

corresponde a los poderes públicos. Otra cosa es en lo tocante a la provisión de los servicios derivados del aseguramiento. En cualquier caso los dispositivos de provisión pública han de poderse gestionar para poder ser efectivos y eficientes y el derecho público, hecho *ex profeso* para evitar el riesgo, impide la gestión cuyo principal ingrediente es la asunción del citado riesgo. Las fórmulas posibles para ello son múltiples. Hay que tomar decisiones al respecto.

20. Un tema no resuelto es el de la salud pública imbricada con el modelo asistencial, no sólo en la protección a las personas sino también en las acciones sobre el medio y con responsabilidades compartidas entre instituciones. El horizonte de una mayor conciencia eco-social en un sentido amplio obliga a reforzar por un lado, la responsabilidad de los entes locales en el tema y de revisar por otro, la figura del APD totalmente anacrónica en el mundo de hoy.
21. No es probable la creación de un espacio sanitario europeo pero sí que las consecuencias de la Unión Europea se reflejarán en este ámbito. Desde la homologación de titulaciones hasta la recuperación de gastos incurridos en un país por cuenta de otro, hay todo un abanico de problemas sobre los cuales tomar posición.

Nuestra sanidad pública es muy buena en lo técnico y a un coste más que razonable. Todo lo construido hasta ahora está bien, no se trata pues de cambiarlo por cambiarlo sino simplemente de traducir nuestro buen modelo sanitario a las exigencias de una nueva sociedad.

La ordenación de prestaciones viene siendo un tema controvertido en todos los países de nuestro entorno, en los que los sistemas de Seguros Sociales han optado por definir las prestaciones como un listado explícito positivo ligado a mecanismos de pago por acto y los Sistemas Nacionales de Salud las definen de forma general, señalando únicamente las exclusiones. En ambos casos, al igual que ocurre en nuestro país, la cobertura de los servicios y prestaciones facilitadas a los usuarios es prácticamente universal.

En España, las prestaciones sanitarias cubiertas por el sistema sanitario público ya se regulaban en la Ley General de Seguridad Social, desarrollada por el Decreto 2766/67, y abarcaban la asistencia sanitaria por enfermedad común, accidente no laboral, maternidad, enfermedad profesional y accidente laboral. Asimismo se establecían los servicios que comprendía dicha asistencia que, en el caso de enfermedad común o accidente no laboral, incluían la asistencia médica domiciliaria, ambulatoria, en régimen de internamiento y de urgencia, así como la prestación farmacéutica y la ortoprotésica.

En el año 1991, la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (conocida como "Informe Abril") concluyó que era necesario definir con más rigor las prestaciones y servicios incluidos en el sistema de financiación pública y racionalizar la introducción de nuevas tecnologías, para asegurar un crecimiento más ordenado y seguro, adecuadamente presupuestado y distribuido de forma equitativa.

En mayo de 1992, el Pleno del Congreso de los Diputados aprobó una serie de Resoluciones relativas al Programa de Convergencia Económica. Entre ellas, la decimocuarta instaba al Gobierno a proceder a la ordenación de las prestaciones cubiertas por el Sistema Nacional de Salud.

