

El futuro de la sanidad en España

Informe patrocinado por el Círculo de la Sanidad

Noviembre, 2004

Índice

	<u>Pág.</u>
1. Presentación	
(Juan Ignacio Trillo y López-Mancisidor, Presidente, Círculo de la Sanidad)	1
2. Resumen ejecutivo	5
3. Monografías:	14
3.1. La financiación necesaria para una sanidad sostenible (Julián García Vargas, ex Ministro de Sanidad y Defensa)	14
3.2. La importancia de la gestión sanitaria y las nuevas tendencias (Vicente Rambla, Consejero de Sanidad de la Generalitat Valenciana)	24
3.3. El impacto de la revolución tecnológica en la sanidad (Guillermo Fernández Vara, Consejero de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura)	38
3.4. Un hecho singular: La importancia del género en la sanidad (Amando de Miguel, Catedrático de Sociología por la Universidad Complutense)	47
4. Planteamiento general: El estado de la sanidad y la salud en España	76
5. Encuesta sobre la situación actual y las tendencias de la salud y la sanidad	111
Introducción	111
5.1. El gasto sanitario	121
5.2. Las nuevas tecnologías aplicadas al diagnóstico	130
5.3. La eficiencia del sistema sanitario	141
5.3.1. Los trasplantes	141
5.3.2. Las listas de espera	148

5.3.3. El trato que reciben los pacientes	157
5.4. Tendencias a largo plazo	168
5.4.1. El descenso de la población fumadora	169
5.4.2. El aumento de la esperanza de vida	174
5.4.3. La asistencia sociosanitaria	179
5.4.4. El avance terapéutico: la curación del cáncer	184
5.4.5. La organización hospitalaria: el controvertido objetivo de las habitaciones individuales	189
5.4.6. La organización hospitalaria: hacia el modelo de gestión privada (fundaciones)	195
5.5. Algunos consejos sobre la salud	201
5.5.1. Un ejemplo de sobremedicación: los antibióticos en caso de gripe	201
5.5.2. El alcohol prandial	205
5.6. Medidas de política sanitaria	210
5.6.1. La contención en el consumo de fármacos	210
5.6.2. El copago de los fármacos y de los actos hospitalarios	219
5.6.3. La gestión del presupuesto sanitario	227
5.6.4. La aplicación del modelo de gestión privada a la Sanidad pública	232
5.6.5. Medicina especializada o atención primaria	238
6. Referencias	244
7. Gráficos	246

1. Presentación

El Círculo de la Sanidad, asociación de empresarios relacionados con la sanidad, fue creado en Madrid el 15 de octubre de 2002 y agrupa, a título personal, a un reducido número de empresarios que ocupan posiciones del máximo nivel en empresas todas ellas relacionadas de una u otra forma con la sanidad.

Entre los objetivos del Círculo figura el de promover estudios sobre la función que la empresa privada puede y debe cumplir en la mejora del sistema sanitario global y en esa línea nos ha parecido que su primera contribución a ese gran objetivo debería ser el de estudiar y definir las grandes líneas maestras de lo que puede ser el futuro de la sanidad en España, buscando en este trabajo la mayor objetividad.

No es el informe que presentamos un informe prescriptivo, que indique lo que hay que hacer, cómo reformar la sanidad y otras grandes palabras que se suelen escribir con mayúsculas. Su objetivo es mucho más sencillo. Consiste en un estudio sobre el estado actual de la sanidad en España y su repercusión en la salud de los españoles. La aportación más original es una consulta a una serie de profesionales relacionados con la sanidad para que cada uno matice su opinión y entre todos se pueda avanzar algunas tendencias para el futuro inmediato. Se añade un análisis comparado de algunos datos sobre la evolución de la sanidad y la salud. Es, pues, un diagnóstico lo que aquí se establece, para utilizar un término médico muy generalizado. Se establecen tendencias derivadas de los datos conocidos para poder anticipar el futuro inmediato. Hay algunas que destacan claramente por ser comunes a prácticamente todas las opiniones recibidas y tienen por tanto, a nuestro juicio, una extraordinaria importancia en el desarrollo de la sanidad en nuestro país. Son las relativas a:

- La financiación necesaria para una sanidad sostenible.
- La importancia de la gestión sanitaria y las nuevas tendencias.
- La importancia de la revolución tecnológica en el futuro de la sanidad.

Ello nos ha llevado a solicitar, y afortunadamente a obtener, la colaboración de tres importantes personalidades muy destacadas en el ámbito sanitario y que son:

- El Excmo. Sr. Don Guillermo Fernández Vara, Consejero de Sanidad de la Junta de Extremadura.
- El Excmo. Sr. Don Vicente Rambla, Consejero de Sanidad de la Generalitat Valenciana.
- El Excmo. Sr. Don Julián García Vargas, ex Ministro de Sanidad y Defensa.

Asimismo, la labor independiente de distintos profesionales, dirigidos por el sociólogo Amando de Miguel, que es quien ha realizado el trabajo fundamental de análisis de la situación y de la realización y valoración de la encuesta, añade al trabajo anterior una colaboración especial recogida en el Capítulo 3.4 dedicada a la desigualdad de género ante la salud y la sanidad, circunstancia que nos parece particularmente notable y que en muchas ocasiones pasa prácticamente desapercibida.

El trabajo que aquí se presenta pretendemos que sirva como presentación del Círculo de la Sanidad, sin embargo el informe no es la opinión del Círculo aunque sus socios hayan sido consultados junto con otros expertos, es un trabajo que pretende ser objetivo y que añade además tres colaboraciones muy autorizadas en aspectos que consideramos fundamentales para el futuro de la sanidad.

En ningún caso las opiniones que aquí se recogen deben comprometer al Círculo de la Sanidad por mucho que haya numerosos puntos de acuerdo.

Hemos solicitado y creemos que conseguido que el texto lleve el menor número de expresiones técnicas y de siglas cabalísticas, de esa forma esperamos que pueda ser leído e interpretado por el público en general que es en definitiva el sujeto de las medidas de política sanitaria. Si hay algo que afecta a toda la población es el hecho de cuidar la salud de cada uno. Estamos ante un valor primordial.

No se ha pretendido abundar mucho en lo que dicen sobre el particular otros informes o estudios. En su lugar se ha preferido tomar en consideración los datos de una consulta a personas muy relacionadas con actividades sanitarias además del análisis estadístico. El objetivo es añadir nuevos materiales sobre un asunto tan controvertido como es el de la sanidad. En definitiva, aportar conocimiento y sobre todo opiniones y tendencias a un tema que por su importancia merece toda nuestra atención y muy en particular la del Círculo de la Sanidad.

El hecho autonómico tiene una extraordinaria repercusión en el mundo de la sanidad y probablemente va a tener mucha más importancia todavía. Una mera visita a las organizaciones sanitaria de las distintas Autonomías y a sus planteamientos innovadores en muchos casos, confirma radicalmente esta opinión. Es un hecho que la diversificación autonómica sirve, sin duda, para que la autoridad sanitaria esté más cerca de los profesionales y de los pacientes y también no deja de ser un hecho la complejidad que significa para todos los que estamos relacionados con la sanidad el hecho de encontrarnos con 17 interlocutores distintos.

Desearíamos que el presente informe supusiera un interesante acopio de datos, sean estadísticos o de encuesta, cuantitativos y cualitativos, pero sobre todo que del mismo se pudieran extraer ideas que a su vez puedan convertirse en propuestas de acción de política sanitaria.

En el mundo actual es fácil acceder a todo tipo de datos y estadísticas, hasta llegar a un punto de saturación, probablemente tenemos mucha más información de la que somos capaces de asimilar y digerir, por ello creemos que se necesitan herramientas interpretativas; es eso por lo que hemos querido acopiar en las páginas que siguen. Al final de cada capítulo y en particular en las cuatro colaboraciones firmadas que se incluyen, los autores de las mismas avanzan algunas conclusiones y tendencias. Esas interpretaciones pueden sin duda ser más enriquecedoras y acaso polémicas que el análisis de datos. De esa forma también el lector puede extraer sus propias conclusiones.

Se incluye a continuación en primer lugar un resumen ejecutivo - realizado por el Círculo de la Sanidad- que al uso de lo que es normal en el mundo de la empresa trata, en muy pocas páginas, de dar una visión resumida de lo que entendemos pueden ser las tendencias predominantes y los hechos destacables derivados del trabajo fundamental que es objeto de los extensos capítulos 4 y 5. De ahí se perfilan las tendencias fundamentales y el hecho singular que son objeto de las monografías que figuran a continuación.

Finalmente se incluyen íntegros los capítulos 4 y 5 que dan fe del importante trabajo realizado por Amando de Miguel y su equipo y son la base de su informe y la justificación de sus conclusiones.

En definitiva, nos sentimos satisfechos de poder haber contribuido a la realización de un trabajo que esperamos pueda ser simplemente útil para poder entender mejor y sobre todo diseñar mejor, la situación actual de la sanidad en España y una política sanitaria que nos permita a partir de una situación, en muchos casos satisfactoria, mejorar todavía más en beneficio de todos y dando a la prevención, desgraciadamente la gran olvidada en muchos casos en la consideración de la situación sanitaria, la auténtica importancia que tiene, porque es sin duda donde con menos se puede conseguir más, aunque los resultados puedan no ser espectaculares a corto plazo.

Queremos terminar esta presentación dejando clara constancia de nuestro agradecimiento al Excmo. Sr. Don Julián García Vargas, ex Ministro de Sanidad y Defensa, al Consejero de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, Excmo. Sr. Don Guillermo Fernández Vara, al Excmo. Sr. Don Vicente Rambla, Consejero de Sanidad de la Generalitat Valenciana y en particular al sociólogo Don Amando de Miguel y a su equipo ya que la contribución de todos ellos ha sido absolutamente decisiva para que este trabajo pueda llegar a su fin.

2. Resumen ejecutivo

Los términos sanidad y salud suelen ser intercambiables en el habla corriente pero responden a conceptos diferentes. La sanidad es un concepto organizativo, de disposición de medios, mientras que la salud apela al estado de bienestar y funcionamiento equilibrado del organismo humano. Este estudio pretende calibrar el estado de la sanidad y la salud en España y sus perspectivas en el largo plazo. Para ello se recurre inicialmente a una serie de indicadores y a su comparación con los de varios países equiparables por razones económicas, demográficas, culturales y de estructura de la población, para identificar aquellos factores o tendencias principales que condicionarán el devenir futuro de la sanidad española.

En relación a los países comparables - por su nivel económico o su grado de envejecimiento- el gasto total sanitario en España no puede calificarse de desmesurado ni de siquiera alto. Otra cosa es la tendencia al incremento de ese gasto, que va a ser difícil de contener durante los próximos lustros. Estamos ante una tendencia general en los países europeos de similar nivel económico.

En España se aprecia una estabilización e incluso reciente reducción del peso relativo que corresponde al gasto sanitario público, proceso que se ha producido de forma decidida en Irlanda y el Reino Unido. Esos dos países fueron en su día un modelo en el peso tan fuerte de la sanidad pública. No es lógico suponer que, con una gestión descentralizada de la sanidad, vaya a descender significativamente el gasto sanitario público en España. Como al mismo tiempo es previsible una cierta expansión de la sanidad privada, lo más probable es que aumente el gasto sanitario total. Hay dos partidas en el gasto sanitario con una extraordinaria vocación expansiva: (1) La inversión tecnológica, (2) El gasto farmacéutico.

España se distingue por un alto grado de envejecimiento de su población, si lo comparamos con el que caracteriza a los países europeos de similar desarrollo económico. Es posible que durante los próximos lustros se contenga un poco el envejecimiento de la población española, debido sobre todo a la fuerte inmigración extranjera. Sin embargo estos dos factores van a suponer un importante esfuerzo sanitario y por tanto del gasto para conseguir el grado de salud deseado.

El gasto sanitario y su tendencia al incremento de modo continuo, se configura entonces como uno de los pilares que va a marcar la evolución futura de la sanidad española. La financiación de dicho gasto y su incidencia en los recursos públicos y privados requerirá de especial atención y dedicación de esfuerzos.

La inversión en tecnologías de diagnóstico es razonablemente alta en España, siempre en comparación con los países cercanos en términos económicos y culturales. España junto con Italia presentan las tasas más elevadas de equipos avanzados de diagnóstico por cada millón de habitantes sin que estos valores guarden relación aparente con el nivel de desarrollo de los países o el estado de salud de sus ciudadanos.

La dotación de profesionales sanitarios es otro parámetro de particular interés. España se caracteriza por una tasa muy alta de médicos y muy baja de enfermeras. Es el modelo italiano, opuesto en esto a los modelos británico e irlandés. En el año 2000 el número de médicos por cada 100.000 habitantes en España era 2,5 veces superior al de Inglaterra y 1,4 veces superior al de Francia. Por el contrario el número de enfermeras era la mitad que en Inglaterra y casi un 25% inferior al de Francia. Dado que en el futuro van a destacarse mucho más los aspectos de “cuidar” en el proceso terapéutico y asistencial, es lógico pensar que en España se necesite un mayor número de enfermeras, sin que eso signifique necesariamente una disminución del número de médicos.

Se observa que la gestión de los recursos constituye otro de los parámetros sobre lo que pivotará la eficiencia futura del sistema sanitario español.

Si se hacen intervenir los distintos indicadores de salud de la población y nuevamente se comparan con los de los países de nuestro entorno, se puede concluir que el sistema sanitario español es bastante eficiente, aunque presenta algunas particularidades dignas de análisis.

El estado de salud, medido por distintos indicadores de mortalidad, es óptimo en Francia y resulta más crítico en el Reino Unido e Irlanda. La situación española se acerca más al modelo francés que al británico. Este indicador muestra un valor relativo particularmente reducido en el caso de las mujeres y no solo en el español sino también en el caso francés e italiano por lo que es muy posible que en ese rasgo intervengan factores que se salen un tanto del sistema sanitario para entrar en otros

aspectos más vinculados con la salud y tales como la alimentación. Esta diferencia de género se observa también en la proporción de muertes por causas sensibles a la prevención primaria, es decir a la suma de muertes por cáncer de pulmón, cirrosis de hígado y accidentes de tráfico. Se supone que son causas de muerte debidas fundamentalmente a un estilo de vida que pone en riesgo la salud. Este indicador muestra un contraste extraordinario entre las poblaciones femenina y masculina. Mientras que en aquellas el valor es de 19 muertes de cada mil, en los hombres asciende a 70, es decir un valor 3,5 veces superior. Y estas cifras están estabilizadas en el período 1994-2000, lo que llevaría a pensar en un ritmo de vida cotidiana más saludable en las mujeres que en los hombres.

Otros indicadores como la mortalidad cancerígena o la mortalidad cardíaca isquémica muestran también importantes diferencia con otros países y curiosamente otra vez en las poblaciones masculina y femenina. España presenta la tasa de crecimiento más alta por mortalidad cancerígena masculina en el período 1980-2000 cuando en Francia y en el Reino Unido esa misma tasa es decreciente. La población femenina española presenta curiosamente la tendencia contraria y junto con Francia, Grecia y Portugal los valores más bajos de este indicador. En la mortalidad cardíaca isquémica se identifican valores más reducidos en las mujeres y en los países del entorno mediterráneo. Se presentan entonces factores culturales y alimenticios como posibles causas justificativas de esas diferencias tanto entre países como en lo relacionado con el género y tendrían una incidencia significativa en las políticas sanitarias futuras.

Dos grupos de enfermedades - el cáncer y las dolencias cardíacas- suponen el grueso de las muertes en España, junto con las enfermedades neurodegenerativas, que van incrementando su peso por el mayor grado de envejecimiento de la población. En los últimos años y como resultados de los trabajos de investigación realizados, vienen produciéndose importantes avances científico-tecnológicos en las áreas de diagnóstico y tratamientos quirúrgicos y terapéuticos que están permitiendo mantener las tasas de mortalidad por estas causas en valores estables o incluso descendentes en muchos casos como ya se ha señalado. Sin embargo, las demandas de servicios sanitarios de unas sociedades de elevado grado de desarrollo económico van a requerir de mayores esfuerzos tanto en I+D como en la aplicación inmediata de los logros obtenidos en actividades asistenciales. El impacto en el gasto sanitario también va a incrementarse por el elevado costo de todas estas nuevas tecnologías. La

revolución científico-tecnológica en sanidad se muestra como otro de los factores que condicionarán el futuro de la política sanitaria española.

Una vez identificadas las principales tendencias que van a condicionar el desarrollo futuro de la sanidad española, el Círculo de la Sanidad ha querido conocer las opiniones de los profesionales sanitarios y de otros colectivos muy relacionados con la sanidad, sobre todas estas cuestiones y como esperan que evolucionen en el futuro. Para ello encargó a un equipo de sociólogos de reconocido prestigio la realización de una encuesta específica y el análisis y estudio de los resultados de la misma.

La encuesta consta de 250 entrevistas realizadas en casi todas las comunidades autónomas. Se ha dirigido a médicos, enfermeras, farmacéuticos, gerentes de hospitales, expertos en Sanidad, socios del Círculo de la Sanidad y profesionales que han estado hospitalizados en fechas recientes. Ese último apartado corresponde a lo que podríamos llamar “grupo de control” para contrastar las opiniones de los expertos. Las entrevistas se han hecho entre diciembre de 2003 y marzo de 2004. El cuestionario planteado es un repertorio de estímulos para que los entrevistados piensen sobre la situación del sistema sanitario y su probable evolución.

Las preguntas tienen como objetivo conocer la opinión de los entrevistados sobre la situación actual y las tendencias, considerando un horizonte temporal de veinte años (2024), de los siguientes conceptos:

- ?? El gasto sanitario.
- ?? Las nuevas tecnologías sanitarias, y en particular aquellas aplicadas al diagnóstico.
- ?? La eficiencia del sistema sanitario español.
- ?? La salud y la sanidad en el largo plazo, con cuestiones sobre sanidad asistencial, avances terapéuticos, organización y gestión hospitalaria, hábitos individuales que afectan extraordinariamente a la salud como el consumo de tabaco y alcohol, etc...
- ?? Medidas de política sanitaria

El estudio de la encuesta presenta como concepto innovador complementar los análisis cuantitativos resultantes, con otros cualitativos surgidos de las diversas opiniones y comentarios que los encuestados señalaron adicionalmente. Estas

opiniones expresadas por personas con experiencia en los temas, y adecuadamente estructuradas y evaluadas suponen una aportación de singular valía.

Con respecto al gasto sanitario, los comentarios cualitativos reflejan una queja explícita de que se gasta poco en sanidad. En cambio, el gasto farmacéutico se considera abusivo. El despilfarro del gasto sanitario general aparece como consecuencia del sistema autonómico, para el cual, por otra parte, no hay alternativas viables. Lo fundamental es racionalizar el gasto.

Los datos cuantitativos de la encuesta indican que predomina una opinión de pesimismo moderado respecto al gasto sanitario. Es decir, se considera que se gasta poco. No obstante son más los profesionales que creen que la situación va a mejorar en los próximos años. Sin embargo, a la hora de responder a la pregunta de si una ampliación de ese gasto arreglaría los problemas, las respuestas están muy lejos de ser unánimemente afirmativas. Lo fundamental es “gastar bien”, no tanto “gastar mucho”. Por uno y otro lado se desemboca siempre en la necesidad de una buena gestión sanitaria.

En lo referente a las nuevas tecnologías aplicadas al diagnóstico, los comentarios cualitativos comparten un cierto entusiasmo por la innovación que suponen estas tecnologías, con una actitud de reserva respecto a su utilización. Consideran que no se les saca el rendimiento adecuado. El sistema de organización autonómica y el tamaño de muchos hospitales hacen que la eficiencia de esas instalaciones deje mucho que desear. Los datos cuantitativos de la encuesta revelan que casi todos los grupos consultados mantienen una visión positiva respecto a la dotación de aparatos de diagnóstico, siendo la opinión dominante en casi todos los grupos de entrevistados que la situación de estos aparatos va a mejorar sustancialmente durante los próximos años.

Para facilitar a los encuestados un marco de referencia común sobre la eficiencia del sistema sanitario, se ha recurrido a utilizar tres indicadores considerados representativos de la misma: los trasplantes de órganos, las listas de espera y el trato que reciben los pacientes.

Los comentarios cualitativos apoyan la tesis de que los trasplantes de órganos pertenecen a la vanguardia de la Medicina y que incluso se espera una ulterior mejora. Al parecer, este es un aspecto en el que España se sitúa a la cabeza de los países

adelantados, siendo una de las claves la buena disposición de los españoles hacia la donación de órganos y llamando la atención que la donación de sangre no encuentre tantas facilidades. Los datos cuantitativos avalan las anteriores apreciaciones sobre el trasplante de órganos. Es casi unánime la opinión de que la situación es positiva y que incluso mejorará en el futuro.

La cuestión de las listas de espera por razones quirúrgicas en los centros públicos suscita grandes críticas por parte de los entrevistados. Consideran que el problema es fundamentalmente económico. La demanda crece por razones demográficas, de expectativas y de coste. La oferta se ve contaminada por la insatisfacción laboral y por diversas inadecuaciones organizativas. La solución de las entidades privadas no termina con el problema. Las estadísticas sobre el particular son poco fiables, existiendo grandes diferencias entre unas y otras autonomías. Las opiniones cuantitativas de los entrevistados son muy críticas respecto a las listas de espera. Sin embargo, no son del todo pesimistas respecto a la probable evolución para los próximos años.

Los comentarios de los profesionales entrevistados suelen coincidir en que el trato que reciben los pacientes en los hospitales es bastante bueno. Las posibles quejas provienen del aumento de las expectativas de los pacientes, convertidas cada vez más en exigencias. Aunque haya una actitud ligeramente crítica respecto al trato que reciben los pacientes en los hospitales, predomina un moderado optimismo respecto a la evolución futura.

Los trasplantes, las listas de espera y el trato a los pacientes son nuevamente muestra de la importancia de la gestión sanitaria y de la necesidad de mantener este tema como uno de los conceptos centrales de cualquier política sanitaria que pretenda ser eficiente.

Una parte amplia de la encuesta ha estado dirigida hacia cuestiones directamente vinculadas con la salud y su previsible evolución a largo plazo (20 años). El impacto de esas tendencias sobre las políticas sanitarias va a ser sin duda muy significativa por lo que interesa conocer la opinión de la muestra seleccionada. Algunos de los resultados más llamativos son:

?? El grueso de los entrevistados confían en que en 2024 el porcentaje de fumadores (en la población de más de 16 años) se sitúe por debajo del

20%. (Ese porcentaje es ahora el 31%). Los expertos en sanidad y los médicos son los más escépticos respecto a esa posibilidad.

?? La extrapolación de los datos objetivos indica que va a ser muy laborioso superar los 100 años de expectativa de vida al nacer en 2024. La opinión dominante de la población entrevistada es que ese objetivo va a ser difícil de cumplir. Esa conclusión choca con las noticias que se difunden por los medios respecto a que la humanidad se acercará pronto al cumplimiento del mito de Matusalén.

?? Los comentarios de los profesionales consultados expresan muchas cautelas y matices respecto a la posibilidad de que en 2024 la mayor parte de los ancianos estén alojados en residencias. Tendrá que variar el límite de la vejez (se retrasará) y también el concepto de residencia (serán más bien viviendas con servicios comunes).

?? Es muy general la opinión de que, dentro de 20 años, se van a tratar con éxito la mayor parte de los cánceres. Curiosamente, el grupo menos optimista es el de los médicos. La cautela general es que se curarán algunos tipos de cáncer y otros serán más resistentes. Quizá el optimismo general de las respuestas choque un poco con la tendencia observada en los datos estadísticos analizados en la primera parte del estudio, sobre todo los de la población masculina.

?? La mayor parte de los profesionales consultados consideran probable que en 2024 habrá cada vez más centros sanitarios públicos con el modelo de gestión privada (tipo fundaciones). Más que en el modelo estricto, insisten en la tendencia a generalizar los criterios de productividad y de gestión empresarial. Lo que parece claro es que el sistema actual de gestión que se sigue en los centros públicos merece abundantes críticas.

El análisis de las tendencias en la situación sanitaria española se completa con un grupo de preguntas sobre las medidas de política sanitaria que se deberían tomar. En unos casos se trata de apoyar o rechazar medidas actualmente en vigor como la reducción del gasto farmacéutico. En otros discutir sobre algunas medidas polémicas como el copago o el modelo de gestión sanitaria.

Es casi unánime la opinión de los entrevistados sobre la política de reducir el consumo de medicamentos. Están a favor, incluso, la mayoría de los farmacéuticos. No obstante, los comentarios cualitativos matizan mucho esa opinión dominante. La

opinión más vocal es la que se refiere a racionalizar el consumo de fármacos. También cuenta mucho la actitud favorable a reducir el gasto más que el consumo.

La mayoría de los expertos consultados son partidarios del copago en los medicamentos de los jubilados. Baja mucho la proporción de esos expertos respecto al mismo principio del copago en los gastos hospitalarios. Los entrevistados expresan muchos matices respecto a las fórmulas del copago, sobre todo en el supuesto de los medicamentos. Una propuesta que se menciona mucho es que la cantidad que se abone sea proporcional a los ingresos. La función del copago sería más la de reducir el consumo excesivo o inadecuado tanto de medicamentos como de usos hospitalarios y no tanto la financiación del gasto público.

El modelo de gestión privada en la sanidad es el *desiderátum* para casi todos los grupos de entrevistados. Aun existiendo importantes diferencias entre unos y otros, hay en general una opinión favorable a que el efecto de un modelo de gestión privada mejoraría la sanidad pública.

La posible dicotomía entre *medicina especializada* o *atención primaria* se ofrece solo como punto de reflexión, al no ser dos polos excluyentes. Los datos cualitativos se inclinan a potenciar más la atención primaria, incluso con la terminología tradicional del “médico de cabecera”. Esos comentarios insisten en que no funciona bien el filtro necesario de la atención primaria, antes de pasar a los especialistas.

El estudio comparativo de la sanidad española con otros países de nuestro entorno y la encuesta realizada entre un amplio y representativo número de expertos del sector han venido a confirmar las grandes tendencias que van a condicionar el desarrollo futuro de la política sanitaria española, a saber:

- ?? El gasto sanitario y su financiación.
- ?? La gestión de los recursos.
- ?? La evolución científico tecnológica en la sanidad

y un hecho significativo como es la diferencia en salud entre las poblaciones masculina y femenina.

De la lectura detenida de este informe, se deduce con claridad que estas tendencias, que son posteriormente objeto de un desarrollo monográfico, no son ni mucho menos las únicas, ni siquiera se puede afirmar que las más importantes, ya que sería muy difícil establecer un orden jerárquico entre todas las relacionadas, no se pueden olvidar, entre otras, ni el envejecimiento de la población ni el impacto de la inmigración y otras muchas de similar importancia, pero había que elegir y el consenso en las tres seleccionadas y el hecho diferencial ha sido prácticamente unánime.

3. Monografías

3.1. LA FINANCIACIÓN NECESARIA PARA UNA SANIDAD SOSTENIBLE

Julián García Vargas.

Las necesidades sanitarias no tienen límites naturales. A las que existen en un momento dado siempre les siguen otras nuevas impulsadas por la tecnología, el envejecimiento, la demanda de comfort, los estilos de vida y hasta las modas, en una expansión potencialmente infinita. Por eso el coste de la asistencia sanitaria adecuada para un nivel dado de desarrollo económico y que satisfaga las demandas de la población, es casi imposible de establecer.

La asistencia sanitaria es una demanda colectiva importante, pero también lo son la seguridad ciudadana, la educación, las obras públicas o la asistencia social. El coste sanitario sostenible es el que resulta conciliable con la atención de esas otras demandas públicas, dados unos objetivos de equilibrio económico y presupuestario. Para tener una idea aproximada de esa sostenibilidad sanitaria, hemos de recurrir a las comparaciones con otros países. Sin embargo, esta comparación debe hacerse teniendo en cuenta un factor esencial, que es el modelo de organización elegido. No es lógico comparar a España con Estados Unidos o Suiza, que tienen sistemas que pivotan en la oferta y la demanda privadas y que resultan ser notablemente más caros y menos justos. Incluso, no deja de presentar algunos problemas la comparación con países europeos con sistemas mutualistas (Francia, Alemania), también más caros y con un diferente enfoque.

Por tanto, la comparación debe hacerse con países que aplican el modelo de Sistema Nacional de Salud (SNS) de cobertura universal y financiación mayoritariamente pública. Este modelo, que garantiza el racionamiento de los recursos públicos sanitarios entre todos los ciudadanos, ha demostrado controlar mejor el gasto total y distribuirlo de forma más equitativa. Aún así, en esas comparaciones hay que tener en cuenta factores demográficos, como el grado de envejecimiento y la dispersión de la población, y otros menos cuantificables, como las diferencias en prácticas clínicas y factores culturales que inducen ciertas demandas. También hay que considerar el nivel de renta, que es un factor estimulante de la demanda de servicios sanitarios.

Sabiendo que no hay una regla orientativa general que permita relacionar nivel de desarrollo y gasto sanitario, podemos comparar a España con Reino Unido, Suecia, Dinamarca, Italia, Noruega otros países de la UE15 con SNS.

Si realizamos esas comparaciones, de acuerdo con las cifras armonizadas por la OCDE, puede deducirse que en España tenemos un gasto sanitario ajustado, en líneas generales, a nuestro nivel de renta y a las características de nuestra población. Nuestro sistema se compara aceptablemente, en financiación sanitaria total, con los países con modelo de SNS, aunque que gasta proporcionalmente un poco menos . España dedica el 7,5 por cien del PIB, similar al 7,6 de Reino Unido, aunque por debajo del 8.7 de Suecia, del 8,6 de Dinamarca y el 8.4 de Italia. Es notablemente más barato, en términos de peso sobre PIB, que los sistemas de aseguramiento social o mutualismo como Alemania (10.7 del PIB), Francia (9.5) e incluso Portugal (9.2 por cien).

Ese gasto sanitario español no ha variado su proporción sobre el PIB desde 1994. Del total, la financiación pública equivale al 71 por cien y la privada al 29 por cien. Entre los países que tienen SNS, es el que presenta una proporción claramente más baja de financiación pública, no sólo por debajo de Suecia, Reino Unido, Dinamarca o Italia, sino también de Francia y Alemania. Esa proporción ha venido disminuyendo desde el 78,7 por cien en 1990 al 71 por cien en 2001.

De acuerdo con esas comparaciones, nuestro gasto sanitario total es algo bajo y su componente público ha quedado bastante retrasado. Esto es contradictorio con el envejecimiento experimentado y con el aumento demográfico aportado por la inmigración en los años últimos y no es sorprendente que se produzcan tensiones en el sistema sanitario, que se manifiestan en déficit acumulado por la CCAA.

El importe anual del mismo debe estar en torno al 0,5/0,6 del PIB pero no se conoce del todo bien. Desde este mismo año las CCAA deben comunicar su gasto sanitario real de cada ejercicio anual y estamos a punto de que se difunda su importe exacto. Las tensiones del sistema se expresan también en los retrasos en el pago a proveedores, que suponen unas deudas no satisfechas (en varias CCAA los retrasos son iguales o superiores a 360 días).

Hay una convicción bastante compartida sobre la conveniencia de recuperar ese, aproximadamente, 8/10 por cien perdido de la financiación pública, que equivale

al 0,5/0,6 del PIB para situar nuestro gasto público sanitario en un orden de magnitud adecuado al nivel de desarrollo comparado de nuestros país.

¿Resolverá ese aumento, con o sin un Pacto de Toledo Sanitario, los problemas del SNS? No, con toda seguridad, porque además de incrementar un poco la financiación pública y repartirla con criterios algo distintos, hace falta gastar mejor, racionalizar la organización de la asistencia e introducir nuevos mecanismos de regulación de la demanda. Sabemos por experiencias anteriores que hace falta una combinación de medidas y no sólo poner más dinero.

Retocar el sistema de financiación

Hasta hace muy poco era difícil debatir con sensatez sobre financiación sanitaria. Desde mediados de los años ochenta hasta principios de los noventa, hubo un aumento del gasto poco ordenado, consecuencia de la universalización decidida por la Ley General de Sanidad. Se producían desviaciones presupuestarias anuales de hasta el 10 por cien (no muy diferentes de las que experimentan ahora las CCAA más grandes), que el viejo Insalud transfería a las Comunidades con competencias sanitarias y que sufrían los proveedores.

Por todo eso, fueron necesarias varias operaciones de saneamiento y hubo que retrasar la decisión (adoptada en 1988) de financiar la asistencia con impuestos y no con cotizaciones de la Seguridad Social, como corresponde al modelo de SNS. Sin embargo, ese era un debate difícil porque muchos lo descalificaban con la expresión “economicismo”, una especie de palabra mágica para evitarlo. El Informe Abril contribuyó mucho a hacer entender que la limitación de recursos es un elemento más del SNS.

La calidad de ese debate ha mejorado mucho en los últimos diez años. No obstante, aunque el ambiente es más receptivo, el fondo de la cuestión no ha variado demasiado : los recursos para sanidad no son suficientes.

La financiación sanitaria vigente está incluido en el sistema de financiación global de las CCAA, pactado en 2001, en parte para hacer posible la transferencia de la asistencia sanitaria a todas ellas. Desde 2002 ya no hay una financiación sanitaria finalista, pues se engloba con los recursos para competencias comunes y para asistencia social, lo cual es coherente con el Estado autonómico. Como garantía, los

recursos sanitarios tienen asegurado un mínimo estable durante tres años (hasta 2004) según el presupuesto sanitario efectivo liquidado en 1999.

Su cálculo en dos tramos, uno, el Fondo General definido por la población protegida (75 por cien de ponderación) y otro determinado por la población mayor de 65 años (24.5 por cien de ponderación, con un 0,5 por insularidad) es razonable y no ha suscitado problemas. En el futuro cabe introducir poco a poco otros criterios complementarios como los índices de morbilidad y de mortalidad evitable.

Tampoco lo ha hecho el fondo específico de Ahorro de Incapacidad Temporal . Sin embargo, el Fondo de Cohesión, para garantizar la igualdad de acceso ha sido ambiguo desde el principio, porque es escaso para compensar a las Comunidades que reciben más desplazados y no ha sido apenas utilizado para atajar problemas concretos de desigualdades en el acceso y en el estado de salud.

El nuevo sistema vigente supuso una racionalización de la financiación sanitaria, dentro de la autonómica. Aportó mayor margen de libertad a las Comunidades, que pueden establecer recargos en su participación en el IRPF y en el Impuesto Especial sobre Hidrocarburos para obtener recursos adicionales sin depender de las transferencias del Estado.

En la práctica, el sistema ha resultado ser algo más generoso para las Comunidades que recibieron la transferencia sanitaria en 2002 (algunas de las cuales recibieron cantidades adicionales por una sola vez para proyectos concretos) que con las más veteranas. En los tres años de aplicación, Cantabria y Rioja han estado a la cabeza de la financiación “ per capita” (además de Navarra, que disfruta del cupo). Por el contrario, Andalucía, Valencia y Baleares han estado en el otro extremo. A estas hay que añadir Madrid y Cataluña, que han disminuido sus recursos por persona debido al aumento de la población inmigrante.

El sistema requiere retoques, atendiendo a los cambios en el Censo de Población, sin olvidar la presión de los inmigrantes no regularizados. Algunas CCAA piden también que se estudie la evolución futura del Fondo de Cohesión, desglosando su función de compensación por desplazados de la de eliminación de bolsas comprobadas de desigualdad en el acceso ,

La compensación por desplazados es una cuestión delicada en un país con fuertes movimientos turísticos, de extranjeros y nacionales, como es España. Además lo es para garantizar la calidad clínica de servicios hospitalarios de referencia que atienden a más de una Comunidad. Habrá que cuantificar periódicamente el esfuerzo de las CCAA que reciben más turistas y más desplazados y compensarles, empezando por el gasto farmacéutico. Hasta ahora, la garantía que significaba tener asegurado el equivalente del gasto efectivo en el año base de 1999 ha ayudado a sostener ese esfuerzo, pero esa referencia se va debilitando.

Estas son , entre otras, las cuestiones que está considerando la Comisión Interministerial de Estudio del Gasto Sanitario y a lo largo de 2005 se irán conociendo sus conclusiones.

¿De dónde saldrán el dinero para mejorar los presupuestos sanitarios autonómicos?.

Inevitablemente de una combinación de los recursos del Estado y de los de las propias CCAA, con una mayor aportación, si somos realistas, de los ciudadanos que utilizan los servicios.

En los ingresos fiscales del Estado, los que sirven de referencia a la financiación sanitaria (el llamado ITE, compuesto por el IRPF, el IVA y los Impuestos Especiales) hay unas posibilidades reducidas. En el impuesto directo por excelencia, el IRPF, no hay mucho margen político para grandes modificaciones al alza, aunque puede hacerse algún retoque, por ejemplo en el tratamiento de plusvalías. En los indirectos, el IVA es un impuesto europeo que tiene límites de aplicación por los estados. Quedan los impuestos especiales, sobre todo los de consumo de tabaco y alcohol, pero su elevación es inflacionista y su capacidad recaudatoria no muy grande. Últimamente se ha insistido en su incremento como solución del déficit sanitario, pero sería necesario elevar sus tipos en más del 60 por cien para obtener una cifra equivalente al 0,5 del PIB.

Por otra parte, las propias CCAA tienen competencias normativas en la tarifa del tramo autonómico del IRPF y en sus deducciones. Podrían retocarlas para recaudar más. También pueden elevar la recaudación por impuestos cedidos, como el de Sucesiones y Donaciones y el de Transmisiones, aunque eso es contrario a la tendencia en muchas de ellas a reducir los tipos impositivos e incluso a suprimir el impuesto de Sucesiones.

Cualquier modificación del actual sistema de financiación sanitaria pasará por una mayor responsabilidad recaudatoria de las CCAA, en coherencia con el desarrollo autonómico de nuestro país. Sin embargo, las Autonomías siguen mostrándose algo reticentes a ese papel, como muestra su actitud respecto a la tarifa autonómica del IRPF, que ninguna ha movido al alza, y al recargo sobre el consumo de hidrocarburos. Sorprende un poco que CCAA con los mayores retrasos en pago a proveedores no hayan hecho uso de ese recargo y que solo Asturias, Galicia, Cataluña y Madrid lo hayan implementado (en el caso de Madrid se ha anunciado su supresión en 2005). Es razonable pensar que el Gobierno Central y los Autonómicos tengan que repartir los esfuerzos recaudatorios, dando a las CCAA mayor margen para generar recursos adicionales.

Gastar mejor es posible.

Los problemas de financiación sanitaria no solo tienen que ver con el dinero, sino que están en relación con la organización y el funcionamiento del sistema. Los Sistemas Nacionales de Salud controlan mejor el coste total porque tienen más regulado el acceso (lo que origina listas de espera e incomodidad a los pacientes) y el coste de los factores que producen la asistencia (lo que de origen a profesionales frecuentemente peor pagados) . Los SNS racionan unos recursos siempre escasos pero eso no significa que siempre gasten bien ; por el contrario, suelen caer en los defectos de burocracia y falta de responsabilidad personal.

Además, en medicina, los conocimientos científicos progresan a un ritmo muy fuerte y otro tanto ocurre con la tecnología de diagnóstico y de tratamiento . Adaptar la organización a ese ritmo es una tarea muy difícil y es frecuente que haya grandes diferencias de práctica clínica, que se basa en esos conocimientos, entre países, entre CCAA e incluso dentro de un mismo hospital o de la misma área sanitaria.

No es fácil de explicar que en España haya una media de 8.7 visitas al médico por persona y año, el triple que en Suecia y un tercio más que en Dinamarca. En este aspecto, nuestro país es el sexto de la OCDE. Sin embargo, es el vigésimo en altas hospitalarias (de un total de veintisiete países) y el décimotercero en pacientes de cirugía (de un total de veintiún países) por mil habitantes, lo que significa que aquí no se cometen tantos excesos en hospitalización y en operaciones quirúrgicas como en otros muchos países.

En España tenemos más “scanners” y más equipos de resonancia magnética por millón de habitantes que en Reino Unido, Dinamarca, Francia y hasta Canadá. Sin entrar en valoraciones, la comparación de los parámetros de actividad y de equipos entre países de la OCDE y más concretamente entre naciones con SNS, ofrece contrastes inexplicables que ilustran la dificultad de establecer criterios de gasto sanitario para un nivel de desarrollo.

Existe pues, en casi todos los países, un campo inmenso para adoptar los protocolos de diagnóstico, intervención y tratamiento que se han demostrado más eficaces y económicos. Esta mejor consideración del tratamiento más económico choca un poco con la cultura médica tradicional, pero hay que insistir en la limitación de recursos como un elemento básico de los SNS y de todos los sistemas sanitarios. Un campo de mejoras también extenso es el que se refiere a la organización y funcionamiento, donde los SNS pueden utilizar la experiencia del mundo empresarial. Esto ya se está haciendo en España a través de las nuevas formas de gestión empleadas en los hospitales de reciente construcción (empresas públicas, fundaciones y reaseguro con entidades privadas).

Los servicios autonómicos de salud no han superado mucha de la rigidez heredada del viejo Insalud, que nunca supo premiar y estimular a los profesionales más dinámicos y eficientes. Esto es bastante visible en hospitales pero también en la atención primaria, que es de reciente creación pero igualmente incapaz de motivar a los más diligentes e innovadores. La OPE que resignadamente se va aplicando en todas las CCAA, aleja la posibilidad de flexibilizar la relación laboral en el SNS al menos en otra generación.

La rigidez organizativa está en el origen del enorme abuso que se produce de las urgencias hospitalarias e incluso de buena parte del aumento de la factura farmacéutica de los últimos años. Todo el sistema de primaria descansa en gran medida sobre la prescripción, a la que se recurre automáticamente y que compensa el corto tiempo de consulta, alivia la tensión de la lista de espera para una prueba o disimula otros defectos del sistema. La receta se ha convertido en la consecuencia obligada de toda consulta médica en la expectativa de los ciudadanos, alterando su carácter de consejo basado en el conocimiento profesional. Varios estudios han estimado que en torno al 25 por cien de las recetas son innecesarias en estrictos términos de salud.

España gasta el 20 por cien de su presupuesto sanitario en medicamentos, mientras Dinamarca se mantiene en el 8.9 y Suecia en 13.6. Sin embargo no somos un caso excepcional, porque Italia , también con SNS descentralizado en las regiones, alcanza el 22.3 por cien. Con sistema mutualista, Francia llega al 21 por cien, mientras que Alemania se mantiene en 14.3.

En la factura farmacéutica deben corregirse dos aspectos: el excesivo crecimiento anual y su composición. El crecimiento anual se está moderando por la aplicación estricta de precios de referencia y por la propia evolución de la industria, que ve cómo el número de patentes que caducan anualmente es superior al de registros de nuevos productos innovadores. En 2005 el crecimiento estará en torno al 6/8 por cien, lo que no está mal si consideramos el aumento de población.

La composición del gasto en farmacia es una cuestión cuyo debate parece incomodar un poco, pero hay que insistir en que no es razonable que el 19 por cien de los ciudadanos, los pensionistas, absorban el 74 por cien de ese gasto. Tampoco lo es que sólo el 6.7 de esa factura total sea sufragada por los pacientes, la proporción más baja de la OCDE.

El excesivo gasto de pensionistas (de media es once veces superior al de una persona en activo) disimula y compensa en parte el escaso gasto público en asistencia social a ancianos, sobre todo a los sufren dependencia. Por otra parte, supone aplicar tratamientos intensivos de dudosa utilidad a personas muy ancianas y dependientes, detrayendo recursos para tratamientos preventivos en personas maduras, que reducirían la mortalidad evitable.

Es muy delicado hacer este tipo de reflexiones, pero conviene recordar que la principal tarea de la política sanitaria y de la asistencia es eliminar todo lo posible la mortalidad evitable en jóvenes y maduros y no el alargamiento a toda costa del vida, aún en el caso de personas con edades muy avanzadas y gran dependencia. El SNS inglés es un ejemplo a seguir en este sentido.

Moderar la demanda.

La propia naturaleza de las necesidades sanitarias hace que la demanda de servicios crezca de forma indefinida. Pueden mejorarse la financiación y la gestión, pero en más o menos tiempo volverán a generarse problemas.

Moderar la demanda sanitaria es un objetivo imprescindible para garantizar que proporción de recursos públicos dedicados a sanidad no deteriora los asignados a vivienda social, seguridad ciudadana o asistencia social. Concretamente, será imposible mejorar la asistencia personal a dependientes , que redundaría en beneficio de los servicios sanitarios, si la sanidad absorbe demasiado presupuesto.

En todos los sistemas hay barreras de acceso. En los de mercado (Estados Unidos, Suiza) a través del precio. En los mutualistas (Francia, Alemania) mediante precios reembolsados parcialmente y con posterioridad. En los SNS con controles administrativos y copagos.

Las barreras de los SNS se traducen en tiempos de espera , a veces injustificados o demasiado largos, además de incomodidad. A medida que mejora el nivel de renta, eso se acepta peor por los ciudadanos y se producen quejas que hacen reaccionar a las autoridades políticas. Dicha reacción resulta a veces excesiva y se va más lejos de lo prudente, prometiendo plazos de espera no muy superiores a los de aseguradoras privadas, habitaciones hospitalarias individuales para todos o nuevas instalaciones con exceso de capacidad.

No es extraño que todo eso genere una nueva demanda, que se añade a la que induce por inercia y en condiciones normales el propio sistema. Su propia dinámica produce mejoras continuas en las prestaciones o añade otras nuevas sin mucha planificación previa.

La contención de la demanda, en estas circunstancias, solo puede hacerse reduciendo prestaciones poco útiles e introduciendo copagos. El Informe Abril ya recomendó hace una década actuar en esa doble dirección.

Está demostrado que en España el aumento de demanda no está producido solo por el envejecimiento y la nueva población ; a medida que mejora el nivel de renta se intensifica el uso de los servicios por todos los ciudadanos y se refuerza la exigencia de mayor comodidad. La gratuidad favorece este proceso. El ejemplo más repetido es el de las urgencias hospitalarias, que sufren un fuerte abuso desde hace tiempo.

La supresión de prestaciones no es nada fácil. Pueden eliminarse tratamientos de pequeñas patologías y su correspondiente prescripción. Si no es posible por su

coste político, al menos debe introducirse sistemáticamente el copago en toda nueva prestación.

En cuanto a los copagos, está demostrada su efectividad con la experiencia internacional disponible, aunque eso se ponga aún en cuestión en nuestro país. Aquí mismo tenemos la de Muface, que aplica en todos los pacientes el 30 por cien de aportación en los medicamentos y tiene un coste farmacéutico por persona un 33 por cien inferior a la media del SNS. Asimismo, expide 12,4 recetas por persona al año, frente a 15.8 en el sistema general.

Las experiencias en otros países son similares y muy abundantes. Además, hay ejemplos de mecanismos eficientes para garantizar la equidad y para recaudarlos, distinguiendo por patologías y colectivos. Lo negativo en España es que este asunto está cargado de prejuicios políticos y no termina de separarse la cuestión mayor, que es la utilidad de este instrumento, de la menor, que es la casuística de su puesta en vigor. Esta puede hacerse progresivamente, con cuantías pequeñas y con instrumentos fáciles de administrar.

En cualquier caso, al menos en una primera etapa, los copagos son mucho más un mecanismo disuasor de la demanda que de recaudación, aunque a largo plazo estén llamados a tener un papel como fuente de ingresos.

Conclusiones.

La financiación sanitaria sostenible es la que permiten el nivel de desarrollo económico del país, el equilibrio presupuestario y la atención a otras funciones del Estado tan importantes como la sanidad. La financiación “necesaria” tendrá que ajustarse a aquella y en esa adaptación está la virtud de la política sanitaria en su aspecto económico.

En España, el éxito de las políticas autonómicas de salud consistirá en armonizar las demandas o necesidades con la obtención de recursos fiscales propios que complementen los transferidos por el Estado. Esa armonización no será completa sin un esfuerzo para gastar mejor y para evitar que la demanda crezca más rápidamente que los recursos. Esto último obliga a dotarse de instrumentos que disuadan los excesos de utilización inducidos por la gratuidad.

3.2. LA IMPORTANCIA DE LA GESTIÓN SANITARIA Y LAS NUEVAS TENDENCIAS

Vicente Rambla Momplet

Uno de los mayores éxitos que se puede atribuir a la democracia española es, sin duda, la implantación de un sistema sanitario de cobertura universal y financiación pública.

Este logro, sin embargo, se ha visto empañado por la aparición en el tiempo de una serie de problemas de índole demográfica, epidemiológica, estructural o financiera, que han acabado condicionando su sostenibilidad.

Veinticinco años de implantación y desarrollo del Sistema Nacional de Salud no han acabado ni con la excesiva rigidez en las estructuras organizativas y de gestión, ni con los desajustes entre la oferta y la demanda.

En estos años, tampoco hemos sido capaces de frenar el aumento constante de los costes asistenciales.

Además, en la última década, han aparecido nuevos condicionantes que han hipotecado aún más un futuro ya de por sí incierto. Factores como la demanda creciente de servicios, los movimientos migratorios, el envejecimiento de la población, el cambio en los patrones de morbilidad, el aumento de las enfermedades crónicas, la dependencia cada día más notoria de la tecnología y así un largo etcétera.

Esta situación ha provocado que el debate político y social en nuestro país se haya centrado, desde que en 1991 surge el "*Informe Abril Martorell*", en la necesidad de introducir nuevos mecanismos de financiación y gestión que favorezcan una mayor eficiencia en el uso de los recursos, garanticen la calidad de las prestaciones y preserven el principio de equidad en el acceso a las mismas.

A estas alturas parece evidente que la economía española no está preparada para soportar, a medio plazo, el incremento de los costes que se vaticina; sobretodo si consideramos el peso específico que está adquiriendo, a nivel económico, aspectos como la inmigración o la población mayor de 65 años.

En este sentido, vale la pena destacar, como ejemplo del impacto que están provocando ambos factores en la Comunidad Valenciana, que en 2001 se censaban un total de 696.000 personas mayores de 65 años, lo que suponía un 17,03 % de la población total.

Mientras que para el año 2015, la proyección prevista por el Instituto Valenciano de Estadística (IVE) cifra la población con esa edad en 832.000 personas, es decir, el 19,52% de la población.

Año	Población total	Población mayor de 65 años	% respecto al total
1981	3.646.778	411.635	11,30%
1991	3.857.234	530.746	13,80%
2001	4.162.776	696.000	17,03%

Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística): censos nacionales

Por otra parte, la llegada masiva de inmigración desde Europa, África o América ha provocado que la población valenciana crezca desde los 4.120.729 habitantes que se registraron en el censo de 2001, a las 4.632.569 que recogió en enero de 2004 el *Sistema de Información Poblacional*¹ de la Conselleria de Sanidad.

A este incremento demográfico hay que unir lógicamente un aumento correlativo de los costes.

Así, la *Sociedad Española de Geriatría y Gerontología* (SEGG)², ha determinado que en nuestro país los mayores de 65 años ocasionan ya en la actualidad, el 50% del gasto sanitario y el 76,1% de la factura farmacéutica.

Esa misma entidad, ha estimado que en el 2010, el coste que comportará el cuidado de nuestros mayores dependientes se situará entre los 12.000 y los 13.500 millones de euros.

Y este crecimiento de los costes asistenciales ya se está dejando notar en el proceso de elaboración de cada nueva Ley de Presupuestos de la Generalitat Valenciana.

¹ Dicho Sistema, que sirve de soporte a la Tarjeta sanitaria, tiene registrada la población protegida, a nivel sanitario, en la Comunidad Valenciana.

² Informe "*Situación de dependencia y necesidades asistenciales de las personas mayores en España con una previsión al año 2010*", Sociedad Española de Geriatría y Gerontología

Así, en 2004 el esfuerzo financiero que ha tenido que hacer esta Comunidad, en materia de sanidad, se ha cifrado en 3.713.224,23 de euros, lo que supone un 38,6% de los presupuestos generales de la Generalitat.

Año	Presupuesto Generalitat (en euros)	Presupuesto Sanitario (en euros)	% crecimiento presupuesto sanitario respecto al año anterior	% Sanidad/ Generalitat
2000	7.316.717,98	2.631.804,17	7,07 %	36,0 %
2001	7.791.770,28	2.793.031,70	6,13 %	35,8 %
2002	8.339.601,11	3.074.037,00	10,06 %	36,9 %
2003	8.907.101,00	3.272.274,13	6,45 %	36,7 %
2004	9.614.946,46	3.713.224,23	13,48 %	38,6 %

Fuente: Presupuestos de la Generalitat Valenciana

Las implicaciones derivadas de esta situación son tan preocupantes que nos obligan a abordar un gran pacto sanitario, a nivel nacional, que reoriente la actual estrategia gestora y permita desarrollar un buen sistema de financiación para los próximos años.

En este punto es necesario hacer un inciso para aludir a una de las aspiraciones más reclamadas por parte de buena parte de las Comunidades Autónomas: la compensación económica por la atención dispensada a los desplazados desde otros territorios.

Todas aquellas comunidades españolas en las que el turismo tiene un peso específico muy elevado, asumen la cobertura de una población mucho mayor de la que tiene realmente censada. Esta situación está generando un déficit grave, tanto a nivel asistencial, de infraestructuras y sobretodo de carácter económico.

Este desfase entre lo asignado y lo esperado lo consideramos como un déficit, por cuanto las CCAA turísticas no reciben directamente la compensación de aquellos servicios de salud autonómicos o países de procedencia de los “desplazados” que son atendidos, dado que la facturación final no va al centro sanitario que dispuso la atención médica, sino directamente al Estado que posteriormente compensa con una asignación presupuestaria que nunca es equivalente al coste total de la cobertura.

Esta situación financiera se ha hecho insostenible y en nuestra opinión sólo puede solventarse a través de la adopción de nuevas estrategias en materia de política sanitaria. Estrategias, como podrían ser:

- La implantación de nuevas fórmulas de gestión sanitaria, basadas en la provisión privada de servicios, y que se complementarían con aquellas otras fórmulas apoyadas en la tradicional “*gestión directa*”.
- La puesta en marcha generalizada de un sistema de financiación, de carácter capitativo, y por tanto, más cercano a la realidad del censo.
- Un sistema de facturación interterritorial, eficaz y riguroso, que permita equilibrar lo percibido y lo atendido entre territorios autonómicos y entre Estados.
- Y por último la reformulación del Fondo de cohesión, con el fin de corregir la cantidad que actualmente se destina a la financiación de los gastos por desplazados.

De estas cuatro posibles líneas de trabajo estrategias, hasta el momento, hemos podido arbitrar medidas en torno a las tres primeras.

Así, coincidiendo con la puesta en marcha de un nuevo centro hospitalario en Alzira, la Conselleria de Sanidad decidió implantar, en dicho hospital, la provisión privada de servicios, un sistema de financiación público y de carácter capitativo y por último un sistema de facturación que le permitiese compensar costes con aquellos centros sanitarios que le derivasen pacientes o que fueran receptores de los suyos.

Con este tipo de sistema es posible financiar al proveedor de cuidados, es decir a cada centro asistencial, en función de la población a la que protege y a su estado de salud y no de acuerdo a la actividad realizada, es decir, al precio por acto médico.

En nuestra opinión este sistema puede convertirse en un verdadero motor de cambio de la actual oferta asistencial.

Cinco son los motivos en los que apoyamos esta argumentación:

- La financiación capitativa favorece una distribución equitativa de los recursos.
- Aumenta la eficiencia global y mejora el control sobre el gasto sanitario.
- Permite además, que facturemos entre territorios, la atención dispensada a aquellos pacientes que no están incluidos en su cápita.
- Facilita la adaptación de la oferta a las nuevas necesidades (morbilidad) y expectativas de la población.
- Y por último promueve la integración vertical y una más adecuada articulación entre los niveles de Atención Primaria y Especializada. En este último sentido, con la integración vertical de niveles asistenciales, se atiende al paciente en el escalón asistencial que se considera más eficiente en cada caso concreto, tanto a nivel sanitario, como económico, evitando la transferencia a niveles asistenciales superiores si no es estrictamente necesario.

Sin embargo, es importante hacer la salvedad de que la aplicación estricta de un sistema de financiación capitativo puro puede provocar, a la larga, desajustes y por tanto inequidades, pues no todos los conjuntos poblacionales son idénticos, ni sus necesidades de salud similares.

Factores como la edad, el nivel cultural, el nivel de renta, la afluencia turística, la dispersión geográfica, la dedicación a la investigación y a la docencia en los centros sanitarios, etc., pueden condicionar seriamente este cálculo.

Por eso, para adecuar la financiación a las características predecibles de cada persona y a los efectos que su salud genera sobre el gasto sanitario, es habitual que los técnicos realicen los llamados "*ajustes de riesgo*". Estos ajustes están todavía por decidir, aunque pretendemos, como es lógico, que sean objetivables y de fácil prospección y medición.

Otro aspecto que es importante resaltar a la hora de implantar un modelo de financiación capitativo es el relativo a la *transferencia del riesgo*.

Es indudable que con este sistema se produce un traslado del riesgo en la financiación, que ya no dependerá exclusivamente de un agente externo, sino de la propia capacidad que tenga el proveedor de cuidados para gestionar, de manera eficaz, la facturación a terceros y para generar servicios que resulten competitivos y puedan ser solicitados por otras áreas de salud.

Por tanto, para que el sistema funcione, y el riesgo no afecte al paciente, se deben implantar mecanismos de control que ayuden a detectar los “*agujeros negros*” tanto en la financiación como en la producción de los servicios, y además orienten a la hora de buscar las posibles soluciones.

Aparece evidente que los centros sanitarios deben contar con un sistema integral de gestión que permita implantar una dirección por objetivos y un control de resultados, que a su vez ayude a delimitar las responsabilidades de dirección y gestión y a establecer una adecuada evaluación de los parámetros que afectan a costes y calidad asistencial.

Los centros sanitarios no pueden seguir gestionando exclusivamente bajo criterios de actividad realizada, sino que cada día debe primar más los criterios de eficiencia y calidad a la hora de evaluar su trabajo.

De ahí que consideremos necesario apoyar la complementariedad entre las fórmulas de gestión privada y pública, es decir entre las nuevas formas de gestión indirecta o mixta y la tradicional fórmula de la “*gestión directa*”.

La introducción de las nuevas formas de gestión ha supuesto un cambio de filosofía en la gestión. Pues a través de ella estamos consiguiendo:

- garantizar la concepción integral del sistema,
- preservar los principios constitucionales que inspiran el Sistema Nacional de Salud.
- mejorar la eficiencia y la calidad del Sistema
- instaurar la continuidad entre niveles asistenciales
- e introducir el concepto de competencia entre centros y servicios.

Nuestro deseo es que durante el año 2005 se vaya extendiendo nuestro modelo de gestión sanitaria y financiación sobre base poblacional a todas las Áreas de salud de la Comunidad Valenciana.

Por lo que respecta a la *facturación intercentros*, los pasos que a nivel estatal o autonómico se han dado en este sentido son todavía incipientes.

En nuestro caso, la opción pasa por el sistema en base a una gestión compartida de la Atención Primaria y la Especializada.

Para ello en cada Área o Departamento habrá un centro gestor único, con dos niveles asistenciales. Los pacientes de cada demarcación territorial serán "repartidos" entre los distintos hospitales de gestión integral (agudos) existentes en ellas.

Iniciado el ejercicio, a cada centro se le compensará/facturará por los gastos que se deriven de la asistencia prestada, y se hará con cargo a una "bolsa" creada a tal efecto.

En el cálculo se tendrán en cuenta:

- Los pacientes asignados a otros hospitales, Áreas o Departamentos.
- Los residentes fuera de la Comunidad, es decir desplazados, extranjeros, inmigrantes, etc.
- Los pacientes cuya asistencia no cubre el sistema sanitario público (accidentes, mutuas, etc.)
- Los asistidos en hospitales concertados o los derivados a clínicas del Plan de choque.

A la hora de calcular el precio, el criterio general que seguiremos será el coste real por GRD (Grupo Relacionados con el Diagnóstico). No obstante, habrá excepciones derivadas de las posibles tarifas que apliquen a cada tipo de asistencia, origen del paciente, etc.

Antes de su implantación tenemos también previsto el diseño de un Sistema de información específico, que nos permita la elaboración y actualización constante de las matrices de flujo y de saldos. Sistema a través del cual podremos conocer en todo momento las obligaciones y derechos pendientes de cobro.

Además crearemos un Sistema de cuentas para el mantenimiento y presentación de los resultados de cada ejercicio. Por último tenemos también prevista una simulación previa para prever los efectos.

Una vez cumplidos estos requisitos y aprovechando los primeros meses de 2005 iniciaremos la implantación progresiva y global del sistema de facturación intercentros.

Sin embargo, llegados a este punto es necesario hacer la salvedad de que para mejorar la gestión de nuestros recursos y al mismo tiempo controlar los costes asistenciales, es indispensable conocer su realidad a través del análisis de la información que generan.

Son básicos, por tanto, los **sistemas de información sanitaria**, ya sean de tipo económico o de gestión.

La información se ha convertido en un recurso estratégico para cualquier Sistema sanitario. El desarrollo exponencial que los sistemas de información han tenido en la última década, ha traído como consecuencia inmediata la mejora de la capacidad de decisión de los clínicos y de los gestores.

Sin embargo, para favorecer la captación y el tratamiento adecuado de esa información, es necesario mejorar aquellos medios tecnológicos que garanticen su calidad, su transparencia, su vigencia, así como su coherencia y disponibilidad.

Ya no es posible, ni realista, hablar hoy día del nivel de salud de una comunidad o identificar las relaciones entre su estado y el uso de los servicios sanitarios, si no contamos con un instrumento que nos proporcione regularmente una información, precisa y exacta, sobre la salud y sus condicionantes; un instrumento que además nos ayude a calibrar con detalle el éxito o fracaso de los planes y programas sanitarios que hemos diseñado.

