

Evolución de la accesibilidad a los centros sanitarios en España

Seguimiento de los últimos setenta años

ANTONIO TORRES QUINTANA: Diplomado en Enfermería. Fundació Puigvert.
MARÍA TERESA ICART ISERN: Catedrática en Salud Pública y Epidemiología.
Universitat de Barcelona.

Resumen

INTRODUCCIÓN. La accesibilidad de la población a los centros sanitarios españoles ha ido evolucionando en las últimas décadas, ligada al estado de bienestar y a los cambios en las competencias en materia de salud. El objetivo de esta revisión es describir la evolución de la accesibilidad y su impacto en la población.

METODOLOGÍA. Se han utilizado bases bibliográficas para buscar los artículos relacionados con el objetivo de la revisión y comprendidos entre 1940 y 2013. Se han seleccionado aquellos artículos con mayor calidad y que ayudaban a construir la revisión del tema propuesto.

RESULTADOS. La accesibilidad a los centros sanitarios españoles está ligada a la evolución de la atención pública en los últimos setenta años.

Por un lado, la aparición del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) y la creación de la Seguridad Social hicieron que casi el total de la población española tuviera cobertura sanitaria. Por otro lado, la aplicación de principios como los de justicia y equidad hicieron aflorar numerosos centros hospitalarios con la finalidad de acercar al máximo la asistencia a la población.

En los inicios del siglo XXI, con un crecimiento desmesurado de centros hospitalarios y una crisis económica mundial, se constata la necesidad de ubicar los centros asistenciales de acuerdo con el principio de eficiencia económico-espacial o de racionalidad económica.

CONCLUSIONES. En un entorno actual de crisis se analizan las consecuencias de la hiperaccesibilidad (sistema sanitario insostenible, polimedicación de la población, etc.) y se busca un sistema sanitario más eficiente.

También es necesario plantearse la relación existente entre la hiperaccesibilidad y la hiperfrecuentación de la población a los servicios sanitarios, así como la relación entre la hiperaccesibilidad y la polimedicación.

PALABRAS CLAVE: ACCESIBILIDAD, CENTROS HOSPITALARIOS, EVOLUCIÓN.

EVOLUTION OF THE ACCESSIBILITY OF HEALTH CENTERS IN SPAIN. MONITORING OF THE LAST SEVENTY YEARS

Summary

INTRODUCTION. The accessibility of the population to health centers in Spain has evolved over the past decades, linked to the welfare state and changes in the health skills. The aim of this review is to describe the evolution of accessibility and its impact on the population.

METHODOLOGY. We used bibliographic databases to search for articles related to the purpose of reviewing and between 1940 and 2013. We have selected those items with higher quality and that helped to build the review of the proposed topic.

RESULTS. The accessibility to health centers in Spain is linked to the performance of public attention in the last seventy years.

On the one hand, the appearance of Compulsory Health Insurance (SOE) and the creation of Social Security made almost all of the Spanish population had health coverage. On the other hand, the application of principles such as justice and equity brought to the surface many hospitals with the aim of bringing the most assistance to the population.

In the early twenty-first century, with an enormous growth of hospitals and a global economic crisis, we see the need to locate health facilities under the principle of spatial economic efficiency or economic rationality.

CONCLUSIONS. In a current environment of crisis, the consequences of hyperaccessibility are analyzed (unsustainable health system, population polypharmacy, etc.) and a more efficient healthcare system is searched.

It is also necessary to consider the relationship between the hyperaccessibility and the frequent attendance of population to the health services, and the relationship between hyperaccessibility and polypharmacy.

KEYWORDS: ACCESSIBILITY, HOSPITALS, EVOLUTION.

Introducción

La accesibilidad de la población a los centros sanitarios en España ha ido evolucionando a lo largo de los últimos decenios. Dicha evolución está muy ligada al estado de bienestar y a los cambios en las competencias en materia de salud, cambios que describiremos durante esta revisión bibliográfica.

