

C E S E D E N .

LA MOVILIZACION DE LA SANIDAD

- Por D. Victor CONDE RODELGO, Jefe de la Unidad de Acción Sanitaria y Consumo.

Marzo 1986.

BOLETIN DE INFORMACION n° 190-II.

Antes de entrar en la materia propia del tema que nos va a ocupar sobre las posibles actuaciones en la Movilización del Sector Sanitario, es preciso poner de manifiesto, aunque sea de forma muy somera, la importancia y magnitudes de este sector, las actividades y funciones que muestran su complejidad, su organización y ordenamiento en la actualidad, así como el equipamiento que contamos y su valoración, considerando tanto los recursos personales, institucionales, materiales e instrumentales, económicos, normativos o jurídicos y de cobertura sanitario-social. A lo largo de la exposición acometeremos también juicios críticos de su situación presente en aquellos aspectos vulnerables de este sector sanitario que, a nuestro entender, pueden resentirse o quedar comprometidos en situaciones de riesgo, de crisis o por circunstancias excepcionales que pueden justificar la movilización del mismo.

Son numerosos los expertos que coinciden en señalar que son precisamente la Educación, la Sanidad y la Seguridad Social, los servicios colectivos que figuran en los primeros lugares de las demandas de la sociedad española, áreas estas a las que los partidos políticos ofrecen mayor prioridad, ya que contribuyen a hacer efectivo el principio de igualdad de oportunidades. Por otra parte es sobradamente conocido el progresivo deterioro de la capacidad del individuo para satisfacer por sí mismo las crecientes necesidades que resultan de la vida en sociedad; por ello, hay un continuo trasvase a la esfera pública de las preocupaciones que en tiempo anterior habían permanecido en la órbita individual; circunstancias que justifican en gran-

medida la notable expansión de las actividades de la Administración contemporánea en estos sectores.

LA COMPLEJIDAD DEL SECTOR SANITARIO.

En la planificación, organización y ordenación del sistema de salud deben tenerse en cuenta todas las posibilidades y múltiples influencias que permanentemente intervienen en las variaciones del "nivel de salud" de un país, tomando como sujeto la colectividad. La organización está representada por un complejo conjunto de actividades, funciones, instituciones y factores que podemos ordenar de manera resumida de acuerdo con la siguiente estructura:

A) Actividades propiamente sanitarias:

- 1.- Funciones relacionadas con la protección de la salud, tendentes al control de los riesgos provenientes del medio ambiente y de la vida en común. Unas actividades buscan el control del medio físico (sanidad ambiental, control de los alimentos, seguridad vial, actividades molestas etc.) y otras están relacionadas con la prevención de la enfermedad (enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas, accidentes, etc.).
- 2.- Funciones relacionadas con la promoción de la salud, orientadas a impulsar el óptimo desarrollo físico y mental del individuo: eugenesia; higiene escolar y deporte; alimentación y nutrición; educación sanitaria; medicina del trabajo, etc.
- 3.- Funciones relacionadas con la restauración de la salud, que pretenden devolver el estado de salud al individuo-enfermo: sistema de atención médica; centros asistenciales; transporte de enfermos; rehabilitación; farmacia; atención urgente, etc.
- 4.- Funciones que se relacionan con la organización de los servicios. Se trata de actividades fundamentales para la planificación, organización, ordenación, funcionamiento, gestión y control de las funciones anteriormente relacionadas: estadísticas; formación de personal; investigación de diversos tipos, evaluación, control, etc.

B) Actividades socio-económico-culturales.

Son las que en mayor medida deciden las condiciones básicas de salud y que además se encuentran fuera de lo que habitualmente entendemos como materia sanitaria. Son estos factores tan trascendentales como la educación y el nivel cultural; producción y reparto de Bienes; condiciones de trabajo; hábitat; cobertura social y de bienestar, etc.

LA ORGANIZACION SANITARIA EN ESPAÑA.

Aunque obligadamente no podemos en este momento profundizar en los antecedentes remotos de la Administración Sanitaria Española, si es preciso hacer referencia a normativas o disposiciones que aún hoy día condicionan nuestra actual organización sanitaria, me refiero concretamente a la Ley Orgánica de 28 de Noviembre de 1855, mediante la cual se establecen la Sanidad Pública y el Sistema de Beneficencia Pública a nivel nacional, provincial y local, dependiendo respectivamente del Estado, Diputaciones o Cabildos y Municipios. A partir de esta fecha el órgano rector de la Sanidad Española será la Dirección General de Sanidad, que salvo con un paréntesis entre los años 1930 a 1936 en que ésta adquirió un mayor rango administrativo, ha continuado hasta el año 1977 en que se creó el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

En el campo de la Seguridad Social las primeras iniciativas para la implantación en nuestro país de un sistema de seguros sociales obligatorios se inician entre los años 1883 a 1903, con la comisión de Reformas Sociales y posteriormente con el Instituto Nacional de Previsión, como organismo encargado de organizar y dirigir la Previsión Social en España. La atención sanitaria se concreta fundamentalmente en la instauración del Seguro Obligatorio de Enfermedad con la Ley de 14 de Diciembre de 1942, si bien hay que precisar que el encargo de su creación se produjo en el año 1932 y que con anterioridad existía un incipiente sistema de protección maternal e infantil y de accidentes de trabajo.

El título preliminar de la Ley de Bases de Sanidad de 25 de diciembre de 1944 señala que "incumbe al Estado el ejercicio de la función pública de Sanidad. En la consecución de sus fines será ayudado por las Corporaciones Públicas, organismos pa

raestatales y por las entidades particulares, bajo la ordenación, inspección, vigilancia, disciplina y estímulo de los organismos sanitarios dependientes del Estado".

Efectivamente, hasta la promulgación de la Constitución de 1978, en la que se contempla un nuevo esquema de la Administración Española prevista fundamentalmente en el Título VIII, la Administración Sanitaria se encontraba estructurada a tres niveles, el central, el provincial y el local. En ellos se encontraban distribuidas las diversas competencias en esta materia, dependiendo tanto del Estado <repartidas en distintos departamentos> ministeriales. Organismos Autónomos del Estado como eran el Instituto Nacional de Previsión y la Administración Institucional de la Sanidad Nacional; Diputaciones o Cabildos y Ayuntamientos; concurrendo, además, instituciones benéfico-privadas (laicas o religiosas) y la iniciativa privada fundamentalmente a través de los seguros libres de enfermedad.

A nivel central, encuadrada en el Ministerio de la Gobernación, figuraba la Dirección General de Sanidad como unidad administrativa responsable, al menos en teoría, de desarrollar la política sanitaria del Gobierno. El Instituto Nacional de Previsión, dependiendo del Ministerio de Trabajo, en el órgano planificador, ordenador y gestor de las atenciones sanitario-asistenciales de la Seguridad Social, que a diferencia de lo ocurrido en otros países occidentales, estableció un sistema propio de asistencia sanitaria evolucionando de forma paralela al resto del sistema sanitario. Existían importantes parcelas sanitarias repartidas en otros Ministerios: Ejércitos; Justicia; Educación y Ciencia; Agricultura y especialmente, como ya hemos señalado, en Trabajo.