Conscientes de esta necesidad imperiosa de más y mejor información, el anterior Gobierno recogió en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS la necesidad de que el Ministerio de Sanidad y Consumo asumiese la labor de garantizar su disponibilidad y su trasvase entre la Administración sanitaria del Estado y de las Comunidades Autónomas.

Parece evidente que ha llegado el momento de poner en valor la gestión sanitaria a través de la incorporación de nuevas tecnologías, como la informática y los sistemas de información.

Necesitamos sistemas que nos ayuden a mejorar el conocimiento, a tiempo real, de los datos de coste/utilidad terapéutica, que genera la actividad asistencial y las prestaciones.

Sistemas como los que deben gestionar de forma más eficiente la prestación y la dispensación de medicamentos y otros productos sanitarios. Sistemas que al mismo tiempo permita la prescripción asistida con la finalidad que el facultativo en base a datos o posibles interacciones pueda realizar su prescripción más adecuadamente.

Sistemas como los de información económica, que ayuden al análisis y a la valoración de la gestión y permitan asimismo determinar los costes que comportan los procesos asistenciales.

Que permitan contabilizar los consumos de recursos y las actividades de cada servicio o unidad y obtener un análisis consolidado y consistente del coste real en el lugar donde se produce, la relación entre la actividad realizada y su coste, y la posición relativa del servicio respecto al conjunto de hospitales de características similares.

Hemos de tener en cuenta que una política de contención del gasto público no consiste en presupuestar sistemáticamente por debajo de gasto real, sino en ajustar el presupuesto a la realidad.

Bajo esta filosofía, en la Comunidad Valenciana hemos implantado el llamado Sistema de Información Económico o SIE. Los resultados que estamos derivando del mismo son tan positivos que va a ser incorporado al Proyecto de desarrollo de los GRD del Grupo de Contabilidad Analítica del Consejo Interterritorial.

Este sistema nos va a ayudar a establecer tarifas para la “*facturación a terceros*”. Además de contribuir también a estimar el coste de los GRD (Grupos Relacionados de Diagnóstico) a partir de los costes por actividad o la incorporación de indicadores de coste a los contratos de gestión de las áreas y a la cartera de servicios de los centros o la obtención de pesos propios de los GRD hospitalarios.

Son muchas, por tanto, las posibilidades que se derivan del hecho de potenciar el uso de Sistemas de Información. De ahí nuestro interés por fomentar su uso y operatividad.

En definitiva, a través de esta amplia gama de procesos informáticos estamos incorporando la sociedad de la información a la gestión sanitaria, lo que está favoreciendo una mayor eficiencia del sistema, una mayor implicación del profesional y por tanto una atención sanitaria de mayor calidad.

Junto a este apoyo a las nuevas tecnologías parece evidente también que se aborden iniciativas que conduzcan a mejorar la eficiencia con la que actualmente son gestionados los centros sanitarios y los servicios clínicos y administrativos.

En nuestro caso, esta mejora la estamos acometiendo a través de la implantación de "*Acuerdos de gestión*" con los responsables de las instituciones sanitarias.

Estos acuerdos nacen con la pretensión de conseguir una mayor eficiencia en el servicio público que se presta, así como la consecución de un mayor grado de satisfacción del profesional, la mejora continua en la prestación del servicio con criterios de calidad contrastada y la incentivación económica de aquellas áreas de gestión que hagan posible la consecución del objetivo básico.

A partir de unos objetivos, exigibles a cada servicio o unidad, evaluaremos al final de cada ejercicio el grado de cumplimiento lo que determinará la cantidad que en materia de retribuciones se asignará a cada una de ellos.

Nuestro deseo es implantar un Sistema integral de gestión. Un sistema que basado en la dirección por objetivos y en el control de resultados, algo que ayudará obviamente a delimitar las responsabilidades de dirección y gestión y a establecer una adecuada evaluación de los parámetros que afectan a costes y calidad asistencial.

En estos momentos, ya hemos firmado los acuerdos de gestión con los hospitales de la red pública regional para vincular por primera vez su financiación al cumplimiento de objetivos.

Los acuerdos, también se aplicarán a los centros de especialidades, hospitales sociosanitarios y áreas de atención primaria.

El actual marco normativo y de forma concreta la Ley 3/2003 de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria, establece la necesidad de racionalizar el coste del modelo

sanitario valenciano para permitir su pervivencia, su perfeccionamiento y su aplicación solidaria.

Dicha Ley además contempla que para favorecer la mejora continua de la calidad y la efectividad de la asistencia sanitaria, es necesario incentivar a los profesionales para estimularlos en el desempeño de su trabajo.

El objetivo básico de estos Acuerdos es conseguir una mejora de la eficiencia en todos los centros públicos en los que se presta asistencia sanitaria.

Los objetivos específicos serían tres:

?? La consecución de un mayor grado de satisfacción profesional de todos los partícipes en la consecución del objetivo básico.

?? La mejora continua en la prestación del servicio con criterios de calidad contrastada que sirvan como origen a la competencia interna del sistema.

?? La incentivación económica de todos aquellos que participan en el sistema y hacen posible la consecución de los objetivos acordados, tanto a nivel de los profesionales que integran los servicios asistenciales como de cada uno de los Centros de Gestión considerados en su conjunto.

Para llevar a la práctica estas premisas hemos establecido unos acuerdos de gestión que se aplicarán a los dos niveles asistenciales que conforman la sanidad valenciana, es decir, la Atención Primaria (con las direcciones de Área) y Asistencia Especializada (con las direcciones de hospital).

Los acuerdos mencionados están basados en la dirección por objetivos, y presentan como novedad el que se establece un mecanismo para hacer efectivos los acuerdos sobre diferenciación retributiva del personal de la Conselleria de Sanidad, determinando los objetivos exigibles a cada servicio o unidad, la forma de evaluar su cumplimiento y el modo de distribuir las cantidades, en función del cumplimiento de los objetivos.

Respecto a la estructura del Acuerdo, los objetivos propuestos tanto para el centro en su conjunto como para cada uno de los servicios y unidades dependientes

de él, se expresan en términos de indicadores. La comparación del valor obtenido al final del año con el valor propuesto como objetivo permitirá medir el grado de consecución del Acuerdo de Gestión.

Los indicadores se agrupan en tres áreas de evaluación:

?? Indicadores de calidad de los procesos asistenciales y de la información de referencia. (peso 25%)

En concreto, calidad de la información, Demora asistencial, tasa de partos con anestesia epidural, tasa de cesáreas, reingresos en 3 días, tasa de procesos indicativos de infección nosocomial, etc.

?? Indicadores económicos y de producción relacionados con el volumen de actividad y la eficiencia en la gestión (peso 60%)

En concreto, actividad quirúrgica, consultas externas, estancias, índice de ocupación, presión de urgencias, gasto en personal, gastos de funcionamiento, facturación de servicios prestados y no cubiertos por la Seguridad Social, tasa de variación interanual de los costes estructurales y no estructurales, etc.

?? Indicadores de desarrollo organizativo (peso 15%).

En concreto, gestión de la lista de espera, facturación intercentros, factura informativa, índice de Ambulatorización, gestión clínica, grado de cumplimiento del PLAMIS.

Junto a iniciativas, como las descritas hasta el momento, creemos que también es importante hacer hincapié en otros ámbitos de la gestión, que consideramos complementarios a los hasta ahora aludidos.

Así creemos necesario impulsar la **protocolización de los procedimientos clínicos.**

En la última década y desde diferentes instancias sanitarias públicas de nuestro país se ha venido impulsando el desarrollo de este tipo de estrategia clínica. Estrategia que ha quedado materializada en las Guías y protocolos de Actuación Clínica.

Estas guías y protocolos son herramientas de gestión, apoyadas en la mejor evidencia científica disponible y que permiten el desarrollo de la competencia profesional al tiempo que posibilitan la optimización de los recursos y garantizan que en la práctica diaria haya unos resultados asistenciales más rigurosos, seguros y fiables.

Estableciendo protocolos asistenciales evitamos, en primer lugar, la disparidad de criterios a la hora de abordar un problema y en segundo lugar, incrementamos el grado de confianza del profesional que ya no duda sobre cual es la opción más correcta. Esto se traduce, lógicamente, en una actuación sanitaria más eficiente, de mayor calidad y por tanto en una mayor satisfacción del paciente.

Para finalizar este repaso a las líneas más relevantes en materia de política sanitaria es preciso hacer un breve inciso y comentar la última de las estrategias aludidas al inicio del informe, es decir la reformulación del Fondo de cohesión.

El balance que podemos hacer de la distribución final de los fondos surgidos del Acuerdo de financiación autonómico, que fue aprobado a través de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, no puede considerarse satisfactorio y sería necesario mejorarlo a través de un adecuado desarrollo reglamentario.

Por ello, consideremos necesario instaurar mecanismos correctores o compensadores más reales y eficaces entre los países de la Unión y entre las CCAA a la hora de calcular y pagar el coste de la atención.

Sólo a través de un buen mecanismo de compensación interterritorial, basado en una rigurosa facturación, podremos equilibrar lo percibido y lo atendido y asegurar con ello el nivel de calidad asistencial presente y futuro.

No obstante, todas las medidas hasta ahora expuestas y que hemos destinado a mejorar la eficiencia y la competitividad de nuestra red asistencial no bastan, por sí mismas, para corregir la actual situación.

Si queremos poner fin al desajuste entre los ingresos y los gastos que genera la atención sanitaria, es necesario que incrementemos notablemente las asignaciones presupuestarias.

En la actualidad, el gasto sanitario en España, representa el 7,6% del PIB nacional frente al 8,3 de la Unión europea y al 8,5% que presentaban, de media, los países de la OCDE.

Además este porcentaje crece sólo a un ritmo anual del 2,6%, mientras en la Unión lo hace al 4%.

Es evidente, por tanto, que las autoridades sanitarias deberían mejorar e incrementar la financiación al sector sanitario si lo que se pretende es mantener el nivel de calidad que hemos alcanzado.

Estoy convencido que, en los próximos años, todos seremos capaces de llegar a un acuerdo, que garantice la sostenibilidad financiera de la sanidad y que trate de aunar el incremento de la eficiencia en la gestión de los recursos públicos, la introducción de la competencia en la gestión de la sanidad y una mayor asignación de recursos públicos a una sanidad que hemos construido entre todos y que se encuentra entre las mejores de los países de nuestro entorno.

3.3. EL IMPACTO DE LA REVOLUCIÓN TECNOLÓGICA EN LA SANIDAD

Guillermo Fernández Vara

En el Museo Etnográfico “González Santana” de Olivenza (Badajoz), el pueblo donde nací y donde vivo, hay una consulta de un médico de primeros de siglo pasado. Algo no ha cambiado desde entonces ni deberá cambiar nunca, el respeto por el enfermo.

Quiero empezar por dar las gracias sinceramente. Gracias al CIRCULO DE LA SANIDAD por invitarme a participar en este trabajo. Y gracias también a todos los que a lo largo de los años me enseñaron, me ilustraron o me aportaron experiencias, reflexiones y conocimientos.

Tras nueve años en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, soy el más veterano del mismo pero no me considero en cambio antiguo. Dedico mi compromiso y mis esfuerzos a preparar el futuro mucho más que a recrearnos en el pasado.

Nada de lo que hayamos hecho hasta aquí nos valdría demasiado si no somos capaces de adivinar, de imaginar y de sentir el futuro. La revolución en la que estamos no es como las anteriores revoluciones industriales, en las que la cuestión estaba en si se participaba o no. Ahora de lo que se trata no es de llegar o no, es de llegar antes o de llegar después, porque sin las nuevas tecnologías no es posible pensar en el futuro, y ya ni siquiera en el presente.

Por todo ello constituye un honor y un privilegio poder aportar mis pensamientos, mis convicciones, mis emociones, mis deseos y mis ilusiones en este esfuerzo colectivo.

Si en todo momento resulta apasionante hablar de futuro, hacerlo ahora es especialmente importante, cuando nos debatimos en vísperas de lo que tendrá que ser una reflexión mucho mas extensa e intensa, y que deberá ir acompañada de la toma de decisiones en relación con lo que queremos, lo que debemos y lo que podemos hacer en nuestro país en el ámbito sanitario.

Hace algunos años dedicamos nuestros esfuerzos a analizar la situación cuando las transferencias sanitarias iban a ser una realidad, aunque algunos, creo que de forma interesada, nunca lo creyeron, o, quizás sea mejor decir que nunca lo quisieron.

En ese análisis de lo que entonces era el denominado territorio INSALUD, y más circunscrito a la Comunidad Autónoma de Extremadura, llegamos a una conclusión muy sencilla: lo que había servido para llegar hasta allí no nos valía para salir de allí.

No haré una lectura revisionista de nuestra reciente historia, porque además creo que el INSALUD, el INSS y el INSERSO fueron unos magníficos instrumentos de la gran modernización que se produjo en España en los años 80 y 90 en el ámbito social y sanitario.

Pero el “Modelo” estaba bastante agotado por varios motivos, los sistemas de información estaban escasamente implantados y nulamente integrados. Y algo mucho más importante, no existía complicidad con el elemento humano, con los profesionales sanitarios, y la tecnología estaba asimétricamente distribuida.

En Extremadura desde el Debate de Política General del año 1998 en el que el Presidente de la Junta, ante la incredulidad de muchos, en vez de hablar de logros, cifras y cemento nos invitó a todos a una nueva revolución, que no dependía de donde partiéramos, sino de nuestra capacidad de imaginar, de la inteligencia, y del conocimiento. Y nos pusimos a trabajar primero desde la educación, con un ordenador por cada dos alumnos en la Educación Secundaria Obligatoria y el Bachillerato. Y luego desde sanidad tras las transferencias de Diciembre de 2001.

La clave está, no en entender las tecnologías del nuevo siglo como una Red que une ordenadores o aparatos sino que conecta personas, capaces de compartir sin límites.

Leía hace unos meses en DIARIO MÉDICO un artículo de Julio Bonis, del Instituto Municipal de Investigación Médica de Barcelona. En el mismo parodiaba una situación en la que un señor iba a un banco a sacar dinero, y hasta que buscaban su ficha donde a mano anotaban sus entradas y salidas pasaba un largo tiempo. Es una situación impensable hoy e inimaginable por los jóvenes de hoy que no han conocido

otra cosa. Pero en cambio esa situación se ha seguido dando y se sigue dando hoy en el ámbito sanitario.

¿Por qué una organización tan potente como la sanitaria ha tardado en reaccionar?

A mi juicio ha faltado compromiso e implicación. Compromiso suficiente de quienes hemos sido responsables, implicación suficiente con los profesionales. Y muy posiblemente no podía ser de otra manera hasta ahora.

Voy a sintetizar esta ponencia en un DECALOGO DEL IMPACTO de las nuevas tecnologías.

Hay que saber llegar
Cambio de relaciones
Cambio de formas
Camino de integración
El trato a las personas
Accesibilidad
Formación
La evidencia científica y la calidad
El individuo y los procesos
El Impacto económico y organizativo

HAY QUE SABER LLEGAR

La revolución tecnológica en la sanidad, lo que aportan los nuevos sistemas de información y de comunicación, lo que representan las nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas no nos permiten elegir, aquí no está en discusión si se está o no se está, lo que se discute es cuando se está, cuando se entra de lleno y a por todas. Por lo tanto el primer impacto es saber elegir en cada momento qué hacer, con quién hacerlo, cómo hacerlo y planificar, organizar y decidir.

En este tiempo que nos ha tocado vivir no se nos juzgará por acertar o equivocarnos en las decisiones, se nos juzgará por actuar o por no hacerlo, se nos examinará para saber si llegamos a tiempo, si supimos darnos cuenta de que fuera del “futuro” no hay futuro.

CAMBIO DE RELACIONES

La revolución tecnológica es antes que cualquier otra cosa un cambio de relaciones entre los distintos actores del sistema, el usuario, el profesional, sus compañeros, el Centro.

Si no se entiende que hoy con un teléfono móvil en la mano se pueden cambiar gobiernos en un país, si no se entiende que las nuevas comunicaciones nos han acercado a todos, si no se entiende que detrás de un ordenador hay una RED que une cabezas y corazones y les hace compartir, o mejor COMPARTIR con mayúsculas, no se habrá entendido nada.

La historia nos dirá si esta forma de relacionarse también en lo científico acabará sustituyendo y haciendo inútiles los Congresos y los viajes, con lo cual podremos hasta tener medicamentos más baratos, pero lo que si es indiscutible es que en esta revolución únicamente está solo el que quiere.

Este impacto, el de no sentirse SOLO profesionalmente, el de poder COMPARTIR, el de poder tener COMPAÑÍA científica y personal en cualquier sitio y a cualquier hora es, quizás, el más importante.

Sólo un pero que poner en este ámbito. Siempre que se salvaguarde la relación médico-paciente como una relación basada en la mutua confianza, en la confidencialidad, en la complicidad y en el respeto tendremos un futuro asegurado. Si se pone en peligro esa relación en cualquier momento o si perdemos de vista que la tecnología es un medio y no un fin, casi todo se nos puede caer aunque sea sin darnos cuenta.

CAMBIO DE FORMAS

Las nuevas tecnologías nos están abriendo los ojos para descubrir un mundo en el que es posible lo que hasta hace poco no lo era. Nuestro Sistema Sanitario ha estado basado en edificios. La salud se propiciaba desde el Hospital o el Centro de Atención Primaria. De ahí que el concepto de transporte sanitario haya sido tan importante, porque de lo que se trataba era de ir allí desde donde se te podía dar la respuesta, viajaba el paciente, viajaban los profesionales.

Ahora tenemos ante nosotros la posibilidad no de suprimir este viejo concepto sino de racionalizarlo. Hemos descubierto que es posible prevenir o curar sin que viajen personas sino haciéndolo el sistema sanitario a través de la comunicación. Ese mover información en lugar de personas, ese transmitir en vez de trasladar, es un logro significativo.

El máximo exponente es la Telemedicina. En mi región ya disponemos de este recurso en todos los Hospitales y en 20 Centros de Salud y los resultados invitan a la esperanza en las nuevas formas.

CAMINO DE INTEGRACIÓN

La tradicional separación de niveles –primaria y especializada- y de estos con otros recursos que aunque teóricamente integrados no lo ha acabado de estar del todo –salud pública, drogodependencias, planificación, recursos socio-sanitarios- y el hecho de que esta separación haya sido a veces una rémora en el funcionamiento del Sistema Sanitario, necesitan de una respuesta que está en las nuevas tecnologías.

La Historia Clínica única para todo el Sistema, el acceso a las agendas, las telecitas, las derivaciones “in situ”, la receta electrónica nos hacen a todos UNO y a cada uno TODO.

“La relación entre lo que hacemos, cuanto cuesta lo que hacemos y que personal necesitamos para hacerlo”.

El impacto de un Sistema Integral e integrado puede ser la respuesta a muchas preguntas que nos llevamos haciendo demasiado tiempo.

EL TRATO A LAS PERSONAS

Para mi constituye una obsesión que el Sistema Nacional de Salud sea capaz, además de tratar bien la enfermedad de tratar bien a las personas.

Nos decían en nuestra etapa académica nuestros maestros que no hay enfermedades sino enfermos. Habrá que decir que lo que hay realmente son

personas. Seres humanos a los que además de dolerles el cuerpo les duele el alma, que sienten y además padecen.

Las nuevas tecnologías nos están permitiendo tratar mejor a las personas. Las Web de información, las citas previas, la telemedicina, la gestión de las reclamaciones... Todo un abanico de posibilidades encaminadas a que los ciudadanos no solo perciban que necesitan el sistema sanitario sino que se sientan orgullosos del mismo.

ACCESIBILIDAD

En la medida en la que se vaya logrando un acceso más universal a las nuevas tecnologías el impacto de las mismas y su capacidad de transformación irá siendo aún mayor.

Anoche, cuando me retiraba a descansar, mi hija de 13 años estaba sentada ante el ordenador. Le pregunté con quien estaba conectada. Me dijo que con dos niñas de KAZAJSTAN, una griega y otra italiana a las que conoció este verano. Me dejó leer un poco. Comentaban cuando empezaban el curso, cuantas asignaturas tenían cada una y lo guapo que era Nico.

Mi hija sabe más de la vida de las niñas de Kazajstán que de la de algunas de sus primas que viven en su mismo pueblo pero con las que no se conecta.

Esta accesibilidad sin más límite que la capacidad de cada uno para imaginar y compartir, aplicada a la sanidad, permite pensar en que nos podemos hacer mejores unos a otros.

FORMACIÓN

Si hay una característica de los profesionales sanitarios es que la formación no es necesaria sino imprescindible. La formación tradicional inherente a cualquier profesión lleva aparejada en el ámbito sanitario la que se deriva de los resultados de la investigación, del desarrollo y de la innovación, tanto en la esfera de

un mejor conocimiento del como se produce la enfermedad para prevenir, como en la del diagnóstico y del tratamiento.

El cambio que en el acceso a la información y a la formación han traído las TIC es seguramente lo más tangible de cuanto aquí podamos escribir.

Acceder a lo que se pueda saber y conocer hasta ayer sobre aquello que necesitas aprender o compartir, es una posibilidad a nuestra disposición.

LA EVIDENCIA CIENTÍFICA Y LA CALIDAD

La medicina basada en la evidencia. La aportación que a la evidencia científica traen las nuevas tecnologías tiene como consecuencia poder afirmar que también han contribuido a que lo que hacemos lo hagamos mejor, con más seguridad y con más base, con más método y con más conocimiento.

Podemos afirmar por ello que estamos ante una revolución que nos permite, como hemos expuesto, cambiar las relaciones, las formas y los modos, pero sobre todo que nos esta permitiendo lograr unos mayores niveles de calidad.

La digitalización radiológica en el conjunto de la Red de Hospitales del Servicio Extremeño de Salud no sólo permite que desaparezca el acetato, que se archive mejor, que se comparta más rápido, que se pueda diagnosticar a distancia, permite, sobre todo, que se diagnostique mejor.

Ahí está la clave de la apuesta por las nuevas tecnologías. Con ella podemos hacer más pero sobre todo podemos hacerlo mejor.

EL INDIVIDUO Y LOS PROCESOS

¿Estaría completa esta exposición si no habláramos algo del individuo, de la salud individual, de la repercusión de las nuevas tecnologías en mí, en ti o en él?

De la medicina basada en la evidencia estamos avanzando hacia la medicina individualizada. El conocimiento genómico, el origen de la enfermedad, la

predisposición individual nos está conduciendo, y lo hará más en el futuro hacia un campo de trabajo en el que habrá que estar al día. Como nunca la información no será solo información.

La anamnesis que tan bien aprendimos, ese “que le pasa a usted”, “desde cuando” y “a que se lo atribuye” no podrán ser sustituidos, pero si necesitarán de un “qué sabe usted de usted mismo, de su genética, de su familia”.

Las nuevas tecnologías nos permitirán que el individuo sea uno y único, una sola historia integrada, accesible desde primaria y especializada, pero también desde un Hospital u otro.

Las nuevas tecnologías permitirán, estar permitiendo, un planteamiento por proceso clínicos. Ese paciente no será tuyo o mío, de la primaria o del Hospital, será nuestro, es nuestro, es del Sistema Sanitario.

EL IMPACTO ECONÓMICO Y ORGANIZATIVO

El impacto económico de la revolución tecnológica tiene dos partes. Una primera en la que los costes de la innovación son importantes en términos de inversión tecnológica y de capacitación e implantación. Nadie lo duda como nadie duda, aunque poco se diga, que en nuestro Sistema Sanitario el crecimiento del gasto no es sólo debido al envejecimiento o al gasto en medicamentos, sino a la rapidez con que en muchos casos se asume la innovación en todos los campos.

La segunda parte establece la conexión permanente que existe entre tecnología y proceso organizativo. Obtener mejores resultados con los mismos recursos que tiene mucho que ver con la capacidad organizativa, la eficacia en la dirección, la eficiencia en la gestión, la formación de los trabajadores, la motivación, la evaluación y el desarrollo profesional.

La implicación del capital humano supone además la elección más adecuada en las nuevas inversiones y en los resultados de las nuevas cosechas tecnológicas.

El impacto económico dependerá también de algunos aspectos como las “prisas” que se tengan en su implantación, la capacidad de aprovechamiento y la utilización como elemento de cambio y de dinamismo en la organización.

Termino con dos reflexiones breves:

Las nuevas tecnologías pueden abrir una nueva brecha en la cohesión social, una nueva forma de exclusión social para los que no se puedan sumar, lo cual no puede ser argumento para ralentizar sino para incorporar.

No nos olvidemos que en el centro de todo está el profesional sanitario en general, el médico en particular y el paciente.

No nos olvidemos que los nuevos liderazgos que se deben generar en este tiempo nuevo deben entender que la clave no está en ir delante ni detrás, sino en ir al lado, en acompañar, en compartir.

Al final de todo las nuevas tecnologías lo que nos permiten es ser más y poder ser mejores. Para ello es imprescindible ser generosos, humildes y capaces. Generosos para compartir, humildes para aprender, capaces para enseñar.

3.4. UN HECHO SINGULAR: LA IMPORTANCIA DEL GÉNERO EN LA SANIDAD

Amando de Miguel

El análisis comparado del estado de salud y de la sanidad en España nos ha llevado a una conclusión firme, pero que puede resultar inesperada. Interviene mucho el género (o sexo) de las personas a la hora de determinar la incidencia de la enfermedad y los medios para prevenirla o curarla. De entrada, los profesionales sanitarios (médicos, farmacéuticos, enfermeros) cuentan con una proporción de mujeres que supera ampliamente el de otros conjuntos de profesionales. Puede que ese dato responda a la continuidad de un elemento tradicional, el del papel de la mujer como cuidadora de los enfermos, impedidos o dependientes en el círculo familiar. Tanto es así que se suele manejar “enfermera”, en femenino, como un genérico profesional para varones y mujeres. Un dato muy expresivo es el de que las tres últimas personas que han estado a cargo del Ministerio de Sanidad y Consumo hayan sido mujeres. Puede ser útil introducirse a la comprensión de la situación sanitaria española a través de las comparaciones pormenorizadas en las diferencias del estado de salud según el género. El lector puede sustituir género por sexo, pero en el bien entendido que se trata de diferencias de papeles sociales, no tanto biológicas.

Uno de los hechos más espectaculares del cambio social durante el último siglo ha sido el sistemático aumento de lo que se llama “esperanza de vida al nacer”. Sería mejor hablar de “expectativa de vida al nacer”. Se define como el número de años de vida probable media que le esperan a los españoles nacidos en la fecha considerada. Hay que insistir en que se trata de un promedio y, naturalmente, basado en las tendencias conocidas de la mortalidad. No tiene en cuenta los casos de mortalidad catastrófica. El aumento indicado debe entenderse, además, con el añadido de que cada vez es mayor la diferencia que en ese aspecto separa a las mujeres de los varones. Por una vez, al menos, la diferencia de género se dibuja a favor de las mujeres. Estamos ante una de las claves del estado de salud de la población española. No se busque una explicación genética o biológica. Las diferencias que apuntamos no existían hace más de cien años.

Veamos la evolución desde 1930, cuando los datos demográficos empiezan a ser más fiables. En esa fecha la expectativa de vida al nacer era 51,6 años para las mujeres y 48,4 años para los varones. Como puede verse, ya se podía afirmar

entonces que las mujeres iban a vivir más años que los varones. La diferencia puede parecer escasa: solo poco más de tres años a favor de las mujeres. Pero es que medio siglo antes las mujeres vivían menos años que los varones. La razón es que en la sociedad tradicional las mujeres trabajaban más y sobre todo comían menos y sufrían más. En aquella época era atroz la mortalidad por causa del parto. Tengamos en cuenta que era corriente que una mujer tuviera media docena de partos, como mínimo, a lo largo de su vida. Eso, las mujeres que sobrevivían para contarlo.

En 1960 el proceso se ha acelerado. Estamos en los comienzos de la intensa industrialización que va a experimentar España a partir de entonces. En esa fecha la expectativa de vida al nacer era 75,1 años para las mujeres y 69,6 para los varones. La diferencia de género se ha ampliado hasta superar los cinco años. Se ha reducido mucho la mortalidad en torno al parto, hay menos partos por mujer y algo se ha avanzado en la igualdad ante las necesidades básicas (alimentación, trabajo, sanidad, higiene, condiciones de vida). La expectativa de vida sube porque esas necesidades se satisfacen mejor que en el pasado. Asistimos a un refuerzo del sector público de la sanidad, aunque todavía no se pueda hablar de cobertura general de la sanidad pública. Aunque las mujeres siguen postergadas en muchos aspectos de la vida social, económica y jurídica, el hecho es que se cuidan más que los varones. Los excesos debidos al tabaco o al alcohol, por ejemplo, afectan negativamente mucho más a los varones. Puede que metabólicamente los varones estén más protegidos respecto a la ingesta excesiva de alcohol, pero los usos sociales hacen que los varones beban mucho más que las mujeres. Lo mismo se puede decir de las causas que producen muertes violentas (accidentes, homicidios, suicidios). El ritmo de vida de los varones conduce a sufrir más las causas de muerte violenta, por mucho que se destaque tanto el escándalo de la violencia contra las mujeres. Por otra parte, las mujeres continúan con su papel tradicional de cuidar a las otras personas del hogar. Como consecuencia, las mujeres se preocupan más por su higiene y alimentación.

El progreso continúa. En 2001 la expectativa de vida llega a 82,9 años para las mujeres y 75,6 para los varones. La diferencia es ahora de más de siete años. Estos datos sitúan a España en el grupo de cabecera a escala mundial, junto al Japón y algunos países europeos. Sobre todo en el caso de las mujeres la situación de España es comparable a la de los diez o doce países más desarrollados del mundo en términos per cápita. La causa fundamental del avance está en la mejora de la alimentación, la higiene y la sanidad. Tengamos en cuenta que, a finales del siglo XX, España cuenta con una sanidad pública básicamente general y gratuita. Esa situación

no se puede predicar más que de una quincena de países en el mundo, de los 200 que aparecen en las estadísticas como independientes. Junto al avance de la sanidad está el de la alimentación, que ha sido espectacular durante el último tercio del siglo XX. No solo han desaparecido las hambrunas del pasado, sino que se ha aproximado la dieta de las diferentes clases sociales. Tampoco hay sobre todo eso grandes variaciones regionales. Incluso se puede decir que ya no hay una comida peculiar de los campesinos. Algunos lamentarán la pérdida de la cocina tradicional, pero es indudable el beneficio para la salud de la población. Lo que se llamaban “cocinas económicas” (de carbón) a mediados del siglo pasado lo eran menos que las actuales de vitrocerámica; desde luego, contaminaban mucho más.

Cabe todavía un interrogante que no permite una respuesta sencilla. ¿Cómo es que las mujeres aventajan cada vez más a los varones en la expectativa de vida al nacer? No se trata de un efecto biológico (protección de los estrógenos), aunque también intervenga. La prueba es que se refiere a una tendencia reciente, debida por tanto a factores históricamente condicionados. El hecho es bastante general en todos los países, singularmente en los más avanzados. Por tanto, no nos debe extrañar que España siga en esto la tendencia general. Pero también es verdad que la diferencia indicada (más de siete años de expectativa de vida entre mujeres y varones) es algo más amplia en España que en otros países de economía compleja. La razón tiene que ver con el estado de salud de la población, según hemos visto en el capítulo anterior y se podrá comprobar en los siguientes. Las causas de riesgo de muerte afectan más a los varones que a las mujeres y cada vez más. El modo de vida masculino es más arriesgado que el femenino, sobre todo ahora que se ha reducido a un mínimo la mortalidad en torno al parto.

El hecho aducido merece ser observado con detenimiento. El estado de salud de una población es la clave para entender otros muchos aspectos de la vida económica, social y aun política de la España actual. Para ello vamos a manejar con detalle los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2001 y la evolución de los datos de la ENS de 1987 a 2003. (Los datos de 2003 son provisionales).

Las encuestas han indagado muchas veces el estado de salud subjetiva en la sociedad española. Como se puede esperar, son más las personas que se consideran con una salud aceptable que las que sufren por una salud quebrantada. Entre otras razones, eso es así porque los entrevistadores de las encuestas no llegan hasta las camas de los hospitales o las habitaciones de los enfermos, convalecientes o

discapacitados. Cuenta también el natural optimismo que tienen las personas cuando se refieren a sí mismas. Fuera de los casos extraordinarios de marginación social o de desesperación individual, lo lógico es que las personas se encuentren mínimamente satisfechas con los diversos aspectos de su vida cotidiana. Por lo menos esa es la impresión que se intenta dar a los extraños, incluidos los sociólogos. El hecho de disfrutar de una buena salud significa muchas veces que esa persona se considera bien atendida, suficientemente cuidada, o que tiene resueltos otros problemas.

El uso social determina que se hable más del éxito tras una operación quirúrgica o una enfermedad. De ahí que se produzca ese sesgo estadístico de que son más las personas que se consideran con una salud aceptable. Lo que no sabemos es con quién se comparan las personas que se consideran sanas o enfermas. Lo lógico es que se comparen con las de su misma edad, pues el factor de los años que tiene una persona es el que más contribuye a la incidencia de la morbilidad. Pero, si así fuera, habría tantas personas con una impresión positiva como negativa respecto a su salud, y ya vemos que no es así. Si pesa más el polo saludable es porque implícitamente, al juzgar nuestra salud, nos comparamos con los coetáneos que están con la salud algo más deteriorada que la media. Ese sesgo se suele dar más en las personas mayores. Después de todo, las comparaciones se establecen entre las personas que han sobrevivido. Una persona mayor es consciente de que una gran parte de las de su "quinta" o promoción ya han fallecido. Esa inevitable realidad refuerza la impresión optimista de que la salud de la persona en cuestión resulta aceptable, una especie de regalo que no tiene precio. Repárese en el adjetivo que se suele añadir a la buena salud: envidiable.

El argumento anterior no es tan extravagante como puede parecer. Al menos los datos de la ENS en distintas fechas nos dicen que apenas se modifica la proporción de personas de 16 o más años que se consideran con una salud positiva (muy buena o buena). Es el 67% en 1987, el 68% en 1993, el 70% en 2001 y el 67% en 2003. La trayectoria no es firme, pero se da la circunstancia de que la población va envejeciendo. Tiene que operar otra razón, la sensibilidad de las personas consultadas respecto al avance de la higiene, la alimentación y la sanidad.

Lo fundamental no es cuántas personas se sienten con una salud positiva, que ya vemos que es casi constante. El hecho sorprendente es que, año tras año, las mujeres se sienten con peor salud que los varones. En 2001 solo el 54% de las mujeres de 16 o más años se consideran con una salud positiva frente al 87% de los

varones. En 2003 se acorta un poco el desfase: mujeres (52%) y varones (72%). La diferencia sigue siendo extraordinaria. En pocos aspectos de la vida española se produce un margen de desigualdad de género tan amplio como el indicado. Lo curioso es que no sea un hecho que atraiga la atención de los medios de comunicación o incluso de los expertos. La diferencia entre la proporción de mujeres y varones saludables avanza con la edad. Téngase en cuenta una paradoja. Sabemos que las mujeres viven más que los varones. Luego, conforme se van cumpliendo años, la mayor supervivencia de las mujeres hace que ostenten más casos de enfermedad crónica u ocasional que en los varones. Por esa razón, el estrato de las personas mayores acumula más mujeres que varones, pero la contrapartida es que muchas de esas mujeres se sienten con la salud más deteriorada. No es la única razón para la diferencia de género que señalamos. La prueba es que, en todos los grupos de edad, las mujeres manifiestan tener peor salud que los varones. Casi ha desaparecido el riesgo de la mortalidad en torno al parto, pero las mujeres siguen concibiendo y pariendo. Esa función genésica - aunque no llegue a su término- supone una serie de continuas manifestaciones de malestar físico que por fuerza han de influir en el sentimiento de una salud quebrantada. Sin embargo, ese rasgo biológico es una constante y no puede llegar a explicar las diferencias que observamos ni la evolución a lo largo de los últimos lustros.

Una encuesta del CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas), de 2000, plantea una serie de indicadores de malestar físico o psíquico. En todos ellos sucede que las mujeres acusan más todos esos síntomas de malestar. Por ejemplo, solo el 35% de los varones “se sienten a veces muy cansados”, frente al 50% de las mujeres. O bien, solo el 11% de los varones “se sienten normalmente deprimidos”, frente al 22% de las mujeres. Esas diferencias, y todas las demás, se mantienen edad por edad. Es evidente que las mujeres se encuentran más debilitadas que los varones. Se trata de una apreciación subjetiva pero real en sus consecuencias (De Miguel 02).

La razón decisiva no es de índole biológica sino sociológica. En la sociedad española actual las mujeres han irrumpido de golpe en el trabajo extradoméstico. Ese movimiento no es exactamente una conquista igualitaria, o por lo menos no es tanto como se pregona. La mayor parte de las mujeres tienen que seguir representando los papeles tradicionales de cuidadoras del hogar, de los niños, de los viejos y discapacitados, además de la indeclinable función genésica. El conjunto de papeles que tienen que representar las mujeres que trabajan fuera del círculo doméstico no siempre los hace compatibles entre sí. O mejor, se puede forzar esa compatibilidad,

pero con el coste del correspondiente deterioro de la salud femenina. Esa es la realidad de nuestro tiempo. De poco vale que nos fijemos solo en los aspectos de la igualdad jurídica o laboral, tan positivos, por otra parte.

Se podrá redargüir con el dato de la mínima natalidad que hoy se da en España. Realmente, estamos ante la natalidad más baja del mundo, compartida con la de otros países de la Europa meridional. Sin embargo, lo fundamental es que las madres actuales deben dedicar más esfuerzos que nunca para alimentar, cuidar y educar a sus hijos. La natalidad será mínima, pero la emancipación de los hijos es hoy más tardía que en épocas pasadas y que en otros países comparables. Además, a las mujeres toca la gran tarea de cuidar a las personas mayores o discapacitadas, bien como asalariadas o dentro de la familia. El trabajo de cuidar a personas es uno de los que más desgaste provocan. El desgaste no es tanto físico como psíquico. Estamos ante la raíz del estrés, la verdadera epidemia de nuestro tiempo, causa latente de muchas patologías. El estrés es simplemente el hecho de tener que hacer varias cosas al mismo tiempo y de manera continuada. Esa exigencia todavía es más dañina para la salud cuando se la impone una persona a sí misma. Es evidente que en nuestra sociedad el estrés es una dolencia - con diversas manifestaciones orgánicas- que afecta principalmente a las mujeres. Habrá que volver sobre ello, pues estamos ante una de las raíces más poderosas de la desigualdad de género por lo que respecta a la salud, e indirectamente a la sanidad. De poco sirve cambiar las leyes para conseguir una mayor igualdad jurídica entre varones y mujeres si luego los usos sociales establecen la desigualdad real en los modos de vida. Esa desigualdad quizá no se perciba bien, pero tiene consecuencias. Entre otras, está la de poder diseñar estrategias para mejorar la sanidad.

De todas formas, no se olvide que nos referimos a una sensación, un sentimiento, el que significa valorar el estado de salud propio. Al ser una dimensión subjetiva, influye mucho la exigencia de lo que se entiende como salud aceptable. Otra vez los usos sociales determinan el margen de aceptabilidad. Es evidente que las exigencias son cada vez mayores. Aquí interviene el haz de papeles que suelen desempeñar las mujeres. Es posible que, ante tantas obligaciones juntas, difícilmente conciliables, las mujeres mantengan un criterio más exigente respecto a la salud que precisan. Al medir la salud con escalas tan distintas, es lógico que las mujeres se sientan con la salud más deteriorada. Habrá que explorar otros datos más objetivos para calibrar el estado de salud de mujeres y varones.

De momento, se puede advertir que el hecho de haber pasado por una enfermedad larga durante el último año es la circunstancia que más repercute en la salud subjetiva. Los datos de la ENS de 2001 son terminantes. Esa concatenación afecta más a las mujeres que a los varones y más todavía cuando se trata de personas mayores. Es decir, el hecho de haber pasado por una reciente enfermedad larga hace que, en el caso de las mujeres, se acentúe más la impresión de tener una salud quebrantada. Puede ser que la enfermedad rompa más el ritmo de la vida cotidiana en el caso de las mujeres al tener que atender estas el hogar. Una vez más, hay que recurrir al comentario tan frecuente de que “las madres no tenemos tiempo de ponernos enfermas”, precisamente porque son conscientes de que deben cuidar al resto de la familia. Por ese lado vuelve a aparecer el mayor estrés al que se ven sometidas las mujeres, una gran parte de ellas. Hay que añadir el dato de que la viudedad o el hecho de vivir en soledad es un rasgo más femenino que masculino, y cada vez más. Puede que la “enfermedad larga” tenga más gravedad para las mujeres que para los varones cuando se vive en soledad o con una red muy endeble de relaciones familiares.

Aunque tópicamente digan las madres que “no tienen tiempo de ponerse enfermas”, la verdad es que la experiencia reciente de una larga enfermedad es un rasgo típicamente femenino. Por lo menos es así a partir de los 25 años de edad. La diferencia indicada se va acentuando con los años que cumplen las personas. Retengamos la incidencia de la enfermedad larga (más de diez días en la cama) en la población general: afecta a una de cada cinco personas durante el último año. La proporción sube hasta la tercera parte en las mujeres mayores de 64 años. Esas cifras nos dan una idea del enorme coste que significa la enfermedad, en dinero, tiempo y desgaste anímico. Se comprende que el gasto sanitario sea una porción cuantiosa del PIB (7,5%). Al cabo del año unos siete millones de personas adultas en España pasan por la circunstancia de una enfermedad. Seguramente es una cifra que va creciendo según se sucede el tiempo. La razón principal es que las enfermedades se diagnostican y se curan cada vez mejor. Es lógico que, si baja la cifra de fallecidos, suba la de enfermos. A la vez, aumenta el número de personas mayores, como es natural, más susceptibles de casi todas las patologías.

Es conocido el hecho de que la morbilidad es mayor en las personas con sobrepeso, especialmente en el caso extremo de la obesidad. Al menos ese enlace de circunstancias es el que prueban los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2001. Ahora bien, la relación indicada se aplica con mayor propiedad a las mujeres con

independencia de la edad que tengan. Las mujeres delgadas o con un peso normal son las que menos atraviesan por la experiencia de una enfermedad larga y reciente. Las que se clasifican como obesas son las que han estado enfermas en mayor proporción. Insistimos en que esa correspondencia entre el peso (siempre en relación a la estatura) y la enfermedad no es tan acusada cuando se aplica a los varones.

Se comprenderá ahora el hecho fácilmente observable de que las mujeres se preocupen de manera especial por adelgazar o, al menos, por mantener el peso. No es una cuestión meramente estética o de cuidado de la figura física, sino que se basa en el hecho objetivo que comentamos. Otra cosa es la causa orgánica, pero el dato comparable es que el sobrepeso repercute especialmente en la salud de las mujeres. No olvidemos el hecho obvio de que el organismo femenino es muy similar al masculino pero con el añadido de la facultad de procrear. Esa “pequeña diferencia” tiene múltiples consecuencias, desde luego las conexas con el estado de salud. Tendremos que referirnos a ella una y otra vez. Con frecuencia se adopta el argumento contrario, el que señala los aspectos de igualdad social y jurídica que se va consiguiendo entre varones y mujeres. Ese plano externo es importantísimo, pero no es el único que cabe contemplar. Sobre todo porque, si se desea una mejora de la salud general y una sanidad más eficiente, los varones tendrán que comportarse como las mujeres en muchos de los aspectos que comentamos. La igualdad laboral ha avanzado más que el reparto de las tareas en el hogar entre varones y mujeres.

La Encuesta Nacional de Salud que comentamos detecta una serie de enfermedades crónicas que, de momento, alcanzan a una pequeña parte de la población entrevistada. Hay que insistir en el hecho de que el método de encuesta solo puede registrar una porción de la tasa de morbilidad que realmente existe. Pero al menos ese dato nos puede servir para comparar la incidencia de diversas enfermedades que afectan de modo desigual a varones y mujeres. Otra limitación es que posiblemente las mujeres reconocen mejor esas dolencias, puesto que se someten con mayor disciplina a la consulta médica. Por otra parte, las enfermedades crónicas no suelen impedir las normales relaciones laborales o personales; solo imponen una medicación continuada y cierto control de la conducta. Por eso mismo, la incidencia a través de las encuestas tiene que ser parcial o aproximada.

Con las anteriores cautelas por delante, veamos las diferencias de género que detecta la ENS de 2001 en algunas enfermedades crónicas. La escala es la que sigue para el total de población entrevistada (más de 16 años): hipertensión (14,4%),

colesterol alto (10,9%), alergia (8,0%), depresión (6,5%), diabetes (6,5%), corazón (5,2%), asma o bronquitis (4,8%), úlcera de estómago (3,5%). No se encuentran diferencias muy apreciables entre varones y mujeres, lo cual es previsible dada la escasa magnitud de los porcentajes. No obstante, algunos contrastes llaman la atención. El más claro es que la depresión es una dolencia típicamente femenina en todos los grupos de edad. Hay otras que también afectan más a las mujeres pero a partir de cierta edad. Así, la alergia a partir de los 35 años, la hipertensión a partir de los 45 años y el colesterol elevado por encima de los 55 años. Hay que insistir en la cautela interpretativa de que las mujeres, al preocuparse más de la salud, se hacen diagnosticar mejor algunas enfermedades.

La superior preocupación por la salud de las mujeres se percibe a través de la mayor frecuencia con que acuden a la consulta médica. Estamos ante una conducta que es consecuencia del papel “cuidador” de la salud de otras personas que normalmente se asigna a la población femenina. Por una razón o por otra, las mujeres se relacionan especialmente con el mundo sanitario, incluida la provisión y administración de medicinas en el hogar.

Resulta sorprendente que la morbilidad afecte más a las mujeres y la mortalidad a los varones, siempre para los mismos años de edad. Esa disonancia se nota también cuando nos referimos a una enfermedad leve reciente, que es la que se recuerda. Pero, antes de entrar en los datos, conviene precisar un poco más la significación social de la enfermedad para uno y otro género, sobre todo la que se toma por una dolencia leve o común. La levedad es compatible con el otro dato fundamental de que afecta a un gran número de personas. Por ese lado cuantitativo aparece la consecuencia del alto coste sanitario.

Las enfermedades leves son especialmente disruptoras para las mujeres que trabajan fuera del hogar y al mismo tiempo se encargan de las tareas del mismo. Como se sabe, una de esas tareas es la de cuidar a otras personas. Mal podrá representar esa función si la mujer que la sufre cae enferma ella misma. Por otra parte, el carácter leve de cualquier dolencia es la excusa más legítima para evadirse de la carga que representa el haz de obligaciones cotidianas. Digamos que la enfermedad cumple también el paradójico papel de relajar las tensiones que supone la agenda. A la persona enferma no se le pide cuentas de sus deberes. O mejor dicho, surge una nueva obligación que se pone muy por delante de las demás: la de curarse lo más pronto posible. De ahí que a la persona enferma se le exija la tarea de

someterse a los análisis clínicos, a la inspección médica, a la toma de medicamentos, a la dieta especial. En definitiva, la persona enferma se convierte en dependiente mientras dura su dolencia. La compensación de esas nuevas obligaciones - que pueden ser pesadas- es que la persona enferma puede disfrutar del necesario reposo, convertido asimismo en otra obligación. Sin embargo, ese perentorio deber queda compensado por la liberación de las obligaciones laborales, de estudio o de relación social. Quizá la ventaja más neta es que la persona enferma puede requerir la ayuda de otra, que se supone sana. En términos de probabilidad podemos asegurar que esas dos personas - cuidadora y cuidada- con gran frecuencia tienden a ser mujeres.

Una función muy notable de la enfermedad, sobre todo la de carácter leve, es la de cuidarse. Es decir, a través de esa experiencia, la persona enferma aprende a prevenir males mayores. Un episodio de un malestar leve sirve como una especie de vacuna para enfermedades más graves. Es una lógica parecida a la función que cumple el dolor físico. El dolor es una señal que nos avisa de que algo se debe hacer para combatir alguna deficiencia orgánica. Lo que ocurre es que actualmente se tolera menos el dolor que en el pasado. Quizá lo toleren más las mujeres. La sociedad actual consume ingentes cantidades de analgésicos. El asunto está lleno de paradojas, como puede verse. La persona enferma hasta cierto punto se siente compensada de otras deficiencias o fracasos. La razón es que esos fracasos no se distribuyen aleatoriamente, pero las enfermedades sí se acercan más a esa distribución igualitaria. Se aplica aquí el refrán: mal de muchos, consuelo de todos. La versión pícaro dice “consuelo de tontos”, pero ese es un juicio injusto.

Según la Encuesta Nacional de Salud de 2001, a la que recurrimos tantas veces, el 7,5% de los consultados presentan el cuadro de alguna enfermedad leve sobrevenido en las dos últimas semanas. Puede que ese hecho sea una consecuencia de las típicas formas de malestar de las enfermedades crónicas. Podría parecer un porcentaje bajo, pero equivale a más de 2,5 millones de personas adultas. Esa es la cantidad de personas que, casi de modo constante, se pueden retirar parcialmente del complejo de obligaciones debido a alguna forma de malestar. Como se puede suponer, el coste económico de esa retirada es inmenso, mucho mayor que la del paro, si bien las cifras de desempleo suponen más tiempo de ocio forzado. En ambos casos, al ser costes prácticamente constantes, no llaman mucho la atención. Es muy curioso que en la lista de problemas más acuciantes, planteados por las encuestas, los entrevistados no suelen mencionar la enfermedad y sí, de modo muy destacado el

paro. Ambos son desajustes sociales difícilmente evitables por debajo de un cierto umbral. Lo que en el paro se considera un umbral “técnico”, en la enfermedad equivaldría a umbral “orgánico”.

Se establece una vinculación muy fuerte entre la incidencia de la enfermedad leve y el género. En todos los grupos de edad, las mujeres se ven más afectadas que los varones por episodios de una enfermedad leve. La diferencia se manifiesta especialmente en el grupo de las personas mayores, en el que las mujeres tienen más años. Esas mismas relaciones aparecen en la ENS levantada en fechas anteriores. Es, por tanto, un hecho sólido, estructural, al estar promovido por distintas razones, según hemos visto.

Si nos atuviéramos al criterio de la opinión pública - expresada a través de los medios de comunicación- concluiríamos que durante los últimos lustros ha aumentado extraordinariamente la siniestralidad. Los accidentes aparatosos son noticiables. Sin embargo, a través del recuerdo en los datos de las ENS, la proporción de personas de 16 o más años que han tenido algún tipo de accidente en el último año varía poco durante los últimos lustros. Es el 8% en 1987, otra vez el 8% en 1993, el 9% en 2001 y el 10% en 2003. La trayectoria creciente es muy pausada. Bien es verdad que esas cifras - por definición- excluyen los accidentes mortales, pero sabemos, por las estadísticas, que tampoco ha habido una gran variación en ese extremo. Téngase en cuenta, además, que durante la última generación ha tenido lugar un proceso de complicación de la sociedad: se construyen cada vez más viviendas y obras públicas, hay muchos más vehículos y todo tipo de instalaciones industriales. La gente se mueve más por razones de trabajo o de ocio. En definitiva, la actividad económica ha seguido avanzando. Así pues, si se mantiene sin grandes variaciones los índices de siniestralidad, esa constancia responde a que han mejorado mucho las condiciones de seguridad. Otra cosa es que el público sea cada vez más sensible a los daños de los accidentes, entre otras razones porque cada vez se está más dispuesto a cobrar la correspondiente indemnización. Funciona en términos individuales lo que ocurre, a escala general, con los desastres naturales. Las autoridades locales se apresuran a no ocultar esos daños, e incluso a resaltarlos, puesto que la “declaración de zona catastrófica” supone sustanciosas ayudas públicas. Los medios de comunicación pueden cooperar mucho a que se canalicen esas ayudas oficiales.

En la ENS de 1987 se establece unas claras concomitancias entre la accidentalidad y las circunstancias biográficas del género y la edad. Estas son: (1) Los varones sufren más accidentes que las mujeres. (2) La mayor propensión a los accidentes de los varones se produce sobre todo hasta los 44 años de edad. (3) En el grupo de los mayores es mayor la accidentalidad de las mujeres. Hay que tener en cuenta que esa última relación se establece porque el número de mujeres realmente ancianas (más de 80 años) supera al de varones. Es lógico, por tanto, que en ese último estrato de edad las mujeres sean más propensas a los accidentes; el típico suele ser la caída en el domicilio o en sus alrededores.

Los datos de la ENS de 2001 reproducen con notoria exactitud los que revelaba la ENS de 1987. En principio, no hay grandes variaciones en la incidencia de los accidentes según la edad; aunque se señala un alza en el grupo juvenil (por debajo de los 35 años). En realidad lo que sucede es que la propensión a los accidentes sigue pautas opuestas para varones y mujeres según la edad. Hasta los 45 años los varones tienen más accidentes que las mujeres. Lo contrario ocurre a partir de los 45 años. Los dos grupos más propensos a los accidentes son los varones de 16-24 años (15%) y las mujeres de más de 64 años (11%); seguramente lo son por razones distintas. Los varones jóvenes sufren la consecuencia del riesgo que supone la conducción de vehículos, y las mujeres mayores son víctimas de caídas y accidentes domésticos. Entre medias están los accidentes laborales, que son más constantes para uno y otro género. En contra de lo que se suele decir, la incidencia de los accidentes laborales no varía mucho a lo largo del tiempo, si se tiene en cuenta la base de la población ocupada. Además en los datos recientes se computan como accidentes laborales los que tienen lugar en el trayecto al lugar de trabajo. Lógicamente, esos accidentes de tráfico por razón del trabajo han aumentado de manera sustancial.

Muchas de las afecciones leves (gripes, gastritis, dolores musculares, etc.) se suelen “pasar de pie”, con el alivio de alguna medicación, un cierto régimen dietético y determinados cuidados. Concretamente, el reposo suele ser el gran remedio, no tanto por la postura, como por el hecho de evadirse de las obligaciones cotidianas. De ahí que pueda ser de utilidad un indicador más preciso de morbilidad como es el hecho de reducir la actividad principal a causa de alguna dolencia reciente. En este caso el porcentaje es el 12% en la ENS de 2001. Recordemos otra vez la equivalencia en números absolutos. La reducción de la actividad principal a causa de alguna enfermedad leve equivale a más de cuatro millones de personas adultas. Como puede verse, ese volumen duplica ampliamente la cifra de parados. En una cantidad más o

menos constante (quizá se alce en la época de gripe o después de los fines de semana) que no se suele considerar porque es invisible y porque se acepta con resignación. Pero es evidente el coste social que supone (aparte del sufrimiento personal). Ante la misma pregunta, en la ENS de 1987 se obtiene un porcentaje sensiblemente más bajo (5,5%); sube en la ENS de 1993 (11%) y otra vez en la de 2001 (12,2%).

No es fácil explicar esa sistemática subida de la retirada por enfermedad fecha tras fecha, cuando tan similares son los otros datos referidos a la salud de la población. Puede que influya la reciente incorporación de muchas mujeres a la actividad laboral. Desde luego, en las fechas consideradas, la “baja” en la actividad principal es un rasgo más femenino que masculino. Quizá influya una tendencia creciente a retirarse momentáneamente de la actividad principal a causa de alguna molestia. Es un rasgo que caracteriza más a los viejos en 2001 que en 1987. Recordemos que la población que supera los 64 años se ha expandido notablemente durante los últimos lustros. Es lógico que ese dato contribuya también a la ampliación de las cifras de “baja” (laboral o social) que aquí se registra. Sea cual fuere la causa, es evidente que ese crecimiento supone una elevación considerable de los costes laborales y de los de mantenimiento del sistema sanitario. Es un dato que seguramente explica el alza continuada de los costes farmacéuticos.

Es muy clara la asociación con la edad. Cuantos más años se tienen más probable es la reducción de la actividad principal por causa de enfermedad reciente. A su vez, edad por edad, esa reducción es más señalada en las mujeres que en los varones. Esa diferencia según el género se va ampliando según avanza la edad hasta hacerse máxima a partir de los 55 años. Ese último dato nos indica que no se trata tanto de una baja laboral, sino de una reducción de la actividad que supone los papeles normales, muchas veces los de ama de casa. Los extremos son muy disonantes. La reducción de actividad principal por causa de enfermedad reciente alcanza al 6% de los varones jóvenes y al 24% de las mujeres mayores. Ese margen tan amplio indica el alcance del grueso de las enfermedades, las que suponen el mayor consumo de medicamentos y la restricción de la actividad laboral o doméstica. La diferencia ayuda a interpretar un fenómeno social de gran significación. Es el hecho de que las amas de casa propiamente no se jubilan, por lo menos no lo hacen a una edad tasada, como sucede en el mundo laboral. Para compensar esa disonancia, las amas de casa se acogen al retiro parcial que significa en ocasiones la enfermedad leve.

El hecho de la mayor propensión a la “baja” laboral o social que muestran las mujeres se debe quizá a que en ellas es más necesaria esa retirada. La necesitan más porque les afecta especialmente la confluencia de papeles - laborales, familiares, afectivos- . También puede suceder que, según queda advertido, la morbilidad es objetivamente mayor en el caso femenino.

En la ENS de 2001 se pregunta a los entrevistados si se consideran “gordos”, “con un peso normal” o “delgados”. El resultado tendría que ser simétrico, pero no lo es. El 43% se ven gordos, el 49% normales y solo el 6% delgados. Quiere eso decir que las personas entrevistadas no se comparan con una media estadística aproximada, sino con la persona ideal que casi siempre pesa menos que el sujeto. Así pues, la preocupación social dominante es la gordura, no la delgadez. Es un dato que no necesita muchas demostraciones estadísticas.

Lo más interesante de los datos anteriores es que en todos los grupos de edad la proporción de gordos afecta más a las mujeres que a los varones. Puede ser algo objetivo: que la masa corporal de las mujeres (por contener más grasa) sea superior a la de los varones para la misma edad y estatura. La comparación habría que establecerla en proporción a la masa ósea, algo que es imposible calcular fuera del laboratorio. Pero puede ser también una impresión subjetiva, por cuanto las mujeres “se ven más gordas de lo que realmente son”, precisamente porque aprecian la delgadez como un valor aceptado. Es fácil comprobar que casi todas las mujeres que aparecen en los anuncios publicitarios o a través de la televisión en un papel eminente suelen ser más bien delgadas. Las raras excepciones lo son porque se busca que llamen la atención. No deja de ser curioso que la gordura se muestre como un elemento humorístico en muchas películas y en los programas de la televisión.

La proporción de personas gordas se alza según pasamos de las personas con muy buena salud, a simplemente buena y a regular o mala. La última relación la podemos replicar con los datos de la ENS de 2001. Los resultados son los mismos, aunque ahora la estimación del peso se haga por parte de los entrevistados. Según pasamos de un estado de salud “muy bueno” a otro simplemente “bueno” y al de “regular o malo”, aumenta la proporción de personas gordas. Esa concatenación se reproduce en casi todos los grupos de edad y género, aunque está más clara en el grupo femenino. Quizá tengan más razón clínica las mujeres al preocuparse especialmente del sobrepeso. Anotemos los valores extremos en la proporción de

personas gordas: el 59% de las mujeres maduras (35-64 años) con mala salud y el 26% de los jóvenes varones con muy buena salud. Estadísticamente hablando, serían madres e hijos. En casi todas las combinaciones de edad y estado de salud la proporción de gordos afecta más a las mujeres que a los varones.

En lo anterior hemos visto las conexiones que establece el “peso subjetivo” (verse gordo o delgado). Cabe también la consideración más objetiva del “índice de masa corporal” (IMC) que relaciona el peso con la estatura. Es un índice que se establece de forma estándar para todos los países, lo que permite establecer interesantes comparaciones. Se distinguen así cuatro categorías: obeso, sobrepeso ligero, normal y delgado. Es interesante la relación entre los dos métodos con los datos de la ENS de 2001. Debe anotarse que, con el baremo establecido, la distribución no es simétrica; hay más gordos que delgados. Puede que ese desequilibrio se corresponda con la realidad, pues así es como se ve la población.

Sea cual sea su peso objetivo (IMC), los varones tienden a rebajar su peso subjetivo (a verse menos gordos) mucho más que las mujeres. Al contrario, las mujeres se distinguen por exagerar el peso subjetivo (verse más gordas) en relación a los varones de su mismo peso objetivo. Por ejemplo, solo el 9% de los varones con un peso normal se consideran gordos, proporción que es el 28% en el caso de las mujeres. Se comprende, después de ese sesgado juicio, que la obsesión por adelgazar afecte fundamentalmente a las mujeres. La tendencia femenina a exagerar el peso subjetivo (a verse más gordas) se produce en los tres grupos de edad, pero es más notable en las jóvenes (16-34). Por ejemplo, en ese estrato solo el 4% de los varones con sobrepeso se ven obesos, pero son el 17% de las mujeres en las mismas condiciones. El caso extremo es el del 72,5% de las mujeres jóvenes, objetivamente delgadas, que no se consideran así. El porcentaje correspondiente para los jóvenes varones delgados con esa impresión es el 36,5%. La diferencia es enorme, sobre todo si partimos de la convención de que en otros muchos aspectos se ha producido una notable convergencia entre los jóvenes de ambos sexos.

Queda dicho que los varones se distinguen por verse con menos peso del que objetivamente tienen. Esa desviación no varía mucho según la edad; casi es una constante. En cambio, las mujeres jóvenes presentan un sesgo muy reducido a rebajar el peso subjetivo, pero el “error” va aumentando con los años. La ostensible diferencia entre los géneros respecto al deseo de verse más o menos gordos o delgados respecto a su peso objetivo se marca mucho más en la edad juvenil. En los viejos ya

no son tan abultadas las diferentes estrategias respecto al peso que distinguen a varones y mujeres. La razón es que la edad juvenil (16-34) se corresponde con el momento del emparejamiento, en el que la presencia física cuenta mucho, y más para las mujeres. Es ahí donde se impone el ideal de un cuerpo esbelto, delgado, porque es el que se asocia con los pocos años. Los modelos publicitarios, con talla inverosímiles, se encargan de mantener ese ideal femenino, imposible de alcanzar para la mayor parte de las mujeres. La consecuencia negativa puede ser la frustración de muchas mujeres y, en el extremo, la anorexia. El resultado positivo es la tendencia femenina a cuidar mejor su salud (alimentación, tabaco, alcohol, conductas de salud preventiva).

