención primaria en España es de la provisión de servicios es de propiedad pública en un cien por cien, en cuanto a las instalaciones y personal, con médicos generales públicos retribuidos a través de salario. Sólo tres países en Europa occidental tienen un modelo de provisión similar (Finlandia, Portugal y Suecia). En 1997, un estudio comparativo entre estos cuatro países (tabla 8) mostró los siguientes resultados. España tenía la más alta accesibilidad, ya que el 92% de los pacientes sólo debían esperar 0-1 días para una consulta con el médico general. De hecho, los pacientes sólo necesitan esperar un día si optan por concertar la cita por teléfono. Sin embargo, el número de pacientes tratados por cada doctor a la semana, también era el más alto y, por lo tanto, el tiempo dedicado a cada visita era bastante más bajo que en los otros tres países. Finalmente, el seguimiento y la continuidad de la asistencia eran consistentemente más elevadas en España y Portugal, que en Finlandia y Suecia.

De hecho, y en comparación con la anterior red asistencial, la nueva red EAP es percibida en España, como más dinámica, con un mayor énfasis en el uso de historias y protocolos clínicos, una reducción en las prescripciones y las derivaciones, y una mayor dedicación de tiempo al paciente, asegurando con todo ello un aumento de la calidad del servicio. Muchas de estas mejoras han sido corroboradas por investigaciones independientes, aunque basadas en estudios de caso. De hecho, más de 15 años después del inicio del proceso de reforma, no existen evaluaciones oficiales del impacto de la

reforma. Ello refleja la baja prioridad política que normalmente se le ha otorgado a la asistencia primaria, lo que se plasma también en la escasa implicación de las autoridades en el lanzamiento de iniciativas innovadoras en este campo, que han sido generalmente el resultado de la labor independiente de los nuevos médicos de familia y sus asociaciones profesionales. Existe alguna evidencia de que estos problemas políticos han debilitado parcialmente el potencial de las reformas para cosechar todos los beneficios inicialmente esperados.

**Tabla 8. Asistencia primaria en los países Europeos con sistemas de propiedad pública y personal propio, 1997**

N = 6495	España	Finlandia	Portugal	Suecia	Media
Días de espera para consulta (%)					
0-1 día	92	39	50	37	57
2-4 días	8	22	10	9	13
5-8 días	0	33	15	27	18
> 8 días	0	6	25	27	13
Pacientes/semana por médico (media)	154	94	89	90	103
Duración consulta (%)					
<5 minutos	52	29	30	36	37
5-9 minutos	35	27	25	27	29
10-14 minutos	10	29	29	17	22
>15 minutos	3	15	16	20	13
Tipo de problema (%)					
Agudo	34	38	17	35	31
Sub-agudo	18	21	13	23	18
Crónico	43	29	55	39	42
Preventivo	5	11	13	2	8
Otro	0	1	2	1	1
Consulta previa (%)					
Mismo problema	64	49	78	62	63
Otro problema	79	69	90	78	79
Otro miembro de la familia	70	54	82	54	66
Seguimiento (%)					
No	48	40	24	30	36
Mismo médico	41	44	64	57	51
Otro médico general	1	9	1	3	4
Especialista	10	7	11	10	9

Fuente: Ortún y López Casanovas (1999).

Un indicador especialmente preocupante es el reciente aumento de los pacientes que ingresan en el sistema directamente a través de los departamentos hospitalarios de urgencias. De hecho, las tasas de admisión hospitalaria de urgencias casi se duplicaron desde mediados de los años 80 hasta mediados de los 90, y, en la actualidad representan dos tercios de todas las altas hospitalarias. En particular, las investigaciones recientes demuestran que más de un tercio de las admisiones en los departamentos de urgencias se producen durante el jornada laboral de los centros de asistencia primaria, y que el 50% de estas admisiones están relacionadas con la percepción de los pacientes de problemas en la accesibilidad a la atención primaria

## Recursos y utilización en atención primaria

La evolución de la asistencia primaria durante los años 1990 ha sido la siguiente. Sólo existen datos oficiales para los años 1992 y 1994 en cuanto a la cobertura del modelo reformado de asistencia primaria, pero, desde entonces, la revista médica *Jano* ha venido publicando datos periódicos sobre el progreso de las reformas. De acuerdo con esta fuente, en marzo de 2000, el 81% de la población recibía servicios sanitarios a través de un EAP (comparado con el cerca del 50% en 1992, el 67% en 1994, el 77% en 1996 y el 81% en 1998), aunque todavía existían bastantes diferencias a nivel regional (entre el 51% y el 100%). Si se analizan los datos por sub-periodos, entre 1992 y 1996 la cobertura de la nueva red de asistencia aumentó en un 25%, mientras que entre 1996 y 2000 tan sólo aumentó en un 4%, mostrando un progreso más lento de la reforma.

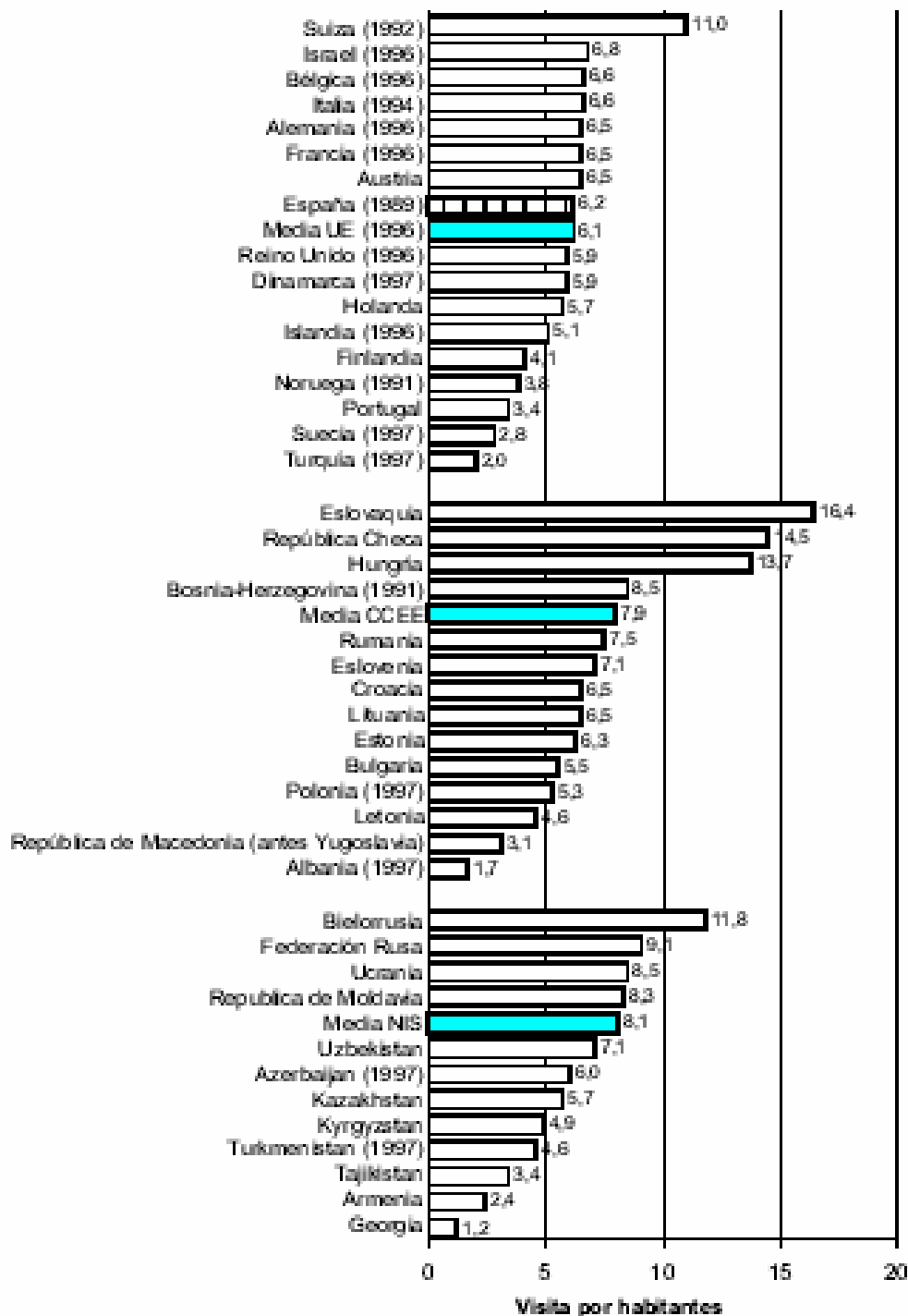
En lo que se refiere al personal asistencial, los datos oficiales del Ministerio de Sanidad para 1998 indican que el 73% de los médicos de atención primaria trabajaban dentro de la nueva red (con diferencias regionales que van del 42% al 89%). En cuanto a las instalaciones, a mediados de los años 90, las dos redes de atención primaria estaban formadas por 1.702 centros de salud (que pasan a ser cerca de 2.500 en 1998), 3.128 pequeños *consultorios* rurales (puestos de salud dotados con uno o dos médicos generales y una enfermera), que dependían en su mayor parte del centro de salud de la zona básica de salud, y 206 consultorios urbanos (estructurados con el tradicional sistema de cuotas). En 1995, de acuerdo con estos datos, los profesionales de atención primaria llevaron a cabo un total de 213 millones de consultas (incluyendo las visitas en la consulta y las visitas domiciliarias), esto es 5,5 consultas por habitante y año. Además, el personal de asistencia primaria atendió aproximadamente 15 millones de urgencias, equivalente a 0,4 por habitante al año.

Según la base de datos Salud para Todos de la Oficina Regional para Europa de la OMS, en 1989, se realizaron en España 6,2 contactos en consultas externas por habitante al año (graf. 9), una cifra muy cercana a la media de la Unión Europea de 1996. Los datos oficiales nacionales señalan cifras de 5,4 y 5,3 contactos en 1992 y 1994 respectivamente, que aumentarían a 6,1 en 1996. Además, la tabla 8 muestra que en España, cada médico general atiende a 154 pacientes a la semana, una cifra 70% más alta que la media que presentan los otros tres países con un modelo similar de AP, que permanecen con cifras en torno a 90 pacientes a la semana. De otro lado, el Estudio Europeo sobre el Perfil de Tareas de los Médicos Generales muestra que, en 1991, los MG españoles tenían una de las tasas más altas de contactos al día dentro de Europa occidental (ocupando el tercer lugar después de Alemania y Austria), con 39 visitas al día por cada MG, una cifra 40% más alta que la media no ponderada europea.