Ya en el inicio de la humanidad, cuando el ser humano luchaba por sobrevivir y se enfrentaba a la naturaleza, surgió la necesidad de resolver sus problemas de salud. De este modo, casi como un acto instintivo por el que se intenta sanar a los enfermos a la vez que transmitir oralmente algunas prácticas, hallamos el origen de la medicina. Durante mucho tiempo, la curación de las personas se atribuyó a los dioses, también dependía de los brujos y del uso empírico de plantas medicinales (civilización egipcia, época griega, época romana...). En la Edad Media, con el cristianismo, surgieron los primeros centros sanitarios dirigidos por órdenes religiosas, que atendían a los pobres y desamparados.

Las tradiciones populares y algunos remedios caseros eran los pilares en el tratamiento de las dolencias de nuestros antepasados, ya que no contaban con profesionales de la salud con conocimientos adecuados y aún menos con un sistema sanitario como el actual. En muchas ocasiones, encomendarse a las creencias, a un amuleto o el uso de una receta ancestral eran los únicos recursos para tratar una enfermedad o hacer más soportable una dolencia hasta su desenlace final, que en muchos casos era la curación espontánea [1].

Con los años, se ha producido un avance en los conocimientos científicos que ha tenido una incidencia directa en la forma de atender los problemas de salud de las personas. Se ha tecnificado la atención de la enfermedad, que es tratada más en centros específicos que en el ámbito de la familia.

El comportamiento de la población ha ido cambiando con el paso del tiempo, debido en buena medida a un factor que llamamos «accesibilidad».

El concepto de accesibilidad hace referencia al grado en el que las personas pueden utilizar un cierto objeto o acceder a un servicio, es la posibilidad de tener acceso o llegar a conseguir un recurso o una cosa. En conse-

cuencia, podemos definir la accesibilidad como la posibilidad de que un producto o servicio esté al alcance y sea usado por el mayor número posible de personas, de modo independiente a las limitaciones propias del individuo o a las derivadas del contexto de su uso [2, 3].

La intención de esta revisión bibliográfica es describir la evolución de la accesibilidad de la población a los centros sanitarios españoles en los últimos setenta años y su repercusión en el uso racional de los mismos.

Metodología

Se ha realizado una revisión de los estudios relacionados con la accesibilidad a los centros sanitarios españoles en los últimos setenta años, siguiendo el mismo método que el recomendado para la búsqueda de otras evidencias clínicas [4, 5].

En una primera fase, se ha utilizado la base de datos del Índice Médico Español y Medline. De la primera se han seleccionado todos los documentos fechados entre los años 1940 y 2013 (último año indexado en el momento de hacer la revisión) que contuvieran alguno de los descriptores siguientes: «accesibilidad», «centro sanitario», «centro hospitalario». Por otro lado, de la base de datos Medline se seleccionaron los trabajos indexados con los términos MeSH: «*accessibility*», «*health center*», «*hospital*» y «*health*», uniendo cada uno de ellos mediante el operador «AND» al descriptor «*Spain*» y limitando la búsqueda al periodo comprendido entre 1940 y 2013. Con esta misma estrategia exploramos las bases de datos de la Biblioteca Cochrane Plus, Dialnet, Cuiden, BDI, Cuidatge y Google Académico.

En una segunda fase, seleccionamos solo los artículos en cuyo título o resumen se mencionaba algún dato específico relacionado con la accesibilidad a los centros sanitarios españoles. A continuación, leímos los originales completos de cada uno de estos artículos, analizamos todos los artículos y, posteriormente, excluimos del análisis los que tenían dudosa fiabilidad (una metodología incorrecta) o no aportaban información sustancial para esta revisión bibliográfica.

Se seleccionaron los artículos que nos ayudaron a describir la evolución de la accesibilidad a los centros sanitarios españoles en los últimos setenta años y las consecuencias de dicha evolución.