A nivel provincial mantienen un importante papel las Corporaciones Locales, de acuerdo con lo que se establece en la ya referida Ley de Bases de Sanidad que posteriormente fueron recogidos en la Ley de Bases de Régimen Local.

Mediante el Real Decreto 1558/77, de 4 de julio, fue creado el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social (art.º 12) y el Real Decreto 1918 del mismo año determinó su estructura orgánica. Se le asignaron las competencias de Sanidad, Seguridad Social y Asistencia Social, pero por Real Decreto 2823/81, de 27 de noviembre se constituye como de Sanidad y Consumo, volviendo la Seguridad Social y la Asistencia Social al Ministerio de Trabajo.

La Constitución Española de 1978, el Título I determina los Derechos y Deberes fundamentales; el Capítulo II recoge los principios rectores de la política social y económica en --

donde se encuentran comprendidos todos los artículos constitucionales que hacen referencia a la calidad de la vida y como componente de esta, la Salud (Artículo 39, 40, 41, 43, 44, 45, 47, 49, 50 y 51). Desde el punto de vista de la ordenación de la Administración interesa especialmente el Título VIII -De la Organización Territorial del Estado-, establece la organización de este, así como los principios de autonomía para la gestión de sus intereses, garantizando la solidaridad que se consagra en el Artº. 2 de la Constitución, orientada hacia un equilibrio económico y evitando privilegios de este carácter o sociales. El Capítulo III «De las Comunidades Autónomas» desarrolla las competencias y obligaciones del Estado a repartir entre la Administración Central y las Administraciones Autonómicas.

El Artículo 148 relaciona las materias en las que la Comunidad Autónoma podrá asumir competencias que, referidas a los contenidos que nos ocupamos, comprende: ordenación del territorio, urbanismo y vivienda, las obras públicas de interés en su propio territorio, la gestión en materia de protección del medio ambiente, aguas minerales y termales, promoción del deporte y de la adecuada utilización del ocio, Asistencia Social, Sanidad e Higiene.

Por otra parte el Artículo 149 establece las materias que son competencia del Estado, posteriormente a la promulgación de la Constitución se han redactado, aprobado y promulgado los distintos Estatutos de las Comunidades Autónomas. En materia sanitaria y de consumo se han aprobado los Decretos de transferencias de las distintas actividades a medida que éstas han podido asumir las competencias.

Los servicios e instituciones dependientes del Organismo Autónomo Administración Institucional de la Sanidad Nacional, han sido transferidos en su totalidad a Cataluña y País Vasco; parcialmente, los servicios extrahospitalarios, a las Comunidades de Aragón, Asturias, Baleares, Castilla La Mancha, Extremadura, Murcia, País Valenciano y se encuentran en tramitación en el resto de ellas.

El Instituto Nacional de la Salud ha sido transferido a Cataluña y Andalucía.

En la actualidad el Ministerio de Sanidad y Consumo, en su nivel central, se encuentra estructurado conforme a lo que refleja el cuadro anexo nº 1, que comprende las distintas unidades dependientes del área de Sanidad o del Consumo. Independientemente de este Ministerio aún continúan existiendo facetas sanitarias adscritas a distintos Departamentos Ministeriales; Sanidad del Ministerio de Defensa; Agricultura; Justicia;

Educación y Ciencia; así como de Trabajo del que dependen la Seguridad Social, la Asistencia Social y la Financiación del Instituto Nacional de la Salud.

La Administración Sanitaria Autonómica se ha organizado de diversas formas de acuerdo con lo que reflejan los cuadros anexos nº 2. Son responsables de las actividades de las Direcciones Provinciales de Salud y de las competencias sanitarias que venían desarrollando las Corporaciones Locales, si bien la gestión de los centros y servicios se realicen en algunos casos por las Diputaciones, Cabildos o Ayuntamientos. Asimismo han sido transferidos la sanidad rural.

Recientemente el Gobierno ha aprobado el Proyecto de Ley General de Sanidad que se encuentra pendiente de su debate en las respectivas Cámaras Parlamentarias. Esta Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 46 y concordantes de la constitución y en el que se configura un sistema Nacional de Salud, considerado como el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

Se determinan las competencias estatales autonómicas, locales y de la alta inspección, la estructura del Sistema Sanitario Público, la coordinación general sanitaria, la financiación, etc.

LA ORDENACION DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN ESPAÑA.

El planteamiento de este tema ofrece de entrada múltiples enfoques, según que se considere al ciudadano receptor de la asistencia, el organismo que la presta, la financiación y la ordenación de los servicios propiamente dichos, que podemos sintetizar de la siguiente forma:

1. Considerando al sujeto receptor de la asistencia, éste puede ser:
 - Beneficiario de la Seguridad Social. En la actualidad extiende su cobertura a más del 93 por 100 de la población. La Seguridad Social de los funcionarios públicos se gestiona a través de organismos diferenciados (MUFACE, para los civiles e ISFAS para los militares), pudiendo recibir la asistencia sanitaria por el INSSALUD o a través de los Seguros Libres de Enfermedad.

- Personal incluido en el Padrón de la Beneficencia. -- Sin derecho a la Seguridad Social y sin medios económicos para subvenir por sí mismos a estas atenciones. -- Su cuantía es difícil de estimar pero puede ser que supere el millón de personas. La atención médica general la reciben a través de los sanitarios locales, ya sean estos funcionarios del Estado (hoy día de las Comunidades Autónomas) o de los Ayuntamientos en aquellos Municipios exceptuados. La asistencia especializada y en régimen de internamiento se realiza por medio de los servicios de las Diputaciones o Cabildos, ya sean propios o concertados. Cuando el proceso no puede ser atendido por el dispositivo propio, puede ser asumido por los servicios del Estado mediante el oportuno convenio.

En las Comunidades Autónomas uniprovinciales los servicios de las Diputaciones han quedado integrados en los propios de la comunidad.

- Privados. Se trata de ciudadanos con suficientes recursos económicos que reciben la asistencia directamente de un facultativo o centro asistencial, o lo que es más común, mediante los seguros libres de enfermedad que vienen atendiendo un colectivo de alrededor de ocho millones de personas, entre las que deben contar se la mayor parte de los funcionarios públicos de quienes ya se ha hecho referencia anteriormente.