Por lo tanto, como conclusión, se puede decir que, en términos comparativos, los médicos generales en España parecen soportar más carga de trabajo que en otros países cercanos, a pesar de los esfuerzos realizados para aumentar tanto el personal como las infraestructuras. En este sentido, el *British Royal College of Medical Practitioners* ofrece una evidencia adicional, pues, según su base de datos, en 1992 había en España tan sólo 50 médicos generales por 100.000 habitantes, representando el 15% del total de médicos. Esta cifra era la más baja de la EU, y estaba bastante lejos de los estándares que prevalecían en los países vecinos como Francia (147 médicos generales por 100 000 habitantes, y el 54% del total de médicos), Italia (102 por 100.000, y 26% del total), Portugal (61 por 100.000, 23% del total), o Reino Unido (54 por 100.000, y 42% del total). Sin embargo, también es cierto que esta cifra tan baja de médicos generales en

España se compensa en parte con un mayor número de médicos especializados, pero esta situación no es consistente con el intento, expresado en la Ley General de Sanidad de 1986, de trasladar el equilibrio del sistema de asistencia sanitaria hacia el nivel de la primaria.

**Gráfico 9. Contactos en consultas externas por persona en la Región Europea de O.M.S., 1998 (o último año con datos disponibles)**



*Fuente:* Base de datos Salud para Todos de la Oficina Regional Europea de la OMS.

En lo referente al número medio de habitantes por médico general, este aumentó el 30% entre 1992 y 1996 (de 1460 a 1867), y se estabilizó entre 1996 y 1998. Durante el mismo período, el número de contactos médicos anuales por persona aumentó en un 15%. En las áreas rurales con una población dispersa, hay usualmente menos de 1250

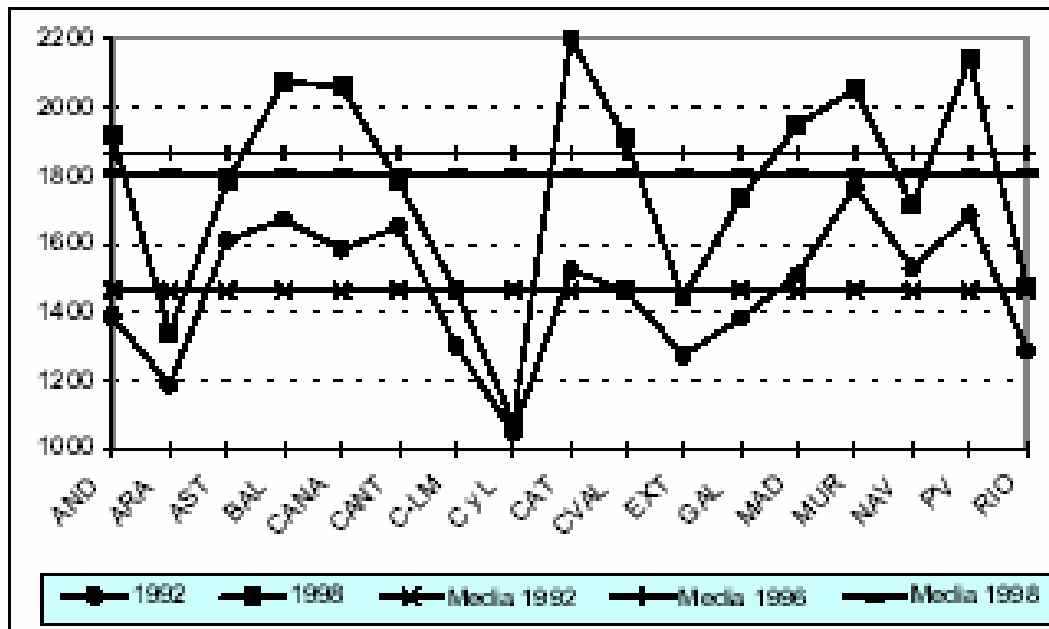


habitantes por cada médico general, mientras que en las áreas urbanas hay más de 2000 habitantes por cada médico general. El centro de salud más cercano para cualquier ciudadano no está a una distancia mayor de 30 minutos de viaje, mientras que la media era de 16 minutos en 1997 (frente a 15, 17 y 18 minutos en 1987, 1993 y 1995 respectivamente).

El acceso en términos de disponibilidad de citas, es también generalmente bueno, aunque en algunas áreas urbanas, los EAP restringen las citas en los horarios de tarde y noche, lo que causa retrasos en la obtención de la asistencia de rutina no urgente. De hecho, aunque el horario de trabajo de los médicos generales en el sector público ha aumentado de 2,5 a 7 horas al día, esto no siempre ha resultado en una ampliación paralela del tiempo real destinado a las consultas de los pacientes, y este aspecto particular no está sujeto a la regulación estatal. Ello puede estar detrás de la alta presión de urgencias que comentábamos más arriba. De hecho, la investigación reciente pone de manifiesto que el 20% de las admisiones a través de los departamentos hospitalarios de Urgencias se deben a la percepción de los usuarios de problemas de accesibilidad derivados de las restricciones en los tiempos programados de consultas en los centros de atención primaria. En cuanto al tiempo requerido para acceder a la atención una vez en el centro de salud, en 1997 los pacientes tenían que esperar unos 30,2 minutos de media, mientras que la cifra equivalente en 1987 era de 19 minutos.

Las diferencias entre las Comunidades Autónomas en el ámbito de la atención primaria son considerables, tanto en términos de pacientes por médico (graf. 10), como en cuanto a utilización (graf.11). La evolución durante los años 90 apunta hacia un aumento de desigualdades territoriales a este respecto.

Gráfico 10. Habitantes por médico general en las Comunidades Autónomas, 1992–



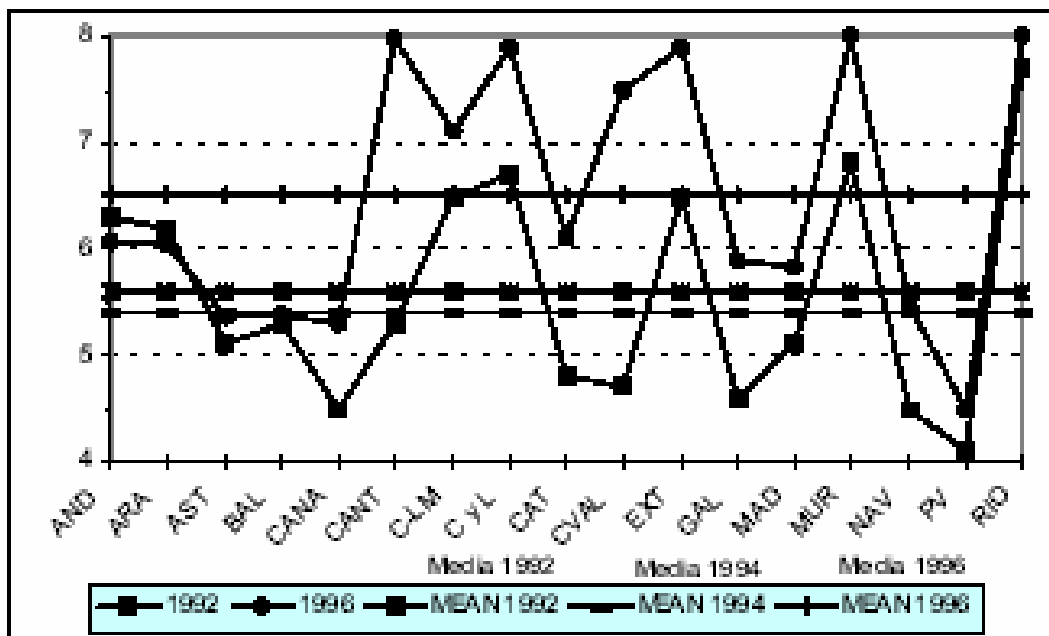
Fuentes : Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993 y 1996; JANO, 1997.

1998

Gráfico 11. Contactos médicos al año en las Comunidades Autónomas, 1992–1996

Prestaciones

Los servicios que deben ser prestados a este nivel asistencial están definidos tan sólo de un modo muy general en el Decreto que define las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, incluyendo importantes ambigüedades en cuanto a los programas de atención a



Fuentes : Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993 y 1996; JANO, 1997.

enfermos crónicos. Las áreas y los centros de salud se encargan de especificar los detalles sobre la actividad de la asistencia primaria desde principios de los años 90. El contrato-programa se utiliza, cada vez más, para definir la población que debe ser cubierta y los servicios que se deben prestar, asegurando el acuerdo entre el nivel central y el área sobre los niveles de actividad. En estos contratos se establece la cobertura poblacional de los EAP, los objetivos en cuanto a la inmunización de niños y adultos, el número de visitas a domicilio, los protocolos para monitorizar las enfermedades crónicas prevalentes, la detección temprana de las madres embarazadas, etc. Así mismo, estos contratos especifican el presupuesto prospectivo global disponible.

La nueva definición del paquete de servicios en asistencia primaria prevé la integración de las funciones de prevención y curación. Desde una situación de entrada considerablemente deficitaria, la importancia de la medicina preventiva ha ido aumentando en los últimos años, y actualmente se incluye en el catálogo de prestaciones definido reglamentariamente. En 1995, más de 400 EAP se unieron al Programa de Promoción de la Salud y Acción Preventiva que supone la participación voluntaria en la elaboración y aplicación de protocolos para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades para grupos de riesgo específicos. Este programa se puso en marcha por iniciativa de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, que ha sido el actor político más relevante en el proceso de mejora progresiva en la asistencia primaria desde principios de los años 80. Además de ésta, existen otras dos asociaciones que representan a los médicos de familia (SEMG y SEMERGEN). Dentro de los términos de este programa, se están desarrollando estrategias de oportunidad para hacer un llamamiento a la población relevante y, se auditan anualmente a través de asesores externos que revisan tanto la cobertura como los resultados.

Además de la AP ofrecida por los médicos generales y los pediatras, se han desarrollado otra serie de servicios específicos orientados a determinados grupos de población, como las mujeres, los enfermos mentales, etc. Estos servicios funcionan conjuntamente con el nivel de asistencia especializada. Los equipos de asistencia primaria también colaboran con los trabajadores sociales, cuya principal tarea es actuar como puente entre las redes de servicios sanitarios y sociales. La asistencia primaria es responsable también de la provisión de una cobertura de urgencia durante las veinticuatro horas del día, tanto en los centros de salud como en el domicilio del paciente. La atención primaria continuada se presta en parte a través de equipos dedicados específicamente a las urgencias, o cada vez más por rotación del personal del EAP. En las áreas urbanas existen servicios especiales de urgencia (que cubren los accidentes de carretera y las emergencias a domicilio) que dependen de los ayuntamientos o de las Comunidades Autónomas, y que operan a menudo separados en gran medida de los servicios de atención continuada que proveen los equipos de atención primaria.