La eficiencia de un servicio se refleja en el grado de satisfacción de la demanda

Resultados**Evolución de la atención del sistema****público de salud en España**

La accesibilidad a los centros sanitarios españoles está estrechamente ligada a la evolución de la atención pública en España, que ha sufrido transformaciones importantes en las últimas décadas [6]. Por este motivo, empezaremos con una visión general de dicha evolución a partir de los años cuarenta del siglo pasado.

El sistema de protección social vigente hasta 1967 tuvo sus inicios al finalizar la guerra civil, cuando se instauró, en la etapa franquista, el Fuero del Trabajo. El desarrollo de la protección social durante esta época se basó en un modelo encaminado a tratar la enfermedad y a atenuar su impacto, dejando de lado la promoción de la salud, lo que dio lugar a la creación y desarrollo del SOE (Seguro Obligatorio de Enfermedad), que en 1946 cubría al 28.5 % de la población (7.7 millones). Hasta esa época la atención sanitaria era exclusivamente privada, excepto para aquellas personas sin recursos que eran asistidas por la beneficencia.

La salud pública, entendida como prevención de la enfermedad y no como promoción de la salud, se reguló en 1944 con la Ley de Bases de la Sanidad Nacional, que sustituyó a la de Beneficencia de 1849. No obstante, la nueva ley continuó manteniendo el concepto de beneficencia.

De esta forma (sanidad privada y SOE), se estableció, en los años cuarenta, el esquema del sistema de protección ante la enfermedad, que estuvo vigente hasta la creación de la Ley de Seguridad Social (en concreto, hasta 1967). En , el 49.7 % de la población tenía cobertura social (15.6 millones).

La creación de la Seguridad Social significó para la sanidad pública el fortalecimiento de un modelo basado en los principios del SOE, que extendió su cobertura sociosanitaria a un mayor porcentaje de la población española. En 1970, el 63.9 % de la población tenía cobertura social (21.4 millones), y en 1978 el porcentaje ascendió al 81.8 % (30 millones). La Seguridad Social cubría las necesidades de la población con cobertura a través de centros propios (hospitales y ambulatorios) y profesionales contratados directamente por ese organismo.

En 1978, con la aprobación de la Constitución Española, se reconoce el derecho a la protección de la salud y se crea el Estado de las Autonomías. En esta época se procede a una reestructuración de la Seguridad Social; el objetivo es simplificar el sistema creando tres entidades gestoras: el INSS, el INSALUD y el INSERSO. De esta manera, todas las competencias en materias de salud se integran en una única unidad que es el INSALUD.

La Constitución de 1978, además de establecer el derecho a la protección de la salud de todos los españoles, dibujó el país como un Estado de las Autonomías, donde se adjudicaron las competencias de la Administración

General del Estado (las de Seguridad Social) y las de las comunidades autónomas (las relacionadas con la asistencia sanitaria y por tanto con la salud).

En 1986, la Ley General de Sanidad, en su artículo 1.2, especifica que son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los ciudadanos españoles y extranjeros que tengan establecida su residencia en territorio nacional. En su artículo 3.2, señala que la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española y que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva (en 1986, el 96,1 % de la población tenía cobertura social) y, lo más importante, introduce el término de equidad e igualdad de oportunidad en el uso del sistema sanitario.

En 1991 se inicia la descentralización de dicho sistema mediante la transferencia de las competencias en materia de sanidad a las comunidades autónomas (CC. AA.), inicialmente a Cataluña. En ese año, el 99.8 % de la población tenía cobertura social.

Los asuntos de salud pública, planificación sanitaria y servicios asistenciales de la sanidad nacional pasaron a ser competencia de las CC. AA. Este proceso culminó en 2002 con la total transferencia de las competencias sanitarias a aquellas CC. AA. gestionadas todavía por el INSALUD [7, 8].

Accesibilidad de la población a los centros sanitarios

En los últimos setenta años, la accesibilidad de la población a los centros sanitarios españoles está estrechamente ligada a la evolución del sistema sanitario español, al concepto de equidad que se desarrolló en la Ley de 1986 y al Estado del bienestar. La equidad se puede definir como la igualdad de oportunidad de todo español para acceder al sistema sanitario nacional. Los conceptos de localización y accesibilidad se consideran elementos esenciales de la justicia y la equidad y se recogen en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea [9].

