

Estructura del sistema sanitario español. Resumen del estudio sobre el sector sanitario en el Quinto Informe Foessa

Jesús M. de Miguel*

El Quinto Informe Foessa es seguramente el estudio más completo y actual sobre la sociedad española. Se publica en 1994, con el título de *Quinto informe sociológico sobre la situación social en España: Sociedad para todos en el año 2000*¹. Incluye un extenso capítulo sobre «Salud y Sanidad» (pp. 823-1.106) dirigido por Jesús M. de MIGUEL, y en el que colaboran Josep A. RODRÍGUEZ, Albert J. JOVELL, Jordi CAIS, Pedro GALLO, Ana COLLADO y Emilio J. CASTILLA. Ese estudio representa el análisis más completo del sector sanitario español del siglo XX. Incluye el análisis de: (a) los estudios anteriores realizados sobre el sector sanitario; (b) la estructura del sector sanitario con sus recursos, desigualdades sociosanitarias y reformas; (c) las políticas de recursos y los procesos de descentralización; (d) los modelos profesionales con un énfasis especial en los intereses de la profesión médica; (e) la estructura de la morbilidad y de la mortalidad de la población española; (f) la distribución de las deficiencias en la población; (g) de las desigualdades en el nivel de salud de las personas; (h) las actitudes sanitarias de la población; (i) un estudio detallado sobre la epidemia de sida que se produce en las dos últimas décadas del siglo XX; y (j) de los quince problemas fundamentales del sistema sanitario español. El estudio incluye una extensa bibliografía donde se incluyen los mejores estudios existentes en España durante este siglo sobre el sector sanitario. El enmarque del sector sanitario en los procesos de transformación de la estructura social española se realiza en el libro *Estructura y cambio social en España* (1998)².

El informe empieza con una visión positiva de la sanidad en España, mostrando datos sobre la alta esperanza de vida de la

población de cara al siglo XXI. La esperanza de vida al nacer (para mujeres) es uno de los mejores indicadores positivos de salud que existen. A principios del siglo XX en España era de 36 años. En las dos primeras décadas se eleva hasta los 42 años aproximadamente. Da un salto importante hacia 1930 alcanzando ya los 52 años. La Guerra Civil produce que ese progreso se estanque casi completamente, y en el caso de los varones incluso retrocede un poco. En 1950 se nota otro estirón, hasta los 64 años. En 1960 alcanza ya los 72 años siendo una esperanza de vida bastante alta para la época. Se entiende que el desarrollo económico esperado tiene ya poco recorrido por mejorar: el objetivo es pasar de 72 a 80 años de esperanza de vida (en la mujer, al nacer), cosa que se consigue hacia 1990. El objetivo en el siglo XXI es que el varón español llegue a niveles similares a los de la mujer, pues sólo alcanza los 73 años. La reducción es espectacular en la tasa de mortalidad infantil (TMI). Pero igualmente esa reducción precede al desarrollo, aunque todavía hay posibilidades para el progreso. A principios del siglo XX moría en España uno de cada cinco niños/as antes de su primer cumpleaños. En 1930 y en 1940 esa proporción se reduce a la mitad. En 1950 vuelve a reducirse a otra mitad: un 6%. En 1960 la TMI infantil es todavía un 3,5%. La expectativa es que el desarrollo económico (y social) reduzca esa tasa a menos del 1%. Esto es difícil en los años sesenta pues la natalidad es todavía alta. Se consigue tres décadas después.

El sistema de Seguridad Social está en clara expansión a pesar —o a causa— de la crisis económica. En 1975 supone el 9% del PIB, mientras que en 1982 crece hasta el 12%. En cuanto a

financiación el sistema es mixto, pues combina las cotizaciones a la Seguridad Social (de patronos y trabajadores) y las transferencias de los Presupuestos Generales del Estado. En estos años el modelo amplía progresivamente esta segunda partida, pasando del 4% en 1975 al 17% en 1981. La mayor parte de la Seguridad Social está pagada por las empresas (el 85% directamente por los/as empresarios), lo que según ellos/as daña la competitividad y desincentiva la creación de empleo. Se entiende que la aportación del Estado a los ingresos de la Seguridad Social tiene que ser creciente cada año. En cuanto a los gastos las prestaciones económicas suponen los dos tercios, y las prestaciones sanitarias casi un tercio. Las prestaciones económicas están en expansión (incluyen pensiones, incapacidad laboral transitoria, invalidez, protección a la familia, etc.); y dentro de estos tipos las pensiones es una categoría cada vez mayor: del 67% de las prestaciones económicas al 85%. Entre 1975 y 1982 pasan del 60% de los gastos al 68%; mientras que sanidad (prestaciones sanitarias) disminuye relativamente algo, del 34% al 29%.