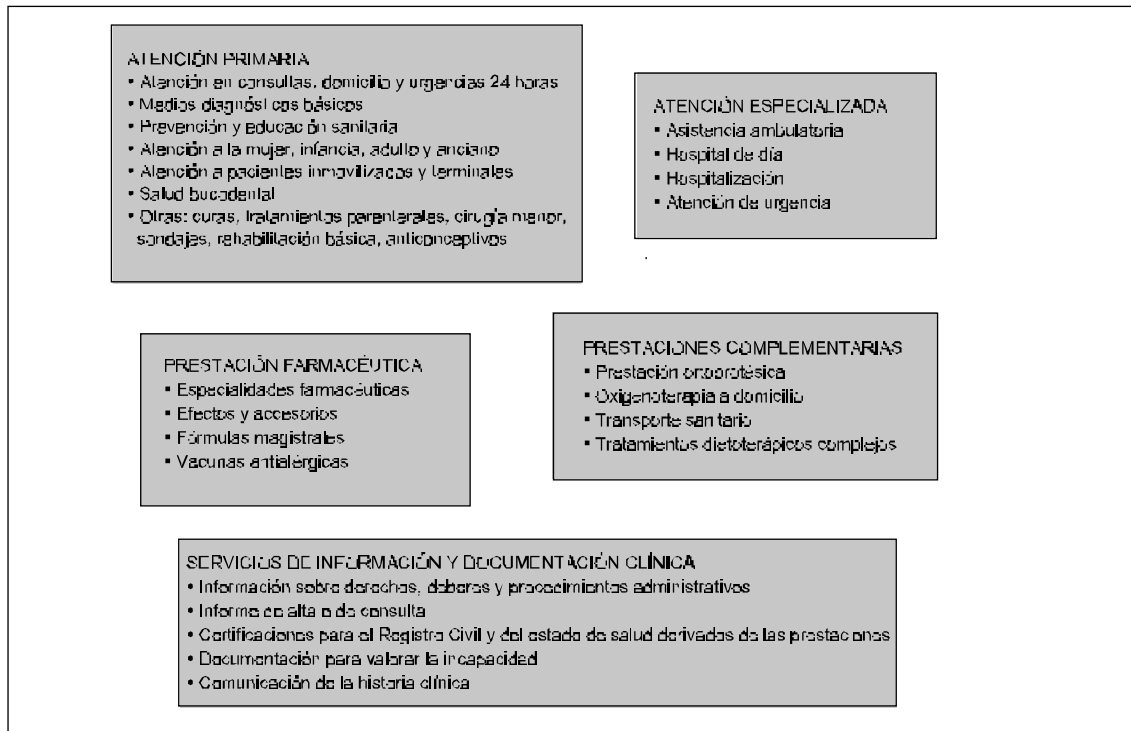
En consonancia con todo ello, en enero de 1995 se definen las prestaciones del Sistema Nacional de Salud, mediante el Real Decreto 63/95, con un objetivo doble. Por una parte, se pretendió definir con más precisión los derechos de los usuarios del sistema sanitario a la protección de la salud y, por otra, lograr la introducción ordenada de nuevas prestaciones y la revisión de las existentes mediante mecanismos de evaluación continuada.

Finalmente, cabe señalar la importancia que ha ido adquiriendo la ordenación de

---

## La ordenación de prestaciones como garante de los derechos de los usuarios

P. Díaz de Torres, C. Pérez Mateos,  
I. Prieto Yerro  
*Unidad de Prestaciones. Ministerio de  
Sanidad y Consumo*



Contenido de las prestaciones.

prestaciones, al constituir uno de los cuatro grandes capítulos del Acuerdo parlamentario alcanzado el 18 de diciembre de 1997 para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, en el que se recogen una serie de recomendaciones bajo el epígrafe "Garantizar las prestaciones":

—Profundizar en la estrategia de ordenación normativa de prestaciones como un elemento fundamental de determinación de los contenidos del derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

—Determinar las competencias de ordenación, fijando a nivel central las prestaciones comunes al conjunto del sistema. Las Comunidades Autónomas podrán complementarlas estableciendo prestaciones adicionales con cargo a sus fondos propios.

—Detallar expresamente las prestaciones asociadas a nuevas tecnologías, las ligadas a facturación entre servicios y aquellas cuya indefinición pudiese generar graves desigualdades en su utilización.

—Financiar selectivamente las prestaciones, de acuerdo con criterios de necesidad, utilidad asistencial y social y coste/efectividad.

—Garantizar las prestaciones en lo referente a equidad en el acceso, libre elección, información, derechos de reclamación, calidad y

tiempos de espera.

—Establecer un programa de evaluación de tecnologías sanitarias, en el ámbito de la ordenación de prestaciones, que defina anualmente las prioridades de evaluación, con la participación de los diferentes organismos o agencias de evaluación dependientes de las distintas Administraciones competentes y con la colaboración de las Sociedades científicas.

