

ANEXO VIII

**LA OPINIÓN DE LOS CIUDADANOS
SOBRE EL
SISTEMA NACIONAL DE SALUD
1994-2003**

ANEXO VIII
LA OPINIÓN DE LOS CIUDADANOS SOBRE
EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD, 1994-2003

Ana Rico

Universidad Erasmus, Rotterdam, Holanda

8.1. Un poco de Historia: Las encuestas de opinión sobre el SNS

El objetivo principal de este capítulo es analizar la evolución de la satisfacción de los ciudadanos españoles con la política y la atención sanitaria durante la última década. El estudio se basa principalmente en el análisis descriptivo de los datos de encuesta de la serie de Barómetros Sanitarios 1994-2003. Los barómetros sanitarios del 2002 y 2003 incluyen en su parte fija preguntas idénticas a barómetros anteriores realizados en 1994, 1995, 1997, 1998 y 2000. En algunos casos, existen también preguntas semejantes en encuestas previas realizadas a mediados de los 80 y en los primeros 90. Sobre esta base, se contrasta la evolución en la última década con los resultados para el periodo 1985-1995. Además, se analizan también los datos de encuesta disponibles a nivel europeo (Encuesta Blendon 1998-1991, Eurobarómetro 1996-1999, y Encuesta Europea de Valores 2003), que permiten comparar la evolución en nuestro país con la de otros países de la Unión Europea.

El análisis se basa principalmente en cuatro estudios descriptivos previos realizados por el Ministerio de Sanidad (1999, 2001, 2003 y 2004). Para evitar citar repetidamente estas fuentes en el texto, baste aclarar aquí que los datos de los Barómetros correspondientes al periodo 1994-1998 proceden de la primera de estas fuentes (MSC, 1999); mientras que los datos para el 2000, 2002 y 2003 proceden de los resúmenes de resultados del Barómetro publicados por el Ministerio el año inmediatamente posterior a la realización de la encuesta. Para el periodo 1985-1995 y los detalles por CCAA que se comentan en el apartado 8.6, se revisan los resultados de una publicación previa (Rico y Pérez Nievas, 2001) que utiliza técnicas multivariantes para investigar la evolución registrada por tres Comunidades Autónomas (Cataluña, País Vasco y Andalucía) y el INSALUD, financiada por el Instituto de Estudios Autonómicos de Cataluña y la Fundación BBVA. Además de estos trabajos, no se conoce ninguna otra publicación que utilice los datos de los Barómetros Sanitarios, lo que resulta sorprendente dada la alta accesibilidad de la serie a muy bajo precio desde la página web del Centro de Investigaciones Sociológicas, y la relevancia política y práctica de los mismos.

Un problema importante de la serie es el tamaño muestral, que resulta demasiado pequeño para poder desagregar por Comunidades Autónomas (CCAA). La única excepción son las CCAA con más de 5 millones de habitantes (Andalucía, Cataluña y Madrid), donde el error muestral alcanza niveles aceptables (del $\pm 3,5$ aprox. al 95,5 de confianza), que aún así triplican el nivel de error de la muestra nacional ($\pm 1,2$), y por tanto restan fiabilidad a los datos. Para estas tres Comunidades, así como para el País Vasco, existe un estudio anterior que permite comparar los resultados de 2003 con los de años anteriores. Considerar la serie temporal en vez del dato aislado constituye una manera de compensar por el mayor error muestral. La fragilidad de los datos existentes hasta el momento no permiten extraer conclusiones fiables sobre la evolución autonómica, un tema que requeriría un estudio estadístico ad-hoc. Con esta salvedad, se incluyen algunos de los escasos datos que permiten interpretación en el Anexo a este capítulo.

A continuación se analizan las tendencias registradas durante el periodo agrupadas en dos grandes apartados, y comparando los resultados de 2002 y 2003 con las encuestas previas. En el apartado II se analiza la efectividad política de las autoridades sanitarias en el gobierno de la sanidad. El apartado III se centra en la efectividad de la atención sanitaria (gestión y provisión de servicios), que depende tanto de las autoridades como de los profesionales del sector. El apartado 8.4 compara la evolución en España con los países de la Unión Europea. El apartado 8.5 presenta las conclusiones del trabajo, y el apartado 8.6 contiene el Anexo. En cada uno de los subapartados del texto se incluye una sección final de conclusiones que

resume las principales tendencias observadas y discute su posible relación con la evolución política en el sector.

8.2. Política sanitaria: El desempeño de las autoridades sanitarias

En esta primera sección se incluyen todos los indicadores orientados a evaluar el funcionamiento global del Sistema Nacional de Salud y la orientación de la política sanitaria. El término desempeño se refiere en este caso a la efectividad política subjetiva en el gobierno de la sanidad. Por efectividad política se entiende el grado en que el gobierno de la sanidad consigue avanzar los objetivos y prioridades de los ciudadanos. Para estimar el grado de efectividad política de los gobiernos se pueden utilizar indicadores objetivos. Por ejemplo, estimaciones del grado de equidad en el acceso a los servicios basadas en datos de utilización. Pero también pueden utilizarse, como en el caso presente, indicadores de tipo subjetivo. Estos se centrarían en evaluar, siguiendo con el ejemplo anterior, la medida en que las mejoras en la equidad son o no percibidas por los ciudadanos. La dimensión subjetiva de la efectividad política captura pues la satisfacción de los ciudadanos con la capacidad de respuesta de los gobiernos a sus preferencias y necesidades percibidas, y constituye por ello un elemento crítico para juzgar la calidad de la democracia.

8.2.1. Prioridad política de la sanidad sobre otras políticas públicas

El porcentaje de que considera la sanidad (versus la educación, la defensa, la vivienda, las pensiones, los transportes y la seguridad ciudadana) como el área de intervención pública de mayor prioridad supera el 30% durante el periodo 1994-2003. Constituye, por tanto, la primera prioridad en España. Durante estos 9 años, se registra una caída de 5 puntos porcentuales (equivalente a un 15%): si en 1994-1997 la sanidad es prioritaria para el 35% de los ciudadanos, en 1998-2000 lo es para el 33%, en 2002 para el 31%, y en 2003 para el 30%.

El ligero descenso en sanidad durante el periodo se traduce principalmente en un aumento equivalente de la prioridad concedida a la vivienda. El 2003 es un año importante a este respecto, dado que la vivienda ingresa por primera vez en la lista de los tres ámbitos de intervención pública prioritarios, desplazando a las pensiones. Durante los 90, la segunda prioridad es educación con 24-22%; y la tercera, pensiones, con 15-12%. En el 2000, la seguridad ciudadana desplaza a las pensiones como tercera prioridad. Con el cambio de década, continúa el descenso en sanidad, educación y pensiones, y el aumento en paralelo de la prioridad concedida a la vivienda. Los datos del 2003 reflejan el balance final de estos cambios: la sanidad continúa en primer lugar (30%), seguida de la educación (20%), la vivienda (18%), la seguridad (14%) y las pensiones (11%).

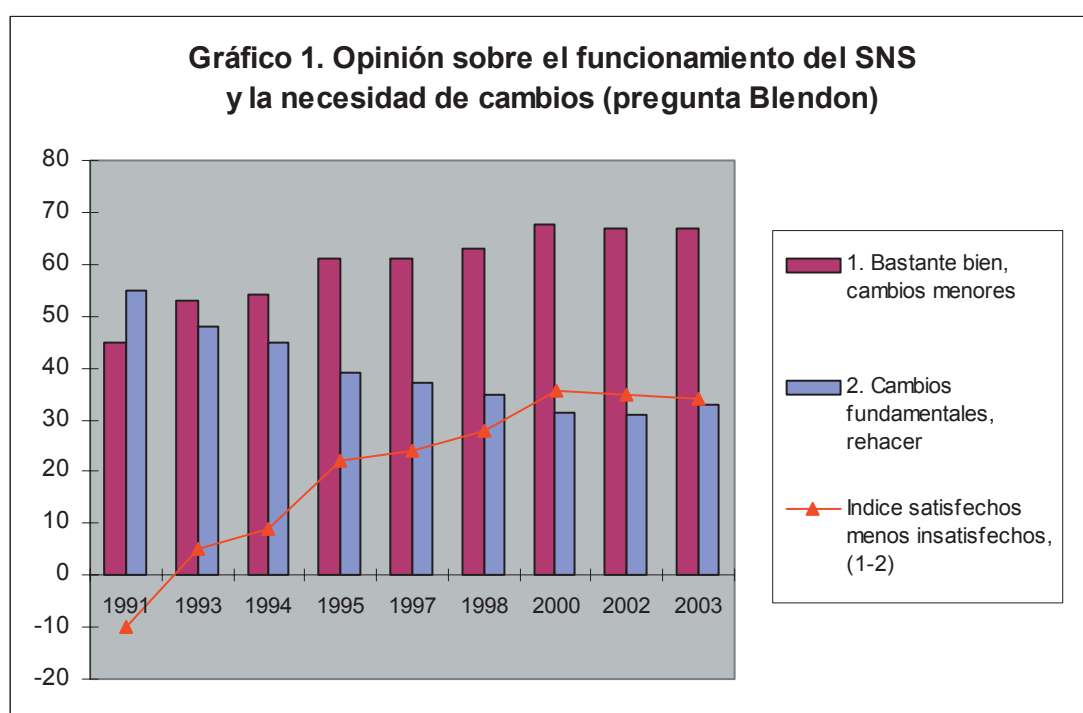
Por último, el cruce entre esta pregunta y la siguiente, dedicada a la satisfacción con el sistema sanitario público, muestra que entre los grupos de población más insatisfechos, la elección de la sanidad como primera prioridad tiende a ser más frecuente y viceversa. Sin embargo, para las encuestas del 2002 y el 2003 estas diferencias no resultan estadísticamente significativas. Estos resultados se corresponden con el supuesto, ampliamente compartido en este campo, de que las personas con mayores expectativas evaluarían con más rigor los logros alcanzados.

Se observa, por lo tanto, que la sanidad es la política pública considerada de mayor prioridad para los ciudadanos, a considerable distancia del resto. Cuanto más prioritaria resulta la política para los entrevistados, mayor es la tendencia a estar insatisfecho con el sistema y viceversa.

8.2.2. Opinión sobre el funcionamiento global del sistema sanitario (Blendon)

Para esta pregunta está disponible una serie más larga, que cubre el periodo 1991-2003. La redacción original de la pregunta procede del investigador Richard Blendon, y se utiliza frecuentemente en estudios internacionales comparados. Los resultados para nuestro país muestran que en el 2003 dos tercios de la muestra creen que el SNS funciona bien o sólo necesita cambios menores; mientras que cerca de un tercio opinan que necesita cambios fundamentales o rehacerse completamente.

El índice de satisfacción (en rojo), muestra una evolución constante de la satisfacción durante la década. En 1991, los insatisfechos superaban en un 10% a los satisfechos; mientras que en el 2003, el diferencial se ha invertido, y el porcentaje de satisfechos supera en más de un 30% al de insatisfechos. En 1995 (respecto a 1994) y 2000 (respecto a 1998) se dan aumentos algo más acusados. Esta tendencia resulta consistente con los resultados del Eurobarómetro, que apuntaban hacia un aumento importante de la satisfacción en los últimos años de la década de los 90. A pesar de esta mejora, España sigue situada por debajo de la media de la Unión Europea en cuanto a satisfacción global de los ciudadanos con los servicios (Eurostat, 2000). De otro lado, la tendencia ascendente de la satisfacción durante toda la década parece moderarse algo en los últimos años.



Fuente: Elaboración propia en base a MSC (1999, 2001, 2003, 2004).