En cuanto al gasto la sanidad es un tercio de la Seguridad Social, pero que basa su importancia no tanto en el coste total —aunque es considerable que supone recursos y equipamiento propio, y no sólo prestaciones económicas—. El sistema sanitario público es un logro de la dictadura franquista, y curiosamente es en la democracia cuando empieza a recibir críticas mayores. En los primeros años tras la Constitución de 1978 no se producen grandes cambios en los modelos de sanidad del sector público, salvo una cierta reorganización interna y coordinación de competencias dispersas. En 1974 se organiza una Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria (CIRS) que eleva las recomendaciones al Gobierno poco antes de la muerte de Franco; pero con los sucesos políticos de esos meses carece luego de efectividad.

En 1977 se crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, que en 1981 cambia a ser Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social, para unos meses después transformarse en Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC). Los primeros años después de la muerte de Franco se pasan en organizaciones y reorganizaciones, sin gran impacto en la sanidad española. El logro más importante de coordinación general es la creación en 1978 del Insalud (Instituto Nacional de la Salud). El problema más grave es la epidemia del *síndrome tóxico español* STE (epidemia debida al envenenamiento de aceite de colza adulterado) que se desarrolla en 1981, y que a su vez enmascara la segunda epidemia importante —la de *sida*— que en ese año no ha hecho más que empezar pero cuyos efectos se ignoran.

El cambio más importante de los años setenta en sanidad es el nivel de salud de la población. Es precisamente en esos años cuando España da el salto de ser uno de los países peores de Europa a ser uno de los países con mejores indicadores. Dado

el nivel de desorganización y fragmentación del sistema sanitario público y de las desigualdades regionales y sociales, eso representa una sorpresa considerable. En 1970, por primera vez la esperanza de vida de los españoles (y sobre todo de las españolas) es superior a la media europea. En apenas tres décadas la tasa de mortalidad infantil se reduce consecutivamente a la mitad: es un 4% en 1960, un 3% en 1970, y un 1% en 1980. Los sociólogos/as no logran explicar ese éxito. La justificación que se ofrece es la del esfuerzo realizado por la sanidad española, se entiende que pública. Sin embargo, ésta no puede ser la explicación total.

La población española se siente fundamentalmente sana. En 1993 más de dos tercios son personas que afirman estar totalmente sanas o más bien sanas. Hay sólo un 15% de personas que están o se sienten enfermas. (Véase la Tabla 1). Las mujeres se consideran un poco más enfermas que los varones, confirmando pautas que ya se conocen de otros estudios. La mujer acepta mejor la etiqueta de enferma, y las pautas de pasividad y dependencia, sin estar necesariamente más enferma que el varón. Además, la estructura de edades es más vieja en el caso de las mujeres (la esperanza de vida es siete años superior a la de los varones en España), por lo que la probabilidad de estar enferma es también mayor.

La variable explicativa central en la autopercepción de la salud es la edad: en el grupo de 18 a 21 años apenas hay un 2% de enfermos/as, mientras que en las personas mayores de 60 años la proporción se eleva al 41%. En las personas jóvenes más de la mitad (el 56%) se consideran totalmente sanos/as, mientras que ese porcentaje va descendiendo según la edad hasta el 11% en las personas mayores de 60 años. Las diferencias son graduales, lo cual es esperable, pero es en el grupo de edad más elevado donde las diferencias se elevan más. La edad es el factor que transforma todo en salud; es la gran variable biológica que condiciona la realidad, y por lo tanto también la percepción de la realidad.

La clase social no está asociada demasiado con la edad; existe una relación doble en ambas direcciones. Hay una asociación entre clase social subjetiva y estado de salud autopercebido. En ambos casos es el mundo de lo subjetivo, de la autoidentificación; las relaciones aparecen claras. En la llamada «clase alta» (que en la encuesta de 1993 incluye clase alta y media alta) hay sólo un 6% de personas enfermas; porcentaje que va creciendo según desciende la clase social subjetiva hasta un 54% en la llamada «clase pobre»³. El salto entre clase «obrero» y «pobre» es grande: del 20% de enfermos/as al 54%. Se debe a que la denominación de pobreza o de clase pobre tiene una connotación de penuria, de enfermedad, edad avanzada y dependencia. Es pues una clasificación relativamente tautológica. La mitad de la muestra se autocalifica como clase media («media-media»), y en esa clase hay un 10% de personas enfermas

Tabla 1

Nivel de salud por género y edad. (En porcentajes)

Nivel de salud	Género			Grupos de edad (en años)					
	Total	Mujer	Varón	18-21	22-25	26-35	36-45	46-60	Más de 60
Totalmente sano	34 %	33 %	35 %	56 %	54 %	46 %	41 %	23 %	11 %
Más bien sano	34	33	35	32	35	39	38	36	25
Ni sano ni enfermo	16	18	15	8,9	8,8	11	15	21	24
Un poco enfermo	11	13	9,8	1,7	1,5	2,7	5,1	15	29
Enfermo	4,2	3,9	4,4	0,5	0,6	0,7	1,5	5,2	12
NS/NC	0,2	0,2	0,2	0,3	0,1	0,2	—	0,1	0,5
Total	100 %								
	(8.500)	(4.388)	(4.112)	(816)	(764)	(1.696)	(1.522)	(1.841)	(1.860)

Fuente: Encuesta Foessa 5 (junio 1993), 8.500 casos, muestra nacional.