## EL REAL DECRETO 63/95 DE ORDENACIÓN DE PRESTACIONES

El Real Decreto 63/95, de 20 de enero, ha supuesto un punto de partida en la definición actual de las prestaciones financiadas por el sistema sanitario público. Los principales aspectos que contempla esta norma son:

—Regula de forma genérica las prestaciones facilitadas por el sistema sanitario público, agrupándolas en cinco grandes apartados: atención primaria, atención especializada, prestaciones farmacéuticas, prestaciones complementarias y servicios de información y documentación sanitaria.

—Establece como criterios de inclusión de nuevas prestaciones, la eficacia, eficiencia, seguridad y utilidad terapéutica de la presta-

ción, las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales.

—Señala como criterios de exclusión la falta de evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínicas, la insuficiente contribución a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autovalimiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y el hecho de que se trate de meras actividades de ocio, descanso, confort, deporte, mejora estética o cosmética, uso de aguas, balnearios o centros residenciales, o similares.

—Recoge explícitamente las exclusiones, entre ellas, la cirugía estética, salvo casos de enfermedad, malformaciones congénitas o accidentes; los tratamientos en balnearios y curas de reposo; la cirugía de cambio de sexo, salvo la reparadora en estados intersexuales patológicos; el psicoanálisis y la hipnosis.

—Indica la necesidad de valorar previamente la seguridad, eficacia y eficiencia de las nuevas técnicas o procedimientos terapéuticos para su incorporación, pudiendo autorizar el Ministerio de Sanidad y Consumo su utilización con fines de evaluación durante un tiempo limitado.

—Establece que las prestaciones deberán facilitarse con los medios disponibles en el Sistema Nacional de Salud, propios o con-

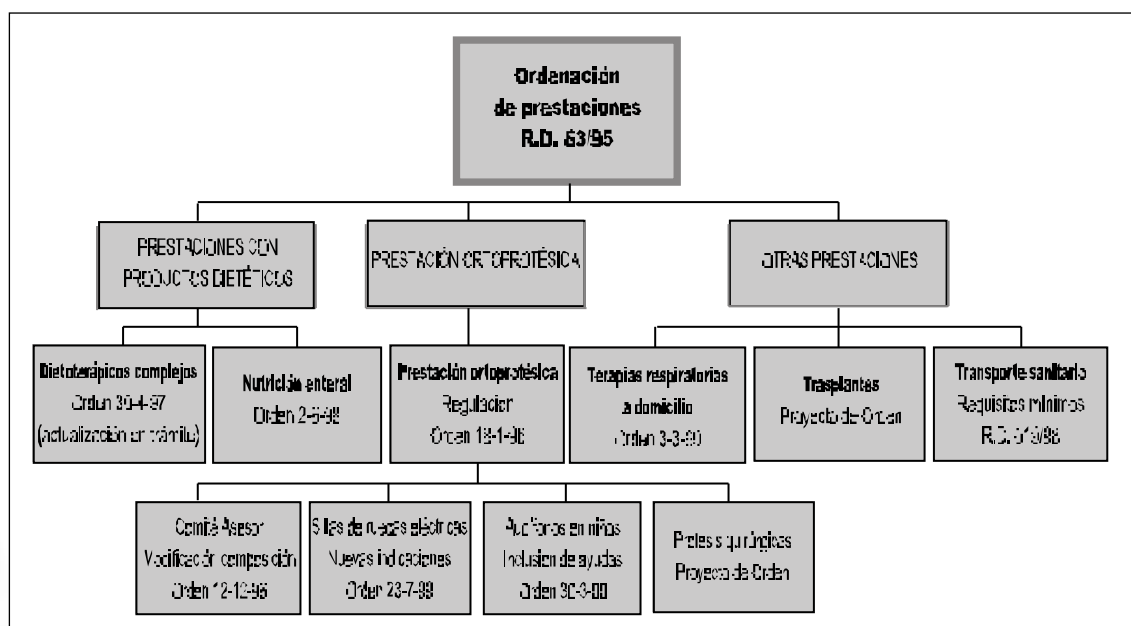
tados, e incide en la obligatoriedad de reclamar el importe de los servicios a terceros obligados al pago.