2. Considerando el Organismo que presta la asistencia:

- Servicios Asistenciales del Ministerio de Defensa, -- destinados a la atención del personal militar y sus familiares.
- Servicios de Sanidad Penitenciaria, dependiendo del Ministerio de Justicia y orientados a la atención sanitaria de la población reclusa.
- Servicios Sanitarios de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AINS). Abiertos a toda la población del país. Asumió las actividades de los antiguos Patronatos Antituberculoso y de Asistencia Psiquiátrica, la Beneficencia General del Estado, además de disponer de otros centros y servicios singulares de escasa transcendencia desde el punto de vista asistencial. Muchos de sus servicios y establecimientos se han transferido a las Comunidades Autónomas y algunos de ellos se encuentran integrados funcionalmente

en el INSALUD (Hospital de la Princesa y el Niño Jesús). El artículo 93 de la Ley de Presupuestos del año 1985, prevé la desaparición de este Organismo Autónomo del Estado y su adscripción al INSALUD.

- Centros asistenciales dependientes del Ministerio de Educación y Ciencia a través de las Universidades. -- Nos estamos refiriendo a los Hospitales Clínicos, que en la disposición adicional 23 de la referida Ley de Presupuestos señala que quedarán desafectados del Ministerio de Educación y Ciencia para corresponder su adscripción demanial al Ministerio de Sanidad y Consumo, que los integrarán en la red sanitaria de la Seguridad Social.
- Servicios asistenciales de las Comunidades Autónomas; a través de las competencias, centros y servicios que han asumido del Estado. Los Sanitarios Locales, los Centros y servicios de la A.I.S.N. y del INSALUD, en aquellas Comunidades que se encuentran transferidos. Hay que referir también que las Comunidades uniprovinciales han integrado los servicios sanitarios de las respectivas Diputaciones.
- Servicios asistenciales de las Corporaciones Locales. A las Diputaciones Provinciales les compete la asistencia especializada de los incluidos en el Padrón de la Beneficencia, para ello disponen de un importante número de hospitales generales. Al no estar incluida la asistencia psiquiátrica en régimen de internamiento dentro de las prestaciones asistenciales de la Seguridad Social, estas Corporaciones se hacen cargo, prácticamente, de la totalidad de la misma, bien en centros propios o mediante concierto con otras instituciones.

Existen municipios que sustentan centros hospitalarios, en una gran parte bajo la fórmula de instituciones benéfico-privadas de carácter público. Los ayuntamientos exceptuados se hacen cargo directamente de las funciones y responsabilidades de los Sanitarios Locales así como de las de las Casas de Socorro.

- La asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Ejecutada a través del Instituto Nacional de la Salud que dispone de la principal red asistencial del país. Además administra centros de otros Organismos (Hospitales clínicos, algunos de la A.I.S.N. y Cruz Roja Española), y tiene concertado la atención a sus beneficiarios.

rios en régimen hospitalario con gran número de centros públicos y privados.

Para atender a los beneficiarios en el medio rural -- cuenta con los servicios de los Sanitarios Locales.

- Mutuas Patronales. Colaboran con la Seguridad social -- en la atención de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales.
- Entidades benéfico-privadas. Pueden ser laicas (Cruz-Roja; Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona; Fundación Jiménez Díaz de Madrid; Hospital de -- Basurto de Bilbao; Clínica Universitaria de Navarra, -- etc.), o de órdenes religiosas. Son instituciones sin ánimo de lucro en cuyos centros asistenciales se asis-- ten principalmente enfermos beneficiarios de la Segu-- ridad Social mediante concierto o bien de las Corpora-- ciones Locales para la atención psiquiátrica.
- Entidades privadas. Representadas por los Seguros Li-- bres de Enfermedad y por una amplia red de centros -- hospitalarios en los que se atiende a los afiliados -- de estos seguros y en gran parte a beneficiarios de -- la Seguridad social a través de conciertos estableci-- dos a este fin.

3. Desde el punto de vista de la financiación:

- Con cargo a los Presupuestos Generales del Estado se-- financia en su totalidad la Sanidad Militar, los Ser-- vicios Sanitarios del Ministerio de Justicia; parte -- de los centros y servicios de la A.I.S.N. no transfe-- ridos a las Comunidades Autónomas; parte de los servi-- cios de carácter sanitario del Ministerio de Educa--- ción y Ciencia.

Se debe señalar en este apartado, además, la aporta-- ción directa del Estado para la financiación de la Se-- guridad Social, MUFACE e ISFAS.

- Con cargo a las Comunidades Autónomas. Se financian -- los Sanitarios Locales y parte de los servicios asumi-- dos por la AISN o de los integrados de las Corporacio-- nes Locales.
- Seguridad Social. Financia el mantenimiento de los -- servicios y centros del INSALUD propios o administra--

dos por esta Entidad que ya han sido relacionados. -- Asimismo financia los transferidos de esta Entidad -- Gestora a las Comunidades Autónomas (Cataluña y Andalucía), así como los conciertos que para la atención de sus beneficiarios tiene establecidos con organismos públicos (AISN, Corporaciones, Organismos Autónomos - del Estado), benéfico-privados o privados.

- Por el sector privado. Mediante los Seguros Libres de Enfermedad realización directa entre facultativo, establecimientos y pacientes.

En cuanto a la Ordenación de la Asistencia Sanitaria propiamente dicha, cabe señalar que con carácter general las modalidades que puede adoptar pueden ser:

- a) Según el lugar en donde se atiende al paciente: domiciliaria, ambulatoria o en régimen de internamiento en un centro hospitalario. Una forma -- más simple de referirlos a efectos de la organización es en asistencia hospitalaria y extrahospitalaria.
- b) De acuerdo con el carácter perentorio que requiere la atención, la asistencia puede ser urgente o normal.
- c) De acuerdo con el tipo de patología que se atiende la asistencia puede ser general, primaria o de familia, cuando se presta por el primer eslabón de la cadena asistencial o procesos iniciales, generales o sencillos y especializada cuando requiere de profesionales y procedimiento de diagnósticos singulares para determinadas patologías u orientadas a determinados grupos de edades o sexos.

LOS RECURSOS SANITARIOS.

Los recursos con que cuenta la Sanidad en nuestro país los podemos exponer de forma resumida de acuerdo con los siguientes apartados:

a) Recursos personales

Se puede decir que en la actualidad cerca de 500.000 personas se encuentran relacionadas con distintas actividades del sector sanitario. Solamente en los hospitales -- prestaban su actividad laboral 278.502 personas en el -- año 1981 (Cuadro n° 3).

La plantilla del personal fijo del INSALUD en el año --- 1984 ascendía a 220.278 personas (Cuadro n° 4), de los -- que 133.999 (el 60,1 por 100), trabajaban en sus hospita -- les y 70.602 (32 %), en atención ambulatoria. El resto -- lo hacía en distintos servicios. En la década comprendi -- da entre los años 1974-84, se ha duplicado el número de -- personas vinculadas con los hospitales propios de esta -- Entidad.

La evolución seguida en nuestro país por los titulados -- sanitarios nos la muestra el cuadro n° 5, que expone el -- número de profesionales colegiados desde el año 1966 a -- 1982. Refleja el aumento espectacular que han seguido al -- gunas profesiones sanitarias, pudiendose decir que, al -- igual que sucede con otros sectores profesionales, existe en la actualidad una importante plétora que es motivo de preocupación de la Administración.