A lo largo de los últimos lustros el estado de salud de la población española se mantiene más o menos constante e incluso mejora (por la más extensa cobertura sanitaria). Sin embargo, se observa un hecho realmente preocupante, aunque también presenta un lado positivo. De 1987 a 2001 aumenta sustancialmente la proporción de personas que están tomando algún medicamento. En 1987 esa proporción es el 42%, en 1993 el 47%, en 2001 el 52% y en 2003 el 58%. Ciertamente es que durante ese lapso ha envejecido la población, pero ese dato demográfico solo explica una pequeña parte del aumento indicado. Se podría sospechar que existe una "sobremedicación" general, sin que ese término indique una valoración del nudo hecho de consumir más medicamentos de lo que era usual. De momento, es un dato correlativo de la preocupación por la salud. En igualdad de otras circunstancias, ese dato explica el continuo aumento del gasto farmacéutico. Se puede concluir que muchas personas se encuentran "sobremedicadas", aunque luego no consuman todos los medicamentos que adquieren. También es verdad que muchas personas se ven cada vez mejor atendidas por lo que respecta a la provisión de medicamentos.

Desde luego, la creciente "sobremedicación" la acusan todos los grupos de edad, pero sobre todo el estrato de los viejos, que es demográficamente el que más crece. Se entenderá ahora por qué se incrementa sistemáticamente la factura farmacéutica en España, especialmente la que se paga a través de la Seguridad Social. Estamos ante una de las dislocaciones más graves del sistema sanitario español. Es posible, incluso, que, desde el punto de vista clínico, el problema no sea tan grave, pues muchos viejos no consumen todas las dosis de los medicamentos que adquieren (gratis). Sin embargo, el problema del coste económico para el conjunto de la sociedad sigue siendo el mismo. Recordemos que, a través de los distintos indicadores de enfermedad, la proporción de enfermos en la población adulta oscila alrededor de los cinco millones de personas. Pero el hecho es que están tomando

medicamentos más de 18 millones de personas. Naturalmente, muchas personas consumen fármacos como prevención, para no caer enfermas, pero, aun así, parece un consumo excesivo. Sobre todo, porque no hay razón para que ese consumo crezca de forma incontrolable año tras año. No tendría que seguir esa tendencia si de verdad se dispusiera de remedios cada vez más eficaces, como parece ser el caso. Se podría pensar, incluso, que algunas personas consumen medicamentos en lugar de otros procesos de atención sanitaria. Los fármacos pueden ser también una alternativa cómoda que desplace el ejercicio físico o la disciplina de la dieta alimentaria. De momento, han fracasado las medidas que han adoptado las autoridades sanitarias: precios regulados, control de las recetas, introducción de los genéricos, etc. No se han atrevido a proponer el copago de los medicamentos para toda la población jubilada. Bien es verdad que los jubilados pertenecientes a las grandes mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) sí tienen un copago del 30% para todos los medicamentos. El gasto farmacéutico en esos grupos de población es significativamente menor que en el resto, sin que se observe ninguna queja generalizada. Es un buen dato experimental para comprobar que el copago de los medicamentos no es una solución tan radical como parece. Más tarde volveremos sobre las opiniones en relación a ese particular (cap. 5.6.2).

Los datos de ENS de 2001 demuestran que existe una clara progresión en el consumo de fármacos según avanza la edad. Solo el 35% de los jóvenes están tomando algún medicamento, proporción que se eleva al 82% en el caso de los viejos. El consumo se alza abruptamente al pasar el grupo de los 45-54 años, una edad crítica a efectos de salud. Más perceptible es aún la influencia del género. Sea cual fuere la edad, el hecho es que las mujeres consumen medicamentos en mayor proporción que los varones. La diferencia relativa entre los dos géneros destaca sobre todo hasta los 44 años. Puede que ese contraste se deba a que las mujeres menores de 45 años consumen muchos productos de tipo preventivo (anovulatorios, adelgazantes, vitaminas, etc.).

Las mujeres menores de 65 años recurren a los fármacos en mayor proporción que los varones, con independencia de la edad y el estado de salud. También puede ser porque las mujeres se preocupan más de su salud y se cuidan más. La conclusión final es que la utilización de medicamentos se determina más por la edad y el género que por la sensación de que el estado de salud sea mejor o peor.

Una nítida expresión de la mejora de la atención sanitaria es el aumento constante de la porción de españoles que han consultado con algún médico en las dos últimas semanas. Según las ENS esa proporción era el 18,0% en 1987; sube al 23,9% en 1993 y al 24,3% en 2001. Como es natural, esa tendencia ligeramente creciente se debe al envejecimiento de la población, pero solo en parte. La prueba es que, de 1987 a 1993, aumenta todavía más la frecuencia de la consulta médica por parte de los viejos, que es la más alta en cada fecha. Digamos que el correlato lógico de una población que envejece es una tendencia a necesitar cada vez más la atención sanitaria.

En 2001 unos 8,5 millones de personas han mantenido una consulta reciente con algún médico. Es una cantidad asombrosa, muy superior al contacto que supone la consulta con otros profesionales superiores (abogados, asesores fiscales, notarios, arquitectos, etc.). Solo la consulta con la farmacia puede ser tanto o más frecuente, pero en ese caso se realiza más con las personas que atienden al público, que no siempre son farmacéuticos titulados. De todas formas, el complejo médico-enfermera-farmacéutico es el grupo profesional con el que más se relaciona la población española. Últimamente hay que añadir los veterinarios, más que nada por la ampliación del número de animales domésticos. Se comprende la necesidad de que esos profesionales sanitarios se encuentren reconocidos en su trabajo y que los estudios correspondientes se organicen bien.

Una vez más, el dato llamativo es que, con independencia de la edad, las mujeres consultan con el médico más que los varones. La diferencia relativa entre los géneros se agranda extraordinariamente en el grupo de los jóvenes (16-24) y en el de los 45-54 años. Es muy posible que la consulta con el médico sea para muchas mujeres un asunto ginecológico de tipo preventivo o que también acompañen al médico a otras personas. Recordemos que las mujeres se distinguen por una actitud más preventiva respecto a la salud, la propia y la de las personas dependientes de su familia (niños, ancianos o discapacitados). Como síntesis, veamos la enorme oscilación que se produce según la edad o el género. Solo el 12% de los varones jóvenes han consultado recientemente con el médico, pero lo han hecho el 41% de las mujeres mayores de 64 años.

Una faceta fehaciente para calibrar la mejora del sistema sanitario es la creciente frecuencia con que la población va al dentista. En este caso, además, se trata de una prestación fundamentalmente privada, lo que es consonante con la

mejora general del nivel de vida. La evolución que muestran las ENS resulta reveladora. La proporción que ha consultado con el dentista a lo largo de los tres últimos meses oscila así: el 13,6% en 1987, el 14,9% en 1993 y el 17,5% en 2001. En todas las fechas se cumple, además, que las mujeres van más al dentista que los varones, y no solo porque es más probable que las mujeres acompañen a otras personas en esa visita. Con datos para una encuesta de 1992, se concluye que son los jóvenes y las mujeres quienes acuden al odontólogo con más asiduidad. Esa visita se ha convertido en una de las expresiones más claras de bienestar y de una conducta preventiva en relación con la salud. Es posible que todavía sea baja en España la frecuencia con la que se va al dentista.

La evolución del porcentaje de personas de 16 o más años que han estado hospitalizadas algún día durante el último año oscila así según la ENS. En 1987: el 7,0%; en 1993 el 7,4%; en 2001 el 8,7%; en 2003 el 10,2%. Como se puede advertir, la tendencia es creciente, pero mucho menos de lo que haría esperar la mejora de la asistencia sanitaria y el envejecimiento demográfico. La razón es que muchos casos de posible hospitalización se van resolviendo cada vez más con un sistema de cirugía ambulatoria o se previenen mediante la atención primaria. Lo que sí se cumple en las tres fechas señaladas es que la hospitalización es más frecuente para las mujeres que para los varones. Esa diferencia se debe, en gran medida, a los partos (que en puridad no tienen por qué ser considerados como enfermedades). Recordemos que, aunque la natalidad sea muy baja en España, empieza a subir un poco durante los últimos años. Ya no se discute que los partos requieran internamiento en un hospital, aunque se trata de estancias cortas.

Aunque el porcentaje del 10% de hospitalizados en el último año pueda parecer escaso, de nuevo se puede aventurar la cifra en valores absolutos: más de tres millones de personas. No hay ningún otro sistema de "internados" que suponga un volumen de población tan alto. Con la particularidad de que los hospitales suponen un coste muy elevado por individuo. La cama de un hospital es más costosa que la de un hotel de lujo. Las cifras de atención sanitaria son siempre muy voluminosas, especialmente si suponen internamiento hospitalario. Téngase en cuenta, además, que lógicamente los costes de mantenimiento de un hospital tienden a crecer. No solo mejoran las instalaciones con aparatos cada vez más sofisticados, sino que se precisa una plantilla de personal cada vez más técnica y variada. También es verdad que la estancia media en los hospitales va bajando un poco. Puede descender más.

En una encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas, levantada en 2001, se contiene un dato muy interesante. Es la proporción de personas que “han acudido durante el último año a un servicio de urgencias de atención primaria (no hospitalaria) por algún problema suyo o de algún familiar”. El porcentaje varía sensiblemente según el género: 29% para los varones, 38% para las mujeres. Lógicamente, muchas mujeres han acudido a esa consulta acompañando a algún hijo pequeño (Sastre 03).

Es evidente que el hábito del tabaco resulta nocivo para la salud. Solo que psicológicamente puede ayudar a los fumadores, una vez habituados, a desempeñar sus obligaciones o a relajarse de las tensiones que puedan tener. Digamos que el tabaco se convierte en un reflejo condicionado para facilitar el automatismo de ciertas conductas. Por eso es tan difícil que el hábito de fumar desaparezca o incluso que se reduzca de forma sustantiva. Muchos adultos abandonan el hábito del tabaco, pero se incorporan al mismo otros tantos jóvenes con gran entusiasmo. Los jóvenes se ven socialmente impelidos a fumar para demostrarse a sí mismos que ingresan en la población adulta. Para las mujeres jóvenes el tabaco es un símbolo de la igualdad de género. El fumador dejará resueltamente el hábito si, por un consejo médico, ve el peligro inminente de un infarto o un cáncer. No es suficiente anticipar ese riesgo de modo general. Si se consiguiera reducir el tabaquismo de manera drástica, el beneficio sería inmenso para el estado de salud de la población y para la eficiencia del sistema sanitario. Naturalmente, saldrían perjudicados los productores y vendedores de tabaco. Es raro que los grandes cambios de costumbres beneficien a toda la población de parecida manera.

A través de la ENS, se percibe una lenta disminución de la proporción de fumadores de la población de 16 ó más años: del 38% en 1987 al 34% en 2001 y al 31% en 2003. Desde luego, la evolución es más lenta de lo que haría esperar el proceso de envejecimiento y especialmente la creciente intensidad de las campañas antitabaquistas. Se mantiene prácticamente constante la proporción de la suma de fumadores y ex fumadores (fuman actualmente o han fumado): alrededor de la mitad de la población juvenil y adulta (16 ó más años). El dato más esperanzador es que aumenta la proporción de ex fumadores (del total que fuman o han fumado): 24% en 1987, 33% en 2001 y 36% en 2003. Quiérese decir que muchos fumadores abandonan el hábito, pero otros se introducen en él. Luego veremos cómo pueden constituirse esos flujos de personas.

Los datos de la ENS nos dicen que - contrariamente a lo que se piensa - disminuye la proporción de fumadores en el estrato juvenil de 16 a 24 años, desde 1987 a 2003. Pasa del 51% en 1987 al 42% en 2001 y al 36% en 2003. También es verdad que la proporción de ex fumadores se mantiene relativamente constante en ese grupo. O lo que es lo mismo, disminuye un poco el porcentaje de jóvenes que fuman o han fumado. De todas formas, el ritmo de cambio en el hábito del tabaco es lentísimo si se compara con la contundencia de las campañas antitabaco. Repárese en lo poco que se consigue si la disminución del tabaquismo en los jóvenes se acompaña del auge de las drogas “duras” o del alcoholismo ritual de fin de semana.

La traza del hábito de fumar según la edad dibuja una función curvilínea. Veamos los datos de 2003. La afición al tabaco es ya alta en el estrato juvenil (36%), pero sigue subiendo de forma decidida hasta alcanzar el máximo en el grupo de 35-44 años (43%). Estamos en el grupo de edad más activo en todos los órdenes. No es casual que la afición al tabaco se corresponda con una intensa actividad laboral y de relación social. A partir de los 45 años baja paulatinamente hasta el mínimo del 8% que corresponde al estrato de los viejos. Tradicionalmente el hábito del tabaco era abrumadoramente masculino (como lo es todavía el de fumar puros o en pipa). Los datos totales revelan una considerable distancia entre la proporción de fumadores en los varones (39%) y las mujeres (24%). Pero en el estrato juvenil la distancia entre los sexos se reduce considerablemente: 38% para los varones y 34% para las mujeres.

De lo anterior se deduce que se está produciendo un notable efecto de convergencia en los hábitos de varones y mujeres respecto al tabaco. Es posible, incluso, que, de seguir la última tendencia, dentro de unos lustros las mujeres jóvenes fumen más que los hombres. No deja de ser una triste consecuencia del proceso general de igualdad de género hacia el que tiende la sociedad española. La razón de la convergencia indicada es la necesidad que perciben muchas mujeres jóvenes de igualarse rápidamente con las conductas tradicionalmente masculinas. No está muy claro por qué el fumar es un símbolo de prestigio. Puede que influya la publicidad. Tradicionalmente, la publicidad del tabaco se asocia con deporte y naturales, con personas jóvenes y elegantes.

El dato clave para estimar las tendencias futuras es el cálculo de las personas que han dejado de fumar del total que fuman o han fumado. Ese es el verdadero concepto de ex fumadores. Pues bien, los ex fumadores son más en los varones que en las mujeres, pero más a partir de los 45 años. Por tanto, podemos imaginar que el

conjunto de fumadores no desciende mucho porque muchas mujeres jóvenes se incorporan a la costumbre de fumar. Mientras tanto, van dejando de fumar muchos fumadores varones de más de 45 años, seguramente por el consejo médico o las exigencias de la vida de relación íntima. Recordemos que el cáncer y la enfermedad coronaria son episodios típicamente masculinos a partir de cierta edad. Sin embargo, las mujeres de más de 45 años - aunque haya muchas menos fumadoras- no abandonan tanto el tabaco.

Según la ENS de 1993 la proporción de consumidores de alcohol (en las dos últimas semanas) representa el 47,3% de los entrevistados. En 2001 sube al 52,1%. La variación es notable en solo ocho años, aunque el cálculo puede contener un cierto grado de error. Resulta difícil estimar si se trata de un bebedor más o menos regular u ocasional. En ese caso cuenta mucho la consideración subjetiva. Los datos de la ENS de 1987 son poco comparables, al distinguir una escala de grados de consumo que la hace todavía más subjetiva. En 1987 se distinguen estos tipos: consumidores habituales: 57,5%, ocasionales: 10,3% y abstemios: 30,1%. Téngase en cuenta que muchas personas consideran que tomar una cerveza no es propiamente consumir una bebida alcohólica sino refrescante. Otra cuestión es la cadencia con que se toman unas u otras bebidas. Se sospecha que, ante la situación de una encuesta, los bebedores tenderán a parecer más morigerados de lo que corresponde a la realidad.

Estamos ante un hábito resueltamente masculino: Según la ENS de 2001 son bebedores el 68% de los varones y el 37% de las mujeres. Al igual que en el tabaco, la tendencia es a la rápida incorporación de las mujeres jóvenes al hábito del alcohol. Así, en los varones el máximo de bebedores corresponde al amplio grupo de los 25 a los 54 años, digamos, la etapa vital más activa y con más compromisos sociales. En cambio, en las mujeres el máximo está en el grupo juvenil, de 16 a 24 años. Lo fundamental es que en todos los grupos de edad la afición al alcohol es más masculina que femenina, si bien la diferencia se va ampliando con la edad. También aquí debemos suponer la tendencia futura de una creciente aproximación entre los géneros. De momento no hablamos de cantidad ni de tipo de alcohol. Seguramente, la igualación empezará por hacer equivalente el consumo de cerveza para varones y mujeres.

Con un criterio de clasificación algo distinto, una encuesta levantada a comienzos de 2002 obtiene esta clasificación: bebedores cotidianos (29%), bebedores ocasionales (39%) y abstemios (32%). Lo que interesa, a los efectos de nuestro

argumento, es que, edad por edad, las proporciones de bebedores cotidianos califican mucho más a los varones; las de abstemios distinguen mucho más a las mujeres. Solo en el caso de los bebedores ocasionales - menos precisa- se acercan las proporciones según el género. Es un tipo que se asocia fundamentalmente con los jóvenes (De Miguel 02a).

Lo fundamental del estado de la salud es que representa un progreso general, común, por tanto, a todos los estratos de población y a todas las zonas geográficas. En la España de hace un siglo eran enormes las diferencias de morbilidad y de mortalidad según fuera la posición social y el lugar de residencia. Durante el último siglo han mejorado las condiciones sanitarias del país, pero sobre todo ha tenido lugar un notable proceso de convergencia social y regional. El condicionamiento principal de la salud es hoy la edad, lo que indica que se ha conseguido una efectiva igualdad social. Eso es lo que significa propiamente el Sistema Nacional de Salud. No obstante, a través de los datos de encuesta hemos anotado grandes diferencias entre varones y mujeres por lo que respecta al estado de salud. Por lo general, la mortalidad femenina es menor que la masculina, pero las mujeres se sienten más enfermas y realmente lo están. El asunto no es económico, puesto que los dos géneros comparten los mismos hogares. La diferencia es más difícil de cambiar que si fuera económica, al apoyarse en complicados aspectos simbólicos y de división de papeles en la sociedad. Mujeres y varones no se distinguen tanto por las posiciones sociales que representan como por sus condiciones y estilos de vida.

La mejor manera de acortar la diferencia que separa a los dos géneros respecto a las condiciones de vida es a través de la educación. Este es el aspecto de la estructura social en el que se ha avanzado más, aunque todavía queda por recorrer el estadio de la enseñanza de calidad. Hace un siglo los escalones de la enseñanza superior, y casi los de la media, estaban reservados a los varones casi de forma exclusiva. Actualmente no solo se ha avanzado hacia la igualdad, sino que la tasa de escolaridad femenina supera a la masculina en todos los escalones de la enseñanza no obligatoria. Lógicamente ese progreso tiene que notarse en la incorporación de la mujer a los puestos técnicos, profesionales y directivos, pero en ese caso la marcha es más lenta. Es decir, muchas mujeres alcanzan la titulación suficiente para ejercer esos puestos técnicos, profesionales y directivos, pero se retiran a la posición tradicional de amas de casa. La verdad es que se impone el hecho objetivo de que son las mujeres quienes dan a luz y luego cuidan de los niños y también de las personas mayores o las

discapacitadas. Con esa multiplicidad de papeles se explica el proceso contradictorio de igualdad educativa pero relativa desigualdad profesional.

Es casi imposible referirse a la cuestión de la desigualdad de género sin tener en cuenta el juego con el otro gran factor adscriptivo: la edad. En los datos de la Encuesta Nacional de Salud hemos visto una regularidad. Las diferencias que existen entre varones y mujeres para el total de la población suelen mantener un valor y a veces un signo distinto cuando se refieren al estrato juvenil. Tanto la edad como el género son factores adscriptivos, esto es, inalterables. De ahí proviene su fuerza. Tampoco se puede cambiar el lugar de nacimiento, y sin embargo sabemos que ese origen geográfico - si es dentro de España- condiciona poco el estilo de vida o la forma de pensar.

Los datos adscriptivos de la edad y el género son los centrales en los documentos de identidad y en las fichas clínicas. Son casi las únicas circunstancias que se pueden adivinar a través de la fotografía de una persona. El nombre propio deja traslucir normalmente el género al que pertenece una persona. La distinción entre varones y mujeres no es tanto orgánica como la de los papeles que luego se asignan a unos y a otras. No es una cuestión de superioridad, que ya casi nadie reconoce o defiende, sino literalmente de división de papeles sociales. A través de las encuestas (y no solo las de salud) se observa que varones y mujeres - con la misma edad- se diferencian en los estilos de vida y las opiniones. Puede incluso que, a la larga, tienda a difuminarse ese contraste, pero hoy existe; lo hemos visto en las múltiples facetas que representa la salud. Quizá no se pueda sostener ya el famoso axioma de Simmel de hace un siglo: "La relación fundamental en la vida de nuestra especie es la de lo masculino y lo femenino". Sin embargo, no se puede negar que esa relación sigue siendo decisiva en la estructura de las sociedades actuales. ¿Cómo no va a serlo si, como queda advertido, la esperanza de vida de mujeres y varones difiere hoy más que nunca?

La incorporación masiva de la mujer al trabajo ha reavivado un rasgo típicamente femenino: el cuidado del cuerpo, el deseo de agradar. No es que los varones se despreocupen del asunto, pero es un hecho que acucia mucho más a las mujeres de todas las edades. La consecuencia inmediata es que el valor salud cuenta de modo especial cuando lo aplican las mujeres. Fenómenos extremos como la anorexia, la cirugía estética o las dietas espartanas afectan singularmente a las mujeres instaladas en el mercado laboral. Es evidente la conexión entre esas prácticas

extremosas y la preocupación por la salud. De modo más general, muchas mujeres aparecen obsesionadas por la idea de parecer más jóvenes. Nótese que en el mercado matrimonial las mujeres deben aparecer más jóvenes que los maridos. Se trata de un uso social inveterado que no tiene más fundamento lógico que el de la costumbre. Aunque quizá pueda contribuir el hecho de que la edad genésica en la mujer termina antes que en el hombre. No es menor capricho que la apariencia física cuente mucho más en la obtención de un puesto de trabajo para las mujeres.

Lo más injusto de los usos sociales en este asunto es que la exigencia sobre la apariencia corporal se aplica especialmente a las mujeres y a las que trabajan de forma remunerada. Se comprenderá, una vez más, el dato fundamental del especial estrés que recae sobre las mujeres en la sociedad actual. Ciertamente es que las mujeres, al cuidarse mejor, son más longevas, pero ¿son siempre vivibles esos años que se añaden? La pregunta es retórica porque la contestación sería negativa en muchos casos.

La obsesión de “quitarse años” significa mantener el peso corporal, vigilar la ingesta de alimentos. Durante milenios, la preocupación de la especie humana fue la de proveerse de alimentos para no perecer. Hoy el esfuerzo es el contrario, el de seleccionar los alimentos que menos engorden, descartar los más palatables. Es una extraña ascética secularizada, que, por otra parte, puede ser buena para la salud. Más discutible es ese efecto benéfico cuando consideramos una definición más amplia de salud, próxima a la felicidad. Las mujeres especialmente, al vigilar el peso y la dieta, están cuidando su salud, aunque puedan llegar así al sufrimiento. La preocupación alimentaria destaca en las mujeres de todas las edades, más aún en las que se consideran con sobrepeso.

Una prueba casi experimental de la mayor preocupación femenina por la cuestión dietética la tenemos en la reacción ante el episodio de las “vacas locas”, a finales de 2000: Fue una epizootia que comenzó en el Reino Unido y luego se extendió por algunos países del continente europeo. En el Reino Unido la epidemia alcanzó a algunas personas. En España no hubo ninguna persona fallecida por esa causa, ni siquiera se registraron enfermos. A pesar de lo cual, se tomaron medidas espectaculares, como el sacrificio de muchos miles de reses. La hecatombe (nunca mejor dicho) sirvió para que se despertara una verdadera obsesión general respecto al consumo de carne de vacuno. Se sabe que los hábitos alimentarios cambian muy lentamente, tanto puede la costumbre y la disponibilidad de alimentos. Pero en este

caso fue radical la alteración momentánea de los hábitos de comer carne o pescado. Una encuesta del CIS, levantada en enero de 2001, detectó que el 52% de los entrevistados aseguran haber pasado a consumir menos carne de vacuno. El 30% aumenta el consumo de carne de pollo, el 25% pasa a comer más carne de cerdo y el 24% más pescado. Se trata de variaciones anormalmente bruscas, que indican la enorme sensibilidad social ante una temida epidemia. Lo interesante a nuestros efectos es que, edad por edad, por lo menos hasta los 64 años, las mujeres dicen haber tomado todas esas decisiones dietéticas de un modo más tajante que los varones. Nótese que, en la generalidad de los casos, se trata de la compra familiar de alimentos para la familia entera. Pero, aun así, la sensibilidad que advertimos es resueltamente femenina. Por ejemplo, el 46% de los varones jóvenes (18-29 años) deciden comer menos carne de vaca, frente al 56% de las mujeres jóvenes. El experimento se cierra, incluso, al comprobar que esa diferencia a favor de las mujeres ya no se revela más allá de los 64 años. A partir de ese momento, las mujeres van dejando de representar el papel directivo en el hogar que hasta entonces habían tenido (De Miguel 02).

Aunque sufran, la actitud característica de las mujeres de preocuparse más por su salud (y las de otros) es decididamente moderna. En cambio, la contraria de aceptar con fatalismo el estado de salud (“total de algo hay que morir”) supone un residuo tradicional. De todas formas, la preocupación por la salud propia no suele ser del todo consecuente. Si lo fuera, las personas no cometerían excesos o no se someterían a carencias peligrosas. Las conductas de riesgo son constantes en la vida actual, empezando por el hecho de utilizar vehículos y terminando por fumar o beber y comer en demasía. Sería una sociedad invivible la que impusiera una coherencia total a la hora de rechazar conductas arriesgadas. La medida está en calibrar los riesgos y las satisfacciones. El hecho es que las mujeres adoptan por lo general una decisión más mesurada y responsable. Por ejemplo, las mujeres cumplen mejor las normas de circulación al conducir vehículos. Desde luego, la tendencia de la sociedad toda es que se implanten cada vez más las conductas que actualmente definimos como resueltamente femeninas.

Las autoridades sanitarias suelen contemplar con desilusión el resultado de algunas campañas dirigidas a prevenir ciertas enfermedades. Por ejemplo, es evidente que, después de muchos esfuerzos, la proporción de personas que fuman no se ha reducido mucho. Ya hemos visto los datos un tanto desalentadores. Pero la conclusión es un poco más esperanzadora si se observan las relaciones entre diversas

conductas. Para seguir con el ejemplo del tabaco, se ha comprobado que las personas que dejan de fumar cuidan más otros aspectos de la higiene alimentaria.

Muchos de los factores de la mayor morbilidad que hemos visto en las mujeres se manifiestan en el fenómeno del estrés. El estrés no es más que la sensación de falta de tiempo que acucia especialmente a las personas activas porque quieren hacer muchas cosas (estudiar, trabajar, divertirse, viajar). El estrés es también muy alto en las mujeres relativamente jóvenes, con hijos, que trabajan fuera de casa y que se ocupan al tiempo de las tareas domésticas. El estrés es por sí mismo un síntoma morboso, pero porque lleva a ciertas conductas de riesgo: fumar, descuidar la alimentación, beber alcohol en exceso, no hacer mucho ejercicio físico. La persona estresada suele ser insomne y seguramente adicta a la sobremedicación. Estamos ante un ejemplo más de cómo se refuerzan las causas que predisponen a la enfermedad. Naturalmente, la “causa” fundamental que desencadena una determinada patología es la edad, haber cumplido más años. Pero esa “causa” no lo es propiamente porque no es manipulable, como tampoco lo es el género al que se pertenece. Ahora bien, queda demostrado que el hecho de pertenecer a un estrato de edad y de género condiciona mucho las conductas que se refieran a la salud.

No es fácil concluir que, si las mujeres padecen más enfermedades o utilizan más el sistema sanitario, su calidad de vida es inferior a la de los varones. Dentro de un país como España (con asistencia sanitaria general), el hecho de padecer algunas dolencias o consumir más medicamentos, no debe interpretarse simplemente como una expresión de mala salud. Puede incluso que se produzca la paradoja contraria, que la salud sea razonablemente buena porque se pasan muchas enfermedades y el paciente se ve asistido con éxito. Las medidas de “esperanza de vida libre de enfermedades” pueden resultar engañosas. El objetivo saludable no es estar libre de enfermedades sino sentirse atendido y reconfortado por el sistema sanitario y el círculo afectivo.

La eficiencia del sistema sanitario mejoraría mucho si el conjunto de los varones se comportaran como el sector femenino por lo que atañe a las conductas relacionadas con la salud. Es la última paradoja de las muchas que aquí se han señalado.

Tendencias y conclusiones

1. La esperanza de vida al nacer concede una ventaja creciente a las mujeres sobre los varones. No cabe una explicación genética o biológica, pues esa diferencia a favor de las mujeres no existía hace más de cien años, ni es la misma en todos los países.
2. La proporción de españoles adultos que se consideran con una salud aceptable oscila muy poco durante los últimos lustros. Se mantiene alrededor del 68%. Pero la proporción es mucho mayor para los varones que para las mujeres. Es decir, las mujeres viven más, pero se sienten más enfermas.
3. Al cabo del año unos siete millones de personas adultas en España pasan por la circunstancia de una larga enfermedad. La experiencia de una larga enfermedad es un rasgo típicamente femenino en todos los grupos de edad. El hecho de haber pasado por una enfermedad larga acentúa más en las mujeres la impresión de tener una salud quebrantada.
4. En todos los grupos de edad las mujeres se ven más afectadas que los varones por episodios de una enfermedad leve.
5. La tasa de accidentes aumenta ligeramente en España durante los últimos lustros. Hasta los 45 años los varones tienen más accidentes que las mujeres. Lo contrario ocurre a partir de los 45 años.
6. En todos los grupos de edad, la proporción de personas que se consideran gordas, afecta más a las mujeres que a los varones. Las mujeres tienden a exagerar el peso subjetivo (verse más gordas) en relación a los varones de su mismo peso objetivo.
7. Durante los últimos lustros aumenta notablemente la proporción de personas que están tomando algún medicamento, del 42% en 1987 al 58%

en 2003. En todos los grupos de edad las mujeres consumen más medicamentos que los varones.

8. Sea cual sea la edad, las mujeres consultan más al médico y van más al dentista que los varones.
9. La proporción de fumadores se reduce paulatinamente, desde el 38% en 1987 al 31% en 2003. Fuman más los varones que las mujeres, pero se está produciendo un fenómeno de convergencia entre los sexos.
10. La eficiencia del sistema sanitario sería que el conjunto de los varones se comportaran como el sector femenino por lo que atañe a las conductas relacionadas con la salud.

4. Planteamiento general: El estado de la sanidad y la salud en España

El equipo realizador de la encuesta (cap. 5) ha considerado conveniente exponer un planteamiento general sobre el estado de la sanidad y la salud en España con datos comparativos. Es imprescindible ese análisis previo para poder interpretar los resultados de la encuesta.

La sanidad y la salud son términos intercambiables en el habla corriente, pero conviene distinguirlos. En inglés confluyen en la misma voz (*health*), lo que contribuye a aumentar la confusión. La sanidad es la organización, pública o privada, destinada a preservar a la población de enfermedades y otras amenazas contra la salud. Así pues, la sanidad es un concepto organizativo, de disposición de medios. La salud es el estado de equilibrio del organismo humano por el que cumple normalmente sus funciones. Naturalmente, la salud se predica también de una población; ese es precisamente el objetivo de la sanidad. Otra relación es que el estado de salud de las personas lo definen los profesionales de la sanidad.

Se comprenderá ahora que la traducción del organismo internacional Organización Mundial de la Salud no sea la adecuada. Convendría que fuera - con las mismas iniciales- Organización Mundial de la Sanidad. Por lo mismo parece correcta la denominación del Ministerio de Sanidad y Consumo, pero no es muy feliz la etiqueta de Sistema Nacional de Salud. Como tampoco lo es que algunas consejerías autonómicas sean de Salud, cuando deberían ser de Sanidad. La discusión puede parecer un inútil nominalismo, pero el contenido importa mucho, lo que hay detrás de los nombres. Por otra parte, salud y sanidad son nombres comunes que cobran la dignidad de las mayúsculas iniciales cuando se refieren a instituciones. Una cosa es que el valor salud se encuentre enaltecido por la población y otra que las referencias sobre cuestiones sanitarias estén plagadas de mayúsculas injustificadas. Un ejemplo de la confusión de conceptos es la ley General de Sanidad de 1986 que instaura el Sistema Nacional de Salud. Realmente lo que organiza es un sistema de sanidad pública. En todo caso, ese sistema se encamina a la mejora de la salud de la población española, la parte mayoritaria que se adscribe al sistema indicado. Cada vez está más claro que ese sistema es parte de una red más amplia que incluiría la atención veterinaria, la calidad del consumo y el cuidado del medio ambiente del modo más amplio posible. El hecho de disponer de agua corriente - asequible en casi todos

los hogares españoles- seguramente contribuye a la salud de modo fundamental, junto a otros elementos higiénicos del sistema sanitario.

Tampoco es útil partir de un concepto demasiado amplio de salud, equiparable al bienestar de la población, no digamos si incluye su felicidad. Algunos textos de la Organización Mundial de la Salud (es decir, de la Sanidad) indicarían ese sesgo. No es útil, porque entonces hace inmedible el concepto de salud, de por sí tan difuso. Sería mejor partir de una idea individual de salud, aunque se pueda extender al conjunto de la población. La reducción al individuo es porque la salud apela al funcionamiento equilibrado del organismo, de tal modo que sea productivo y no ocasione gastos desaforados al sistema sanitario. No está de más esa cautela, pues se produce aquí una especie de “Ley de hierro de la sanidad”. Los gastos sanitarios tienden a crecer de forma irremediable.

Ambos conceptos - salud y sanidad- se hallan emparentados. No hay una sanidad óptima, pues requeriría un coste infinito. Ni tampoco la salud puede ser completa, ni igual para todos, ya que ese deseo roza la utopía. Pero en ambos casos se pueden aceptar grados, términos de comparación, avances o retrocesos según los medios que se arbitren o los resultados que se consigan.

Para calibrar el estado de la sanidad y de la salud en España cabe medir una serie de indicadores y compararlos con algunos países equiparables por razones económicas, demográficas o culturales. Esos países van a ser en nuestro análisis: Irlanda, Francia, Italia, Reino Unido, Portugal y Grecia. Los cuatro primeros cuentan con un *Producto Interior Bruto (PIB) per cápita* algo superior al español. Los dos últimos se sitúan un poco por debajo del nivel económico español. Debe tenerse en cuenta que las mediciones macroeconómicas no son todo lo fiables que sería de desear, al coexistir con una porción variable de “economía sumergida”. Sin embargo, la medida del PIB presenta la ventaja de su carácter sintético y comparable. A pesar de esos inconvenientes, no cabe duda de que los siete países que aquí se comparan pertenecen al estrato más dinámico del mundo (tabla 4.1).

Tabla 4.1	Situación económica y demográfica (países)	
	Producto Interior Bruto per cápita (con paridad de poder de compra) (dólares, 2001)	% de población de 65 ó más años (2000)
Países comparables (por razones económicas o culturales)		
Irlanda	30.002	11,2
Francia	26.879	16,1
Italia	26.345	18,1
Reino Unido	26.315	15,9
<i>España</i>	21.294	16,9
Portugal	17.560	16,3
Grecia	16.137	17,3

Fuente: OECD, *Health at a Glance*, (2003)

La comparación con el Reino Unido resulta muy pertinente por dos razones. Primera, el nivel del PIB per cápita del Reino Unido no se aleja mucho del español. Bien es verdad que habría que considerar otros aspectos no medidos que establecerían una distancia mayor entre los dos países. Es el caso, por ejemplo, de la alta capacidad científica y tecnológica del Reino Unido. La segunda razón es que el Reino Unido ha funcionado durante mucho tiempo como modélico en cuestiones de sanidad al ser primero en el establecimiento del Servicio Nacional de Salud. Precisamente la crisis del modelo británico (e irlandés) ha sido un estímulo para la revisión de la política sanitaria de muchos países continentales, entre ellos España.

La posición de España en el PIB per cápita no solo es central en la lista de los siete países elegidos para la comparación. Ocupa también un lugar intermedio si tomamos en consideración los 30 países de la OCDE, el club de países desarrollados del mundo. El valor máximo corresponde a Luxemburgo (realmente un Estado-ciudad), con cerca de 49.000 dólares y el mínimo a Turquía con unos 5.700

Otro término comparable es el *grado de envejecimiento* de la población. Es un dato valiosísimo para el análisis de la salud, puesto que la supervivencia de una población se halla fuertemente condicionada por la edad. Operativamente el envejecimiento se expresa con la proporción de población que supera los 64 años de edad. En el 17% para España y cifras muy similares en los demás países. Solo Irlanda presenta una pirámide demográfica menos envejecida. Pero todos los países considerados están cerca por razones geográficas, políticas y culturales. Esa cercanía hará que las comparaciones que establezcamos en orden a la sanidad o la salud sean

razonablemente válidas. Como es lógico, tanto la sanidad como la salud de una población se ven condicionadas por el nivel del producto económico y por el grado de envejecimiento. Repetimos que en una sociedad suficientemente desarrollada la edad es el principal factor que condiciona el estado de salud. Es algo que expresan muy bien las tablas actuariales para calcular las primas de los seguros de vida. Asimismo es natural que la provisión de medios sanitarios aparezca condicionada por el producto económico. También es verdad que, con un mismo nivel económico, un país puede optar por una u otra política sanitaria (pública o privada). Lo que es más interesante; en igualdad de condiciones económicas, una población puede disfrutar de una margen de salud más o menos variable. En el panorama de todas esas posibles combinaciones interesa mucho precisar dónde se sitúa España.

El envejecimiento colectivo contrasta con el deseo de tantos adultos de retrasar todo lo que pueden el proceso y el sentimiento de que envejecen. Nunca ha habido una sociedad como la actual en la que sean tantos los viejos y haya tantas personas adultas obsesionadas por parecer con menos años. De ahí se deriva precisamente la actual primacía del valor de la salud, desde el momento en que se identifica socialmente lo juvenil con lo saludable.

La primera condición para juzgar el estado de salud es el grado de *crecimiento económico per cápita*. Ese índice también se mueve en términos parecidos para los siete países considerados, especialmente dinámicos en el contexto mundial. Veamos, a grandes rasgos, la evolución registrada durante los últimos 30 años del siglo XX, lo que se llama el lapso de una generación. Los años 70 fueron de intenso desarrollo para todos los países considerados. España tuvo en ese decenio un crecimiento de tipo moderado, si bien había sido extraordinario durante el decenio anterior. Durante los años 80 la expansión de la economía española fue comparable a la italiana o a la británica. A partir de los años 90 destaca el formidable empuje de la economía irlandesa, la más decidida de toda Europa a emprender una política liberalizadora. Téngase en cuenta que Irlanda es un país reducido en términos demográficos: menos de 4 millones de habitantes frente a los 40 de España. Desde 1989 el crecimiento de la economía española ha sido superior al de Francia, Italia o Reino Unido y comparable al de Portugal. En el bienio 2000-2001 el crecimiento económico de España ha sido muy notable en términos relativos a la situación europea (tabla 4.2).

En el amplio intervalo de 1989 (la fecha de la desaparición del “muro de Berlín”) a 2001 las tasas de crecimiento en la mayoría de los países de la OCDE

(Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos) son bastante modestas, comparadas con las de Estados Unidos. El máximo dinamismo corresponde a Irlanda. España supera al de Francia, Italia, Reino Unido y Grecia, y está a la par de Portugal.

Tabla 4.2	Crecimiento económico						
	% Incremento anual real del Producto Interior Bruto per cápita						
fechas	Países comparables (por razones económicas, demográficas o culturales)						
	Irlanda	Francia	Italia	Reino Unido	España	Portugal	Grecia
1970-1979	3,4	2,9	3,1	2,3	2,7	* 3,5	4,1
1979-1989	2,7	1,8	2,3	2,2	2,3	* 3,0	0,2
1989-1999	* 6,3	1,4	1,3	1,8	2,4	2,6	1,5
1999-2000	* 8,6	3,3	2,9	2,8	3,4	3,1	4,1
2000-2001	* 4,2	1,3	1,7	1,6	1,8	1,0	0,1

Fuente: OECD, *Health at a Glance*, (2003)

* máximo de cada fila

El *envejecimiento de la población* puede verse mejor como un proceso a lo largo del tiempo. Con la excepción de Irlanda (que está realizando todavía su “transición demográfica” hacia una población estable), en todos los demás países se afianza el proceso de envejecimiento de una forma muy parecida. De 1960 a 1990 el país más envejecido es el Reino Unido y en 2000 la primacía pasa a Italia. En esa fecha el país más envejecido de los 30 de la OCDE es Italia. En ese conjunto de 30 países España ocupa el quinto lugar. La situación española no difiere mucho de la francesa o la italiana. Cuando un país como España sigue esa decidida trayectoria de envejecimiento, hay que esperar un fortísimo esfuerzo sanitario para conseguir el grado de salud deseable. Es muy posible que durante los primeros lustros del siglo XXI la población española se rejuvenezca un poco a causa de la inmigración extranjera. Pero los inmigrantes constituyen también un grupo que demanda mucho gasto sanitario (tabla 4.3).

Tabla 4.3	Envejecimiento de la población						
	% de población de 65 ó más años						
fechas	Países comparables (por razones económicas, demográficas o culturales)						
	Irlanda	Francia	Italia	Reino Unido	<i>España</i>	Portugal	Grecia
1960	11,1	11,6	9,3	* 11,7	8,2	7,9	8,1
1970	11,1	* 12,9	10,9	12,8	9,6	9,4	11,1
1980	10,7	13,9	13,1	* 14,9	11,0	11,3	13,1
1990	11,4	14,0	14,9	* 15,7	13,6	13,4	13,8
2000	11,2	16,1	* 18,1	15,9	16,9	16,3	17,3

Fuente: OECD, *Health at a Glance*, (2003)

* máximo de cada fila

→ : dirección del incremento sistemático

En términos absolutos, el *gasto sanitario per cápita* (2001) alcanza en España un nivel bastante modesto: por debajo del de Francia, Italia, Reino Unido, Irlanda e incluso Portugal. Solo supera un poco al de Grecia. Si nos atenemos al *gasto sanitario público* la conclusión es parecida. Teniendo en cuenta el nivel del PIB per cápita y el grado de envejecimiento, no parece que el gasto sanitario en España sea desmesurado, ni siquiera alto. Naturalmente, ese esfuerzo inversor habrá que contrastarlo después con los resultados de la salud de la población (tabla 4.4).

Tabla 4.4	Gasto sanitario				
	Países comparables (por razones económicas, demográficas o culturales)	Producto Interior Bruto per cápita (con paridad de poder de compra) (dólares, 2001)	% de población de 65 ó más años (2000)	Gasto sanitario, dólares per cápita en 2001 (a)	
				total	público
Irlanda	30.002	11,2	1.935	1.471	
Francia	26.879	16,1	2.561	1.947	
Italia	26.345	18,1	2.212	1.666	
Reino Unido	26.315	15,9	1.992	1.637	
<i>España</i>	21.294	16,9	1.600	1.143	
Portugal	17.560	16,3	1.613	1.113	
Grecia	16.137	17,3	1.511	846	

Fuente: OECD, *Health at a Glance*, (2003)

(a) ajustado a la paridad de compra

En términos de gasto sanitario por habitante en 2001, España ocupa el puesto 22º de la lista de los 30 países de la OCDE. El primero, Estados Unidos, gasta el triple de lo que gasta España.

La comparación entre los países se establece mejor a lo largo de la evolución durante los últimos lustros y con el dato de *la proporción de gasto sanitario respecto del PIB*. Ahora se ve más claro que en 2000 el valor que corresponde a España (7,5%) es inferior al de Francia, Italia, Reino Unido, Portugal y Grecia, los países más cercanos en términos económicos. Tanto en España como en el Reino Unido, Portugal o Grecia se observa un constante incremento de la proporción de gasto sanitario. La trayectoria española es muy parecida a la portuguesa. En los dos países ibéricos la tendencia al incremento corta la sucesión de diferentes gobiernos y aun regímenes. La expansión del gasto sanitario ha sido todavía más decidida en Grecia. En Irlanda el gasto sanitario era muy alto en 1980, pero después se redujo como consecuencia de la política liberalizadora tan drástica que se siguió en ese país (tabla 4.5).

De la lista de los 30 países de la OCDE, en 2001, España ocupa un modesto lugar 20º por la proporción de gasto sanitario del total del PIB. La máxima corresponde a los Estados Unidos (13,9%) y la mínima en Eslovaquia (5,7%). De todas formas, sospechamos que la precisión con que se miden las cifras de gasto oscilan mucho de país a país. Concretamente, es posible que en España se infraestime bastante el gasto privado. En cambio, en los Estados Unidos esa cifra se recoge mejor, lo que explica en parte la altura del porcentaje indicado.

Tabla 4.5		Gasto sanitario total						
		Gasto sanitario total como proporción del Producto Interior Bruto						
		Países comparables (por razones económicas, demográficas o culturales)						
fechas	Irlanda	Francia	Italia	Reino Unido	España	Portugal	Grecia	
1970	5,1	...	...	4,5	3,6	2,6	6,1
1980	8,4	...	...	5,6	5,4	5,6	6,6
1990	6,1	8,6	8,0	6,0	6,7	6,2	7,4	
2000	6,4	9,3	8,2	7,3	7,5	9,0	9,4	

Fuente: OECD, *Health at a Glance*, (2003)

—▶ : dirección del incremento sistemático

Quizá tenga más interés el dato de la proporción de gasto sanitario público respecto del PIB. España mantiene un nivel muy similar al de los otros países considerados. De 1970 a 1990 es un valor que se expande, de un modo muy parecido a como lo hace en Portugal o Grecia. La expansión del gasto sanitario público durante ese periodo de los años 70 y 80 en España se explica porque es el momento en que crece espectacularmente el índice de cobertura del sistema público. Es solo el 50% en 1970 y llega prácticamente a la totalidad de la población veinte años después. Pero la proporción española del gasto público crece menos a partir de 1990. Durante ese periodo el esfuerzo de la sanidad pública se contiene un poco en todos los demás países que comparamos. Aun así, la tendencia general es hacia el incremento sistemático de la parte pública que corresponde al gasto sanitario (tabla 4.6).

Tabla 4.6		Gasto sanitario público						
		Gasto sanitario público como proporción del Producto Interior Bruto						
		Países comparables (por razones económicas, demográficas o culturales)						
fechas		Irlanda	Francia	Italia	Reino Unido	España	Portugal	Grecia
1970		4,2	...	...	3,9	2,3	1,6	2,6
1980		6,8	...	...	5,0	4,3	3,6	3,7
1990		4,4	6,6	6,4	5,0	5,3	4,1	4,0
2000		4,7	7,1	6,0	5,9	6,2	6,2	5,3

Fuente: OECD, *Health at a Glance*, (2003)

→ : dirección del incremento sistemático

En los países de la comparación, el *peso del gasto sanitario público* respecto del gasto sanitario total supera ampliamente el 50%. El modelo del Reino Unido e Irlanda es el de una participación muy alta, superior el 80%, si bien tiende a descender en ambos países. En España se sobrepasa el 70% durante los últimos decenios, situación comparable a la de Irlanda, Francia e Italia. En Portugal y Grecia las proporciones son más bajas. De 1980 a 2000 tiene lugar un comienzo de privatización en el sector sanitario español, que también se aprecia en Irlanda, Francia, Italia e incluso el Reino Unido. De todas formas, como decimos, en esos países el peso del sector público está por encima del 70%. Dentro del conjunto más desarrollado de la OCDE, los países europeos y Japón se distinguen por un peso muy fuerte del sector sanitario público. Esa situación contrasta con el modelo de los Estados Unidos, eminentemente privado; en 2001 solo el 44% del gasto sanitario se atribuye al sector público (tabla 4.7).

Tabla 4.7	Peso del gasto sanitario público						
	Gasto sanitario público como proporción del gasto sanitario total						
fechas	Países comparables (por razones económicas, demográficas o culturales)						
	Irlanda	Francia	Italia	Reino Unido	España	Portugal	Grecia
1970	↑ 82	...	...	↑ 87	↑ 65	↓ 59	43
1980	↑ 82	...	...	↑ 89	↑ 80	↓ 64	56
1990	72	77	79	84	79	66	54
2000	73	76	73	81	72	↓ 68	56

Fuente: OECD, *Health at a Glance*, (2003)

→ : dirección del incremento sistemático

En casi todas las comparaciones vistas, desde 1989 en adelante, el *incremento anual del gasto sanitario total* supera al crecimiento del PIB. Es la manifestación de la citada “ley de hierro” del gasto sanitario. En España, al llegar el periodo 1999-2001, el incremento del gasto sanitario se acomoda al del PIB (tabla 4.8).

Tabla 4.8	Crecimiento anual del producto y del gasto sanitario total						
	A: % crecimiento anual real del Producto Interior Bruto B: % crecimiento anual real del gasto sanitario total						
fechas	Países comparables (por razones económicas, demográficas o culturales)						
	Irlanda	Francia	Italia	Reino Unido	España	Portugal	Grecia
1989-1999							
A	6,3	1,3	1,3	1,8	2,4	2,6	1,5
B	6,2	2,2	1,5	3,8	4,2	6,2	4,3
1999-2001							
A	6,4	2,3	2,3	2,2	2,6	2,0	2,1
B	8,1	3,7	5,8	4,9	2,7	4,8	0,7

Fuente: OECD, *Health at a Glance*, (2003)

Año por año, desde 1994 a 2000, en España tiene lugar una sistemática expansión del gasto sanitario en valores absolutos (euros por habitante). Sin embargo, conviene precisar que, en relación al PIB, la parte dedicada al gasto sanitario, tanto público como privado, se mantiene constante. No es apreciable el cambio de un gobierno socialista a otro popular en 1996. Por ese lado se mantiene una notable continuidad. En cambio, lo que se amplía un poco año tras año es la parte del gasto sanitario destinada al gasto farmacéutico de la Seguridad Social: es el 13,5% en 1994

y el 15,1% en 1999. Solo se contiene en 2000. Téngase en cuenta que en España los precios de los medicamentos están regulados por el Estado. Eso hace que las comparaciones internacionales no sean muy válidas. En casi todos los países de la OCDE hay una continua queja sobre el incremento desmesurado del gasto farmacéutico. Es la consecuencia de un doble proceso: el envejecimiento demográfico y la introducción en el mercado de fármacos cada vez más eficaces que acumulan un gran coste de investigación. Quizá cuente también el factor de la fuerte inmigración extranjera (tabla 4.9).

Tabla 4.9		Peso del gasto sanitario público				
		Gasto sanitario			Gasto farmacéutico de la Seguridad Social (euros por habitante)	% del gasto farmacéutico de la Seguridad Social respecto al gasto sanitario total
España fechas	euros por habitante	en proporción al Producto Interior Bruto				
		público	privado			
1994	770	5,6	1,8	104	13,5	
1995	864	5,5	2,2	117	13,5	
1996	916	5,5	2,2	130	14,2	
1997	957	5,4	2,2	137	14,3	
1998	1.022	5,4	2,3	151	14,8	
1999	1.096	5,4	2,3	165	15,1	
2000	1.169	5,4	2,3	↓ 177	↓ 15,1	
% ? 1994 a 2001	52	-	-	70	-	

Fuente: INE, *Indicadores sociales de España*, (2003). Nota: los datos para España difieren algo de los que recoge la OECD (tabla 4.6)

→ : dirección del incremento sistemático

Durante los próximos lustros seguramente se va a contener un tanto el gasto sanitario público y se va a expandir todavía más el gasto sanitario privado, siempre en proporción al PIB. Esa tendencia es la que corresponde a una sociedad que ha conseguido ya la cobertura sanitaria de modo general y que cada vez más exige calidad y puede pagarla. En conjunto, no parece que pueda decrecer la proporción de gasto sanitario del PIB. Hay varias razones. Aparte de las demográficas (más viejos y más inmigrantes), está el lógico aumento de los precios por el coste creciente de la investigación y de la remuneración del personal facultativo. Los actos clínicos y quirúrgicos difícilmente pueden sustituir personas por máquinas, si bien el capítulo de pruebas de diagnóstico se puede beneficiar todavía más de las nuevas tecnologías.

Antes de seguir con las comparaciones internacionales, conviene detenerse por un momento en las *diferencias regionales* dentro de España. En contra de lo que se suele decir, las diferencias de nivel de vida en España de región a región no son considerables. No parece haber grandes contrastes por lo que respecta al PIB por habitante o al grado de envejecimiento de la población. Concretamente, en 2000 la comunidad más rica es Madrid, que solo mantiene el doble del PIB per cápita respecto a la más pobre (Extremadura). Con todo, es muy probable que las cifras del PIB a escala regional infraestimen la realidad. Concretamente, no es creíble que la Comunidad Valenciana mantenga un nivel de PIB per cápita inferior a la media española. Sin duda la riqueza de esa región es mucho más notable que la registrada, pero mantiene una gran parte de “economía oculta”. Tampoco son grandes las diferencias regionales en el grado de envejecimiento de una a otra región. La comunidad autónoma con más viejos es Castilla y León (22% del total de población) y la menos envejecida es Canarias (12%). El intervalo corresponde a una sociedad en la que el peso de la población envejecida supone un coste sanitario creciente y considerable. Las comunidades más ricas (Madrid, Navarra, País Vasco, Cataluña y Baleares) disponen de más recursos sanitarios y de un sector sanitario privado más amplio (tabla 4.10).

Tabla 4.10	Situación económica y demográfica (regiones)	
Comunidades autónomas (ordenadas por A)	Producto Interior Bruto, euros por habitante (2000) A	% de población de 65 o más años (2001)
Madrid	20.374	15,7
Navarra	19.510	18,2
P. Vasco	18.802	17,7
Cataluña	18.434	17,7
Baleares	18.215	15,2
La Rioja	16.898	19,3
Aragón	16.286	21,6
Cantabria	14.873	18,8
C. Valenciana	14.678	16,1
Canarias	14.366	12,1
Castilla y León	14.063	22,0
Asturias	13.132	21,0
Murcia	12.726	14,4
Castilla-La Mancha	12.368	19,3
Galicia	11.989	20,0
Andalucía	11.333	14,3
Extremadura	9.820	18,3
Total	15.247	17,0

Fuente: INE, *Indicadores sociales de España*, (2003)

De acuerdo con los datos que hemos visto al principio (tabla 4.1), si hacemos 100 el valor del PIB per cápita en España, el máximo correspondería a Irlanda (141) y el mínimo a Grecia (76). Esa distancia relativa es comparable a la que se da dentro de España (media = 100) entre la comunidad más rica (Madrid = 134) y la menos aventajada (Extremadura = 64). Por lo que respecta al grado de envejecimiento, Canarias se aproxima al valor que corresponde a Irlanda. Sin embargo, casi todas las demás regiones españolas están por encima de las tasas correspondientes a los países que comparamos.

El lado positivo del envejecimiento es que supone un aumento de la *longevidad*, esto es, la esperanza de vida a partir de los 65 años de edad. Estamos ante uno de los marcadores más válidos del estado de salud de una población. Manejamos los datos de la longevidad femenina. Visto por ese lado, el estado de salud es óptimo en Francia, desde 1960 a 2000, pero le sigue España. De forma sistemática,

año tras año, la longevidad femenina en España supera a la de Irlanda, Portugal y Grecia. A partir de 1980 la longevidad femenina en España adelanta a la del Reino Unido. La situación española es más comparable a la italiana. En todos los países considerados se produce un aumento sistemático de la longevidad femenina pero ese incremento resulta especialmente notable en Francia y España (tabla 4.11).

Tabla 4.11		Longevidad (femenina)									
		Años de esperanza de vida a los 65 años (mujeres)									
fechas		Países comparables (por razones económicas, demográficas o culturales)									
		Irlanda	Francia	Italia	Reino Unido	España	Portugal	Grecia			
1960	↓	14,4	* 15,6	↓	15,1	↓	15,3	↓	15,3	↓	14,6
1970	↓	15,0	* 16,8	↓	16,0	↓	16,0	↓	15,0	↓	15,2
1980	↓	15,7	* 18,2	↓	16,6	↓	17,9	↓	16,5	↓	16,8
1990	↓	16,9	* 19,8	↓	17,9	↓	19,0	↓	17,0	↓	18,0
2000	↓	17,7	* 20,9	↓	18,9	↓	20,1	↓	18,3	↓	18,7
% ? 1960 a 2000		23	* 34	...	25	31	20	28			

Fuente: OECD, *Health at a Glance*, (2003)

* máxima de cada fila

↓ : dirección del incremento sistemático

Un hecho firme y estructural es que la *mortalidad* masculina es superior a la femenina en todos los grupos de edad (datos para 1998 o fecha más cercana). La diferencia es apenas perceptible en el estrato juvenil, pero se va ampliando con la edad. Es muy posible que cuenten factores genéticos (hormonas) en esa sistemática divergencia según el sexo, aunque también interviene el modo de vida. La diferencia es estructural porque, para cada grupo de edad, el valor es muy semejante entre uno y otro país. También es muy parecida la diferencia entre los índices de varones y mujeres en los distintos países. Por lo que respecta a la población masculina, edad por edad, la mortalidad en España es muy similar a la de Francia o Italia. Sorprendentemente, en este caso la mortalidad de Grecia es la mínima de los países que se comparan. Lo más interesante es que, en el caso de la población femenina, la mortalidad en España tiende a ser muy baja, en algunos estratos la más baja de los países considerados. Por alguna razón que todavía no se hace explícita, se puede asegurar que el estado de salud de la población femenina de España es excelente. Realmente, Francia y España se distinguen por la mínima mortalidad femenina. Debe anotarse que la comparación que estamos haciendo se refiere a países con una

mortalidad baja, incluso más baja de lo que haría de esperar su desarrollo económico (tabla 4.12).

Al llegar aquí, conviene adelantar una cautela metodológica. Para el conjunto de los países del mundo, los indicadores demográficos relacionados con la mortalidad son resueltamente válidos, si se quiere precisar los efectos de la organización sanitaria. Pero en el caso de los que estamos comparando, y en general los que han alcanzado un cierto nivel de desarrollo, los indicadores de mortalidad general empiezan a perder validez. A partir de un alto grado de esperanza de vida, el hecho de añadir más años al índice no dice mucho sobre el estado de salud de la población respectiva. El objetivo de la política sanitaria ya no es añadir más años de vida sino años más productivos y más satisfactorios, con menos sufrimiento. El problema está en que esas dimensiones se prestan menos a una medición precisa. Los analistas miden lo que se deja medir, no lo que supondría las mediciones más interesantes.

Tabla 4.12	Mortalidad						
	Países comparables (por razones económicas, demográficas o culturales)						
Fallecidos por 1000 habitantes (grupos seleccionados)	Irlanda (1999)	Francia (1998)	Italia (1995)	Reino Unido (1999)	<i>España</i> (1998)	Portugal (1999)	Grecia (1998)
Varones							
25-29	1,0	1,2	1,1	* 0,9	1,1	2,0	1,2
55-59	9,1	9,6	8,6	8,6	8,5	10,2	* 8,1
65-69	26,2	22,3	24,3	24,5	21,9	26,6	* 21,4
75-79	81,3	* 53,2	61,1	67,3	59,2	72,8	55,1
Mujeres							
25-29	* 0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5	0,4
55-59	5,4	4,0	4,0	5,2	* 3,2	4,5	3,3
65-69	14,9	9,0	10,9	14,4	* 8,8	12,1	10,4
75-79	47,9	* 26,9	35,0	42,5	31,4	42,2	38,8
Diferencia V-M							
25-29	0,7	0,8	0,7	* 0,5	0,6	0,7	0,8
55-59	3,7	5,6	4,6	* 3,4	5,3	5,7	4,8
65-69	11,3	13,3	13,4	* 10,1	13,1	14,5	11,0
75-79	33,4	26,3	26,1	24,8	27,8	30,6	* 16,3

Fuente: U.N., Demographic Yearbook 2000

* mínima de cada fila

El estado de salud (y el correspondiente éxito de la sanidad) se mide convencionalmente por el índice de *mortalidad infantil* (fallecidos en el primer año por

1000 nacidos vivos). De nuevo se concluye que Francia se distingue por el óptimo de salud, pero seguida a corta distancia por Italia y España. Al llegar a la fecha última de 2000 la mortalidad infantil en España es la mínima de los países que se cotejan. Desde 1960 a 2000 la mortalidad infantil ha descendido más en Portugal y España que en los otros países. En 1960 la tasa de mortalidad infantil en España era el doble de la que mostraba el Reino Unido. En 2000 la tasa española es más baja que la británica y la del resto de los países de la comparación. Nótese que la tendencia firme en todos ellos es hacia la reducción sistemática de la mortalidad infantil durante el periodo considerado. Se ha hablado mucho de la “paradoja francesa” en el sentido de lo excepcional que resulta su alto nivel de salud. Ahora se puede añadir que esa excepcionalidad alcanza también a España, y en general a los países de la Europa mediterránea. Es muy posible que, junto a la sanidad, intervenga mucho la dieta. No es casualidad que se hable precisamente de las bondades atribuidas a la “dieta mediterránea” (tabla 4.13).