Se observa pues un aumento claro de la satisfacción en los 90, coincidiendo con el periodo de implantación de la reforma de la primaria, y con la puesta en marcha de esfuerzos importantes de reducción de listas de espera a partir de 1995.

8.2.3. Equidad percibida del SNS

En el 2002 se introduce por primera vez una pregunta sobre la equidad percibida del SNS, que se redacta del modo siguiente: "En su opinión, la sanidad pública presta los mismos servicios para todos independientemente de que...". A continuación se le presentan al encuestado cuatro categorías de respuesta, para las que debe evaluar si existe o no equidad:

- Se resida en una CCAA u otra;
- Se resida en una zona rural o en una ciudad;

- Se sea joven o anciano;
- Se tenga un nivel social alto o bajo

Los resultados para el 2003 ponen de manifiesto que casi dos tercios de los ciudadanos piensan que existe equidad independientemente de la edad o el nivel social; un 43% opina que existe equidad entre CCAA (versus un 31% que piensa que no, y un 26% que no sabe); y un 40% creen que existe equidad entre la zona rural y la ciudad (versus un 45% que cree que no existe). Entre el 2002 y el 2003 se producen aumentos importantes (ligeramente superiores al 10%) en cuanto a la satisfacción con la equidad interterritorial.

Por lo tanto, aproximadamente dos tercios de los encuestados piensan que existe equidad de acceso y prestaciones entre clases sociales y grupos de edad. Un porcentaje menor (en torno a un 40%), pero en aumento desde el 2002, opina que existe equidad interterritorial.

8.2.4. Satisfacción global con la gestión autonómica

En el año 2002 se introduce también por primera vez una de las preguntas más relevantes de la serie, en concreto “¿Cree que al gestionar la asistencia sanitaria las CCAA en lugar del Estado, el ciudadano recibirá un mejor, igual o peor servicio?” Menos de un 5% de los encuestados creía en el 2003 que los servicios habían empeorado, un 32% que habían mejorado, un 38% que seguían igual y un 25% no sabía. Con respecto al 2002, se registra un ligero descenso en los que opinan que el servicio ha mejorado. Esta pregunta se acompaña de otra anterior, en la que se pregunta al entrevistado si sabía que los servicios habían sido transferidos a las CCAA. Sorprende que tan sólo un 65% de la muestra conozca este hecho en el 2003 (un 60% en el 2002).

En resumen, tan sólo dos tercios de los encuestados saben que la sanidad se ha transferido a las CCAA en el año 2003. Cerca de un tercio piensa que los servicios han mejorado desde la transferencia, y cerca de un 40% que siguen igual. No es posible saber si ello se debe al escaso tiempo transcurrido desde el traspaso en casi la mitad del territorio. Para ello sería necesario estudiar las diferencias entre CCAA de vía rápida y CCAA de vía lenta (algunos detalles sobre el tema se analizan en el apartado 8.6).

8.2.5. Información sobre derechos, programas y reformas

En general, es esta la dimensión del SNS claramente peor valorada: entre 1994 y 2000 la valoración de los diferentes aspectos de información considerados oscila entre 4 y 3 puntos. En contraste, la valoración de los diferentes aspectos de la atención primaria, especializada ambulatoria y hospitalaria oscila entre 4 y 5,5 puntos (en una escala de 1 a 7), con la única excepción del acceso a la atención hospitalaria (listas de espera). Tres de las cuatro dimensiones para las que existen datos comparados desde 1994 sufren caídas en su valoración media durante el periodo: la información emitida a través de campañas sobre los principales problemas de salud; la información acerca de los derechos y vías de reclamación de las que disponen los usuarios; y la información que dan los distintos servicios sanitarios sobre los servicios que prestan.

Para el cuarto aspecto, la información sobre medidas y leyes adoptadas por las autoridades sanitarias, también es perceptible una caída, aunque de menor magnitud. Esta última dimensión, junto con la información sobre derechos y vías de reclamación, constituyen las dimensiones peor valoradas del SNS tanto en 1994 como en el 2003. En el 2002 se cambian las escalas utilizadas para graduar la respuesta, de las de 7 puntos a las más intuitivas de 1 a 10, que permiten además la comparación internacional. En el 2003 los distintos aspectos relacionados con la información se valoraban entre 4 y 5, mientras que las valoraciones medias en primaria, especializada y hospitalaria oscilaban entre 5 y 7. Con respecto al 2002, sin embargo, la satisfacción con la información aumenta.

Como se ha puesto de manifiesto, la información proporcionada por las autoridades sanitarias a la población general constituye (junto con las listas de espera en especializada) el aspecto del sistema sanitario peor valorado. En general, para todas las dimensiones de información consideradas en los Barómetros, la insatisfacción aumenta entre 1994 y el 2000.

Entre el 2002 y el 2003 se da la pauta contraria, con un ascenso importante en la satisfacción. Conviene tener en cuenta, de otro lado, que en el caso de la información clínica proporcionada por el médico al paciente: la satisfacción es más alta, y aumenta claramente durante todo el periodo (ver apartado 8.3.2).

8.2.6. Intervención en atención sociosanitaria a ancianos y enfermos crónicos

Como es conocido, el sector sociosanitario, y en particular los cuidados de larga duración a enfermos crónicos, ancianos y discapacitados es un programa de bienestar en el que la intervención pública en España es muy residual, al que sólo tiene acceso la población con mayores necesidades y menores recursos económicos. Durante la última década, los poderes públicos han explorado en que medida la población cree necesaria una mayor intervención del Estado en el sector, así como una mayor integración con el sector sanitario. Como resultado, se incluyen en varias oleadas del barómetro una serie de preguntas sobre el tema. Aquí se realiza tan sólo un análisis de la situación en los últimos años.

La población es consciente de que los servicios públicos son insuficientes. En el 2002, un 59% elige esta opción, mientras que un 20% considera que son suficientes (y un 20% no sabe o no contesta). Y también creen que ésta debería ser una prioridad política a corto plazo: en concreto, un 82% opina que la familia como fuente de cuidados tenderá a desaparecer en el futuro próximo, sobre todo debido a la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, pero también debido al menor valor ético que se le concede a las obligaciones familiares. Cuando se pregunta a la población general quien debería prestar atención sociosanitaria a los que la necesitan, un 35% responden que el Estado, un 25% que la familia, y en torno a un 40% que ambos (a pesar de que esta última opción no está incluida en la categorías de respuesta). Cuando se formula la misma cuestión de un modo más preciso (como se hizo en la encuesta del año 2000), en concreto si el Estado debería hacerse cargo de las tareas de ayuda que en la actualidad desempeñan las familias o los voluntarios, un 80% responde que sí, que el Estado debería hacerse cargo.

Esta opción (que el Estado sustituya a las familias en la atención) no sólo se considera un hecho que tendrá lugar en el futuro próximo, sino que se considera también un objetivo político deseable para evitar las duras consecuencias que la labor de cuidadoras tiene para las mujeres: en el 2000 entre un 80% y un 90% de los entrevistados considera que las cuidadoras familiares tienen dificultades para trabajar fuera de casa, entre un 70% y un 80% opinan que las cuidadoras no pueden salir por las noches y se ven obligadas a reducir sus relaciones sociales, y entre un 60% y un 70% creen que además su labor de cuidadoras les impide prestar atención adecuada a sus hijos o les genera problemas importantes con su pareja. También se considera deseable desde el punto de vista del enfermo que recibe los cuidados: dos tercios de la muestra opinaban en el 2000 que para proporcionar un cuidado diario adecuado a una persona mayor con problemas de salud o a un enfermo crónico resulta necesaria una formación o preparación especial, dado que este es un trabajo que no puede realizar cualquiera adecuadamente sólo con proponérselo.

En cuanto a las opciones de reforma para el futuro, la situación es la siguiente:

- (a) En cuanto a los organismos o profesionales que deberían encargarse de proporcionar información y coordinar las alternativas de asistencia, en el 2000 se prefiere claramente al médico de cabecera (46%), de entre una multitud de opciones (el IMSERSO, los servicios sociales del INSALUD, el Ayuntamiento o la Comunidad, los trabajadores sociales de los hospitales o centros de salud, o un coordinador creado para este fin). Ninguna de las opciones citadas es preferida por más de un 15% de los entrevistados. Esta pregunta no se incluye en la encuesta del 2002.
- (b) En cuanto a los servicios o prestaciones que sería necesario crear, la opción preferida en el 2002 es la potenciación y mejora de las residencias públicas (37%), seguida de la atención a domicilio, y del pago de un salario a los familiares que trabajan de cuidadores (ambas en torno a un 10%). El trabajo

voluntario o las asociaciones de ayuda mutua atraen poco interés todavía en España (menor del 5%).

- (c) En cuánto a las opciones más básicas de asistencia para estos enfermos, en el 2002 la primera opción era su ingreso en una residencia u hospital (33%), la segunda la permanencia del enfermo en su domicilio con asistencia de la familia (27%), la tercera el cambio de residencia a casa de los hijos (25%), y la cuarta la contratación de asistencia profesional en el domicilio del enfermo (15%). Los hombres y la población más joven y con mayor nivel educativo tienden a preferir la primera y cuarta opción, mientras que las mujeres, los mayores y las personas con menor nivel educativo prefieren las opciones segunda y tercera.

En resumen, cerca de dos tercios de los ciudadanos creen que los servicios sociosanitarios públicos son insuficientes, y más de tres cuartas partes defienden que el Estado debe aumentar su intervención en el sector para paliar la disminución del rol de la familia en la provisión de cuidados. La intervención pública debería concentrarse en la inversión en residencias y atención domiciliaria, así como en proporcionar un salario a los familiares que trabajan como cuidadores. La coordinación de estos servicios debería recaer en el médico de familia. En cuanto a las opciones de asistencia, la mitad de la muestra optaría por recurrir a cuidados profesionales, mientras que la otra mitad optaría por los cuidados proporcionados por la familia.

8.2.7. Las medidas adoptadas para abordar las listas de espera

En el año 2003, entre un 80% y un 90% de los ciudadanos cree que existen listas de espera para tratamiento y diagnóstico en atención especializada y en atención hospitalaria. En el año 2000, el porcentaje de ciudadanos que creía que existían listas de espera era menor, de entre el 70% y el 80%. Tanto en el 2000 como en el 2003, en torno a un 40% de los ciudadanos cree que las autoridades sanitarias están realizando acciones para mejorar las listas de espera, un 30% cree que no se están llevando a cabo, y un 25% no sabe si se están llevando a cabo o no. Con respecto al 2000, los que no saben o no contestan se han reducido a la mitad, aumentando en paralelo los que creen que no se están llevando a cabo medidas. Entre 1995 y 2000 descienden ligeramente los que creen que se están llevando a cabo medidas, y aumentan en paralelo los que creen que no y los que no saben. Por último, entre el 2000 y el 2003 disminuye el porcentaje que opina que el problema de las listas de espera ha mejorado en su Comunidad Autónoma, de algo más (32%) a algo menos de un tercio (27%). Con respecto a 1995, sin embargo, este porcentaje casi se ha duplicado durante la década.

El barómetro del 2000 incluye además algunas preguntas sobre reclamaciones presentadas por los usuarios que ponen de manifiesto que las demoras asistenciales constituyen el principal motivo para reclamar. Más de un tercio de las reclamaciones totales se deben a esta causa. En total, cerca de un 70% de los encuestados declara que no tuvo motivo para reclamar, cerca de un 20% tenían motivos pero no reclamaron, mientras que cerca del 10% decidió dar el paso de reclamar. Un tercio de las reclamaciones se resolvieron satisfactoriamente.