Nuestras tasas de profesionales sanitarios en relación -- con la población de España, se encuentran entre las más -- elevadas a nivel mundial.

Desde el punto de vista cuantitativo hay que hacer refe -- rencia al papel cada vez más importante que desempeña el -- sexo femenino de este sector.

b). Recursos institucionales.

Los recursos institucionales los consideramos exclusiva -- mente en el sector asistencial, puesto que la disparidad de centros e instituciones nos llevaría a un estudio de -- masiado pormenorizado y, por otra parte, tampoco se dis -- pone de un catálogo que recoja a todos ellos.

En lo que hace referencia a los establecimientos hospita -- larios, el dispositivo existente ascendía en 1983 a 1078 -- hospitales que se distribuían por las distintas Comunida -- des Autónomas de acuerdo con lo que se manifiesta en el -- cuadro n° 6. El número total de camas globalizaba 195.516

que supone un índice de 5,17 camas por 1000 habitantes, de las cuales 3,70 (139.839), estaban destinadas a la atención de enfermos afectados de procesos agudos y 1,47 (55.677 camas) a enfermos crónicos o que requerían hospitalizaciones de larga estancia.

La distribución del número de camas de acuerdo con su dependencia patrimonial (Cuadro n° 7), nos muestra que la red hospitalaria del INSALUD es la más importante ya que representaba el 26,3% del total de las camas, seguida de la perteneciente a las Corporaciones Locales con el 22,31 por 100. El Sector público cuenta con 422 hospitales (40%) y 132.452 camas (67,7%). El sector privado, incluido el benéfico-privado, disponía de 656 hospitales (60%), que totalizaban 63.164 camas (32,3%).

La distribución de las camas por las distintas especialidades se expone en el cuadro n° 8, pudiéndose decir que se dispone de un número suficiente de ellas para la atención de enfermos agudos; que la distribución geográfica y accesibilidad a las mismas, salvo excepciones, es buena y que se completará con el programa de hospitales comarcales en fase de construcción. Tenemos un déficit importante de camas destinadas a enfermos crónicos o que necesitan hospitalizaciones largas o con cargas sociales importantes, déficit que se agrava con el proceso de envejecimiento de la población y consiguiente incremento de estas causas, significando que es el principal problema con que se enfrenta la Administración Sanitaria.

El nivel de calidad de nuestros hospitales, manifestado tanto en la modernidad de los establecimientos, equipamiento y nivel profesional del personal que en ellos trabajan, el material disponible, la cobertura asistencial y tecnología alcanzada, se puede considerar globalmente como muy aceptable, si bien existen ostensibles diferencias en razón de su dependencia patrimonial, compromiso asistencial y posibilidades de financiación.

Resulta más difícil concretar el dispositivo existente de centros ambulatorios debido a su diversidad y múltiple dependencia. A título significativo el Instituto Nacional de la Salud dispone de 338 Ambulatorios, 714 consultorios y 158 centros de salud. Existen un gran número de estos establecimientos dependiendo de: Municipios, Diputaciones, AISN, Comunidades Autónomas, Mutualidades de Accidentes de Trabajo, Entidades del Seguro Libre, etc.

El número de Oficinas de Farmacia establecidas en España asciende a 16.829. Existen además, como ya se ha señalado anteriormente, otros tipos de centros sanitarios destinados a distintas atenciones (laboratorios de salud, centros de investigación, almacenes de medicamentos, centros de rehabilitación, etc.).

El número de bancos de sangre es de 192 y el de centros en los que se practica hemodiálisis a enfermos afectados de insuficiencia renal terminal superan los 120 centros.

c) Recursos materiales e instrumentales.

Los recursos materiales que se utilizan en el sector sanitario comprenden una amplia gama que se extiende desde los medicamentos; productos fito-sanitarios; equipamiento tecnológico de diagnóstico y tratamiento de variado grado de complejidad; ambulancias, etc.

El capítulo de la producción distribución y utilización de los medicamentos posee una relevante importancia ya que abarca a más de 12.000 las especialidades registradas en nuestro país, la existencia de unos doscientos sesenta laboratorios de productos farmacéuticos, de patrimonio nacional e internacional, que operan en el mismo. El montante de consumo asciende a volumen económico cercano a los 250.000 millones de pesetas en el año 1984, de los cuales el gasto en este concepto por parte de la Seguridad Social ascendió en el referido año a 178.347 millones.

A pesar de que la industria farmacéutica mantiene una singular tradición y expansión en nuestro país, no obstante, al igual que la mayoría de los países, tenemos una gran dependencia del sector exterior, tanto en el suministro de materias primas, investigación, fabricación y capital de explotación, que sustentan las grandes sociedades multinacionales que operan en este sector.

En cuanto a los productos médico-sanitarios se ha de señalar que comprende también un numerosísimo listado de artículos. A título indicativo en el cuadro nº 9, se expone el número aproximado de productos que están integrados en los diferentes subsectores de este tipo de equipamiento que alcanza a 6.370 productos. Abarca desde la electromedicina y aparatos de laboratorio; instrumental médico-quirúrgico; productos irrecuperables, etc.

Su adquisición superó la cifra de 110.000 millones de pesetas en el año 1983. El suministro de la mayor parte de este material, así como los reactivos y otro material -- preciso para asegurar la continuidad del funcionamiento de nuestro sistema sanitario, está condicionado a las importaciones que se realizan del exterior.

No disponemos de un censo actualizado de las ambulancias existentes en España, debido a la múltiple dependencia - patrimonial; del sector público (Municipios, Diputaciones, S. Social, etc.); benéfico-privadas (Cruz Roja) o privadas con un empresariado muy atomizado. Se puede estimar que el número de vehículos destinados a esta función supera los dos mil. Es muy variado su modelaje, equipamiento y distribución. Es necesario el establecimiento de redes de transporte sanitario para enfermos urgentes a nivel provincial o regional, contando además con sistemas de alarma y coordinación, un mejor dispositivo para el traslado asistido de los enfermos de alto riesgo, así como la institucionalización del transporte aéreo.

El número de ambulancias propias del INSALUD es de 138 y 985 las concertadas con otras entidades o empresas.

d) Recursos económicos.

Un reciente estudio de los costes de la Sanidad en el -- año 1984 los cifraban en 1,35 billones de pesetas, que -- se correspondería con el 5,5% del PIB. Entre las aportaciones del sector público cabe señalar que la Seguridad social, a través de los presupuestos del INSALUD, gastó 875.215 millones de pesetas, que representa el 65 por -- 100 del total de gasto. A esta partida habría que sumarla incluidas en el Presupuesto General del Estado en -- los distintos Departamentos con actividades en este sector (Ministerio de Sanidad y Consumo, Defensa, Justicia, Educación y Ciencia, etc.), así como en el del resto de las Administraciones: Comunidades Autónomas, Diputaciones, Municipios.

e) Accesibilidad a los servicios.