Tabla 4.13		Mortalidad infantil											
		Fallecidos en el primer año por 1000 nacidos vivos											
fechas		Países comparables (por razones económicas, demográficas o culturales)											
		Irlanda	Francia	Italia	Reino Unido	España	Portugal	Grecia					
1960	↑	29,3	↑	27,5	↑	43,9	* 22,5	↑	43,7	↑	77,5	↑	40,1
1970		19,5	↑	* 18,2	↑	29,6	18,5	↑	28,1	↑	55,5	↑	29,6
1980		11,1	↑	* 10,0	↑	14,6	12,1	↑	12,3	↑	24,3	↑	17,9
1990		8,2	↑	* 7,3	↑	8,2	7,9	↑	7,6	↑	11,0	↑	9,7
2000		6,2	↑	4,6	↑	4,5	5,6	↑	* 3,9	↑	5,5	↑	6,1
% ? 1960 a 2000		- 79	- 83	- 90	- 75	- 91	- 93	- 85					

Fuente: OECD, *Health at a Glance*, (2003)

* mínima de cada fila

→ : dirección del incremento sistemático

Un indicador sintético de mortalidad es lo que se llama *mortalidad prematura*. Se aplica aquí a las mujeres. Equivale a los años potenciales de vida perdidos hasta la edad de 70 años debido a las personas que van falleciendo edad por edad. Como es previsible, el paso de las fechas significan que todos los países ven descender ese índice de mortalidad prematura. El descenso más notable corresponde a Portugal y el mínimo (pero sigue siendo muy señalado) al Reino Unido. En 1960 el índice mínimo (esto es, máxima salud) se alcanza en el Reino Unido. En 1970 esa marca se asigna a Francia. En 1980 ese mínimo se asigna a España y en 1990 y 2000 a Italia, pero casi

a la par que España. Hasta 1970 la mortalidad prematura femenina de España era superior a la del Reino Unido e Irlanda, los dos países modélicos respecto a la fórmula del Sistema Nacional de Salud. A partir de 1980 la comparación se establece a favor de la situación española (tabla 4.14).

Tabla 4.14		Mortalidad prematura (femenina)						
		Años potenciales de vida perdidos en la población femenina hasta la edad de 70 años por 100.000 mujeres						
fechas		Países comparables (por razones económicas, demográficas o culturales)						
		Irlanda	Francia	Italia	Reino Unido	España	Portugal	Grecia
1960		7.772	6.756	9.724	* 6.263	8.248	14.743	8.697
1970		6.321	* 5.358	6.867	5.756	6.350	11.811	6.189
1980		4.551	4.205	4.328	4.665	* 3.937	5.905	4.411
1990		3.732	3.091	* 3.021	3.559	3.031	4.436	3.217
2000		3.000	2.588	* 2.337	2.947	2.389	3.141	2.620
% ? 1960 a 2000		- 61	- 62	- 76	- 53	- 71	- 79	- 70

Fuente: OECD, *Health at a Glance*, (2003)

* mínima de cada fila

De los 26 países de la OCDE para los que hay datos (año 2000), España ocupa el cuarto lugar por el menor número de mortalidad prematura (femenina). Solo aventajan a España, y por muy poco, Japón, Suecia e Italia. Debe anotarse que los Estados Unidos están a la cola de esa lista, junto a Polonia y Hungría. Es un caso notable de falta de correspondencia entre nivel de salud y gasto sanitario.

Un concepto interesante es el de la *proporción de muertes por causas sensibles a la prevención primaria*. Ese conjunto responde convencionalmente a la suma de muertes por cáncer de pulmón, cirrosis de hígado y accidentes de tráfico. Se supone que son causas de muerte debidas fundamentalmente a un cierto estilo de vida que pone en riesgo la salud: consumo de tabaco, alcohol en demasía y conducción peligrosa. En 2000 el 46 por mil de los fallecimientos en España se deben al conjunto de las tres causas indicadas. Es una fracción pequeña, pero muy expresiva del tipo de riesgos para la salud que se pueden reducir sin un correspondiente aumento del gasto sanitario. Se observa una pequeña tendencia reductora, debida tanto a la mejora de la atención primaria como a la actitud preventiva de la población. Con todo, la tendencia reductora está muy lejos de ser sistemática y sensible de año a

año. Luego habrá que convenir en la escasa eficacia de las campañas para concienciar a la población sobre estos extremos. Lo más interesante es que, en todas las fechas, el índice es muy superior en la población masculina. Por ejemplo, en 2000 la proporción indicada es el 70% para los varones y el 19% para las mujeres. El contraste es tan extraordinario que parece que nos refiramos a dos sociedades, la masculina y la femenina, separadas por estadios de desarrollo de épocas o de culturas distintas. En este caso, además, cuentan poco los factores fisiológicos (hormonas).

Todos los datos indican que el consumo de tabaco, el exceso de alcohol y la conducción arriesgada son rasgos característicos de los varones. Por ese lado la salud de una población podría mejorar sustancialmente si la población masculina se comportara como la femenina ante esas conductas de riesgo. Además, esa mejora supondría un menor coste sanitario. Por otra parte, es seguro que, si se reducen las tres formas de riesgo indicadas, se activarán otras. Pero el progreso sanitario consiste en ir alejando, en el tiempo y para cada individuo, todas las formas posibles de mortalidad con un coste razonable (tabla 4.15).

Tabla 4.15		% de muertes por causas sensibles a la prevención primaria (a)		
España, fechas		varones	mujeres	total
1994		74,8	19,5	48,9
1995		73,5	19,4	48,1
1996		69,7	18,8	45,8
1997		69,5	18,6	45,5
1998		68,4	18,5	44,8
1999		69,3	17,9	44,9
2000		69,8	18,8	45,6

Fuente: INE, *Indicadores sociales de España*, (2003)

(a) cáncer de pulmón, cirrosis de hígado y accidentes de tráfico

Hay dos grupos de enfermedades - el cáncer y las dolencias cardíacas- que suponen el grueso de las muertes en una población, la española, por ejemplo. La reducción de esa mortalidad supone un conjunto de acciones terapéuticas y de cambio de ciertos hábitos cotidianos de la población: tabaco, exceso de alcohol o de colesterol "malo", sedentarismo, sobrepeso. Todas esas acciones están en marcha con resultados variables, según vamos a ver en seguida. La resistencia al descenso de ese tipo de mortalidad obedece al hecho paradójico de que la población va aumentando sus expectativas de vida. De ese modo, el simple envejecimiento se

convierte en la causa fundamental de la prevalencia de los dos grupos de enfermedades que mencionamos. Añádase que el proceso de desarrollo económico y de urbanización supone la generalización de ciertos hábitos poco saludables: sedentarismo, dieta rica en grasas, alcohol en exceso, etc. El problema es que serán poco saludables pero también placenteros. Hay aquí un sistemático conflicto entre el principio del placer, inducido por la publicidad comercial, y el de la conducta saludable, aconsejada por las campañas de publicidad institucional.

Cuando se mide la grave incidencia de algunas enfermedades (cáncer, corazón, degenerativas) de modo aislado, no se comprende bien el progreso que significa el carácter residual de esas muertes. La premisa certísima es que los hombres son mortales. Luego si no fallecen en los primeros decenios de su biografía, perecerán inevitablemente de mayores. El hecho inicial es que en un país como España se hayan vencido muchas enfermedades infecciosas. La consecuencia, como residuo o exclusión, es que sea notoria la incidencia de las enfermedades que atacan especialmente a las personas mayores. En todo el mundo avanza más lentamente la lucha contra las enfermedades infecciosas. Solo se ha erradicado la viruela y a punto está la poliomielitis, un doble éxito que no siempre se reconoce. En cambio, está el nuevo azote del sida, que todavía se expande en muchos países pobres. En esas circunstancias, se da la paradoja de que las enfermedades propias de mayores (cáncer, corazón, degenerativas) parecen afectar menos a los países pobres. Digamos que son “enfermedades de ricos”, de países ricos, entre los que ya está España.

Consideremos la *mortalidad masculina por cáncer*. Desde 1980 hasta 2000 Francia y el Reino Unido ven disminuir notablemente la tasa de mortalidad cancerígena masculina, debido seguramente a los avances médicos. Irlanda e Italia asisten a esa reducción a partir de 1990. Sin embargo, en España, Portugal y Grecia se produce la tendencia opuesta, esto es, al sistemático aumento de la mortalidad masculina por cáncer. En esos tres países pesa quizá más el efecto desfavorable que supone el desarrollo para ciertas condiciones de vida: más contaminación, más estrés, más colesterol. De los tres países indicados, España es el país que experimenta un mayor aumento. En 2000 la tasa española de mortalidad masculina por cáncer es la más alta de los países comparados, después de la de Francia. Digamos que en esos dos países pesan gravemente los factores adversos que hemos mencionado, insistimos, en la población masculina. En cambio, el desarrollo todavía no ha hecho notar sus efectos más negativos en un país como Grecia (tabla 4.16).

Tabla 4.16		Mortalidad cancerígena (masculina)						
		Fallecidos por cáncer por 100.000 varones (población estandarizada por edad)						
fechas		Países comparables (por razones económicas, demográficas o culturales)						
		Irlanda	Francia	Italia	Reino Unido	España	Portugal	Grecia
1980	238	↑ 281	256	↑ 273	↓ 211	↓ 200	↓ * 196	
1990	258	↑ 280	273	↑ 266	↓ 241	↓ 208	↓ * 207	
2000	241	↑ 259	241	↑ 228	↓ 244	↓ 228	↓ * 210	
% ? 1980 a 2000	+ 1	- 8	- 6	- 16	+ 16	+ 14	+ 7	

Fuente: OECD, *Health at a Glance*, (2003)

* mínima de cada fila

→ : dirección del incremento sistemático

La misma tasa de *mortalidad femenina por cáncer* presenta un panorama diferente. En todos los países que tratamos la mortalidad de 2000 es inferior a la de 1980. En 2000 la tasa de mortalidad femenina por cáncer en España es la mínima de los países objeto de comparación. Resalta, pues, el caso de España como un país en el que aumenta la incidencia mortal del cáncer masculino y disminuye la del femenino. Ciertamente es que técnicamente se diagnostican y se curan mejor ciertos cánceres específicamente femeninos, pero también es verdad que el sistema sanitario es común para los dos sexos. Además, esa condición, digamos técnica, es común a todos los países desarrollados. La conclusión puede parecer sorprendente en una sociedad caracterizada ya por una creciente igualdad en las condiciones de vida de varones y mujeres. La influencia de lo que llamamos hábitos de vida cotidiana es lo que determina la trayectoria tan distinta que sigue la mortalidad por cáncer para varones y mujeres. El contraste de país a país resulta llamativo. Una vez más, se cumple el excelente estado de salud del modelo francés. En Francia disminuye sistemáticamente la incidencia mortal del cáncer tanto para varones como para mujeres (tabla 4.17).

Tabla 4.17	Mortalidad cancerígena (femenina)						
	Fallecidas por cáncer por 100.000 mujeres (población estandarizada por edad)						
fechas	Países comparables (por razones económicas, demográficas o culturales)						
	Irlanda	Francia	Italia	Reino Unido	España	Portugal	Grecia
1980	169	▲ 128	135	169	▲ 113	119	▲ * 110
1990	171	▲ 121	137	174	▲ 111	119	▲ * 107
2000	161	▲ 118	121	156	▲ * 105	113	▲ 108
% ? 1980 a 2000	- 5	- 8	- 10	- 8	- 7	- 5	- 2

Fuente: OECD, *Health at a Glance*, (2003)

* mínima de cada fila

▲ : dirección del incremento sistemático

La *mortalidad cardíaca isquémica* es, quizá, la epidemia de nuestro tiempo, pues es la que se asocia más con ciertas condiciones de la sociedad desarrollada (dieta, estrés, tabaco, sedentarismo, etc.). De los 26 países de la OCDE con datos, año 2000, España ocupa el cuarto lugar de los países de menos mortalidad. Solo aventajan a España estos tres países: Corea, Japón y Francia. En el otro extremo, los países del Este (Eslovaquia, Hungría y Chequia) mantienen las tasas de mortalidad más elevadas por esa causa. También es alta en algunos países de tradición inglesa, como Irlanda, Estados Unidos, Reino Unido y Nueva Zelanda. Concretamente, en Irlanda la tasa de mortalidad triplica la de España. Es claro que ciertos factores culturales influyen más que los económicos.

La *mortalidad cardíaca isquémica (masculina)* presenta una incidencia algo distinta de país a país, y sigue trayectorias distintas durante la última generación del siglo XX. La pauta general es que su incidencia sea decreciente desde 1970 o 1980, salvo en Grecia. Al llegar a la fecha de 2000 la tasa de mortalidad así definida es mínima en Francia y máxima en Irlanda. En Grecia, Portugal y España es relativamente baja. Aparte de las condiciones sanitarias, es posible que influya la alimentación, concretamente la presencia de la llamada “dieta mediterránea”, que incluye la ingesta de alcohol en cantidades moderadas (tabla 4.18).

fechas	Mortalidad cardíaca isquémica (masculina)						
	Fallecidos por enfermedad cardíaca isquémica por 100.000 varones (población estandarizada por edad)						
Países comparables (por razones económicas, demográficas o culturales)							
	Irlanda	Francia	Italia	Reino Unido	España	Portugal	Grecia
1970	356	102	180	373	* 79	201	92
1980	↑ 367	↑ * 108	↑ 170	↑ 367	↑ 109	↑ 124	↓ 114
1990	↑ 324	↑ * 88	↑ 129	↑ 295	↑ 102	↑ 110	↓ 129
2000	↑ 240	↑ * 73	↑ 107	↑ 207	↑ 97	↑ 90	↓ 115

Fuente: OECD, *Health at a Glance*, (2003)

* mínima de cada fila

↑ : dirección del incremento sistemático

Pasemos ahora a la *mortalidad cardíaca isquémica femenina*. En todos los países de la comparación las tasas son más bajas que las masculinas, algo así como la mitad. En 1970 la tasa más baja es la española y en los años posteriores la mínima se adscribe a Francia, seguida de la española. En todas las fechas los valores máximos corresponden a Irlanda y al Reino Unido, con marcas que triplican ampliamente las de Francia o España. Repetimos que esa desproporción no se explica por la asignación de recursos sanitarios. Deben de ser más influyentes las condiciones de vida o hábitos cotidianos a los que varias veces nos hemos referido. El asunto es importante, pues nos enfrentamos a la primera causa de muerte en los países desarrollados, en torno a un tercio de los fallecimientos. Luego los determinantes de esa patología son fundamentales para la política sanitaria. Va quedando claro que el “modelo británico” (con Irlanda) es menos eficiente para la salud que el “modelo francés” (con España) (tabla 4.19).

fechas	Mortalidad cardíaca isquémica (femenina)						
	Fallecidas por enfermedad cardíaca isquémica por 100.000 mujeres (población estandarizada por edad)						
Países comparables (por razones económicas, demográficas o culturales)							
	Irlanda	Francia	Italia	Reino Unido	España	Portugal	Grecia
1970	188	46	108	170	* 40	135	45
1980	↑ 177	↑ * 47	↑ 87	↑ 162	49	↑ 64	44
1990	↑ 156	↑ * 38	↑ 61	↑ 142	46	↑ 58	60
2000	↑ 120	↑ * 29	↑ 51	↑ 98	43	↑ 46	51

Fuente: OECD, *Health at a Glance*, (2003)

* mínima de cada fila

↑ : dirección del incremento sistemático

Uno de los hábitos que condiciona mucho la incidencia del cáncer y la enfermedad cardíaca es el *tabaco*. Sin embargo, en 2000 la proporción de fumadores en el grupo de los varones es mínima en Irlanda y máxima en Grecia. Esa correspondencia no tiene nada que ver con la prevalencia del cáncer o de las patologías coronarias. En casi todos los países considerados se aprecia una disminución del porcentaje de fumadores varones a lo largo de los últimos decenios del siglo XX. En España esa disminución es más notable, pero en 1990 la proporción de fumadores es la más alta de los países que estamos comparando (tabla 4.20). De todas formas, ese decrecimiento no se corresponde del todo con los datos obtenidos en distintas encuestas realizadas en España, donde más bien se observa una disminución paulatina en la proporción de fumadores. Sospechamos que, al ser datos de encuesta, las definiciones no son del todo comparables en los distintos países.

fechas	Fumadores (varones)						
	% de fumadores regulares del total de la población masculina de 15 años o más						
Países comparables (por razones económicas, demográficas o culturales)							
	Irlanda	Francia	Italia	Reino Unido	España	Portugal	Grecia
1980	↑ 39,0	↑ 44,0	↑ 54,3	↑ 42,0	...	...	...
1990	↑ 31,0	↑ 39,0	↑ 37,8	↑ 31,0	51,5	...	51,0
2000	↑ 28,0	↑ 33,0	↑ 31,9	↑ 29,0	39,2	32,8	46,8

Fuente: OECD, *Health at a Glance*, (2003)

↑ : dirección del incremento sistemático

En Irlanda y el Reino Unido se manifiesta una persistente minoración en el porcentaje de *mujeres fumadoras* desde 1980 a 2000, pero en el resto de los países se detecta más bien la tendencia opuesta o por lo menos una cierta estabilización. Desde luego, es así en España. En todos los países el dato más notorio es que las mujeres fuman menos que los varones. En 2000 la proporción de mujeres fumadoras es máxima en Grecia y España (tabla 4.21). Valga como curiosidad el dato de que la incidencia del cáncer de pulmón en las mujeres de Grecia y España es el nivel más bajo de todos los países de la OCDE. Ese contraste lleva a sospechar que son muchos los factores coadyuvantes a la prevalencia del cáncer - incluido el de pulmón- además del tabaco. Puede haber factores de protección de tipo genético, que es lo explica la persistente diferencia de la mortalidad por cáncer según el sexo. Ahora bien, el hecho de que existan variaciones tan grandes de país a país y a lo largo del tiempo lleva a presumir que el factor genético o biológico no cuenta tanto como parece. Desde luego, el efecto pernicioso del tabaco debe acompañarse de las distintas formas de contaminación ambiental.

fechas	Fumadoras (mujeres)						
	% de fumadoras regulares del total de la población femenina de 15 años o más						
Países comparables (por razones económicas, demográficas o culturales)							
	Irlanda	Francia	Italia	Reino Unido	España	Portugal	Grecia
1980	↑ 34,1	16,0	16,7	↑ 37,0	...	...	...
1990	↑ 29,0	21,0	17,8	↑ 29,0	21,4	...	26,0
2000	↑ 22,5	21,0	17,4	↑ 25,0	24,6	(a) 9,5	29,0

Fuente: OECD, *Health at a Glance*, (2003)

(a) cifra dudosa

→ : dirección del incremento sistemático

Un riesgo para la incidencia de distintas patologías es el exceso de alcohol concentrado en el tiempo. Puede dar lugar a la figura del alcoholismo crónico o a las distintas formas de alcoholismo agudo (borracheras de fin de semana). Las estadísticas de consumo no son muy válidas, especialmente en un país como España, en el que los turistas extranjeros suelen ser grandes consumidores. Un dato extremo puede ser la mortalidad por *cirrosis hepática*, que en la mayor parte de los casos se debe al exceso en la ingesta de alcohol. Las tasas de mortalidad por cirrosis hepática oscilan mucho de un país a otro, tanto que hace pensar en algún defecto en la recolección de estadísticas. El dato que tenemos es que la tasa en España es

comparable a la de Francia, Italia y Portugal, pero menor que la del Reino Unido y muy superior a la de Irlanda y Grecia. Los datos para esos dos últimos países parecen bastante dudosos (tabla 4.22).

Países comparables (por razones económicas, demográficas o culturales)	Obesidad y cirrosis hepática		
	% de obesos (hacia 2000)		Fallecidos por cirrosis hepática por 1000.000 habitantes (hacia 2000)
	varones	mujeres	
Irlanda	12,0	9,0	(a) 4,3
Francia	9,0	9,0	16,3
Italia	8,8	8,4	20,9
Reino Unido	21,0	23,5	9,7
<i>España</i>	11,8	13,5	15,9
Portugal	11,4	14,0	18,2
Grecia	...	...	(a) 5,7

Fuentes: OECD, *Health at a Glance*, (2003)

U.N., *Demographic Yearbook 2000*

(a) dato dudoso

IMC = Kg. de peso / (cm. de estatura)²

Obesos = relación de peso sobre estatura (índice de masa corporal) superior a 30. Población de 16 ó más años.

La mortalidad por cirrosis hepática varía enormemente en una larga serie de países. Por lo general, las tasas son altísimas en casi todos los países del Este de Europa (Hungría, Rumanía, Croacia, Ucrania, Eslovaquia). La posición de España es más bien baja. El estrato de menor incidencia corresponde a países tan distintos como Irlanda, Holanda, Noruega y Grecia. Hay que sospechar una escasa fiabilidad de las estadísticas en el caso indicado. En España la evolución a largo plazo no experimenta cambios notables. La tasa de 16 por mil habitantes en 2000 es la misma que en 1960. No hay evidencia de que el alcoholismo sea un problema especialmente grave en la sociedad española, o que su incidencia esté subiendo, según se sostiene en algunos medios (De Miguel 02a). Al menos, esa afirmación se prueba con el dato extremo de la mortalidad por cirrosis hepática. Otra cosa es que la afición al alcohol haya aumentado visiblemente en el caso de los jóvenes.

Otro factor que puede ser decisivo en la salud es la *obesidad*. Varía mucho de país a país, como consecuencia de una serie de factores genéticos y de hábitos de vida cotidiana (alimentación, ejercicio físico). En los países de nuestra comparación destaca la mayor obesidad del Reino Unido, y le siguen, a gran distancia, España y

Portugal. En eso tres países se produce, además, el hecho de que la obesidad femenina es más notoria que la masculina (tabla 4.22).

La obesidad oscila muchísimo de país a país, lo que seguramente es indicio de la gran influencia de los factores culturales. En el conjunto de los países de la OCDE, España ocupa un lugar intermedio. Por ejemplo, hacia 2001, la proporción de obesos era solo el 3% en Corea o Japón, el 13% en España y el 31% en los Estados Unidos.

El estado de la salud se mide con diversos indicadores que no corresponden exactamente con enfermedades o con el resultado fatal que significa el fallecimiento. Tenemos, por ejemplo, el dato de los *heridos en accidentes de tráfico*. Es una tasa muy alta (unas tres personas por cada mil en un año), que supone un gran coste sanitario y una enorme desorganización familiar y personal. Seguramente es una cantidad que crece menos que la ampliación del parque de vehículos, pero más que el aumento de población. Así, en España era el 290 (por 100.000 habitantes) en 1994 y el 372 en 2001. El ascenso es prácticamente el mismo para varones y mujeres. Esa proporción indica seguramente que los varones utilizan más los vehículos que las mujeres y que se exponen a más conductas de riesgo. Por lo mismo se demuestra que, año tras año, la tasa de accidentalidad masculina supera en más de un tercio a la femenina. Por todas partes se demuestra que el ritmo de vida cotidiana de las mujeres es más saludable que el de los varones. Es un dato incontestable, con una enorme importancia económica y social, pero que, al no generar noticias, no desemboca en medidas de política sanitaria. Hay “observatorios” sobre la llamada “violencia de género”, pero nada parecido a lo que podríamos llamar “sobremortalidad masculina”. Este es un aspecto de la salud en el que las comparaciones internacionales son poco válidas. Las definiciones varían algo de país a país, y más todavía la densidad de tráfico, que es difícilmente medible (tabla 4.23).

Tabla 4.23		Heridos en accidentes de tráfico por 100.000 habitantes (varones o mujeres)			
España, fechas		varones	mujeres	total	índice de varones (total = 100)
1994		396	188	290	137
1995	↓	424	200	310	137
1996	↓	428	209	316	135
1997	↓	429	212	318	135
1998	↓	484	238	358	135
1999	↓	488	239	361	135
2000	↓	511	245	375	136
2001	↓	500	248	372	134
% ? 1994 a 2001		26	32	28	-

Fuente: INE, *Indicadores sociales de España* (2003)

→ : dirección del incremento sistemático

Puede parecer desproporcionado que la tasa de heridos por accidente de tráfico crezca un 28% de 1994 a 2001. Sin duda es una situación cada vez más onerosa desde el criterio económico y de sufrimiento. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que durante ese periodo de tiempo el parque de vehículos en circulación se expande en un 33%. Es decir, respecto al número de vehículos (sin contar los extranjeros, que también han crecido) decrece el número de heridos en accidentes.

La tasa de *heridos por accidentes de tráfico* es especialmente elevada en los *jóvenes* (15 a 34 años). La tendencia es creciente de 1994 a 2000. En ese caso interviene específicamente el riesgo del alcohol asociado a la conducción. Se produce igualmente la sobrerrepresentación masculina, entre un 35% y un 40% más que la incidencia femenina (tabla 4.24).

Tabla 4.24		Heridos en accidentes de tráfico de 15 a 34 años por 100.000 habitantes de esa edad (varones o mujeres)			
España, fechas		varones	mujeres	total	índice de varones (total = 100)
1994		664	282	476	140
1995	↓	716	300	512	140
1996	↓	719	314	520	138
1997	↓	736	326	535	138
1998	↓	848	377	617	137
1999	↓	866	389	632	137
2000	↓	908	398	658	138
2001	↓	876	412	649	135
% ? 1994 a 2001		36	36	36	-

Fuente: INE, *Indicadores sociales de España* (2003)

↓ : dirección del incremento sistemático

La creencia general es que “el tráfico ocasiona cada vez más víctimas”. No es así. Tomemos los fallecidos en accidentes de tráfico, expresión que popularmente se hace equivalente a “víctimas”. En números absolutos fueron 5.615 en 1994 y 5.517 en 2001. Es decir, incluso en números absolutos esa cifra desciende, aunque lógicamente nos siga pareciendo “trágica” en la medida en que podría descender más. Pero la tasa por millón de vehículos en circulación pasa de 308 en 1994 a 228 en 2001. Son tasas altas en relación a algunos países europeos desarrollados, pero lo significativo es que descienden. Descenderían más todavía si pudiéramos computar los vehículos extranjeros que circulan por España. Es muy posible que la tasa tan elevada de fallecidos por accidente de tráfico tenga bastante que ver con la alta disponibilidad de órganos para trasplantes.

La tasa de fallecidos en accidentes de tráfico (por millón de habitantes) es bastante alta en España. Es algo menor que la de Portugal o Grecia, pero mayor que la de Italia, Francia, Irlanda y el Reino Unido. Hay que considerar un factor de agravación el hecho de que todos los países citados son de recepción turística, especialmente España. Repetimos que en este caso las comparaciones internacionales no son muy válidas por aspectos técnicos de medición (tabla 4.25).

Países comparables (por razones económicas, demográficas o culturales)	Hospitalización y accidentes de tráfico	
	Altas hospitalarias por millón de habitantes (año 2000)	Fallecidos en accidentes de tráfico por millón de habitantes (año 1998)
Irlanda	1.273	118
Francia	2.496	139
Italia	1.548	140
Reino Unido	...	112
<i>España</i>	1.128	156
Portugal	736	159
Grecia	1.541	221

Fuente: OECD, *Health at a Glance* (2003)

U. N., *Demographic Yearbook*, 2000

Los indicadores de morbilidad tampoco suelen ser muy válidos. Con todo, puede resultar expresivo el dato de las *altas hospitalarias* en relación a los habitantes. La tasa para España es sensiblemente más baja que la de Francia (la más alta), Italia, Grecia e Irlanda. En cambio, es mucho más alta que la de Portugal (tabla 4.25).

De 1994 a 1999 sube paulatinamente la tasa de hospitalización en España. Baja un poco en 2000. Lógicamente no tendría que haber diferencias por sexos, pero las hay, aunque mínimas. En todos los años las mujeres pasan más por los hospitales que los varones. Es posible que cuenten los partos (tabla 4.26).

España, fechas	Hospitalización		
	Altas hospitalarias por millón de habitantes (varones o mujeres)		
	varones	mujeres	total
1994	1.020	1.073	1.047
1995	1.042	1.096	1.070
1996	1.093	1.155	1.122
1997	1.091	1.155	1.124
1998	1.095	1.153	1.125
1999	1.102	1.169	1.136
2000	1.088	1.166	1.128

Fuente: INE, *Indicadores sociales de España* (2003)

→ : dirección del incremento sistemático

Un factor nuevo en la mejora de la terapéutica es el de las nuevas tecnologías de diagnóstico (escáneres de tomografía axial computerizada o de resonancia magnética). La dotación de esos recursos no guarda mucha relación con el nivel de desarrollo de los países que estamos tratando. Concretamente, la dotación de estas nuevas tecnologías en España supera a la de Francia y el Reino Unido y es equivalente a la del resto de los países de la comparación. La dotación de escáneres de resonancia magnética parece bastante aceptable (tabla 4.27).

Países comparables (por razones económicas, demográficas o culturales)	Tecnologías de diagnóstico (año 2000)			
	Producto Interior Bruto per cápita (con paridad de poder de compra) (dólares, 2001)	% de población de 65 ó más años (2000)	escáneres de tomografía axial computerizada (TAC) por millón de habitantes	escáneres de resonancia magnética por millón de habitantes
Irlanda	30.002	11,2	...	...
Francia	26.879	16,1	9,6	2,6
Italia	26.345	18,1	20,6	7,5
Reino Unido	26.315	15,9	6,2	4,6
<i>España</i>	21.294	16,9	12,1	4,9
Portugal	17.560	16,3	12,1	2,8
Grecia	16.137	17,3	13,8	2,0

Fuente: OECD, *Health at a Glance* (2003)

Cabe una última referencia respecto a la dotación de recursos humanos en el sector sanitario, si bien hay que hacer notar la escasa comparabilidad de los datos. La *dotación de médicos* (en relación a los habitantes) es óptima en Italia, seguida de la de España. En el conjunto de los países comparables, Irlanda y el Reino Unido mantienen la dotación más baja, a pesar de la notable expansión de los últimos años (tabla 4.28).

Tabla 4.28	Profesionales sanitarios (países)						
	Países comparables (por razones económicas, demográficas o culturales)						
Profesionales sanitarios por 100.000 hab.	Irlanda	Francia	Italia	Reino Unido	España	Portugal	Grecia
Medicina							
1994	199	320	559	152	414	294	389
2000	250	329	599	180	454	325	450
% ?	26	3	7	18	10	10	16
Enfermería							
1994	1.366	595	429	897	429	323	360
2000	1.706	674	446	904	518	...	391
% ?	25	13	4	1	21	...	9
Num. de enfermeras por médico							
1994	6,9	1,9	0,8	5,9	1,0	1,1	0,9
2000	6,8	2,0	0,7	5,0	1,1	...	0,9

Fuente: INE, *Indicadores sociales de España* (2003)

- Los datos de Enfermería del Reino Unido se refieren a 1995 y 1998

La *dotación de enfermeras* difiere más de país a país. Es máxima en Irlanda y todavía se expande más. En España es más bien baja, aunque superior a la de Portugal o Grecia. De 1994 a 2000 ese índice sube espectacularmente en Irlanda y luego en España. Es muy posible que el dato no sea del todo fiable, al diferir mucho las enfermeras que se consideran “colegiadas”, y que son las que se introducen así en las estadísticas.

En casi todos los países se hace equiparable el número de enfermeras con el de médicos. Solo en Francia el número de enfermeras duplica al de médicos, en Irlanda es casi siete veces más y en el Reino Unido cinco o seis veces más. Puede que esas discrepancias se deban en parte al artificio estadístico que comentamos. Sin embargo, se perfila bastante bien el contraste entre el modelo británico-irlandés de muchas enfermeras y el modelo meridional de Europa con muchos médicos (tabla 4.28).

No hay muchas *diferencias regionales* en dotación del personal sanitario al apoyarse en un Sistema Nacional de Salud (realmente de Sanidad). Con todo, se manifiestan algunos contrastes de interés. La diferencia mayor está en los

profesionales de Odontología, que ejercen por lo general de modo privado. El máximo de *odontólogos* en relación a los habitantes se asigna a Madrid, País Vasco, Asturias, Baleares, La Rioja, y Navarra. Son regiones septentrionales y con un alto nivel económico. El mínimo corresponde a Extremadura y Castilla-La Mancha.

La dotación de *médicos* es más igualitaria, pero se eleva en Aragón, Madrid y Navarra, quizá por el peso de las Facultades de Medicina. El mínimo se encuentra en Castilla-La Mancha.

La dotación de *farmacéuticos* destaca en Navarra. En las demás regiones oscila un poco aleatoriamente, dependiendo quizá de la estructura de municipios.

La dotación de *enfermeras* presenta más oscilaciones que la de médicos. Se debe quizá a que una cierta proporción de enfermeras no están colegiadas. Destaca, muy por encima de las demás regiones, la alta dotación que corresponde a Navarra. Sigue a bastante distancia Cantabria y Madrid. El mínimo se adscribe a Murcia y Canarias.

Como puede verse, la dotación de los profesionales sanitarios se asocia con el nivel de desarrollo, pero la correlación es muy débil. Se introducen otros factores explicativos, como la tradición de las igualas médicas y la localización de las Facultades de Medicina y otros centros de enseñanza sanitaria. Es posible que pese también el factor de la Medicina privada, por lo general más notorio en la España septentrional (tabla 4.29).

Tabla 4.29	Profesionales sanitarios (regiones)							
	Profesionales sanitarios por 100.000 habitantes (2000)							
	Medicina		Odontología		Farmacia		Enfermería	
Comunidades autónomas (ordenadas por D)	1994 A	2000 B	1994 C	2000 D	1994 E	2000 F	1994 G	2000 H
Madrid	531	557	53	66	119	149	447	600
País Vasco	443	474	43	55	84	113	498	560
Asturias	463	508	41	49	90	109	466	571
Baleares	387	426	41	49	99	119	365	446
La Rioja	396	435	39	46	109	127	440	531
Navarra	500	537	42	44	151	189	709	816
Galicia	345	389	32	44	115	141	345	421
Cantabria	419	474	36	42	88	109	426	623
Aragón	540	576	34	42	99	121	513	579
Cataluña	432	462	34	41	100	131	479	575
Murcia	352	383	24	41	95	111	296	391
C. Valenciana	390	422	28	41	109	125	433	455
Andalucía	366	397	30	40	90	112	393	443
Castilla y León	435	479	28	36	114	141	452	540
Canarias	347	375	27	35	89	99	343	395
Castilla-La Mancha	320	349	20	26	106	122	343	431
Extremadura	331	366	19	23	112	132	446	540
Total	414	446	34	44	103	127	428	510

Fuente: INE, *Indicadores sociales de España* (2003)

De 1994 a 2000 tiene lugar una gran expansión de la nómina de profesionales sanitarios: el 29% de los odontólogos, el 23% de los farmacéuticos, el 19% de las enfermeras, aunque solo el 8% de los médicos. Ese crecimiento es mayor que el de los índices de salud y menor que la expansión del gasto sanitario. Así pues, por ese lado hay que interpretar que se está produciendo un cierto deterioro de la eficiencia sanitaria (tabla 4.30).

Tabla 4.30	Incremento de profesionales sanitarios (regiones)			
	% ? de profesionales sanitarios por 100.000 habitantes de 1994 a 2000			
Comunidades autónomas (ordenadas por D en la tabla 1.29)	Medicina	Odontología	Farmacia	Enfermería
Madrid	4,9	26,3	25,2	34,3
País Vasco	7,0	30,1	34,0	12,4
Asturias	9,8	19,0	20,0	22,5
Baleares	10,1	17,1	19,9	22,3
La Rioja	9,9	18,6	16,8	20,8
Navarra	7,4	3,7	25,3	15,0
Galicia	12,5	36,2	22,2	22,3
Cantabria	13,3	18,7	23,7	46,3
Aragón	6,6	23,5	22,7	13,0
Cataluña	7,1	21,8	30,4	20,1
Murcia	8,6	72,9	17,0	32,1
C. Valenciana	8,1	44,5	15,5	5,0
Andalucía	8,6	35,0	24,2	12,6
Castilla y León	10,1	26,6	24,1	19,6
Canarias	8,0	28,0	10,7	15,2
Castilla-La Mancha	9,1	30,2	14,7	25,7
Extremadura	10,5	22,8	18,1	21,1
Total	7,9	29,4	23,0	18,9

Fuente: INE, *Indicadores sociales de España* (2003)

La expansión de los recursos profesionales de la sanidad, de 1994 a 2000, no obedece a un plan sistemático de equiparación de las regiones menos desarrolladas o de las de mayor expansión demográfica. Los datos evolucionan de una forma un tanto errática, producto quizá de que las decisiones de política sanitaria se toman a escala regional (autonómica). El dato es que los médicos aumentan más en Galicia y Cantabria, aunque las diferencias son escasas respecto al resto de las regiones. Los odontólogos se expanden desmesuradamente en Murcia y en menor medida en la Comunidad Valenciana o Galicia, pero todavía muy por encima del resto. Los farmacéuticos se incrementan más en el País Vasco y Cataluña. Las enfermeras ven crecer más sus efectivos en Cantabria y Madrid. Francamente, no encontramos razones objetivas que expliquen esas variaciones.

Tendencias y conclusiones

11. España se distingue por un alto grado de envejecimiento de su población, si lo comparamos con el que caracteriza a los países europeos de similar desarrollo económico. Es posible que durante los próximos lustros se contenga un poco el envejecimiento de la población española, debido sobre todo a la fuerte inmigración extranjera.
12. En relación a los países comparables - por su nivel económico o su grado de envejecimiento- el gasto sanitario en España es más bien modesto. Si hacemos intervenir los distintos indicadores de salud de la población, se puede concluir que el sistema sanitario español es bastante eficiente. Otra cosa es la tendencia al incremento de ese gasto, que va a ser difícil de contener durante los próximos lustros. Estamos ante una tendencia general en los países europeos de similar nivel económico.
13. En España se aprecia una reciente reducción del peso relativo que corresponde al gasto sanitario público, proceso que se ha producido de forma decidida en Irlanda y el Reino Unido. Esos dos países fueron en su día un modelo en el peso tan fuerte de la sanidad pública. No es lógico suponer que, con una gestión descentralizada de la sanidad, vaya a descender el gasto sanitario público en España. Como al mismo tiempo es previsible una cierta expansión de la sanidad privada, lo más probable es que aumente el gasto sanitario total. Hay dos partidas en el gasto sanitario con una extraordinaria vocación expansiva: (1) La inversión tecnológica en instalaciones y en investigación farmacéutica. (2) El pago a un número creciente de profesionales sanitarios.
14. El estado de salud, medido por distintos indicadores de mortalidad, es óptimo en Francia y resulta más crítico en el Reino Unido e Irlanda. La situación española se acerca más al modelo francés que al británico. Comparamos siempre países de similar nivel de desarrollo económico y de estructura demográfica.
15. El estado de salud de la población española es particularmente aceptable en el caso de las mujeres, siempre en términos comparativos a otros países cercanos y a la mortalidad masculina. Es muy posible que en ese rasgo

intervengan factores que se salen un poco del sistema sanitario para entrar en el modo de vida cotidiana.

16. Un capítulo muy oneroso del estado de salud (con el consiguiente esfuerzo sanitario) es el de los accidentes de tráfico. Su incidencia es alta en España, crece menos que la ampliación del parque de vehículos pero más que la población. Afecta más a los varones que a las mujeres. Las cifras de víctimas podrían reducirse con campañas adecuadas mediante un cambio sustancial en el comportamiento de los conductores. Este es un caso en el que el modelo británico va por delante del continental, al que se adscribe España. Los últimos datos para 2001 nos avisan en España de un cambio de tendencia en las curvas de accidentes de tráfico, puestas en relación con los habitantes.
17. La inversión en tecnologías de diagnóstico es razonablemente buena en España, siempre en comparación con los países cercanos en términos económicos y culturales. Todo hace pensar que esa inversión se va a reforzar durante los próximos años.
18. La dotación de profesionales sanitarios no es mala en España, si bien se acusa una tasa muy alta de médicos y muy baja de enfermeras. Es el modelo italiano, opuesto en esto al modelo británico e irlandés. Dado que en el futuro van a destacarse mucho más los aspectos de “cuidar” en el proceso terapéutico, es lógico pensar que en España se necesita un mayor número de enfermeras.

5. Encuesta sobre la situación actual y las tendencias de la salud y la sanidad

Introducción

Junto al análisis sobre la salud y la sanidad en España a través de algunos expertos, el Círculo de la Sanidad encargó la realización de una encuesta. La ha llevado a cabo un equipo de profesionales dirigidos por Amando de Miguel. Han colaborado Iñaki de Miguel, Pepa Benavente, Paz González-Sotoca y Marta González y un competente grupo de entrevistadores. En la edición y presentación colaboró Natal Ferrer. Cumple dar alguna explicación de los supuestos en que se ha basado la aplicación de la encuesta.

El análisis que sigue se basa en una encuesta de 250 entrevistas distribuidas en casi todas las comunidades autónomas. Se ha dirigido a médicos, enfermeras, farmacéuticos, gerentes de hospitales, expertos en Sanidad, socios del Círculo de la Sanidad y profesionales que han estado hospitalizados en fechas recientes. Ese último apartado corresponde a lo que podríamos llamar “grupo de control” para contrastar las opiniones de los profesionales relacionados con el mundo sanitario. Las entrevistas se han hecho entre diciembre de 2003 y marzo de 2004. El cuestionario que planteamos es un repertorio de estímulos para que los entrevistados piensen sobre la situación actual del sistema sanitario y el estado de salud, así como su probable evolución. Las entrevistas se dirigen a ese público seleccionado, el que tiene algún tipo de relación o de experiencia con el sistema sanitario. Nos interesa cuantificar sus opiniones, pero también recoger sus comentarios literales.

Las preguntas se han planteado con el objetivo de conocer la opinión de los entrevistados sobre la situación actual y las tendencias, considerando un horizonte temporal de veinte años (2024). Estas son las cuestiones principales:

- El estado de la sanidad y la salud en España.
- La desigualdad de género ante la salud y la sanidad.
- El gasto sanitario.
- Las nuevas tecnologías.
- La eficiencia del sistema sanitario.

- La organización hospitalaria. La aplicación del modelo de gestión privada (fundaciones) a la sanidad pública.
- La contención del gasto sanitario. El copago.

Hemos seguido dos métodos a través de la misma encuesta. Por un lado están los *datos cuantitativos* que resultan de tabular las respuestas a un cuestionario cerrado. Son los datos que figuran en las tablas que van a continuación y constituyen los resultados de la *encuesta* propiamente dicha. De forma complementaria, anotamos también las respuestas espontáneas como *datos cualitativos* a la parte que podríamos llamar de *consulta*. Puede que los resultados de uno y otro método no sean del todo paralelos; no tienen por qué serlo. Los datos cualitativos los proporcionan las personas más vocales o más independientes. Por esa razón el “informe cualitativo” resulta más crítico, más quejoso, de lo que se puede inferir de los datos cuantitativos. Una reacción muy típica es que una determinada situación es “buena” o “va a mejorar”, y así se incorpora a los datos agregados de carácter cuantitativo. Pero esa misma persona, que elige una respuesta optimista o condescendiente, puede que añada un *pero*, una frase adversativa como comentario personal. El dato cuantitativo tiene más valor estadístico, es más comparable, pero el comentario cualitativo proporciona pistas para calibrar el auténtico estado de opinión. Repárese en que la mayor parte de las entrevistas se han hecho a profesionales y expertos, por lo general con experiencia de práctica sanitaria. Así pues, nos referimos a personas que tienen experiencia de lo que dicen. Lo da el método seguido para seleccionar a los entrevistados, que es el de “bola de nieve”. Un entrevistado nos proporciona el nombre de otro por ser alguien que tiene algún especial prestigio profesional. El análisis concede un gran valor a esas opiniones individuales, porque pueden dar pistas para las oportunas decisiones de política sanitaria. Naturalmente, no se trata de que las propuestas recogidas sean buenas en sí mismas, sino que representan estímulos para pensar. Repetimos que este informe no es prescriptivo sino analítico.

El enfoque que significa aportar datos cualitativos (experiencias y opiniones personales) nos debe llevar a una cura de humildad como investigadores sociales. No toda la realidad es susceptible de medición. Pero muchas veces lo no medido o lo inmedible sigue siendo real. Por cierto, los médicos partidarios de la “humanización” de la Medicina parten de ese mismo principio. En definitiva, el diagnóstico va más allá de una colección de pruebas cuantitativas y transige con una gran cantidad de incertidumbre. Esa Medicina “humanizada” no se propone tratar enfermedades sino personalizar la atención sanitaria (Martín Moreno 03).

Un lector ingenuo de la parte cualitativa de este informe quizá concluya que los comentarios son harto pesimistas. No obstante, antes de llegar a ese juicio, debería considerar que el pesimismo es el estado mental más corriente de los españoles cuando se refieren, no a ellos mismos, sino al mundo exterior. Esa disposición se agudiza cuando se refieren a las instituciones, al comportamiento colectivo, y cuando las opiniones las emiten profesionales. En cuyo caso, los comentarios aquí reseñados no revelan un ánimo pesimista especialmente llamativo. A través de diversas encuestas dirigidas al público en general, sabemos ya que la opinión sobre el sistema sanitario es bastante positiva. Otra cosa es que los profesionales que están dentro de ese sistema expresen sus ideas para mejorarlo. Después de todo, es lo que les solicitamos de una forma sincera mediante el expediente de la entrevista. En su virtud, los entrevistados hacen bien en expresar las críticas que les merezca su experiencia personal. De esa forma se cumple la función básica de este informe, que es proporcionar ideas sobre lo que habría que hacer para organizar mejor el sistema sanitario. Tampoco se trata de recoger fórmulas arbitristas o taumatúrgicas, tan fáciles de emitir en las tertulias de café. Por esa razón hemos pretendido que el protocolo de la entrevista alterne respuestas a problemas de salud colectiva y de sanidad.

Es muy difícil conversar con una persona, incluso aunque sea experta, respecto a la *probable* evolución de un proceso social, en este caso, la situación sanitaria. La razón es que con la probabilidad se mezcla inevitablemente la deseabilidad. Es muy humano ese contagio, de tal forma que lo que se considera probable casi siempre se tiñe de lo deseable. Debe entenderse, además, que el carácter probable no está escrito en ninguna parte. Lo que la gente estima como probable es realmente un juicio sobre la evolución conocida, la experiencia vivida y - lo reconozca o no- sus deseos o sus temores. En muchas ocasiones se produce la paradoja de que una visión optimista respecto al futuro se deriva de un juicio crítico sobre la realidad actual. En esos casos el comentario obligado es “no tiene más remedio que mejorar”. Ese voluntarismo supone una indudable actitud constructiva. La hemos registrado en muchas entrevistas.

Los comentarios literales y espontáneos son, naturalmente, muy heterogéneos. No obstante, se pueden extraer algunas ideas más generales, esas que forman un auténtico estado de opinión. El lector puede sacar sus propias conclusiones, pero se pueden adelantar estas tres líneas de pensamiento bastante generales: (1) Insistencia en la gestión, la organización, por delante de los aspectos técnicos, que parecen más

asequibles. (2) Centralidad del valor de la educación sanitaria. Lo cual supone, a su vez, la decisiva acción de los profesionales en la sanidad y el correcto funcionamiento de las decisiones personales en la salud. (3) Sensibilidad respecto a las cuestiones de coste, de racionalidad del gasto.

Tanto la sanidad como la educación exigen la satisfacción general de ciertas necesidades básicas que deben ser organizadas por el servicio público. Eso es así en la realidad y en las expectativas de la población. El problema está en que, conforme avanza el nivel de vida de una sociedad, sube el techo de esas necesidades que se consideran básicas. El necesario ajuste es que el servicio público debe adoptar entonces criterios de eficiencia empresarial si no quiere verse desbordado por una demanda permanentemente insatisfecha.

La distinción entre salud y sanidad es interesante por el enfoque que requiere cada concepto. Así, el punto de vista de la sanidad suele tratarse por los profesionales sanitarios o por los economistas. Cada vez interesan más los aspectos organizativos o de gestión en las cuestiones sanitarias. El enfoque de la salud atrae más la atención de la política social, que es la que debe satisfacer las necesidades y aspiraciones colectivas. Bien es cierto que se trata de un logro personal sobre el que poco puede incidir la voluntad de las autoridades. El ideal sería una conjunción o enlace continuo entre los diferentes aspectos de la sanidad y la salud. Modestamente es lo que nos proponemos en este informe al combinar los datos estadísticos con los de encuesta y con los que hemos llamado de “consulta” (cualitativos). Señalemos también la paradoja de que los profesionales sanitarios más cercanos a los enfermos suelen anteponer los problemas de la salud a los de la sanidad. De ahí, por ejemplo, el interés de algunos de los entrevistados por “humanizar la Medicina” o expresiones parecidas, que hemos encontrado a lo largo de la encuesta.

El cuestionario oscila con preguntas referidas a la salud o a la sanidad. La mezcla es deliberada. El fundamento de esta consulta a personas interesadas en los problemas que suscitamos es que, al anticipar el futuro de la sanidad, se piense en el resultado de la salud. De poco vale disponer de un sistema sanitario eficiente si los usuarios (los pacientes y sus familiares) se sienten insatisfechos.

No es nuestro objetivo explorar el grado de satisfacción de los españoles con el sistema sanitario, pero se puede avanzar algunos datos e impresiones. En una encuesta realizada por el CIS en abril de 2001 se contiene una valoración detallada

del sistema sanitario por parte de la población (Sastre 03). Se proporciona una escala de satisfacción de 1 (totalmente insatisfactorio) a 10 (totalmente satisfactorio) para tratar de medir la experiencia de la asistencia sanitaria en los hospitales públicos. El aspecto más valorado es el “equipamiento y medios tecnológicos” (7,7), seguido de “los cuidados y atención por parte del personal de enfermería” (7,1). Hay otros aspectos de la asistencia hospitalaria que se mantienen entre los valores de 6 a 7 puntos en esa escala de 10. Los aspectos menos valorados son los “trámites administrativos” (5,8) y el “número de personas que comparten la habitación” (5,2). Como puede verse, la valoración que merece la asistencia sanitaria por parte de los usuarios es bastante alta. Los estudios por encuesta revelan que la satisfacción que merecen otras instituciones a los usuarios suele ser más baja de la que aquí resulta. Por lo general, se reconoce una alta satisfacción en el trato con los profesionales y una cierta queja respecto de la parte administrativa o burocrática. Los hospitales no son una excepción a esa constante.

En la encuesta citada se repite la misma escala de 1 a 10 para que los usuarios valoren la asistencia sanitaria pública en Medicina General y Pediatría. De nuevo se prueba la conclusión anterior. Los dos aspectos mejor valorados son la “cercanía de los centros” (7,4) y el “trato recibido por parte del personal sanitario” (7,3). Las calificaciones más modestas se dan a los “trámites para acceder al especialista” (5,7) y el “tiempo de espera hasta entrar en consulta” (5,4). Aun así, como se comprueba otra vez, todos los aspectos reciben una nota de aprobado o notable, dicho en los términos escolares que todos entienden. Por lo general, la valoración es más positiva según sube la edad. Es decir, los viejos están más satisfechos con la asistencia sanitaria.

Las conclusiones más generales de nuestro análisis (recogidas con detalle al final de cada capítulo) pueden ser en síntesis las siguientes:

- En relación a los países comparables, por su nivel económico o su grado de envejecimiento, el gasto sanitario en España es más bien modesto. Si hacemos intervenir los distintos indicadores de salud de la población, se puede concluir que el sistema sanitario español es bastante eficiente. Otra cosa es la tendencia al incremento de ese gasto, que va a ser difícil de contener durante los próximos lustros. Estamos ante una tendencia general en los países europeos de similar nivel económico.

- El estado de salud, medido por distintos indicadores de mortalidad, es muy aceptable. El estado de salud de la población española es particularmente aceptable en el caso de las mujeres, siempre en términos comparativos a otros países cercanos a la mortalidad masculina. Es muy posible que en ese rasgo intervengan factores que se salen un poco del sistema sanitario para entrar en el modo de vida cotidiana.
- Un capítulo muy oneroso del estado de salud (con el consiguiente esfuerzo sanitario) es el de los accidentes de tráfico. Su incidencia es alta en España, crece menos que la ampliación del parque de vehículos pero más que la población. Afecta más a los varones que a las mujeres. Las cifras de víctimas podrían reducirse mediante un cambio sustancial en el comportamiento de los conductores.
- El grueso de los entrevistados confían en que en 2024 el porcentaje de fumadores (en la población de más de 16 años) se sitúe por debajo del 20%. (Ese porcentaje es ahora el 31%).
- La extrapolación de los datos obtenidos indica que va a ser muy laborioso superar los 100 años de expectativa de vida al nacer en 2024. La opinión dominante de la población entrevistada es que ese objetivo va a ser difícil de cumplir. Esa conclusión choca con las noticias que se difunden por los medios de comunicación respecto a que la humanidad se acercará pronto a ese hito.
- Los comentarios de los profesionales consultados expresan muchas cautelas y matices respecto a la posibilidad de que en 2024 la mayor parte de los ancianos estén alojados en residencias. Tendrá que variar el límite de la vejez (se retrasará) y también el concepto de residencia (serán más bien viviendas con servicios comunes).
- Es muy general la opinión de que, dentro de 20 años, se van a tratar con éxito la mayor parte de los cánceres. Curiosamente, el grupo menos optimista es el de los médicos. La cautela general es que se curarán algunos tipos de cáncer y otros serán más resistentes.
- La inversión en tecnologías de diagnóstico se considera buena en España, comparada con los países de nuestro entorno. Todo hace pensar que esa inversión se tiene que reforzar durante los próximos años.

El Futuro de la Sanidad en España

- El número de profesionales sanitarios es considerado aceptable en España, si bien se acusa una dotación muy alta de médicos y muy baja de enfermeras. Ello hace pensar que en el futuro se necesitarán más enfermeras.
- La esperanza de vida al nacer concede una ventaja creciente a las mujeres sobre los varones. No cabe simplemente una explicación genética o biológica, pues esa diferencia a favor de las mujeres no existía hace más de cien años, ni es la misma en todos los países.
- La proporción de españoles adultos que se consideran con una salud aceptable oscila muy poco durante los últimos lustros. Se mantiene alrededor del 68%. Pero la proporción es mucho mayor para los varones que para las mujeres. Es decir, las mujeres viven más, pero se sienten más enfermas.
- Al cabo del año unos siete millones de personas adultas en España pasan por la circunstancia de una larga enfermedad. La experiencia de una larga enfermedad es un rasgo típicamente femenino en todos los grupos de edad. El hecho de haber pasado por una enfermedad larga acentúa más en las mujeres la impresión de tener una salud quebrantada.
- En todos los grupos de edad las mujeres se ven más afectadas que los varones por episodios de una enfermedad leve.
- Durante los últimos lustros aumenta notablemente la proporción de personas que están tomando algún medicamento, del 42% en 1987 al 58% en 2003. En todos los grupos de edad las mujeres consumen más medicamentos que los varones.
- Sea cual sea la edad, las mujeres consultan más al médico y van más al dentista que los varones.
- La proporción de fumadores se reduce paulatinamente, desde el 38% en 1987 al 31% en 2003. Fuman más los varones que las mujeres, pero se está produciendo un fenómeno de convergencia entre los sexos.
- La eficiencia del sistema sanitario mejoraría si el conjunto de los varones se comportara como el sector femenino por lo que atañe a las conductas relacionadas con la salud.

- Con respecto al gasto sanitario hay una queja explícita de que se gasta poco en sanidad, en cambio, el gasto farmacéutico se considera abusivo. El despilfarro del gasto sanitario general aparece como consecuencia del sistema autonómico, para el cual, por otra parte, no hay alternativas viables. Lo fundamental es racionalizar el gasto.

- Los datos cuantitativos de la encuesta nos dicen que predomina una opinión de pesimismo moderado respecto al gasto sanitario. Es decir, se considera que se gasta poco. No obstante, son más los profesionales que creen que la situación va a mejorar en los próximos años. Sin embargo, a la hora de responder a la pregunta de si una ampliación de ese gasto arreglaría los problemas, las respuestas están muy lejos de ser unánimemente afirmativas. Lo fundamental es “gastar bien”, no tanto “gastar mucho”. Por uno y otro lado se desemboca siempre en la necesidad de una buena gestión sanitaria.

- Los comentarios cualitativos comparten un cierto entusiasmo por la innovación que suponen las nuevas tecnologías de diagnóstico con una actitud de reserva respecto a su utilización. Consideran que no se les saca el rendimiento adecuado. El sistema de organización autonómica y la escala de muchos hospitales hacen que la eficiencia de esas instalaciones deje mucho que desear.

- Los datos cuantitativos de la encuesta revelan que casi todos los grupos consultados mantienen una visión positiva respecto a la dotación de aparatos de diagnóstico, siendo la opinión dominante en casi todos los grupos de entrevistados que la situación de estos aparatos va a mejorar sustancialmente durante los próximos años.

- Los comentarios cualitativos apoyan la tesis de que los trasplantes de órganos pertenecen a la vanguardia de la Medicina y que incluso se espera una ulterior mejora. Al parecer, este es un aspecto en el que España se sitúa a la cabeza de los países adelantados.

- Los datos cuantitativos avalan las anteriores apreciaciones sobre el trasplante de órganos. Es casi unánime la opinión de que la situación es positiva.

- La cuestión de las listas de espera por razones quirúrgicas en los centros públicos suscita grandes críticas por parte de los entrevistados. Consideran que el problema es fundamentalmente económico. La demanda crece por razones demográficas, de expectativas y de coste. La oferta se ve contaminada por la insatisfacción laboral y por diversas inadecuaciones organizativas. La solución de las entidades privadas no termina con el problema. Las estadísticas sobre el particular son poco fiables. Hay grandes diferencias entre unas y otras autonomías.
- Las opiniones cuantitativas de los entrevistados son muy críticas respecto a las listas de espera. Sin embargo, no son del todo pesimistas respecto a la probable evolución para los próximos años.
- Los comentarios de los profesionales entrevistados suelen coincidir en que el trato que reciben los pacientes en los hospitales es bastante bueno. Las posibles quejas provienen del aumento de las expectativas de los pacientes, convertidas cada vez más en exigencias.
- Aunque haya una actitud ligeramente crítica respecto al trato que reciben los pacientes en los hospitales, predomina un moderado optimismo respecto a la evolución futura.
- Es casi unánime la opinión de los entrevistados sobre la política de reducir el consumo de medicamentos. Están a favor, incluso, la mayoría de los farmacéuticos. No obstante, los comentarios cualitativos matizan mucho esa opinión dominante. La opinión más vocal es la que se refiere a racionalizar el consumo de fármacos. También cuenta mucho la actitud favorable a reducir el gasto más que el consumo.
- La mayoría de los profesionales consultados son partidarios del copago en los medicamentos de los jubilados.
- Baja mucho la proporción de los profesionales que opinan favorablemente respecto a ese mismo principio del copago en los gastos hospitalarios.
- Los entrevistados expresan muchos matices respecto a las fórmulas del copago, sobre todo en el supuesto de los medicamentos. Una propuesta que se menciona mucho es que la cantidad que se abone sea proporcional a los ingresos. La función del copago sería más la de reducir el consumo y no tanto la reducción del gasto público.

Del análisis de las respuestas obtenidas se destacan varias tendencias y entre las más significativas aparecen:

- La importancia de las nuevas tecnologías.
- La eficiencia en la gestión del gasto sanitario.
- Las formas de abordar la sostenibilidad de la Sanidad (aumento de la financiación, moderación de la demanda, contención del gasto, etc.).
- Las desigualdades entre sexos ante la salud y la sanidad.

En consecuencia, y como desarrollo de las conclusiones obtenidas, es por lo que se han elaborado los trabajos monográficos que se incluyen en este estudio, realizados y firmados por personas que por su posición y experiencia son grandes conocedores del tema que desarrollan en su colaboración y que exponen de manera más detallada las tendencias que parecen más importantes y, de acuerdo con la encuesta, pueden influir de forma más destacada en la evolución de la sanidad en España.

5.1. El gasto sanitario

La impresión general de las entrevistas es que el volumen del gasto sanitario no es lo fundamental. Antes de llegar al juicio estadístico o presupuestario, se impone la consideración de la correcta administración de ese gasto. Con todo, pueden ser de interés algunas observaciones que hacen los entrevistados sobre el particular. Aunque en la entrevista nos referíamos al gasto total, las personas consultadas aluden más bien al gasto público. Es ahí donde, lógicamente, se pueden observar mejor los aspectos del necesario ahorro, de la correcta gestión. A través de esa parte económica se nota mejor el deseo de reforma o de cambio, que es la actitud dominante a lo largo de las entrevistas.

Somos conscientes de que esta pregunta era un poco de las que llamamos “de examen” (de examen clásico) y que, por tanto, no deben hacerse en un cuestionario sociológico. Sin embargo, buscábamos solo una actitud general de si en España se gasta mucho o poco en sanidad. Sabemos objetivamente que la proporción de ese gasto respecto al PIB (7,5%) es bastante moderada para lo que se estima en los países próximos de similar nivel económico. Pero tampoco es una proporción baja a escala mundial. Lo fundamental es que se ha expandido mucho durante los últimos decenios. Es discutible que ese aumento haya sido proporcional a la mejora del estado de salud de la población. Por otra parte, cada vez es más borrosa la frontera entre el gasto *sanitario* estricto y lo que podríamos llamar *gasto asistencial*. Se trata de *cuidar* a las personas que lo necesitan, no solo de *curar* a los pacientes. Parece ser que el nuevo objetivo del Gobierno socialista es el de subir el porcentaje de gasto sanitario hasta el 8,5% del PIB. Bien es verdad que no se trata de una subida brusca sino escalonada a lo largo de toda la legislatura. Es una tendencia que no va a encontrar gran resistencia social, visto el alto valor que se concede a la salud.

Aunque la proporción de gasto sanitario del PIB en España sea más bien moderada, todo hace pensar que va a crecer de forma inexorable durante los próximos años. Considérense estos factores que actúan al unísono: (1) La presencia de un gobierno de España de carácter socialista, reproducido en algunas comunidades de mucho peso, como Cataluña y Andalucía. Casualmente, esas dos comunidades fueron las primeras en recibir las transferencias en materia sanitaria. (2) El envejecimiento de

la población a pesar de la corriente inmigratoria exterior. Los viejos consumen la mayor parte de los recursos sanitarios. (3) El aumento de las exigencias de la población como consecuencia del aumento general del nivel de vida. (4) Los costes absolutos más elevados de las nuevas tecnologías sanitarias y de los nuevos fármacos más eficaces. (5) La particular "apetencia sanitaria" por parte de la población inmigrante extranjera, quizá porque en sus países de origen no es tan completa la cobertura pública de la sanidad. (6) La pretensión de cada autonomía de montar su correspondiente sistema de salud con todos los servicios al completo. Se incluye la enseñanza universitaria, la investigación científica o la adquisición de las últimas tecnologías.