Se observa, por lo tanto que, las listas de espera son la principal causa de insatisfacción con el SNS, y constituyen el principal motivo para presentar reclamaciones, que sólo en una minoría de los casos se resuelven satisfactoriamente. Un 40% de los ciudadanos creen que las autoridades sanitarias están llevando a cabo medidas para reducir la lista de espera, y algo menos de un tercio percibe que el problema ha mejorado en los últimos años. Entre el 2000 y el 2003 se observa un cierto retroceso en cuanto a estos dos últimos aspectos. Con respecto a 1995, han disminuido algo los que creen que se están llevando a cabo medidas, mientras que se han duplicado los que creen que las listas de espera han mejorado. La impresión general de la evolución durante la década parece ser por tanto un cierto *impasse* en la lucha contra las listas de espera, y un impacto apreciable de las medidas empleadas, que resulta en conjunto de magnitud menor que la esperada. Ello parece estar en correspondencia con las conclusiones del informe del Defensor del Pueblo hecho público en

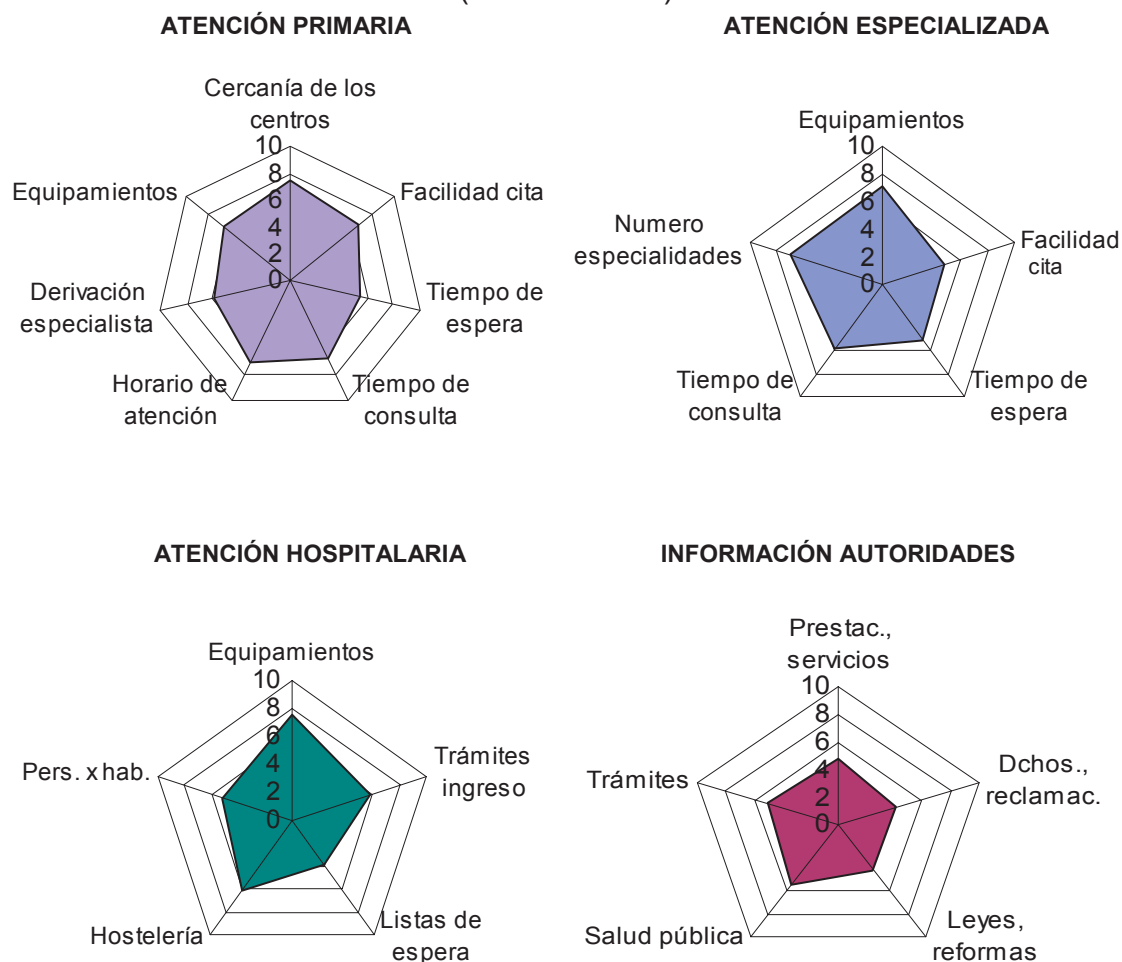
diciembre del 2002, que ponen de manifiesto el fracaso relativo del plan de choque contra las listas de espera (Pérez Oliva, 2004).

8.3. Atención Sanitaria. El desempeño en la gestión y provisión de servicios

8.3.1. Accesibilidad y equipamientos

En general, la accesibilidad y los aspectos de gestión de los servicios sanitarios evaluados en la encuesta (primaria, especializada ambulatoria, especializada hospitalaria, e información proporcionada por las autoridades sanitarias) constituyen los aspectos del SNS peor valorados por los ciudadanos en el 2003. Como veíamos en el apartado 8.2.5, las listas de espera en hospitales (tiempo de demora para el ingreso no urgente), y la información proporcionada por las autoridades se sitúan a la cabeza en cuanto a insatisfacción de los ciudadanos. Le siguen los tiempos de espera para entrar en consulta y la facilidad para obtener cita en especializada; y a continuación los aspectos de hostelería, personas por habitación y trámites para el ingreso en atención hospitalaria.

Gráfico 2. Evaluación del acceso y los equipamientos por servicios, 2003
(Escala 1 a 10)



Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del Barómetro 2003 (MSC, 2004)

Por servicios, los aspectos de accesibilidad obtienen evaluaciones entre medio punto y un punto más altas en atención primaria que en especializada ambulatoria (por ejemplo, la valoración media de la facilidad para obtener cita es 6,5 en primaria, y 4,8 en especializada). En atención hospitalaria, los trámites para el acceso obtienen puntuaciones mayores que en especializada ambulatoria, pero menores que en primaria; mientras que los tiempos de espera para el ingreso obtienen evaluaciones muy inferiores a las obtenidas por los otros dos niveles de atención. En cuanto a los equipamientos, obtienen en los tres sectores puntuaciones muy altas, con la excepción del número de personas por habitación en los hospitales.

En cuanto a la evolución en el tiempo, la situación es la siguiente. Como en el caso ya comentado de la información proporcionada por las autoridades sanitarias (ver apartado 8.2.5), en el 2002 se sustituyen las escalas de 1 a 7 por escalas de 1 a 10. Desde un punto de vista técnico, ésta constituye una mejora metodológica importante; como inconveniente, los datos del 2002 y el 2003 no son comparables con la serie anterior. Durante el periodo 1994-2000, la característica principal es la estabilidad: los aspectos mejor y peor valorados permanecen invariables en los cuatro tipos de servicio analizados. Y las puntuaciones obtenidas por las diferentes dimensiones evaluadas varían poco durante estos siete años.

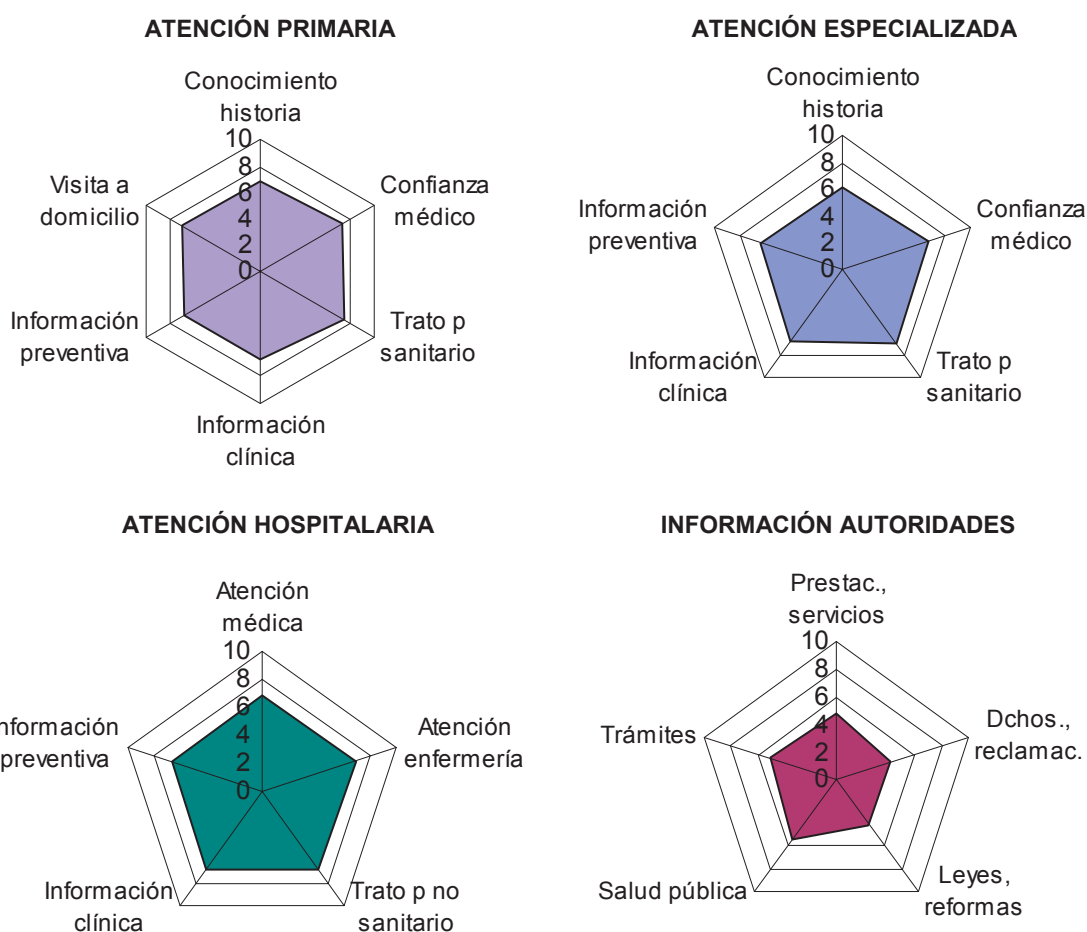
Tres aspectos se evalúan más negativamente en el año 2000 que en 1994, los tres referidos a la atención hospitalaria: las listas de espera, los aspectos de hostelería, y el número de personas por habitación. Lo mismo es cierto para la mayoría de los aspectos de la información proporcionada por las autoridades examinados en el apartado 5. Estos aspectos se hallaban ya entre los peor valorados en 1994. Por ello, el descenso de la satisfacción es especialmente problemático. Entre el 2002 y el 2003, se produce una nueva caída en la evaluación de las listas de espera en hospitales. Descienden además la evaluación de la facilidad para obtener cita y los tiempos de espera para entrar en consulta tanto en primaria como en especializada ambulatoria.

Los aspectos para los que la satisfacción aumenta algo durante 1994-2000 son principalmente los equipamientos en atención especializada, el número de especialidades a las que se tiene acceso en ambulatoria, y la derivación al especialista en primaria. Los equipamientos ya se encontraban entre los aspectos mejor valorados en 1994. En contraste, la derivación al especialista y el número de especialidades se situaban entre los aspectos peor valorados en 1994, por lo que el avance registrado en este campo supone una mejora importante desde el punto de vista de las prioridades de los ciudadanos. Entre el 2002 y el 2003 se produce un ligero aumento de la satisfacción con el tiempo dedicado por el médico en atención especializada ambulatoria, y con los equipamientos en primaria.