Sin embargo, el concepto de «acceso equitativo» no aparece hasta después de la guerra civil española, y siempre ligado al Estado de bienestar. En épocas anteriores nunca se había planteado el tema de la accesibilidad de la población a los centros sanitarios, pues las enfermedades se trataban en el ámbito del hogar y con medios caseros. Será después de la guerra civil, y con la llamada segunda revolución industrial, cuando aparece el Estado del bienestar.

En una primera etapa (de 1940 a 1965) convivieron centros sanitarios privados y centros de beneficencia que cubrían a un porcentaje reducido de la población española. Se construyeron algunos hospitales en las grandes capitales (como el Hospital de la Vall d'Hebron en Barcelona o el Hospital Clínico en Madrid) que eran eminentemente quirúrgicos, mientras que las zonas rurales

en esta etapa quedaban del todo desprotegidas, con poca cobertura sanitaria.

Con la aparición de la Seguridad Social (1967), y dentro del Estado del bienestar, que permitió la cobertura sanitaria a la mayoría de la población española, surgieron los grandes hospitales públicos diseñados como ciudades sanitarias (Hospital de Bellvitge en Barcelona y Hospital 12 de Octubre en Madrid, entre otros) que abarcaban no solo el área quirúrgica, sino que también atendían al paciente médico complejo e incorporaban múltiples especialidades médicas. En esta época, también se inauguraron en los principales municipios ambulatorios cuya misión era atender las enfermedades comunes, sin grandes medios tecnológicos. El incremento de los servicios sanitarios estaba en correlación con el crecimiento poblacional.

línea, Escalona y Díez afirman que la distribución de los centros asistenciales dependerá de la relación entre el rango del servicio que ofrecen (en función de su complejidad y especialización) y su localización [12].

En los primeros años del siglo XXI, y después de un crecimiento desmesurado de los centros hospitalarios, se constata la necesidad de ubicar los centros asistenciales de acuerdo con el principio de eficiencia económico-espacial o de racionalidad económica, así como con la necesidad de dotar de calidad (basada en la experiencia) a la atención sanitaria [14].

Actualmente, en plena crisis económica, se constata que la gran accesibilidad a los servicios sanitarios ha supuesto un mal uso de los mismos y el «consumo» desmedido de los servicios sanitarios es uno de los principales problemas de nuestra sociedad del bienestar [1].

La accesibilidad de la población a los servicios sanitarios en los últimos años se ha relacionado directamente con el estado del bienestar y con la aparición del principio de equidad

A partir de la aprobación, en 1986, de la Ley General de Sanidad, se produce la transferencia de los servicios de salud a las CC. AA. con el objetivo de garantizar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios. Además, la población demandaba más y mejores servicios de salud y exigía una mejora en las condiciones de accesibilidad a los mismos [10]. En ese sentido, cabe citar el estudio de Zoido Naranjo, que concluye que: «La eficiencia de un servicio se refleja en el grado de satisfacción de la demanda que puede ser medida, entre otras variables o criterios, por el tiempo o recorrido necesario para acceder al servicio en cuestión» [11]. En esta etapa, y teniendo en cuenta el incremento de la demanda por parte de la población, se realizaron varios estudios sobre la accesibilidad a los servicios sanitarios y la distancia que se debe recorrer para acceder a ellos [2, 12]. De esta forma, la accesibilidad geográfica pasó a ser un elemento esencial tanto en el propio proceso de planificación y ordenación sanitaria como en la cuantificación de la mejora, ya que facilita el análisis de la movilidad y los niveles de accesibilidad a los centros hospitalarios [13].