La red de asistencia primaria también ofrece algunas prestaciones en atención dental, como: la información y la educación sobre higiene; la prevención para los menores; y los tratamientos para los problemas agudos, que incluyen la extracción dental y la atención dental para mujeres embarazadas. En el País Vasco y Navarra existe una cobertura total en la atención dental para los menores. Además, en las elecciones generales del año 2000, los dos partidos políticos principales, contemplaban en sus programas electorales la implantación de la cobertura total de atención dental para los menores.

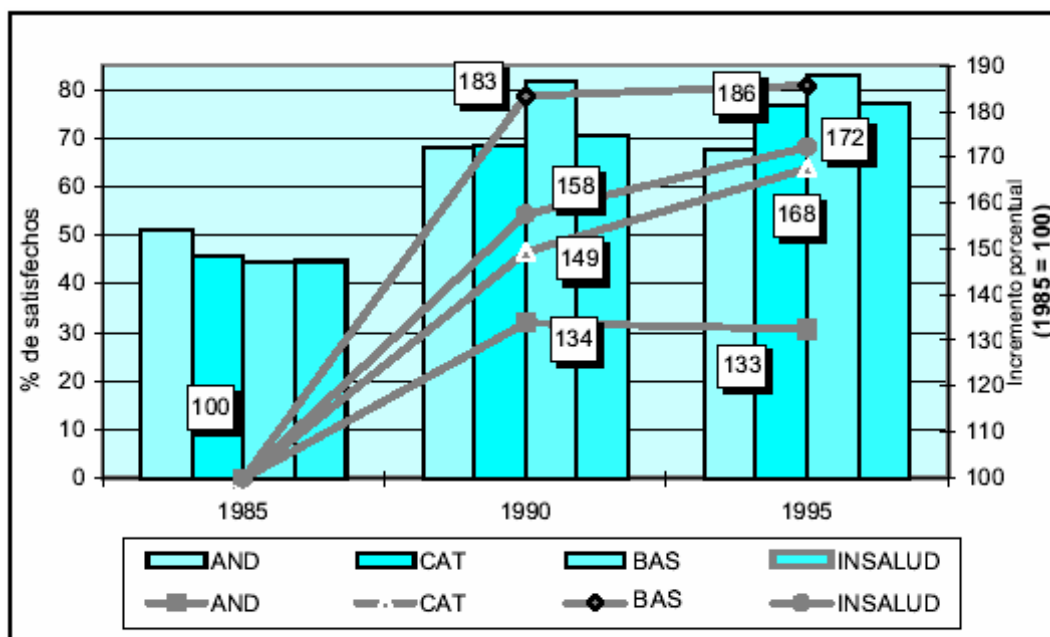
Los centros de salud normalmente cuentan con tiras reactivas para los análisis de orina y glucemia en casos de urgencia, así como de un electrocardiógrafo. Casi no existen laboratorios de análisis clínicos en los centros de salud, y las muestras recogidas en el nivel de la asistencia primaria se envían al laboratorio del ambulatorio u hospital más cercano. En general, las pruebas radiológicas, de ultrasonido y pruebas de función pulmonar son realizadas por los servicios especializados en hospitales o policlínicas. A partir de mediados de los años 90, la cirugía menor se ha ido introduciendo progresivamente en la asistencia primaria. En 1997, se llevaron a cabo 5.217

procedimientos de este tipo en el territorio gestionado por el INSALUD, y su número aumentó a 47.580 en 1999.

### La satisfacción de los ciudadanos con la atención primaria

La satisfacción de los usuarios con la AP ha ido aumentando gradualmente a medida que se ha ido introduciendo el nuevo sistema (Graf. 12). En 1985, el nivel medio de satisfacción estaba por debajo del 50%, una cifra que alcanzó el 70% en 1990 y cerca del 80% en 1995. Aunque las cifras no son totalmente comparables a lo largo de los años o en las distintas Comunidades Autónomas, parecen sugerir que los niveles de satisfacción casi se han duplicado en este período, lo que contrasta con el sector hospitalario, en el cual los niveles de satisfacción han permanecido relativamente constantes entre 1985 y 1995. La evolución de la satisfacción parece haber seguido una tendencia semejante en las distintas Comunidades Autónomas, aunque sujeta a diferencias de magnitud entre territorios. Merece especial atención el hecho de que el aumento más pequeño se registra en Andalucía, una de las regiones más pobres de España, que también se encuentra por debajo de la media en términos de recursos sanitarios.

**Gráfico 12. Evolución de la satisfacción ciudadana con la asistencia primaria por Comunidades Autónomas seleccionadas, 1985-1995**



Fuente : Rico y Pérez-Nievas, 2000.

A nivel nacional, la satisfacción parece permanecer bastante constante desde mediados de los años 90, de acuerdo con encuestas de satisfacción comparables realizadas por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), organismo de estudios del Estado central. Cuando se utiliza una escala del 1 al 7 para medir la satisfacción, las medias

correspondientes tanto al funcionamiento general de la asistencia primaria como a las diferentes dimensiones de sus servicios (acceso, información, confianza en el médico, equipamiento, asistencia a domicilio, etc.) permanecieron relativamente estables entre 1994 y 1998. En particular, la satisfacción general con los servicios recibe una puntuación de 5,23 en 1994, y de 5,29, 5,24 y 5,26 en 1995, 1997 y 1998, respectivamente. Conviene recordar aquí que en 1994, dos tercios de la población ya estaban cubiertos por la nueva red de atención primaria, un porcentaje que aumentó a cerca del 80% en 1998. Tres aspectos en la provisión de la asistencia han experimentado aumentos netos en las puntuaciones medias de satisfacción durante este mismo período: la duración media de las consultas; la información recibida del médico; y el equipamiento técnico y las instalaciones.

La equidad en la accesibilidad y en la utilización de la asistencia primaria difiere significativamente por programas y servicios. Mientras que las consultas con los médicos generales son más frecuentes en las clases sociales más desfavorecidas, para igual nivel de necesidad, ocurre lo contrario con las tasas de utilización de los servicios preventivos y la atención dental. En lo referente a los servicios preventivos, y en el caso particular de la atención ginecológica, existen diferencias significativas por clase social entre las mujeres: las clases acomodadas presentan una tasa de utilización 2,5 veces más altas que las clases desfavorecidas. Esto se debe probablemente a las carencias de los servicios públicos en este campo, lo que fuerza a las mujeres a acudir al sector privado. Lo mismo sucede con la atención dental, que en general no está cubierta por el sistema sanitario público. De acuerdo con esto, en las clases sociales acomodadas, el porcentaje de la población que en 1993 declaraba haber visitado a un dentista era casi el doble que la cifra correspondiente a las clases desfavorecidas. Como era de esperar, existe evidencia también de diferencias de acceso al sector privado por clase social: entre los que declararon haber consultado a un médico en 1995, sólo un 10% de las clases más desfavorecidas lo hace en el sector privado, mientras que el porcentaje para las más acomodadas es de un 40%.

En conclusión, aunque las mejoras en el campo de la atención primaria han sido significativas durante este período, subsisten importantes problemas pendientes que requerirán reformas futuras. Por ejemplo, a pesar del compromiso legislativo explícito, el sistema de asistencia sanitaria todavía está más centrado en los hospitales que en la asistencia primaria. El suplemento capítativo para los médicos generales es demasiado escaso para representar un incentivo suficiente para atraer y retener nuevos pacientes a través de una asistencia de calidad. A pesar de los progresos obtenidos en cuanto al apoyo diagnóstico, los centros de asistencia primaria carecen todavía de infraestructura diagnóstica y de tratamiento básica, como la que se requiere para realizar cirugías menores. No existe un modelo estándar para los historias clínicas y los protocolos clínicos en las Comunidades Autónomas, y sólo en raras ocasiones están informatizados. Los incentivos económicos para reducir la cantidad y el coste de las prescripciones farmacéuticas, introducidos a mediados de los 90, no incorporaban el componente de la calidad de las prescripciones. El coste efectividad de las prácticas preventivas y curativas no ha sido evaluada.

Y lo que es más grave, no existe un sistema de información nacional que cubra indicadores básicos, como el personal que trabaja para el sistema público, las diferencias en el sistema de salarios a nivel regional, los contactos médicos por persona, los patrones de utilización por edad, sexo y clase social, o los perfiles de morbimortalidad por área de salud. Además, el tamaño real de las listas de pacientes que corresponden a cada médico general sólo se actualiza de modo irregular, y con considerables retrasos (que llegan hasta 5 años), y por este motivo, los suplementos capítativos no pueden ser actualizados adecuadamente. El problema es especialmente serio en las zonas periféricas de las grandes y medianas ciudades, que mantienen un crecimiento relativamente rápido y, por lo tanto experimentan aumentos drásticos en la carga de trabajo que no se compensan adecuadamente con los suplementos capítativos. Por último, todos los problemas de información enumerados anteriormente no sólo

dificultan la evaluación o la gestión del sistema desde arriba, sino que también constituyen un serio obstáculo en la mejora de la calidad de la gestión clínica del día a día de los pacientes.

## **Los Servicios de Salud Pública**

La salud pública es una de las áreas de responsabilidad que ha sido transferida, en su mayor parte, a las Comunidades Autónomas. En 1999, se publicó un estudio de evaluación sobre los avances conseguidos a nivel regional desde finales de los 70, realizado por un grupo de expertos y, patrocinado por el Instituto Catalán de Salud, cuyas conclusiones son las siguientes. El proceso de transferencia de poderes a las Comunidades Autónomas (tanto desde los gobiernos locales como desde la administración central) iniciado en 1979, todavía no ha concluido veinte años más tarde. En concreto, aunque la transferencia de poderes desde el gobierno central finalizó en 1986, la transferencia desde los gobiernos locales todavía no había terminado a finales de los 90. Las mejoras que han seguido a este proceso a punto de concluir han sido importantes, debido fundamentalmente al paralelo desarrollo de una red extensiva reformada de asistencia primaria y a la progresiva integración de todas las responsabilidades de salud pública bajo un único nivel de gobierno.

También se han mejorado significativamente los estándares profesionales, como consecuencia de la introducción de la formación especializada. Sin embargo, se puede considerar que el proceso ha sido bastante lento. En 1990, había 131 especialistas en formación inscritos en la nueva especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública (dentro de un total de aproximadamente 5.000 puestos de especialización que se ofrecían al año) mientras que, en 1997, esta cifra tan sólo aumentó a 281 especialistas. Probablemente por esta razón la cualificación profesional específica era raramente tenida en cuenta en las políticas de reclutamiento del sector público hasta finales de los años 90. Al mismo tiempo, en ocasiones no se ha producido una efectiva integración organizativa, debido a la fragmentación de las responsabilidades de salud pública entre diferentes departamentos de las administraciones regionales. Además, también se dan algunos problemas de coordinación derivados de la nueva estructura de gobierno descentralizada.