Anteriormente se ha reseñado que la cobertura de la atención sanitaria a través de la Seguridad Social se extendía al 93 por 100 de la población española, que se ha am

pliado aún más en los últimos años. La beneficencia y seguros privados alcanzan al resto de población no comprendida en la misma. Uno de los principios generales del Proyecto de Ley Gral. de Sanidad con la creación de un Sistema de Sanidad, es la extensión de esta asistencia sanitaria pública a la totalidad de la población española de forma progresiva.

La cobertura y accesibilidad territorial a los servicios, independientemente de las dificultades que ofrece la orografía y dispersión de la población, se puede considerar como muy aceptable para su mayoría.

LA MOVILIZACION EN SANIDAD.

La Ley Orgánica 6/1980 por la que se regulan los criterios básicos de la defensa nacional y de la organización militar, en sus artículos 2 y 3 ofrece las siguientes definiciones: "La defensa Nacional es la disposición, integración y acción coordinada de todas las energías y fuerzas morales y materiales ante cualquier forma de agresión, debiendo todos los españoles participar en el logro de tal fin. Tiene por finalidad garantizar de modo permanente la unidad, soberanía e independencia de España, su integridad territorial y su ordenamiento constitucional, protegiendo la vida de la población y los intereses de la Patria, en el marco de lo dispuesto en el artículo 97 de la Constitución.

La Defensa Nacional será regulada de tal forma que, tanto en su preparación y organización como en su ejecución, constituya un conjunto armónico que proporcione una afectiva seguridad nacional".

El artículo catorce señala que "Todos los recursos humanos y materiales y todas las actividades, cualquiera que sea su naturaleza, podrán ser movilizados por el Gobierno para satisfacer las necesidades de la defensa nacional o las planteadas por circunstancias excepcionales, en los términos que establezca la Ley de Movilización Nacional".

Los artículo 1 y 7 de la Ley 60/69 Básica de la Movilización Nacional manifiesta que consiste esta en "el conjunto de previsiones y acciones que garantizan la adaptación ordenada, rápida y segura de los recursos de la Nación, cualquiera --

que sea su naturaleza, a las necesidades de la de la defensa nacional o cuando situaciones excepcionales lo exijan",

Un anteproyecto de ley elaborado recientemente para dar cumplimiento a la Acción n° 16 de la directiva de Defensa Nacional, matiza algunos aspectos de la definición anteriormente expuesta en el sentido de: "adaptación y respuesta ordenada...", y, "circunstancias excepcionales cuando éstas no puedan afrontarse con las medidas contenidas en las disposiciones legales".

Entre los recursos movilizables se relacionan: las personas y toda clase de bienes, muebles e inmuebles, derechos, actividades, empresas, industrias, alojamientos, prestaciones personales y, en general, todos los elementos que puedan contribuir a las finalidades indicadas. Por supuesto entre estos medios, actividades y servicios se encuentran los sanitarios que, además, se señalan específicamente:

La movilización comporta una ordenación técnica y operativa que comprende: el mantenimiento actualizado de los recursos movilizables; establecimiento de unidades técnico-administrativas capaces de planificar y coordinar la utilización de estos recursos; normativas que delimiten el alcance de los recursos que pueden ser afectados así como las autoridades que determinan estas situaciones; la organización y ordenación del proceso de movilización sentando las garantías y reglas de su funcionamiento.

A la hora de plantear los mecanismos operativos para cumplir las exigencias anteriormente expuestas en la Movilización en Sanidad, parece obligado traer a colación otros dos conceptos que a nuestro entender obligan también al establecimiento de planes, colaboraciones y estructuras operativas de su máxima utilidad y aprovechamiento mutuo en el campo de actuación ante situaciones excepcionales; nos referimos a los conceptos de Defensa civil y Protección Civil.

La Defensa Civil la debemos entender de acuerdo con lo establecido en el artículo veintiuno de la Ley Orgánica 6/1980 como "la disposición permanente de todos los recursos humanos y materiales no propiamente militares, al servicio de la defensa nacional, y también en la lucha contra todo tipo de catástrofes extraordinarias".

La Protección Civil, de acuerdo con lo establecido en la Ley recientemente promulgada, (Ley 2/1985 de 4 de enero), se concibe como un servicio público cuya competencia corresponde a la Administración Civil del Estado y a las restantes administra

ciones públicas. Se identifica doctrinalmente como la protección física de las personas y de los bienes en situaciones de grave riesgo colectivo, calamidad pública o catástrofe extraordinaria, que debe actuar a través de procedimientos de ordenación, planificación, coordinación y dirección de los distintos servicios públicos, que exigen poner a contribución los recursos humanos y materiales pertenecientes a las mismas, organizaciones y empresas e incluso a los particulares.

Se orienta al estudio y prevención de las situaciones de grave riesgo; concreta sus objetivos en caso de guerra y estados de alarma, excepción o sitio y las colaboraciones con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y las fuerzas Armadas. Perfila asimismo las obligaciones de todos los ciudadanos y prestaciones para con este servicio; el establecimiento de un catálogo de actividades que pueden originar una situación de emergencia; al establecimiento de las medidas de seguridad, prevención y de autoprotección. Se elaboran unas normas básicas de Protección Civil para la elaboración de planes territoriales, especiales por sectores de actividad, tipos de emergencia o actividades concretas. La elaboración del catálogo de recursos movilizables, directrices de funcionamiento de los distintos servicios; criterios sobre movilización y coordinación de recursos, estructuras operativas. etc.

Utilizando los conceptos aplicados con anterioridad, entendemos la Movilización en Sanidad como: las previsiones y acciones integradas y coordinadas, que garantizan la adaptación y la respuesta ordenada, rápida y segura de los recursos humanos y materiales y las actividades de esta naturaleza (sanitarias), a las necesidades de la defensa nacional o cuando situaciones excepcionales lo exijan.

A los efectos operativos lo concebimos como un quehacer graduado, que partiendo de unas acciones previas pueda proyectarse en varios campos, con actividades comunes que son aplicables en las distintas situaciones o requerimientos con las diferenciaciones y recursos adicionales que en caso precisen, que puedan orientarse tanto a la Protección Civil como a la Defensa Nacional.

Las acciones a acometer serían:

- 1.- Establecimiento e institucionalización de una Unidad en el Departamento de la Sanidad, que se responsabilice y materialice las actividades para cumplimentar y contribuir a la consecución de los distintos objetivos y funciones asignadas en los distintos sectores relacionados con las materias expuestas.

Mantendrá una relación directa con el resto de las -- unidades del Departamento y de todas las estructuras de la Sanidad, independientemente de su vinculación o dependencia patrimonial o administrativa y, por supuesto, con los Organismos res-- ponsables de la ejecución general y directa.