En general, pues, los aspectos de accesibilidad y gestión de los servicios sanitarios constituyen, junto con la información proporcionada por las autoridades sanitarias, los aspectos del SNS peor valorados por los ciudadanos durante toda la década. La atención primaria obtiene puntuaciones más altas que la especializada ambulatoria y la hospitalaria. Dada la relevancia de esta cuestión, se incluye a continuación una discusión algo más extensa sobre las tendencias por sectores.

En atención primaria, los problemas principales del modelo anterior (esperas para entrar en consulta, tiempo dedicado por el médico, y derivación al especialista) siguen siendo las principales causas de insatisfacción en el 2003, veinte años después de iniciarse la reforma de este sector. En la misma línea, sorprende la baja valoración de los equipamientos, que aunque con una puntuación de 6,4 sobre 10, se sitúa casi un punto por debajo de la obtenida en otros sectores. Ello sugiere que se ha avanzado poco también en cuanto a la ampliación de medios diagnósticos y de tratamiento (p.ej. cirugía ambulatoria) perseguida en los 80. Se observa una cierta mejora en este sentido en los últimos dos años. La cercanía de los centros, que constituye el aspecto mejor valorado, y sí fue uno de los objetivos prioritarios de la reforma, varía poco entre 1994 y 2003. Lo mismo es cierto en cuanto a la facilidad para obtener cita y el horario de atención: de un lado, las altas puntuaciones obtenidas en estos aspectos (por ejemplo, por comparación con especializada ambulatoria) sugieren que los objetivos de la reforma en este campo parecen haberse cumplido al menos en parte; de otro, la valoración de estos aspectos se estanca entre 1994 y 2000, y desciende ligeramente entre el 2002 y el 2003. En atención especializada ambulatoria, como en la primaria, el resultado más destacado es la estabilidad durante el periodo, con la excepción del número de especialidades a las que se tiene acceso, aspecto para el que se registra un aumento notable de la satisfacción. En general, la especializada se valora peor que la primaria, como se refleja en las menores puntuaciones otorgadas a los aspectos con lo que se está insatisfecho. En atención hospitalaria, las peores tendencias de evolución son también claramente perceptibles en cuanto a los aspectos que atraen mayor insatisfacción: mientras que en primaria no hay ningún aspecto que sufra caídas importantes en la valoración durante el periodo, y en especializada sólo un aspecto se sujeta a esta pauta, en hospitalaria son 3 los aspectos que sufren caídas (sobre un total de 5) durante el periodo 1994-2002. Entre el 2002 y el 2003, la satisfacción con el tiempo de espera sigue cayendo, y los otros dos aspectos aumentan muy poco. Estos 3 aspectos se hallaban ya entre las 4 principales causas de insatisfacción en 1994. Por ello, se puede concluir que los puntos negros principales del SNS han empeorado durante la década, al menos desde el punto de vista de los ciudadanos.

Gráfico 3. Evaluación de la atención sanitaria por servicios, 2003
(Escala 1 a 10)



Fuente: Elaboración propia en base a los resultados del Barómetro 2003 (MSC, 2004)

8.3.2. Cuidados médicos y de enfermería

En general, la satisfacción con las dimensiones que dependen más directamente del personal sanitario es mayor que en el caso de la accesibilidad, como puede observarse a primera vista en el Gráfico 3 (dónde se incluye también la información proporcionada por las autoridades a modo de comparación). En atención primaria, dos de los tres aspectos mejor valorados durante toda la década (cercanía de los centros, trato del personal sanitario y confianza en el médico) se refieren a la calidad de los cuidados médicos y de enfermería. En la misma línea, dos de las tres dimensiones para las que la satisfacción aumenta durante la década (de las doce consideradas en la encuesta) evalúan aspectos de la efectividad clínica valorables por los pacientes: en concreto, la información clínica suministrada por el médico y el conocimiento de la historia clínica del paciente, dos objetivos prioritarios de la reforma de la atención primaria iniciada en 1984, e implantada por un colectivo profesional profundamente transformado a raíz de la introducción de la especialidad de medicina de familia al inicio de la década de los 80.

En atención especializada ambulatoria, la situación es muy similar, aunque las puntuaciones alcanzadas son más bajas y la evolución algo peor. El trato recibido y la confianza en el médico son, junto con los equipamientos, las dimensiones mejor valoradas; y la información

clínica recibida es una de las tres dimensiones para las que la satisfacción aumenta a lo largo de la década. En atención hospitalaria, los cuidados y la atención médica y de enfermería obtienen también las máximas puntuaciones. La satisfacción en este caso no aumenta entre 1994 y el 2000 para ninguna de las dimensiones consideradas. Entre el 2002 y el 2003, sin embargo, se observan aumentos relativamente elevados en cuanto a la información clínica proporcionada y el conocimiento de la historia, más marcados en la atención ambulatoria que en la hospitalaria.

Por lo tanto, los aspectos más valorados del SNS están directamente relacionados con la atención y los cuidados proporcionados por el personal sanitario. El trato recibido del personal sanitario, y la confianza depositada en los médicos obtienen puntuaciones máximas en todos los sectores. Durante la última década, se producen además avances importantes en cuanto a la información clínica que se proporciona a los pacientes y el manejo de la historia. Estos dos últimos aspectos constituyen los objetivos prioritarios de la reforma de la primaria (junto con la cercanía de los centros) en los que parece haberse obtenido un mayor éxito de cara al reconocimiento de los ciudadanos. Esta misma tendencia se apunta también durante los últimos dos años en atención especializada.

8.3.3. Satisfacción global por sectores

En este último apartado se comentan una serie de indicadores dirigidos a evaluar la satisfacción global por sectores, que en su conjunto constituyen una fuente de información muy interesante sobre las preferencias de los ciudadanos con respecto al sector público y a la valoración que se le concede al Sistema Nacional de Salud. Varias de ellas se introducen por primera vez en la reforma del cuestionario del Barómetro realizada en el 2002. Como introducción a la sección se comentan algunas tendencias generales de evolución por sectores durante el periodo 1994-2000; y en la última parte del mismo se comenta la evolución de la utilización de servicios públicos y privados por sectores.

Valoración general por sectores

En la serie de Barómetros Sanitarios 1994-2000, junto a las dimensiones analizadas en los apartados 8.3.1 y 8.3.2, se incluye además una pregunta final sobre la calidad general percibida de cada sector. Los resultados parecen indicar que la satisfacción general con la atención primaria aumenta lentamente durante el periodo 1994-2003 por comparación de la década anterior, quizás debido al hecho de que el nuevo modelo se desarrolla sobre todo entre 1985 y 1995, observándose una cierta parálisis en su desarrollo desde entonces. En general, la especializada se valora peor que la primaria. Este hecho es perceptible tanto en cuanto a la calidad general que se le atribuye, como en cuanto a las menores puntuaciones otorgadas a los aspectos con los que se está insatisfecho. La valoración media de la calidad general de la atención hospitalaria era en el 2000 superior a la de la atención especializada, pero inferior a la de la primaria. Ello se debe en parte a una estabilidad más acusada durante el periodo: aunque la primaria y la hospitalaria parten exactamente de la misma valoración en 1994, la satisfacción con la primaria aumenta algo, mientras que se estanca en el caso de la hospitalaria.

En el 2003 se introduce una pregunta sobre la valoración global de la atención recibida como muy buena, buena, regular, mala o muy mala. Más de un 80% creen que la atención es buena o muy buena, en torno a un 15% que regular, y menos de un 5% que mala en los tres sectores analizados. En atención hospitalaria, el porcentaje de los que la califican como muy buena (25%) es mayor que en primaria y especializada (15%). Otra pregunta interesante que se introduce en el 2003 se refiere a la medida en que la atención recibida se ajusta o no a las expectativas que se tenían antes de utilizar los servicios. Cerca de dos tercios de los entrevistados considera que el servicio se ajustó bien a sus expectativas previas en atención primaria y especializada; en atención hospitalaria este porcentaje desciende al 50%. A cambio, son más los que piensan que la atención recibida superó sus expectativas (casi un 40%, en comparación con alrededor de un 25% en primaria y especializada).

¿Cree que los servicios han mejorado en los últimos años?

Esta pregunta se incluye en varios de los Barómetros Sanitarios de la serie 1994-2003, además de en dos encuestas previas realizadas en 1985 y 1990 por el Centro de Investigaciones Sociológicas, tituladas *Imagen del INSALUD ante la opinión pública*, y analizadas en un trabajo anterior (Rico y Pérez-Nievas, 2001). Como puede observarse en el Gráfico 10 (ver apartado 8.6.2 del anexo), en torno a un 40% de los ciudadanos opinaban que los servicios de atención primaria y hospitalaria habían mejorado en los últimos años. En 1995, un 60% opina que la atención primaria ha mejorado; mientras que en el 2003 el porcentaje ha descendido al 50%. En hospitalaria, los niveles de 1985 permanecen constantes durante los veinte años posteriores.

Del 2002 al 2003 se produce un ligero descenso en los que declaran que la atención especializada (tanto ambulatoria como hospitalaria) ha mejorado en los últimos años. A cambio, aumentan los que opinan que sigue igual (en torno a un 40% en el 2003), y permanecen estables los que creen que ha empeorado (en torno a un 5-7%).

Si pudiera elegir, ¿optaría por los servicios públicos o privados?

El título de este subapartado coincide con el texto de una nueva pregunta incluida por primera vez en la encuesta del 2003, y que no especifica más detalles (por ejemplo, si la opción estaría o no cubierta por el seguro público). Bajo estas condiciones ideales, sorprenden los porcentajes relativamente altos que optarían por el servicio público: un 65% en primaria, un 69% en hospitalaria y un 72% en urgencias. El porcentaje es claramente menor, sin embargo, en especializada (54%). Si contamos además los que declaran espontáneamente 'ambos' (dado que esta opción de respuesta no está contemplada, aunque la sugieren de *motu proprio* casi un 10% de los encuestados), cerca de dos tercios optarían por la pública en especializada, tres cuartas partes en primaria y hospitalaria, y un 80% en urgencias.