El Ministerio de Sanidad se encarga de garantizar la información unificada y el desarrollo de infraestructuras, así como del diseño de políticas consensuadas. Su papel en este respecto ha mejorado considerablemente, particularmente en los últimos años. También está a cargo de promover la coordinación de las funciones de las Comunidades Autónomas en materia de salud pública, función que se canaliza a través del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, condicionado al acuerdo voluntario de las Comunidades Autónomas. Además, hay áreas esenciales de salud pública en las que se mantienen las competencias exclusivas del Estado, que incluyen las relaciones exteriores, la gestión de la Red de Alerta Alimentaria, y la Red de Vigilancia Medio-Ambiental.

## **Dispositivos de prevención y promoción de la salud**

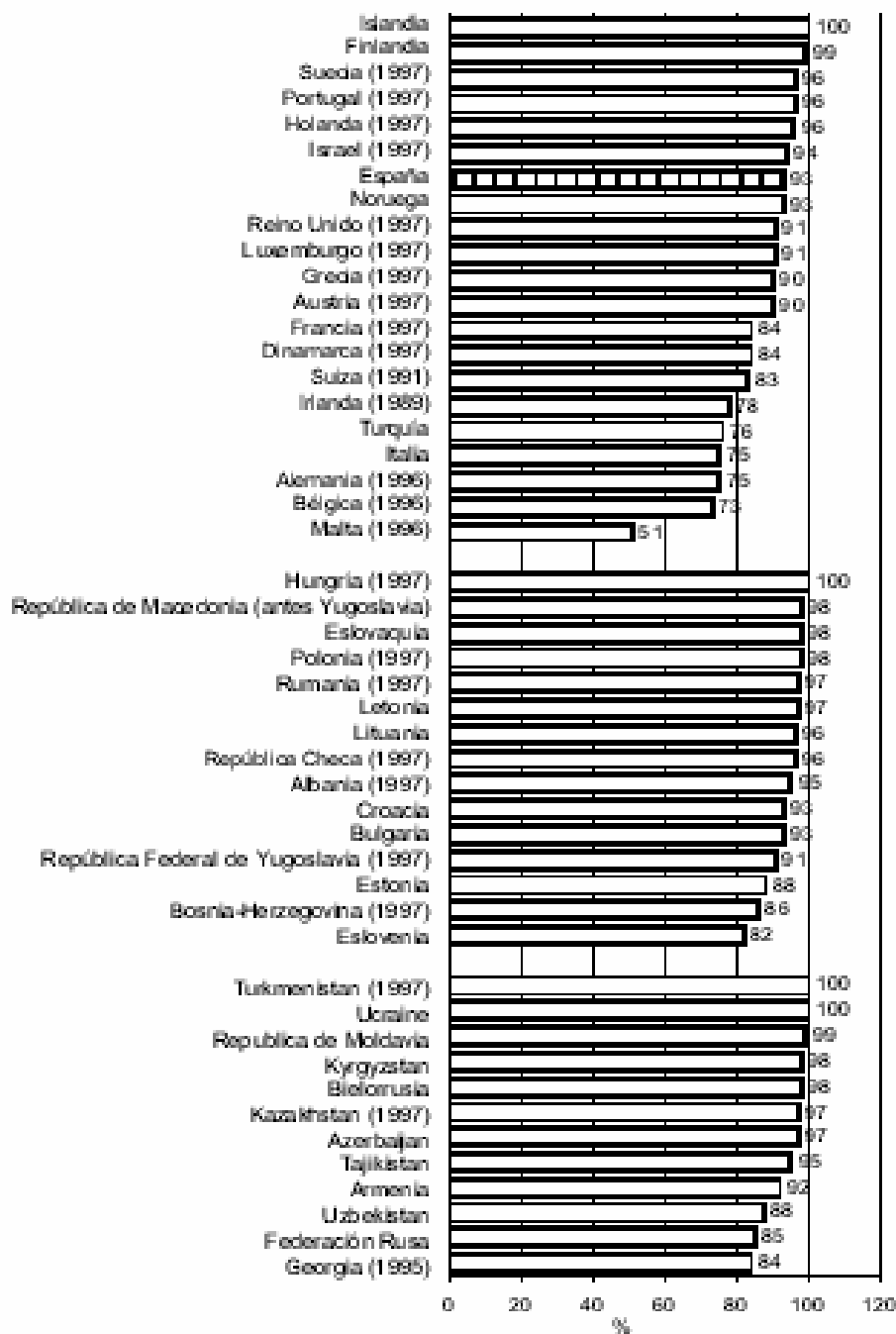
La mayor parte de la medicina preventiva y la promoción de la salud esta integrada en la AP y llevada a cabo por los servicios de enfermería como parte de su trabajo.

### *La inmunización*

Mientras que los equipos de enfermería de atención primaria administran las vacunaciones, la planificación y gestión de los programas de inmunización está en

manos de las Comunidades Autónomas. Cada Comunidad acuerda su propio calendario de vacunación y se asegura de su ejecución. También pueden elegir la posibilidad de ofrecer otras vacunas adicionales al paquete acordado a nivel nacional. Desde 1999, se utiliza un calendario unificado acordado en el Consejo Interterritorial.

**Gráfico 13. Niveles de inmunización contra el sarampión en la región europea de OMS, 1998 (o último año con datos disponibles)**



Fuente : Base de datos Salud para Todos de la Oficina Regional Europea de la OMS.

En general, los programas de inmunización han venido teniendo resultados satisfactorios, con la reducción de enfermedades prevenibles. No se ha dado ningún caso de difteria desde 1987, y tan sólo ha habido 4 casos de poliomielitis entre 1989-

1999. Esto último refleja los importantes esfuerzos realizados por el Plan para la Erradicación de la Poliomiélitis, que se comenzó a ejecutar en 1996 siguiendo las recomendaciones de la OMS. En 1998, el nivel de inmunización contra el sarampión era del 93%, muy por encima de la media de Europa occidental (graf. 13).

Sin embargo, todavía existen importantes problemas a este respecto. Por ejemplo, aunque los casos de tétano disminuyeron durante la última década, la prevalencia actual (36 casos en 1999) es diez veces mayor que en el Reino Unido. Así mismo, la incidencia de las enfermedades infecciosas que transporta del ganado es todavía elevada respecto a los estándares de Europa occidental, y sólo comenzó a descender en la primera mitad de los 90, sufriendo posteriormente un repentino ascenso entre 1995 y 1996. Entre 1996 y 1999, las tasas de incidencia se estabilizaron, pero a niveles bastante altos (p.e. más de 1.500 casos de brucelosis en 1998 y 1999, el equivalente a una tasa de incidencia anual del 4 por 100.000 habitantes).

### *La educación sanitaria*

Las Comunidades Autónomas se encargan de los programas de educación dentro de sus límites geográficos. El Ministerio de Sanidad se encarga de lanzar las campañas nacionales de información sobre problemas específicos, como el alcohol, las drogas, el SIDA o las enfermedades profesionales. Además, mantiene acuerdos con el Ministerio de Educación para la introducción de la educación sanitaria en el currículo escolar. También está regulada la venta, el consumo y la publicidad del alcohol y del tabaco.

## **La asistencia social y comunitaria**

### **Los servicios sociales**

Los servicios sociales no son ni universales ni comprehensivos. Estos servicios son gestionados en parte por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y en parte por las Comunidades Autónomas. El Real Decreto de 1995 que define el catálogo de prestaciones ofrecidas por el sistema de asistencia sanitaria, establece la necesidad de coordinación entre los departamentos encargados de los servicios de asistencia sanitaria y los servicios sociales implicados en atención sociosanitaria, pero los avances en este campo no se aprecian todavía.

En la actualidad, ya se han transferido la mayor parte de las responsabilidades en el campo de los asuntos sociales a todas las Comunidades Autónomas, que desde 1980 han ido promulgando gradualmente su propia legislación. A nivel nacional, la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales asegura la coordinación entre el Estado y las Comunidades Autónomas. En términos generales, este organismo es el equivalente en asuntos sociales al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. A finales de los años 90, este último organismo acordó la elaboración de un marco legislativo sobre la coordinación de la asistencia social y la comunitaria.

Las Comunidades Autónomas regulan y planifican los servicios de asistencia social a nivel local, y retienen poderes de supervisión y control. Los gobiernos locales también están involucrados en la asistencia social, especialmente en la planificación y la gestión de los servicios.

En contraste, con el sector sanitario, el sistema de copagos está bastante extendido en el campo de los servicios sociales, aunque la atención en centros y hospitales de día es en general gratuita. El sistema de servicios sociales también cubre parte del coste de las lentes, las dentaduras, la ayuda técnica, etc., que no están cubiertos por el Sistema Nacional de Salud a aquellos usuarios con necesidades particulares.



La asistencia para la tercera edad es el área clave donde se solapan los servicios sociales y los sanitarios. Existe un plan nacional para la tercera edad que tiene como objetivo la mejora de las condiciones de vida de los ancianos. Este plan incluye un componente de asistencia sanitaria enfocado a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y accidentes, y los estilos de vida saludables.

En cuanto a las residencias para la tercera edad, la situación es la siguiente. En la actualidad, el número de plazas es claramente insuficiente con respecto a las necesidades: en 1998, existían 2,83 plazas totales por 100 habitantes mayores de 65 años. Ese mismo año, tan sólo el 30% de las camas eran de propiedad pública; aunque éstas habían aumentado muy rápidamente desde 1994, cuando el porcentaje equivalente era sólo del 20%. En 1998, la oferta total de plazas alcanzaba las 188.913 (58.493 públicas y 130.200 privadas), superior a las 163.338 de 1994, y a las alrededor de 100.000 de 1988. En 1998, había 3.689 residencias de ancianos, con una media de 48 plazas por centro. La debilidad de la oferta pública se compensa en parte a través de la contratación externa de algunas plazas a instituciones privadas. El acceso a las plazas financiadas públicamente (que sólo cubre al 4% de la población mayor de 65 años) se determina normalmente en base a la necesidad relativa, que se estima a través de indicadores como el estatus social, la gravedad del problema de salud, la situación familiar, la situación económica del solicitante, el estado de salud física, la edad, etc.

El tema de los ancianos que requieren cuidados médicos de larga duración no se ha sido resuelto satisfactoriamente dentro del sector público, ni se aborda de modo uniforme a nivel nacional entre los sectores implicados. Por ejemplo, en 1998, se estimaba que el 10% de las plazas en residencias existentes no contaban con acreditación oficial. Tampoco existe una regulación adecuada y uniforme de los criterios de acreditación dentro del territorio. No se han realizado valoraciones sistemáticas recientes del grado de dependencia de los ancianos en cada territorio, ni se planifican los recursos y programas de acuerdo a las necesidades específicas de los usuarios finales. La rehabilitación para la tercera edad con discapacidades físicas o mentales todavía no ha alcanzado el nivel deseado de desarrollo.