—Señala que los servicios de salud deberán informar a los ciudadanos de sus derechos y deberes y de las prestaciones y servicios del Sistema Nacional de Salud.

—Determina que la atención a problemas sociales que concurren en situaciones de enfermedad tendrán la consideración de atenciones sociales, garantizándose la continuidad del servicio a través de la coordinación de las administraciones sanitarias y sociales.

En el Real Decreto 63/95 se optó por hacer una redacción amplia del contenido de las prestaciones, ante las dificultades para alcanzar en una única norma una definición concreta y satisfactoria de todas las prestaciones, para, paralelamente, ir especificándolas y delimitándolas, mediante normativas de desarrollo. Este enfoque permite, por un lado, actuar con flexibilidad, pero, por otro, la falta de concreción dificulta determinar los límites de las prestaciones y no clarifica si algunas técnicas o procedimientos fronterizos están incluidos.

Desde la publicación del Real Decreto 63/95, se ha abordado la concreción de algunas prestaciones, especialmente las complementarias, conjuntamente con las Comunidades Autónomas con competencias transferidas, el Insalud y los sectores profesionales implicados,



Normativa estatal sobre ordenación de prestaciones.

dando lugar a la publicación de varias Órdenes Ministeriales en las que se define el contenido común de las respectivas prestaciones financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la sanidad, con el fin de evitar que las diversas normativas existentes en los Servicios de Salud e Insalud generaran desigualdades entre los usuarios. Hasta el momento, se han publicado las normas de desarrollo de las siguientes prestaciones:

—*Prestación ortoprotésica*: La Orden de 18 de enero de 1996 regula la prestación ortoprotésica, en desarrollo del Real Decreto 63/95, y contempla los tipos de productos incluidos (prótesis quirúrgicas, prótesis externas, sillas de ruedas, ortesis y prótesis especiales), las ayudas económicas para estos dos últimos, los criterios para la inclusión y exclusión de productos y la creación de un Comité Asesor, para el seguimiento y actualización de la prestación. Diferentes normas posteriores han ido actualizando su contenido en lo que se refiere a indicaciones de las sillas de ruedas eléctricas, la eliminación de la aportación de las prótesis distintas de las de miembros, la inclusión de ayudas para audífonos para niños hipoacúsicos, etc.

Asimismo se está elaborando una Guía Descriptiva de esta prestación y una Guía de

Práctica Clínica sobre Sillas de Ruedas y se está poniendo en marcha un Sistema de Información que permite conocer los artículos financiados por cada uno de los Servicios de Salud e Insalud y sus respectivos consumos.

—*Prestaciones con productos dietéticos*: Por un lado, la Orden de 30 de abril de 1997 reguló los tratamientos dietoterápicos complejos, recogiendo la relación exhaustiva de las patologías para las que se financian estos productos, asociando a cada metabolopatía el tipo de dietoterápico más adecuado. Por otro lado, la Orden de 2 de junio de 1998 ha regulado la nutrición enteral domiciliaria, recogiendo la relación de patologías susceptibles de recibir nutrición enteral, las situaciones clínicas que justificarían la necesidad de administrarla, los requisitos para su indicación y la creación de una Comisión Asesora sobre Prestaciones con Productos Dietéticos, para el seguimiento de estas prestaciones.

También se ha realizado una Guía de Práctica Clínica sobre Nutrición Enteral Domiciliaria, elaborada por un grupo de expertos y las Sociedades Científicas, que consensúa criterios sobre indicación, tratamiento, seguimiento y recomendaciones al paciente en el marco de la normativa publicada.

## ORDENACIÓN DE PRESTACIONES FORMAS DE ABORDAJE

- Desarrollos normativos
- Guías de Práctica Clínica
- Sistemas de Información
- Requisitos básicos comunes en la prestación de la atención sanitaria
- Actuaciones para actualizar prestaciones
  - informes de evaluación
  - grupos de expertos
  - uso tutelado

*Ordenación de prestaciones. Formas de abordaje.*

—*Oxigenoterapia y otras terapias respiratorias a domicilio*: Se ha publicado la Orden de 3 de marzo de 1999 que regula las condiciones en que se financian estas prestaciones en el sistema sanitario público, que incluyen: oxigenoterapia crónica, ventilación mecánica, tratamiento ventilatorio del síndrome de apnea del sueño y aerosolterapia.