Pregunta 55: «Hablando ahora de temas de salud: en general, ¿se considera usted una persona?»

versus un 76% de personas sanas. Las diferencias pues no están en los dos extremos, sino sólo en uno: la *clase pobre* es también *clase enferma*; todo ello dentro de un marco de autopercepción. La distribución de la salud es progresiva y lineal, mientras que la de enfermedad se eleva abruptamente en el caso de las clases más pobres. Las personas que se consideran «ni sana ni enferma» se distribuyen homogéneamente en todas las clase sociales en una banda que oscila entre el 13% y el 19%. La clase baja está más enferma y las personas enfermas bajan de clase social.

Las diferencias máximas se observan al analizar los niveles de educación formal. La población que se siente enferma varía entonces desde el 2% si tiene estudios universitarios a un 54% si son analfabetos/as. Existe una relación entre edad y clase social: las personas con menos estudios son mayores y de clase social más baja. Al acumular esos factores a través de la variable educación se producen las diferencias más extremas. De nuevo la relación es lineal (y gradual) pero se extrema en los grupos más desaventajados, en este caso en el grupo de analfabetos/as y de población sin estudios primarios. La educación se puede pues considerar como una variable central en el tema de percepción de salud en España, algo que ya se sabía por otros estudios previos.

En la Tabla 2 se presentan los datos de la población que según ellos/as mismos padecen en 1993 una serie de deficiencias y síntomas comunes. Se agrupan por un lado *situaciones «normales»* como utilización de gafas, o personas que no oyen bien (*que dicen que no oyen bien*), con dientes cariados, o que utilizan dentadura postiza. Se les pregunta también por una serie

de *síntomas* poco definidos, como dolor de espalda o de huesos frecuente, si sufre dolores de cabeza casi todos los días, si tiene dificultades para dormir la mayoría de las noches (y como complemento informativo si suele dormir la siesta), y si toma algún medicamento diariamente. Se les pregunta sobre *adicciones*, si fuma tabaco y si bebe alcohol todos los días. Las contestaciones no representan estrictamente la realidad, sino la autopercepción de lo que ocurre en la población total. En las adicciones incluye lógicamente una cierta ocultación, más en beber que en fumar.

Apenas hay diferencias en las deficiencias por género, salvo una utilización mayor de gafas entre mujeres. Sí que hay diferencias respecto a los síntomas. Las mujeres presentan bastantes más casos de dolores de espalda (el 41% de las mujeres), más del doble de dolores de cabeza diarios, problemas para dormir, duermen mucho menos la siesta, y toman más medicamentos. En contraprestación los varones fuman 1,8 veces más que las mujeres y confiesan que beben (alcohol, diariamente) 5,3 veces más. La mujer aparece pues con más molestias y dolores difusos, pero objetivamente no se diferencian mucho de los varones, salvo que aceptan ser menos drogodependientes (de tabaco y alcohol).

Las diferencias mayores se observan por edad, sobre todo en el uso de dentadura postiza (va desde el 2% en jóvenes al 61% en viejos/as), utilización de medicamentos (del 6% al 61%), o en dolores de espalda (del 11% al 56%). La pauta de fumar se concentra en la población de 22 a 35 años, en cuyo grupo fuma tabaco la mitad de la población. La conducta de beber diariamente (que es subestimada en la encuesta) aparece más errática

Tabla 2

Población con deficiencias y síntomas, por género y edad. (En porcentajes)

Deficiencias y síntomas	Género			Grupos de edad (en años)					
	Total	Mujer	Varón	18-21	22-25	26-35	36-45	46-60	Más de 60
Utiliza gafas	50 %	53 %	46 %	33 %	35 %	32 %	35 %	63 %	76 %
No oye bien	20	20	20	12	11	13	16	21	36
Tiene dientes cariados	47	47	48	45	42	50	47	52	43
Usa dentadura postiza	23	24	22	2,5	3,3	4,9	12	30	61
Sufre dolor de espalda	34	41	27	11	15	25	27	45	56
Sufre dolores de cabeza	13	18	8,0	5,5	6,1	9,2	12	19	19
Tiene dificultades para dormir	18	21	14	5,9	7,9	10	14	22	32
Suele dormir la siesta	20	15	27	14	14	14	16	21	33
Toma medicamentos diariamente	26	30	23	6,4	7,5	11	13	32	61
Fuma diariamente	38	27	50	41	50	53	45	29	20
Bebe (alcohol) diariamente	13	4,3	23	10	15	15	14	15	10
N	(8.500)	(4.388)	(4.112)	(816)	(764)	(1.696)	(1.522)	(1.841)	(1.860)

Fuente: Encuesta Foessa 5 (junio 1993), 8.500 casos, muestra nacional.