La asistencia domiciliaria se ha ido extendiendo progresivamente tanto desde el subsector de la asistencia social como desde los servicios sociales, y la mayoría de los municipios cuentan con una infraestructura que provee apoyo sanitario básico para los pacientes que ya están siendo atendidos a domicilio. Sin embargo, en términos generales, la accesibilidad a estos servicios es muy restringida, y la coordinación con la asistencia médica todavía esta sujeta a importantes carencias.

## **Recursos humanos y formación**

El personal del sector sanitario está incluido en una de estas tres categorías:

- *personal sanitario de grado universitario superior*: los médicos, los dentistas, los farmacéuticos, los biólogos, los químicos y los psicólogos clínicos;
- *personal sanitario de grado medio*: los trabajadores sociales, el personal de enfermería; las comadronas; los fisioterapeutas; los terapeutas ocupacionales; los técnicos especialistas; los higienistas; los asistentes dentales; y los auxiliares de enfermería;
- *otro personal*: los auxiliares técnicos; los servicios especiales; el personal de mantenimiento y otros.

La mayor parte del personal médico que trabaja en el Sistema Nacional de Salud tiene un estatus similar al de los funcionarios. El reclutamiento de profesionales en el sistema sanitario es contingente a la superación de un examen de entrada que a su vez confiere un estatus de empleo permanente a los candidatos que lo superan con éxito. Además de esto, se requieren cuatro años de formación especializada (tres años para los médicos generales) para poder trabajar en el sector público. Este requisito se introdujo a principios de los años 80 tanto en la asistencia especializada pública como en la privada, y en 1995 se extendió también a la asistencia primaria pública, siguiendo las directivas de 1986 y 1991 de la UE. Todas las negociaciones de las condiciones laborales están centralizadas, por lo que los gerentes de los centros sanitarios tienen una capacidad notablemente limitada para fijar incentivos salariales. Mientras una proporción considerable de profesionales sanitarios todavía trabaja en ambos sectores, público y privado, se ha intentado en años recientes estimular el compromiso a tiempo completo con el sector público, utilizando incentivos económicos que han tenido un impacto muy limitado.

### **La formación sanitaria**

El Ministerio de Educación es responsable de la educación de pre-grado y la formación del personal sanitario. Los estudios médicos básicos duran seis años. Las enfermeras y los fisioterapeutas se forman en escuelas universitarias especiales y sus estudios duran 2-3 años. Muchos hospitales que prestan servicios para el Sistema Nacional de Salud, tanto públicos como privados participan en la enseñanza de pre- y post-grado.

La formación de post-grado de los médicos especialistas y los médicos generales se realiza a través del sistema de formación de médicos internos residentes MIR, y está basado en un período de trabajo práctico remunerado, de entre tres y cinco años, - dependiendo de cada especialización particular- en los centros y servicios que están específicamente acreditados para la provisión de formación a este nivel. Cada especialidad está gobernada por una comisión nacional que está formada por representantes de las sociedades científicas, profesores universitarios, profesionales sanitarios, residentes, y colegios de médicos, y que definen tanto los contenidos de los programas de formación para cada especialidad como la duración de la formación.

Desde 1978, el ingreso en las facultades de medicina empieza a ser regulado a través de números clausus, el número de plazas de residente disponibles pasa a fijarse anualmente, y los candidatos son seleccionados a través de un examen de ingreso competitivo. Como consecuencia, el número total de plazas (incluida la medicina de familia) disponibles para la formación especializada ha aumentado considerablemente en los últimos veinte años, mientras que el número de licenciados en medicina ha disminuido. A mediados de los años 90, se ofrecían normalmente entre 4.500 y 5.000 plazas de residente al año, y el número de médicos graduados era ligeramente inferior al de plazas. A principios de los años 80, se convocaban unas 2.000 plazas al año, con un promedio de 8.000 nuevos médicos graduados cada año. Durante la segunda mitad de los años 80, el número de plazas se duplicó, mientras que el número de graduados descendía a la mitad. Durante los años 90 continuaron estas mismas tendencias, aunque con incrementos mucho más moderados. En cuanto a las plazas de formación en la especialidad de medicina familiar, el número total de plazas aumentó de 500 al año en 1981 a 2.000 en 1996, que representan entre el 10% y el 30% del total de plazas ofertadas de formación especializada a lo largo del mismo período.

Cualquier centro, público o privado, requiere una acreditación para participar en la formación sanitaria, condicionada al cumplimiento de unos estándares rigurosos, que son auditados por un equipo de inspectores médicos. Los centros que pasan el proceso de acreditación son autorizados para llevar a cabo la formación de un número determinado de estudiantes graduados durante un período máximo de tres años, después del cuál han de ser acreditados de nuevo. El Ministerio de Sanidad y el Ministerio de

Educación son los que dirigen el proceso de acreditación, en colaboración con el Consejo Nacional de Especialidades.

La especialización en enfermería todavía está en fase de desarrollo. En la actualidad sólo existen las especialidades de salud mental y comadronas, que se iniciaron en 1996. El acceso a esta formación funciona igual que en otras especialidades médicas. Durante los años 90, el número total de plazas de enfermería estaba limitado a unas 7.000 al año, a pesar de la importante escasez de profesionales formados en España.

No existen programas oficiales para la formación de gerentes en el sector sanitario, aunque las Escuelas de Salud Pública, nacional y autonómicas, y otros organismos de enseñanza tanto públicos como privados ofrecen cursos de formación en gestión. El sistema sanitario no demanda una formación específica en gestión a los profesionales contratados que desarrollan funciones de gestión, aunque en general los gerentes sanitarios sí deben ser titulados universitarios, y se valora la formación en gestión. Los sistemas de selección en este campo comenzaron a reformarse desde mediados de los años 90, incluyendo la contratación externa de compañías independientes de selección, y la creación de una unidad especializada dentro del Ministerio de Sanidad que se encarga de coordinar este proceso.

### **Personal Sanitario y Políticas de Recursos Humanos**

Según una de las principales asociaciones profesionales del sector (CESM), en 1999 el número total de médicos en ejercicio era de 83.534, o 2,2 por 1000 habitantes, según datos recientes recogidos por el Ministerio de Sanidad, el número de profesionales en ejercicio activo que en 1998 trabajaban en el sector público era el siguiente (tabla 12). Había un total de 1,6 médicos y 2,4 enfermeros por 1.000 habitantes así como 1,4 auxiliares de enfermería, 0,1 fisioterapeutas y 0,1 comadronas. Esto representaba una tasa de 1,5 enfermeros por cada médico; incluyendo las comadronas y los auxiliares de enfermería, la cifra aumenta a 2,4. Por sub-sectores, en la asistencia primaria había 0,6 médicos generales y 0,6 enfermeros por 1.000 habitantes. En la asistencia especializada, había 1,1 médicos, 1,8 enfermeras, y 1,3 auxiliares de enfermería trabajando tanto en los hospitales como en los ambulatorios. El personal administrativo constituía casi la tercera parte del total del personal del sistema de asistencia sanitaria pública, mientras que la cifra equivalente para los directores y gerentes de alto nivel era del 1%. Los datos por regiones muestran que Cataluña presenta la mayor desviación con respecto a la media nacional en la asistencia especializada, debido al importante papel que los hospitales privados concertados sin ánimo de lucro juegan en esta región.. Por lo demás, las tasas del personal sanitario no varían mucho a lo largo de las regiones, a excepción de Navarra, que muestra las tasas más elevadas en todas las categorías del personal sanitario. En cuanto al crecimiento de los médicos activos por sub-sectores y la posición relativa de España dentro del contexto internacional, un estudio reciente realizado por González y su equipo indica las tendencias que se resumen a continuación. Como no existían datos oficiales publicados sobre el personal sanitario que trabajaba en el sistema sanitario público en aquel momento, el estudio se basa en las cifras de personal sanitario registradas en sus respectivos colegios profesionales, pero aún así éstas ofrecen una imagen bastante útil del sector. Uno de los datos más relevantes es la baja cifra de médicos de primaria, a pesar de la prioridad que se da a este sector a partir de 1984. En 1985, el 82,6% de los médicos se concentraba en los hospitales y los ambulatorios, una cifra casi un 20% más elevada que la media de Europa occidental. En 1997, la asistencia especializada continuaba absorbiendo al 76.2% del total de médicos, lo que todavía situaba a España un 20% por encima de la media en la UE. Por Comunidades Autónomas seleccionadas, para las que existen datos comparativos disponibles (Andalucía, Cataluña y País Vasco), las cifras y las tendencias son muy similares, con algo menos de 50 médicos generales por 100.000 habitantes en 1991, cifra que ha permanecido casi constante hasta 1996. Sin embargo, en el territorio del INSALUD había 63,9 médicos generales por 100.000 habitantes en 1996.

Según este mismo estudio, había además en España un número de farmacéuticos por encima de los niveles medios europeos durante el período de 1985-1997. Por el contrario, existe una carencia de enfermeros, con una tasa de 1,8 enfermeros por cada médico en 1997, casi la mitad que la media europea, que era de 3,2 para este mismo año. Es preocupante el escaso progreso que ha tenido lugar en este campo desde mediados de los años 80, pues la tasa de enfermeros aumentó tan sólo un 20%, ligeramente por debajo del aumento de los médicos, y muy lejos de la evolución registrada en cuanto a otros profesionales sanitarios, como los dentistas (con un aumento de un 186%) o los veterinarios (126%).

	Atención primaria		Atención especializada		Total	
	MG	Enfermeras	Médicos	Enfermeras	Médicos	Enfermeras
España	0,6	0,6	1,1	1,9	1,6	2,4
INSALUD	0,5	0,6	1,2	1,9	1,6	2,5
Andalucía	0,6	0,5	1,2	2,2	1,8	2,6
País vasco	0,5	0,6	1,1	1,6	1,5	2,2
Islas Canarias	0,5	0,5	1,0	1,6	1,5	2,1
Cataluña	0,6	0,6	0,6	0,9	1,3	1,5
Galicia	0,6	0,5	1,2	1,9	1,8	2,5
Navarra	0,7	0,8	1,6	2,4	2,3	3,1
Valencia	0,6	0,6	1,0	2,0	1,7	2,6

Fuente : Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999

**Tabla 12. Médicos y enfermeras/os en ejercicio por 1.000 habitantes en el sector público, 1998**

### Las retribuciones de los profesionales

En 1997, el salario medio anual en España era de 3,066 millones de pesetas, mientras que el salario mínimo legal era tan sólo ligeramente superior a 1 millón de pesetas al año. En este contexto, los salarios de los médicos que trabajaban para el sector público oscilaban entre 5 y 8 millones de pesetas. Los médicos y demás profesionales sanitarios son personal asalariado al servicio del sector público, fijos (si han adquirido el status de funcionarios) o interinos.