Con el objetivo de acercar los centros hospitalarios a la población se abrieron nuevos hospitales públicos, concertados y privados, así como centros de Atención Primaria y centros sociosanitarios, provistos con la última tecnología disponible. Las CC. AA. perseguían garantizar el acceso equitativo de la población a las prestaciones tanto de Atención Primaria como especializada y, para ello, realizaron una reordenación territorial. En esta

La correlación de una mayor oferta y una desmesurada accesibilidad hace aflorar «problemas, necesidades y enfermedades» mientras que, curiosamente, multitud de profesionales de Atención Primaria considera que los pacientes reciben prestaciones innecesarias [1, 15]. Se debe tener en cuenta que toda actividad sanitaria implica un cierto riesgo por sí misma, de manera que un exceso de prevención puede causar daño a la persona [16].

Es una equivocación considerar que la salud tiene una relación directa con los servicios sanitarios. No existe una correlación entre el número de hospitales o el número de centros de Atención Primaria y la mejora en los índices de morbimortalidad. Los avances en asuntos de saneamiento y vivienda han influido de forma significativa en mejorar los indicadores sanitarios. En este sentido, es importante destacar el informe SESPAS, que afirma que: «El mayor éxito de un sistema sanitario para la sociedad es que no se dependa totalmente de él para conseguir la salud de la población» [17].

La accesibilidad de la población a los servicios sanitarios en el futuro deberá estar relacionada más con necesidades reales que con criterios de demanda para conseguir efectividad y eficiencia [17].

Conclusiones

La accesibilidad de la población española a los servicios sanitarios en los últimos setenta años ha estado directamente relacionada con la evolución del sistema sanitario español, con la aparición del Estado del bienestar y

con la aparición del principio de equidad en el acceso. Durante la primera mitad del siglo xx, el acceso a los servicios sanitarios estaba restringido a una parte de la población y existía una deficiencia de servicios disponibles. Las estructuras de salud pública se basaban en los servicios centrales y sus delegaciones provinciales, por un lado, y en los recursos de sanidad local, por otro.

La universalización de la asistencia y las transferencias en materia de salud a las CC. AA., junto con el compromiso de equidad en el acceso al sistema sanitario, hicieron aflorar multitud de servicios de salud, lo que ha producido en los últimos años un mal uso de los mismos por hiperaccesibilidad [18].

Es necesario plantearse la relación existente entre la hiperaccesibilidad y la hiperfrecuentación de los servicios sanitarios por parte de la población

Actualmente, en un entorno de crisis, se debaten las consecuencias de la hiperaccesibilidad (sistema sanitario insostenible, polimedición de la población) y se comienza a replantear una nueva organización del sistema sanitario para hacerlo más eficiente [19, 20, 21].

Debe plantearse la relación existente entre la hiperaccesibilidad y la hiperfrecuentación de los servicios sanitarios por parte de la población, así como la relación entre hiperaccesibilidad y polimedición.

En este sentido destacar, las palabras publicadas por el Dr. Gervás en su libro *Sano y salvo* (coescrito con Mercedes Pérez Fernández) que invitan a la reflexión:

El apetito insaciable de servicios sanitarios (preventivos y curativos) por pacientes y poblaciones tiene un precio, no sólo monetario, pues la actividad del sistema sanitario termina siendo la tercera causa de muerte, como se ha demostrado en Estados Unidos, donde causa unos 225.000 muertos anuales. En España, y sólo respecto a los medicamentos, se calculan unos 19 millones anuales de efectos adversos, de los que un millón son graves y en el 0.65 % mortales; es decir, provocan la muerte a unos 6.500 pacientes [...]. La atención sanitaria está para atender necesidades reales y como tal se ha de utilizar con precaución, sólo cuando es realmente necesaria [22].