Pregunta 57: ¿Cuál de las siguientes cosas le ocurren a usted actualmente? (Leer y señalar cada una)

— Utiliza gafas o lentillas (diariamente). — Tiene muelas o dientes cariados (picados). — Tiene dentadura postiza (o piezas dentales que se puedan quitar y poner). — Toma algún medicamento diariamente. — Tiene dolor de cabeza casi todos los días. — Tiene dificultades para dormir (la mayoría de las noches). — Suele dormir la siesta. — Tiene frecuentemente dolor de espalda o huesos. — No oye bien. — Fuma tabaco todos los días. — Bebe alcohol todos los días.

aunque es mayor en ese mismo grupo de 22 a 35 años de edad. El no ver adecuadamente, no oír bien y utilizar dentadura depende de la edad y del deterioro biológico. Pero no son tan esperables las diferencias por edad en el caso de los dolores de espalda y dificultades para dormir (y al mismo tiempo dormir la siesta). Hay pues diferencias explicables por edad, pero otras dependen de la estructura familiar y social.

La distribución de deficiencias, síntomas y adicciones depende de la edad. La combinación de ser mayor y vivir-solo es negativa (salvo para los dolores de cabeza o para el hábito de fumar tabaco). El ser joven y vivir-solo aparece también como un sistema menos sano de vida, pues concentra más casos de fumar (nada menos que el 62%), y de beber alcohol diariamente (el 22%), es decir, prácticamente el doble de proporción que la población general. La asociación es estrecha con clase social (aunque aquí se emplea sólo la *clase social subjetiva*) en el sentido de que cuanto más baja es la clase social más abundantes son las deficiencias, síntomas y adicciones⁴. Se refuerza así la teoría de la *underclass* (o subclase). La clase pobre (autoidentificada) tiene más de todo, sobre todo mucha mayor utilización de dentadura postiza, sordera relativa, dolores de todo tipo, dificultades para dormir, medicamentos y beber alcohol. Sin embargo, las adicciones parecen correlacionar más con clase social que con edad, y son los obreros/as (las personas que se identi-

fican con «clase obrera») los que más fuman (40%). Clase social y salud están relacionadas en ambas direcciones, es decir: una persona de clase baja termina sufriendo más problemas; pero también una persona con problemas de salud tiende a descender de clase social. El tema es complicado, y no se puede analizar únicamente con datos de encuesta.

Más de la mitad de la población (el 52%) no utiliza en 1993 ningún sistema de control de natalidad, básicamente porque es muy joven, muy viejo/a, o no tiene relaciones sexuales (los datos aparecen en la Tabla 3). A nivel nacional se observa un cambio progresivo de pautas. La píldora que unos años atrás está muy extendida es utilizada en 1993 únicamente por el 9% de la población total, mientras que el preservativo —quizás debido al sida y a la propaganda a favor— se cuadruplica: pasa del 5% al 20%, situándose en el sistema más popular y utilizado⁵. Aunque los métodos son utilizados por parejas (varón-mujer) en casi todos los casos se observan diferencias según el género. Sólo un 13% de mujeres reconoce utilizar el preservativo, mientras que es el 29% de los varones. Al revés, un 12% de mujeres señala que el sistema de control de natalidad más utilizado es la píldora, la mitad en el caso de los varones. Por grupos de edad, son las personas de 22 a 35 años quienes más utilizan algún sistema (sólo un 23% no utilizan ninguno), mientras que son el 90% en el caso de las personas mayores de 60 años. A partir de los 36

años la población utiliza métodos más tradicionales (entre 36 y 45 años es la máxima de interrupción, ogino y diafragma) o permanentes (máxima de DIU y de esterilización). En cambio, las personas entre 22 y 25 años de edad utilizan mayoritariamente el preservativo (42%), y la píldora es máxima entre los 26 y los 35 años de edad (21%). Las relaciones parecen mantenerse, pero los sistemas varían: disminuye la píldora y aumenta mucho el preservativo. Nada menos que un 52% de la población de 18 a 21 años de edad en España en 1993 afirma que no utilizan ningún sistema de control de natalidad.

Tabla 3

Sistema de control de natalidad más utilizado según el género y edad. (En porcentajes)

Sistema de control de natalidad	Género			Grupos de edad (en años)					
	Total	Mujer	Varón	18-21	22-25	26-35	36-45	46-60	Más de 60
Interrupción	3,0 %	3,1 %	2,8 %	2,0 %	2,1 %	3,6 %	4,8 %	4,2 %	0,6 %
Ogino	1,0	1,2	0,8	0,3	0,8	1,4	2,0	0,9	0,4
Diafragma	0,9	1,1	0,7	0,3	1,0	1,7	1,7	0,8	—
Preservativo	20	13	29	34	42	34	24	9,7	0,9
Píldora	9,1	12	6,0	5,0	13	11	13	3,7	0,3
DIU	2,9	3,9	1,9	—	0,8	6,1	7,2	1,5	—
Esterilización	3,0	3,4	2,5	—	0,3	3,5	7,7	3,8	0,2
Otro	0,1	0,1	0,1	0,2	—	0,1	0,2	0,2	—
Ninguno (a)	52	55	50	52	23	23	32	66	90
NS/NC	7,3	7,7	6,9	5,7	5,9	6,6	7,5	8,9	7,3
Total	100 %								
	(8.500)	(4.388)	(4.112)	(816)	(764)	(1.696)	(1.522)	(1.841)	(1.860)

Fuente: Encuesta Foessa 5 (junio 1993), 8.500 casos, muestra nacional.