En la asistencia primaria, los médicos generales que todavía trabajan bajo el modelo tradicional no reformado (que, en Mayo de 2000, cubría al 19% de la población) son retribuidos según capitación. Los profesionales del nuevo modelo de atención primaria, en contraste reciben un salario más un pequeño suplemento capitativo (alrededor del 15% del total), que tiene en cuenta la naturaleza de la población a la que atienden, su concentración y el porcentaje de la población mayor de 65 años. En Cataluña se utiliza también un ajuste adicional por las condiciones socioeconómicas de la población atendida. Todos los médicos de los hospitales son asalariados.

El gobierno central regula el salario básico de todos los médicos del sector público, aunque las Comunidades Autónomas tienen capacidad para modificar alguno de los componentes que constituyen el sueldo total.

### *La reforma de la atención primaria*

- *La reforma de la atención primaria* está actualmente muy avanzada en todo el país, y virtualmente toda la población vive a menos de 30 minutos de su centro de salud más cercano. Los equipos de atención primaria, que se implantaron como resultado de la amplia reforma del sistema iniciada en 1984, cubrían al 81% de la población en el 2000, mientras que el porcentaje restante estaba cubierto por el sistema tradicional. Desde 1993, el INSALUD y algunos servicios de salud autonómicos han regulado la libre elección de los usuarios, permitiendo que los pacientes puedan elegir a su médico general dentro del área. Sin embargo, en la práctica, los profesionales a menudo rechazan a los pacientes que provienen de otros centros alejados debido al aumento del coste de las visitas domiciliarias obligatorias. La reforma de la asistencia primaria ha sido más lenta de lo esperado, principalmente debido a la falta de prioridad política que se le ha concedido a este campo. Un signo preocupante es la paralización en la implantación de la reforma registrada desde 1998. Más en general, a pesar de los más de 15 años transcurridos desde la formulación de las reformas, el principal objetivo político de orientar el sistema sanitario hacia el nivel primario no se ha cumplido y, a pesar de las mejoras, quedan aspectos cualitativos importantes que todavía se deben mejorar. Los recientes ensayos con diferentes alternativas de organización y gestión más flexibles podría ayudar a introducir reformas adicionales en el futuro. Sin embargo, desde mediados de los años 80, este tema ha estado ausente de los principales debates políticos.
- *El acceso y la provisión de asistencia especializada.* Se han abierto más de 60 hospitales públicos nuevos en los últimos 15 años. Prácticamente, el total de la población vive en la actualidad a menos de una hora de un hospital general, que ofrece un paquete mínimo de especialidades básicas quirúrgicas, médicas, de obstetricia y de diagnóstico y con cobertura de urgencias durante las 24 horas. Desde 1995, se ha realizado un importante esfuerzo para disminuir los tiempos de espera. Sin embargo, a finales de los años 90 continuaba habiendo problemas serios de accesibilidad, y las listas de espera todavía representaban un problema político mayor. El desarrollo de alternativas al internamiento hospitalario – en particular, la cirugía mayor ambulatoria – se ha iniciado recientemente. El INSALUD ha introducido cierta capacidad elección de especialistas, pero ello no ha ido acompañado de incentivos económicos adecuados. Además, existen los programas de mejora de la efectividad clínica y de gestión están aún en sus comienzos, por lo que todavía el margen para mejorar la eficiencia es considerable.
- *En el sector farmacéutico,* se han implantado varias medidas de contención de costes desde principios de los años 90: en 1993 y 1998, se introdujeron dos listas negativas de medicamentos que a corto plazo no han tenido el impacto esperado sobre el gasto, de acuerdo con la investigación disponible. A lo largo de los 90 se han desarrollado un conjunto importante de estrategias de regulación y negociación en el sector (regulación de precios y márgenes, introducción de precios de referencia y genéricos, etc.) que han tenido efectos generales positivos. La Agencia Nacional del Medicamento, creada en 1997, empezó a funcionar como un organismo casi-público en 1999, encargándose de algunas de las responsabilidades que previamente mantenía el Ministerio de Sanidad, tales como la autorización de nuevos medicamentos y los ensayos clínicos.
- *La evaluación de tecnologías:* Desde mediados de los años 80 y principios de los 90, se han realizado avances significativos en la evaluación de las tecnologías médicas.

A nivel autonómico, se han creado cinco agencias reguladoras sobre este tema (Andalucía, Cataluña, Galicia, País Vasco y Valencia). A nivel estatal, el Ministerio de Sanidad ha patrocinado la evaluación de más de 40 nuevas tecnologías desde 1991, en un principio a través de una unidad dentro del propio Ministerio y, desde 1994, a través de la Agencia Nacional para la Evaluación de las Tecnologías Sanitarias.

### La satisfacción de los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud

La tabla 19 muestra la evolución de la satisfacción general de los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud y, en particular, los resultados de la encuesta diseñada por Robert J. Blendon, para la cual existen datos comparativos internacionales. Las series están tomadas de tres fuentes diferentes de datos: las cifras de 1991 provienen de una encuesta realizada por un equipo de investigación internacional dirigido por el propio Blendon; los datos de 1996 son del Eurobarómetro, y los datos de los otros años corresponden a una pregunta rutinaria incluida en varias encuestas oficiales españolas realizadas por el CIS. En general, la tabla muestra un aumento considerable de la satisfacción a lo largo de la década. Las cifras oficiales españolas presentan un aumento importante entre 1993 y 1998. En 1993, más del 50% de la población pensaba que el sistema funcionaba bastante bien o que sólo necesitaba cambios menores, mientras que, en 1998, esta misma opinión la mantenían dos tercios de la población. Por otro lado, en 1993, casi el 20% de la población estaba a favor de reconstruir completamente el sistema, mientras que sólo el 7% pensaba de esa forma cinco años después.

**Tabla 19. Satisfacción ciudadana con el sistema público de asistencia sanitaria (en porcentajes), 1991–1998**

	1991*	1993	1994	1995	1996**	1997	1998
1. En general, el sistema sanitario funciona bastante bien	–	20	17	20	14**	20	20
2. Se necesitan algunos cambios para que funcione mejor	21*	33	37	41	30**	41	43
3. Son necesarios cambios fundamentales para mejorarlo	49*	30	31	29	34**	30	28
4. Está tan mal que necesita ser completamente reconstruido	28*	18	14	10	14**	8	7
Índice de satisfacción, España (1+2)-(3+4)	-56*	5	9	22	-4**	23	28
Índice de satisfacción, media UE	-32*	–	–	–	13**	–	–

*Fuente* : Ministerio de sanidad y Consumo y CIS, 2.000. \*Blendon et al. ,1992. \*\*Mossialos, 1997.

Respecto a los dos años para los que se dispone de datos internacionales, 1991 y 1996, la evolución ha sido la siguiente: mientras en 1991 sólo el 20% de la población pensaba que el sistema sanitario funcionaba bien o tan sólo necesitaba pequeños cambios, en 1996, la cifra equivalente era más del doble. Además, mientras en 1991 alrededor de un tercio de la población estaba a favor de reconstruir completamente el sistema, en 1996, esta cifra descendió al 14%. Esto implica también que las cifras de satisfacción en

España siguen muy de cerca la media de la Unión Europea. De hecho, de acuerdo con el índice de satisfacción presentado en las dos últimas filas de la Tabla 20, España estaba en 1991 en el 57% de la media de la UE, mientras que, en 1996, avanzó al 85% de la media de UE. En cuanto al período 1996-1998, existe también una pregunta comparable incluida en los dos Eurobarómetros realizados en estos dos años (estos datos no se presentan). Más concretamente, la pregunta es “En general, ¿diría Ud. que está muy satisfecho, bastante satisfecho, ni satisfecho ni insatisfecho, bastante insatisfecho o muy insatisfecho con la forma en que funciona la asistencia sanitaria en su país?”. En 1996, el 35,6% de la población estaba satisfecho (bastante + muy satisfecho), mientras el 28,6% estaba insatisfecho (bastante + muy insatisfecho). Esto implica que España se colocaba el 40% por debajo de la media de la UE en lo que se refiere a los niveles de satisfacción, y algo por encima del 20% de la media en cuanto a la insatisfacción. Las cifras para 1998 muestran un importante aumento de los niveles medios de satisfacción junto con un rápido avance hacia la media de la UE: el 43% de la población española estaba satisfecha con el sistema (22% por debajo de la media de la UE), mientras que el 26,3% estaba insatisfecha (0,5% por debajo de la media de la UE).

Por niveles asistenciales, la evolución de la satisfacción, como se ha descrito en la sección *La provisión de servicios sanitarios*, han sido las siguientes. En el campo de la asistencia primaria, el nivel medio de satisfacción casi se duplicó entre 1985 y 1995, permaneciendo constante a partir de entonces. De hecho, mientras en 1985 menos del 50% de la población estaba satisfecha con la asistencia primaria pública, a mediados de los años 90, esta cifra se había elevado a casi el 80% de la población. Además, entre 1995 y 1998, mientras que las cifras de satisfacción general con el sistema permanecían relativamente constantes, en primaria se registraron aumentos netos en tres dimensiones de la asistencia que previamente habían sido evaluados con bajas puntuaciones, concretamente: la duración de las consultas, la información clínica y, las instalaciones y el equipamiento. Por lo tanto, los datos disponibles sobre satisfacción, parecen sugerir que la implantación de la reforma de la asistencia primaria ha tenido un efecto global positivo. Sin embargo, la escasa evolución registrada desde 1995 sugiere que existe la necesidad de reorientar las políticas de reforma en este campo.

En el campo de la asistencia hospitalaria, los aumentos generales en la satisfacción han sido menos pronunciados. En contraste con el sector de la asistencia primaria, el punto de partida era particularmente alto, pues casi el 70% de la población ya estaba satisfecho con los servicios hospitalarios en 1985. Desde 1985 a 1990, la satisfacción global descendió al 50% (quizás como resultado de los significativos esfuerzos de contención de costes llevados a cabo durante este período), y en 1995 se recuperó el nivel del 70%. Entre 1995 y 1998, la satisfacción dejó de crecer, como en el caso de la asistencia primaria. Sin embargo, a diferencia de la asistencia primaria, las tres dimensiones de la asistencia menos valoradas en 1995 (los tiempos de espera, el número de personas que comparten habitación en los hospitales y los procedimientos administrativos necesarios para acceder a la asistencia hospitalaria) experimentaron descensos netos durante el período.