No es fácil determinar qué parte de la mejora de la salud de la población es atribuible al gasto sanitario y qué parte se debe a un sinfín de causas extrasanitarias (alimentación, estilo de vida, razones culturales de todo tipo). Para empezar, es una tarea casi imposible la definición positiva de salud. Nos tenemos que contentar con aproximaciones negativas: incidencia de la mortalidad y la morbilidad. Para complicar la cosa, la acción estrictamente sanitaria no opera en el vacío; antes bien, aparece condicionada igualmente por las mismas causas extrasanitarias, las que de modo genérico llamamos culturales. Así pues, la determinación de qué parte de la mejora de la salud, o incluso de la reducción de la mortalidad, se debe al gasto sanitario no pasa de ser una piadosa lucubración estadística, por tanto, falaz. La consecuencia indiscutible es que, no por mucho gastar en sanidad, se obtiene un avance proporcional en la mejora de la salud. Por lo menos eso es así en los países que han atravesado ya un umbral de gasto, desde luego, España. Y sin embargo no es fácil que la población se convenza de que hay que reducir el gasto sanitario, sobre todo la parte pública.

Las comparaciones internacionales del gasto sanitario son difíciles de hacer. Según nos señala el director de una aseguradora privada, a título de ejemplo no es posible la comparación con Alemania, donde las residencias geriátricas se incluyen en el presupuesto de Sanidad. Todavía más, en Suecia la baja maternal, pagada con impuestos, alcanza hasta los 11 meses.

Un alto cargo de Sanidad precisa: "El gasto sanitario no es el de verdad, con lo que las comparaciones internacionales son poco válidas. En Alemania incluye los balnearios y las residencias de mayores. En España el presupuesto total es bajo, pero damos casi todo gratis. Por tanto, somos bastante eficientes. El punto fundamental es

la eficiencia". Más que eficiencia, lo que busca la gratuidad de la atención sanitaria pública es el fomento de la igualdad, al distribuir el gasto público a través de los impuestos.

Un alto cargo de Sanidad de una comunidad autónoma se queja de que el gasto es insuficiente, pero apostilla, con buen humor, que "somos el país más austero de los de nuestro entorno [europeo]". Es decir, se gasta poco, pero se podría pagar más al personal sanitario.

Algunos entrevistados, con muy buen acuerdo, precisan que ya no se puede hablar de gasto sanitario en general, sino que hay que especificar a qué comunidad autónoma nos referimos. Por ejemplo, una enfermera aduce que "el gasto sanitario es el apropiado en Navarra pero insuficiente en Castilla y León". La situación de Navarra o del País Vasco resulta divergente por su excepcional régimen impositivo.

Un empresario del Círculo de la Sanidad se queja de que "hay un gasto excesivo; quizá sea eficaz [resultados] pero no eficiente [racional]". Calcula que, contando todo, en España la parte del PIB gastada en Sanidad llega al 7%. Añade: "Hay países en los que se llega al 14% [Estados Unidos]. El problema es que no hay límite posible. Lo de vivir cada vez más años es algo que no se satura como la posesión de coches o de teléfonos móviles". La conclusión es clara: siempre habrá una proporción de público insatisfecho. El gasto sanitario presenta un carácter de primacía. Después de todo, "la salud es lo primero", según reza la expresión popular. De ahí que sea muy difícil llevar a cabo una política de reducción de gasto superfluo o de ordenar las partidas de gasto de acuerdo con su rentabilidad en el campo sanitario. En cuyo caso se cumple la tradicional ley de hierro: el gasto sanitario tiende siempre a crecer. Esa conclusión fatalista ha funcionado como tendencia histórica.

Un farmacéutico precisa que "la proporción de gasto sanitario habría que llevarla hasta el 7% o el 8%, aunque lo fundamental es cómo se gasta". En realidad, como sabemos, la proporción actual está en el 7,5%. Quizá quede en la memoria la proporción que había hace algunos años, sensiblemente menor. Por otra parte, algunas personas pagan la sanidad dos veces: la pública y la privada. Aunque también es verdad que no es fácil contabilizar todas las partidas de gasto.

Un empresario del Círculo de la Sanidad sostiene que "el porcentaje español es el más bajo de toda Europa. Puede que suba ligeramente, pero será difícil ponerse a

tono". No es tampoco el más bajo, pero está algo lejos de los más altos. En seguida vamos a ver los datos objetivos.

Una enfermera de Pediatría matiza que "en investigación está bien lo que se gasta, pero hay carencias por lo que respecta a contratar personal". No es corriente el juicio de que es suficiente lo que se gasta en investigación. Quizá lo que se quiere decir es que se trata de un dinero "bien gastado".

Una de las personas que han estado hospitalizadas recientemente matiza así su queja: "Se gasta demasiado en medicinas y muy poco en educación e investigación". Parece una apreciación correcta. Pero es fácil que aumente el gasto farmacéutico y muy difícil que los laboratorios internacionales implanten sus centros de investigación en España.

Un neurólogo, aunque opina que el gasto sanitario es escaso, añade que "la parte de gasto farmacéutico es exagerado". Es una opinión que surge en muchas entrevistas y la avalan las estadísticas.

Un odontólogo se muestra optimista respecto a la probable evolución del gasto sanitario, pero matiza: "Hay que incorporar más médicos en algunas autonomías menos dotadas de recursos". No parece que objetivamente sea llamativo el déficit de médicos. Quizá lo que se pueda concluir es que la organización del trabajo del personal médico (y del sanitario en general) es claramente mejorable.

Para el director de una revista médica la situación económica actual es mala, pero no tanto por la cantidad de gasto, sino por su administración. "Lo de tener 17 Administraciones sanitarias es demasiado caro. Y la cosa va a peor si alguien no lo remedia". Un director de Enfermería opina que "los presupuestos están muy ajustados. La situación no puede empeorar más. Las demandas aumentan porque crece la población, sobre todo la de los mayores". Se colige que esa demanda creciente se dirige fundamentalmente al consumo de medicamentos. El director médico de una aseguradora considera que "la situación económica de la sanidad es mala", pero debido a que "el coste de los medicamentos está fuera de control y va a peor". En definitiva, una vez más, lo preocupante no es la cantidad de gasto sino su distribución.

La situación "mala" significa normalmente que "se gasta poco". Pero en algún caso ese juicio se apoya en la anticipación de que se gasta mucho para los resultados

que se obtienen. Véase, por ejemplo, este comentario, de un experto en Economía: “El problema presupuestario de la sanidad es mucho más grave que el de las pensiones. Realmente la situación va a ser insostenible en unos pocos años. El Gobierno no va a hacer nada por contener el gasto. Verdaderamente no puede hacer nada al estar atado de pies y manos con las transferencias a las autonomías”. Es decir, las decisiones del gasto público corresponden fundamentalmente a las autonomías, en las que gobiernan distintos partidos.

Un farmacéutico reconoce que “el gasto sanitario se halla condicionado excesivamente por el consumo de medicamentos. En eso estamos por encima de la media europea. La paradoja es que los medicamentos son más baratos en España por unidad. Lo que quiere decir que se consumen muchas unidades. Menos mal que la situación va a mejorar porque se ha adoptado la política de genéricos que nosotros [los Colegios de Farmacéuticos] hemos preconizado”. Una farmacéutica manifiesta que “la declaración de la OMS [Organización Mundial de la Salud] de que debe haber medicamentos para todos resulta irrealizable. Lógicamente, es como en la economía doméstica: no se puede comprar todo lo que quiere cada uno. Sobre todo, no se puede ofrecer una sanidad completa para todo el mundo en un país como España con una riada de inmigrantes. Encima eso no se puede conseguir sin que aumente el coste”.

El director de un hospital privado considera que la situación del gasto es “ni buena ni mala”, pero porque “más bien hay un gasto excesivo. Mucha gente paga dos *sanidades*, la pública y la privada. Para que la situación mejorara habría que exigir a los médicos más capacidad de riesgo y más vocación”. De todas formas, si una parte de la población simultanea dos esquemas sanitarios, el público y el privado, es porque ese sistema de “doble válvula” le da más seguridad.

En los comentarios cualitativos de nuestra “consulta” a los profesionales notamos estas constantes: (1) La queja de que se gasta poco en sanidad, si bien el recuerdo del dato estadístico es de cuando se gastaba menos. Hay aquí un curioso fenómeno de histéresis por el que se percibe como actual la realidad inmediatamente pasada. (2) Una espontánea queja de que el gasto farmacéutico es abusivo. (3) Una crítica del despilfarro que supone el sistema autonómico, si bien no parece que haya una alternativa viable. (4) La insistencia en que lo que importa no es tanto la cantidad gastada como su racionalización.

En síntesis, el repertorio de opiniones indica una gran sensibilidad de la población entrevistada a la cuestión del gasto sanitario. Predomina la impresión de que “se gasta poco”, pero sobre todo de que “se podría gastar mejor”. Recordemos que las opiniones se adscriben a personas que conocen de cerca y por dentro el sistema sanitario. La impresión general es que se podría ahorrar en medicamentos y habría que desarrollar más la investigación. El problema es que muchas decisiones sobre investigación se toman por grandes laboratorios cuyas sedes se alojan fuera de España. Algo habría que hacer para que localizaran sus centros de investigación en España.

Si se pregunta a los expertos, la opinión dominante es que el gasto sanitario debe contener su propensión al crecimiento sistemático, superior al de los ingresos del país. Inevitablemente, esa contención significa “reformar la sanidad”, una expresión vitanda para los políticos si significa contener el gasto. El hecho de pronunciarla significa automáticamente pérdida de votos para el partido que promueva la “reforma”. Esa actitud recelosa viene fomentada por la primacía que tiene para todo el mundo el valor salud. El público prefiere que sean otros servicios públicos los que contengan el gasto.

Un gran inconveniente para cualquier política de ahorro sanitario (ni siquiera se puede mencionar ese término) es que la mayor parte del gasto sanitario lo deciden contadas personas: los médicos. Es una curiosa modalidad de lo que podríamos llamar “oligopolio profesional”. Tiene la ventaja de que, por razones de emulación profesional y de ética, puede propiciar el mejor cumplimiento del valor salud. Pero presenta el inconveniente de que se trata de una conducta que difícilmente se va a atemperar a reducir el gasto sanitario.

No es cierto que haya una especie de “ley de hierro” por la que necesariamente tenga que crecer el gasto sanitario por persona, por mucho que envejezca la población. La cirugía ambulatoria y la tecnología informática, junto a otras mejoras de gestión, pueden contribuir a una benéfica reducción del gasto sanitario. Lo que no se puede evitar es que, con el aumento del nivel de vida, la gente se ocupe más de la salud con un aumento más que proporcional. Al final, es esa predisposición la que nos lleva a la mencionada “ley de hierro”. Es evidente que las instalaciones de los centros hospitalarios españoles son mucho más caras que las que vemos en los hospitales de los países pobres a través de las escenas de la televisión. Las personas de cierta edad son mucho más sensibles a la diferencia entre las actuales ambulancias

medicalizadas y las ambulancias de hace una generación, realmente furgonetas para transportar enfermos o heridos. Naturalmente, la diferencia es abismal si la comparación se establece con el coche particular que transportaba una parturienta, pitando el claxon y asomando un pañuelo por la ventanilla. Es una imagen que ha dejado de verse desde hace bastantes años. En definitiva, el gasto sanitario aumenta simplemente porque las exigencias son cada vez mayores. Esa demanda social cada vez más exigente forma parte del experimento democrático.

Cualquier medida de racionalizar el gasto sanitario - siempre creciente- pasa por predicar un cierto tono de austeridad. Ahí empiezan los problemas, no terminan. No es fácil proponer o imponer medidas de austeridad a los pacientes o a los profesionales sanitarios cuando la sociedad toda premia la mentalidad de gasto y aun de despilfarro. ¿En virtud de qué el capítulo de la sanidad va a ser una excepción a ese ambiente general? La tesis del sociólogo Salvador Giner es que la pretendida “sostenibilidad” del sistema sanitario pasa por hacer sostenible (no derrochadora) la sociedad en su conjunto. La conclusión parece un tanto fatalista, pero es realista. El derroche es la actitud general tanto en las economías domésticas como sobre todo en la economía pública. La política de austeridad se recibe generalmente con cierta prevención.

Veamos los datos cuantitativos de la encuesta. Ante la pregunta de si “la situación del gasto sanitario (relativo al PIB) es buena o mala”, predomina un pesimismo moderado en casi todos los grupos entrevistados. Las diferencias de uno a otro no son llamativas. La actitud crítica destaca en el Círculo de la Sanidad: el 69% de ellos dicen que la situación es mala. El grupo menos quejoso es el de las enfermeras y los profesionales que han estado hospitalizados. Pero aun así, los satisfechos con la situación actual del gasto son siempre una reducida minoría. La actitud predominante es la intermedia “ni buena ni mala”. De acuerdo con los datos posteriores, la podemos interpretar con la idea de que son otros los problemas perentorios de la sanidad, no tanto el del gasto (tabla 5.1.1)

Tabla 5.1.1	% la situación del gasto sanitario		
% horizontales	(relativo al PIB) es...		
Encuesta a profesionales, 2004: categorías	buena	ni buena ni mala	mala
- Médicos	19	30	45
- Enfermeras	18	45	30
- Farmacéuticos	9	45	45
- Gerentes de hospitales	8	46	46
- Expertos de sanidad	17	35	48
- Socios del Círculo de la Sanidad	-	23	* 69
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	22	44	30

* grupo más quejoso

A pesar de que la actitud de queja respecto al gasto sanitario es lo normal, son más los profesionales que creen que la situación va a mejorar en los próximos cuatro años. Recordemos que casi todas las entrevistas se hicieron antes del 14 de marzo de 2004, cuando lo esperado era entonces el triunfo electoral del PP. El grupo más optimista es el de los gerentes de los hospitales: el 62% de ellos perciben esa posible mejora. La mejora en este caso es más bien aumento de gasto y sobre todo su racionalización (tabla 5.1.2).

Tabla 5.1.2	% la situación del gasto sanitario		
% horizontales	dentro de 4 años, va a...		
Encuesta a profesionales, 2004: categorías	mejorar	seguir igual	empeorar
- Médicos	34	55	6
- Enfermeras	43	28	20
- Farmacéuticos	27	50	23
- Gerentes de hospitales	* 62	15	23
- Expertos de sanidad	48	35	13
- Socios del Círculo de la Sanidad	46	31	15
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	35	48	9

* grupo más optimista

Tendencias y conclusiones

19. Las opiniones dominantes de los profesionales respecto al gasto sanitario son:
(1) Hay una queja explícita de que se gasta poco en sanidad. (2) En cambio, el gasto farmacéutico es abusivo. (3) El despilfarro del gasto sanitario general aparece como consecuencia del sistema autonómico, para el cual, por otra parte, no hay alternativas viables. (4) Lo fundamental es racionalizar el gasto.

20. Los datos cuantitativos de la encuesta nos dicen que predomina una opinión de pesimismo moderado respecto al gasto sanitario. Es decir, más bien se gasta poco. El grupo más crítico es el de los empresarios del Círculo de la Sanidad y el menos quejoso el de las enfermeras y el de los profesionales que han estado hospitalizados.

21. A pesar de que la actitud de queja respecto al gasto sanitario es lo normal, son más los profesionales que creen que la situación va a mejorar en los próximos cuatro años.

5.2. Las nuevas tecnologías aplicadas al diagnóstico

Es difícil medir la adecuación de las instalaciones hospitalarias a las exigencias técnicas y no digamos a las demandas de los usuarios. Nuestra misión es solo la de trazar el estado de la opinión. Para ello hemos elegido un estímulo, la impresión que producen los modernos aparatos de diagnóstico y las pruebas que con ellos se hacen. Veamos por separado los dos aspectos, el de la inversión en esas instalaciones y el de las pruebas que se hacen con esos aparatos. Junto a los aspectos quirúrgicos, quizá sea este el campo que más ha avanzado en los últimos tiempos. Digamos que es la parte de la Medicina más susceptible de beneficiarse del desarrollo tecnológico.

En opinión del director de una aseguradora, “el avance sanitario de los últimos años se debe sobre todo a la cirugía y a las técnicas de diagnóstico; lo que se dice curar propiamente no ha mejorado tanto”. No olvidemos que la acción de curar tiene una parte de arte, en la que interviene mucho las cualidades personales del “sanador”. El caso extremo del arte terapéutica podría ser el milagro. Los médicos famosos han tenido siempre un halo taumátúrgico. En realidad, esa aureola se la coloca la población porque así expresa el alto valor que concede a la salud. Recuérdese que en la hagiografía católica hay muchos santos “sanadores”.

Son abundantes los comentarios críticos de los entrevistados en el sentido de que está bien la dotación de aparatos de diagnóstico, pero no se les saca todo el rendimiento posible. La pregunta que hay que hacerse es: ¿se les saca más o menos rendimiento que al resto de las instalaciones sanitarias? Vamos a listar los comentarios que nos parecen más interesantes sobre las condiciones en que se podría aumentar la eficacia de los aparatos. Al final, lo que apunta es la mejora de la eficiencia de las organizaciones. Por todas partes aletea el espíritu del *management*, lo que se traduce entre nosotros por la *gestión*.

Un neurólogo comenta, entusiasmado, que los actuales aparatos de diagnóstico son algo “excepcional, asombroso. Baste decir que se llega a fotografiar la angustia con una alta resolución y en colores. Con la resonancia vertical ya no es necesario el enojoso túnel de los aparatos de hace unos años. Se nota un progreso día a día. Yo creo que, tanto a nivel público como privado, estamos a la misma altura

que pueden tener los hospitales norteamericanos. El límite de lo que se ha podido hacer con esos aparatos es llegar a predecir el posible suicidio. Se hace a través de los metabolitos de la serotonina, la base biológica de muchas enfermedades mentales”.

Un empresario del Círculo de la Sanidad rebaja el optimismo general: “La disponibilidad de esos aparatos varía mucho por comunidades. En algunas el tiempo de espera para algunas pruebas es de casi dos años. En los TAC [tomografía axial computerizada] o en las resonancias magnéticas no estamos mal. Pero la última tecnología que va más allá de esos aparatos es escasa. Mucha gente de otras comunidades viene a Madrid, donde estamos mejor dotados”.

Una directora de Enfermería de un hospital privado estima que “la situación de los aparatos de diagnóstico es buena. No hace falta que el hospital tenga una instalación completa de esos aparatos. Casi mejor es contratarlos con un centro especializado”. Realmente es lo que se hace muchas veces.

Una directora de Enfermería insiste en que “por encima de la cuestión tecnológica está la labor educativa e informativa. Los MIR [médicos internos residentes] solo aprenden pruebas diagnósticas, no clínicas”. Por otra parte, opina que la dotación de los aparatos de diagnóstico es excelente.

Un alto cargo de Sanidad en una comunidad autónoma, aunque manifiesta un juicio muy favorable sobre la situación, observa: “Hay unos cuantos hospitales de referencia que tendrían que ser más ágiles en importar los aparatos punteros. No se lleva a cabo una evaluación del uso que se hace del PET y de otras técnicas. Son aparatos muy caros que no funcionan todo el día y que, por otra parte, no han desplazado las técnicas tradicionales”.

Un farmacéutico opina: “El médico abusa un poco de las pruebas de diagnóstico para sentirse más seguro y tener más solvencia, en definitiva, para sentirse más cómodo. Es un poco como lo del corrector ortográfico del ordenador”.

Un empresario del Círculo de la Sanidad opina que “España está invirtiendo mucho en nuevas tecnologías, incluso se va demasiado rápido y no da tiempo a amortizar las inversiones”. Otro empresario reconoce que “la calidad de los aparatos es buena, pero la demora es enorme. El problema es organizativo. Hay que reducir

costes". Por todas partes se introduce el comentario de que la cuestión central no es tanto de índole técnica como empresarial.

Un farmacéutico matiza que "algunos hospitales no cuentan con dinero para esos aparatos más caros; tienen otras prioridades". Es posible que muchos hospitales sean unidades demasiado pequeñas para las instalaciones a las que nos referimos. Sin embargo, ese mismo tamaño resulta excesivo para una buena atención sanitaria.

Un empresario del Círculo de la Sanidad opina que "en algunos centros se pasan. Sobrarían aparatos si se utilizaran con eficiencia". Por todas partes aparece esa idea central de que la inversión tecnológica es fácil; lo difícil y verdaderamente rentable es la mejora organizativa.

Una directora de Enfermería, aunque considera aceptable la situación de los aparatos de diagnóstico, emite algunas críticas: "A veces se hacen pruebas que son innecesarias. Por otra parte, el uso de los aparatos no se optimiza cuando todos los hospitales pretenden estar igualmente equipados. Ese objetivo es demasiado costoso, más que nada porque los aparatos se desfazan rápidamente". Precisamente, el corte tan oneroso de esos aparatos se debe a su alto ritmo de obsolescencia. El avance tecnológico no se puede contener porque va por delante la demanda de diagnósticos cada vez más precisos.

Una enfermera confirma la cautela de que "las pruebas de diagnóstico están muy bien, pero no siempre se utilizan adecuadamente".

Una enfermera especifica que la dotación de aparatos es muy buena, pero "la dificultad está en la disponibilidad, pues hay una larga lista de espera". Esa es la demostración de lo que supone el tirón de la demanda.

Un director de Enfermería opina que la situación de los aparatos de diagnóstico es buena, "pero todo va demasiado rápido y se desfaza rápidamente. Es lo mismo que ocurre con los ordenadores. Pero el problema más grave es que los aparatos de diagnóstico están infrautilizados, quizá por la mala gestión".

El gerente de un hospital privado especifica que "solo pueden invertir en modernos aparatos de diagnóstico los que se arriesgan y los que gestionan bien. Nosotros tenemos un aparato de resonancia magnética que costó 500 millones de

pesetas. Es una resonancia vertical, la primera que llegó a Europa. Ahora se comprueba que, si el paciente está echado, no se detectan muchas cosas”.

Un empresario del Círculo de la Sanidad especifica que la cuestión no es disponer de modernos aparatos sino de utilizarlos bien. “No es de recibo que algunos hospitales públicos prácticamente dejen de funcionar a partir de las cinco de la tarde con un ritmo funcional. Paradójicamente para esos hospitales es fácil invertir en costosos aparatos, pero no se les saca el rendimiento suficiente. En cambio, los centros privados no pueden permitirse el lujo de tenerlos ocupados poco tiempo. Lo de la historia que se cuenta de los aparatos que permanecían dos años embalados es algo que no puede darse en un hospital privado”. Algunos entrevistados aluden a esa historia de los equipos que permanecen mucho tiempo embalados a la espera de una decisión administrativa para instalarlos. No obstante parece más una leyenda, una historia referida a un tiempo pasado. No hay evidencia de que siga siendo una práctica actual.

Una farmacéutica precisa que “la dotación de aparatos está muy bien, pero el uso racional que se hace de ellos deja algo que desear. No tenemos ya esos casos que se decían de aparatos que estaban comprados y almacenados sin desembalar, pero no se utilizan bien. Que conste que las mutuas privadas cometen los mismos errores que el sistema público”.

Un cardiólogo reconoce que “la situación actual es excelente, pero no es homogénea. Los grandes hospitales públicos tienen lo mejor, pero no sé si los aparatos se utilizan adecuadamente. La situación tiene que mejorar. Si se ejerce una suficiente presión política, los políticos no se van a arriesgar a decir que no se puede mejorar. Hay que exigir que no nos engañen”.

El director médico de una aseguradora opina que la situación actual, por lo que respecta a los aparatos de diagnóstico, aún es buena, pero va a empeorar. La razón es que “las autonomías gestionan peor que el Insalud. Los gastos se deciden por presiones políticas, con un coste fabuloso de ineficiencia. Ahí está la altísima deuda sanitaria de Cataluña y Andalucía”.

Una enfermera, supervisora de Endoscopia de un hospital público, reconoce que “los aparatos son muy buenos, pero los médicos se han olvidado de *palpar* a los pacientes. Es lástima que se pierda esa habilidad”. Lo de la curación por la imposición

de manos es una vieja leyenda que quizá tenga algún fundamento. Es el necesario contrapunto de la confianza en las nuevas tecnologías.

Un alto cargo de Sanidad reconoce que la situación de las instalaciones de diagnóstico no es tan buena como la que existe en otros países europeos. “La cosa es complicada. No se trata de instalar, sin más, el último aparato. Puede que se solapen algunos de ellos. También es posible que se produzca una cierta deshumanización. Interesa el efecto de demostrar que se tiene el aparato más moderno, que es el que se enseña en la visita de los políticos. Por otra parte, se produce una cierta pseudoprecisión en las mediciones que se entregan al enfermo, y que este no entiende. Lo que sí percibe el enfermo es que ya no se le ausculta, no se le mira a la cara”. Quizá estemos anticipando un poco la Medicina de la serie futurista *Star Trek*, aunque más en el deseo y en la apariencia que en la realidad.

Un farmacéutico asegura que “la relación precio/eficiencia de las instalaciones de diagnóstico con los modernos aparatos no es buena”. Realmente, más que la provisión de los aparatos, hay que medir sus resultados, las pruebas que se hacen con ellos. Como vemos, esa es la línea argumental que más se repite.

La directora médica de un hospital público opina que “las pruebas de diagnóstico son tan buenas que, sin ellas, los médicos no podríamos vivir. Por otra parte, hemos perdido la capacidad de palpar, el diagnóstico por contacto”. De nuevo asoma la vieja leyenda de la curación por la mano, ahora como autocrítica.

Un empresario del Círculo de la Sanidad matiza que la situación de las pruebas de diagnóstico es aceptable y que no va a variar mucho en los próximos cuatro años. “No va a haber un aumento notable de la demanda. Hay otros problemas sanitarios mucho más urgentes”. Por todas partes se reconoce el hecho de que los avances tecnológicos han ido muy por delante de los organizativos. Es fácil importar tecnología, pero qué difícil es la importación de equipos directivos.

El director de una revista médica entiende que las pruebas de diagnóstico no van a ir a más. Razona así: “Ha sido un tanto demagógico lo de meter mucho dinero en las pruebas de diagnóstico. Parte de ese dinero se podría haber destinado a atender otros muchos problemas más urgentes”.

El director de una empresa remacha que las técnicas de diagnóstico son excelentes, pero que hay “listas de espera” para esas pruebas, previas a las intervenciones quirúrgicas. Al final, la cuestión es de índole organizativa, lo que ahora se llama gestión. Es el clásico problema de administrar recursos valiosos y, por tanto, escasos. No es menor problema el hecho de que esos recursos puedan estar ociosos durante no pocos tiempos muertos. Como queda dicho, ya es solo una leyenda del pasado lo de los nuevos aparatos que llevaban unos cuantos meses sin desembalar a la espera de su correcta instalación. Pero algunos entrevistados nos han recordado versiones reales de esa leyenda que ellos consideran verdadera y no tan antigua. Sin llegar a ese extremo, sería de un gran interés el estudio que reflejara la tasa de utilización de los ordenadores en las oficinas públicas. Es posible que el resultado fuera desolador.

Un cardiólogo reconoce que, en la cuestión de las pruebas de diagnóstico, “hay situaciones de retraso, según la presión política que exista en unas u otras regiones. La gestión sanitaria exige recortar presupuestos para minorar la deuda”. La magnitud de esa deuda oscila mucho de una a otra región.

Un alto cargo de Sanidad opina que la situación de las pruebas de diagnóstico es buena, pero expone algunas cautelas: “Quizá se hacen demasiadas pruebas. Siempre dicen que es *por si acaso*. Es decir, estamos ante una *Medicina defensiva*. Una táctica es la de entrar por urgencias”. Esa misma idea del peligro de la “Medicina defensiva” la exponen otros varios consultados. Es una respuesta al problema de la extensión de los derechos de los pacientes.

Un empresario del Círculo de la Sanidad nos especifica que las pruebas han avanzado mucho en precisión, pero tardan mucho para el paciente. El avance ulterior debe ser hacia “pruebas más rápidas y coordinadas”.

Un director de Enfermería sostiene que “científicamente, las pruebas de diagnóstico están muy bien, pero falta un buen protocolo”. Es decir, las ciencias han avanzado mucho, pero no tanto las que se refieren a la organización. Varios entrevistados aluden a la necesaria “protocolización” de las pruebas, esto es, adaptarlas bien a las necesidades del paciente para que no se obtenga un número desmedido de observaciones. Quizá habría que aplicar aquí el sabio consejo de Guillermo de Ocham que dio paso a la mentalidad científica moderna: *Entia non sunt multiplicanda praeter necessitatem*, es decir, “no deben multiplicarse las

observaciones a no ser que sean imprescindibles”. Sería un buen lema para muchas unidades de diagnóstico.

Una farmacéutica, más escéptica, reconoce que “las pruebas de diagnóstico van a ser cada vez más generales, más completas y costosas. En ese caso no va ser posible que puedan llegar a todo el país a través de la sanidad pública”.

Es fácil colegir un hilo conductor en los comentarios aquí recogidos. Predomina una mezcla de entusiasmo por la técnica y crítica por su utilización. Las nuevas tecnologías de diagnóstico son bienvenidas, pero se introducen en una estructura organizativa muy endeble. No se les saca el rendimiento adecuado. El sistema de organización autonómica y la escala de muchos hospitales hacen que la eficiencia de esas instalaciones deje mucho que desear. Estamos ante un buen ejercicio de rentabilizar mejor las inversiones. De otra forma, el gasto sanitario se va a disparar sin un beneficio proporcional por lo menos de carácter inmediato.

Las nuevas tecnologías no son solo la de los imponentes aparatos de diagnóstico. La simple red informática, plenamente operativa, puede hacer mucho por la eficiencia del sistema sanitario. Caminamos hacia una continua comunicación entre los centros de atención primaria, los hospitales y las farmacias. Todo ello, además, habrá que hacerlo pronto a escala europea. Claro que cualquier innovación de ese estilo pasa por inversiones gigantescas. Estamos todavía en los comienzos.

Los datos cuantitativos de la encuesta revelan que casi todos los grupos consultados mantienen una visión positiva respecto a la dotación de *aparatos de diagnóstico* que tienen los hospitales de la sanidad pública. No hay diferencias pronunciadas entre los distintos grupos. La visión más positiva corresponde a las enfermeras: el 85% considera que la situación es buena. No se puede decir que se manifieste una opinión crítica en ningún grupo, pero los farmacéuticos son los menos entusiastas respecto a la dotación de aparatos de diagnóstico (tabla 5.2.1).

Tabla 5.2.1	% la situación de los modernos aparatos de diagnóstico en los hospitales de la sanidad pública es...		
% horizontales			
Encuesta a profesionales, 2004: categorías	buena	ni buena ni mala	mala
- Médicos	64	23	11
- Enfermeras	* 85	13	-
- Farmacéuticos	45	45	5
- Gerentes de hospitales	69	31	-
- Expertos de sanidad	70	30	-
- Socios del Círculo de la Sanidad	69	23	8
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	54	31	11

* grupo con la visión más positiva

No solo la visión general es positiva en el aspecto indicado. La opinión dominante en casi todos los grupos de entrevistados es que va a mejorar sustancialmente durante los próximos cuatro años. El optimismo es máximo en los socios del Círculo de la Sanidad (85%) y en los expertos en sanidad (83%). La única actitud un poco cauta o pesimista es la de las enfermeras: solo la cuarta parte de ellas anticipan una mejora para los próximos cuatro años (tabla 5.2.2).

Tabla 5.2.2	% la situación de los aparatos de diagnóstico, dentro de cuatro años, va a ...		
% horizontales			
Encuesta a profesionales, 2004: categorías	mejorar	seguir igual	empeorar
- Médicos	77	19	2
- Enfermeras	25	55	18
- Farmacéuticos	50	41	-
- Gerentes de hospitales	62	31	-
- Expertos de sanidad	83	17	-
- Socios del Círculo de la Sanidad	* 85	8	8
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	48	43	4

* grupo más optimista

La opinión sobre las *pruebas de diagnóstico* como tales es francamente positiva, muy similar a la que se expresa respecto a los aparatos. Tampoco aparece un contraste marcado entre los diferentes grupos. Ahora el grupo con una posición más positiva es el de los expertos en sanidad: el 83% “situación buena”. Los más críticos son los profesionales hospitalizados (38% “situación mala”, aun así, una minoría) (tabla 5.2.3).

Tabla 5.2.3	% la situación de las pruebas de diagnóstico es...		
% horizontales			
Encuesta a profesionales, 2004: categorías	buena	ni buena ni mala	mala
- Médicos	58	36	6
- Enfermeras	80	5	5
- Farmacéuticos	55	15	5
- Gerentes de hospitales	69	8	23
- Expertos de sanidad	* 83	13	4
- Socios del Círculo de la Sanidad	54	23	15
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	63	26	38

* grupo con la visión más positiva

Predomina igualmente una postura optimista respecto a la probable evolución de las pruebas de diagnóstico para dentro de cuatro años. De nuevo aparece el de los expertos en sanidad como el más optimista: el 87% “la situación va a mejorar” (tabla 5.2.4).

Tabla 5.2.4	% la situación de las pruebas de diagnóstico,		
% horizontales	dentro de cuatro años, va a...		
Encuesta a profesionales, 2004: categorías	mejorar	seguir igual	empeorar
- Médicos	75	19	4
- Enfermeras	75	20	3
- Farmacéuticos	73	17	4
- Gerentes de hospitales	77	8	15
- Expertos de sanidad	* 87	4	9
- Socios del Círculo de la Sanidad	69	23	-
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	66	26	6

* grupo más optimista

Tendencias y conclusiones

22. Los comentarios cualitativos comparten un cierto entusiasmo por la innovación que suponen las nuevas tecnologías de diagnóstico con una actitud de reserva respecto a su utilización. No se les saca el rendimiento adecuado. El sistema de organización autonómica y la escala de muchos hospitales hacen que la eficiencia de esas instalaciones deje mucho que desear.
23. Los datos cuantitativos de la encuesta revelan que casi todos los grupos consultados mantienen una visión positiva respecto a la dotación de aparatos de diagnóstico. La visión más positiva corresponde a las enfermeras.
24. La opinión dominante en casi todos los grupos de entrevistados es que la situación de los aparatos de diagnóstico va a mejorar sustancialmente durante los próximos cuatro años.
25. La opinión sobre las pruebas de diagnóstico es francamente positiva en casi todos los grupos de entrevistados. Los únicos un tanto críticos son los profesionales hospitalizados. Los más optimistas son los expertos en sanidad.
26. Predomina igualmente una postura optimista respecto a la probable evolución de las pruebas de diagnóstico para dentro de cuatro años. De nuevo, el optimismo lo acusan más los expertos en sanidad.

5.3. La eficiencia del sistema sanitario

Una cosa es la eficacia de los procesos (instalaciones, aparatos, medios técnicos) y otra la eficiencia de los equipos humanos, los centros sanitarios. Si difícil es medir la eficacia, más compleja es todavía la operación de estimar la eficiencia del sistema. Vamos a hacerlo con tres indicadores o marcadores:

- (a) los trasplantes
- (b) las listas de espera
- (c) el trato que reciben los pacientes.

Estamos ante una ilustración de cómo la situación de la sanidad puede colegirse muy bien a través de su efecto finalista en el estado de salud.

5.3.1. Los trasplantes

Queda dicho que la Cirugía es una de las partes de la Medicina que más se ha desarrollado últimamente. A ello han contribuido diversos factores: el adelanto tecnológico, los progresos de la anestesia y el control de las infecciones. Particular mérito tiene el capítulo de los trasplantes, que se han beneficiado, además, de un notable avance científico. Hemos pasado ya la fase de la novedad, del experimento. En España se han realizado más de cien mil trasplantes con éxito, lo que certifica un prodigioso avance científico. No es solo un notable progreso de la Cirugía, sino que estamos ante una parte de la acción clínica que necesita la colaboración activa del público, en este caso de los donantes. Estamos cerca de la dimensión de la solidaridad que se ejerce a través de las asociaciones voluntarias (Miranda 00).

Hay muchos comentarios respecto a que en España estamos muy adelantados en el campo de los trasplantes, somos líderes, pioneros, etc. Al menos es claro que las donaciones de órganos se realizan con más facilidad que en otros países avanzados. Las encuestas dirigidas a la población general demuestran que el público está muy dispuesto a la donación de órganos para los trasplantes, por lo mismo que aparece bastante reticente respecto a donar sangre. La actitud positiva a donar órganos tiene

mucho que ver con la facilidad con que la población española ha asimilado la nueva costumbre de la cremación. Se supera con naturalidad la tradicional inhumación de los cadáveres. Hay otras muchas culturas en las que esa sustitución de una práctica por otra encuentra más resistencias. La resistencia general a donar sangre suele superarse en los momentos de accidentes aparatosos o de circunstancias catastróficas.

Sobre este punto, el tono general de los entrevistados en nuestra encuesta es de un explícito orgullo por lo altruistas que son los españoles frente a otros países europeos. Un enfermero insiste, además, que en su comunidad autónoma (Canarias) es donde se producen más donaciones de órganos. Un farmacéutico opina que “en la cuestión de los trasplantes la situación es inmejorable; realmente estamos a la cabeza y podemos decir que es un orgullo español”.

Un cardiólogo reconoce que en este asunto “estamos a la cabeza. La lista de espera para trasplantes existe solo para los donantes, no para las intervenciones. La situación no puede mejorar mucho hasta tanto no se sensibilice un poco más a la población, a los potenciales donantes”. Los donantes son realmente los familiares de los fallecidos. Ahora bien, se puede facilitar mucho ese proceso (que tiene que ser rápido) si los fallecidos han testado en vida a favor de la donación de órganos.

Un farmacéutico reconoce que “estamos en el número uno en el mundo, pero porque últimamente nos hemos recuperado. Con el anterior Ministerio la situación era un tanto desastrosa”. (La entrevista es anterior a las elecciones del 14 de marzo, 2004). Un empresario del Círculo de la Sanidad reconoce que “se está haciendo mucho en la cosa de los trasplantes porque es muy vendible a efectos de la opinión pública”. Una directora médica de un hospital público comenta que “los trasplantes mejoran y van a mejorar, paradójicamente, porque aumentan los accidentes de gente joven”. No deja de ser una de las grandes paradojas del progreso. Es una cabal ilustración de la tesis clásica: “Vicios privados, virtudes públicas”.

Un empresario del Círculo de la Sanidad describe el mundo de los trasplantes como una especie de lotería. “El paciente está esperando a que le toque, pero no sabe cuándo va a ser el sorteo. Es una espera terrible. El paciente sospecha que el sistema sanitario tiene información que a él no le llega. El problema no es tanto técnico como informativo. Por lo menos ha mejorado la cultura de la gente y ahora se hace más fácil acceder a las familias de los donantes. Conozco una persona experta en convencer a

las familias de los accidentados (víctimas mortales) que es un *fenómeno*. La técnica de los trasplantes ha mejorado muchísimo. Hoy se trasplanta a pacientes de hasta 70 años. Es un alivio”.

Un comentarista de asuntos sanitarios precisa que “en hígado y riñón estamos muy bien, realmente somos pioneros. En otros casos (estómago, pulmones) andamos más atrasados. En los casos de corazón tenemos menos donantes”.

Un empresario del Círculo de la Sanidad sostiene que “en España tenemos verdaderos centros que son de referencia. El público quizá ignora que en los trasplantes de médula vamos a la cabeza”. Otro empresario precisa: “En trasplantes de riñón o de corazón andamos bien, pero en los de hígado la situación es manifiestamente mejorable. No olvidemos que el hígado es muy complicado, realiza diez mil funciones, por lo que su trasplante es como encontrar una aguja en un pajar”.

El comentario de otro empresario del Círculo de la Sanidad añade algunos detalles: “Los trasplantes todavía no se han emprendido en el sector privado, salvo el de la médula ósea. La verdadera revolución está en convencer a la población para que haga donaciones. El problema no es tanto de profesionales médicos como de técnicas organizativas”.

El director de un hospital privado reconoce el avance de los trasplantes, pero matiza: “Hay cosas más importantes, como la asistencia primaria próxima al paciente. En los pueblos se muere la gente porque ya no hay médico en la localidad”. Es fácil comprobar que en la sociedad actual la probabilidad de muerte está en función de la lejanía a un centro de atención sanitaria bien equipado. Sucede, además, que la población anciana distingue más a las localidades aisladas. Digamos que se superponen dos factores de riesgo.

El director de una aseguradora observa: “Cierto es que somos líderes europeos en materia de trasplantes, pero hay que tener en cuenta el coste de oportunidad. Es decir, unos pocos trasplantados se benefician de un gasto desproporcionado que podría ser destinado a otros muchos enfermos”.

Un alto cargo de la Sanidad recalca que, aunque la situación de los trasplantes es óptima, “la hemodonación no pasa por un buen momento”. Después de todo, no es lo mismo la donación de la sangre *propia* que la donación de los órganos de *otras*

personas, por muy cercanas que sean. Por otra parte, los órganos se donan a una persona concreta. En cambio, la sangre se dona a una organización, a una entidad abstracta.

Una enfermera de Pediatría, aunque valora muy bien el estado de los trasplantes, considera que en su especialidad “la situación no es buena, pero mejorará”.

Un empresario del Círculo de la Sanidad explica por qué se ha avanzado tanto en los trasplantes: “La clave está en que los médicos cobran por cada extracción. Al estar interesado el médico, aparecen muchos donantes”.

Una de las personas que han estado hospitalizadas recientemente reconoce que “hay cada vez más conciencia de la necesidad de donar órganos. En otros aspectos de la sociedad no se dan esos ejemplos de solidaridad. Por ejemplo, los coleccionistas de cuadros no suelen dejar que los vea el público”. Otra persona que ha estado hospitalizada recientemente aduce que “tendría que ser obligatorio el ser donante”. El problema es que esa obligación podría colisionar otros derechos.

Un alto cargo de Sanidad en una región observa que “por lo que respecta a las donaciones hay un gran altruismo, pero la tecnología trasplantadora es todavía bastante regular”.

El gerente de un hospital público considera que la situación de los trasplantes de momento es buena, pero va a empeorar. Explica su pesimismo: “No tiene nada que ver con el sistema sanitario, sino que somos insolidarios y más todavía los jóvenes. Ese carácter no va a mejorar porque lo haga la tecnología. La insolidaridad se demuestra continuamente en la donación de sangre. Hay muchos problemas para mantener abastecido el banco de sangre”.

En definitiva, los comentarios recogidos apoyan la tesis de que los trasplantes de órganos pertenecen a la vanguardia de la Medicina y que incluso se espera una ulterior mejora. Al parecer, este es un aspecto en el que España se sitúa a la cabeza de los países adelantados. La clave parece estar en la buena disposición de las familias para consentir las donaciones de las personas fallecidas en accidente. Sin embargo, ese reconocimiento es compatible con algunas inadecuaciones

organizativas. Otro comentario espontáneo es que las donaciones de sangre no encuentran tantas facilidades.

Los datos cuantitativos avalan las anteriores apreciaciones. Es abrumadora la mayoría que despliega una visión positiva de la situación de los trasplantes, con escasas variaciones de grupo a grupo. Los expertos en sanidad son los que tienen una visión más positiva: el 83% perciben una “situación buena”. Los críticos en este caso forman un grupo inapreciable (tabla 5.3.1.1).

Tabla 5.3.1.1		% la situación de los trasplantes es...		
% horizontales				
Encuesta a profesionales, 2004:				
categorías		buena	ni buena ni mala	mala
- Médicos		79	17	4
- Enfermeras		78	20	3
- Farmacéuticos		68	27	5
- Gerentes de hospitales		54	38	8
- Expertos de sanidad		* 83	17	-
- Socios del Círculo de la Sanidad		69	23	-
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente		63	22	11

* grupo con una visión más positiva

Todavía es más optimista la percepción del cambio en este aspecto para el próximo cuatrienio. Ahora el grupo más optimista es el de los gerentes de hospitales (el 85% considera que la situación va a mejorar). Ninguno de los profesionales de la sanidad entiende que la situación va a empeorar. Pocas veces vamos a encontrar una opinión tan unánime. Es lógico que así sea, pues estamos ante una cuestión que depende fundamentalmente del desarrollo de la Cirugía, aunque también del espíritu altruista de los donantes de órganos y tejidos (tabla 5.3.1.2).

Hay todavía un factor externo que favorece el avance de los trasplantes, a partir de ciertas condiciones técnicas. Es el hecho de que en España haya una alta tasa de mortalidad por accidente. Digamos que, de ese modo paradójico, hay una disponibilidad teórica de órganos susceptibles de ser trasplantados que es más alta que en otros países con menos accidentes.

Tabla 5.3.1.2	% la situación de los trasplantes, dentro de cuatro años, va a...		
% horizontales			
Encuesta a profesionales, 2004: categorías	mejorar	seguir igual	empeorar
- Médicos	74	25	-
- Enfermeras	80	20	-
- Farmacéuticos	82	18	-
- Gerentes de hospitales	* 85	15	-
- Expertos de sanidad	61	39	-
- Socios del Círculo de la Sanidad	54	38	-
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	59	28	7

* grupo más optimista

Tendencias y conclusiones

27. Los comentarios cualitativos apoyan la tesis de que los trasplantes de órganos pertenecen a la vanguardia de la Medicina y que incluso se espera una ulterior mejora. Al parecer, este es un aspecto en el que España se sitúa a la cabeza de los países adelantados. La clave parece estar en la buena disposición de las familias para consentir las donaciones de las personas fallecidas en accidente. Sin embargo, ese reconocimiento es compatible con algunas inadecuaciones organizativas. Otro comentario espontáneo es que las donaciones de sangres no encuentran tantas facilidades.

28. Los datos cuantitativos avalan las anteriores apreciaciones sobre el trasplante de órganos. Es casi unánime la opinión de que la situación es positiva. Todavía es más optimista la percepción del cambio en este aspecto para el próximo cuatrienio.

5.3.2. Las listas de espera

Las listas de espera para intervenciones quirúrgicas (y en menor medida para otros actos médicos) son una consecuencia de, al menos, cuatro factores que se refuerzan entre sí. (1) El envejecimiento de la población. (2) En igualdad de estrato étano, el aumento de las exigencias de cuidado de la salud que tiene la población, incluso por razones estéticas. (3) Las dificultades organizativas de los centros sanitarios, que se ven desbordados. (4) El correlato de pagar mal al personal sanitario, con la natural consecuencia de una dedicación escasa. Digamos que los dos primeros factores corresponden a la demanda y los dos últimos a la oferta. El asunto es esencialmente económico y organizativo.

Desde el punto de vista económico, las listas de espera de la sanidad pública son un dispositivo más de elevación de precios no monetarios. El paciente (en este caso, de “paciencia”) que puede esperar recibe al final un servicio con menos calidad. En algunos casos ese paciente desesperado acudirá a la sanidad privada, donde comprobará literalmente el aumento de precio. Estamos ante una táctica de “racionamiento” cuando la sanidad pública se encuentra ante recursos insuperablemente escasos (Ortún Rubio 01).

Desde el punto de vista de muchos profesionales, las listas de espera suponen asegurar un trabajo añadido por las tardes. Simbólicamente, en esas condiciones los profesionales sanitarios que hacen esas “peonadas” vespertinas se quedan a comer en el hospital a costa del presupuesto. La eliminación de las listas de espera supondría un régimen normal de trabajo de mañana y tarde. Es algo que existe en otros países (por ejemplo, en el vecino Portugal), pero que en España no se ha introducido de pleno. Las listas de espera son una consecuencia última, que repercute sobre los usuarios, de una cadena de inadecuaciones organizativas en la sanidad pública. Desde hace muchos años, los ministros del ramo se han propuesto solucionar ese problema, pero no ha sido posible. El problema es estructural, lejos de una decisión política.

Algunos entrevistados coinciden en advertir la escasa virtualidad que ha supuesto el ampliar el horario quirúrgico de los hospitales por la tarde. Con ello se

sigue la pauta que funciona en otros países, pero en la práctica lo único que se consigue es mejorar la retribución del personal con esas horas extraordinarias.

El director de una revista médica opina así: “Lo de las listas de espera es un problema mediático, no real. Los políticos no saben lo que es una lista de espera hospitalaria. Siempre hay alguien que llega tarde y le toca esperar, pero son casos excepcionales. La lista real no es el problema más importante. Sobre todo esto hay mucha demagogia. Por ejemplo, lo de prometer la construcción de ocho nuevos hospitales para Madrid. No se dan cuenta de que el dinero para sanidad es cada vez más escaso. Los aparatos cada vez son más caros”.

Un jefe de servicio de un hospital público argumenta de la siguiente forma: “No creo que, objetivamente, sea tan mala la situación de las listas de espera. Las listas se amplían un poco como las *peonadas* en las subvenciones al paro agrario. Un jefe de servicio del hospital, si no tiene lista de espera, no llega a las 300.000 pts. al mes de sueldo (1.803 €). Es poco para el trabajo que tiene que hacer. Curiosamente, los cirujanos son premiados y mimados a pesar de su falta de organización”. (Transcribimos el comentario literal, en pesetas, porque así es como nos lo dicen).

Un empresario del Círculo de la Sanidad precisa que durante los últimos años se ha elevado considerablemente la capacidad de intervenir quirúrgicamente. “Tanto es así que se podía hablar incluso de operaciones caprichosas, por cuanto se demandan por cuestiones estéticas”. Esa descompensación de la demanda agrava el problema que muchos piensan ya que resulta insoluble.

Un farmacéutico comenta: “Hay que dejar a un lado la ideología y hacer que colabore la sanidad privada. El número de operaciones quirúrgicas aumenta precisamente porque se dan facilidades. Es como los aparcamientos que se construyen en el centro de las ciudades; lo que hacen es que vayan más coches al centro”. Digamos que la oferta hace crecer la demanda.

Un empresario del Círculo de la Sanidad aporta este juicio: “El problema no está en los cirujanos, que son los mismos en la sanidad pública y en la privada. En la privada las estancias son más cortas. Se va hacia una cirugía ambulatoria, hacia hospitales de día”. Otro empresario opina que “la clave está en los conciertos con las entidades privadas y en el avance de la cirugía ambulatoria”.

Esta es la opinión del director de una importante aseguradora: “Hay una cuarta parte de las dolencias en las que uno se cura a sí mismo, otra cuarta parte el diagnóstico es bueno pero sin curación posible. El resto [la mitad] se diagnostican y se curan razonablemente”.

Las listas de espera se reducen inmediatamente contratando los servicios públicos con entidades privadas. Es lo que se ha venido haciendo, pero no es una solución definitiva ni económica, si lo que significa es un descenso de la productividad en los centros públicos.

Una farmacéutica expone que “sobre el particular hay grandes diferencias de una región a otra, al estar transferidas casi todas las competencias en materia de Sanidad. Lo que tenemos es una gran descoordinación”. No deja de ser curioso que, en la época de la comunicación electrónica, surja el problema de las listas de espera, que en buena parte se deriva de una desorganización informática, entre otras cuestiones sustantivas.

Un odontólogo distingue la situación de unas u otras regiones: “En Cataluña o Madrid lo de las listas de espera está más controlado, debido a que se contrata con empresas privadas. Pero en Castilla-La Mancha o Andalucía hay grandes retrasos”.

El jefe del Servicio de Cirugía de un hospital público reconoce que “faltan muchos especialistas, sobre todo anestelistas, por lo que los tiempos de espera no se van a mejorar. Los tiempos eran más cortos cuando dependíamos del Insalud”. Seguramente en ese tiempo pasado la demanda de actos quirúrgicos era mucho menor. Ya sabemos que esa demanda se activa porque se amplía el estrato de los mayores, porque se acrece el número de inmigrantes y porque mejora el nivel de vida. Los tres factores demográficos se refuerzan por el hecho político de la gratuidad de la mayor parte de los actos quirúrgicos. Es una vieja ley económica: precio cero, demanda infinita.

Un empresario del Círculo de la Sanidad opina que la situación de las listas de espera “no es mala, si tenemos en cuenta la gratuidad del sistema”. Añade que “las urgencias se atienden bien”. Habría que añadir que esa es la razón por la que las urgencias hospitalarias aparecen saturadas.

Un empresario del Círculo de la Sanidad reconoce que “las listas de espera serán un problema irresoluble mientras la sanidad pública sea gratis. No obstante, en las operaciones quirúrgicas de cierta entidad la situación es buena”. Otro empresario expresa así su crítica: “En las listas de espera de Oftalmología estamos fatal. Hay comunidades en que tienes que esperar tres años. Las listas de espera las mantienen al ralentí para que saquen trabajo las privadas”.

Una directora de Enfermería apunta que el tiempo de espera “no es mucho en relación a otros países”. Añade que “lo fundamental no es que sea más o menos tiempo, sino que se aborden los problemas realmente complejos y costosos. En ese caso es mejor la asistencia pública, aunque el tiempo de espera pueda ser mayor”.

El director de una revista médica especifica que “el tiempo de espera se debe a que la población tiene cada vez más demandas. De todas formas, un pequeño tiempo de espera puede ser necesario”.

Una enfermera de Pediatría comenta que el tiempo de espera “solo se reducirá si se trabaja más, especialmente por las tardes”.

Un comentarista de cuestiones sanitarias da su opinión desde fuera: “En esto de las listas de espera una cosa es lo que se dice y otra la realidad. El sistema hincha constantemente las listas para que se desvíen los enfermos a la sanidad privada. También sucede que por urgencias se resuelven muchos problemas”. Bien es verdad que se crea otro del mismo orden organizativo, a saber, el caos de las urgencias hasta el punto de entorpecer su cometido.

Una enfermera es bastante escéptica respecto a la situación actual de las listas de espera y su posibilidad de mejora. Comenta: “Las listas varían mucho de unas autonomías a otras. En general son una consecuencia de la deficiente gestión sanitaria. Es decir, las listas de espera las estamos provocando nosotros, el personal sanitario”. Estamos ante un notable sentido de autocrítica profesional, que no es raro que se muestre en el mundo sanitario. Llama la atención porque no es normal que esa actitud autocrítica aparezca en otros estratos profesionales. A lo largo de las páginas de este informe aparece muchas veces ese sentido autocrítico. Quizá sea lo más encomiable de la situación sanitaria en la España actual.

Una directora de Enfermería ve con reservas la situación de las listas de espera y opina que “necesariamente tienen que mejorar. No solo hay que considerar las esperas quirúrgicas sino las pruebas de diagnóstico. En todas ellas habría que establecer filtros para evaluar el coste”. Es de temer que esos filtros evaluativos no se estén produciendo.

Una enfermera de un hospital público ve así el problema de las listas de espera: “La situación es mala, pero no tanto por la espera en sí sino por una cuestión de equidad. Muchas veces se opera antes a quien menos lo necesita. Habría que tener en cuenta la situación social de los pacientes”. Es difícil cohonestar el criterio de antigüedad con el de gravedad.

Un alto cargo de Sanidad en una región comenta que “se ha mejorado mucho, pero todavía hay que esperar demasiado tiempo. Los datos se falsean”. No queda clara la repetida alusión, que aparece espontáneamente en las entrevistas, sobre el falseamiento de los datos. ¿A quién puede interesar ocultarlos?

Un empresario del Círculo de la Sanidad opina que “los tiempos de espera en España son más altos que en el resto de Europa, excepto en el Reino Unido. De todas formas, los datos que tenemos no son buenos. Todo depende de quién es el que da el dato. Por lo menos los políticos tienen interés en reducir los tiempos de espera. En las autonomías pequeñas esos tiempos se controlan mejor. Hay que priorizar la cardiología. Las otras intervenciones pueden esperar”. De nuevo nos encontramos con que los datos no son muy fiables, por extraña que pueda parecer esa observación.

El director médico de una importante aseguradora entiende que las listas de espera en los hospitales constituyen una “estadística manipulable; se hacen con criterios múltiples”. El problema es de “ineficiencia en la gestión de los recursos disponibles”.

Como médico especialista, un oncólogo en concreto, señala que la situación de las listas de espera empeora “porque no se están contratando más médicos, sino que son los mismos de la mañana, que ahora operan por la tarde”. Como es lógico, si se aplica esa fórmula, la consecuencia es que disminuye el rendimiento del trabajo hospitalario por la mañana. Basta aplicar una de las hipótesis que mejor explican la conducta humana: la del pecado original, o en términos económicos, la del interés propio.

La directora médica de un hospital público no cree que vaya a mejorar el problema de las listas de espera. “A las razones conocidas, hay que añadir el problema especial de los anestesiólogos, que forman una especie de mafia. Hay poco y suelen trabajar por libre, al mejor postor. ¿Por qué no se forma un MIR de anestesiólogos? Es un misterio. En cambio, el personal de Enfermería es el alma del hospital”. La verdad es que desde 1978 existe un programa MIR para Anestesiología. Quizá la entrevistada se refiere a que el cuerpo de anestesiólogos debería estar mejor organizado.

El director de un hospital privado aborda el problema con una notoria capacidad autocrítica: “Las intervenciones se dan a centros que las abaraten. Son hospitales de día, con pocos medios, sin calidad. Como pagan poco, la cosa no se arregla. Habría que dar a cada paciente un número, y cuando le toque, se le opera. La calidad de algunos hospitales es tan baja que reciclan materiales que deberían ir a la basura. No basta con esterilizar a 100°. Esa operación puede tener un alto riesgo con determinados virus”. De no contar con el gran prestigio del entrevistado, el comentario resultaría de difícil crédito para una persona ajena al mundo sanitario.

Un cardiólogo sentencia: “Es indefendible el hecho de que una persona se muera en una lista de espera. La cosa se ha corregido un poco, pero todavía no está bien”.

Una persona que ha estado hospitalizada recientemente es muy crítica sobre el particular y revela el dramatismo de la situación: “Faltan medios por todas partes. Yo he estado tres años para poder operarme”.

Algunos entrevistados comentan que lo de las listas de espera es un asunto político y por eso no se arregla: todos los políticos aseguran que se van a reducir. Casi se podría decir que necesitan que haya listas de espera para prometer esas ulteriores reducciones.

Una persona hospitalizada recientemente reconoce que en su pueblo “no hay listas de espera, pero tengo que trasladarme 30 kilómetros (a la capital de provincia) para hacerme unas pruebas”. Es otra forma de conjugar el verbo *esperar*, esto es, el factor tiempo, tan fundamental en la terapéutica.

La cuestión de las listas de espera en los centros públicos es una de las que suscitan mayores críticas por parte de los entrevistados. El problema parece ser esencialmente económico y organizativo. La demanda crece por razones demográficas, de expectativas y de coste. La oferta se ve desbordada por la insatisfacción laboral y por diversas inadecuaciones organizativas. La solución de las entidades privadas paradójicamente tampoco termina con el problema, aparte de que hace todavía más visible la baja productividad de los centros públicos. Parece haber grandes diferencias en este aspecto de unas a otras autonomías. Hay algunas dudas respecto a la fiabilidad de las estadísticas sobre el particular.

En definitiva, a través de un pequeño detalle como las listas de espera, se plantean otros muchos que son capitales para entender el malestar de los profesionales sanitarios y de los pacientes. Aunque suene reiterativo, por todas partes se hace presente la necesidad de gestionar la sanidad con criterios económicos.

Como es fácil imaginar, la opinión de los grupos entrevistados es más bien crítica respecto a las listas de espera. El más crítico es el de los farmacéuticos, con el 77% que perciben una “situación mala”. El grupo menos crítico - pero, aun así, con una percepción más bien negativa- es el del Círculo de la Sanidad (solo el 39% percibe una “situación mala”). Digamos que la población entrevistada, en su conjunto, es bastante escéptica respecto a las promesas, tantas veces reiteradas, de que las listas de espera iban a desaparecer o por lo menos iban a rebajarse. Ya hemos visto las razones que dan algunos entrevistados más vocales para ese escepticismo (tabla 5.3.2.1).

Tabla 5.3.2.1		% la situación de las listas de espera es...		
% horizontales				
Encuesta a profesionales, 2004:				
Categorías	buena	ni buena ni mala	mala	
- Médicos	6	25	68	
- Enfermeras	5	30	63	
- Farmacéuticos	5	18	* 77	
- Gerentes de hospitales	15	23	62	
- Expertos de sanidad	17	43	39	
- Socios del Círculo de la Sanidad	15	23	54	
- (Grupo de control). Profesionales que				

han estado hospitalizados recientemente	20	19	59
---	----	----	----

* grupo más crítico

Aunque domina la percepción crítica, las opiniones se encuentran más equilibradas respecto a la probable evolución durante los próximos cuatro años. En todos los grupos son más los que perciben una probable mejora que los pesimistas (creen que la situación va a empeorar; todavía más, podríamos decir). El conjunto más optimista es el de los socios del Círculo de la Sanidad: el 62% espera que la situación mejore. Por lo demás, tampoco encontramos fuertes discrepancias de unos a otros grupos. Hay, pues, un clima de opinión bastante general, digamos, bastante crítico pero moderadamente esperanzado. Puede que las dos actitudes se refuercen. La situación es tan mala que, por fuerza, hay que confiar en que se vaya a arreglar (tabla 5.3.2.2).

Tabla 5.3.2.2	% la situación de las listas de espera , dentro de cuatro años , va a...		
% horizontales			
Encuesta a profesionales, 2004: categorías	mejorar	seguir igual	empeorar
- Médicos	40	47	13
- Enfermeras	40	40	18
- Farmacéuticos	41	36	23
- Gerentes de hospitales	38	46	15
- Expertos de sanidad	48	22	22
- Socios del Círculo de la Sanidad	* 62	31	-
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	31	50	15

* grupo más optimista

Tendencias y conclusiones

29. La cuestión de las listas de espera por razones quirúrgicas en los centros públicos suscita grandes críticas por parte de los entrevistados. El problema es fundamentalmente económico. La demanda crece por razones demográficas, de expectativas y de coste. La oferta se ve desbordada por la insatisfacción laboral y por diversas inadecuaciones organizativas. La solución de las entidades privadas no termina con el problema. Las estadísticas sobre el particular son poco fiables. Hay grandes diferencias entre unas y otras autonomías.
30. Las opiniones cuantitativas de los entrevistados son muy críticas respecto a las listas de espera. Sin embargo, no son del todo pesimistas respecto a la probable evolución para los próximos cuatro años.