—*Transporte sanitario*: En el transporte de enfermos se ha avanzado en la determinación de las características técnico-sanitarias de las ambulancias, mediante el Real Decreto 619/98, de 17 de abril, en desarrollo del Reglamento de la Ley de Ordenación de Transportes Terrestres, lo que supone una mayor garantía de la calidad de las condiciones en que se proporciona esta prestación.

## LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Las recomendaciones del Acuerdo parlamentario de 1997 y la necesidad de avanzar en el mecanismo actual de ordenación de prestaciones, han conducido a trabajar en una línea múltiple:

### Modificar el enfoque de la ordenación de prestaciones

La ordenación de prestaciones en ocasiones ha sido malinterpretada, al ser considerada una herramienta para el recorte de la oferta de servicios de la sanidad pública dirigida, fundamentalmente, a controlar el gasto, cuando en realidad, debería ser un instrumento de definición y garantía de los derechos de los usuarios, salvaguardando su acceso, igualdad y equidad, y como un elemento de transparencia de las relaciones entre todos los agentes del sistema sanitario.

En esta línea, la ordenación de prestaciones se debería enfocar como un mecanismo para:

—Definir los derechos de los usuarios en lo referente al alcance de la asistencia sanitaria y las consiguientes obligaciones de las instituciones sanitarias.

—Garantizar la igualdad y la equidad en el acceso a las prestaciones en todo el territorio nacional, eliminando diferencias por indefinición del contenido de la asistencia.

—Aumentar la calidad de las prestaciones, promoviendo la evaluación previa para la introducción de nuevas tecnologías y prestaciones y la evaluación continua de las ya existentes, no incluyendo las que no ofrezcan

seguridad ni aquéllas cuya utilidad sanitaria sea dudosa o claramente inexistente.

—Avanzar en mecanismos de financiación que ligen los presupuestos a los servicios que se ofrecen a la población.

—Incrementar la transparencia del sistema, explicitando los criterios de inclusión y exclusión de prestaciones y servicios.

### Concretar el contenido prestacional

El desarrollo pormenorizado de todas las prestaciones es un proceso largo y costoso, que requiere continua actualización y cuya implantación real puede resultar ardua y poco efectiva. Hasta la fecha, sólo se han desarrollado con detalle algunas parcelas de las prestaciones, por lo que es difícil precisar cuándo una técnica es nueva, ni conocer con exactitud el número de técnicas o procedimientos que se encuentran actualmente incluidas en la financiación pública, ni el volumen que representarían las nuevas que deben someterse a evaluación antes de su generalización.

El Estado, en colaboración con las Comunidades Autónomas continuará definiendo las prestaciones comunes para todo el Sistema Nacional de Salud, especialmente en aquellos casos en que pudieran producirse inequidades. Con este objetivo, la Comisión de Ordenación de Prestaciones, que es el órgano de coordinación dependiente del Consejo Interterritorial en materia de prestaciones, ha establecido la Agenda de prioridades a abordar en el año 2000, de modo que se realizará un informe de situación de las prestaciones priorizadas, con el fin de conocer exactamente su implantación en el Estado y, en caso necesario, abordar su desarrollo normativo.

Actualmente se está trabajando en normas que avancen en la definición de los trasplantes financiados, la concreción de las prótesis quirúrgicas y de las prótesis especiales, los requisitos de identificación de los productos dietéticos susceptibles de financiación y la actualización de la lista de patologías incluidas en los tratamientos dietoterápicos complejos, así como en el diseño de un Sistema de Información sobre prestaciones con productos dietéticos.