**Tabla 20. Valores de la satisfacción ciudadana para diferentes aspectos de la**

	1994	1995	1997	1998
Prestaciones y servicios ofrecidos por el sistema público	3,91	4,01	3,89	3,82
Derechos de los usuarios	3,51	3,49	3,33	3,22
Legislación y regulación de la asistencia sanitaria	3,29	3,27	3,24	3,25
Promoción de la salud y campañas de prevención	4,23	4,20	4,11	4,06

Fuente : Ministerio de Sanidad y Consumo y CIS, 2000.

información sanitaria (escala 1-7), 1991-1998

Por último, la información es el aspecto del Sistema Nacional de Salud que más insatisfacción generaba en 1995 (tabla 20). En concreto, el valor medio otorgado a este aspecto en una escala de 1 a 7, varía entre 3 y 4 puntos en las distintas Comunidades Autónomas, mientras que las cifras equivalentes para la asistencia primaria y especializada estaban muy por encima del 5. Además, las puntuaciones medias de satisfacción en este campo descendieron entre 1995 y 1998. Esto parece sugerir que los importantes avances realizados en el desarrollo de la información durante la segunda mitad de los años 90 o bien no abordaban las necesidades de los ciudadanos o no llegaban a la población general.

## Conclusiones

Durante los años 1980 y 1990, el sistema sanitario español ha experimentado cambios importantes: se ha llevado a cabo una extensión considerable de la cobertura, se ha puesto en marcha una nueva red reformada de atención primaria, y se han racionalizando las estructuras financieras y de gestión. A lo largo de este período, España realizó un gran esfuerzo de expansión del Estado del Bienestar, a pesar del clima internacional de contención de costes, y de los problemas domésticos que tenían que abordarse simultáneamente en las áreas de desarrollo económico y transición política a la democracia.

En contraste con otros países donde se produjo un desarrollo tardío del Estado del Bienestar, como Portugal o Grecia (y, en alguna medida Italia), la extensión de la red pública y la transición del sistema de Seguridad Social al modelo de Servicio Nacional de Salud iniciada a mediados de los años 80, ha cosechado resultados particularmente satisfactorios, como se refleja en los niveles de gasto sanitario privado, que son más bajos que en otros países del sur de Europa. En términos de satisfacción ciudadana, los resultados son especialmente notables: el porcentaje de la población que declara que el sistema funciona adecuadamente y sólo necesita cambios menores aumentó desde el 20% a más del 60% entre 1991 y 1998, con un descenso simultáneo en el porcentaje de los que defendían la necesidad de una completa reestructuración desde el 30% al 7%. Por niveles asistenciales, la satisfacción con la asistencia primaria aumentó substancialmente (desde cerca de un 50% en 1985 a casi el 80% en 1995), mientras que la evolución en el sector hospitalario tan sólo muestra un pequeño aumento a lo largo de todo el período, en parte debido al hecho de que la satisfacción se situaba en 1985 a un nivel considerablemente alto, alrededor del 70%. Un tema especialmente preocupante en este ámbito es el hecho de que las tres dimensiones de la asistencia con peores puntuaciones a principios de los años 90 (los tiempos de espera, el número de personas por habitación, y los procedimientos administrativos requeridos para acceder a la asistencia hospitalaria) sufrieron descensos netos a lo largo de la década, lo que parece indicar que los problemas principales del sector están todavía en parte pendientes de solución.

En términos más generales, las reformas emprendidas durante los años 80 y los 90 han dejado algunas tareas estratégicas críticas aún no completadas. Los principales retos que enfrenta el sector sanitario en este sentido son continuar con aplicación de las reformas, y consolidar los progresos realizados hasta la fecha en las siguientes áreas:



- extender la cobertura universal al 100% de la población;
- garantizar niveles adecuados de accesibilidad, equidad y calidad en la red de asistencia sanitaria pública;
- hacer efectivo el objetivo formal de inclinar la balanza del sistema de asistencia sanitaria hacia el nivel de la asistencia primaria,
- completar el proceso de descentralización en las diez Comunidades Autónomas que todavía no han asumido plenas responsabilidades sobre la gestión sanitaria;
- consolidar los progresos realizados en el desarrollo del sistema de financiación autonómica;
- reforzar el papel clave del Ministerio de Sanidad como organismo imparcial coordinador y regulador del Sistema Nacional de Salud (particularmente después de la finalización del proceso de descentralización);
- orientar los servicios a la satisfacción y la participación de los usuarios, fomentando un enfoque centrado en las personas, con menos barreras burocráticas y mejores relaciones entre los pacientes y el personal. Esto implica, como primer paso, mantener las iniciativas para disminuir los tiempos de espera para la asistencia especializada tanto en pacientes internos como en consultas externas, e introducir una mayor elección de proveedor

Entre los retos futuros más urgentes, tres de ellos requieren una mención especial, concretamente, los sistemas de información, la autonomía de gestión, y la expansión de la asistencia social y comunitaria dentro del marco del Sistema Nacional de Salud.

En primer lugar, en términos internacionales comparados, probablemente la deficiencia más importante del sector de asistencia sanitaria en España en el cambio de siglo es la debilidad de los sistemas de información sanitaria. A pesar de los importantes avances realizados por las Comunidades Autónomas y las agencias del Estado central en el campo del desarrollo de la información, estos datos son de uso a menudo de uso limitado debido a la falta de una codificación homogénea y un banco de datos común que reúna la información. La información crítica, como el personal y los niveles de utilización en la asistencia primaria, el tamaño de las listas de pacientes, los patrones de utilización por edad y clase social, la cobertura de la nueva red de asistencia primaria, los tiempos de espera, o los perfiles de costes de cada hospital, normalmente no están disponibles a nivel nacional, mientras que, hasta diciembre de 1999, ocurría lo mismo con el gasto público total, y con su desagregación por niveles asistenciales. Además, los datos de encuesta reflejan que la información institucional es la dimensión que genera la mayor insatisfacción entre los españoles, particularmente en lo que se refiere a temas tan cruciales para la información sobre las prestaciones y servicios provistos por el sector público, los derechos de los pacientes, la legislación sanitaria y los programas de salud pública. La información clínica suministrada por los médicos, por el contrario, es una de las dimensiones del servicio mejor evaluadas por los ciudadanos.

En segundo lugar, como en otros países europeos, hay una apremiante necesidad de gestionar los servicios sanitarios con una mayor eficiencia mediante la transferencia de responsabilidades (y riesgos) a los proveedores; el aumento de la autonomía de los hospitales y centros de salud, especialmente en términos de la organización y gestión del día a día; y la implicación de los profesionales sanitarios (particularmente a los médicos) en la gestión clínica. Además, existe la necesidad de promover el uso más apropiado de los recursos disponibles, adoptando métodos alternativos de tratamiento, como la cirugía mayor ambulatoria, y promoviendo la aplicación de la medicina basada

en la evidencia en la práctica clínica. Siguiendo las iniciativas pioneras llevadas a cabo por las Comunidades Autónomas de vía rápida durante los años 90, el Ministerio de Sanidad ha establecido las bases para la extensión y coordinación de algunas de estas innovaciones, y los progresos dependen ahora de la ampliación y la consolidación del proceso de reforma.

En tercer lugar, el problema más importante del Sistema Nacional de Salud en lo que se refiere a la extensión de las prestaciones se refiere a la asistencia social y comunitaria. Dentro de este amplio campo de actividad, sólo la asistencia en salud mental ha sido integrada dentro del sistema público y sujeta a importantes reformas. Por el contrario, la asistencia de larga duración para la tercera edad y los discapacitados está todavía considerablemente poco desarrollada y gestionada desde una estructura organizativa diferente, la del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y sus equivalentes a nivel autonómico. Además, las camas de larga duración para la asistencia paliativa de los enfermos crónicos y terminales sólo representan una parte marginal del total. Es de esperar una significativa reorganización y ampliación de las prestaciones en este campo a medio y largo plazo, en línea con las proyecciones de la estructura futura de la población española, que apuntan hacia uno de los más altos porcentajes de personas de la tercera edad en la Unión Europea en las próximas décadas.

## BIBLIOGRAFÍA

ALONSO, J. “Objetivo 2: Salud y calidad de vida”. **In:** Alvarez-Dardet, C. and Peiró, S. (Eds.). *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Publica, Granada, electronic version, 2000.

ALONSO, M. AND TORTUERO, J.L. *Instituciones de Seguridad Social*. Editorial Civitas S.A., Madrid, 1990.

ALVAREZ-DARDET, C. AND PEIRÓ, S. (EDS.). *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Publica, Granada, electronic version, 2000.

BARDAJÍ, G. AND VIÑAS, M. “Alcance jurídico del ejercicio de las competencias transferidas”. **In:** López-Casasnovas, G. (ed.), *La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Análisis comparativo de las Comunidades Autónomas del Andalucía, Cataluña y el País Vasco*. Fundación BBV e Institut d’Estudis Autonomics, Bilbao, 2000.

BENACH, J. AND URBANOS, R. “Objetivo 1: Equidad en salud”. **In:** Alvarez-Dardet, C. and Peiró, S. (Eds.). *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Publica, Granada, electronic version, 2000.

BOHÍGAS, LL. “El gasto sanitario en España en comparación con la Unión Europea”. **In:** *Papeles de Economía Española, special issue on Health Economics*, 1998, 76: 15–18.

BLENDON, R., DONELAN, K., JOVELL, A., PELLISÉ, L. Y COSTAS, E. “Spain’s citizens assess their health care system”, *Health Affairs*, 1991, 10 (1): 216–228.

CALONGE, S. AND RODRÍGUEZ, M. “Consecuencias distributivas y de equidad de las políticas de gasto y financiación de la sanidad”. **In:** *Papeles de Economía Española, special issue on Health Economics*, 1998, 76: 15–18.

CASANOVA, C. “Objetivo 7: salud infantil y juvenil”. **In:** Alvarez-Dardet, C. and Peiró, S. (Eds.). *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Publica, Granada, electronic version, 2000.

CATALÁ, J. AND DE MANUEL, E. (EDS.). *Informe SESPAS 1998. La Salud Publica y el futuro del Estado del Bienestar*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Publica, Granada, 1998.

COSTAS, E. “El gasto farmacéutico y el Acuerdo de la Subcomisión: una nota”. **In:** *Papeles de Economía Española, special issue on Health Economics*, 1998, 76: 15–18.

CRESPO, B., BENEDI, A., GÓMEZ-JUANES, V. “Genéricos, financiación selectiva y nuevos principios activos: análisis en 1998”. *Administración Sanitaria*, 1999, III (12): 141–166.

DE MANUEL, E., MIÑARRO, R. AND GUTIERREZ, P. “Políticas sanitarias: La relación entre recursos, actividades y resultados de los servicios de salud gestionados por las Comunidades Autónomas”. “Alcance jurídico del ejercicio de las competencias transferidas”. **In:** López-Casasnovas, G. (ed.), *La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Análisis comparativo de las Comunidades Autónomas del Andalucía, Cataluña y el País Vasco*. Fundación BBV e Institut d’Estudis Autonomics, Bilbao, 2000.

DURÁN, M.A. *Los costes invisibles de la enfermedad*. Fundación BBV, Bilbao, 2000.