Pregunta 56: ¿Qué sistema de control de natalidad utiliza usted a menudo? (Señalar sólo uno, el más frecuente utilizado en la actualidad).

Nota: (a): Ninguno, no utiliza, no los necesita.

El estado civil hace variar cada vez menos las pautas de control de natalidad. Apenas existen diferencias entre solteros y casados, varones y mujeres. Los solteros/as son más activos (el 56% utiliza algún sistema de control) que los casados/as (el 48% utiliza algún sistema de control). La diferencia es considerable en la utilización del preservativo: son el 38% de los solteros/as y el 14% de los casados/as. Las personas casadas utilizan un poco más todos los métodos de control de natalidad, pero utilizan tres veces menos el preservativo. No hay prácticamente diferencias entre el control que realizan las personas que viven con sus padres y las personas casadas (que tienen hijos/as). La diferencia está en la sobreutilización de preservativo entre las personas más jóvenes, que viven con sus padres. Paradójicamente, las personas más activas sexualmente parecen ser las que viven solas, ya que el 72% de ellas utilizan algún sistema de control de natalidad. En las personas mayores (que viven con sus hijos/as, con otros parientes, o viven solos/as) se observan los porcentajes mayores de no utilización de algún sistema de control de natalidad: entre el 70% y el 85%⁶.

La variable religiosidad —que está asociada a la edad— produce diferencias esperables en el tema de control de natalidad. Las personas que se identifican como ateas son seguramente las más activas (un 66% controla la natalidad), y las que se identifican como «muy buen católico/a» son sólo el 22%. En cualquier caso entre las personas que se identifican como muy buen católico/a hay un 2% que utilizan la interrupción, un 7% el preservativo, 3% la píldora, e incluso hay un 1% de esterilizaciones. El practicar o no la religiosidad católica está asociado con la utilización de todos los métodos conocidos de control de natalidad, sobre todo de preservativo (que varía del 7% al 24% desde los muy buenos católicos/as a los católicos/as no practicantes), píldora (del 3% al 13%), DIU y esterilizaciones (del 1% al 4%).

El sida es un caso específico de actitudes sanitarias, que adquiere enorme popularidad en los años noventa debido al desarrollo espectacular de la enfermedad en España (se convierte en el primer país de Europa con más casos). En la Tabla 4 se presentan los datos que se conocen sobre las creencias de los

Tabla 4

Creencias respecto de los medios de transmisión del sida, según el género y edad del entrevistado. (En porcentajes)

Posible transmisión del sida	Género			Grupos de edad (en años)					
	Total	Mujer	Varón	18-21	22-25	26-35	36-45	46-60	Más de 60
Por el aire que respiramos	1,3 %	1,2 %	1,4 %	0,3 %	0,1 %	0,3 %	0,7 %	1,6 %	3,4 %
Estrechar la mano de una persona con sida	1,8	1,8	1,9	0,4	0,7	0,7	0,9	2,6	3,9
Estudiar junto a una persona que tiene sida	2,1	1,9	2,2	0,4	0,2	1,2	1,1	3,0	4,5
Trabajar con una persona que tiene sida	4,3	4,2	4,3	0,6	1,3	2,6	3,3	5,6	8,1
Utilizar el mismo peine	11	10	11	4,0	4,9	6,8	9,3	14	18
Convivir	13	13	13	7,1	6,2	7,7	12	16	20
Beber del mismo vaso	16	16	16	8,7	6,5	9,5	14	20	27
Besar a una persona con sida (en la boca)	38	38	37	28	25	28	36	43	52
Utilizar su maquinilla de afeitar	71	70	72	75	79	75	72	70	65
Mantener relaciones sexuales con alguien seropositivo	90	90	89	91	93	91	91	90	85
Mantener relaciones sexuales con alguien enfermo de sida	94	94	94	97	97	96	96	94	90
N	(8.500)	(4.388)	(4.112)	(816)	(764)	(1.696)	(1.522)	(1.841)	(1.860)

Fuente: Encuesta Foessa 5 (junio 1993), 8.500 casos, muestra nacional.