Utilización de servicios públicos y privados

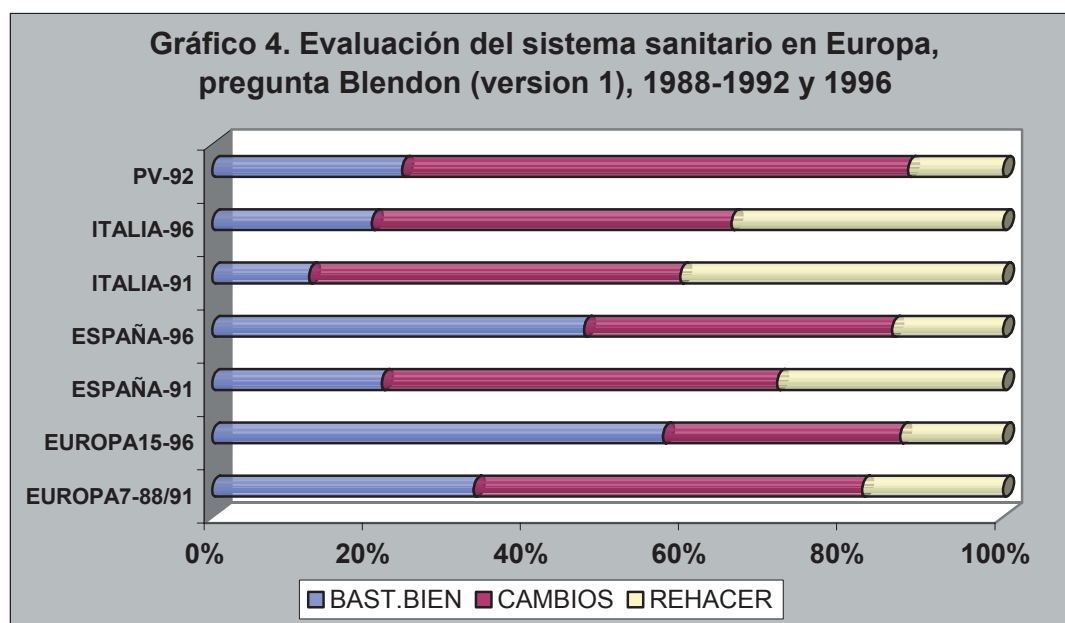
Las preguntas del Barómetro relativas a la utilización de servicios nos dan una idea de las tendencias de evolución del sector público y privado. Existen datos al respecto para casi todos los años de la década. En general, lo que más sorprende es la estabilidad de las respuestas. Si tomamos 1993 como punto de partida, podríamos concluir que la evolución durante la década es la siguiente: aumenta el porcentaje de los que declaran utilizar sólo la pública en atención primaria (+2,5 puntos) y atención especializada (+4,5 puntos); y disminuye el porcentaje que declara utilizar sólo la privada en atención especializada. Por último, disminuyen los que declaran utilizar ambas, y esto para todos los niveles de la atención. Las cifras para el 2000 denotan que el recurso a la privada es mayor en Atención Especializada (AE): 74% sólo pública, vs. 15% solo privada y 10% ambas. En Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH), las cifras son muy semejantes entre si (87% solo pública, 8% solo privada y 3-5% ambas). En Urgencias es donde se da el mayor recurso a la pública, aunque a poca distancia de la AP y AH (89% solo pública, 7% solo privada, 2% ambas).

En resumen, la atención primaria constituye incuestionablemente el sector que más ha mejorado durante las últimas dos décadas, y también el que obtiene mejores valoraciones medias en el 2003. La atención especializada ambulatoria obtiene las menores puntuaciones, en especial en la pregunta clave sobre si en caso de poder elegir se continuaría acudiendo al sector público o se optaría por el privado. Los niveles de satisfacción globales al final del periodo parecen en cualquier caso considerablemente altos en todos los sectores, y muy especialmente en primaria, hospitalaria y urgencias. Por comparación con la década anterior, durante el periodo 1994-2003 la satisfacción aumenta más lenta en primaria, y se estanca en especializada y hospitalaria. La utilización de servicios privados se concentra, como en la mayoría de países donde los médicos de cabecera ejercen funciones de 'gate-keeping', en la atención especializada ambulatoria: en el 2000, el 25% de los encuestados recurre siempre o regularmente al sector privado; y otro 20% más optaría por el sector privado si pudiera

permitírselo. En cambio, en primaria y hospitalaria, cerca del 90% de la muestra utiliza sólo la pública. Las cifras permanecen marcadamente estables a lo largo de la década de los 90.

8.4. La satisfacción en España y en Europa

Existen tres fuentes principales de datos sobre satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario en los países europeos. La iniciativa pionera en este campo fue la encuesta diseñada por Robert Blendon y aplicada por el investigador norteamericano y su equipo en 7 países europeos entre 1988 y 1991. Desde mediados de los 90, varios de los Eurobarómetros elaborados por la Unión Europea (UE) incluyen una pregunta sobre la satisfacción general con el sistema sanitario (con opciones de respuesta categóricas, “satisfecho”/“no satisfecho”). Por último, desde finales de los 90, la Encuesta Social Europea (ESE) incluye una pregunta semejante (con categorías de respuesta numéricas, en la forma de puntuaciones en una escala de 0 a 10). Desde el año 2002, los Barómetros Sanitarios españoles incluyen una pregunta de redacción semejante a la de la ESE. La pregunta Blendon se incorpora a los Barómetros en 1991.



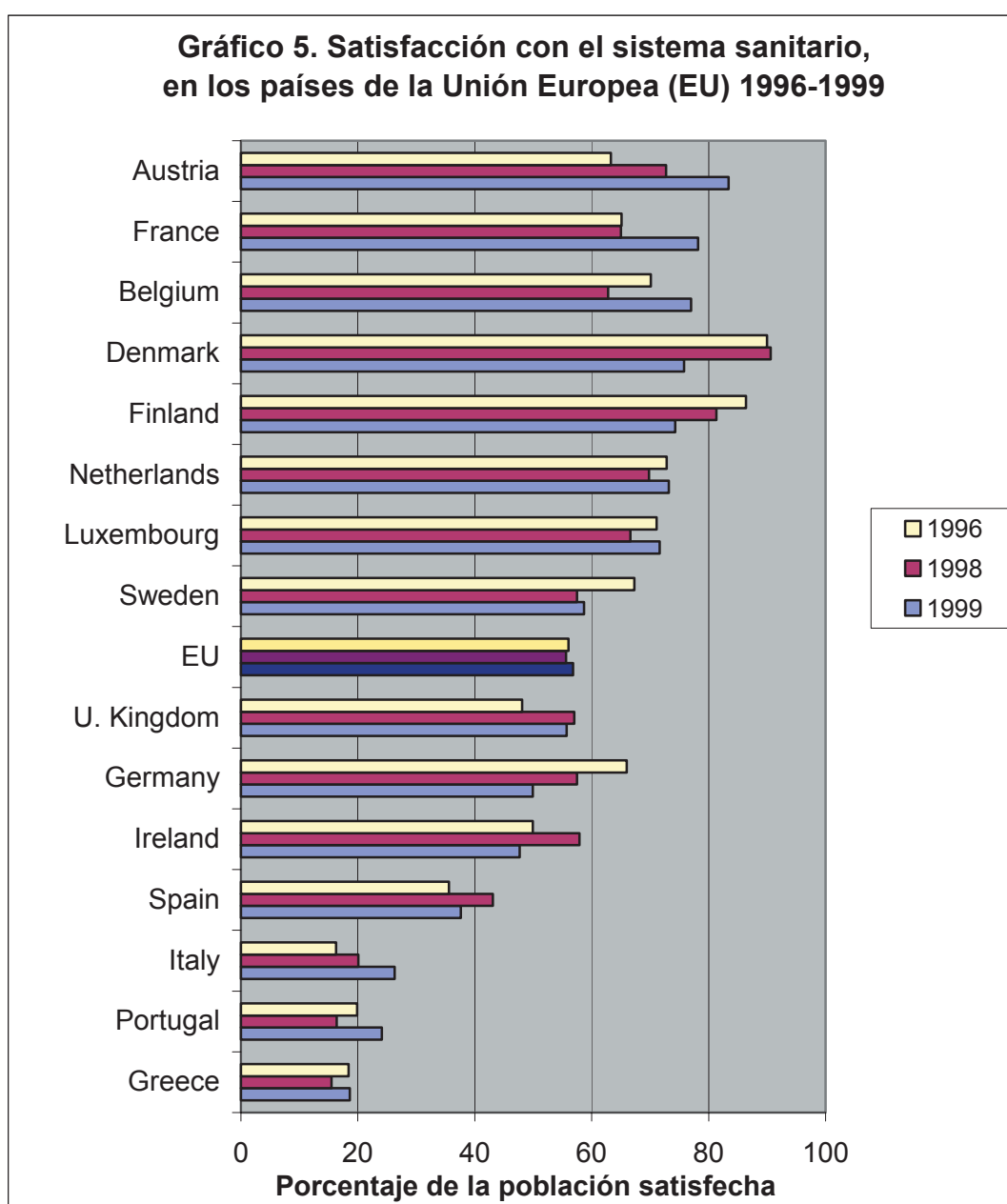
Fuente: Rico y Pérez-Nievas, 2001

Durante los años 90, varios países europeos incorporan una de las preguntas de la encuesta Blendon en sus encuestas nacionales. En concreto, la pregunta trata de medir la evaluación del sistema por parte de los ciudadanos, y ofrece a los encuestados tres opciones de respuesta en la primera versión (“el sistema sanitario funciona bastante bien, y sólo necesita cambios menores”, “necesita cambios fundamentales” y “debe rehacerse completamente”), y cuatro en la segunda (las tres anteriores más una cuarta: “el sistema sanitario funciona bien”).

En el Gráfico 4 se reproducen los resultados disponibles para el periodo 1988-1992, y el año 1996, que corresponden a la primera versión de la pregunta Blendon. En 1991, casi un 40% de los ciudadanos de los 7 países europeos analizados piensan que el sistema sanitario funciona bien, mientras que en Italia, en España y en el País Vasco se sitúa en torno al 20-25%. En el otro lado del espectro, tanto en Europa como en el País Vasco, menos del 20% cree que el sistema debe rehacerse completamente; mientras que en España y en Italia el porcentaje se acerca al 40%. En 1996, los que opinan que el sistema funciona bien son ya un 60% en Europa; y en España se acercan al 50%; mientras que en Italia permanecen en torno

al 20%. De manera semejante, menos de un 20% creen que hay que rehacer completamente el sistema en España, una cifra muy semejante a la media de la Unión Europea en el mismo año. Por tanto, se puede concluir que entre 1991 y 1996, España se aproxima a la media europea, mientras que Italia evoluciona poco desde la situación de partida, a considerable distancia de la media.

El Gráfico 5 presenta los resultados de la serie de Eurobarómetros que incluyen una pregunta relativa a la satisfacción general de los ciudadanos con el sistema sanitario (“En general, ¿Está Ud. satisfecho que el modo en que el sistema sanitario funciona en su país?”), correspondiente a 1996-1999. Cerca de un 60% de los ciudadanos de la EU contesta afirmativamente a esta pregunta, con pocos cambios durante el periodo. En España en torno al 40% responden que si en 1999, y el ascenso registrado en 1998 se compensa con un descenso en 1999. El gobierno vasco incluyó esta pregunta en sus series de encuestas en 1989; y de acuerdo con esta fuente, el porcentaje de ciudadanos satisfechos era ya de un 70% en 1990, había ascendido al 80% en 1992, y se situaba por encima del 85% en 1997 (Rico y Pérez Nievas, 2001).