ELOLA, F.J. *Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983–1990)*. Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social, Madrid, 1991.

ELOLA, F.J. *Sistema Nacional de Salud: evaluación de su eficiencia y alternativas de reforma*. SG Editores, Barcelona, 1994.

LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (ED.). *La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Análisis comparativo de las Comunidades Autónomas del Andalucía, Cataluña y el País Vasco*. Fundación BBV e Institut d’Estudis Autonomics, Bilbao, 2000.

LÓPEZ-CASASNOVAS, G. “Introducción: 20 años de descentralización sanitaria”. “Alcance jurídico del ejercicio de las competencias transferidas”. **In:** López-Casasnovas, G. (ed.), *La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Análisis comparativo de las Comunidades Autónomas del Andalucía, Cataluña y el País Vasco*. Fundación BBV e Institut d’Estudis Autonomics, Bilbao, 2000.

LÓPEZ-CASASNOVAS, G. “A modo de resumen y conclusión”. “Alcance jurídico del ejercicio de las competencias transferidas”. **In:** López-Casasnovas, G. (ed.), *La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Análisis comparativo de las Comunidades Autónomas del Andalucía, Cataluña y el País Vasco*. Fundación BBV e Institut d’Estudis Autonomics, Bilbao, 2000.

FERNÁNDEZ-CUENCA, R. “Análisis de los servicios sanitarios”. **In:** J.Catalá and E. De Manuel, (eds.). *Informe SESPAS 1998. La Salud Pública y el futuro del Estado del Bienestar*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, 1998.

FREIRE, J.M. “Fundaciones Sanitarias Publicas: comentarios y propuestas alternativas”. *Administración Sanitaria*: 1999, III (9).

FREIRE, J.M. “Comentarios a propósito del documento de la Subcomisión Parlamentaria para la Reforma del Sistema Nacional de Salud español.” *Administración Sanitaria*, 1998, II (5): 23–50.

GARCÍA-BENAVIES, F. AND GARCÍA, A.M<sup>a</sup>. “Objetivo 25: Salud laboral”. **In**

Alvarez-Dardet, C. and Peiró, S. (Eds.). *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, electronic version, 2000.

GISPERT, R., WATER VAN DE, H.P.A., AND HERTEN, VAN L. “La introducción de objetivos de salud en el marco de la política sanitaria española. Una revisión documental del proceso”. Unpublished paper, Barcelona, Institut d’Estudis de la Salut.

GISPERT, R. “Objetivo 33: Desarrollo de las políticas SPT”. **In:** Alvarez-Dardet, C. and Peiró, S. (Eds.). *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, electronic version, 2000.

GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCARCEL, B., BARBER, P., PINILLA, J., ALAMO, F. AND CASADO, D. “Organización y gestión”. “Alcance jurídico del ejercicio de las competencias transferidas”. **In:** López-Casasnovas, G. (ed.), *La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Análisis comparativo de las Comunidades Autónomas del Andalucía, Cataluña y el País Vasco*. Fundación BBV e Institut d’Estudis Autonomics, Bilbao, 2000.

GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B. “Objetivo 36: Desarrollo de recursos humanos”. **In:** Alvarez-Dardet, C. and Peiró, S. (Eds.). *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, electronic version, 2000.

GUILLEN, A.M. AND CABIEDES, L. “Towards a National Health Service in Spain: the search for equity and efficiency”. *Journal of European Social Policy*, 1997, 7 (4): 319–336.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). *Información estadística*. Base de datos electrónica, Madrid, 2000.

JANO. “Atención Primaria 97. Base de datos sobre recursos asistenciales, formativos y de investigación”. **In:** *Jano*, 1997, LLI (1210).

JANO. “Atención Primaria 99. Base de datos sobre recursos asistenciales, formativos y de investigación”. **In:** *Jano*, 1999, LLIII (1235).

JANO. “Atención Primaria 2000. Base de datos sobre recursos asistenciales, formativos y de investigación”. **In:** *Jano*, 2000, June.

LARIGOITZIA, I. AND STARFIELD, B. “Reform of primary care: the case of Spain”. *In Health Policy*, 1997, 41: 121–137.

LARIGOITZIA, I. “Una reflexión sobre la atención primaria y su relación con la necesidad, la demanda y la utilización”. *In Necesidad sanitaria, demanda y utilización. XIX Jornadas de Economía de la Salud*. Zaragoza, Asociación de Economía de la

Salud, 1999.

LÓPEZ-ABENTE, G. “Objetivo 10: control del cancer”. In Alvarez-Dardet, C. and Peiró, S. (Eds.). *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Publica, Granada, electronic version, 2000.

LÓPEZ-CASASNOVAS, G. “Health care and cost-containment in Spain”. In E.Mossialos and J.Le Grand (eds.), *Health care and cost-containment in the European Union*. Ashgate, Aldeshot (UK), 1999.

LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (COORD.). *Necesidad sanitaria, demanda y utilización. XIX Jornadas de Economía de la Salud*. Masson, Barcelona, 1999.

LÓPEZ-CASASNOVAS, G. El nuevo sistema de financiación autonómica de la Sanidad. *Administración Sanitaria*, 1998, li (6): 21–33.

LÓPEZ-CASASNOVAS, G. “Objetivo 26: políticas en servicios de salud”. In: Alvarez-Dardet, C. and Peiró, S. (Eds.). *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Publica, Granada, electronic versión, 2000.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Servicios de Salud. Indicadores 1992*. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1993.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Servicios de Salud. Datos y cifras 1994*. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1995.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Plan de Salud*. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1995.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Informe sobre la Salud de los Españoles 1998*. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1999.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Proyectos y realizaciones de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo. Balance de legislatura*. Subsecretaría de Sanidad y Consumo, unpublished internal document, Madrid, 1999.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Personal del Sistema Nacional de Salud*. Gabinete Técnico de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, unpublished internal document, Madrid, 1999.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Cuentas satélite del gasto sanitario público (1986-1996)*. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1999.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Encuesta Nacional de Salud de España 1997*. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1999.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Indicadores de salud. Cuarta evaluación en España del programa regional europeo salud para todos*. Servicio de Publicaciones

del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1999.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Balance de Legislatura (1996–2000)*. Gabinete del Ministro, unpublished internal document, Madrid, 2000.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO AND CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLÓGICAS (CIS). *Barómetro sanitario*. Gabinete del Ministro, unpublished internal document, Madrid, 1999.

MORENO, F.J. “Immigration Policies in Spain. Between External Constraints and Domestic Demand for Unskilled Labour”, paper presented at the ECOR workshop, Copenhagen, April 2000.

MOSSIALOS, E. “Citizens’ views on health care systems in the 15 member states of the European Union”, in *Health Economics*, 1997, 6: 109–116.

NÚÑEZ, A.. “El Plan Estratégico del Insalud”. *Administración Sanitaria*, 1998, Ii (6): 47–54.

NÚÑEZ, A. “El Sistema de Financiación de la Sanidad Publica reflejada en el Presupuesto de 1998”, *Presupuesto y Gasto Publico*, 1998, (21): 123–136.

NÚÑEZ, A. “Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud”. *Administración Sanitaria*: 1999, III (9).

ORTÚN, V. AND LÓPEZ CASASNOVAS, G. *El Sistema Nacional de Salud en España. Informe de una década*. Fundación BBV, Bilbao, 1997.

ORTÚN, V. AND LÓPEZ CASASNOVAS, G. *Evolucion reciente (1997–1998) del Sistema Sanitario español*. Fundación BBV, Bilbao, 1999.

ORTÚN, V. AND GÉRVAS, J. “Objetivo 28: Atención primaria de salud”. In Alvarez-Dardet, C. and Peiró, S. (Eds.). *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Publica, Granada, electronic versión, 2000.

PELLISÉ, L., TRUYOL, I., BLANCO, A. AND SÁNCHEZ-PRIETO, F.. “Financiación sanitaria y proceso transferencial”. “Alcance jurídico del ejercicio de las competencias transferidas”. In: López-Casasnovas, G. (ed.), *La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Análisis comparativo de las Comunidades Autónomas del Andalucía, Cataluña y el País Vasco*. Fundación BBV e Institut d’Estudis Autonomics, Bilbao, 2000.

REGIDOR, E. “Objetivo 35: Sistemas de información para la salud”. In: Alvarez-Dardet, C. and Peiró, S. (Eds.). *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Escuela Andaluza de Salud Publica, Granada, electronic versión, 2000.

REPULLO, J.R. AND FERNÁNDEZ-CUENCA, RAFAEL. “Objetivo 29: Atención hospitalaria”. *Informe SESPAS 2000. Se han alcanzado en España los objetivos de la Organización Mundial de la Salud*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria y Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, electronic versión, 2000.

RICO, A., BALAGUER, M. AND GONZÁLEZ, P. Doctors, veto-points and health care reforms: the capacity of the Spanish state to regulate the medical profession in the primary care field. In M.Bovens, P.Hart & G.Peters (eds.): *Success and failure in governance. A comparative analysis of European States*, 2000.

RICO, A. “Health care decentralization and reform in Spain (1976–1996)”. *Southern European Society and Politics*: 1998, 1, 4.

RICO, A. AND PÉREZ-NIEVAS, S. “La satisfacción de los ciudadanos con la gestión autonómica de los servicios de salud”. “Alcance jurídico del ejercicio de las competencias transferidas”. In: López-Casasnovas, G. (ed.), *La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Análisis comparativo de las Comunidades Autónomas del Andalucía, Cataluña y el País Vasco*. Fundación BBV e Institut d’Estudis Autònomicos, Bilbao, 2000.

SEGURA, A; VILLALBÍ, JR; MATA, E; DE LA FUENTE, M. L.; RAMIS-JUAN, O, TRESSERAS, R. “Las estructuras de Salud Pública en España: un panorama cambiante”. *Gaceta Sanitaria*, 1999, 13(3): 218–225

SEGURA, A. “PUBLIC HEALTH IN SPAIN”. In: W. Holland, E. Mossialos, P. Belcher and B. Merkel (eds.), *Public health policies in the European Union*. Ashgate, Aldershot, 1999.

SEGURA, A., VILLALBÍ, JR., MATA, E., DE LA FUENTE, M. L., RAMIS-JUAN, O. AND TRESSERAS, R. “Las estructuras de Salud Pública en España: un panorama cambiante”. *Gaceta Sanitaria*, 1999, 13(3): 218–225.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. *Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud*. 1994.

TRUYOL, I. “La financiación de las Comunidades Autónomas: presente y futuro”. *Administración Sanitaria*, 1999, III (12): 81–94.

URBANOS, R. “¿Es realmente redistributivo el gasto sanitario público?”. In: *Necesidad sanitaria, demanda y utilización. XIX Jornadas de Economía de la Salud*. Zaragoza, Asociación de Economía de la Salud, 1999.