Finalmente, sería necesario plantearnos si el incremento de servicios sanitarios ha ido acompañado de un incremento de las intervenciones de los profesionales de enfermería para frenar las consecuencias de la hiperaccesibilidad.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] Hernansanz Iglesias F. ¿Recibimos demasiada asistencia? ¿Innecesaria? Algunos elementos para no perderse en el debate de la reasignación. En: Casajuana J, Gervas J (directores). La renovación de la Atención Primaria desde la consulta. Madrid: Springer Healthcare; 2012. p. 139-56.
- [2] Regidor E, Martínez D, Astasio P, Ortega P, Calle ME, Domínguez V. Asociación de los ingresos económicos con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI. *Gac Sanit.* 2006; 20(5): 352-9.
- [3] Thill JC, Kim M. Trip making, induced travel demand and accessibility. *Journal of Geographical Systems.* 2005; 7(2): 229-48.
- [4] Siwek J, Gourlay ML, Slawson DC, Shaughnessy AF. How to write evidence based clinical review article. *Am Fam Physician.* 2002; 65(2): 251-8.
- [5] Icart Isern MT, Canela Soler J. El artículo de revisión. *Enferm Clin.* 1994; 4(4): 180-4.
- [6] Segura A, Villalbí JR, Mata E, De la Puente ML, Ramis-Juan O, Tresserras R. Las estructuras de salud pública en España: un panorama cambiante. *Gac Sanit.* 1999; 13(3): 218-25.
- [7] Sevilla F. La universalización de la atención sanitaria: Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Fundación Alternativas. Documentos de Trabajo 86/ 2006.
- [8] Guillén Rodríguez AM. Políticas de reforma sanitaria en España: de la restauración a la democracia. Madrid: Centro de Estudios Avanzados en Ciencias Sociales; 1996.
- [9] Rawls J. Justicia como equidad. Barcelona: Paidós; 2002.
- [10] Maderuelo Fernández JA, Carriedo Ule E, Serrano Temprano M, Almaraz Gómez A, Berjón Barrientos AC. Factores de insatisfacción con la asistencia sanitaria. Un estudio Delphi. *Aten Primaria.* 1996; 17: 348-52.
- [11] Zoido Naranjo F (coordinador). Informe de Desarrollo Territorial de Andalucía. Fundación Sevillana de Electricidad-Universidad de Sevilla; 2001.
- [12] Escalona Orcao A, Diéz Cornago C. Accesibilidad geográfica de la población rural a los servicios básicos de salud: estudio en la provincia de Teruel. *Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural.* 2003; 3: 111-49.
- [13] Redondo JC. Estudio de accesibilidad y cobertura de la red de asistencia sanitaria de la Comunidad de Madrid. *Geosanidad.* 2003; 10: 1-8.
- [14] Redondo JC. Estudio de accesibilidad y cobertura de la red de transporte público y asistencia sanitaria de la Comunidad de Madrid. II. Accesibilidad a los centros de atención especializada. *Geosanidad.* 2005; 15: 1-8.
- [15] Sirovich BE, Woloshin S, Schwartz LM. Too little? Too much? Primary care physicians' views on US health care: a brief report. *Arch Intern Med.* 2011; 171(17): 1582-5.
- [16] Gervas J, Pérez Fernández M. Los daños provocados por la prevención y por las actividades preventivas. *Rev Innovación Sanit Aten Integrada.* 2009; 4: 6.
- [17] Artazcoz L, Oliva J, Escrivá-Agüir V, Zurriaga Ó. La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit.* 2010; 24: 1-6.
- [18] Alés RJ. Sobrecarga asistencial y accesibilidad desmedida: el fracaso del éxito. *Pediatría Integral.* 2011; 15(14): 97-100.
- [19] Évole, J. Sobremedicados. Programa Salvados. Sexta TV. 7 Abril 2013.
- [20] Barroso AV, Moral EG. Polimedición e inadecuación farmacológica: ¿dos caras de la misma moneda? *Pharm Care Esp.* 2011; 13(1): 23-9.
- [21] Sanfélix-Gimeno G, Peiró S, Meneu R. La prescripción farmacéutica en atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012; 26: 41-5.
- [22] Gervas J, Pérez-Fernández M. *Sano y salvo* (y libre de intervenciones médicas innecesarias). Barcelona: Los Libros del Lince; 2013.