Fuente: Eurobarómetros 1996, 1998 y 1999 (datos proporcionados por Anna Dixon y Hans Dubois)

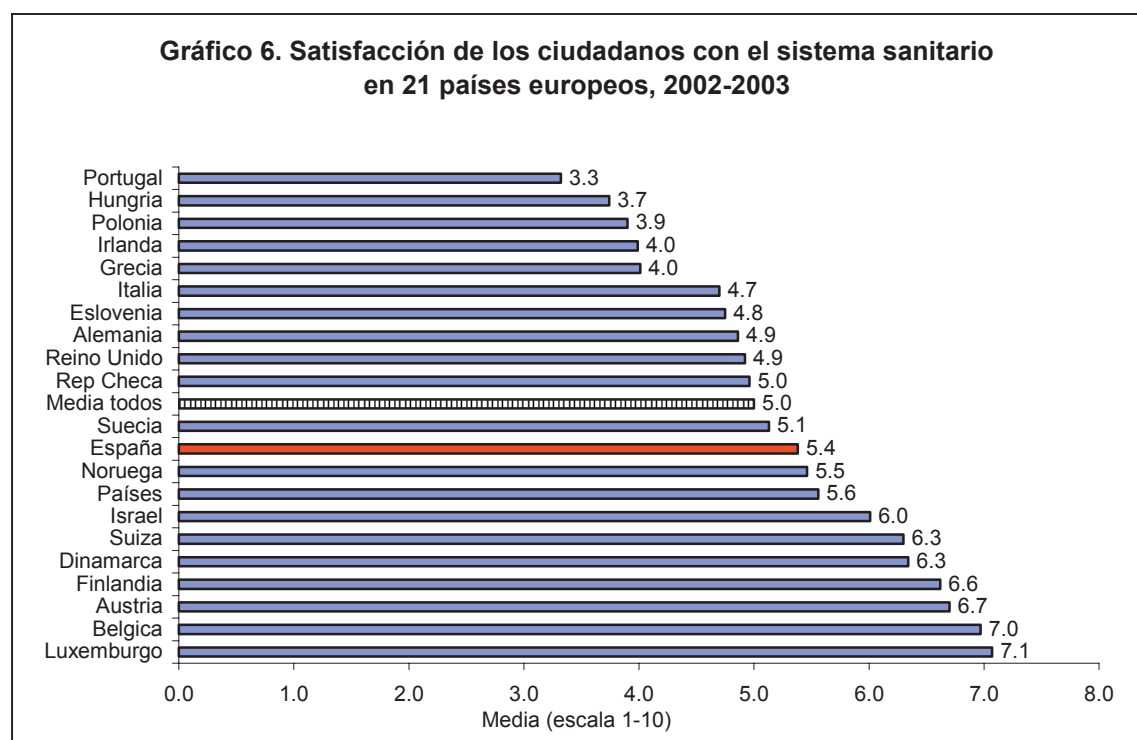
En Italia, como en Portugal y en Grecia, los valores medios apenas superan el 20% en 1999, y también evolucionan poco durante el periodo. Los países que sufren cambios más marcados durante el periodo 1996-1999 son Austria y Francia de un lado (ascenso); y Alemania, Finlandia y Dinamarca de otro (descenso). Entre 1996 y 1998, la satisfacción aumenta principalmente en Austria, España, Italia, Irlanda y Reino Unido; y disminuye en Grecia, Portugal, Suecia y Alemania. Entre 1998 y 1999, la satisfacción disminuye en España, Irlanda, Alemania, Dinamarca y Finlandia.

Los resultados de la ESE para el 2003 se exponen en la Tabla 1 y el Gráfico 6. La Tabla 1 presenta la valoración media en una escala de 1 a 10 de la sanidad, la educación, la política y la economía en España. Los resultados muestran que el sistema sanitario obtiene valoraciones más altas que los otros tres sectores de actividad considerados. Y sugieren una evolución más positiva en sanidad que en educación durante las últimas dos décadas, dado que los niveles de satisfacción son sistemáticamente más altos en educación que en sanidad durante los 80 y primera mitad de los 90 (Rico y Pérez-Nievas, 2001).

Tabla 1. Satisfacción de los ciudadanos con la sanidad. La educación, la política y la economía. España, 2002-2003. Escalas 0-10.

	Media	Desviación típica	% de NS/NC
¿En qué medida está Ud. satisfecho con la situación económica actual en España?	4,8	2,1	4
¿En qué medida está Ud. satisfecho con la forma en que el gobierno está desarrollando su labor?	4,3	2,3	4
¿Cómo valoraría, globalmente, el estado actual de la educación en España?	4,9	2,1	7
¿Cómo valoraría, globalmente, el estado actual del sistema sanitario en España?	5,4	2,1	9
Nº de casos total = 1729			

Fuente: *Encuesta Social Europea 2002-2003*, preguntas B30-B34 (INRA, 2004).



Fuente: *Encuesta Social Europea 2002-2003* (datos proporcionados por Marta Fraile).

El Gráfico 6 muestra la valoración general del sistema sanitario en 19 países europeos en una escala de 1 a 10, de acuerdo con los datos de la ESE para 2003. Desafortunadamente, los resultados no son comparables con los de los Eurobarómetros para el periodo 1996-1999, debido a la diferente redacción de las preguntas y opciones de respuesta. A pesar de ello, la mayoría de los países de la Europa de los 15 ocupan posiciones semejantes con respecto a la media europea. De acuerdo con los Eurobarómetros, por debajo de la media están Italia, Portugal, Grecia, Irlanda, Reino Unido y Alemania. En todos estos países, con la excepción de Alemania (que presenta los niveles más altos de la UE), el gasto sanitario público se sitúa por debajo de la media europea (OECD, 2002). La ESE muestra los mismos países por debajo de la media, con la excepción de España, que pasa a situarse ligeramente por encima de la media. Italia avanza posiciones, y Alemania e Irlanda retroceden. Entre el grupo de países con niveles de gasto y satisfacción por encima de la media, tan sólo Luxemburgo avanza posiciones, mientras que el resto de países ocupa posiciones semejantes con respecto a la media en ambas encuestas.

Los Barómetros sanitarios de 2002 y 2003 contienen una pregunta idéntica a la de la ESE 2002-2003 sobre la evaluación general del SNS. La valoración media de los Barómetros españoles para 2002-2003 para esta pregunta es 5,94-6,04 sobre 10, ligeramente superiores por tanto al 5,4 obtenido en la ESE. En el 2003, las valoraciones medias por CCAA oscilaban entre máximos por encima de 7 (Navarra, País Vasco, Asturias) y mínimos cercanos al 5 (Canarias).

Se observa por tanto que, los pocos datos que existen a nivel europeo sobre satisfacción de los ciudadanos con el sistema sanitario no son comparables entre sí debido a la diferente redacción de preguntas y respuestas. A pesar de ello, la distribución de los países con respecto a la media europea es semejante en todas las fuentes disponibles para el periodo 1988-2003. Muy pocos países avanzan posiciones en cuanto a satisfacción desde mediados de los 90. Entre ellos destacan Austria (Eurobarómetros y ESE), Bélgica (ESE), España (ESE), Italia (Eurobarómetros y ESE) y Luxemburgo (ESE). En España, en 1991 los niveles de satisfacción se situaban en torno a los mínimos europeos; desde mediados de los 90 a menor distancia de la media; y aparentemente, en 2003, ligeramente por encima de la media. De otro lado, Alemania (Eurobarómetros y ESE), Dinamarca (Eurobarómetros y ESE), y Finlandia (ESE) descienden posiciones durante el periodo.

8.5. Conclusiones

La satisfacción con el funcionamiento general del sistema sanitario, medida a través de la prioridad concedida a distintas opciones de reforma (pregunta Blendon), aumenta considerablemente durante la década: en el 2003 el porcentaje de los entrevistados que cree que funciona bien o sólo requiere cambios menores supera en un 40% al porcentaje de los que creen que debería someterse a cambios fundamentales o reestructurarse completamente. Ello podría indicar aumento de la satisfacción, pero también un aumento de actitudes conservadoras (es decir, menos proclives a cambios bruscos), o una diferente reacción ante el diferente signo ideológico de las propuestas de reforma predominantes en el mercado político a lo largo del tiempo.

Cuando se recurre a preguntas más explícitas sobre la calidad percibida de los servicios, sobre si han mejorado o no en los últimos años, o sobre la medida en la que cumplen las expectativas de los ciudadanos, persiste la impresión de que aunque los niveles de satisfacción alcanzados son considerables, la evolución durante la última década ha sido muy lenta. Los resultados obtenidos en cuanto a la valoración de la equidad en el SNS son buenos en cuanto a la equidad entre grupos sociales y de edad, pero sólo regulares en cuanto a equidad interterritorial, a pesar del importante avance registrado en este aspecto entre el 2002 y el 2003. A pesar de ello, puede considerarse un gran mérito conservar niveles altos de apoyo por parte de los ciudadanos (superiores a dos tercios de los encuestados en atención primaria y hospitalaria) en una década de contención presupuestaria, y en un contexto en el que el nivel de exigencia de los ciudadanos ha aumentado mucho (como reconocen el 77% de los encuestados).

Las preguntas que tratan de evaluar más directamente la satisfacción con la atención primaria, especializada y hospitalaria públicas, y a la información que las autoridades proporcionan a la población general, tampoco permiten concluir, en cualquier caso, que la satisfacción aumente claramente durante el periodo. Más bien al contrario, en atención especializada se registra un estancamiento en los niveles de satisfacción, mientras que en primaria el crecimiento es más lento que en la década anterior. En cuanto a los niveles relativos de satisfacción por sectores, en el 2003 la situación es la siguiente:

- (a) la primaria constituye el nivel de atención mejor valorado, tanto en general como en cuanto a los diferentes aspectos de la atención.
- (b) la hospitalaria ocupa un lugar intermedio: aunque la valoración de la calidad general es mayor en hospitalaria que en especializada, los aspectos que generan mayor insatisfacción (listas de espera, acceso) obtienen valoraciones menores que en el caso de especializada. Los mínimos son en ambos casos menores que en primaria.
- (c) La especializada ambulatoria obtiene puntuaciones globales muy inferiores a los otros dos sectores en varias de las preguntas analizadas.
- (d) La información a la población sobre derechos, reformas y programas de salud (excluyendo por tanto la información clínica proporcionada por los profesionales sanitarios, que obtiene puntuaciones altas).

Los aspectos de la atención que obtienen menores valoraciones en el 2003 (en una escala de 1 a 10) son los siguientes: la demora para el ingreso hospitalario no urgente (4,0), la información sobre derechos y sobre medidas políticas (4,1), la información sobre servicios que presta el sector público (4,1), la información sobre servicios que presta la Administración (4,8), la facilidad para obtener cita en atención especializada (4,8), el tiempo de espera para entrar en consulta en especializada (4,9), la información sobre trámites de acceso (5,0), y la información sobre campañas de salud pública.

Un problema muy importante que se detecta en la serie de datos 1994-2000 es que la insatisfacción con estos puntos negros del sistema aumenta consistentemente durante el periodo. Lo mismo es cierto con respecto a la mayoría de indicadores de accesibilidad de los servicios en los varios niveles de atención. Del 2002 al 2003 se produce una clara mejoría en cuanto a la información proporcionada por las autoridades, pero siguen ascendiendo rápidamente los niveles de insatisfacción con las listas de espera y la accesibilidad en especializada. Durante la década, aumenta además el porcentaje de los ciudadanos que cree que existe lista de espera para tratamiento, diagnóstico e ingreso en atención especializada, que se sitúa por encima del 80% en el 2003. Desde un punto de partida relativamente alto en 1995, disminuye el porcentaje que cree que las autoridades están tomando medidas para combatir las listas de espera, que se sitúa en torno al 40% en el 2003. Y aunque aumentan ligeramente los que creen que las listas de espera han mejorado como resultado, el éxito obtenido no parece muy alto, dado el relativamente pequeño porcentaje que elige esta opción (del 20% en 1995 aumenta al 30% en el 2003).

Más en general, el estancamiento en las valoraciones medias por sectores encierra dos tendencias de signo contrario durante la década. De un lado, como hemos visto en el párrafo anterior, para los aspectos del SNS que dependen más de las autoridades y gestores sanitarios la satisfacción disminuye durante el periodo, salvo excepciones puntuales. De otro, para los aspectos de los servicios directamente relacionados con la atención proporcionada por los profesionales sanitarios la satisfacción aumenta rápidamente durante la década.

En cuanto a las tendencias de evolución en atención sociosanitaria, cerca de dos tercios de los entrevistados opina que la familia no seguirá prestando estos cuidados en el futuro próximo, sobre todo debido a la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, y también debido a un cambio de valores. Se considera también que los servicios públicos en este sector son claramente insuficientes para cubrir la demanda y necesidades presentes. La alternativa de reforma prioritaria para la mayoría de la población sería un esquema en que la coordinación y diseño de la atención sociosanitaria para cada paciente recayera en los

médicos de cabecera, y el programa de cuidados principal fuera la atención domiciliaria. Ello refleja la opción de fondo que se prefiere mayoritariamente: un esquema en que el sector público y las familias compartieran la provisión de cuidados, pero en el que el Estado asumiera la mayor parte de la responsabilidad. Destaca especialmente el escaso papel futuro que se le concede al voluntariado en este sector (ONGs o asociaciones de ayuda mutua).