Pregunta 60: «Respecto del sida, ¿usted cree que se puede contagiar por...? (Leer y señalar en cada caso).

españoles/as respecto de los medios de transmisión usual del sida en 1993 más de una década después de su inicio. No hay apenas diferencias por género (varón/mujer). Los varones parecen creer algo más en los medios menos probables, pero se muestran parecidos en el resto. Las personas mayores de edad son las más intransigentes: se muestran más sospechosos de los medios imposibles y de los improbables; pero curiosamente no son recelosos de los medios que sí es posible que transmitan el sida. Las personas de 18 a 21 años son dudosos/as de los medios poco probables. Los mejor informados son las personas de 22 a 25 años de edad. En el caso del sida se observan dos procesos: una *pauta de intransigencia* que tiende a dar demasiada importancia a medios que no son de transmisión, y de medios improbables. La segunda es la *pauta de información*: tienden a no ser recelosos, ni intransigentes, sino simplemente mejor informados de los medios que sí comunican el sida.

España tiene muchos casos de sida. Concentra el 15% de todos los casos europeos de sida. Pero como el registro es lento es posible que ese porcentaje —cuando se verifiquen finalmente los diagnósticos en trámite— se incremente hasta el 17% o el 18%. La progresión de casos es rápida: 1 caso en 1981, 4 en 1982, 14 en 1983... hasta 4.131 casos nuevos en 1992 ya confirmados. La primera década (1981-1990) se cierra con 10.350 casos confirmados de sida en España, con casi un 3% de casos pediátricos. En total el 82% son varones (86% en Europa). Las

estimaciones son que el 15% corresponden a personas homosexuales o bisexuales (frente al 44% en Europa). El 64% son consumidores/as de drogas (UDVP, o usuarios/as de drogas por vía parenteral, posteriormente denominados/as UDI o usuarios/as de drogas inyectables). Esos 7.489 casos incluyen 2.723 que mueren en la década, es decir, una letalidad del 36% (en Europa es del 46%). Esa letalidad media se eleva al 46% en el caso de homosexuales/bisexuales. En 1991 se llega a 8.199 casos de sida en España, y 2.640 defunciones. La letalidad sube ligeramente hasta el 39%. La cuarta parte de los casos se concentran en Cataluña y el 21% en Madrid. Al finalizar 1993 hay ya 22.655 casos de sida en España, observándose un aumento en la edad media de las personas afectadas. En apenas tres años esta cantidad se duplica otra vez, con alrededor de cuarenta mil casos en 1996. El sida se considera el problema sanitario más importante de la última década⁷.

El sistema sanitario español se caracteriza por ser desequilibrado, desorganizado, sin una adecuada planificación global, y confuso en sus objetivos. No impide que la salud de la población sea buena, si bien parecen subsistir todavía numerosos problemas de salud pública: enfermedades infecciosas, salubridad, envenenamientos, epidemias, accidentes. Un análisis objetivo de los problemas del sistema sanitario español conduce a la investigación hacia otras variables distintas a las relacionadas con los recursos sanitarios para explicar la buena salud de la población. Parece que a partir de un cierto desarrollo los nive-

les de salud dependen más de variables estructurales no necesariamente sanitarias. La hipótesis es que *el nivel de salud de la población no depende de manera directa de los recursos sanitarios existentes ni de su utilización*, al menos a partir de cierto grado de desarrollo económico y sanitario. Las altas desigualdades socio-sanitarias son, sin embargo, el contrapunto a esa situación sorprendente del caso español. El sistema *público* sanitario juega todavía un papel central en la consecución de una sociedad con menos diferencias sociales y sanitarias.

Durante el presente siglo el sistema sanitario español pasa por diversos tipos de organización que culminan en 1944 con la creación del *Seguro Obligatorio de Enfermedad* (SOE). Éste crece luego transformándose en el sistema de *Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social* (SS) en 1967. Posteriormente se reorganiza como *Instituto Nacional de la Salud* (más conocido como Insalud) a partir de 1978. En 1985 se convierte en el *Sistema Nacional de Salud* (SNS)⁸. La historia del sistema sanitario español, con sus características esenciales, aparece resumida esquemáticamente en la Tabla 5.