5.3.3. El trato que reciben los pacientes

La eficiencia del sistema sanitario recibe su prueba definitiva con la satisfacción de los usuarios, realmente toda la población. Las encuestas de carácter general nos dicen que el público muestra una gran satisfacción por el resultado de las consultas médicas o los actos hospitalarios. (Véase la Introducción a este capítulo). Es natural que así sea, dado el valor tan alto que se concede a la salud y el precio tan bajo que suele pagarse por la atención sanitaria. Realmente, la satisfacción es mayor con el trato que reciben por parte de los profesionales. En cambio, se manifiestan abundantes quejas respecto a los trámites burocráticos, a la organización de los centros. Otra cosa es que los profesionales del mundo sanitario, revelen comentarios críticos respecto al trato que reciben los pacientes. Es una lógica consecuencia del interés que tienen los facultativos por el buen funcionamiento de sus respectivos centros. Aun así, la impresión general que hemos obtenido de la encuesta es que ese trato es aceptable. Los comentarios de los entrevistados revelan experiencias muy distintas.

Algunos entrevistados insisten en que, si interpretamos como “centros de salud” los de índole “primaria”, el trato resulta excelente. De todas formas, la intención de la pregunta era la de abarcar todos los centros de salud de tipo público. Entendemos que es difícil establecer una media, pero - una vez más- la encuesta se proponía extraer las primeras impresiones, las más espontáneas y generales.

Anotemos que la relación entre los pacientes y los centros sanitarios manifiesta un radical desequilibrio. Por un lado están las organizaciones - con profesionales y burocracia- y por otro los pacientes aislados. Últimamente se está reforzando el movimiento asociativo de pacientes por grupos de enfermedades, por lo general crónicas. Hay incluso una Asociación Española de Enfermedades Raras. Estamos ante un nuevo fenómeno social que va a alterar significativamente las relaciones sociales dentro de la sanidad.

El gerente de un hospital público afirma que el trato que reciben los pacientes es muy bueno. “Hemos organizado la garantía de demoras. El paciente ha tomado protagonismo. La participación de los usuarios va a aumentar todavía más”. La clave está en esa creciente exigencia por parte de los usuarios. Digamos que es una

consecuencia de lo que podríamos llamar “democracia práctica” (en inglés *grass roots*).

Un cardiólogo, con experiencia clínica en Estados Unidos, aclara: “El médico mediterráneo es coloquial, cordial. Los pocos conflictos que pueda haber son de comunicación, de mala interpretación. Ha mejorado mucho el interés por la atención que se presta a los familiares de los pacientes. Se acondicionan áreas exclusivamente para la atención a esos familiares”. Cada vez más se entiende que el acto hospitalario pasa por informar adecuadamente a los pacientes y sus allegados.

El acuerdo no es total respecto a la cuestión de las relaciones con los familiares de los pacientes. Una farmacéutica comenta que, a pesar de que el trato a los pacientes es bueno, “no se enseña a tratar a los familiares de los pacientes. Quizá sea una falta de educación sanitaria, en ese caso la que deberían recibir los profesionales sanitarios”.

Una enfermera se sorprende y resalta una paradoja: “El trato que reciben los pacientes es bueno, pero no entiendo por qué el público no está satisfecho con la Sanidad”. La paradoja tiene una explicación. Simplemente, el valor salud es muy alto, cada vez más, y las exigencias son crecientes. Estamos, pues, ante un blanco móvil. No es fácil que en esas condiciones los pacientes y sus familiares puedan sentirse satisfechos del todo. La demanda va constantemente por delante de la oferta. Aumentan las demandas (ahora en sentido jurídico) por mala atención sanitaria.

Un comentarista de cuestiones sanitarias es optimista respecto a la evolución del trato que van a recibir los pacientes: “La situación es así, de tal manera que las pequeñas mejoras se notan en seguida”.

Un consejero de Sanidad en una comunidad autónoma opina que “el trato es muy bueno, teniendo en cuenta que al año hay millones de actos médicos. A un cierto plazo preocupa la sostenibilidad del sistema, ya que los recursos no siguen a la demanda”.

Un alto cargo de Sanidad de una comunidad autónoma opina que “el trato que reciben los usuarios es muy bueno, si bien la percepción que tienen no es tan buena. En realidad se les atiende en menos de 24 horas siempre que sea algo urgente y esencial”. La verdad es que las urgencias suelen estar saturadas. Otra cosa es el seguimiento que luego pueda hacerse de cada enfermo.

El gerente de un hospital público opina que “el trato es excelente y no tiene por qué disminuir. El nivel se va a mantener más que nada por la continua exigencia de los usuarios”. Una vez más, se alude a la idea del blanco móvil.

Algunos entrevistados nos aseguran que las transferencias de la Sanidad a las autonomías han supuesto una notable mejora del trato que ahora se da a los pacientes. Por lo menos es un ejemplo del viejo axioma que, considera más eficiente la Administración Pública que está más cerca del usuario.

En opinión de un farmacéutico “el hecho de que ahora haya competencia entre las distintas autonomías ha logrado que mejore mucho el trato que reciben los pacientes”. Puede que funcione la sensación de *cercanía* que suponen los servicios públicos descentralizados (transferencias). También es posible que las transferencias a las autonomías hayan supuesto un benéfico sentimiento de competencia entre ellas.

Caben muchos matices a la impresión general de que el trato de los pacientes es aceptable. Una directora de Enfermería matiza que “en los servicios de altas prestaciones (Unidad de Cuidados Intensivos, Coronarias, etc.) el trato es muy bueno. Pero en las unidades intermedias el trato es malísimo, y seguirá sin mejorar hasta tanto no se amplíen las plantillas de personal”.

Una enfermera considera que el trato es aceptable, pero “puede empeorar si se siguen masificando los centros. En ese caso hay que hacer un esfuerzo extraordinario para humanizar el internamiento hospitalario”. Por todas partes aparece la opinión difusa de que se debe ir a una sanidad humanizada. Parece un pleonismo, pero, si tantas veces se dice, es que nos encontramos ante una sanidad un tanto deshumanizada, por inverosímil que pueda parecer esa apreciación. Algunos entrevistados insisten en que el trato es peor en los hospitales grandes, paradójicamente los que están mejor dotados de medios. Estamos otra vez ante la paradoja de la escala hospitalaria. Para algunos aspectos tecnológicos son mejores los hospitales grandes, pero los pequeños permiten un mejor trato a los pacientes.

Un empresario del Círculo de la Sanidad distingue: “Hay una gran diferencia entre los grandes hospitales de las ciudades populares y los hospitales pequeños de las ciudades provincianas. En esos últimos el paciente no es tanto un número como un ser humano”. Si así fuera, la solución pasaría por levantar pequeños hospitales en las

grandes ciudades. Algunos entrevistados apuntan esa solución, que, por otra parte, está en marcha. La época de los grandes hospitales ya ha pasado. Pronto vamos a ver el resultado de ese cambio de estrategia, sin bien hay que pensar lo lento que resulta el proceso de construcción de nuevos hospitales. Realmente, la construcción se puede acelerar, pero no las instalaciones.

Un neurólogo matiza: “El personal de muchos hospitales, tanto públicos como privados, adopta un trato con los pacientes entre paternalista y despectivo. Menos mal que las exigencias sociales van haciendo que mejoren las cosas. Al final, la asistencia no es mala. Por ejemplo, yo me encuentro con enfermeras estupendas, con una cordialidad excepcional. Lo que falla es la *ventanilla*, el personal burocrático”.

Un empresario del Círculo de la Sanidad expresa así su opinión: “Encuentro que los hospitales son todavía muy ruidosos, con niños jugando por los pasillos. No hay un código de cómo hay que tratar a los pacientes, por lo que al final todo depende de las personas, de su carácter o su moral. Habrá que confiar en que mejore la educación del personal sanitario”.

El director médico de una aseguradora reconoce el esfuerzo que se está haciendo para los pacientes pasen a ser considerados como “clientes”. Pero añade que ese cambio está provocando “verdaderas agresiones a los médicos, quienes ven que han perdido el respeto que antes tenían. Es la típica situación del *burn out* [“escaldado”]. La tendencia es a que aumenten las demandas por negligencia respecto a los médicos”. Literalmente las demandas por negligencia suelen dirigirse contra los médicos y no contra el resto del personal (sanitario o no). Se entiende que esa carga es la compensación de la destacada responsabilidad que acumula la clase médica.

El director de un hospital privado interpreta el trato de los pacientes como una crítica a la organización sanitaria: “El trato depende de la voluntad de cada médico, pues no hay incentivos para que se esfuercen. Se exige poco a los médicos porque se les paga poco. Los médicos de los hospitales públicos los utilizan para sus enfermos de la consulta privada. Esos médicos no deben administrar *sus* camas. Ahora tienen cautiva a la población con la disponibilidad de *sus* camas en los centros públicos. Esa disponibilidad tendría que ser administrada por una unidad central”. Realmente, en los hospitales ya existen esas “unidades centrales” que se encargan de gestionar las camas. Otra cosa es que funcionen mejor o peor.

Se puede citar la irónica opinión de un oncólogo, para quien “el trato que reciben los pacientes es excesivamente bueno para lo que se merecen. Los maltratados son realmente los profesionales sanitarios. Los usuarios tienen demasiadas prerrogativas, así que la situación ya no puede mejorar más desde el punto de vista de esos usuarios”. No hay que echar en saco roto esa crítica, aunque esté dicha de forma sarcástica. Una cosa es amparar los derechos de los pacientes y otra permitir que se llegue a presionar o incluso maltratar a los profesionales por parte de los pacientes airados.

Un psiquiatra apunta que el trato es bueno, pero está empeorando. “En las relaciones sociales vamos a peor, no solo en el trato hospitalario. La gente es cada vez más vulgar. Yo tengo la experiencia de haber sido agredido físicamente”. Es posible que en su especialidad sea un riesgo constante. Habría que ver en qué medida se están empezando a generalizar esas agresiones.

Un traumatólogo reconoce que “el trato no puede ser muy bueno. Literalmente no tenemos tiempo de ver a los pacientes. Nos están citando 60 pacientes para dos horas de consulta”.

Un alto cargo de Sanidad de una comunidad autónoma es muy crítico respecto a la situación actual del trato que se dispensa a los pacientes. Añade: “A pesar de los planes de humanización que se han hecho en los centros, falta motivación en muchos profesionales. No se sabe aprovechar bien la dedicación de las enfermeras”. Quizá la dimensión real no sea tanto la idea “humanizar” la asistencia como la de profesionalizar más los cuidados de Enfermería. Si se ha conseguido esa profesionalización en muchos servicios comerciales, no será difícil avanzar por ese camino en los servicios sanitarios.

Una directora de Enfermería opina que el trato que reciben los pacientes no es bueno. “Me he dado cuenta ahora de que he estado ingresada un tiempo, aunque ya me he recuperado y tengo muchas ganas de trabajar”. Seguramente esa experiencia de internamiento le ha servido para tomar conciencia del punto de vista de los usuarios. Siempre se ha dicho que es bueno que los empresarios hayan sido empleados o que los jueces hayan pasado por la experiencia de la cárcel. De la misma forma puede ser útil que los sanitarios hayan estado internados en un hospital. Esa experiencia es compatible con una idea más profesional de la atención hospitalaria.

Una directora de Enfermería opina que el trato que reciben los pacientes es malo, pero por culpa de la organización. “Los centros están saturados y mal organizados. No hay sentido de empresa. Parece mentira que, ahora que no es preciso ir al Banco y que todo se arregla a través de una tarjeta, en la burocracia sanitaria seguimos mareando con papeleo. Los gestores están ocupados en las listas de espera, los presupuestos y la calidad, por lo que dejan de lado los aspectos relacionados con el trato humano”.

El director de una revista médica matiza: “Se puede mejorar mucho el trato hasta que se llega a la consulta. Una vez en la consulta, el trato del médico suele ser bueno”. Una vez más, la acusación es contra la burocracia sanitaria. A veces se puede llegar al absurdo de considerar que cumplir el horario de 8 a 3 en un hospital es ya un mérito que justifica cobrar el plus de productividad.

Una directora de Enfermería entiende que el trato va a mejorar “por el actual marco legislativo, con la Ley de Autonomía del Paciente, y también por la presión de la demanda social que nos obliga a ese mejor trato”. Distingue, además, entre “el trato, que es bueno, y la información que reciben, poca y mala. El tema del *consentimiento informado* no está asumido por los profesionales”. El principio del “consentimiento informado” se refiere a que el paciente participa de las decisiones que afectan al cuidado de su salud. Se plantea aquí la revisión de uno de los axiomas del modelo de profesional liberal, que el facultativo sabe más que el cliente. La ruptura de ese axioma no se va a hacer sin traumas. Por lo menos se acepta que el paciente tiene derecho a tener más información sobre su caso.

Menudean las críticas sobre el doble estándar que significa lo profesional y lo burocrático en la sanidad pública. Esta es la opinión de un médico: “En la sanidad privada el trato es exquisito; en la pública es mejorable. Hay buenos profesionales, pero los empleados se encuentran bastante desmotivados. Lo peor es la falta de información con que se encuentran los familiares”.

La distinción entre diversos tipos de personal se ve refrendada por la opinión de un empresario del Círculo de la Sanidad: “El trato va mejorando. Todavía hay muchos funcionarios de la sanidad que son abusivos e intransigentes. Los médicos tratan mejor que el personal auxiliar”.

Un cardiólogo especifica que el trato “por parte del médico es bueno, pero no tanto si nos fijamos en la parte que podríamos llamar *hotelera* de los hospitales”.

Un empresario del Círculo de la Sanidad confirma que “el trato es precisamente lo que distingue a la sanidad pública de la privada. La tendencia es a invertir cada vez más en lo que podríamos llamar calidad hotelera. Es paciente va a ser un cliente”. Otro empresario advierte que “si bien se mira, el facultativo es el mismo en la sanidad pública y privada. El trato por parte del facultativo es bueno. El problema está en que los servicios (alimentación, higiene, organización) son deficientes”.

Una enfermera se queja de que “el trato podría ser mejor, pero cada vez hay más presión por parte del hospital y cargas de trabajo más elevadas para las enfermeras. La mejora podría venir de la línea política, que haya nuevos proyectos y mejores organizaciones”. En la misma línea, otra enfermera reconoce que el trato no puede ser muy bueno “mientras haya cada vez más carga de tareas y al mismo tiempo los pacientes sean cada vez más exigentes”.

Un empresario del Círculo de la Sanidad razona su optimismo sobre este punto: “El trato a los pacientes ha mejorado mucho con las nuevas hornadas de médicos”.

Frente al comentario anterior, un neurólogo, bastante escéptico respecto a la capacidad de mejora en el trato a los pacientes, añade que “la clase médica no va a mejorar en una generación”.

Naturalmente, el juicio sobre el trato a los pacientes depende mucho de qué lado se establezca la observación. El gerente de un hospital afirma que ese trato es excelente “pero la percepción de los pacientes es que no es bueno”. Entramos aquí, una vez más, en una consideración de expectativas. Lo más objetivo es reconocer que han aumentado mucho las exigencias de los pacientes. Algunas personas que han estado hospitalizadas recientemente manifiestan haber recibido un buen trato, pero observan que hay quejas por parte de otros pacientes. Es claro que las actitudes de protesta son más expresivas que los estados de satisfacción.

Una persona que ha estado internada recientemente reconoce que “le han tratado muy bien”, pero que “la gente que tiene que esperar mucho tiempo para una operación se encuentra resabiada. Por ese lado la cosa va a empeorar”.

Un odontólogo considera que la causa del malestar de los pacientes está en otro lado: “Hay muchos conflictos derivados de que el paciente pide la baja laboral y se la niegan. Eso provoca una gran agresividad”.

Este es un caso en que los datos cuantitativos y los cualitativos no se corresponden mucho. Los profesionales pueden tener la impresión de que el trato que reciben es bueno, pero abundan las cláusulas adversativas, como acabamos de ver. El factor común es, una vez más, que la queja procede sobre todo del aumento de las expectativas, convertidas cada vez más en exigencias. Los *clientes* van a ser más difíciles de contentar que los *pacientes*. Los profesionales consultados matizan que el trato que reciben los pacientes es bastante bueno por parte del personal sanitario, no tanto por parte del personal auxiliar. Hay quejas también respecto a la actitud agresiva de algunos pacientes. No es solo una cuestión de acumular más detalles de buen trato. El cambio exigible es cualitativo, desde una noción estrictamente terapéutica (*curar*) a otra de atención personal (*cuidar*) al paciente o incluso de *ayudar* a cualquier persona especialmente debilitada. No sabemos bien los límites que puede tener la acción de cuidar a los pacientes o de ayudar a la población necesitada, incluso antes de llegar a enfermar. Pero hay algo seguro: ese nuevo enfoque va a ser mucho más caro. Bien es verdad que lo fundamental es evaluar los resultados del coste.

La evaluación pasa necesariamente por la productividad del personal y por la satisfacción de los usuarios y sus familiares.

En este punto es útil recordar el movimiento de los “hospitales magnéticos” que se desplegó en los Estados Unidos a finales de los años 80. (Puede verse la documentación en *Nursing 91*). El término se refiere a una selección de hospitales que lograron un gran avance en la gestión y en la satisfacción de los usuarios a través de mejorar la situación profesional de las enfermeras. No solo se acabó con la rotación de ese tipo de personal, sino que atrajo a una selección de enfermeras diplomadas con capacidad para organizar su trabajo de una manera autónoma y responsable. Se consiguió así una atención hospitalaria de mayor calidad que la acostumbrada.

Los datos cuantitativos de la encuesta manifiestan una opinión bastante equilibrada respecto al trato que reciben los pacientes en los hospitales. El grupo más favorable a la idea de buen trato de los pacientes es el de los gerentes de los hospitales: el 54% percibe una buena situación y ninguno acusa una mala situación. El grupo que percibe una situación menos buena es el de las enfermeras, curiosamente

el que está más en contacto con los pacientes. Quizá esa misma relación haga que las enfermeras sean más exigentes sobre el particular. Solo una de cada cuatro enfermeras reconoce que la situación es buena respecto al trato que reciben los pacientes en los hospitales. Por otra parte, tampoco encontramos grandes diferencias entre los distintos grupos. Médicos, farmacéuticos, gerentes y profesionales que han estado hospitalizados se distinguen por tener una imagen más favorable respecto a la situación comentada (tabla 5.3.3.1)

Tabla 5.3.3.1	% la situación respecto al trato		
	de los pacientes es...		
% horizontales			
Encuesta a profesionales, 2004: categorías	buena	ni buena ni mala	mala
- Médicos	51	28	17
- Enfermeras	25	55	18
- Farmacéuticos	45	32	23
- Gerentes de hospitales	* 54	46	-
- Expertos de sanidad	35	43	22
- Socios del Círculo de la Sanidad	38	54	8
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	48	33	13

* grupo más favorable a la idea de buen trato

Aunque la situación descrita sea parcialmente crítica, predomina en casi todos los grupos una opinión más bien optimista por lo que se refiere a la evolución futura en un plazo inmediato. Los más optimistas son los gerentes de los hospitales: el 77% de los cuales reconoce que la situación va a mejorar en cuatro años. Los menos esperanzados son los médicos. Solo uno de cada cuatro médicos percibe esa posible mejora para un futuro inmediato (tabla 5.3.3.2).

Tabla 5.3.3.2	% la situación respecto al trato de los pacientes, dentro de cuatro años, va a...		
% horizontales			
Encuesta a profesionales, 2004: categorías	mejorar	seguir igual	empeorar
- Médicos	26	64	4
- Enfermeras	45	43	8
- Farmacéuticos	45	50	5
- Gerentes de hospitales	* 77	23	-
- Expertos de sanidad	65	35	-
- Socios del Círculo de la Sanidad	69	23	8
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	37	35	20

* grupo más optimista

Tendencias y conclusiones

31. Los comentarios de los profesionales entrevistados suelen coincidir en que el trato que reciben los pacientes en los hospitales es bastante bueno. Las posibles quejas provienen del aumento de las expectativas de los pacientes, convertidas cada vez más en exigencias. El trato es mejor por parte del personal sanitario que del auxiliar. Hay quejas también respecto a la actitud agresiva de algunos pacientes.
32. Los datos cuantitativos de la encuesta manifiestan una opinión bastante equilibrada respecto al trato que reciben los pacientes en los hospitales. Los gerentes de los hospitales son los que perciben un mejor trato. El grupo más crítico en este aspecto es el de las enfermeras.
33. Aunque haya una actitud ligeramente crítica respecto al trato que reciben los pacientes en los hospitales, predomina un moderado optimismo respecto a la evolución futura en un plazo inmediato.

5.4. Tendencias a largo plazo

Proponíamos a los entrevistados una serie de enunciados sobre salud y sanidad para comprobar el cálculo que ellos hacían respecto a la situación probable en 2024. Un lapso de 20 años da para calibrar las tendencias a largo plazo, por lo menos la opinión actual que se tiene sobre esa dirección futura de la salud o la sanidad. Es un lapso que está más allá de las posibles contingencias políticas.

Recordemos que la salud es un estado de bienestar o equilibrio homeostático del cuerpo. La salud se detecta mejor por el lado negativo de ausencia de enfermedad, de dolor o de malestar. Lo puede sentir así cada uno respecto a los demás, la situación pasada o lo que espera según sus *circunstancias vitales*. Se puede predicar también de una población. La sanidad es el sistema organizativo, técnico y profesional que promueve la salud general dentro del límite que en cada momento fija el “estado del arte” en cada una de las disciplinas.

La dificultad de este apartado de la anticipación a largo plazo es que los entrevistados expresan grandes dudas. Es natural, incluso los profesionales mejor informados se encuentran dubitativos respecto a la extrapolación de las tendencias conocidas hacia el futuro. Muchas veces se piensa que el futuro probable es el resultado de calcular la media de lo que piensan los expertos respecto al futuro posible. Ese es el fundamento de la técnica conocida como Delphi (en castellano, mejor, Delfos), que suscita hoy grandes críticas por lo ingenua que resulta. En el mejor de los casos la media de las opiniones de los expertos no es más que eso mismo, la opinión dominante, incluso la ideología prevaleciente. Lo interesante del porvenir no es adivinarlo (operación imposible o por lo menos ingenua), sino calibrar lo que se piensa actualmente de ese futuro deseable o posible. Es una técnica proyectiva para averiguar lo que se piensa hoy sobre el particular. El contagio más frecuente está entre los deseos y las expectativas, el *wishful thinking*. Es una forma de proceder muy común en la vida cotidiana. Si en la vida cotidiana nuestras expectativas no estuvieran contaminadas con los deseos, nuestra conducta sería muy medrosa o dubitativa.

5.4.1. El descenso de la población fumadora

Uno de los principales indicadores de higiene de la población, que condiciona muchas enfermedades, es el hábito del tabaco, todavía bastante extendido. Las campañas de Sanidad, la presión y la conciencia social han hecho que durante los últimos lustros abandonen el tabaco muchos fumadores, por lo general gente con cierta edad. El abandono es fulminante cuando lo impone el médico por algún grave achaque de salud. Desgraciadamente, las sucesivas cohortes juveniles se van incorporando, animosas, al hábito del tabaco. Los jóvenes ven muy lejana la posibilidad de una enfermedad terminal. El resultado de esa doble corriente es un descenso poco decidido de la proporción de fumadores. Según la ENS, en 1987 fuman regularmente el 38% de las personas mayores de edad. El porcentaje baja al 33% en 2001 y al 31% en 2003. Como puede verse, la curva se traza con una pendiente negativa pero poco decidida. A pesar de ese dato objetivo, el grueso de los entrevistados de nuestra encuesta confían en que el porcentaje de fumadores (en la población de más de 16 años) se sitúe por debajo del 20% en 2024. El observador desapasionado de esos datos podría concluir que la esperanza de la población entrevistada resulta poco justificada, pero es la que es. Puede que aquí se introduzca, de manera especialmente activa, el factor de la deseabilidad, al que tantas veces aludimos. También es posible que la trayectoria no tenga que seguir una pendiente uniforme. Son muy recientes las medidas de la prohibición de fumar en los lugares cerrados donde se aglomera el público. El paso definitivo, actualmente en discusión, es la prohibición de fumar en los centros de trabajo. La observación de la realidad nos dice que esas prohibiciones se cumplen con bastante buena voluntad sin que haya que recurrir a multas. La sanción social es la más efectiva. Aun así, puede parecer ilusorio que la proporción de fumadores pueda llegar a menos de una quinta parte de la población adulta en 2024. Está por ver, además, si el descenso en el consumo del tabaco no es correlativo del ascenso de otro tipo de drogas. De momento se produce la paradoja de que el Estado promueve el abandono del hábito del tabaco, pero fomenta y subvenciona su producción.

Un empresario del Círculo de la Sanidad comenta, esperanzado, que ya no se ve en España la escena que él recuerda de la famosa Clínica Mayo, en Rochester (Minnesota). “Allí estaban a 20 bajo cero y a la puerta del hospital había siempre un grupito de médicos y de enfermeras fumando. Esa escena ya no se encuentra ahora. No es porque fumen dentro, claro está, sino porque no fuman”. De todas formas, se sabe que en España el hábito de fumar es todavía bastante alto en el personal

sanitario, quizá porque su trabajo está sujeto a muchas tensiones. Muchas veces uno no fuma solo porque quiere, sino porque puede. En los jóvenes y adolescentes es alta la propensión a fumar porque se trata de un símbolo de independencia y de sociabilidad que refuerzan los amigos y compañeros.

Un neurólogo ve bastante probable la fuerte reducción del tabaquismo y hace esta reflexión: “El precio del tabaco va a subir mucho y esa será una razón disuasoria. Ya tenemos que los fumadores se tienen que concentrar en unos reductos en cafeterías, aeropuertos, hospitales, etc. Al final, se impone la contundencia de la realidad. Después de todo, la humanidad no es tan bestia como se dice”. Algo bestia ya es, puesto que, junto al tabaquismo, son corrientes otras muchas conductas que suponen un alto riesgo para la salud. Parece que lo humano es cuidarse pero también arriesgarse. Cierto es que en las películas que ahora se realizan es raro que los protagonistas fumen, pero es corriente que sean violentos o que asistan impávidos a escenas de violencia.

Un consejero de Sanidad de una comunidad autónoma, aunque cree probable que se reduzca la proporción de fumadores, añade: “Es necesario que se impliquen más la escuela y la familia para que los chavales no empiecen a fumar”. La observación es muy atinada, pues la población fumadora se reduce por las personas de cierta edad, pero se alimenta por la entrada de los adolescentes que empiezan a fumar. Paradójicamente, la escuela y la familia son dos ambientes en los que se enseña (indirectamente) a expresarse a través del hábito del cigarrillo. Para el adolescente, el tabaco es uno de los símbolos de la deseada adultez. Tradicionalmente, la publicidad del tabaco se ha asociado a un modelo de joven o de adulto con aire deportivo o en contacto con la naturaleza.

Un director de Enfermería ve bastante probable que se reduzca la población fumadora, pero pone como condición que “se incremente la cultura sanitaria, la educación general sobre los hábitos de vida”. La observación desde fuera resulta bastante escéptica, pues no hay evidencia de que las personas más instruidas sean las que menos fumen. Por lo menos esa asociación no es terminante. El dato intrigante es que el hábito de fumar lo siguen muchos profesionales sanitarios.

El director de un hospital privado se muestra bastante escéptico respecto a la posibilidad de reducir apreciablemente la tasa de fumadores: “Se necesita una educación sanitaria muy amplia que en este momento no existe. En los periódicos hay

muchas páginas de divulgación sanitaria, pero tendrían que ser mejor de educación médica”. Está por ver el efecto de la tendencia reciente a colocar en las cajetillas de tabaco un letrero sobre el efecto letal del producto. Curiosamente, esa advertencia no se coloca en la vitola de los puros. En la expresión popular “fumarse un puro” es un hábito de bonhomía y satisfacción vital, estrictamente masculino, por otra parte. Puede que influya más otro fenómeno de imitación: el éxito de algunas demandas judiciales contra las compañías tabaqueras en los Estados Unidos.

Un cardiólogo duda de que se reduzca sustancialmente la proporción de fumadores: “Me parece que estamos en manos de la Virgen María. En teoría se podría reducir mucho el hábito de fumar. En la práctica no existe un plan eficaz de prevención. Se dice que lo hay, pero no es verdad. No se invierte realmente, solo tenemos buenas intenciones. Hay otras áreas que tienen prioridad, como los trasplantes, pongo por caso”.

Un empresario del Círculo de la Sanidad matiza así la tendencia futura: “La proporción de fumadores va a bajar mucho en los adultos pero sube en las chicas jóvenes. Todo va a depender de las campañas que se hagan. De momento se ha conseguido que se respeten cada vez más las prohibiciones de fumar”. La verdad es que en muchos locales públicos ya ni siquiera se necesita la señal de “prohibido fumar”. Es un buen ejemplo de que el secreto del cambio está en la interiorización de las normas.

Desde luego, las campañas antitabaco son muy firmes, aunque ya sabemos que su éxito es limitado. Por otra parte, el Estado favorece la producción de tabaco con todo tipo de subvenciones. Más llamativo es el hecho de que el consumo de tabaco es una saneada fuente de ingresos para el Fisco. Aun así, la opinión prevaleciente en los comentarios cualitativos es que las campañas antitabaco tienen un inmediato efecto disuasorio.

Las opiniones respecto a la evolución futura de la tasa de fumadores están muy divididas. En general, predomina un cierto optimismo respecto a la posibilidad de que en 20 años se rebaje la proporción de fumadores a menos del 20% de la población adulta. Los más optimistas son los socios del Círculo de la Sanidad: el 62% de los cuales ven “muy probable” que se alcance esa meta. En cambio, los expertos en sanidad y los médicos son los más escépticos respecto a esa posibilidad (tabla 5.4.1.1).

Tabla 5.4.1.1	% dentro de 20 años la proporción de fumadores descenderá por debajo del 20% de la población adulta		
% horizontales			
Encuesta a profesionales, 2004: categorías	muy probable	bastante probable	poco o nada probable
- Médicos	19	43	36
- Enfermeras	28	50	23
- Farmacéuticos	36	27	23
- Gerentes de hospitales	38	38	23
- Expertos de sanidad	17	52	26
- Socios del Círculo de la Sanidad	* 62	31	8
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	24	41	2

* grupo más optimista

Conviene advertir que la práctica de fumar en los grupos de profesionales entrevistados es más bien baja, si tenemos en cuenta su sexo y edad. Los más fumadores son los farmacéuticos (36%) y los profesionales que han estado hospitalizados (30%). En los gerentes de hospitales y los socios del Círculo de la Sanidad el hábito del tabaco resulta excepcional por lo bajo (8%) (tabla 5.4.1.2).

Tabla 5.4.1.2	% fuman regularmente
% horizontales	
Encuesta a profesionales, 2004: categorías	
- Médicos	19
- Enfermeras	23
- Farmacéuticos	36
- Gerentes de hospitales	8
- Expertos de sanidad	13
- Socios del Círculo de la Sanidad	8
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	30

Tendencias y conclusiones

34. El grueso de los entrevistados confían en que en 2024 el porcentaje de fumadores (en la población de más de 16 años) se sitúe por debajo del 20%. (Ese porcentaje es ahora el 31%). Los expertos en sanidad y los médicos son los más escépticos respecto a esa posibilidad. Es notable la confianza que se tiene en el inmediato efecto disuasorio de las campañas antitabaco.
35. Debe anotarse que la práctica de fumar en los grupos de profesionales entrevistados es más bien baja.

5.4.2. El aumento de la esperanza de vida

La esperanza de vida (o mejor, expectativa de años de vida) es un marcador sintético del estado de salud de la población. Se suele calcular como promedio de años de vida que espera vivir un individuo en el momento de nacer, conocidas las tendencias de la mortalidad por edades. Durante siglos, el índice de esperanza de vida apenas varió, si bien su cálculo no se puede hacer muy bien antes de la época estadística. Es muy posible que la esperanza de vida no se haya alejado mucho de los 30 o 40 años durante largos periodos históricos. En 1930 el índice es de 50 años para la población española. Había empezado ya la revolución demográfica. Desde entonces, el avance ha sido notorio a salvo de la brusca interrupción que supuso la guerra civil:

Fechas	Esperanza de vida al nacer (número de años)	Años de diferencia respecto a la fecha anterior
1930	50	-
1940	50	-
1950	62	12
1960	70	8
1970	72	2
1980	76	4
1990	77	1
2000	79	2

El avance es sistemático (salvado el trauma de la guerra civil), pero la pendiente de ascenso va menguando. Hay una doble razón demográfica (hay cada vez más viejos) y científica (cada vez es más costosa la reducción de las causas de mortalidad). Así pues, todo parece indicar que va a ser muy difícil superar los 100 años de expectativa de vida al nacer en 2024. La función no puede ser lineal, ya que el mismo éxito anterior hace que se acumule un sector de población envejecida cada vez más numeroso. Es un caso muy típico de lo que se llama la “profecía autoderrotante”. Al menos, la opinión dominante en la población entrevistada es que ese objetivo va a ser difícil de cumplir. Para ello sería necesario que se venciera totalmente el cáncer, se controlaran mucho mejor las dolencias circulatorias y las enfermedades degenerativas (Parkinson, Alzheimer). No es fácil que todo eso se logre en el corto periodo de dos decenios. Esa conclusión choca con las noticias que se difunden por

los medios respecto a que la humanidad se acercará pronto al cumplimiento del mito de Matusalén. Por lo que sabemos, la población general está de acuerdo con la idea de que en el siglo actual se va a conseguir superar los 150 años de esperanza de vida. Registramos algunas opiniones más cautelosas por parte de nuestros entrevistados.

Esta es la opinión de un influyente director de una aseguradora: “Los cambios demográficos son muy lentos, varían poco de año a año. La evolución de las condiciones de salud dependen de las instalaciones que se tengan, los fármacos de que se dispongan y la frecuencia con que se va al médico”. Al final, todo eso es dinero y gestión. Otra cosa es que, a la larga, una población que envejece necesite más inversión sanitaria, en igualdad de otras circunstancias.

Un alto cargo en Sanidad de una comunidad autónoma es bastante escéptico respecto a la posibilidad de que se consiga pronto llegar a la esperanza de vida de 100 años. Comenta que “las mejoras que se pueden conseguir en la Sanidad van a ser con cuentagotas”. Puede, incluso, que esos avances sean notables, pero hay que contar también con las mejoras en el sistema de alimentación, la higiene y las actividades de riesgo (trabajo, transportes, ocio, etc.). Claro que, junto a los avances en esos campos, hay que contar también con los retrocesos.

El gerente de un hospital público matiza: “Avanzará la esperanza de vida, pero no será fácil llegar a una media de 100 años. No es tanto por las enfermedades como por los hábitos de vida y los accidentes. Ahí el sistema sanitario poco puede hacer”.

Un odontólogo ve muy probable que se supere la esperanza de vida de 100 años. Razona así: “Está demostrado que el organismo humano está preparado para vivir 120 años. Son los hábitos de vida nocivos los que van restando años hasta la expectativa actual, unos 80 años. Hay ya una gran conciencia de que se deben cambiar esos hábitos nocivos”. El único problema es que la humanidad es tan tozuda que, después de abandonar unos hábitos que considera nocivos, descubre otros.

La opinión común en los geriatras es que hay un tope máximo de 120 años, correspondiente a la edad que no podrá ser sobrepasada por la esperanza de vida al nacer. El conocimiento de ese supuesto lleva a preocuparnos cada vez más de la calidad de vida de los viejos, de su reconocimiento social, no tanto de forzar las medidas sanitarias para aproximarnos al tope indicado (Ribera Casado 00, Cruz Jentoft 01). Hay una razón estadística para aconsejar esa política sanitaria cualitativa.

A medida que nos aproximamos al tope absoluto indicado, se hace más difícil que una población añada unos pocos años más de esperanza de vida.

La opinión de los analistas oscila entre la imprecisión y la cautela. Un reciente informe sobre la sanidad concluye: “No hay actualmente ninguna razón que impida que la esperanza de vida se pueda elevar en un futuro por encima de los 100 años, si los determinantes de salud fueran en la dirección apropiada” (Del Llano 04). Naturalmente, el “si” condicional es la clave de esa predicción. Por otra parte, no se marca ningún plazo a ese “futuro”. Otros expertos son más cautelosos: “La pregunta es: ¿Llegaremos a los míticos 120 años como esperanza de vida media [al nacer]? Muchas personas, incluso eminentes, así lo creen, pero la evidencia científica no lo confirma” (Martín Moreno 01).

Los datos numéricos de la encuesta corroboran el escepticismo de los científicos. Casi todos los grupos de entrevistados ven poco o nada probable la meta de superar pronto los 100 años de esperanza de vida. El grupo más escéptico es el de los socios del Círculo de la Sanidad: el 69% consideran “poco o nada probable” el objetivo mencionado. Casi a la par están los expertos en sanidad, con el 65% de escépticos. Pero los farmacéuticos o los gerentes de hospitales son más bien optimistas sobre la posibilidad indicada, pues más de la mitad la ven “muy o bastante probable”. Al observador desde fuera lo que le llama la atención es la persistencia de un cierto optimismo: en todos los casos, los porcentajes superan el tercio de los entrevistados. Puede que ese moderado optimismo sea la expresión de las ganas de vivir que tiene cada uno. Seguramente influye también una opinión ampliamente compartida en el carácter de desarrollo creciente de la Medicina y las ciencias afines (tabla 5.4.2.1).

La evolución de los índices de esperanza de vida puede seguir una tendencia lineal, aunque más bien dibuja una función curvilínea. Pero lo fundamental es que, en cada momento de esa evolución, operan más o menos unos u otros resortes para conseguir el deseado progreso. Hace un siglo fue el avance de las vacunas y luego la higiene y la alimentación lo que condicionó más el avance de la esperanza de vida. Hoy esos factores están saturados, al menos en un país como España al que siempre nos referimos. El gran factor que influirá en el futuro inmediato será lo que podríamos comprender en un sentido amplio como *educación sanitaria*, no solo en las escuelas sino a través de distintos medios. Es decir, el conjunto de la población es el sujeto de grandes cambios en el estilo de vida. A través de esas modificaciones será avanzar en

la lucha contra las enfermedades que hoy retrasan los ulteriores avances. Fundamentalmente nos referimos al cáncer y a la enfermedad circulatoria, realmente haces de muchas dolencias específicas. Se entenderá ahora por qué se resiste la curva temporal de esperanza de vida a seguir proyectándose como una función lineal. Hemos llegado a lo más difícil. Aun suponiendo que sean muy productivos los centros sanitarios, ahora tiene que colaborar el conjunto de la población con sus costumbres cotidianas.

Tabla 5.4.2.1	% dentro de 20 años la esperanza de vida superará fácilmente los 100 años		
% horizontales			
Encuesta a profesionales, 2004: categorías	muy probable	bastante probable	poco o nada probable
- Médicos	6	25	66
- Enfermeras	15	25	58
- Farmacéuticos	14	50	36
- Gerentes de hospitales	15	46	31
- Expertos de sanidad	4	30	65
- Socios del Círculo de la Sanidad	8	23	* 69
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	15	28	56

* grupo más escéptico

Tendencias y conclusiones

36. La extrapolación de los datos objetivos indica que va a ser muy laborioso superar los 100 años de expectativa de vida al nacer en 2024. La opinión dominante de la población entrevistada es que ese objetivo va a ser difícil de cumplir. Esa conclusión choca con las noticias que se difunden por los medios respecto a que la humanidad se acercará pronto al cumplimiento del mito de Matusalén.

5.4.3. La asistencia sociosanitaria

Una interesante evolución futura es la capacidad del sistema sanitario para avanzar todavía más en el campo asistencial. Por ejemplo, en la situación presente, la gran mayoría de los ancianos *no* están acogidos en residencias, quizá nueve de cada diez. La fórmula prevaleciente es que los ancianos vivan solos, atendidos por el servicio doméstico o los parientes. Esa fórmula es muy humana, pero puede que coloque una carga emotiva y económica muy fuerte sobre los hogares. En la encuesta indagábamos la posibilidad de que en 2024 “más de la mitad de los ancianos, de más de 70 años, estarán alojados en residencias”. Éramos conscientes de lo escasamente probable que puede ser ese objetivo, para el que se requiere una inversión gigantesca y sobre todo un cambio radical de costumbres. Sin embargo, una buena parte de los entrevistados señalan que esa meta es probable y quizá también deseable.

Algunos entrevistados nos han hecho ver un posible error de la pregunta, el que supone que la vejez empezará a los 70 años en el plazo considerado. Por lo menos comenzará a contarse a partir de los 80 años a efectos del internamiento en residencias. Parece una observación razonable. Aunque, durante los últimos lustros, se ha adelantado la edad de jubilación legal, la observación de la realidad nos dice que se está produciendo el movimiento contrario, por lo menos referido a la edad real de jubilación.

Algunos entrevistados insisten en que hemos puesto un límite poco realista, puesto que la tendencia va a ser que suba la edad de jubilación hasta acercarse a los 80 años. Recogemos el dato, aunque, de momento, no se ha generalizado esa tendencia a aumentar la edad de jubilación. Bien es verdad que hemos entrevistado a algunas personas muy activas y que han superado los 70 años, pero se trata de profesionales con una gran formación. La acumulación de conocimientos facilita el retraso en la edad de retiro.

Una vez más, sucede que los comentarios cualitativos son más cautelosos de lo que indica el resultado cuantitativo. Veamos algunas de esas cautelas o matices.

Un psiquiatra comenta que es bastante probable que dentro de 20 años la mayor parte de los ancianos estén alojados en residencias, pero no como las que ahora tenemos. “Serán más bien chalés atendidos de una forma más individualizada. Las grandes residencias no tendrán mucho sentido en el futuro”. Ese cambio

cuantitativo, de producirse, va a elevar todavía más el coste de alojar a los ancianos. Puede que se recurra a una práctica que todavía resulta extraña a nuestras costumbres. Consiste en que los ancianos canjean la propiedad de su vivienda por la opción a residir de por vida en una institución, atendidos profesionalmente. Es una práctica que equivale a reducir la herencia de los hijos u otros parientes, decisión que no se ve con buenos ojos en la tradición jurídica del Derecho Romano.

Un cardiólogo comenta: “La vejez es un concepto sociológico variable. La residencia tiene que cambiar para ser algo más que un parking de ancianos. La población quiere otra cosa muy razonable, que la residencia se parezca más a un hotel en el que haya un sistema de cuidados personales”. Una vez más, ese deseo es sumamente caro para los recursos actuales.

Un odontólogo calcula que es bastante probable la tendencia a atender en residencias a la mayor parte de los ancianos, pero adelanta una cautela: “Ese ideal solo se va a poder cumplir con un modelo similar al que tienen en Holanda. Cada residente en uno de esos centros para mayores lo ponen junto a otros de su mismo nivel de formación. Cuando se muere, esa misma plaza solo la puede ocupar otra persona con ese nivel de formación. Eso exige una cuidadosa organización”.

Un empresario del Círculo de la Sanidad se plantea la disyuntiva entre “verdaderas residencias o aparcamientos para viejos. Las residencias tendrían que evolucionar hacia una instalación de apartamentos con servicios comunes”.

Otra cosa es que muchas de las residencias actuales no cumplan la exigencia de una mínima atención. El director de un hospital privado comenta con acrimonia: “Las residencias deben estar realmente tuteladas por el Estado. Hay algunas en las que a los viejos les quitan las dentaduras para que no coman mucho”. El supuesto parece extraído de alguna película de humor negro.

El jefe de servicio de un hospital público considera que es poco probable que la mayoría de los ancianos se vayan a alojar en residencias, aunque sería deseable. “Haría falta mentalizar tanto a las familias como a los ancianos. Dado que casi todas las mujeres tienden a trabajar fuera de su hogar, la atención a los ancianos en casa no puede ser buena”. Gracias a la reciente oleada inmigratoria del exterior, de momento muchos hogares han logrado la asistencia a los viejos de una forma conveniente y relativamente económica.

Una directora de Enfermería expresa algunas dudas respecto a la posibilidad de contar con las residencias que vamos a necesitar en el futuro. “No estamos haciendo nada por prever este problema que se nos viene encima. De momento no hay suficientes residencias y cada vez hay más viejos. Sería bueno que hubiera algunas residencias dirigidas por enfermeras”. La iniciativa nos parece plausible. La sanidad asistencial no tiene por qué superponerse siempre a la estructura “medicalizada” de los hospitales.

Un empresario del Círculo de la Sanidad sostiene que “es imposible alojar a la mayoría de los ancianos en residencias”, tal como va la curva demográfica y la de los costes. Añade: “Hay que buscar fórmulas alternativas. La atención en casa es más barata y sobre todo más conveniente desde el punto de vista psicológico. Lo que pasa es que actualmente esa atención domiciliaria no está bien organizada”. Preciso es reconocer que lo de las residencias genera más noticias, más inauguraciones, más votos.

En el futuro se distinguirá mejor entre la atención en residencias y los centros sociosanitarios para personas mayores con problemas crónicos y con dificultades para la atención en sus casas. Esos centros podrán ser desempeñados básicamente por personal de Enfermería. De esa forma se podrán descongestionar los hospitales y también las residencias. Esos centros sociosanitarios supondrán un respiro para los hogares en los que sea difícil cuidar a las personas mayores.

Sobre este particular predomina un cierto optimismo en las opiniones de los entrevistados. El único escéptico es el de los gerentes de hospitales: el 62% considera “poco o nada probable” que la mayor parte de los viejos vayan a estar en residencias. Tampoco es muy alto el escepticismo, pero es que en todos los demás grupos predomina el optimismo respecto a la posibilidad enunciada. Francamente, mucho tendrían que cambiar las cosas en España para que dentro de 20 años hubiera varios millones de plazas en residencias geriátricas o como entonces se fueran a llamar. Desde luego, no parece razonable que se vaya a continuar con la denominación de “tercera edad”, un tanto despreciativa. Los más optimistas son los socios del Círculo de la Sanidad, los farmacéuticos y las enfermeras. En esos tres casos alrededor del 75% de los entrevistados cree que será “muy o bastante probable” alcanzar la meta propuesta en la pregunta (tabla 5.4.3.1).

Tabla 5.4.3.1	% dentro de 20 años más de la mitad de los ancianos (más de 70 años) estarán alojados en residencias		
% horizontales			
Encuesta a profesionales, 2004: categorías	muy probable	bastante probable	poco o nada probable
- Médicos	11	55	32
- Enfermeras	25	50	23
- Farmacéuticos	27	45	27
- Gerentes de hospitales	15	15	* 62
- Expertos de sanidad	4	48	39
- Socios del Círculo de la Sanidad	23	54	23
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	33	28	37

* grupo más escéptico

Tendencias y conclusiones

37. Los comentarios de los profesionales consultados expresan muchas cautelas y matices respecto a la posibilidad de que en 2024 la mayor parte de los ancianos estén alojados en residencias. Tendrá que variar el límite de la vejez (se retrasará) y también el concepto de residencia (serán más bien viviendas con servicios comunes).

38. Los datos cuantitativos indican que la mayor parte de los entrevistados consideran probable que en 2024 la mayoría de los ancianos vivan en residencias (o equivalentes).

5.4.4. El avance terapéutico: la curación del cáncer

El avance que supone curar una enfermedad como el cáncer (aunque existan muy diferentes tipos), constituye uno de los mayores logros de la Medicina actual. A través de ese resultado se abre la esperanza para enfrentarse con las otras enfermedades no propiamente infecciosas, que son la plaga de una sociedad envejecida. El tratamiento del cáncer ilustra muy bien la mejora en el diagnóstico, la quimioterapia, la radioterapia y la farmacopea, que son otros tantos hitos en el desarrollo de la Medicina actual.

Planteábamos a los entrevistados la posibilidad de que en el año 2024 se pudieran tratar con éxito la mayoría de los casos de cáncer. Como siempre, la opinión cuantitativa resulta bastante esperanzadora. Realmente cuesta poco decir que lo deseable es probable. Recuérdese la confusión que existe, en el hablar corriente, entre la expresión verbal “debe ser” (obligación moral o impulso deseable) y “debe de ser” (probabilidad). Muchas personas instruidas (incluso escritores de renombre) las intercambian sin mayores dudas. En el caso que nos ocupa sucede, asimismo, que los comentarios cualitativos plantean algunas dudas sobre la probabilidad del objetivo deseado.

Un psiquiatra insiste en que “hoy día se curan más del 50% de los tumores”. Quizá haya que precisar que “curar” significa aquí la probabilidad de una razonable esperanza de vida después de la intervención.

Un cardiólogo expresa su optimismo de esta manera: “El cáncer ya no tiene una connotación fatal. Si se llega a tiempo, se cura. Incluso cuando se llega tarde, hay un tiempo de supervivencia que puede superar los diez años”. Más que alargar la vida, el progreso verdadero está en haber mejorado la calidad de vida de los pacientes. Realmente, esa es la exigencia de las personas que han sido diagnosticadas de cáncer. Su preocupación no es tanto vivir un número de años como que la vida de esos años sea vivible.

Algunos entrevistados insisten en que ya se ha logrado tratar muchos tipos de cáncer con éxito. Naturalmente, el éxito debe medirse respecto a la ampliación de los años de vida después del tratamiento.

El director de una revista médica opina que no todos los cánceres se podrán vencer del mismo modo. “Ha disminuido el cáncer ginecológico pero porque se cuida mucho la prevención. Las mujeres van regularmente al ginecólogo; eso es definitivo”. La verdad es que las estadísticas recientes nos dicen que, edad por edad, ha disminuido mucho la incidencia fatal del cáncer en las mujeres, al tiempo que ha aumentado ese índice en los varones. De todas formas, dado el envejecimiento de la población, lo lógico es esperar que aumente la incidencia del cáncer en el conjunto de la población.

Un alto cargo de Sanidad es bastante escéptico respecto a la curación de la mayor parte de los tumores: “Surgirán otros tipos de cáncer. En todo caso, el inevitablemente proceso de envejecimiento hará que tengamos más cánceres en números absolutos”. La verdad es que ese proceso ha tenido lugar en el mundo conforme avanzan económicamente los países y ven aumentar la esperanza de vida.

Son varios los entrevistados - médicos y enfermeras- que sostienen la futura aparición de nuevos tipos de cáncer al tiempo que se van curando otros más clásicos o estudiados. El repertorio de enfermedades nos dice que se han erradicado muy pocas (la viruela y la poliomelitis), pero han aparecido otras nuevas. El auténtico progreso sanitario no equivale tanto a acabar con las enfermedades como en retrasar todo lo posible su poder letal. Naturalmente, ese avance debe ser correlativo de una mejora general de las condiciones de vida.

El director de un hospital privado apostilla que “venceremos al cáncer, pero habrá otras enfermedades raras que irán a más”. Habría que estar preparados para esa próxima ola de enfermedades que ahora son estadísticamente poco frecuentes. Así como el cáncer o la enfermedad coronaria aumentaron conforme retrocedía la incidencia fatal de las enfermedades infecciosas, algunas enfermedades “raras” dejarán de serlo. Es muy posible, incluso, que algunas enfermedades tropicales se extiendan a las zonas templadas.

Una directora de Enfermería estima bastante probable que se avance en la curación del cáncer, pero sin llegar a vencer del todo la enfermedad. “Yo soy un poco escéptica, más que nada porque dos familiares cercanos tienen ese diagnóstico y no confío mucho en que puedan salir adelante”. De todas formas, la pregunta trataba de indagar la posible situación para dentro de 20 años. Se supone que la investigación genética va a avanzar mucho en los próximos lustros. Como dato ilustrativo, se puede

advertir que varias de las personas entrevistadas - profesionales de prestigio- habían superado un cáncer años atrás. Curiosamente, todos ellos se consideran con “buena salud”, y señalan que eso es así porque han superado su dolencia y se sienten bien tratados.

Un psiquiatra cree bastante probable la curación del cáncer, “pero si la Iglesia permite la investigación genética y con embriones”.

Un odontólogo entiende que sería muy probable la completa curación de los cánceres “si se permitiera experimentar y curar con células madre embrionarias. Incluso se podría vencer el Párkinson. Es algo que se ha conseguido en ratones, el primer paso necesario para ese portentoso avance”.

Hay otras condiciones que permiten una lucha efectiva contra el cáncer, solo que se salen propiamente del campo de la sanidad. Entraríamos en el capítulo más amplio del *consumo*. Ahí entraría la limpieza del medio ambiente, el control de los riesgos del tabaco y del exceso de alcohol, la vigilancia de la dieta. El cáncer corresponde a un tipo de enfermedad que responden muy bien a la prevención tanto del funcionamiento de la sociedad como de la organización de la vida cotidiana.

Antes hemos visto que la población entrevistada era bastante cauta respecto a la ampliación de la esperanza de vida. Sin embargo, es muy general la opinión de que, dentro de 20 años, se van a tratar con éxito la mayor parte de los cánceres. Los grupos más optimistas son los socios del Círculo de la Sanidad (100% “muy o bastante probable”), los gestores de los hospitales (77% “muy o bastante probable”) y las personas hospitalizadas (85% “muy o bastante probable”). Curiosamente, los más cautelosos respecto a esa posibilidad son los médicos, con el 36% que consideran “poco o nada probable” la consecución del objetivo indicado. Aun así, como vemos, lo que predomina es el optimismo. La verdad es que hay evidencia de que muchos enfermos de cáncer sobreviven varios años a diagnósticos que antes eran considerados como fatales. Pero objetivamente queda mucho trecho por recorrer para erradicar los tumores malignos. De momento, los profesionales relacionados con la sanidad son bastante optimistas, o por mejor decir, se encuentran bastante esperanzados. Quizá ese optimismo general choque un poco con la tendencia observada en los datos estadísticos, sobre todo los de la población masculina (tabla 5.4.4.1).

Tabla 5.4.4.1	% dentro de 20 años la mayor parte de los tipos de cáncer serán tratados con éxito		
% horizontales			
Encuesta a profesionales, 2004: categorías	muy probable	bastante probable	poco o nada probable
- Médicos	23	40	36
- Enfermeras	23	55	23
- Farmacéuticos	5	68	23
- Gerentes de hospitales	31	46	15
- Expertos de sanidad	17	52	26
- Socios del Círculo de la Sanidad - (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	* 38	62	-
	28	57	11

* grupo más optimista

Tendencias y conclusiones

39. Es muy general la opinión de que, dentro de 20 años, se van a tratar con éxito la mayor parte de los cánceres. Curiosamente, el grupo menos optimista es el de los médicos. La cautela general es que se curarán algunos tipos de cáncer y otros serán más resistentes. Quizá el optimismo general de las respuestas choque un poco con la tendencia observada en los datos estadísticos, sobre todo los de la población masculina.

5.4.5. La organización hospitalaria: el controvertido objetivo de las habitaciones individuales

Una de las metas de la Sanidad futura es la mejora de la dotación hospitalaria. Un indicador podría ser la existencia de habitaciones individuales. Planteábamos a los entrevistados la posibilidad de ese hecho con el mismo horizonte temporal de 2024. En este caso las opiniones no se decantan tanto del lado optimista, suponiendo que lo fuera el objetivo propuesto. Por lo menos se puede convenir que no es deseable, ni posible, el mantenimiento de la pauta tradicional de las habitaciones compartidas por más de dos enfermos.

El director de una revista médica cree posible el *desiderátum* de las habitaciones individuales, “puesto que hace 20 años las habitaciones eran todas de más de dos camas; ahora tenemos muchas de dos”.

Un comentarista de asuntos sanitarios subraya que es muy realista la anticipación de habitaciones individuales. “No puede ser de otra forma. La idea de compartir una habitación es muy molesta. La tendencia está clara. Hemos pasado de habitaciones de seis a habitaciones con dos. Ahora se exige el baño. Vamos al modelo de los hoteles. Mi padre era el médico de un importante hotel de Madrid. Exigió que todas las habitaciones tuvieran baño y teléfono. Era a principios del siglo XX. La exigencia sonaba entonces a cosa de un loco”.

Una enfermera de un hospital público ve bastante probable el objetivo de las habitaciones individuales: “Dentro de 20 años habrá poca gente que tenga una larga estadía en un hospital. La asistencia será fundamentalmente ambulatoria. Tanto es así que es previsible el cierre de algunos grandes hospitales. En cuyo caso los que queden se remodelarán mejor y habrá lugar para habitaciones individuales”.

Un cardiólogo precisa que “ya hay muchos hospitales que caminan hacia ese estándar de la habitación individual. Es un problema de remodelación de las instalaciones”. La dificultad está en que esa remodelación no es hacedera si no disminuye la demanda hospitalaria y no se acorta el tiempo de estadía.

Un alto cargo de Sanidad ve bastante probable que se vaya hacia el modelo de habitaciones individuales. “La razón será más bien electoral. Se trata de una ilusión de

mucha gente. De todas formas, en la remodelación de los hospitales las habitaciones serán más pequeñas”.

Una directora de Enfermería sostiene que “las habitaciones deberían ser individuales, pues los pacientes requieren intimidad. Pero ese objetivo lo veo difícil”. Se supone que el obstáculo principal es presupuestario. Sin embargo, es cierto que durante los últimos lustros se ha notado un avance en la reducción del número de pacientes por habitación. Las salas hospitalarias colectivas son cosa del pasado. Aun así, el salto hacia habitaciones individuales no es fácil, ni tampoco es firme la opinión sobre su conveniencia.

Son muchos los entrevistados que, aun reconociendo la conveniencia de las habitaciones individuales, afirman que “no hay dinero” para pagar esa reforma.

Un empresario del Círculo de la Sanidad se muestra bastante escéptico respecto a la posibilidad de las habitaciones individuales: “No hay capacidad económica para ese objetivo. Lo ponen en los planes directores, pero después no se cumplen”.

Otro empresario del Círculo de la Sanidad nos recuerda que ya se ha conseguido prácticamente que las habitaciones sean de dos camas, lo que supone un módulo muy conveniente. Añade que las habitaciones estrictamente individuales no representan el progreso que a veces se supone. “Al menos debe preverse una cama junto a otra para el acompañante. Ese sistema ahorra mucho trabajo de enfermería”. En esos casos habría que investigar bien la opinión de los pacientes. Sería interesante comprobar cuántos hospitales cuentan con estudios continuos para calibrar la opinión de su clientela, al menos el perfil de datos biográficos al que responden los pacientes.

Un gerente de un hospital público comenta que ha hecho algún estudio sobre el particular. “Alrededor del 9% de los usuarios consultados prefieren estar solos en una habitación. El resto - que suelen ser mayores- prefieren estar en la habitación con otro paciente”. Debe reconocerse que el valor de la intimidad es alto, pero un enfermo quizá anteponga el valor de sentirse protegido, incluso el valor de la compañía.

La directora médica de un hospital público, aunque cree probable la tendencia hacia las habitaciones individuales, advierte que “hay pacientes que nunca deben

estar solos". En ese caso la opinión que debe contar es la de los médicos y enfermeras.

Un empresario del Círculo de la Sanidad insiste en que la mejor fórmula es la de habitación compartida con otra persona, al menos con el acompañante.

Un médico considera muy probable que las habitaciones tienden a ser individuales, "pero seguirán metiendo a dos enfermos en cada una".

Un empresario del Círculo de la Sanidad anticipa que "en el futuro las habitaciones de los hospitales serán como las de los hoteles: de dos camas. Los españoles prefieren una habitación de hospital con una cama. Pero los otros europeos [en los mismos hospitales] desean mejor habitaciones con dos camas".

Una de las personas que han estado hospitalizadas recientemente razona así: "El deseo de privacidad está bien, pero no es el valor supremo. Es mejor estar acompañado de otro enfermo en la misma habitación; así ambos se ayudan".

Un odontólogo no ve muy probable que se avance en esa dirección de las habitaciones individuales: "Por lo menos no se trata de un avance imprescindible. Lo primero es la atención al paciente e introducir la tecnología imprescindible. Es tal el incremento esperado de la población vieja que no habrá más remedio que mantener las habitaciones dobles. Solo en algunos casos extremos deben habilitarse habitaciones individuales. Pero lo fundamental es que las condiciones sanitarias sean buenas".

Un director de Enfermería considera poco probable que se logre el objetivo de las habitaciones individuales. "Se debería tender a ello, pero como un elemento complementario. Hay problemas más importantes que resolver en el sistema sanitario". Ciertamente es que no se trata de una cuestión central. La hemos propuesto como estímulo para hacer pensar a los entrevistados. La verdad es que estamos muy lejos de la firmeza en la opinión que se muestra en otros extremos de las entrevistas.

Un comentarista de cuestiones sanitarias ve poco probable la tendencia hacia habitaciones individuales. Lo argumenta así: "La tendencia es hacia menos hospitales, tal como ahora los tenemos. Se camina hacia la hospitalización domiciliaria, la cirugía

ambulatoria. Habrá muchos hospitales sin camas, por lo que no va a ser relevante la cuestión de las habitaciones individuales”.

En la misma línea del comentario anterior, un farmacéutico de un hospital público entiende que es poco probable que se llegue a las habitaciones individuales en la asistencia hospitalaria. Es más, piensa que “la asistencia sanitaria que va a predominar en el futuro es la domiciliaria o la ambulatoria”. No deja de ser curioso que esa anticipación (con la que concuerdan algunos otros entrevistados) supone una cierta recuperación de la terapéutica tradicional.

El director de una importante aseguradora nos decía que el plan de habitaciones individuales en los hospitales es un “sueño ilógico, no significa necesariamente una mejora de la calidad”. Su opinión coincide con la de otros muchos entrevistados sobre la excelencia del sistema de habitaciones dobles. No supone ningún hacinamiento y el compañero de habitación puede ser una gran ayuda material y moral. La polémica registrada sobre las habitaciones hospitalarias es un buen ejemplo de cómo la solución de “gastar más” no tiene por qué equivaler a la de “gastar mejor”. El dato es que en algunas comunidades autónomas (Extremadura, por ejemplo) la dotación hospitalaria de habitaciones individuales pase a ser una promesa de los programas electorales. Ya hemos visto que, en una encuesta general, los pacientes de los hospitales se quejan del hecho de tener que compartir la habitación con otras personas (Sastre 03).