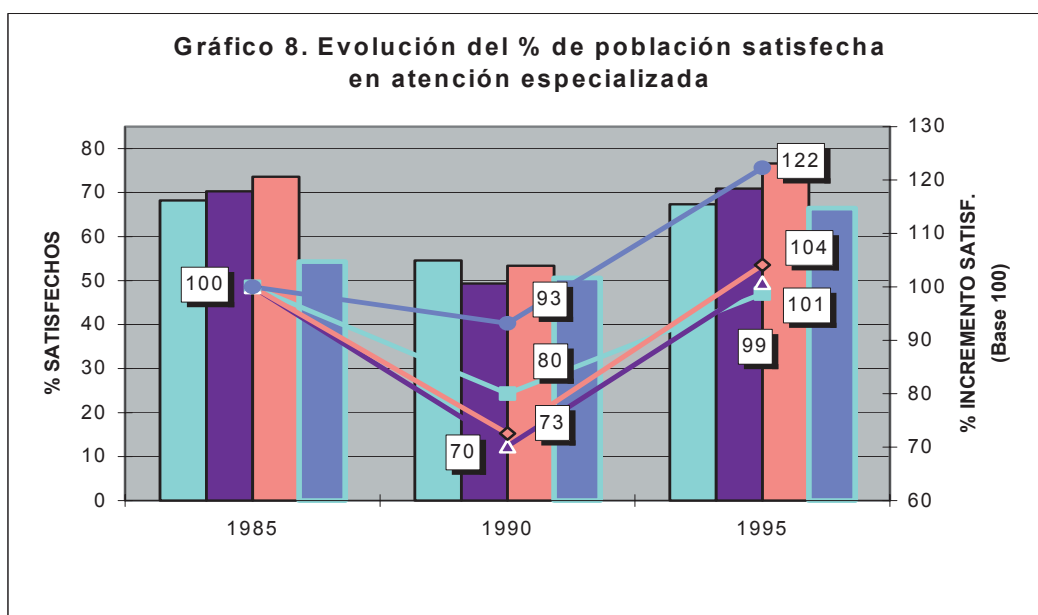
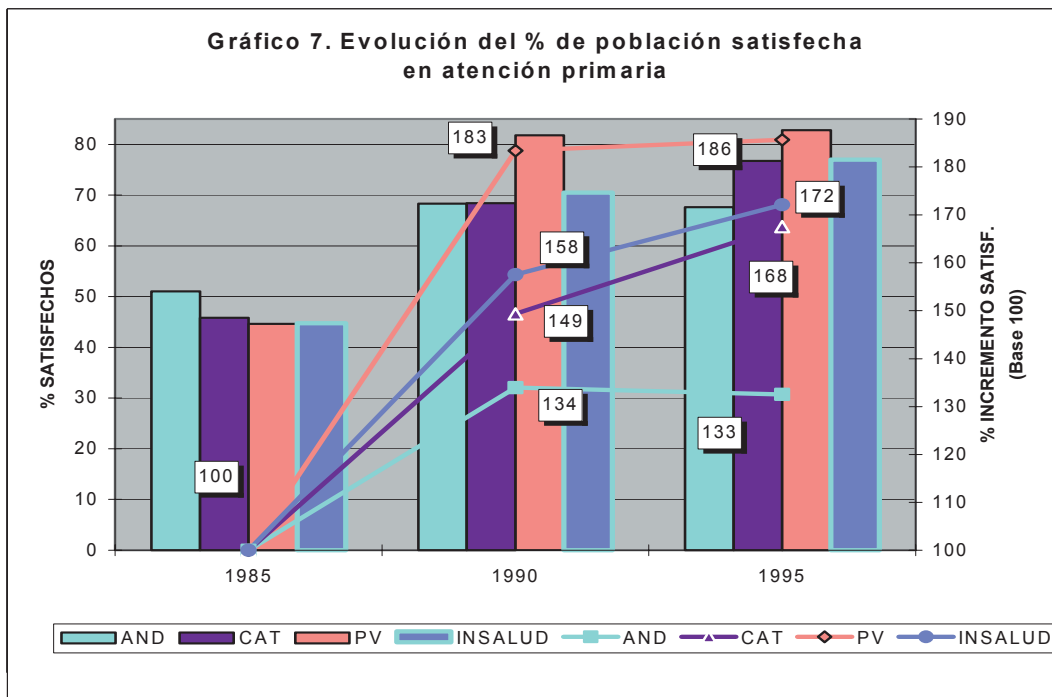
Información, acceso, y atención sociosanitaria son pues los principales puntos negros del sistema sanitario público español a principios del siglo XXI. Con estas salvedades, el SNS español emerge del análisis como un sistema sanitario maduro, consolidado, y muy bien valorado por los ciudadanos. Los niveles de utilización del sector público, cercanos al 90% en primaria y hospitalaria, y al 75% en especializada, dan una idea de la consolidación del SNS como principal agente del sector. Cuando se pregunta a los ciudadanos por que optarían si pudieran elegir, más de dos tercios eligen la sanidad pública sobre la privada, tanto en atención primaria como en hospitalaria. En la misma línea, la legitimidad de la intervención estatal en el sector es incuestionable para una mayoría de ciudadanos, como se refleja en el hecho de que tres cuartas partes de los encuestados defiendan que es necesario que el Estado se haga cargo de las responsabilidades en este campo que ahora recaen sobre la familia.

En cuanto a la cobertura en sociosanitaria, ha habido escasos avances en los últimos años. Para la accesibilidad de la atención sanitaria, la satisfacción disminuye rápidamente a lo largo del periodo, y existen signos de que el plan de choque contra las listas de espera no ha obtenido los resultados esperados, de acuerdo con la percepción de los ciudadanos. La información, sin embargo, junto con la atención primaria, constituye el aspecto del SNS para el que más y más consistentemente ha aumentado la valoración de los ciudadanos durante la última década. La tendencia se percibe en cuanto al manejo de la información clínica en atención primaria desde los primeros 90; en hospitalaria y especializada desde finales de los 90; y finalmente, entre el 2002 y el 2003, se produce un ascenso, por primera vez en la década, en la satisfacción con la información proporcionada por las autoridades sanitarias, uno de los aspectos peor valorados del SNS durante todo el periodo. También se registra un ascenso importante en el 2003 de la percepción de la equidad interterritorial en el SNS.

8.6. Anexo. Detalles por Comunidades Autónomas

8.6.1. Evolución durante 1985-1995

Como puede observarse en el Gráfico 7, el cambio de tendencia en primaria se produce principalmente a través de un salto importante en los niveles medios de satisfacción de 1985 a 1990, que coincide con el lanzamiento de la reforma de la primaria. Durante el mismo quinquenio, la satisfacción con la atención especializada desciende (Gráfico 8), siguiendo la tendencia de los salarios y las tarifas a los hospitales concertados, que van acompañadas de varias huelgas en el sector durante estos años.



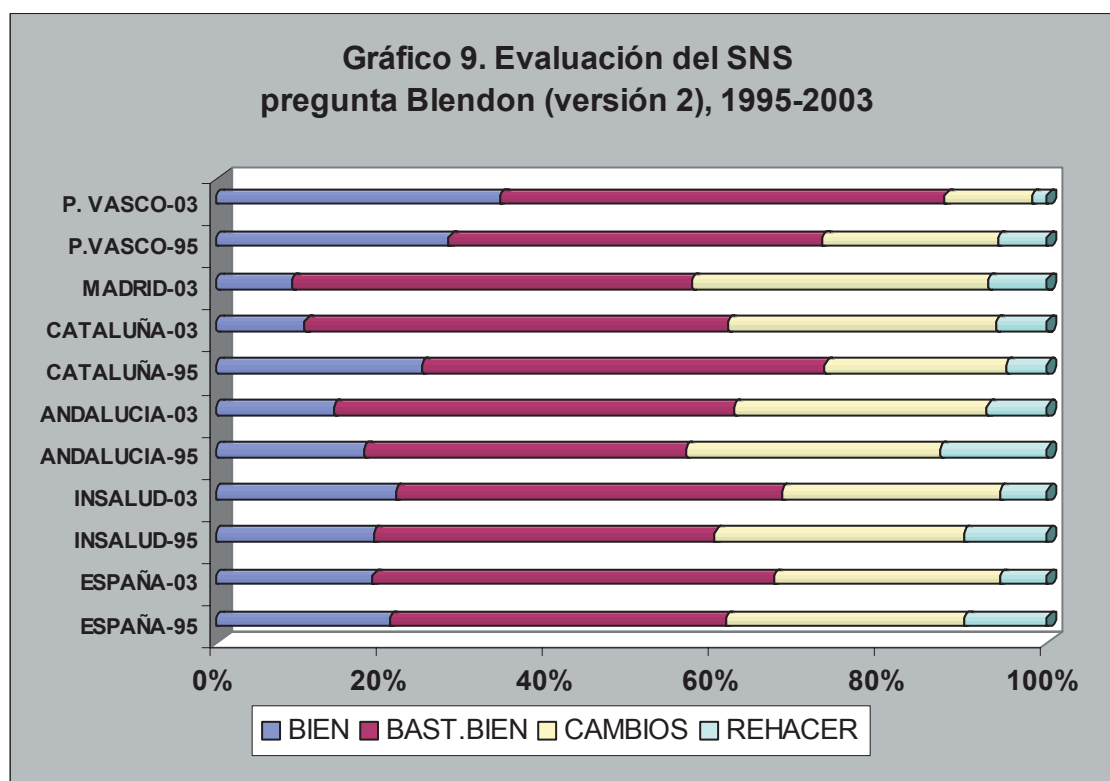
Fuente: Rico y Pérez-Nievas, 2001

Entre 1990 y 1995 la satisfacción con ambos niveles de atención aumenta rápidamente; y del 1995 al 2000 la satisfacción se estanca en atención especializada y asciende más despacio en primaria. Del 2002 al 2003 se registran descensos importantes en varias dimensiones relacionadas con el acceso en atención especializada, y ascensos importantes en cuanto a todos los aspectos relacionados con la información, tanto la proporcionada por los clínicos como la que proveen las autoridades sanitarias.

8.6.2. Evolución durante 1995-2003

Dado el pequeño tamaño de las sub-muestras por CCAA en cada Barómetro anual, solo resultan relativamente interpretables los datos para las CCAA de mayor población y para las que se dispone de investigación previa: Andalucía, Cataluña, Madrid y País Vasco. Como se detallaba en el apartado 8.1, los tamaños muestrales de los barómetros suponen errores de en torno al 3,5% para las tres CCAA más grandes, y 5% para el País Vasco. Por tanto, y hasta que dispongamos de un estudio estadístico serio basado en la serie temporal completa, tan sólo pueden comentarse grandes tendencias de evolución, y ello con un margen de error considerable.

Con estas salvedades, en el 2003, el porcentaje de los encuestados que opina que los servicios han mejorado desde la transferencia representa casi un tercio en Andalucía y Madrid (como a nivel estatal), cerca de la mitad en Cataluña y algo menos de dos tercios en el País Vasco. Esta pregunta de encuesta se introduce por primera vez en nuestro país en 1987 por parte del gobierno vasco. Existe por tanto una serie para esta CCAA, que cubre el periodo 1987-1990, y que pone de manifiesto que en los primeros 90, un 60% de los ciudadanos creía que los servicios habían mejorado desde la transferencia. El porcentaje que opina que han empeorado varía entre un 2% y un 5%. Entre un 20% y un 40% creen que los servicios siguen igual (MSC, 2004).