Como responsable del Servicio de Movilización, las misiones serán: el estudiar, proponer, programar, inspeccionar y ejecutar, en su caso, cuanto afecte a la movilización dentro de la esfera de la Sanidad y el Consumo, contando con la colaboración de las Comunidades Autónomas y de la Administración Local.

En el Ministerio de Sanidad y Consumo estas actividades se perfilan en la Unidad de Acción Sanitaria y Consumo, que dependiendo directamente del titular del Departamento tiene como misión: "atender con carácter ordinario y permanente a la satisfacción de las actuaciones urgentes o funcionalmente atípicas que puedan surgir en el ámbito de actuación del Departamento y muy especialmente a:

- Coordinación de recursos y unidades para evitar o reparar supuestos concretos de riesgos.
- Proveer a la adopción, con carácter inmediato, de medidas urgentes.
- Atender a la solución de los supuestos de desasistencia derivados de la carencia o deficiencias del sistema sanitario.
- Adoptar las medidas de cualquier clase para hacer frente a las situaciones de crisis o emergencia sanitarias o asistenciales.
- Las competencias que expresamente le delegue el Ministro o Subsecretario del Departamento. (Real Decreto 41/1983 de 12 de Enero).

Esta Unidad viene actuando en todas las situaciones de emergencia que se han producido ultimamente, nacionales como en el extranjero.

2.- Actualización del inventario de recursos sanitarios.

Los servicios técnicos del Ministerio tienen permanentemente actualizados los recursos hospitalarios a través del Cátalogo Nacional de Hospitales, que con bastante detalle se reví

sa todos los años a través de la cumplimentación de un modelo - que comprende: capacidad; personal; movimiento asistencial servicios asistenciales; características del inmueble; equipamiento y movimiento económico.

Las Administraciones de los Organismos Autónomos INSA LUD y Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISN), disponen de forma más detallada aún, de la totalidad de los inventarios de sus recursos actualizados.

Es preciso mantener comunicación permanente con las - Administraciones Sanitarias de las Comunidades Autónomas de la - Administración Local, para superar las deficiencias de información sobre los recursos propios, transferidos o administrados, - independientemente que dependan del sector público o privado.

En el Caso preciso el inventario del personal sanitario titulado también puede obtenerse a través de los respectivos colegios profesionales.

Es de especial interés el mantener un registro actualizado de aquellos servicios singulares que pueden ser utilizados particularmente en determinadas situaciones de emergencia: - unidades de quemados; bancos de sangre; servicios de descontaminación; de ejecución de técnicas analíticas precisas, equipamientos de diagnóstico y tratamiento especiales, etc.

Es absolutamente necesario el establecer un inventario de los recursos existentes para el transporte sanitario diferenciando los distintos tipos y dependencia patrimonial.

3.- Detección de las posibles vulnerabilidades de sistema sanitario en caso de riesgo, crisis o conflicto; así como el establecimiento de planes alternativos o medidas para subvenir estas deficiencias.

Estos procederes han sido analizados en algunas de -- las Acciones de la Directiva de Defensa Nacional y figuran entre los cometidos a desarrollar por el Ministerio de Sanidad y consumo. Hacen referencia a : suplementos de infraestructura -- asistencial puntuales; cooperación; producción y garantía de su ministro de medicamentos y material sanitario; medios de evacuación, etc.

4.- Estudio de las situaciones de riesgo y elaboración de -- planes selectivos y territoriales para actuar frente a situaciones extraordinarias o emergencia.

En colaboración con la dirección General de Protección Civil se trata de elaborar un catálogo de las actividades de todo orden que pueden dar origen a una situación de emergencia, así como de los centros, establecimientos y dependencias en que aquellas se realizan; potenciando los sistemas de prevención y de autoprotección, así como la elaboración de los correspondientes planes de emergencia: norma básica de Protección Civil; planes territoriales o sectoriales, en los que se describan las actuaciones del grupo sanitario, de socorro y auxilio.

La Unidad de Acción Sanitaria y Consumo ha colaborado en la elaboración del PLAN ALFA (Plan Nacional Básico de Protección civil); Planes Territoriales de Intervención de Emergencia de Protección Civil (COPLAMER) y en los Criterios Orientadores para la elaboración de un Mapa de Riesgos, así como la redacción de un Proyecto Anexo del Grupo Sanitario al Plan Alfa y Planes Territoriales o Sectoriales.

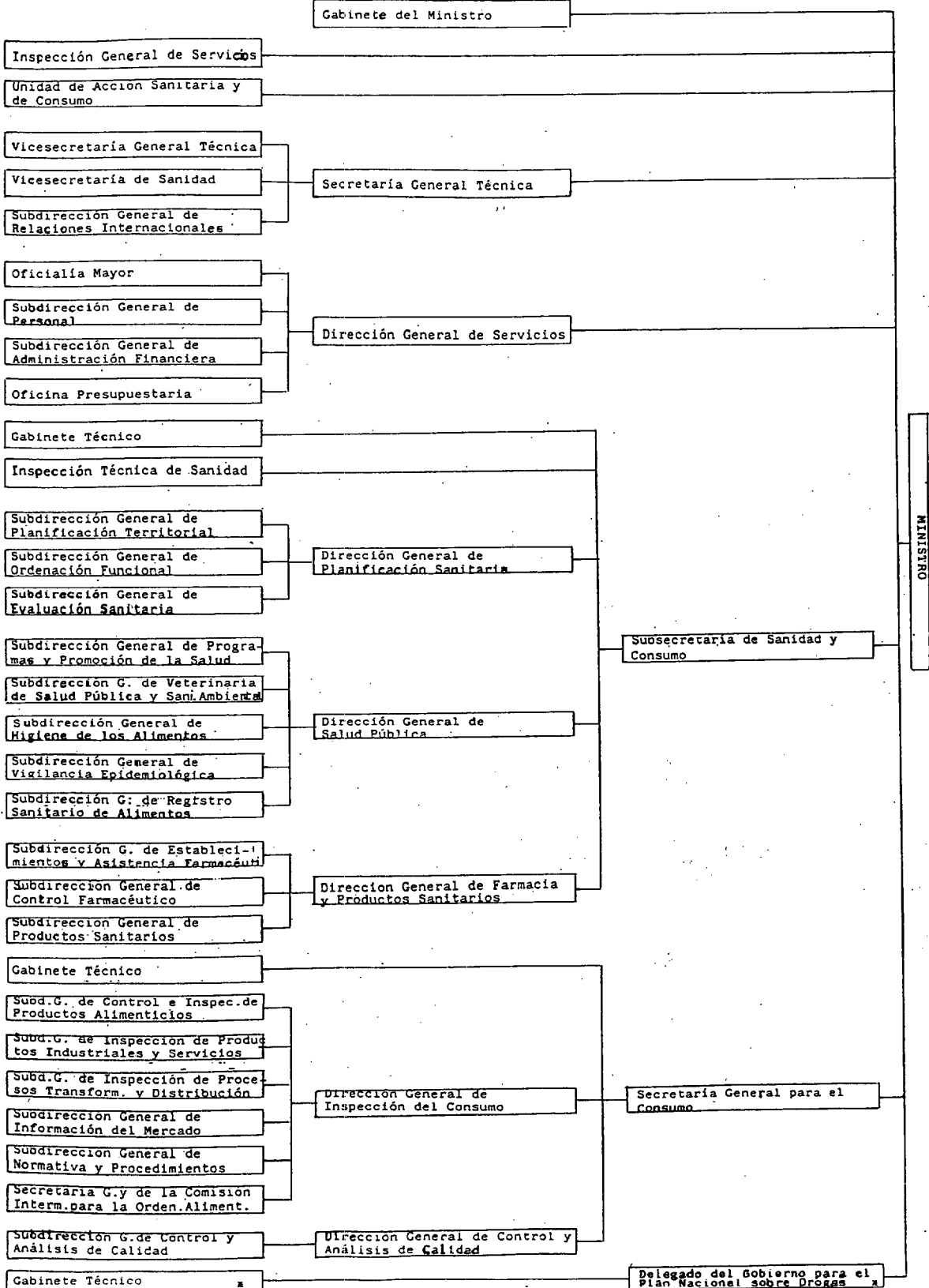
La Unidad es el brazo operativo de la Dirección general de Protección Civil en los aspectos sanitarios con la que se colabora habitualmente.