### Establecer prioridades de evaluación en el marco de la ordenación de prestaciones

La ordenación de prestaciones sanitarias va estrechamente ligada a la necesidad de

evaluar las tecnologías sanitarias. Sin embargo, la amplitud del alcance de esta evaluación ha obligado a establecer prioridades, lo que ha sido llevado a cabo por un Grupo del Consejo Interterritorial, mediante un procedimiento consensuado, aplicando criterios que ponderan la importancia y/o urgencia de la evaluación (prevalencia, impacto para la salud, económico, organizativo, ético y social, incertidumbre y carga de la enfermedad).

De este modo, se propuso al Consejo una lista priorizada de tecnologías que deberían ser evaluadas como plan de trabajo conjunto de las organizaciones y agencias encargadas de la evaluación de tecnologías sanitarias. Sobre algunas de las tecnologías priorizadas se han comenzado a realizar informes de evaluación y las que alcanzaron mayor puntuación se han incluido en el programa de investigación evaluativa del Instituto de Salud Carlos III para el año 2000.

Estas actuaciones deberán complementarse con la puesta en marcha de un sistema de detección de nuevas tecnologías que permita determinar la necesidad de ser sometidas a evaluación.

### **Actualizar el contenido de las prestaciones**

Ya en 1991 el "Informe Abril" propuso aplicar mayor rigor en la introducción de nuevas tecnologías, estableciendo un mecanismo estable para evaluar cualquier tecnología sanitaria con carácter previo a su difusión, de modo que quedaran garantizadas su eficacia técnica y su eficiencia económica.

La Disposición adicional primera del Real Decreto 63/95 contempla la exigencia de la evaluación previa por parte de la Administración del Estado y la posibilidad de que el Ministerio de Sanidad y Consumo autorice, por iniciativa propia o a propuesta de los correspondientes servicios de salud y con carácter previo a su generalización en todo el Sistema, la utilización de técnicas o procedimientos por un plazo limitado.

Estas previsiones podrían haberse hecho efectivas mediante una norma, a propuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo, pero se estimó más oportuno promover un régimen consensuado para la actualización que centra en el Consejo Interterritorial la iniciativa, con el objetivo de lograr la máxima colaboración y el compromiso de todas las Administraciones sanitarias implicadas.

La Comisión de Ordenación de Prestaciones

elevó al Pleno del Consejo Interterritorial de 25 de octubre de 1999, un Acuerdo por el que se sometía a uso tutelado a seis técnicas durante un periodo de tiempo limitado, en centros determinados por los Servicios de Salud e Insalud y siguiendo un protocolo consensuado con los clínicos implicados. Estas seis tecnologías son el trasplante autólogo de condrocitos, el esfínter anal artificial, los tratamientos no farmacológicos del Parkinson, las endoprótesis en aneurisma de aorta abdominal, la tomografía de emisión de positrones y la cirugía de la epilepsia.

De esta forma, se ha iniciado la implantación del uso tutelado como mecanismo para conseguir la información necesaria sobre técnicas o procedimientos, a través de la evaluación de su seguridad, eficacia, eficiencia y utilidad.

Este proyecto supone un paso para una mayor participación de todos los agentes implicados (centros asistenciales, profesionales sanitarios, proveedores, Servicios de Salud/Insalud, etc.), en la evaluación y selección de técnicas o procedimientos, y servirá de prueba piloto para futuras actuaciones en esta materia. La experiencia de su puesta en práctica deberá derivar en un método de trabajo que consolide un procedimiento de introducción de nuevas tecnologías que suponga mayores garantías de calidad para los usuarios.

Para la puesta en práctica, tanto del Acuerdo del Consejo Interterritorial en relación con los usos tutelados, como a la priorización de la evaluación de tecnologías, se han firmado sendos Convenios en 1999 y 2000, entre la Subsecretaría de Sanidad y Consumo y el Instituto de Salud Carlos III, para financiar que las Agencias estatales y autonómicas diseñen y dirijan técnicamente los usos tutelados y realicen informes de evaluación, todo ello enfocado a disponer de información objetiva que avale la toma de decisiones en ordenación de prestaciones.