Tabla 5

Evolución del sector sanitario español en el siglo XX

Periodo en años	Estructura general	Financiación	Legitimación	Beneficiarios/as reales	Modelo al que se tiende
1908-35	El Instituto Nacional de Previsión coordina seguros sociales inconexos	Estado y cotizaciones	Catolicismo reformista contrarrevolucionario	Algunos/as trabajadores manuales	Sistema integral de seguros sociales
1936-43	Asistencia sanitaria en la Guerra Civil. Se siguen creando seguros	Ley de Seguridad Social	Los dos bandos contendientes	Los soldados en el frente, y los/as civiles en la retaguardia	Hacia una coordinación del sector público bajo el Ministerio de Trabajo
1944-66	Seguro Obligatorio de Enfermedad, en el marco de la Ley de Bases de la Seguridad Social	Obra Sindical de Previsión Social, cotizaciones y mutualidades laborales	Falangistas, y a partir de 1964 los políticos del Plan de Desarrollo	Ministerio de Trabajo, líderes del Movimiento y «productores económicamente débiles»	Un sistema de obreros industriales
1967-75	Asistencia sanitaria en la Seguridad Social, organizada en la Ley de Bases de la Seguridad Social	Trabajadores y empresarios fundamentalmente	El Movimiento Nacional y la Comisaría del Plan de Desarrollo	Grupos profesionales, hospitales y su equipamiento, industria farmacéutica, sector privado concertado	Sistema de toda la población activa, empezando por jornaleros y continuando por clases media urbanas
1976-81	Comisión Internacional para la Reforma Sanitaria, que en 1978 crea el Insalud	Creciente por parte de las empresas	Ministerio de Sanidad (desde 1977), y la Constitución de 1978	Industria farmacéutica y sector privado concertado	Se compite entre dos modelos: privatización, la UCD; Servicio Nacional de Salud, la izquierda
1982-85	Insalud, pero diseñándose el Servicio Nacional de Salud (público y con control del sector privado)	Crecimiento por parte del Estado	Primer Gobierno Socialista y autores de los borradores de la Ley de Sanidad	Disminuye algo la corrupción, y se para la privatización	Unificación del sector público, con control del gasto, y reforzando la APS
1986-90	Desarrollo de la Ley General de Sanidad (aprobada en abril de 1966) y del Sistema Nacional de Salud	Hacia los Presupuestos Generales del Estado (a largo plazo)	Segundo gobierno socialista	La población en general y el sistema sanitario	Universalización del sistema (toda la población), descentralización del sector público (CCAA)
1990-93	Consolidación del SNS, y transferencias a las Comunidades Autónomas	Hacia los Presupuestos Generales del Estado (a largo plazo)	Tercer gobierno socialista	Población total. Atención a enfermos/as del sida.	Concentración de recursos públicos en el SNS; coexistiendo con un sector privado competitivo
1994-99	SNS con planificación interterritorial	Recortes del presupuesto e inicio de tiquets moderados	Cuarto gobierno socialista sin mayoría parlamentaria. Nuevo gobierno del PP.	Universalización de la población. Creciente beneficio del personal del sector sanitario	Público/privado. Atención nueva a ancianos/as y pacientes crónicos. Tendencias a la privatización.

En números globales el sistema sanitario español actual no dispone de muchos recursos, ni produce tampoco un gasto demasiado alto. La creencia popular es que el sector público sanitario es extenso, o incluso excesivo (en parte por la expansión urbana de los grandes hospitales del Insalud), pero la verdad es que los recursos institucionales son escasos, desorganizados, fraccionados e insuficientes. En números globales, España gasta en torno al 6% de su renta nacional en sanidad. El sistema sanitario español es relativamente barato, con un gasto respecto de la renta nacional que en 1987 es todavía el 82% de la media de los países de la OCDE. Se va acercando cada vez más a la pauta de los países desarrollados, que en las últimas décadas duplican el gasto y al mismo tiempo aumentan progresivamente la proporción del gasto con cargo al sector público.

España mantiene también un nivel relativamente bajo de gasto público en sanidad, siendo en 1987 el 72%, frente al 77% que es la media de la OCDE. Es la proporción más baja (con Portugal 61% y Estados Unidos 41%) de los países de la OCDE. Aunque existen excepciones, la tendencia apunta a que los países más desarrollados gasten cada vez más recursos en salud, y sobre todo más recursos públicos. España mantiene un nivel por debajo de lo esperable, aunque se acerca a la media. La ley del 70/30, aproximadamente un 70% de recursos públicos (en varios órdenes incluyendo, por ejemplo, hospitales) y un 30% de sector privado, apenas si cambia en décadas, a pesar de los cambios socio-políticos y reformas sanitarias que sí se producen. Existe pues una estructura latente que es sólida. La población cubierta por el sistema del Insalud llega a ser el 86% en 1983 y 95% en 1987, pero la proporción del total de camas hospitalarias del Insalud es apenas el 46% en 1990. Lo peculiar del sistema sanitario español es que el sector público es más moderno, eficiente y desarrollado que la mayor parte del sector privado.

Los recursos sanitarios españoles siguen el modelo siguiente: *sobran médicos y faltan camas*. Esta pauta general requiere varias matizaciones, pero resume bien los problemas estructurales del sector sanitario español. El Sistema Nacional de Salud SNS es relativamente similar al National Health Service NHS británico, España tiene más del doble (2,5 veces) de médicos/as que Gran Bretaña en relación con la población respectiva, e incluso el triple que otro país europeo meridional culturalmente próximo como es Italia. Pero España tiene pocas camas, con un 61% más población por cama que en Italia. España es uno de los países desarrollados peor dotados de camas hospitalarias, y uno de los que contrata a un mayor número de médicos/as. El personal por cama es mayor que en Italia, Bélgica, Alemania y Francia. Las camas existentes no cubren bien las necesidades de la población, pues una elevada proporción son para urgencias, enfermos/as agudos, o para mentales crónicos. El cambio en la estructura de edades está provocando un desajuste adicional. El

problema no radica en la dotación de personal (1,6 de personal por cada cama de hospital), sino en la escasez de camas, y en las largas estancias medias de los/as pacientes (13 días), lo que conduce a que tan sólo el 9% de la población pueda ser hospitalizada cada año; es el 15% en Italia, 21% en Francia o Alemania. Corresponde 1,2 días de hospital por cada habitante al año, la cantidad más baja de los países de la OCDE después de Portugal (1,1 días).