5.- Incrementar y propiciar las medidas de autoprotección y actuación adecuada del propio sector sanitario para las actuaciones de catástrofe.

Cabe señalar el establecimiento de planes de actuación de todos los establecimientos sanitarios, en especial de los hospitales, ante los casos de catástrofe ya se produzca esta en el ámbito extrahospitalario o afecten al propio establecimiento.

6.- Contribuir a la formación y educación ciudadana en materia de autoprotección; socorrismo y educación sanitaria, al objeto de que de acuerdo con su nivel de formación y actividad profesional, pueda actuar positivamente en las situaciones a las que nos venimos refiriendo.

Concretándonos a lo actualmente vigente en materia de movilización en Sanidad, existe la Orden de 9 de Abril de 1980 por la que se regula este Servicio para el entonces Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. En esta normativa se señalan sus misiones; se establece su estructura orgánica, e indica quien ostentará la Jefatura del Servicio; la composición de la Comisión Ministerial, recogiendo asimismo la existencia de Departamentos de Movilización en las Delegaciones Territoriales. Durante los primeros años este Servicio mantuvo una vida activa cumpliendo los cometidos que tenía encomendados.



* Adscrito al Ministerio de Sanidad y Consumo, según Real Decreto 1677/1985, de 11 de septiembre

Viceconsejería
Secretaría Gral. Técnica
D. Gral. Primaria y Promoc. de Salud
D. Gral. Asistencia Hospitalaria y Especialidades Médicas.
D. Gral. Estruct. y Estudios Sanitarios

ANDALUCÍA

D. Gral. de Salud Pública
Gabinete Técnico
Secretaría General

PRINCIPADO DE ASTURIAS.

Secretaría Técnica
D. Regional de Salud Pública
D. Regional para la Reforma de la Salud Mental.

BALEARES

Secretaría Gral. Técnica
D. Gral. Sanidad
D. Gral. de Consumo

CANTABRIA.

Secretaría Técnica
D. Regional de Sanidad

CASTILLA - LA MANCHA

Secretaría Gral. Técnica
D. Gral. Salud Pública
D. Gral. de Consumo
Inspección Gral. de Servicios

Secretaría General
D. Gral. Salud Pùb. y Asist. Primaria
D. Gral. Asist. Hosp. y Espec. Médicas
D. Gral. de Consumo

CATALUÑA

Instituto Catalán de Salud
Gabinete del Consejero
Secretaría General
D. Gral. Promoción Salud
D. Gral. Ord. y Planif. Sanit.

COMUNIDAD VALENCIANA

Secretaría General
D. Gral. de Salud.
D. Gral. de Asistencia Sanitaria

Secretaría Gral. Técnica
D. Gral. Programas Sanitarios y Atención Primaria
Inspector General de Salud y Servicios.

GALICIA

Secretaría Gral. Técnica
D. G. Salud Pública
S. G. Promoc. y Protec. S.P
S. G. Sanidad Alimentaria
S. G. Admón y Finanzas
D. G. Asist. Sanitar.
S. G. de Personal
S. G. Ordenación Sanitar.
D. G. de Consumo

MADRID

Viceconsejería
Secretaría Gral. Técnica
D. Gral. de Salud

MURCIA

Viceconsejería de Sanidad y Consumo
Secretaría General Técnica
D. Regional de Salud
D. Regional de Planificación Sanitaria.
D. Regional de Asistencia Sanitaria.

Servicio de Planif. y Ordenación.
Servicio Regional de Salud

Viceconsejería de la Salud
D. Gral. de Salud Pública.
D. Gral. de Asistencia Sanitaria

PAIS VASCO

Secretaría Técnica.
Director Regional de Salud.

LA RIOJA

=====

DISTRIBUCION DEL PERSONAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS. - Año 1.981

=====

- Personal directivo	2.239
- Personal Sanitario	194.431
Médicos	52.185
Farmacéuticos	699
Otros titulados superiores	1.165
Personal de enfermería titulado	66.720
Personal Auxiliar de enfermería	73.662
- Personal no sanitario	81.912
TOTAL	278.582

=====

Fuente: Estadística de Establecimientos sanitarios con
régimen de internado - INE 1.981