### **Garantizar las prestaciones en tiempo y calidad**

La ordenación de prestaciones debe complementarse con un sistema de garantía del acceso de los usuarios a unas prestaciones de calidad, en un tiempo razonable que no suponga riesgos objetivos para su salud. Por tanto, el sistema sanitario público ha de garantizar no sólo el contenido nominal y funcional de las prestaciones, sino también la forma de

obtención de las mismas en lo referente a calidad, accesibilidad, tiempo, etc., ya que las Administraciones sanitarias son las responsables ante los ciudadanos de garantizar la calidad de la atención sanitaria prestada, en su doble papel de garantes del derecho a la protección de la salud y de compradoras/financieras de los servicios sanitarios.

Entre las recomendaciones que formuló la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud está la necesidad de controlar la calidad en la asistencia e impulsar su mejora continua, a través de un sistema general de acreditación de centros y servicios sanitarios consensuado en el seno del Consejo Interterritorial, respetando el marco competencial vigente en la materia.

En esta línea, se celebró el 28 de abril de 1998, en el Ministerio de Sanidad y Consumo una Jornada de Debate sobre Acreditación de Centros Sanitarios, para analizar las diferentes iniciativas desarrolladas sobre acreditación en el ámbito sanitario y buscar conjuntamente alternativas que permitan dar una respuesta realista a las recomendaciones parlamentarias.

Las conclusiones de la Jornada, que fueron presentadas al Consejo Interterritorial en julio de 1998, recomendaban promover el establecimiento de requisitos mínimos comunes para la autorización de centros y servicios sanitarios en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, que sean el primer nivel efectivo de garantía y seguridad de los usuarios e impulsar la acreditación sanitaria en los distintos centros y servicios que integran el Sistema Nacional de Salud. Corresponde a las Administraciones sanitarias y al Consejo Interterritorial -como órgano de coordinación- esta tarea de impulso y desarrollo de experiencias en la materia, que incentiven la mejora continua en la prestación de servicios, el uso eficiente de los recursos y la satisfacción de usuarios y profesionales.

El Grupo de Trabajo sobre Autorización y Acreditación, dependiente del Consejo Interterritorial, ha comenzado a trabajar en la definición de los requisitos mínimos comunes de los centros y servicios sanitarios, como paso previo hacia un sistema de acreditación de centros y servicios sanitarios.

## CONCLUSIONES

Todas las iniciativas puestas en marcha hasta ahora en el ámbito de la ordenación de

las prestaciones sanitarias persiguen el mismo objetivo: concretar el contenido de las prestaciones, de modo que se avance en la garantía de su seguridad, eficacia y eficiencia, procediendo a evaluar aquellos aspectos necesarios para poder tomar una decisión objetiva y fundada sobre la procedencia o no de su financiación, y salvaguardar la equidad.

El uso tutelado, recientemente introducido en seis tecnologías, debe ser un punto de partida para un cambio de cultura en las organizaciones sanitarias, que conduzca a una mayor implicación de todos los agentes, en la introducción ordenada y evaluada de las nuevas tecnologías.

Con este conjunto de actuaciones, el Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con las Comunidades Autónomas y los profesionales sanitarios, pretende mantener una línea de trabajo dirigida a promover la racionalización y evaluación de las prestaciones financiadas por el Sistema Nacional de Salud.

El Ministerio, en su papel de autoridad sanitaria, deberá actuar como garante de las prestaciones para evitar desigualdades en las condiciones de acceso a las mismas. Las Comunidades Autónomas deberán garantizar las prestaciones comunes, y podrán establecer prestaciones adicionales, siempre que cuenten con fondos propios específicos. De esta manera, los ciudadanos de todas las Comunidades Autónomas tendrán acceso a las prestaciones comunes establecidas, en los términos que se ofertan en cada Autonomía, sin que la diversidad organizativa suponga problemas de acceso para los ciudadanos que se desplacen, ni una amenaza al principio de equidad.