Las múltiples cautelas y especificaciones que acabamos de señalar explican que en este caso los entrevistados no sean tan optimistas respecto al futuro como en otros. Lo que ocurre es que, ante este supuesto, encontramos grandes diferencias entre los distintos grupos entrevistados. El grupo más optimista es el de los socios del Círculo de la Sanidad: el 69% ven “muy o bastante probable” que se consiga relativamente pronto el objetivo de las habitaciones individuales. Como contraste, esa proporción solo llega al 34% en el caso de las personas recientemente hospitalizadas. Los médicos son también poco optimistas (39% “muy o bastante probable”). La discrepancia tan grande entre unas y otras categorías de entrevistados obedece, quizá, a que algunos entrevistados piensan que el objetivo de las habitaciones individuales no es tan deseable como parece (tabla 5.4.5.1).

Tabla 5.4.5.1	% dentro de 20 años la mayoría de las habitaciones de los hospitales públicos serán individuales		
% horizontales			
Encuesta a profesionales, 2004: categorías	muy probable	bastante probable	poco o nada probable
- Médicos	9	30	58
- Enfermeras	10	33	58
- Farmacéuticos	5	36	59
- Gerentes de hospitales	31	23	46
- Expertos de sanidad	26	26	43
- Socios del Círculo de la Sanidad	* 38	31	31
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	15	19	65

* grupo más optimista

Tendencias y conclusiones

40. Los entrevistados son más bien pesimistas respecto a la posibilidad de que en 2024 la mayoría de las habitaciones de los hospitales públicos serán individuales. El comentario general es que la tendencia deseable y posible es hacia las habitaciones de dos camas. Chocan dos valores: el de la intimidad y el de la compañía o la ayuda que supone la habitación de dos pacientes. El grupo de los médicos es el menos optimista respecto a que en el futuro se tienda hacia habitaciones individuales en los hospitales.

5.4.6. La organización hospitalaria: hacia el modelo de gestión privada (fundaciones)

Hace algunos años se introdujo en algunos hospitales públicos el modelo inglés de las “fundaciones” o de gestión privada. El asunto es sobremanera polémico. Por un lado, se impone la necesidad de organizar los centros sanitarios con criterios de productividad y de evaluación de resultados. Por otro, los críticos aducen que el proceso curativo no puede subsumirse en el sistema de producción general. Hay opiniones para todos los gustos, si bien la población entrevistada se manifiesta claramente a favor del modelo de gestión privada.

Somos conscientes de que en esta pregunta la probabilidad se confunde con la deseabilidad. La regla general es que el público suele entender como probable (puede ocurrir) lo que considera deseable. Recuérdese la manida expresión de “espero y deseo”. Pero, en este caso de las “fundaciones” o similares, algunos entrevistados remachan que “es bastante probable... desgraciadamente” o expresiones parecidas. Más rara es la combinación de “poco probable... pero me gustaría”. De todas formas, la pregunta indaga solo la probabilidad. Más adelante trataremos la dimensión del deseo (cap. 5.6.4).

Un traumatólogo cree muy probable el modelo de gestión privada que él interpreta así: “El centro debe depender de un gestor que sepa imponer disciplina; no tiene por qué ser médico. El actual sistema de ambulatorios con médicos que son funcionarios es un derroche. Lo mejor sería un sistema de *consulta competitiva* y que el Estado pagara un tanto por paciente. Se podría establecer un baremo de acuerdo con los Colegios Médicos. De esa forma, el médico que trabajara más, ganaría más”.

El jefe del Servicio de Cirugía de un hospital público opina que “el modelo de gestión privada es mejor, pero habría que mirar bien la satisfacción de la gente y el rendimiento”. Desde luego, los aspectos de satisfacción de la clientela y de rendimiento del personal son inseparables del modelo empresarial.

Un cardiólogo comenta: “Partimos de un modelo de organización muy rígido. En la época del PSOE [1982-1995] se empezó a ver que la gestión era poco ágil y que había que ir hacia una ingeniería de gestión empresarial. En ello estamos”. Es algo que se ha desarrollado después, en la época del PP (1996-2004), con no pocas críticas por parte de la izquierda.

Una enfermera condiciona la tendencia hacia el modelo de gestión privado en la Sanidad: “Todo depende de que continúe el PP en el Gobierno”. [La entrevista se hizo antes de las elecciones del 14 de marzo de 2004, ganadas por el PSOE. Es cosa sabida, pero debemos respetar el contexto en el que se hizo la afirmación recogida].

Un comentarista de cuestiones sanitarias considera bastante probable el tipo de fundaciones sanitarias, pero añade que “tienen que ser pequeños hospitales comarcalizados. El gran hospital queda solo para algunas intervenciones quirúrgicas”.

Un empresario del Círculo de la Sanidad anticipa la tendencia futura: “Las fundaciones no han tenido mucho éxito, pero el futuro va por ahí. Se crearán microhospitales y centros de cirugía ambulatoria en torno a los grandes hospitales. En todos ellos la clave va a estar en el personal de Enfermería, sobre todo el de atención domiciliaria, que es lo que más se va a desarrollar”.

Otro empresario del Círculo de la Sanidad especifica que “se va hacia ese concepto de una gestión privada, aunque no seguirá la figura actual de las fundaciones, sino otros modelos”.

El director de una revista médica matiza: “Todo depende de qué gobierno dependan los hospitales. Por ejemplo, los siete nuevos hospitales de Madrid van a tener una gestión privada”. La entrevista se hizo en enero de 2004. Después de esa fecha, las autoridades de la Comunidad Autónoma de Madrid han declarado que la gestión de esos hospitales va a ser pública, lejos del modelo del Hospital de Alzira.

Un odontólogo contesta que le parece probable caminar en esa dirección de las fundaciones, aunque percibe que puede haber otros modelos similares. “Por ejemplo, las *entidades colaboradoras* de algunas grandes empresas de servicios han supuesto un notable ahorro. Reciben un dinero del Estado y ellas ponen un suplemento para atender a los pacientes. De esa forma los pacientes se encuentran bien atendidos con una gestión privada y con libertad de elección. Esa fórmula se podría extender todavía más”.

Un director de Enfermería opina que “si no se dota al sistema público de herramientas organizativas flexibles, aparecerán las fundaciones”. Es la opinión desengañada del funcionario que ve en las fundaciones el remedio imprescindible

- casi se podría decir el mal menor- cuando el sistema público se deteriora. No deja de ser una apreciación realista.

Una de las personas que han estado hospitalizadas recientemente ve bastante probable el futuro de los centros con gestión privada y añade: “Que conste que yo tengo una experiencia muy buena de la sanidad pública, pero se impone la gestión privada. Hasta las cárceles en los Estados Unidos se acogen a ese modelo”.

El director de una importante aseguradora resalta la necesidad de una tarjeta sanitaria común para todo el territorio nacional, que incluso pronto debe servir para toda Europa. En su opinión, la sanidad mejoraría mucho con ese dispositivo tan simple de tipo informático. “Muchos médicos se resisten a esa Medicina digitalizada. De momento, hay varias tarjetas sanitarias que no sirven de una autonomía a otra. Con las autonomías hemos ganado en atención al paciente, pero no hemos dado el salto de tener información digitalizada en los centros sanitarios”. Estamos empezando la fase de generalizar las “tarjetas sanitarias” no solo para todas las comunidades sino para todos los países europeos. No basta solo con la posibilidad de acceso a cualquier centro sanitario sino que el centro pueda contar automáticamente con la historia clínica del paciente, venga de donde venga. Hay mucho camino por recorrer.

El director de un hospital privado arguye que “solo hay un modelo. En los hospitales todos deben estar representados los intereses: médicos, aseguradoras, ciudadanos, etc. Es la única forma para conseguir calidad. Las fundaciones actuales solo van por la rentabilidad, no tanto por la calidad. Al final se trata de comparar los resultados médicos; todo lo demás es parafernalia”.

Una farmacéutica ve poco probable que se generalicen las fundaciones sanitarias. “Todo depende de la política, que está sometida a vaivenes cíclicos. Ahí tenemos el ejemplo de Cataluña, donde se ha desarrollado mucho el modelo privado, pero choca contra los principios socialistas”. [El Gobierno catalán, formado por tres partidos de izquierda, lo preside un socialista].

Un psiquiatra no considera probable que se generalice el modelo de gestión privada, “por lo menos mientras los políticos dirijan la Sanidad y coloquen a sus amigos. Con el sistema actual hay un gran descontento respecto a los ingresos de los médicos. Para poder vivir, es necesario tener un cupo mínimo de 2000 cartillas. Eso es imposible si uno quiere atender bien a todos los que se presentan. Lo que salva un

poco la situación es que solo el 6% de los que vienen a la consulta constituyen verdaderos problemas de salud. El resto es cosa de rutina”.

El director de una revista médica remacha coloquialmente que “no es probable que vaya a haber más fundaciones [sanitarias], ni de coña”. Añade una consideración general de interés: “La salud es cultura y quizá también influencia del medio ambiente. En España se fuma mucho más que en Estados Unidos y sin embargo nuestra esperanza de vida es más alta”.

No es fácil aplicar criterios estrictos de rendimiento y productividad en el sistema sanitario cuando tan complicada es la medición de conceptos centrales como salud, dolor, sufrimiento, curación. La dificultad se acrece porque en la sanidad futura se va a reforzar lo que es ya un rasgo del presente: la mayor capacidad decisoria de los pacientes. Ya no cabe una sanidad paternalista, en la que el médico tenía la autoridad omnimoda. Esa autoridad es hoy compartida dentro de la organización sanitaria que debe guiarse con criterios empresariales. Se debe orientar, además, por el principio de que los pacientes deben estar informados de todas las decisiones que les afecten. Esas nuevas condiciones complican extraordinariamente la tradición galénica. Por ejemplo, se corre el peligro de que algunos profesionales se inhiban de tomar decisiones terapéuticas por temor a las posibles responsabilidades civiles. Determinados avances científicos pueden verse detenidos por la posible oposición de los principios éticos, ahora bioéticos. Los avances científicos no tienen que ser necesariamente buenos. Con todo ello queda arrumbada la vieja noción de la autonomía del profesional liberal, en este caso del médico. El cambio puede ser bienvenido, pero hay que pagar elevados costes.

El correlato de la mayor autonomía y capacidad de exigencia por parte de los pacientes - ahora más bien clientes- es una nueva responsabilidad que cae sobre ellos. Muchas patologías son causadas en buena parte por la conducta de las personas que las sufren. Ese es el sentido de la expresión “ la salud es cultura”.

Paradójicamente, esa nueva interpretación clínica arroja la culpa del malestar sobre el paciente. Si enferma es porque no ha cuidado suficientemente sus hábitos dietéticos o higiénicos. En ese caso el médico adquiere una nueva capacidad, la de ser una especie de juez que pronuncia sentencia sobre las acciones cotidianas del paciente. La situación puede llegar a ser tensa, a crear un nuevo malestar donde no existía. Pasamos a una figura médica - realmente un equipo sanitario- que no solo

está para curar sino para prevenir. Habrá que advertir que ese tipo de sanidad preventiva puede ahorrar mucho dinero pero requiere cuantiosas inversiones.

El optimismo respecto al desarrollo futuro de la sanidad llega con esta predicción de la generalización del modelo de la gestión privada. Sin duda, ha calado en la opinión la virtud del *management*. Los más optimistas son los socios del Círculo de la Sanidad: 84% “muy o bastante probable”, pero en los demás grupos predomina también el optimismo, sin grandes diferencias entre ellos. De todas formas, resulta interesante el dato de que los gerentes sean los más cautelosos respecto a ese desarrollo. El 38% de ellos consideran “poco o nada probable” la generalización de las fundaciones sanitarias (o como quiera que se vayan a llamar). Por otra parte, la misma proporción de los gerentes ven “muy probable” el desarrollo indicado. En general, se debe concluir que la opinión de los distintos grupos es más bien proclive al modelo de gestión privado (tabla 5.4.6.1).

Tabla 5.4.6.1	% dentro de 20 años habrá cada vez más centros sanitarios públicos con el modelo de gestión privada (tipo fundaciones)		
% horizontales			
Encuesta a profesionales, 2004: categorías	muy probable	bastante probable	poco o nada probable
- Médicos	26	57	13
- Enfermeras	30	40	25
- Farmacéuticos	14	64	18
- Gerentes de hospitales	38	23	38
- Expertos de sanidad	35	43	22
- Socios del Círculo de la Sanidad	* 46	38	15
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	30	48	17

* grupo más optimista

Tendencias y conclusiones

41. La mayor parte de los profesionales consultados consideran probable que en 2024 habrá cada vez más centros sanitarios públicos con el modelo de gestión privada (tipo fundaciones). Más que en el modelo estricto, insisten en la tendencia a generalizar los criterios de productividad y de gestión empresarial. Lo que parece claro es que el sistema actual de gestión que se sigue en los centros públicos merece abundantes críticas.

5.5. Algunos consejos sobre la salud

La encuesta sobre la que se basa este informe examina más las tendencias de la sanidad que las de la salud. No obstante, cabe un par de observaciones sobre la salud que suelen ser muy discutidas: (a) la sobremedicación y (b) el uso moderado de las bebidas alcohólicas. Si hiciéramos caso a la conducta que se sigue, anotaríamos que mucha gente toma antibióticos en casos de gripe y consumen bebidas alcohólicas, por lo menos en cantidad moderada. Pero no se trata de registrar hábitos sino opiniones de personas con una carrera profesional, en la mayor parte de los casos relacionada con el sector sanitario.

5.5.1. Un ejemplo de sobremedicación: los antibióticos en caso de gripe

Es evidente que la población española se ha acostumbrado a los efectos drásticos de los antibióticos para combatir todo tipo de infecciones, incluso las más benignas. Ese hábito ha llevado a la práctica de consumir muchos fármacos sin receta, incluso los que deberían requerir la prescripción médica, como en buena parte es el caso de los antibióticos. De ahí se ha generalizado la creencia de que también los antibióticos se deben administrar en los casos de gripe, tan benignos como frecuentes. La opinión generalizada de los profesionales es que ese recurso no es aconsejable, pero la realidad va por otro lado. No se olvide que la práctica de la automedicación no es siempre tan nociva como se puede juzgar desde una perspectiva médica. La automedicación puede constituir un elemento de eficiencia del sistema sanitario. A veces lo que llamamos automedicación puede ser simplemente el consejo del farmacéutico, que es gratis y que ahorra mucho dinero de consultas médicas.

Un empresario del Círculo de la Sanidad asegura que “en los centros sanitarios de las Fuerzas Armadas utilizan antibióticos que hacen ellos y les va muy bien”.

Una farmacéutica asegura que “en algunos casos sí es recomendable tomar antibióticos, pero por las complicaciones que puede traer una gripe”.

El director de una revista médica insiste: “Los antibióticos son malos en caso de gripe, pero para la salud de todos. De esa forma se crean resistencias en la población que luego se van a heredar. Hay que valorar mejor los efectos adversos de muchas decisiones médicas. Por ejemplo, ahí está el caso de las operaciones de reducción de estómago en los obesos. No se les dice que son operaciones de mucho riesgo”.

Un cardiólogo, aun reconociendo que los antibióticos no están indicados para la gripe, matiza: “Lo mejor es un retroviral, pero Sanidad aún no lo ha aceptado. De todas formas, esto es un cajón de sastre. Hay individuos con enfermedades respiratorias crónicas que pueden demandar antibióticos”. Muchos entrevistados insisten en que la pregunta plantea una dicotomía demasiado simplista. La casuística es muy variada. Vista la pregunta a toro pasado, hemos de aceptar que su formato se acerca a la clásica “pregunta de examen”; es la que se desaconseja en una encuesta. No obstante, se trataba de ofrecer un estímulo para que los entrevistados pudieran comentar otros aspectos sobre uso racional de los medicamentos.

En efecto, estamos ante una pregunta que puede ser “de examen” para los profesionales ajenos a la sanidad, y efectivamente la cuarta parte no la contestan. Pero, en conjunto, es prácticamente unánime la opinión de que los antibióticos no son un remedio infalible para la gripe. Es evidente que, si fueran un remedio eficaz, no se darían los millones de casos de gripe todos los años. Hasta la publicidad farmacéutica en caso de gripe avisa de que sirve solo para “eliminar algunos síntomas”. Pero ya es de dominio común que el virus de la gripe resulta invencible frente a los antibióticos. Lo sorprendente es que muchas personas sigan tomando antibióticos para los estados griposos, quizá por la facilidad real para obtener esa medicina sin receta. También puede ocurrir que se confundan muchas veces los síntomas de la gripe con los de otros procesos catarrales. Estamos en un campo donde se generaliza la automedicación (tabla 5.5.1).

Tabla 5.5.1	% es bueno para la salud tomar antibióticos en caso de gripe; es un remedio que no falla		
% horizontales			
Encuesta a profesionales, 2004: categorías	de acuerdo	en desacuerdo	dudoso o no contesta
- Médicos	2	96	-
- Enfermeras	-	100	-
- Farmacéuticos	5	95	-
- Gerentes de hospitales	-	100	-
- Expertos de sanidad	-	100	-
- Socios del Círculo de la Sanidad	15	85	-
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	2	61	24

Tendencias y conclusiones

42. La opinión de los profesionales consultados es prácticamente unánime respecto al rechazo de que “es bueno tomar antibióticos en caso de gripe”. Esa creencia es muy popular y va en la dirección de favorecer la sobremedicación y la automedicación.

5.5.2. El alcohol prandial

Ha sido muy discutido el efecto que pueden producir las bebidas alcohólicas en la salud. Es evidente, que una dosis inmoderada de alcohol resulta dañina, no solo por sus efectos directos sobre el metabolismo sino porque desplaza el apetito de comer. Pero una dosis moderada de alcohol, principalmente en torno a la comida (el *prandium* latino, que era el almuerzo y luego cualquier comida) puede resultar beneficiosa. Se excluyen de esa benéfica relación los niños y en general las personas con dificultades para metabolizar el alcohol. De todas formas, el punto de vista de este informe no es el de establecer esa relación con la salud, sino el de certificar cuál es el estado de opinión dominante en los diferentes grupos de personas entrevistadas. Recordemos que, por definición de la muestra, la mayor parte son profesionales con un papel destacado en el sector sanitario. Pues bien, la impresión general es que, aun en ese núcleo de profesionales, sigue siendo sustanciosa la creencia tradicional de que el alcohol es malo para la salud, incluso en dosis moderadas. La pregunta era si “el consumo regular de una cantidad moderada de alcohol” era bueno o malo para la salud. La pregunta es un tanto ambigua. ¿Qué es una “cantidad moderada”? La verdad es que ni siquiera los científicos han acordado qué medida (gramos de alcohol equivalente) es la moderada. Interviene mucho el tipo de persona, su salud e incluso la cultura a la que pertenece.

Varios entrevistados se quejan - con razón- de lo ambiguo que resulta la calificación de “moderada”. Insisten en que esa “cantidad moderada” no es lo mismo para personas sanas o enfermas, de uno u otro sexo, de distinta edad, etc. naturalmente, en la encuesta no podíamos especificar ese baremo completo. Más que de una medición, se trataba de una impresión, la que espontáneamente comunicaba el entrevistado.

Algunos entrevistados nos han llamado la atención sobre la impresión negativa que produce la palabra “alcohol”. Vienen a decir que, si en lugar de “alcohol”, se hubiera mencionado “vino, cerveza o licores”, la gente estaría más dispuesta a reconocer que toma una cantidad moderada de alcohol. Otros entrevistados insisten en que el alcohol beneficioso es el que se toma con las comidas, sea como aperitivo, acompañamiento o digestivo. Es lo que técnicamente se denomina “alcohol prandial”.

El director médico de una aseguradora matiza: “El efecto del alcohol depende mucho del tipo de persona. Algunos confunden el sexo con el género. Cierto es que

debe haber una igualdad jurídica y social entre varones y mujeres, pero las mujeres no pueden tomar tanto alcohol como los varones; el sistema hepático es distinto en uno u otro sexo”.

Algunos entrevistados insisten en que no solo debe tomarse una cantidad moderada de alcohol sino que la bebida sea de buena calidad. Es claro que la ingesta “de garrafa” no puede ser buena para el cuerpo.

Algunos entrevistados que están de acuerdo con la bondad de una cantidad moderada de alcohol insisten en que la norma debe ser la de beber con la comida. Puestos a detallar, se quedan con “un vaso de tinto con la comida”. Todavía algunos remachan que el vino debe ser tinto para que sus efectos sean benéficos.

Un odontólogo establece que “un vaso y medio diario de vino o equivalente para los hombres y un vaso para las mujeres es una medida excelente como cardioprotector. Dentro de ese límite tampoco se puede decir que engorde”.

Algunos entrevistados precisan que *no* toman alcohol de modo regular, aunque solo “alguna copita en las comidas” o “alguna bebida de vez en cuando”. Quizá moleste el reconocimiento de la ingesta regular o habitual de bebidas alcohólicas.

Un cardiólogo acepta la bondad de una dosis moderada de alcohol, pero “con tal de que lo tolere el individuo en cuestión”.

El director de un hospital privado está de acuerdo con la bondad de una cantidad moderada de alcohol, pero matiza: “Siempre que coma, el alcohol junto a la comida. En Arnedo - la capital del vino, en La Rioja- no hay cirrosis”.

En una reciente encuesta de alcance nacional, al 75% de los entrevistados les parece bien la costumbre de “tomar vino con la comida para hacerla más gustosa”. El 58% está de acuerdo con el uso de alguna bebida alcohólica como aperitivo. Los que están en contra de esas costumbres no pasan del 10%. No se indica que sean tantos los que sigan esos hábitos, sino que se aprueban socialmente. Curiosamente, en ese tipo de aceptación de la costumbre del alcohol prandial no hay diferencias apreciables entre varones y mujeres, por lo menos hasta los 65 años. Otra cosa es la proporción de los que les gusta personalmente tomar vino en las comidas. Son el 37% de la

población, pero el 49% de los varones y el 26% de las mujeres. La diferencia según el género se marca de la misma manera en todos los grupos de edad (De Miguel 02a).

En punto a los posibles efectos sobre la salud de una ingesta moderada de alcohol los datos cuantitativos muestran lo que podríamos llamar división de opiniones. Los médicos, farmacéuticos y sobre todo los socios del Círculo de la Sanidad se muestran favorables a una posición positiva respecto al efecto beneficioso del alcohol. Desde luego, siempre se subraya que se trata de una cantidad *moderada*. Los entrevistados mismos suelen insistir en ese adjetivo. Los expertos en sanidad muestran una equivalencia entre las dos posiciones. Las enfermeras, los gerentes de hospitales y sobre todo los profesionales que han estado internados se inclinan más bien por rechazar la posibilidad indicada. Es natural que en conjunto no se observe una opinión decantada hacia uno u otro lado, pues todavía es objeto de discusión dentro de la comunidad científica. Los supuestos beneficios (cardiosaludables) de la ingesta moderada de alcohol se han obtenido en experimentos recientes, que todavía no han llegado al gran público. Se discute mucho la presunta bondad de uno u otro tipo de alcohol, así como los gramos que se consideran una ración “moderada”. Quizá la tolerancia no sea la misma en todos los tipos de adultos sanos (tabla 5.5.2.1).

Tabla 5.5.2.1 % horizontales	% es bueno para la salud consumir regularmente una cantidad moderada de alcohol			% consumen alcohol de modo regular
	de acuerdo	en desacuerdo	dudoso o no contesta	
Encuesta a profesionales, 2004: categorías				
- Médicos	53	47	-	36
- Enfermeras	48	53	-	23
- Farmacéuticos	50	45	5	32
- Gerentes de hospitales	46	54	-	38
- Expertos de sanidad	48	48	6	26
- Socios del Círculo de la Sanidad	* 69	31	-	43
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	24	52	24	17

* grupo más a favor

Puede resultar ilustrativo el dato de que las personas entrevistadas por su relación con la sanidad dan porcentajes muy bajos como consumidores regulares de alcohol. Oscilan entre el 43% para los socios del Círculo de la Sanidad y el 23% para

las enfermeras. Todavía es algo más bajo en el caso de las personas que han estado hospitalizadas (17%), pero se entiende que sea así por su estado de salud.

Tendencias y conclusiones

43. Respecto a los posibles efectos sobre la salud de una ingesta moderada de alcohol, los datos de la encuesta revelan una división de opiniones. Los médicos, farmacéuticos y los socios del Círculo de la Sanidad ven más los efectos beneficiosos del alcohol en dosis moderadas. Puede resultar ilustrativo el dato de que los entrevistados dan porcentajes muy bajos como consumidores regulares de alcohol.

5.6. Medidas de política sanitaria

El análisis de las tendencias en la situación sanitaria española se completa con las medidas de política sanitaria que se deberían tomar. En algún caso se trata de apoyar o rechazar medidas actualmente en vigor, como la reducción del consumo farmacéutico. En otros hay que aceptar uno u otro planteamiento de algunas medidas polémicas, como el copago o el modelo de gestión privada. Se trata ahora del deber ser, no tanto de observar ciertas tendencias. En todo caso, las tendencias futuras se podrán inferir si se presume que los profesionales sanitarios tienen alguna influencia en el desarrollo de la política sanitaria. No es de extrañar que ahora las opiniones aparezcan más encontradas. La experiencia profesional y la identificación con una u otra posición política contribuyen a modular las distintas opiniones.

5.6.1. La contención en el consumo de fármacos

La “factura farmacéutica” ha crecido más de lo esperado durante los últimos tiempos. Debe recordarse que el grueso del consumo va a parar a la población jubilada, lo que significa que el monto mayor del gasto acaba recayendo sobre los impuestos. No solo es preocupante el gravamen económico, sino los males para la salud que puede ocasionar la sobremedicación.

Muchas veces el consumo de fármacos sirve de tratamiento alternativo para que los pacientes no reciban otra forma de atención sanitaria. Esa función alternativa puede ser positiva (determinados medicamentos hacen innecesarias ciertas operaciones quirúrgicas) o negativa (el consumo de ciertos medicamentos sirve de tranquilizante para el paciente mal asistido). En el segundo caso estaríamos ante el conocido “efecto placebo” de la medicación en sí misma, frente a otros tratamientos más agresivos o invasores. A veces ese mismo efecto se logra ya con la posesión de la receta, lo que supone que el paciente ha recibido alguna forma de atención médica. En todo caso, se complica un poco la conclusión que estima como preocupante el constante aumento del gasto farmacéutico. Si se redujera drásticamente ese gasto, protestarían los laboratorios, los farmacéuticos, los médicos y los pacientes, cada uno por una razón distinta. Se alegrarían quizá los contribuyentes, pero para el caso los

contribuyentes no tienen alma, es decir, no tienen conciencia de sus intereses comunes como los tienen los otros grupos que indicamos. Lo que pasa es que no se puede mantener un sistema que garantice la práctica gratuidad de todos los medicamentos a los jubilados. Puede que ese principio sea bueno desde algún punto de vista de los principios, pero sencillamente no hay Estado que pueda garantizar mucho tiempo ese funcionamiento de los “medicamentos gratis” para los jubilados, que son los grandes consumidores de fármacos. Hay una razón primera para que el Estado no financie todos los medicamentos y es que, de esa forma, se contendría un poco la sobremedicación, el consumo de fármacos en exceso por algunas personas. Una razón adicional se apoya en el principio de que no todos los medicamentos son esenciales para mantener la salud y no todos son igualmente eficaces, sobre todo cuando se parte de un alto nivel de consumo, como es el que corresponde a España. Es más, en determinadas circunstancias la administración de un medicamento puede ser nociva. No se olvide el símbolo de la Farmacia: una serpiente venenosa. El *fármakon* es tanto veneno como medicamento. Por eso es tan importante en la farmacopea la dosis: pesar con el escrúpulo.

Se han tomado distintas medidas de control (principalmente el uso de medicamentos genéricos), pero sus efectos sobre el consumo han sido muy limitados. Interviene más el precio de los recientes fármacos más caros y eficaces, el envejecimiento de la población y la llegada masiva de inmigrantes. En muchos casos el uso de los medicamentos se generaliza como un medio alternativo para subsanar el escaso tiempo que pueden dedicar los médicos a cada paciente. En este caso son más vocales las personas que critican la política de reducción del consumo farmacéutico y que, como sabemos, están en minoría. Anotamos los comentarios literales desde los más favorecedores a los más críticos respecto a la medida que se sugiere, y que ha sido propuesta por distintos gobiernos.

Un farmacéutico comenta: “La pregunta está mal formulada. La reducción del gasto tiene que ser una consecuencia de lo más importante, que es la racionalización del consumo. Si se actúa directamente sobre el gasto, se acaba con los márgenes y con la industria. A pesar de lo cual, el consumo sigue subiendo. No hay más que ver la cara de felicidad con que los inmigrantes entran en la farmacia. Tienen un ansia de vivir y de cuidarse que no han podido satisfacer en sus países de origen. La racionalización del consumo tendría que pasar por distinguir el tipo de usuario. Por ejemplo, un enfermo crónico tiene que tener los medicamentos gratis”.

Esta es la opinión de un empresario del Círculo de la Sanidad: “En España estamos ante una verdadera invasión de fármacos. Es parte de nuestra cultura. El exceso de medicamentos quizá venga a ser un sustituto de un déficit de personal. Algo se ha resuelto con los genéricos, por lo menos respecto al gasto. Pero los farmacéuticos fuerzan el consumo de los específicos, en los que su margen de beneficio es mayor”.

El director de una revista médica arguye: “Hay una perversión que consiste en equiparar el bueno trato que recibe un paciente con el número de recetas que se lleva”. El misterio está en el extraño poder de los pacientes para convencer a los médicos de que les provean de muchas recetas. El acto de recetar desplaza el tiempo de consulta, que a veces es escaso. Puede que algunos jubilados se surtan así de medicamentos que luego trasladan a sus parientes o amigos. Es posible también que el hecho de almacenar un completo botiquín de medicamentos en casa proporcione algún tipo de seguridad o de prestigio.

Un empresario del Círculo de la Sanidad insiste: “Hay que aprovechar mejor los recursos. No tiene sentido que en casi todas las casas haya un verdadero botiquín con muchos medicamentos caducados”.

Un odontólogo expresa muchos temores respecto a la actual sobremedicación: “Hay más de 400 medicamentos que producen sequedad en la boca, modifican la segregación de saliva y llegan a producir caries o inflamación de las encías. Ese mismo efecto se produce también con la gente radiada”.

Comenta el director de una aseguradora, “hay sectores, como los funcionarios, con un horario de mañana, que tienen toda la tarde para ir al médico”. Naturalmente, los jubilados tienen todo el día para visitar el ambulatorio o la farmacia. Quizá ese traslado tenga ya algún poder terapéutico.

El director de un laboratorio afirma enfático que se debe reforzar la política de reducción en el consumo farmacéutico, “aunque vaya en contra de mis intereses como empresario”.

Una enfermera apunta a “la necesidad de reducir la automedicación, pero no el consumo de fármacos mediante receta”. El problema está en que, si aumenta el consumo mediante prescripciones, el gasto público farmacéutico seguirá subiendo. El

paciente que acude a al consulta “a pedir recetas” se acerca muchas veces a una variante de la automedicación.

Un consejero de Sanidad de una comunidad autónoma remacha que “el objetivo político no debe ser reducir el consumo sino reducir el gasto”. Recordemos que pocas partidas del gasto público o privado se duplican en términos reales cada siete años, más o menos, como ocurre en el caso de los medicamentos. El problema del precio está en la marca, en la dosis y el hecho de que cada vez hay fármacos más eficaces que lógicamente son más caros. La investigación farmacológica es cada vez más exigente y onerosa. Muchos pacientes perciben que gracias a los medicamentos pueden seguir haciendo una vida satisfactoria.

Un comentarista de cuestiones sanitarias se opone a la política de reducción del consumo de fármacos y amplía el planteamiento propuesto. “Reducir el consumo por reducirlo no es lo que procede. En todo caso habría que reducir el coste. El medicamento es un consuelo necesario. Lo que hay que hacer es investigar cómo se va a pagar todo esto. Sobre todo porque vamos a una mayor participación del ciudadano sobre su enfermedad. La sanidad tiene que informar de forma muy completa. Después de lo cual, el paciente decide”. El problema es que, si el paciente decide cada vez más, esa intervención va a ser casi siempre en la dirección de aumentar el consumo de fármacos. Es lo que ocurre con la fracción de los medicamentos sin receta, que incluso se anuncian (previa “consulta con su farmacéutico y lectura de las instrucciones”). Si se consulta con el farmacéutico, no se va a reducir el consumo. Si hay que leer las instrucciones es que ya se ha adquirido el producto.

Una persona que ha estado hospitalizada recientemente, aunque es contraria a la política de reducir el consumo de medicamentos, añade: “Lo que el médico tiene que hacer es conseguir que el tratamiento para cada paciente sea eficaz y el estrictamente necesario”. Aquí se podría recordar la gran utilidad que significa la prescripción de dosis personalizadas, pero esa mejora supondría más tiempo de consulta, que muchas veces no se tiene.

Una farmacéutica critica la política de reducción del consumo de medicamentos en estos términos: “Hay que racionalizar el consumo, no reducirlo. Por ejemplo, todavía tenemos muchas carencias en enfermos crónicos, en geriatría. Hay que hacer reajustes y coordinar mucho mejor. Todavía no sabemos cuál es el consumo de

fármacos en la atención primaria. El gerente de cada hospital sabe lo que consume en su centro, pero ese dato es un agujero negro en el conocimiento que tenemos de todo el sistema hospitalario”.

Un directivo de un hospital privado opina que no debe continuar la política de reducir el consumo de medicamentos. Razona así: “La política correcta es que no se fume o no se tome alcohol entre otras prácticas de higiene. Pero quien toma un fármaco es porque lo necesita”. Aun aceptando esa última premisa, resulta difícil demostrar que en España la necesidad de medicamentos se duplica cada pocos años. ¿No será más lógico suponer que se trata de un consumo inelástico respecto a los ingresos y que generalmente está subvencionado?

Un farmacéutico se opone a la política de reducir el consumo de medicamentos con el siguiente argumento: “Gracias a una serie de medicamentos eficaces hemos evitado muchos ingresos hospitalarios. Eso no se dice porque los médicos dominan la Sanidad y se echa la culpa al farmacéutico. Por otra parte las farmacias están muy burocratizadas; tienen poco margen de beneficio y los farmacéuticos actúan poco como expertos en medicación. Hay veces que en la farmacia adelantamos el medicamento porque lo necesita con urgencia el paciente, a falta de la receta, que luego va a buscarla. Se incumple así la ley, pero es por la falta de organización del sistema sanitario”.

El director de una revista médica se opone a la política de reducción del consumo con este argumento: “Si hoy la gente vive más años que antes es, en buena parte, por los medicamentos. Lo que hay que hacer es proporcionar los mejores fármacos y racionalizar su uso. La solución no está en que disminuya el gasto farmacéutico”.

Una de las personas que han estado hospitalizadas recientemente propone “una enmienda a la totalidad sobre esta cuestión del control del consumo farmacéutico. No debe plantearse como algo económico sino estrictamente sanitario”.

Un economista sostiene que no se debe insistir en la reducción del consumo de medicamentos, y lo argumenta así: “Somos el país que se automedica del modo más eficiente. Ese rasgo de la sociedad española ahorra mucho dinero al sistema sanitario. Esperemos que no se eche a perder”.

Una farmacéutica se manifiesta contraria a la política de reducción del consumo de medicamentos. Razona así: “El consumo creciente de medicamentos es una riada imparable como consecuencia de que la gente quiere bienestar. Otra cosa es cómo pagar ese gasto, que se considera una necesidad básica. Quizá haya que insistir más en una labor educativa para consumir fármacos de modo adecuado”.

La sobremedicación se reduciría mucho si se lograra que, al dar a un paciente el alta hospitalaria, el hospital le proporcionara la medicación necesaria para completar el tratamiento prescrito. Lo lógico es que los fármacos así distribuidos los consiguieran los hospitales a un precio de mayorista. De esa forma, además, se descongestionarían un poco los centros de salud, la parte que consiste en “ir a por recetas” y que insume una buena parte del tiempo de los facultativos. El seguimiento del paciente por parte del médico se podrá hacer en muchos casos a través de la internet.

Es evidente que estamos ante una cuestión muy polémica que no tiene fácil solución. Los usuarios, los farmacéuticos, los médicos, las autoridades sanitarias mantienen opiniones discrepantes. Es lógico apreciar desde fuera que “en España se consumen demasiados medicamentos”, pero, incluso el profesional que llega a esa conclusión, no prescindiría fácilmente de la medicina que está tomando. La sobremedicación es siempre la de los demás. Asombra ver que uno de los motivos de la agradable conversación cotidiana es la referencia al medicamento que uno está tomando. Las personas con un cierto nivel cultural gustan de pronunciar con soltura los nombres de algunos fármacos que parecen juegos de palabras. Resulta elegante presumir que el interlocutor conoce ese específico. Cada vez se consumen más medicamentos que no se prescriben y que se anuncian; son típicos de las nuevas “parafarmacias”.

Los problemas relacionados con el uso de los medicamentos deben entenderse en el contexto organizativo de la sanidad española. Un representante de Farmaindustria comenta, extrañado, las “diferentes culturas sanitarias en la prescripción farmacéutica” que suponen las 17 autonomías en España. En efecto, es muy amplio el recorrido que supone la distribución regional del gasto per cápita en medicamentos. El máximo corresponde a la Comunidad Valenciana y Galicia, con niveles que superan el 50% del que corresponde al mínimo (Balears y Madrid). Todavía es más notorio el contraste entre las regiones con un porcentaje más alto de recetas genéricas (Madrid: 12,5%, Balears: 11%) y las que mantienen los mínimos (Comunidad Valenciana: 4,6%, Canarias y Galicia: 3,5%). Madrid y Balears gastan

poco en recetas e incluyen más genéricos porque en esas dos autonomías más prósperas interviene mucho la sanidad privada.

Ha sido contumaz la resistencia a las distintas medidas de reducción del consumo de medicamentos. Sabemos, incluso, la resistencia general que existe respecto a la política del copago por parte de los jubilados (que son los grandes consumidores). Sin embargo, la opinión de los entrevistados es casi unánime en el sentido de favorecer esa política de reducir la factura farmacéutica. Incluso la mayoría de los farmacéuticos entrevistados (64%) son partidarios de esas medidas de minoración del consumo. Las personas que han estado hospitalizada son las menos favorables (61%), pero, aun así, siguen siendo una decidida mayoría. Por este lado de la opinión es claro que una política de control del gasto farmacéutico sería bien recibida por el grueso de los profesionales relacionados con la sanidad. Otra cosa sería la discusión sobre unas u otras medidas (tabla 5.6.1.1).

Tabla 5.6.1.1			% en relación a las
% horizontales	% partidarios de	% están tomando	personas de su grupo
Encuesta a profesionales, 2004:	reducir el consumo	algún	de edad, su salud es
categorias	de medicamentos	medicamento	muy buena o buena
- Médicos	87	45	71
- Enfermeras	85	45	83
- Farmacéuticos	64	32	58
- Gerentes de hospitales	* 100	23	* 92
- Expertos de sanidad	78	48	82
- Socios del Círculo de la Sanidad	* 100	54	77
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	61	* 74	41

* grupos más destacados en cada caso

Al llegar a este punto procede comentar algunos datos referidos a la salud de los entrevistados. Sabemos que más de la mitad de la población adulta es consumidora regular de medicamentos. Esa proporción solo la supera ampliamente el grupo de control de los profesionales que han estado recientemente internados en un hospital: el 74% está tomando algún medicamento. Es lógico que sea así, puesto que, por definición, son personas que pueden estar sujetas a algún tratamiento. El grupo de los empresarios del Círculo de la Sanidad se encuentra un poco por encima del 50% (54%). Pero todos los demás grupos están por debajo de ese límite en el consumo de

medicamentos. Sorprende, por lo bajo, el porcentaje que corresponde al grupo de los gerentes de hospitales (tabla 5.6.1.1).

El correlato de lo anterior es que todos los grupos de entrevistados relacionados con la sanidad se describen a sí mismos con una salud excelente, muy por encima de lo que corresponde a la media nacional. Los porcentajes más elevados se asignan a los gerentes de hospitales (recordemos: pocos toman medicamentos y todos son partidarios de la política de reducción de medicamentos). El 92% de los gerentes de hospitales dicen gozar de “muy buena o buena salud”, siempre en relación a las personas de su estrato de edad. El porcentaje es también muy alto en el caso de las enfermeras (83%) y los expertos en sanidad (82%). El comentario que a veces añadían a esa pregunta era que la buena salud equivalía a que se sentían muy bien tratado de sus dolencias. Como es natural, la proporción de una salud excelente baja notablemente (41%) cuando afecta al grupo de control de los profesionales que han estado hospitalizados recientemente (tabla 5.6.1.1).

Tendencias y conclusiones

44. Es casi unánime la opinión de los entrevistados sobre la política de reducir el consumo de medicamentos. Están a favor, incluso, la mayoría de los farmacéuticos. No obstante, los comentarios cualitativos matizan mucho esa opinión dominante. La opinión más vocal es la que se refiere a racionalizar el consumo de fármacos. También cuenta mucho la actitud favorable a reducir el gasto más que el consumo.

5.6.2. El copago de los fármacos y de los actos hospitalarios

Ante el insoluble problema del gasto público sanitario, siempre creciente y en mayor proporción que ninguna otra magnitud económica, se plantea la idea del copago. Se trata de que todos los usuarios colaboren con una pequeña cantidad a los gastos que ocasionen, farmacéuticos u hospitalarios. Esa colaboración ya existe en parte. El asunto ha merecido muchas discusiones. La dificultad mayor para su implantación es la resistencia al copago - aunque fuera en cantidades simbólicas- por parte del público. No deja de ser curioso que sí se acepten con naturalidad las tasas en otros servicios públicos.

El copago, con uno u otro nombre, está establecido en otros países europeos. En Francia hay, incluso, un seguro especial para el copago. Como en tantas otras innovaciones, la cuestión está en el acierto del nombre. Es evidente, por ejemplo, que “seguro de vida” es una etiqueta mucho más atractiva que “seguro de muerte”, aunque esa segunda sería más precisa. Lo de “tique moderador” para el copago fue una buena fórmula, pero no prosperó. La idea es moderar el consumo de medicamentos, adaptándolo exactamente a las necesidades de los pacientes, por lo menos en el caso de la Sanidad pública. El problema se podría resolver con un seguimiento individualizado por parte de los facultativos sanitarios, pero con un gran insumo de tiempo del que no disponen. El resultado actual es que el consumo de fármacos se escapa al posible control de la autoridad sanitaria.

El problema del copago (aparte de su nombre, tan feo) es que los expertos pueden estar de acuerdo en su conveniencia, pero el público es sumamente reacio a esa medida. El público es tan numeroso que al final esa opinión se traduce en votos ante unas elecciones. Se comprende entonces la paradoja de la aceptación teórica del principio del copago y la resistencia práctica a implantarlo.

Teóricamente, no tendría por qué encontrar resistencia el principio del copago de medicinas para la población jubilada, ya que es una práctica habitual en el resto de la población. Aunque no se piense en ello, el copago se practica también en las clases acomodadas, pues muchas de las familias de ese estrato pagan a la vez la Seguridad Social y un seguro privado. Sin llegar a esos extremos, toda la población participa en el pago de la sanidad pública a través de los impuestos.

La opinión de un empresario del Círculo de la Sanidad plantea así el problema: “Lo del copago no me convence por el nombre. Hay que buscar una marca que venda, algo así como *responsabilidad compartida*. En su día se habló de un tique moderador. Lo fundamental es que se tenga conciencia del gasto sanitario y que haya un control para que no se abuse. Si hay *barra libre*, es lógico que se beba en exceso. Quizá no nos damos cuenta de que realmente no existe *barra libre* para los medicamentos. Los pagamos realmente con los impuestos. Pero no somos conscientes de ello si no nos ponen una parte de responsabilidad compartida a la hora de adquirir el medicamento. En el Colegio de Abogados han introducido esa iniciativa y funciona estupendamente. Quizá se aceptaría mejor el copago si nos dijeran que lo que pagamos va a un fondo de investigación. De esa forma, el copago sería un acto de solidaridad. Desde luego, lo que no podemos pretender es que la gente pague todo el gasto sanitario. Una cama de hospital cuesta 40.000 pts. diarias [unos 240 €] como mínimo, sin contar los gastos de cirugía”.

En opinión del director de una aseguradora “es una ilusión lo de controlar los precios de los medicamentos, ya que los márgenes de los laboratorios farmacéuticos son altísimos. Si se controla el precio, los laboratorios europeos acabarán trasladándose a los Estados Unidos”.

La oposición a la idea del copago por parte de algunos entrevistados no es tanto por el principio como por la consideración de que “las pensiones no son iguales”. En cuyo caso, el aporte de una cantidad igual para todos (“un euro por receta”, suele decirse) supondría un notable agravio comparativo. Otros entrevistados señalan que el establecimiento de una cantidad variable llevaría a la clásica picaresca. Muchas personas mayores reciben ingresos (con frecuencia en especie) además de las pensiones. El asunto no tiene fácil solución. La dificultad está en que el planteamiento del problema es ya complejo. Además, cuenta mucho la inercia histórica. No es fácil empezar a pagar algo que tradicionalmente ha sido gratis o ha tenido un precio político. ¿Por qué el Gobierno va a subvencionar muchas actividades, incluso productivas, y no va a poder subvencionar el consumo de medicamentos, especialmente a los viejos?

Son muchos los entrevistados que aceptan el sistema de copago pero adaptado a la declaración de la renta de los pacientes. El principio parece equitativo, peor hay que considerar la dificultad práctica que supone exhibir la declaración de la renta a la hora de tramitar las recetas. No digamos si se aplica el mismo procedimiento

para otras formas de subvención, como el transporte urbano. Por cierto, en la subvención del transporte urbano para ciertos grupos (jóvenes, viejos, residentes) se acepta perfectamente el copago. Ahí es donde se percibe que el problema no es estrictamente económico ni puede encontrar una solución única. Detrás de las fórmulas de subvención hay siempre intereses electorales perfectamente legítimos. No se olvide que los jubilados, para los políticos, son muchos votos potenciales.

Una persona que ha estado hospitalizada recientemente se muestra partidaria del copago en los medicamentos (y no en los actos hospitalarios) con este argumento: “De esa manera se reduciría en el abuso que significa hacerse con muchos medicamentos que luego no se toman o se consumen solo en parte”.

Una farmacéutica razona así: “En Italia adaptaron el copago de medicamentos para los jubilados, luego lo dejaron y ahora lo han vuelto a implantar. La palabra no es buena, porque no se trata de un mismo pago para todos. No es comprensible que un jubilado rico tenga más facilidades que un activo que esté en el paro o que gane muy poco. Por lo menos habría que establecer una proporcionalidad del pago respecto a los ingresos. Pero lo fundamental es la labor educativa para inculcar la idea de corresponsabilidad. Lo que es gratis no se valora. El sistema sanitario no puede ser ilimitado. De todas formas, el copago debe funcionar para los medicamentos, no para los actos hospitalarios, que son más objetivables”. Volvemos a la idea de que, sea cual fuera la fórmula que se admita, deberá adaptarse a las situaciones distintas de los pacientes.

El director de una revista médica opina: “Lo que es gratis no funciona. Los viejos no tienen por qué ser pobres, así que tendrían que pagar una parte de las medicinas en proporción a sus ingresos”.

Algunos entrevistados insisten en que la aportación del usuario tendría que ser sustancial, no solo simbólica. De otra forma continuaría el “despilfarro de las recetas”, como nos asegura un médico. Insiste en que, al tratarse de los gastos hospitalarios, la cantidad a abonar por el usuario depende mucho de la urgencia. Si no está muy justificada, que paguen”.

Una persona que ha estado internada recientemente propone la siguiente fórmula: “Los pacientes deberían pagar, en principio, el coste íntegro del

medicamento. Luego, la Seguridad Social le reintegraría una parte, o todo, según las circunstancias de la persona en cuestión. Naturalmente, ese procedimiento exigiría una burocracia muy eficiente”.

No se entiende muy bien por qué se admiten las tasas o precios más o menos simbólicos en multitud de servicios públicos, y no tienen por qué aceptarse en la sanidad. Cualquier artículo que se dispense gratis tenderá a crear una demanda infinita, insaciable. El problema es que, al satisfacer la sanidad una necesidad tan perentoria como la de la salud, si los servicios son gratis, crearán inevitables colas y desajustes. Es decir, alguien que *realmente* lo necesita dejará de ser bien atendido porque el servicio estará ocupado en atender problemas menores. No es menor inconveniente el recurso al racionamiento que supone la exclusión de algunos fármacos de la lista de los que se pueden adquirir gratis o con una sustancial rebaja. Es lo que se llama el *medicamentazo*, que no satisface a nadie; en todo caso se acepta como un mal menor.

Un neurólogo, partidario del copago en las recetas, advierte que “si hubiera suficiente educación sanitaria, no haría falta el copago. Con la educación, el paciente modera sus exigencias. En los gastos hospitalarios no debe haber copago, pues uno no decide operarse o internarse. Es el médico quien lo decide y quien debe tener toda la responsabilidad”.

Un cardiólogo se opone a la institución del copago, pero razona: “El paciente debe recibir una educación sanitaria para que no abuse. El paciente no debe tener opciones más que respecto a la estrategia terapéutica que se va a seguir. Ese principio no se sigue. La realidad es que en España hay una gran libertad para ir a la farmacia y comprar lo que sea”.

Un traumatólogo confiesa que “a veces vienen viejos con una lista de recetas seguramente para los vecinos o los amigos. En cambio, en los gastos hospitalarios hay más control; no se da esa corruptela de las recetas”.

Un alto cargo de Sanidad está a favor del copago en los medicamentos, pero no en los actos hospitalarios. “Incluso es complicado lo de la *factura sombra*, el dar al paciente una factura de lo que ha costado su hospitalización. Pero no se le puede hacer pagar un porcentaje, aunque fuera pequeño. El paciente tiene conciencia de que ya lo paga con los impuestos. Aparte está el hecho de que puede haber tratamientos

muy onerosos y no digamos los de las llamadas *enfermedades raras*". En definitiva, es difícil valorar la atención que necesita cada paciente. ¿Sería mejor esa atención si el paciente pagara una cantidad? Caben muchas dudas sobre el carácter ético de esa discriminación. El criterio económico no debe ser el único.

Una enfermera insiste en que "el copago, tanto el farmacéutico como el hospitalario, tendría que mantenerse en cantidades simbólicas que pudieran ser pagadas por todos". El sentido de las preguntas va en esa dirección. La idea de una Sanidad pública básica es algo común a todas las ideologías y todas las posiciones profesionales. Ese acuerdo no suele ser tan claro en otros campos de la acción política. En principio, no tendría que ser difícil que los diferentes partidos y administraciones públicas pudieran llegar a una especie de pacto de Estado en relación a ciertas medidas de política sanitaria. Lo que aquí se discute puede parecer menor, pero la idea del copago farmacéutico para los jubilados puede sentar las bases de ese gran pacto sanitario.

Un alto cargo de Sanidad de una comunidad autónoma, partidario del copago, reconoce que "los usuarios por lo menos tendrían que financiar parte de las urgencias sin motivo o las que se hacen sin pasar antes por el centro de salud".

Un empresario del Círculo de la Sanidad está de acuerdo con el copago en los medicamentos ("los mayores consumen demasiado"), pero no con el mismo sistema en los gastos hospitalarios. Razona que "el sistema público que tenemos es muy bueno, nos ha costado mucho y hay que mantenerlo".

Una directora de Enfermería es "partidaria del tique moderador, esto es, que el paciente colabore económicamente con un tanto, pero lo veo difícil de aplicar. Muchas pensiones son más altas que algunos sueldos, por lo que habría que graduar la parte que paga el paciente. En el hospital es el médico quien decide cuándo se da el alta. Si una prueba tarda cinco días, el paciente no tiene la culpa de ese alargamiento".

Algunos entrevistados son partidarios de pasar una factura informativa en los actos hospitalarios. Una coordinadora de Enfermería de un hospital público insiste en que "no se puede cobrar nada a un jubilado con una pensión de 60.000 pts. (360 €) al que se le hace una operación de cataratas".

Una directora de Enfermería propone cobrar una cantidad inicial a todos los que son asistidos en urgencias. Ese dinero funcionaría como una especie de fianza que se devolvería si la urgencia es real o el paciente ha sido enviado por un médico. El método funcionaría como disuasión para hipocondríacos.

Una de las personas que han estado hospitalizadas recientemente se opone radicalmente al copago en estos términos: “No es gratis. La sanidad pública la hemos pagado ya con nuestros impuestos. Lo que sí me parece interesante es que en las estancias del hospital te den la factura para que tengas conciencia del gasto”.

Una directora de Enfermería se opone al copago en las rectas con el argumento de que “la responsabilidad del uso racional del consumo no debe ser cosa de los pacientes sino de los profesionales”. En cambio, es partidaria del copago en los gastos hospitalarios con el siguiente argumento: “La sanidad ha pasado de ser *nuestra* a ser también de *otros*. No es solo que tengamos dos millones de inmigrantes. Hay quien viene como turista y aprovecha para hacerse un chequeo o dar a luz. Todo esto hay que estudiarlo”.

Una farmacéutica se opone al copago de los medicamentos con este razonamiento: “En todo caso el copago serviría para bajar el gasto público, pero no es la salvación. Para llegar a un uso racional de los medicamentos habría que actuar desde los ambulatorios mediante un sistema informático. De esa forma se controlarían los posibles excesos. Las farmacias colaborarían. Respecto al copago en los actos hospitalarios también me opongo, pues de sobra pagamos esos gastos con los impuestos”.

Un gerente de un hospital público se opone tajantemente al copago: “Los usuarios ya han pagado todo lo que reciben a través de los impuestos. En los gastos hospitalarios el que decide es el médico”.

Los profesionales de la sanidad son partidarios decididos del copago de las medicinas por parte de los jubilados (los grandes consumidores). El porcentaje máximo se da en los socios del Círculo de la Sanidad (85%) y a mucha distancia en los gerentes de los hospitales (69%). Como es natural, el porcentaje más bajo lo dan los farmacéuticos (55%), pero, aun así, estamos por encima del 50%. Solo son minoría en el grupo de los profesionales que han estado hospitalizados (39%), que en este

caso estarían más cerca de la opinión que representa el público en general (tabla 5.6.2.1).

Tabla 5.6.2.1	% partidarios del copago en...	
% horizontales		
Encuesta a profesionales, 2004: categorías	medicinas de los jubilados	gastos hospitalarios (sanidad pública)
- Médicos	66	38
- Enfermeras	58	45
- Farmacéuticos	55	36
- Gerentes de hospitales	69	23
- Expertos de sanidad	65	52
- Socios del Círculo de la Sanidad	* 85	* 85
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	39	20

* grupo más partidario

La proporción que favorece el copago de los gastos hospitalarios baja mucho, como es fácil suponer. Solo en el caso de los socios del Círculo de la Sanidad se mantiene la misma opinión favorable respecto a ese tipo de copago. También es mayoría en el caso de los expertos de sanidad. El apoyo es mínimo (23%) por parte de los gerentes de los hospitales y de las personas que han estado hospitalizadas (20%).

Tendencias y conclusiones

45. La mayoría de los profesionales consultados son partidarios del copago en los medicamentos de los jubilados. El porcentaje máximo se da en los socios del Círculo de la Sanidad (85%) y a mucha distancia en los gerentes de los hospitales (69%).

46. Baja mucho la proporción de los profesionales respecto a ese mismo principio del copago en los gastos hospitalarios, pero son mayoría en el caso de los socios del Círculo de la Sanidad (85%) y de los expertos de sanidad (52%).

47. Los entrevistados expresan muchos matices respecto a las fórmulas del copago, sobre todo en el supuesto de los medicamentos. Una propuesta que se menciona mucho es que la cantidad que se abone sea proporcional a los ingresos. La función del copago sería más la de reducir el consumo excesivo de medicamentos y no tanto la reducción del gasto público.

5.6.3. La gestión del presupuesto sanitario

Una opinión muy general es la de que el gasto sanitario ha de ser correctamente administrado. No es cuestión de gastar más o menos, sino de que se racionalice ese dispendio. Sobre el particular existe un desusado consenso, pero lo que resulta difícil de acordar es el procedimiento para llevar a cabo ese deseo. Aunque hablemos de gasto sanitario total, los comentarios suelen referirse al gasto público, realmente la mayor parte.

Muchos entrevistados aprovechan el estímulo de esta pregunta para subrayar que, antes de los problemas económicos, hay otros muchos sin resolver. Por ejemplo, un empresario del Círculo de la Sanidad comenta que “los problemas de fondo están en otra parte. Sin ir más lejos, los hospitales se encuentran *sindicalizados*, es decir, en manos de los sindicatos”. La verdad es que es realidad en muchos servicios públicos. En cambio, la paradoja es que los sindicatos interfieren poco en la marcha de la mayor parte de las empresas privadas.

El director de una revista médica aclara que “muchos problemas de la sanidad se resuelven con más inversiones. Por ejemplo, las listas de espera se aliviarían con más cirujanos”.

Un cardiólogo es partidario de aumentar el gasto: “Es el eje de la reforma sanitaria. Estamos ante una gran empresa - la de la sanidad- en la que no hay milagros sino inversiones. Hay que saber gastar como en cualquier empresa industrial”.

Un alto cargo de Sanidad de una comunidad autónoma opina que los problemas se resolverían con un aumento del presupuesto, pero razona: “Lo que falta es gestionar bien el presupuesto que tenemos. Da la impresión de que al sistema sanitario no le interesa esa buena gestión, porque es lo más difícil. El gran valor tendría que ser la salud, no tanto el *negocio* de la salud. Desgraciadamente se impone ese segundo término por el corporativismo de los médicos y los *lobbies* sanitarios de carácter empresarial”. El comentario parte de una creencia tan ingenua como generalmente aceptada: que los políticos de la Sanidad no tienen intereses.

Un farmacéutico opina que “la cuestión no es de gastar más, sino de tomar algunas medidas estructurales. Es más bien un asunto educativo”. Por todas partes aparecen los dos talismanes del problema sanitario: gestión y educación.

Un comentarista de cuestiones sanitarias confía en que el aumento presupuestario arreglaría muchos problemas, pero matiza: “El problema está en que la demanda de salud es ilimitada, conforme cambian las necesidades y las exigencias. Tenemos ya una *Medicina de complacencia* que incluye el lujo creciente de las intervenciones estéticas. La tendencia es hacia la resolución médica de otros muchos problemas. Hace falta un *tique moderador* para contener ese consumo, pero la demanda va a ir por delante”. Ahí se ve que la deseada moderación del gasto no es coherente con las apetencias del público.

Algunos entrevistados aspiran a la cuadratura del círculo: hay que pagar mejor al personal sanitario, pero hay que ahorrar gastos. En definitiva, se apunta a la taumaturgia de la buena gestión. En otras palabras, hay que invertir bien pero gastar poco. No es fácil resolver el problema cuando el valor salud es tan elevado.

De forma espontánea, la palabra que aparece más veces en las respuestas a esta pregunta sobre la posible ampliación del gasto es *gestión*. Es un valor convenido que una “buena gestión” significa organizarse mejor para gastar menos. Esa idea ha penetrado ya en todos los estamentos sanitarios. En el fondo es la aplicación al sector público de las ideas de la organización empresarial.

Muchos entrevistados subrayan esa idea central de que el problema no está en el gasto sino en la gestión. El director de una empresa farmacéutica añade que lo principal es “motivar al personal sanitario, eliminando el espíritu funcionarial”. Habrá que entender “espíritu funcionarial” en su sentido despreciativo (rutina, resistencia a la innovación) no en el ponderativo (sentido del servicio público, de equidad).

El director médico de una aseguradora precisa que la cuestión no es la de aumentar el gasto sino la de no derrocharlo. “Lo que ha subido es el gasto administrativo, no el que repercute en la atención de los pacientes. La razón es que con el sistema autonómico se derrocha mucho más”. En su opinión, el mayor derroche está en que “el Estado paga los medicamentos a precio de consumo, lo que significa una forma de subvención a los laboratorios”. En lugar de ese sistema, “tendría que

haber una central de compras de medicamentos para el servicio público, al menos una por cada autonomía”.

El director de un hospital privado opina que la cuestión no es tanto de gasto como de “disciplina de resultados”. Añade: “La sanidad no es cara. Se paga poco a las aseguradoras, y estas ganan a costa de los médicos mal pagados y de los enfermos mal atendidos. Hay un acuerdo tácito entre centros y aseguradoras: tú me pagas poco y yo hago lo menos posible”. Quizá sea un pacto secreto que existe en todos los dominios de la Administración Pública e incluso en todas las organizaciones. Lo que llamamos buena gestión consiste precisamente en romper ese círculo vicioso, por lo menos ampliar su radio.

El director de una revista médica es contrario a considerar fundamental el aumento de gasto sanitario. “Hay problemas estructurales que son prioritarios. La Administración devora en seguida cualquier tipo de aumento de presupuesto. Las famosas transferencias sanitarias a las autonomías no han beneficiado a los pacientes. Nadie pedía esas transferencias, aparte de los políticos”.

El director de una importante aseguradora nos especifica un caso en el que la política del gasto sanitario puede ser más o menos eficiente. “El gasto público para prevenir las caries de los niños es muy rentable; ahorra muchos gastos futuros. En cambio la atención dental de tipo público para los viejos es un gasto poco eficiente. Existe en el País Vasco y Navarra, pero resulta un derroche”.

Un farmacéutico comenta que “lo fundamental es la colaboración entre las entidades públicas y privadas para racionalizar el uso de las instalaciones según la demanda. Así evitaríamos el colapso actual”.