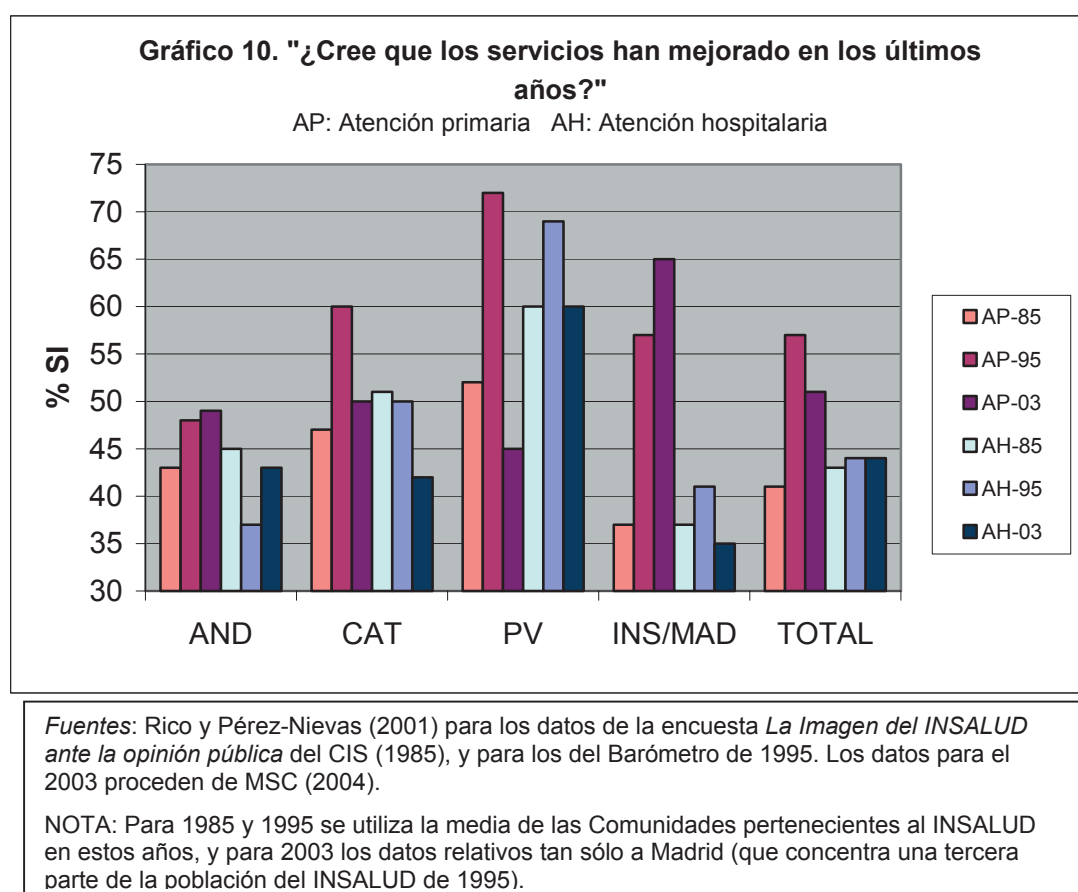


Fuente: Rico y Pérez-Nievas (2001) para los datos del Barómetro de 1995. Los datos para el 2003 proceden de MSC (2004).

En cuanto a la satisfacción general con el SNS, la serie disponible por Comunidades Autónomas cubre el periodo 1995-2003. El Gráfico 9 resume los resultados al principio y al final de este periodo para las CCAA con suficiente tamaño poblacional o con series de datos comparables previas. En el 2003, más de un 80% de los ciudadanos del País Vasco piensan que el sistema sanitario en su CCAA funciona bien o bastante bien; en el ex-territorio INSALUD la cifra equivalente está en torno al 70%, y en Cataluña y Andalucía supera el 60%, y en Madrid se sitúa por debajo de esta cifra. En 1995, Andalucía y el INSALUD estaban por debajo del 60%, y Cataluña y País Vasco cercanos al 80%.

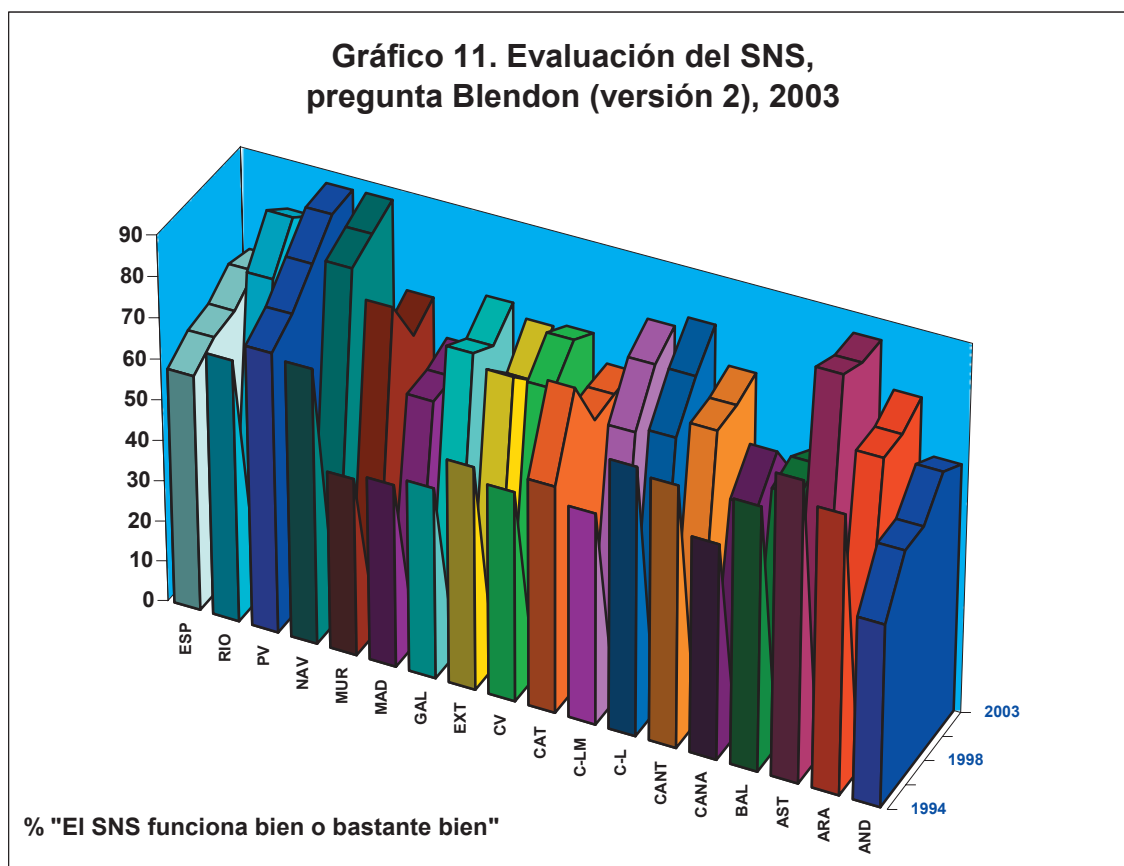
Por sectores (Gráfico 10), las evaluaciones más positivas se dan en el País Vasco, como ya ocurría para el periodo 1985-1995. En atención especializada, Cataluña y Madrid registran las evaluaciones más negativas hacia el final del periodo, mientras que Andalucía se sitúa en la media. Ello supone un cambio de posiciones con respecto a la década 1985-1995, por el que la satisfacción desciende en Cataluña y aumenta en Andalucía entre 1995 y 2003.

Estas tendencias se corresponden con la evolución registrada en cuanto a la percepción de la vigencia e impacto de las medidas para reducir las listas de espera: mientras que Cataluña, junto con el País Vasco, estaban por encima de la media en 1995 en cuanto a estos dos indicadores, en el 2003 es Andalucía la que ocupa esta posición junto con el País Vasco.



El Gráfico 11 muestra la evolución del porcentaje de los entrevistados que cree que el sistema sanitario funciona bien o bastante bien en todas las CCAA para cuatro puntos de la serie temporal (1994, 1998, 2002 y 2003). Para Cataluña, País Vasco y Andalucía se presentan además datos para 1995. Por ello, lo que pueden parecer descensos abruptos de la satisfacción entre 1994 y 1995 en el resto de CCAA reflejan simplemente ausencia de datos para ese año. No pueden extraerse conclusiones válidas ni en cuanto a los cambios de

tendencia por Comunidades Autónomas ni en cuanto a las posiciones relativas para la mayoría de las Comunidades, dados los amplísimos márgenes de error, superiores al 10%, que afectan a las CCAA de menor tamaño.



Fuente: MSC (2004) y elaboración propia.

Por último, en cuanto a la percepción de la equidad en el SNS en el 2003, Andalucía y Cataluña se sitúan por encima de la media en todas las dimensiones, y el País Vasco en cuanto a la equidad entre CCAA; Madrid se sitúa por debajo de la media en todos los casos, y el País Vasco en cuanto a la equidad entre clases sociales, y entre jóvenes y ancianos. Se desconoce la medida en que estas evaluaciones reflejan diferencias entre CCAA en la prioridad social que se le concede a la equidad (MSC, 2004).

En resumen, tanto la satisfacción general con el SNS como los datos por sectores parecen sugerir un descenso de la satisfacción en Cataluña durante el periodo 1995-2003, y un aumento moderado en el resto de territorios, más marcado en el País Vasco. Sorprende la evolución de Cataluña, dada la evolución muy positiva de la satisfacción durante la década anterior. Andalucía, que estaba por debajo de la media en 1995, y mostraba tendencias descendentes durante 1985-1995; invierte tendencia durante 1995-2003, y avanza posiciones en varios sectores. Madrid muestra los niveles de satisfacción más bajos. Aunque existen datos para otras Comunidades Autónomas, no resultan fiables debido a los amplísimos errores muestrales (superiores al +/- 10%) de los Barómetros para las CCAA de menor tamaño.

Bibliografía

INRA European Coordination Office (2000) *Eurobarometer*. Brussels: INRA.

INRA European Coordination Office (2004) *European Social Survey*. Brussels: INRA.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1999), *Barómetros Sanitarios 1991-1998*, Madrid: Gabinete del Ministro, Informe no publicado.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2001), *Barómetro Sanitario 2000*, Madrid: Gabinete del Ministro, Informe no publicado.

Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Información Sanitaria (2003), *Barómetro Sanitario 2002*, Madrid: Instituto de Información Sanitaria (disponible en URL www.msc.es, accedida 23 enero 2003).

Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Información Sanitaria (2004), *Barómetro Sanitario 2003*, Madrid: Instituto de Información Sanitaria, documento no publicado.

OCDE (2002), *Health Data*. Paris: OECD.

Pérez Oliva, M (2004), La sanidad se vuelve autonómica, *EL PAIS*, sábado 31 de enero de 2004: p.20.

Rico, A y Pérez-Nievas, S (2001), La opinión de los ciudadanos sobre el Sistema Nacional de Salud, en G. López Casasnovas (dir.) y A. Rico (coord.), *Las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías*, Bilbao: Fundación BBV e Institut d'Estudis Autonomics.

Rico, A (2000), Informe sobre los Barómetros Sanitarios 1994-2000, Madrid: Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios, trabajo no publicado.