Dada la relativa juventud de la actual ordenación de las prestaciones sanitarias, es aún difícil hacer una valoración de lo que ha supuesto su implantación hasta el momento. Evidentemente, es un punto de partida sobre el que seguir desarrollando catálogos más concretos de técnicas o procedimientos incluidos en las diferentes modalidades de prestaciones, requiere el establecimiento y potenciación de los mecanismos de evaluación para la introducción de nuevas prestaciones o de revisión de las existentes y ha de profundizarse en las garantías a los ciudadanos en lo referente a acceso, calidad e información.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud (Acuerdo parlamentario de 18 de diciembre de 1997). Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
2. Las Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Normativa reguladora. 2ª edición. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
3. Acreditación de centros sanitarios. Jornada de Debate, 28 de abril de 1998. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
4. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
5. Orden de 30 de marzo de 2000 para la modificación parcial de la Orden de 18 de enero de 1996, de desarrollo del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de regulación de la prestación ortoprotésica. Boletín Oficial de Estado, 11 de abril de 2000.
6. Guía de Práctica Clínica de Nutrición Enteral Domiciliaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
7. Guía Descriptiva de Ortoprtesis. Tomo I. Sillas de ruedas, prótesis especiales y ortesis de columna vertebral. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.

## Nuevos desafíos para la radiología del futuro

G. Madrid  
*Jefe de Servicio de Radiología*

Los cambios sociales experimentados en los últimos 20 años, sobre todo en los países industrializados, están influyendo de forma notoria en el desarrollo de la medicina actual provocando grandes inversiones en tecnología sanitaria y, como consecuencia de ello, un aumento creciente de los gastos en salud.

Una de las especialidades médicas que más se está viendo afectada por estos cambios, en función del soporte técnico y tecnológico que requiere para su ejercicio, es el Radiodiagnóstico y son, a mi juicio, los aspectos técnicos, conceptuales y organizativos aquellos que más podrían modificarse, sin olvidar las exigencias que el nuevo milenio va a deparar en general a los profesionales clínicos y de la gestión.

## ASPECTOS TÉCNICOS Y TECNOLÓGICOS

La expectativa de vida y los cambios ostensibles en los hábitos culturales de la población han sido, sin duda, factores desencadenantes en el extraordinario desarrollo de la tecnología radiológica. Otros causas son, la imparable y floreciente investigación en el campo de nuestra especialidad, como respuesta a una seguridad diagnóstica cada vez mayor, demandada por unos profesionales que casi exigen la certeza anatomopatológica para tomar decisiones terapéuticas. A todo lo anterior hemos de añadir, aunque en menor medida, los cambios en la sensibilidad social hacia los temas ecológicos, que están obligando a la industria a buscar soluciones en el campo de la radioprotección, residuos, etc.

Entre las técnicas diagnósticas que se están viendo afectadas por estas circunstancias creo que son destacables las siguientes:

—*Ecografía*, que se ha convertido en una prueba básica para el diagnóstico y que está cambiando la evolución de determinadas patologías al tratarse de una técnica ideal para el descubrimiento de hallazgos marginales. La detección casual de algunos tumores, habitualmente silentes, en riñón, vejiga, etc., tras un estudio ecográfico correctamente realizado, está provocando un evidente impacto en el pronóstico clínico de estas enfermedades.

La Eco-Doppler, como alternativa a las tradicionales pruebas vasculares agresivas, es hoy procedimiento de elección en buena parte de cuadros clínicos, y su práctica se ha visto incrementada de forma notoria en los últimos años.

Estamos asistiendo a una mayor demanda, no ya sólo en el número de equipos sino en la capacidad, potencia y calidad de imagen de los mismos, en beneficio de una mayor seguridad diagnóstica.

Si a todo lo anterior añadimos un aspecto todavía en ciernes como es el de los "contrastes", podríamos concluir con que esta técnica es una de las que más sorpresas puede depararnos en los próximos años.

—*TC*, al que no pocas voces agoreras anunciaban un declive con la aparición de otros procedimientos. La introducción de la tecnología espiral ha supuesto lo que el Dr. García Santos, radiólogo de nuestro grupo, ha acuñado como la segunda oportunidad. Órganos o sistemas que hasta hace poco eran subsidiarios en exclusividad de procedimientos endoscópicos, como es el caso de la