Una directora de Enfermería comenta: “Hay que invertir más y mejorar los salarios, pero evaluando el trabajo de cada persona. Hay que superar eso que se dice: <<Tú me engañarás con el sueldo, pero yo te engaño con lo que trabajo>>”.

Por todas partes aparece la impresión general de que “España gasta poco en sanidad”. Esa afirmación no debe ser interpretada de modo literal. Se quiere indicar, simplemente, que el valor salud es muy alto. A la hora de responder a la pregunta de si una ampliación de ese gasto arreglaría los problemas, las respuestas están muy lejos de ser unánimemente afirmativas. El grupo más favorable es el de los

farmacéuticos, con el 68%. El porcentaje es minoritario en los socios del Círculo de la Sanidad (23%) y de las enfermeras (33%). Digamos que las opiniones están divididas, quizá porque el problema no es estrictamente presupuestario sino administrativo. Además, cada grupo profesional ve el problema desde un ángulo muy distinto. Lógicamente hay aquí intereses corporativos muy legítimos. Este es un caso en que interesan mucho las aclaraciones de tipo cualitativo que acabamos de comentar. La conclusión sería que, si bien es dominante la queja de que “se gasta poco en sanidad”, más firme es el matiz de que “ lo fundamental es gastarlo bien”. Por uno y otro lado se desemboca siempre en la necesidad de una buena gestión sanitaria (tabla 5.6.3.1).

Tabla 5.6.3.1	
% horizontales	% opinan que los problemas de la sanidad se resolverían con una notable ampliación del gasto público y privado
Encuesta a profesionales, 2004: categorías	
- Médicos	53
- Enfermeras	33
- Farmacéuticos	* 68
- Gerentes de hospitales	38
- Expertos de sanidad	57
- Socios del Círculo de la Sanidad	23
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	52

* grupo más favorable

Tendencias y conclusiones

48. La impresión general de la consulta a los profesionales es que “España gasta poco en sanidad”. Sin embargo, a la hora de responder a la pregunta de si una ampliación de ese gasto arreglaría los problemas, las respuestas están muy lejos de ser unánimamente afirmativas. El grupo más favorable es el de los farmacéuticos (68%). El porcentaje es minoritario en los socios del Círculo de la Sanidad (23%) y de las enfermeras (33%). Lo fundamental es “gastar bien”, no tanto “gastar mucho”. Por uno y otro lado se desemboca siempre en la necesidad de una buena gestión sanitaria.

5.6.4. La aplicación del modelo de gestión privada a la Sanidad pública

Antes hemos planteado la cuestión de si se va objetivamente hacia una generalización del modelo de gestión privada, de modo eminente las “fundaciones” hospitalarias. Ahora se comprueba la deseabilidad de ese modelo de gestión empresarial o privada que se puede aplicar a los centros sanitarios públicos. Aunque la opinión registrada en la encuesta sea favorable a ese cambio, caben múltiples razonamientos.

La opinión de un empresario del Círculo de la Sanidad es terminante: “Tenemos que aprender de las fábricas de coches. Antes todo se hacía en la misma planta. Ahora se fabrica en distintos sitios y se traen las piezas o las partes a la planta de montaje. El *outsourcing* [comprar las piezas hechas o los servicios completos] es la única solución. Se puede tener un gran centro sanitario público, pero gestionado como una empresa privada, diversificando las adquisiciones de servicios y de material”.

Un neurólogo precisa que “la gestión privada mejoraría en un cien por cien”, lo que ya es mejorar. Quizá sea excesivo mantener el ideal utópico de la gestión privada, como si fuera el talismán que viene a resolver todos los problemas.

El director de una revista médica precisa: “De acuerdo con el modelo de gestión privada, pero que esté verdaderamente sujeto al Derecho privado. Si los empleados son intocables, como los funcionarios, no hay nada que hacer. En la Administración Pública está todo el mundo igualado por el sueldo [los funcionarios de la misma categoría] y de esa forma no hay progreso posible”.

Algunos entrevistados aprovechan el supuesto que plantea la encuesta (deseabilidad del modelo de gestión privada) para criticar la experiencia de la Sanidad pública. Un alto cargo de la Sanidad de una comunidad autónoma se desahoga así: “La gestión sanitaria sigue siendo mediocre. Los planes de choque que se han hecho han contribuido a que se rebaje la optimización de los recursos y en definitiva a que disminuya la calidad”.

Una medida elemental de gestión privada es que haya algún tipo de competencia entre los hospitales. Sus presupuestos aunque sean públicos, no deben basarse en la tendencia “histórica” (cada año aumentan un poco más), sino que se asignan según criterios de eficiencia y productividad. Los primeros interesados en ese

sistema serían los pacientes. La correcta competencia hospitalaria se lograría con la ampliación al territorio europeo de la red hospitalaria. Sería muy conveniente que funcionaran hospitales más “atractivos” (también los hospitales pueden serlo) y que intentaran succionar a los profesionales más competentes o dedicados.

Un empresario aporta el dato del coste comparativo entre dos hospitales, uno público y otro privado. “La Paz [hospital público de Madrid] viene a salir por 120.000 pesetas (723 €) por persona y año. Alzira [fundación de Valencia con modelo privado] cuesta 40.000 pesetas (241 €). El cálculo se hace por la población potencial de cada demarcación”.

Un cardiólogo que confía en el sistema de gestión privada, añade; “Más que de gestión privada, habría que hablar de autogestión financiera de cada centro. Lo fundamental es que sea una buena gestión, sin las rigideces que hemos heredado”. Alude a las rigideces del sistema funcional, que, por otra parte, en su día supusieron un estímulo para la seguridad en los empleos.

El director de una aseguradora sostiene que “los dos sistemas, público y privado, no colaboran; hay poco *interfaz* entre ellos”. La realidad es que esos dos sistemas coexisten; no hay ninguna indicación de que uno de ellos pueda desplazar al otro.

Un farmacéutico manifiesta que “esa es la pregunta del millón. De momento resulta peligroso hacer experimentos de nuevas formas de organización hospitalaria. Como decía el otro [Eugenio d’Ors], los experimentos, con gaseosa. De momento, lo que hay que hacer es dedicarse a gestionar bien lo que tenemos”. Es decir, vale más reformar el sistema público que no sustituirlo por el modelo empresarial. Cierto es que no hemos encontrado ninguna opinión tan radical que proponga esa sustitución sin más.

Un odontólogo se muestra a favor del modelo de gestión privada, pero apunta un dato crítico: “Las compañías de seguros pagan mal a los médicos. En esos casos, si el médico no hace guardias, sus ingresos no superan mucho a los de una enfermera o un camillero. Esa deficiencia tiene que ser corregida”.

Un gerente de un hospital público no está de acuerdo con las supuestas virtudes de la gestión privada. “Antes de eso, hay que mejorar el sistema organizativo que tenemos, pero sin creer que la gestión privada sea la panacea”.

Un neurólogo, partidario del modelo de gestión privada, avanza alguna cautela: “La verdad es que tengo dudas de que los nuevos *empresarios* de la Sanidad realmente hayan mejorado los resultados médicos”. La idea de los “resultados médicos” es el equivalente del rendimiento en las empresas privadas. Solo que aquí interviene la especial consideración del valor salud que hace muy especiales las reglas económicas.

Un alto cargo de Sanidad está de acuerdo con el modelo de gestión privada, “pero siempre que sean los objetivos médicos, no el beneficio”.

Una directora de una escuela de Enfermería reconoce que el sistema mejoraría con un modelo de gestión privada, pero añade: “Es triste tener que decirlo”. Esto es, el modelo de gestión privada no es un desiderátum sino que, para esa persona, aparece como una necesaria salida ante las inadecuaciones de la Sanidad pública.

Un psiquiatra está en contra del modelo de gestión privada porque “el principio de la economía privada es ganar dinero, lo que es contrario a la función sanitaria”. Según eso, ¿se podría admitir que la función pública puede perder dinero? El problema es que ese dinero perdido se tiene que repartir a través de los impuestos.

Un farmacéutico se pronuncia en contra del modelo de gestión privada. “El sistema público está bien gestionado. Me da miedo que se meta en esto el capital privado, y más si es norteamericano”.

El modelo de gestión privada no solo produce plácemes y satisfacciones. Su realización en la sociedad estadounidense tampoco es que atraiga mucho a una mentalidad europea. Ciertamente es que en los Estados Unidos están en vanguardia por lo que respecta al progreso sanitario, tanto el organizativo como el tecnológico. Pero los índices de salud dejan mucho que desear en el promedio de la gran nación estadounidense. Por otro lado, los extremos de la llamada “judicialización sanitaria” han llegado a ser preocupantes para la supervivencia de la profesión médica en los Estados Unidos. Inevitablemente, esa ola de litigiosidad sanitaria ha llegado también a las costas europeas. Con ella se afirman los derechos de los clientes de la sanidad,

pero hace muy azaroso el trabajo de los médicos. Al final, todos vamos a sufrir. Algunos expertos acusan esa debilidad del sistema sanitario y abogan por un nuevo “profesionalismo” médico que por lo menos mantenga los estándares de calidad del pasado (Oriol Bosch 01).

En la práctica de la vida española, el paso al modelo de gestión privada significa que los puestos de trabajo van a dejar de tener la inamovilidad que caracteriza a los funcionarios. Es evidente la resistencia social (principalmente sindical) a una norma de ese estilo, por mucho que a la larga pueda ser beneficiosa, incluso para el empleo. De momento, un cambio del estatuto funcional al privado encuentra la enemiga de los sindicatos. La razón es evidente. Los sindicatos tienen más fuerza en los centros que se mantienen con el presupuesto público o reciben fuertes subvenciones oficiales.

El modelo de gestión privada en la sanidad es el *desiderátum* para casi todos los grupos de entrevistados. No obstante, hay profundas diferencias entre unos y otros respecto al alcance de ese deseo. Los socios del Círculo de la Sanidad (después de todo, empresarios privados) se muestran unánimemente a favor de la gestión privada. También es muy relevante esa opinión en el caso de los farmacéuticos (73%). Pero el porcentaje de apoyo a esa solución desciende al mínimo en los gerentes de hospitales (38%) y los profesionales hospitalizados (44%). Solo el grupo de gerentes de hospitales se distingue por ser más bien reacio al modelo de la gestión privada. Las cautelas respecto al modelo de gestión privada se basan en la posible interferencia con los “objetivos médicos”. Una vez más, se destaca el valor preeminente que se concede a la salud. Puede ser también que los ejemplos reales de gestión privada merezcan algunas críticas por su carácter parcial o exploratorio. Realmente, es difícil apreciar el efecto de la gestión privada cuando tan dominante es todavía el modelo público. De las observaciones recogidas se desprende que lo importante no es tanto el principio de la gestión privada como el de trasladar a los centros públicos los criterios de las organizaciones empresariales (tabla 5.6.4.1).

Tabla 5.6.4.1	% opinan sobre el efecto de un modelo de gestión privada para la sanidad pública		
% horizontales			
Encuesta a profesionales, 2004: categorías	mejoraría	empeoraría	indiferente, no contesta
- Médicos	66	30	4
- Enfermeras	60	18	23
- Farmacéuticos	73	22	4
- Gerentes de hospitales	38	54	8
- Expertos de sanidad	65	30	4
- Socios del Círculo de la Sanidad	* 100	-	-
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	44	22	33

* grupo más favorable

El hecho de que los gerentes de hospitales constituyan el grupo más crítico al modelo de gestión privada puede indicar dos aspectos, uno de tipo conceptual, otro personal. En el primer caso puede haber un error de interpretación, que aparece en algunos de los comentarios literales. En esos comentarios, al hablar de gestión privada, se refieren más bien a la rentabilidad económica de la inversión. En realidad, la pregunta se orientaba hacia una mayor flexibilidad en los recursos puestos a disposición de los gerentes. El aspecto personal puede reflejar una cierta inseguridad para llevar adelante un trabajo que exige mucha más gestión. En ese caso podrían aparecer ciertos riesgos para la estabilidad laboral.

Tendencias y conclusiones

49. El modelo de gestión privada en la sanidad es el *desiderátum* para casi todos los grupos de entrevistados. No obstante, hay profundas diferencias entre unos y otros respecto al alcance de ese deseo. Los socios del Círculo de la Sanidad (después de todo, empresarios privados) se muestran unánimemente a favor de la gestión privada. El porcentaje de apoyo desciende al mínimo en los gerentes de hospitales (38%) y los profesionales que han estado hospitalizados (44%).

5.6.5. Medicina especializada o atención primaria

En principio, la encuesta levantada para la ocasión trataba de sondear a los entrevistados sobre si convenía poner el acento sobre la *medicina especializada* o sobre la *atención primaria* (médico de cabecera). No era propiamente una dicotomía, puesto que los dos aspectos se necesitan mutuamente. No son dos polos excluyentes. Pero la pregunta no se redactó bien, lo que hizo que muchos entrevistados no aceptaran el planteamiento de la dicotomía. De esa forma muchos contestaban que “las dos formas de Medicina son necesarias”. Con lo cual nos quedamos sin saber cuál es la opinión que realmente merece una u otra forma de ejercer la Medicina. Muchos entrevistados confesaban que la pregunta era imposible de contestar. En este caso nos limitamos a apuntar algunos de los comentarios literales. Como puede verse, abundan mucho más las razones en pro de potenciar la atención primaria, lo que tradicionalmente se denominaba “médico de cabecera”, aunque la terminología pueda resultar arcaica y paternalista.

La verdad es que la dicotomía que planteábamos en la entrevista demuestra ser demasiado esquemática. Una persona que ha estado hospitalizada recientemente señala que “lo mejor es que los especialistas actúen como lo harían los médicos de cabecera”. No hemos resuelto gran cosa. Al menos queda claro que las cualidades preferidas son las del antiguo médico de cabecera o médico de familia. Hay una evidente idealización de la Medicina, derivada quizá del alto valor social que se concede a la función terapéutica.

Un empresario del Círculo de la Sanidad argumenta así su opinión en pro del médico de cabecera: “Para ser médico de atención primaria no hace falta ser un genio, como lo son a veces los cirujanos o los especialistas. Al médico de primaria le basta con un sistema informático para acceder a la mejor biblioteca posible de casos, síntomas y tratamientos. Muchos de los problemas sanitarios deben resolverse en la fase de atención primaria. Es fundamental para ahorrar disgustos al enfermo y economizar un poco. Los médicos de cierta edad se resisten a la informática. En Extremadura han provisto de un ordenador a todos los médicos de atención primaria, pero algunos no se manejan bien. En cambio en la fundación de Alcorcón, esa medida ha sido un éxito. Son médicos jóvenes que entran fácilmente por la cosa de los ordenadores”.

El director de una revista médica razona de la siguiente manera: “Hay que potenciar la atención primaria porque es la peor parte de la Medicina actual. España es el único país de Europa occidental en el que los médicos de atención primaria son funcionarios. No hay competencia en el ejercicio de la Medicina de atención primaria. Eso es un desastre”.

Un empresario del Círculo de la Sanidad utiliza una metáfora futbolística para defender el principio de reforzar el médico de cabecera: “El médico de la asistencia primaria es como el portero en el fútbol, el que para los goles. Ahí es donde se decide el resultado. En la sanidad el objetivo es no gastar en exceso y que se cure la gente”.

Son muchos los entrevistados que contestan con el siguiente matiz. Vienen a decir que el médico de atención primaria es el filtro necesario para la posterior hospitalización, si procede. El problema está en que ese filtro no funciona y por eso los hospitales se colapsan. Digamos que el fallo está en que la asistencia primaria no cumple bien su función preventiva. El director de una empresa farmacéutica insiste en que “ la medicina especializada es muy cara, por lo que hay que ampliar la función de los centros primarios para patologías banales” [dolencias menores].

Un empresario del Círculo de la Sanidad apunta hacia el polo del médico de cabecera en estos términos: “Debe actuar más el filtro del médico de cabecera o como se llame. Ahora se desvían muchos casos a las especialidades y eso es muy caro. Claro que lo más caro es el sistema de urgencias, hoy exagerado. El coste de una urgencia es un 60% más caro que el de una estancia hospitalaria”.

Un economista insiste en la necesidad del médico de cabecera con este argumento: “Realmente ya no hay médicos de cabecera. Lo de la atención primaria no es lo mismo. Lo primero que hacen es enviarte a un especialista; así todos ganan. Los pocos médicos de cabecera que quedan son carísimos. Me parece bien que lo sean, porque son muy escasos”. El comentario de que “realmente han desaparecido los médicos de cabecera” nos lo repiten muchos entrevistados. Algunos se quejan de la nueva terminología de “atención primaria” por demasiado difusa.

Un odontólogo insiste en que “el fallo está en el médico de familia, que casi ha desaparecido. Lo primero que necesita un paciente es que le escuchen. Aun con la mejor voluntad, el médico no tiene tiempo para escucharle. Mientras esa diferencia no se subsane, de poco va a servir el avance de la Medicina especializada”.

Un psiquiatra se decanta a favor del médico de cabecera porque “es el que hace la Medicina, la cual significa esencialmente prevenir. La Medicina especializada es solo el último recurso”.

Un cardiólogo opina lo siguiente: “Más bien hay que impulsar la atención primaria. La Medicina trabaja en equipo, pero el director de orquesta es el médico de atención primaria. El paciente no debe perderse en la maraña de especialidades contradictorias. Alguien debe ver al individuo de forma integral, no por partes”.

El director de un hospital privado reconoce que los dos elementos (especialistas y atención primaria) son necesarios. Pero, en su opinión, lo fundamental es la urgencia. “El paciente debe llegar al hospital en un cuarto de hora, no en cuatro horas. Eso es lo que pasa en los pueblos, donde no tienen cerca ningún médico. Lo primero que hay que resolver es la urgencia, el llegar a tiempo al primer médico”.

La directora médica de un hospital público, entiende que “es fundamental el médico de cabecera. No obstante, la condición es que aumente sustancialmente su número para que al menos dediquen diez minutos a cada paciente”. Quizá no sea pedir mucho, pero es más de lo que existe actualmente.

Un traumatólogo distingue entre “la Cirugía, que sí debe estar muy especializada, y el resto. A mí, personalmente, no me va la excesiva especialización. El médico general debe trabajar con más medios”.

Una directora de Enfermería manifiesta la opinión personal sobre la necesidad de coordinar el médico de atención primaria con el especialista. Añade: “Lo que no se puede consentir es que a un paciente lo tengan que ver diez profesionales”. Lo malo es que seguramente ninguno de los diez lo ve como una persona entera. Después de todo, el dolor o el desequilibrio lo sufre esa persona, no tanto el órgano enfermo.

Un farmacéutico insiste en que “la atención primaria debe ser el primer punto para la necesaria coordinación de toda la Sanidad a través de equipos multidisciplinares. La finalidad primera es minorar el número de enfermos que tienen que llegar a una intervención quirúrgica. Modestamente, es lo que hemos conseguido con los fármacos que curan la úlcera de estómago”.

Un empresario del Círculo de la Sanidad matiza: “Hay que potenciar más la atención primaria para resolver muchos problemas de *polienfermedad*. Es el tipo de tratamiento que exige una población vieja, en la que hay más enfermos crónicos agudos. La evolución demográfica nos conduce a esa situación”.

Un empresario del Círculo de la Sanidad remacha que “hay que reforzar el médico de cabecera, pues hoy el médico es solo un talonario de recetas. No te dedica más de tres minutos y ni siquiera te mira, solo está al ordenador”.

Una farmacéutica subraya la falta de especialistas como uno de los problemas básicos de la Sanidad en España. “Por ejemplo, hay escasez de anestesistas y de neuropediatras. Falta un catálogo de especialistas en enfermedades raras. Se necesitaría invertir muchos más medios en la investigación sobre las enfermedades raras”. Son las llamadas “patologías huérfanas”, a las que se dedican muy pocos esfuerzos de investigación, precisamente porque su prevalencia es muy escasa. Este es un caso en donde se aprecia que los criterios estrictamente económicos deben completarse con otros.

Un psiquiatra opina que “la figura del médico de cabecera se ha perdido después de la experiencia reciente. El que resuelve realmente los problemas es el especialista. Los médicos de familia no tienen la formación generalista que deberían tener. No hay nadie que coordine los dos niveles asistenciales, el de atención primaria y el de especialistas”.

Un alto cargo de Sanidad comenta que “lo del médico de cabecera está bien para la Historia e incluso para compararnos con el futuro. Pero al final la especialización es lo que resuelve los problemas y hace avanzar la ciencia”. Que es de lo que se trata.

Después de lo dicho, es fácil colegir que los datos cuantitativos no arrojen mucha luz sobre la dicotomía propuesta. Son muchos los que insisten en que la dicotomía resulta muy forzada, no es realista. Aun así, se pueden vislumbrar algunas tendencias. Por ejemplo, los farmacéuticos se inclinan más por reforzar el polo de los médicos especializados (55%). En cambio, los socios del Círculo de la Sanidad insisten en la primacía del médico de cabecera (85%). Este último caso supone reforzar la atención primaria como mecanismo distribuidor de los problemas sanitarios (tabla 5.6.5.1).

Tabla 5.6.5.1	% opinan que la Medicina hay que orientarla más bien a...		
% horizontales			
Encuesta a profesionales, 2004: categorías	Médicos especializados	Médicos de cabecera (atención primaria)	Indiferente, o no contestan
- Médicos	40	30	30
- Enfermeras	35	33	33
- Farmacéuticos	* 55	32	14
- Gerentes de hospitales	54	31	15
- Expertos de sanidad	39	43	17
- Socios del Círculo de la Sanidad	15	* 85	-
- (Grupo de control). Profesionales que han estado hospitalizados recientemente	54	13	34

* grupo más favorable a cada opción

Tendencias y conclusiones

50. La posible dicotomía entre *medicina especializada* o *atención primaria* se ofrece solo como punto de reflexión, al no ser dos polos excluyentes. Los datos cualitativos se inclinan a potenciar más la atención primaria, incluso con la terminología tradicional del “médico de cabecera”. Esos comentarios insisten en que no funciona bien el filtro necesario de la atención primaria, antes de pasar a los especialistas.

6. Referencias

- Bernaldo de Quirós, Lorenzo, “El debate sobre la sanidad”, en Círculo de Empresarios, *Alternativas de reforma para la sanidad pública*, (Madrid, 1998).
- Cruz Jentoft, Alfonso J., “¿Qué es envejecer?”, en SECOT, *Los mayores activos*, (Madrid: Secot, 2001), 55-78.
- Giner, Salvador, “¿Sostenibilidad de la sanidad o sostenibilidad de la sociedad?”, en Fundación Vila Casas, *Opinión Quiral. Sostenibilidad del sistema sanitario*, (Barcelona: Rubes, 2001), 28-30.
- Instituto Nacional de Estadística, *Indicadores sociales de España, 2003*.
- Llano, Juan del y otros, *Sistema de Información Sanitaria en España (SISAN)*, (Barcelona: Fundación Lilly y Fundación Sanitas, 2004).
- Martín Moreno, Jaime, “El concepto de esperanza de vida”, en SECOT, *Los mayores activos*, (Madrid: Secot, 2001), 253-280.
- Martín Moreno, José María, “Avances tecnológicos y humanización de la asistencia sanitaria: reflexiones y propuestas”, *Revista Médica*, 29 (junio 2003), 84-89.
- Miguel, Amando de, *Las transformaciones de la vida cotidiana en el umbral del siglo XXI*, (Madrid: CIS, 2002).
- Miguel, Amando de e Iñaki de Miguel, *Saber beber, saber vivir* (Opiniones de los españoles sobre la ingesta de alcohol y otros usos sociales), (Madrid: CIS, 2002) (a).
- Miranda, Blanca, “Más de una década de la ONT” [Organización Nacional de Trasplantes], en Fomento Salud, *Anuario de la Salud, la Medicina y la Sanidad, 2000*, (Madrid, 2000), 162-163.
- Navarro Izquierdo, Albino, “Cohesión farmacéutica: una necesidad”, *Ars Medica. Revista de Humanidades*, vol. 2, núm. 2 (noviembre 2003), 199-209.

El Futuro de la Sanidad en España

- OECD, *Health at a Glance 2003*, (Paris, 2003).

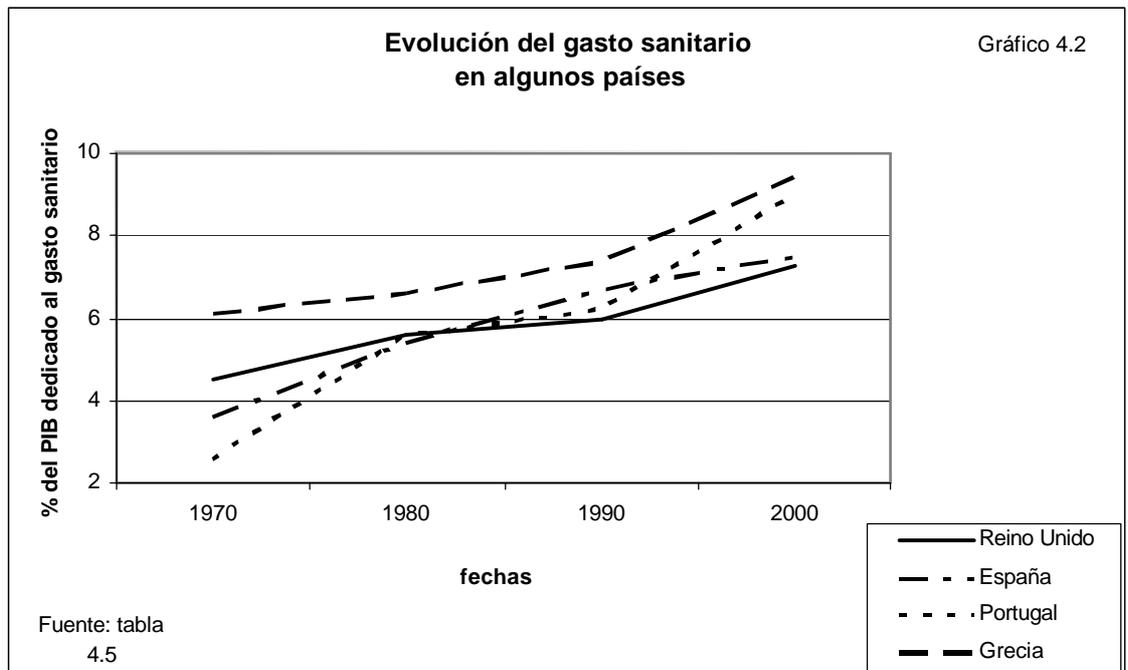
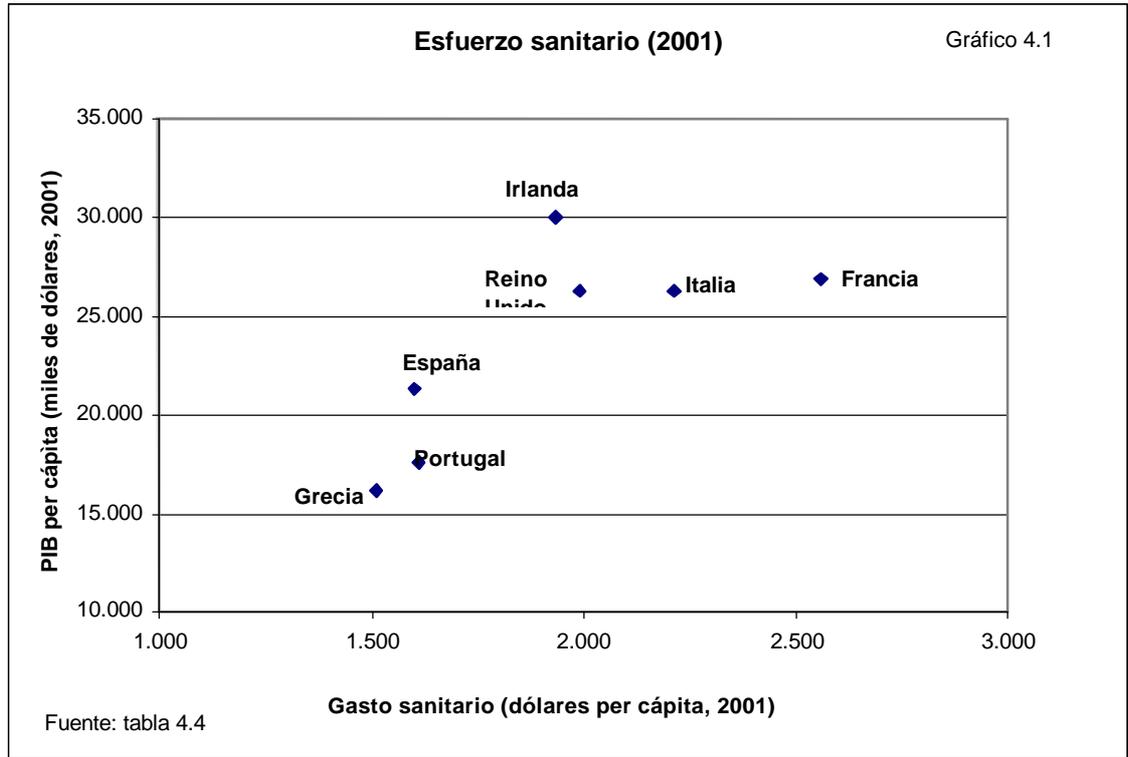
- Oriol Bosch, Albert, “Crisis del profesionalismo o la solución para la crisis”, en Fundación Vila Casas, *Opinión Quiral. Sostenibilidad del sistema sanitario*, (Barcelona: Rubes, 2001), 57-70.

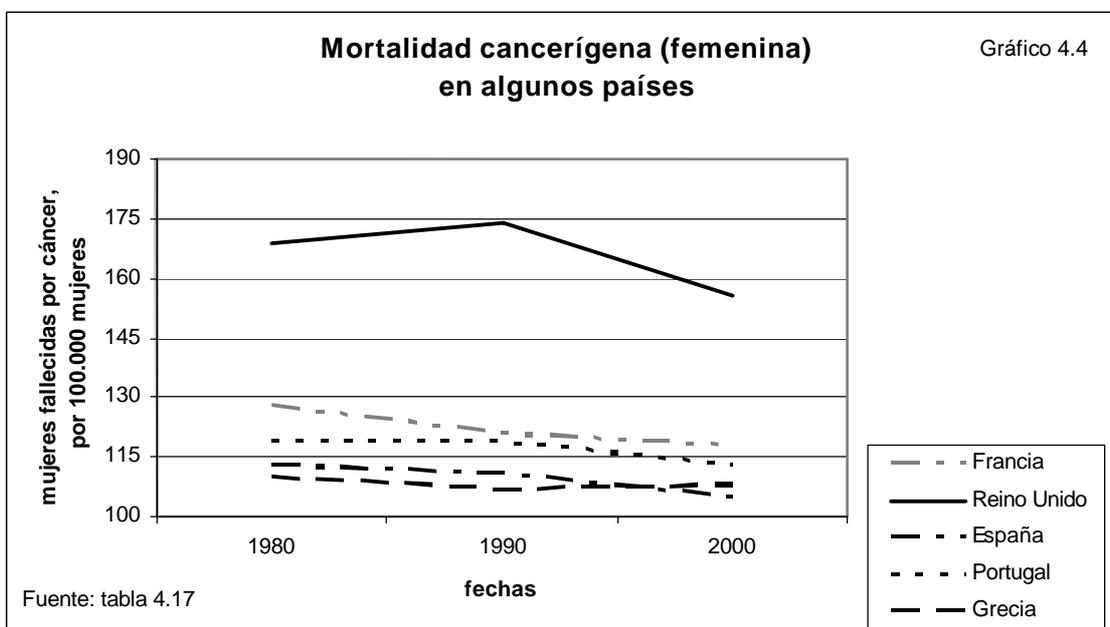
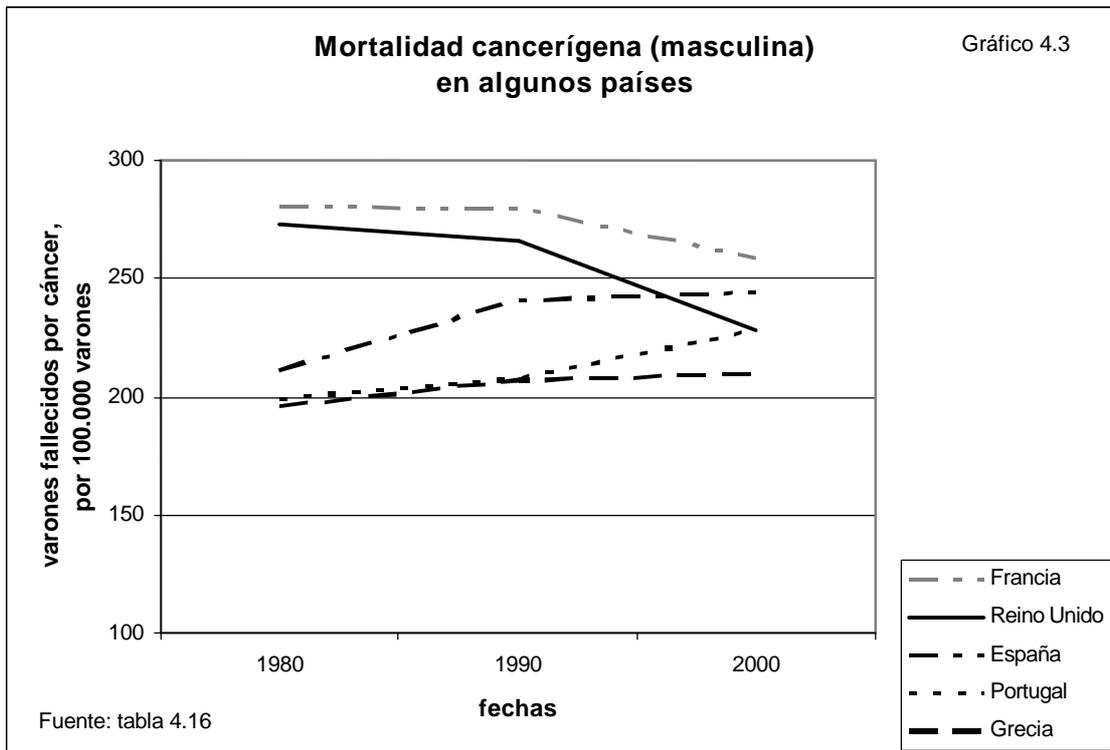
- Ortún Rubio, Vicente, “¿Todo para todos, de la mejor calidad?”, en Fundación Vila Casas, *Opinión Quiral. Sostenibilidad del sistema sanitario*, (Barcelona: Rubes, 2001), 31-38.

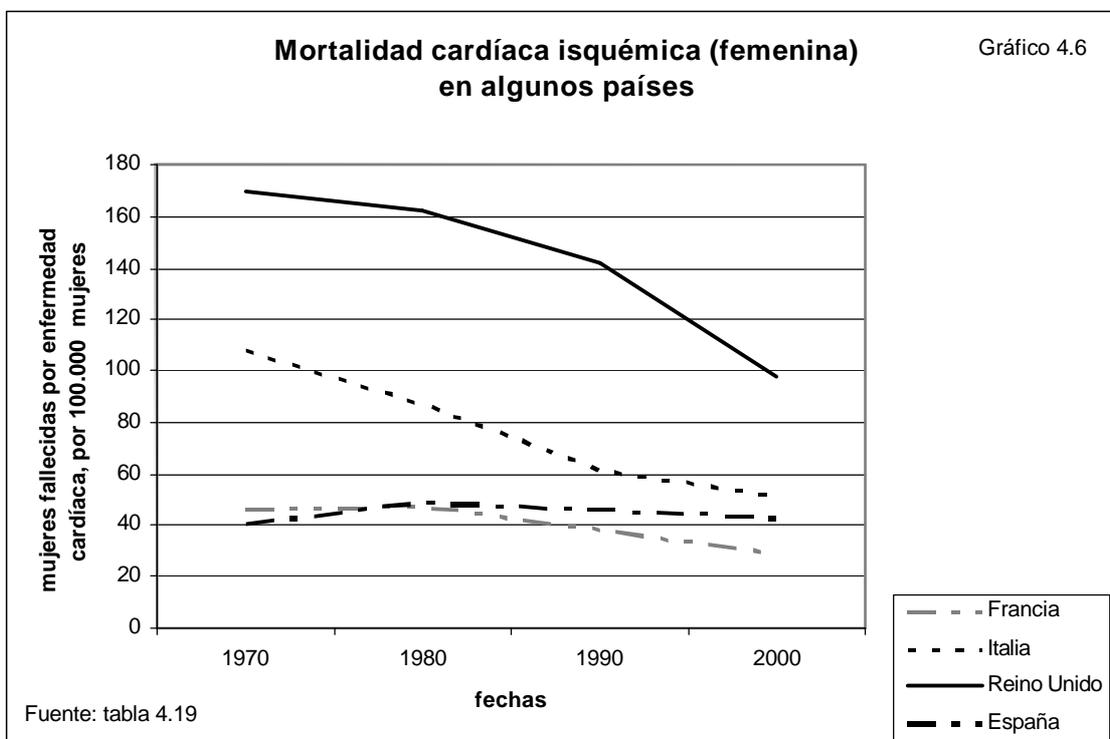
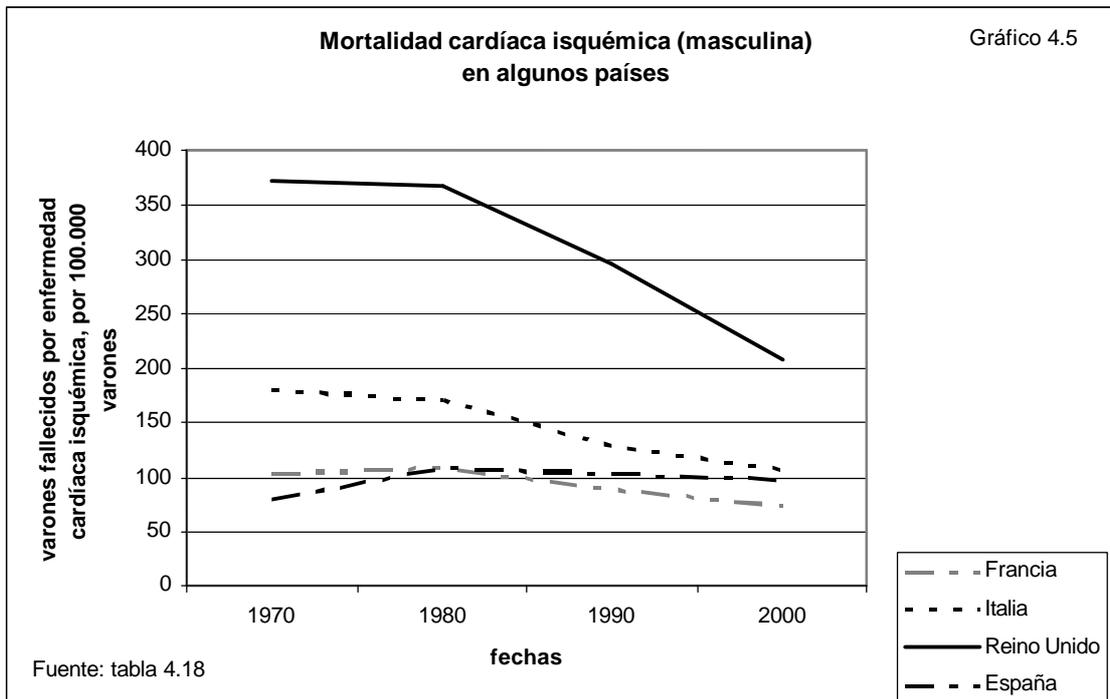
- Ribera Casado, José Manuel, “Vivir más para vivir mejor”, en Fomento Salud, *Anuario de la Salud, la Medicina y la Sanidad, 2000*, (Madrid, 2000), 74-75.

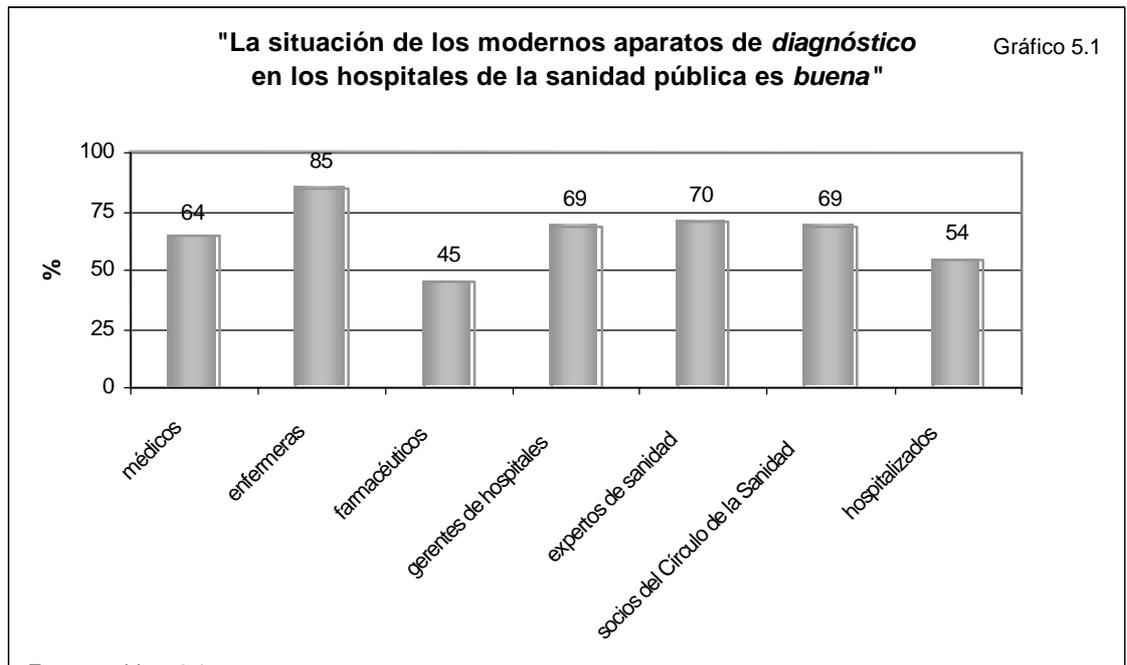
- Sastre Cantero, María Jesús y otros, *Indicadores de calidad de vida*, (Madrid: CIS, 2003).

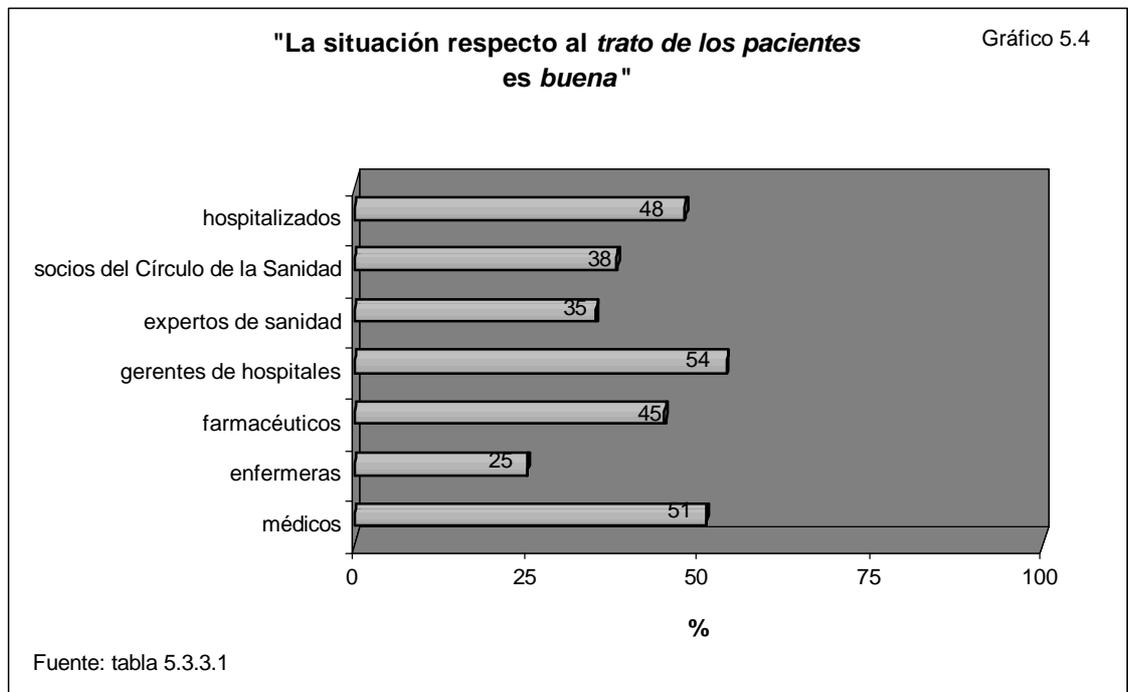
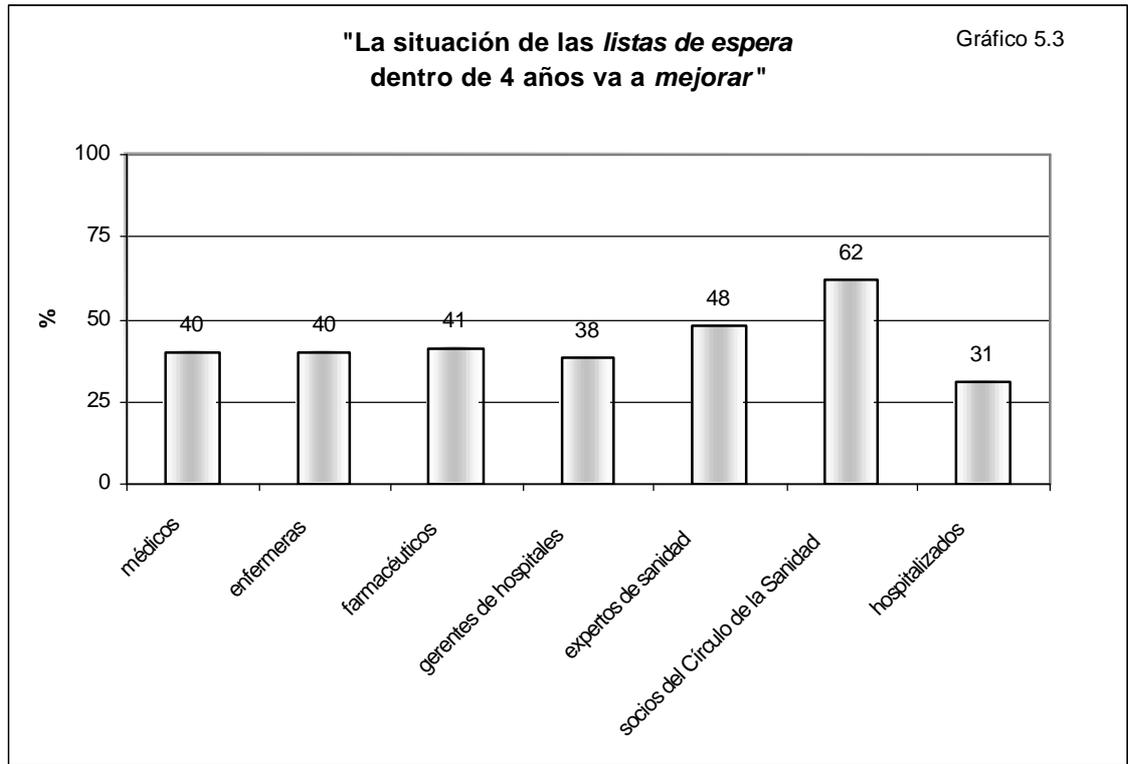
7. Gráficos



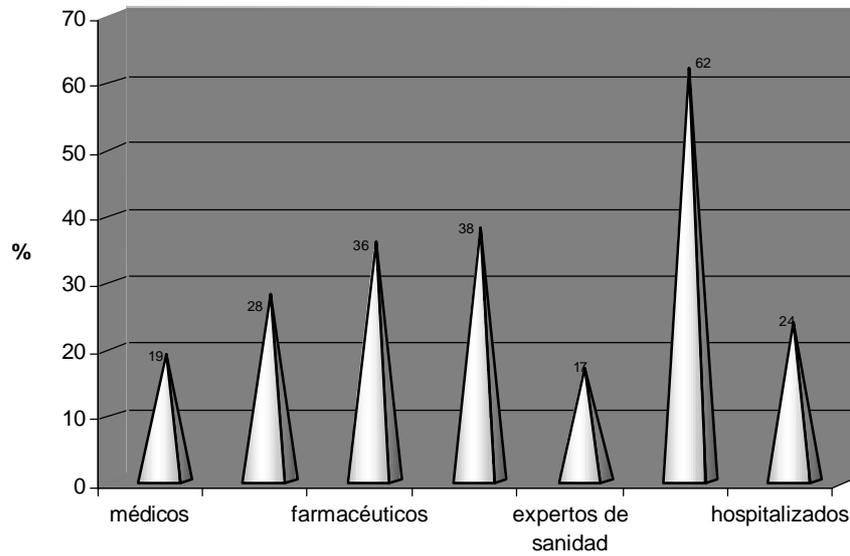






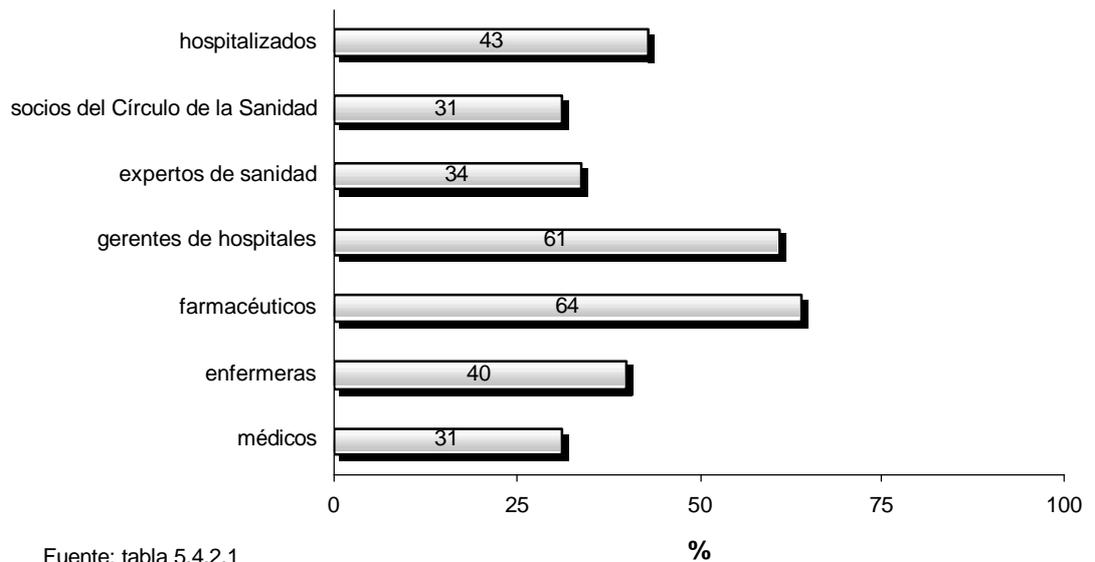


"Dentro de 20 años la proporción de fumadores descenderá por debajo del 20% de la población adulta: muy probable " Gráfico 5.5



Fuente: tabla 5.4.1.1

"Dentro de 20 años la esperanza de vida superará fácilmente los 100 años: muy o bastante probable " Gráfico 5.6



Fuente: tabla 5.4.2.1

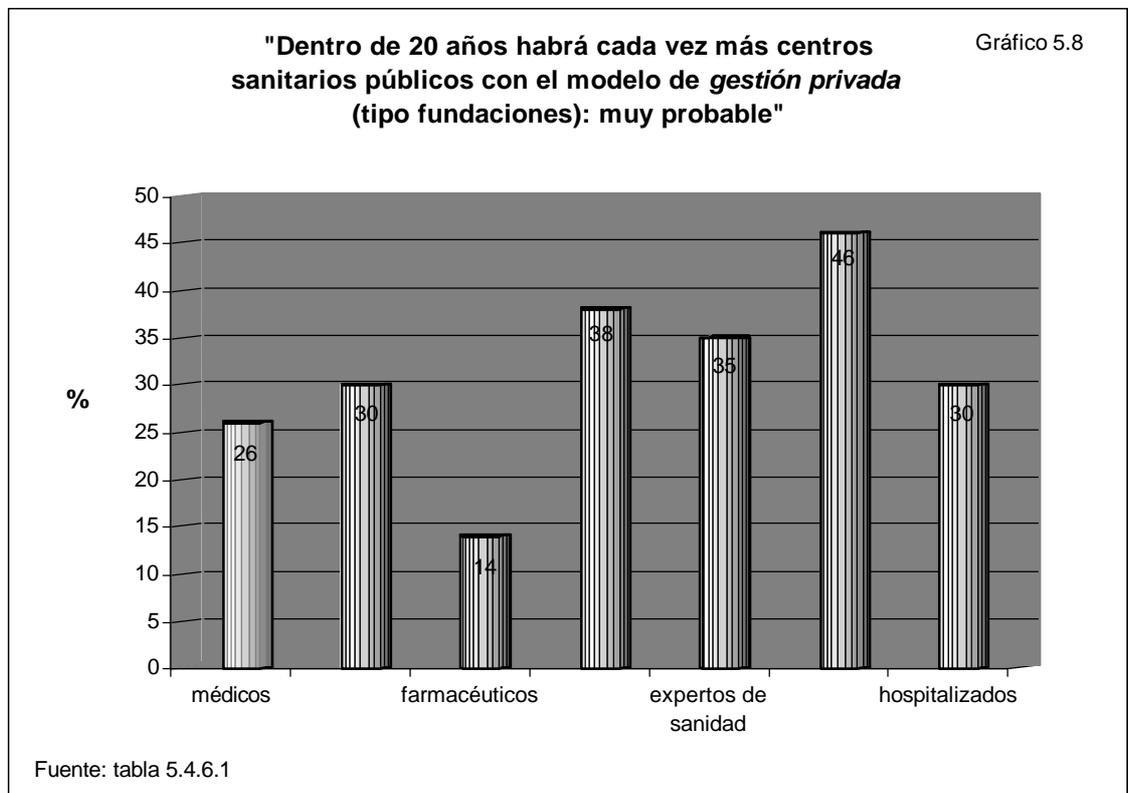
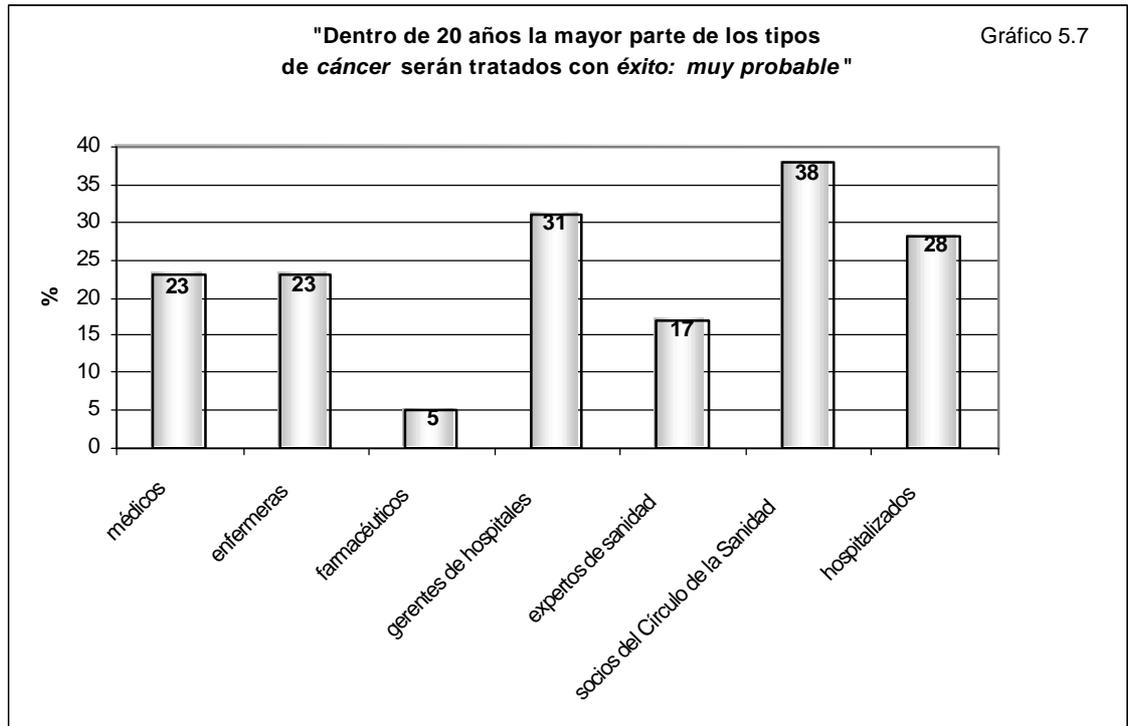
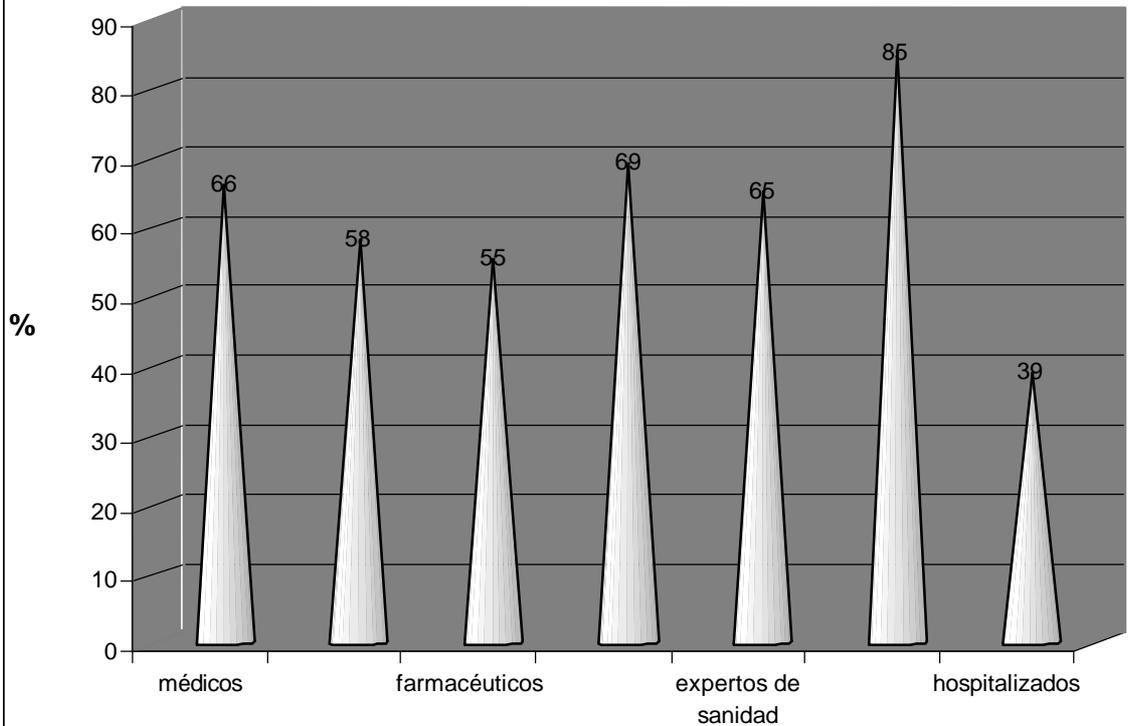


Gráfico 5.9

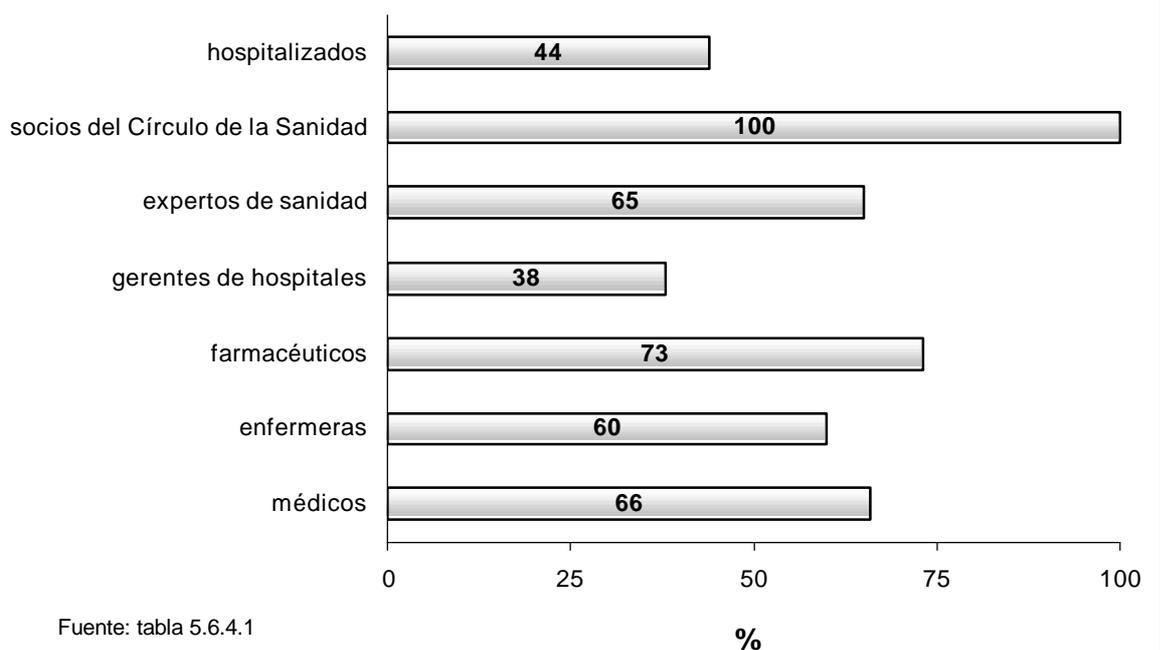
"Partidarios del copago en las medicinas de los jubilados"



Fuente: tabla 5.6.2.1

Gráfico 5.10

"El modelo de gestión privada en la sanidad pública supondría una mejora"



Fuente: tabla 5.6.4.1