2. PLANTILLA DE PERSONAL FIJO* DEL INSALUD A 31 DE MARZO DE 1984

CLASIFICACION	Atención primaria	Atención hospitalaria	Investigación y docencia	Prestaciones complemen- tarias	Dirección y Serv. Generales	Centros nuevos y en funciona- miento	TOTAL
PERSONAL DIRECTIVO	—	6	—	—	18	—	24
PERSONAL FUNCIONARIO	579	1.855	6	241	8.192	8	10.880
Técnicos	177	505	2	18	1.976	3	2.681
Inspectores	94	155	—	19	1.108	3	1.379
A.T.S. y Asistentes Sociales	7	297	—	—	572	—	876
Titulados medios	1	19	—	—	9	—	29
Administrativos	116	358	1	45	1.226	2	1.748
Auxiliares Administrativos	170	497	1	149	2.814	—	3.631
Subalternos	10	15	—	9	372	—	406
A extinguir	4	9	1	1	115	—	130
PERSONAL FACULTATIVO	32.032	16.229	5.899	—	1	64	54.225
De cupo	31.272	62	3	—	—	—	31.337
De urgencia	36	209	21	—	—	—	266
Jerarquizados	638	15.908	106	—	—	64	16.716
Residentes	—	44	5.769	—	—	—	5.813
Accidentes de trabajo	86	6	—	—	1	—	93
PERSONAL AUXILIAR SANITA- RIO	26.935	75.944	387	—	6	303	103.575
A.T.S. de Urgencias	372	162	—	—	—	—	534
A.T.S. de Instituciones	10.460	41.997	292	—	2	175	52.926
A.T.S. de Accidentes de trabajo	79	84	—	—	—	—	163
A.T.S. de Cupo	11.095	5	1	—	—	—	11.101
Auxiliares Clínica de Instituciones ..	4.623	33.597	94	—	1	128	38.443
Auxiliares Clínica de Accidentes de Trabajo	306	99	—	—	3	—	408
PERSONAL NO SANITARIO ...	11.056	39.965	237	—	101	215	51.574
Mantenimiento	290	818	3	—	1	9	1.121
Auxiliares Administrativos	3.497	10.366	47	—	55	52	14.017
De Oficio	1.516	11.135	75	—	8	42	12.776
Celadores	5.666	16.969	112	—	17	112	22.876
Accidentes de trabajo	85	627	—	—	20	—	732
Otras categorías	2	50	—	—	—	—	52
TOTAL GENERAL	70.602	133.999	6.528	241	8.318	590	220.278

(*) Por personal fijo se entiende aquél que se rige por cualquiera de los distintos Estatutos Jurídicos de Personal de la Seguridad Social en consecuencia no se recoge en este cuadro al Personal no estatutario.

EVOLUCION DE EQUIPAMIENTO DE PERSONAL SANITARIO TITULADO EN ESPAÑA (Profesionales Colegiados)

	Fuente: Anuario Nacional de Estadística				VÍctor Conde
	1.966	1.970	1.976	1.980	
MEDICOS	40.840	45.335	64.597	86.253	104.759
VETERINARIOS	7.535	7.661	7.581	8.178	8.037
FARMACEUTICOS	13.805	15.963	19.253	23.299	26.274
ODONTOLOGOS	3.126	3.361	3.703	3.946	4.065
PRÁCTICANTES Y ATS	21.758	22.634	36.051	125.313	136.992
MATRONAS	4.546	4.123	4.356	4.192	4.893
ENFERMERAS Y ATS	-	-	40.019		
FISIOTERAPEUTAS				2.419	2.648

EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO.- AÑO 1.983

DISTRIBUCION POR COMUNIDADES AUTONOMAS

<u>COMUNIDAD AUTONOMA</u>	<u>Población</u>	<u>Nº de Hospitales</u>	<u>Nº total Camas</u>	<u>Camas % habit.</u>	<u>Camas agudos/1000</u>	<u>Camas crónicos/1000</u>
- ANDALUCIA	6.463.131	152	29.344	4,54	3,47	1,06
- EXTREMADURA	1.050.119	25	4.343	4,13	2,73	1,40
- CASTILLA-LEON	2.577.105	80	16.084	6,24	3,75	2,49
- GALICIA	2.752.816	96	11.553	4,20	3,23	0,97
- PAIS VASCO	2.134.967	76	12.509	5,85	4,41	1,45
- CASTILLA-LA MANCHA	1.628.005	45	7.319	4,49	2,88	1,61
- CATALUÑA	5.958.208	198	31.486	5,28	3,75	1,53
- PAIS VALENCIANO	3.666.765	76	15.099	4,11	2,96	1,15
- CANARIAS	1.442.626	54	7.565	5,24	3,86	1,38
- ASTURIAS	1.127.007	32	6.572	5,83	4,21	1,62
- NAVARRA	507.367	15	3.782	7,45	5,00	2,45
- LA RIOJA	253.295	9	2.086	8,24	4,79	3,45
- BALEARES	685.088	24	3.918	5,72	4,12	1,60
- CANTABRIA	510.616	15	3.182	6,23	4,82	1,41
- MADRID	4.726.986	108	27.500	5,81	4,21	1,60
- MURCIA	957.903	27	4.220	4,40	3,40	1,00
- CEUTA	70.864	3	619	8,73	7,83	0,90
- MELILLA	58.449	2	543	9,29	5,29	4,00
T O T A L	37.784.416	1.078	195.516	5,17	3,70	1,47

EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO.- AÑO 1.983

DISTRIBUCION DE LAS CAMAS SEGUN SU DEPENDENCIA PATRIMONIAL.-

	<u>Hospitales</u>	<u>Camas</u>
A.I.S.N.	76	12.692 - 6,49%
UNIVERSIDADES	11	8.818 - 4,5 %
MILITARES	40	10.664 - 5,45%
OTROS ADMINISTRACION CENTRAL ..	6	869 - 0,4 %
INSALUD	117	51.431 - 26,3%
DIPUTACIONES Y CABILDOS	108	43.165 - 22,07%
MUNICIPIOS	62	4.652 - 0,24 %
BENEFICO PARTICULARES	63	9.801 - 5,01 %
IGLESIA	60	13.399 - 6,85 %
CRUZ ROJA	31	3.355 - 1,71 %
PRIVADOS	502	36.609 - 18,72%
INSTITUTO SOCIAL MARINA	2	61
T O T A L	1.078	195.516

EQUIPAMIENTO HOSPITALARIO.- AÑO 1983DISTRIBUCION DE CAMAS AGUDOS CRONICOS Y POR ESPECIALIDADES

Población:	37.784.416		
Nº de Hospitales:	1.078		
Nº total de camas:	195.516		
Camas por 1000 habitantes:	5,17		
Camas de Agudos:	139.839		
Camas de Agudos por 1000 habitantes:	3,70		
Camas de Crónicos:	55.677		
Camas de Crónicos por 1000 habitantes:	1,47		
Camas de Medicina Interna:	44.809.-	Por 1000 habitantes:	1,18
Camas de Cirugía:	65.990.-	Por 1000 habitantes:	1,75
Camas de Maternidad:	13.384.-	Por 1000 habitantes:	0,35
Camas Infantiles:	12.007.-	Por 1000 habitantes:	0,32
Camas Neonatología:	3.649.-	Por 1000 habitantes:	0,10
Camas Enfermedades del Tórax:	5.521.-	Por 1000 habitantes:	0,15
Camas Psiquiátricas:	40.919.-	Por 1000 habitantes:	1,08
Otras camas:	9.237.-	Por 1000 habitantes:	0,24

**NUMERO APROXIMADO DE PRODUCTOS QUE COMPONEN
LOS DIFERENTES SUBSECTORES**

SUBSECTOR	NUMERO DE PRODUCTOS
Electromedicina y aparatos de laboratorio	600
Instrumental médico-quirúrgico	950
Material de un solo uso:	30
— Banco de sangre	
— Material general y de quirófanos (medicina general, material de curas, fotografía y cine)	2.500
— Material de radiología	200
— Material de laboratorio	2.000
— Isótopos radioactivos	100
TOTAL	6.370