Las reformas sucesivas del sistema sanitario pretenden impulsar la red de asistencia sanitaria, pero el impacto de la tecnología y la institucionalización es tan grande que el resultado es el reforzamiento del sector hospitalario, sobre todo del público (dependiente del Insalud). Esa red hospitalaria, que en un 70% trabaja para el sector público, representa el corazón de la asistencia sanitaria. Una razón es que el punto de partida es bajo; la carencia de camas hospitalarias es notoria en el caso de España, lo que supone dedicar esfuerzos especiales a mejorar y expandir esa red. No se logra a pesar del aumento del gasto hospitalario. Otra razón es que los hospitales pasan a dedicarse a verdaderas labores de atención primaria de salud (APS), con un crecimiento continuo del número de *consultas externas* e ingresos de *urgencias*. El resultado final es casi el peor: no se logra expandir el sector hospitalario público; sigue igual de mal repartido geográficamente; se detraen todos los recursos de la red de APS, y además se incluyen las mejores consultas primarias en los hospitales conocidas como «consultas externas».

En la Tabla 6 puede verse cómo, a pesar de la creación de un sistema sanitario público universal desde los años cuarenta hasta los noventa (del SOE al SNS), la tasa de camas hospitalarias apenas varía: son 4,4 camas en 1949 por cada mil habitantes y sólo 4,3 en 1990. En la última década del siglo XX hay menos camas que en 1949, y casi la misma proporción de sector público (baja un poquito). Pero se cuadruplica el personal por cama, y hay nueve veces más personal de enfermería titulado, mejorándose sólo levemente la ocupación de los hospitales. Desaparecen muchos hospitalillos privados y tradicionales, el 51% en cuatro décadas. Este equilibrio es sorprendente, pues la necesidad de camas es urgente y la concentración de recursos alta. A pesar de la falta de camas (públicas) se mantiene el sistema a bajo rendimiento, con estancias largas aunque se van reduciendo (de 15 a 12 días de estancia media en una sola década 1980-1990) y tasas de ocupación relativamente bajas (76%) que mejoran lentamente con el tiempo.

¿Se produce realmente un *proceso de privatización* del sistema sanitario español? La pregunta no tiene una contestación fácil. Si se tiene en cuenta el coste de la sanidad, el gasto del sector privado pasa de ser el 36,4% en 1980 al 34,6% en 1991; es decir que desciende ligeramente. En valores absolutos el sector privado aumenta un poco, pero el aumento mayor corresponde al sector público. En porcentajes del PIB el sector

Tabla 6

Evolución de los hospitales en España

Características de los hospitales	Años					Índice 1990 1949=100
	1949	1963	1972	1980	1990	
Número de hospitales	1.622	1.648	1.287	1.084	820	51
Número de camas (a)	127.343	156.819	177.385	201.035	168.771	132
Promedio de camas nuevas anuales	—	2.105	2.285	2.956	-3.226	-153(c)
Tamaño medio de los hospitales (camas/hospital)	78	95	138	186	206	264
Camas por 10.000 habitantes	44,8	49,3	51,6	53,8	42,6	96
Porcentaje de camas en el sector público	69,9	66,8	69,7	68,0	68,9	98
Consultas externas por cada cama	—	—	75	101	163	217(d)
Personal por cama	0,34	0,48	0,77	1,35	1,44	424
Personal de enfermería titulado por cama	0,06	0,11	0,14	0,32	0,55	917
Porcentaje de ocupación de los hospitales	68	—	70	70	76	112
Porcentaje de habitantes ingresados anualmente	—	—	—	9,3	9,7(b)	104(e)
Promedio de estancias por paciente ingresado (en días)	—	—	—	14,8	12,2	82(e)
Necropsias por 100 fallecidos	—	—	—	9,7	6,8	70(e)

Fuentes: Instituto Nacional de Estadística, *Censo de establecimientos sanitarios y benéficos: Año 1949* (Madrid: INE, 1953), p.7.

Instituto Nacional de Estadística, *Censo de establecimientos sanitarios: Año 1963* (Madrid: INE, 1966), p. 1.

Instituto Nacional de Estadística, *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado: Año 1972* (Madrid: INE, 1975), pp. 15 y 17.

Instituto Nacional de Estadística, *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado: Año 1980* (Madrid: INE, 1984), pp. 19, 23, 49, y 74.

Instituto Nacional de Estadística, *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado: Año 1990* (Madrid: INE, 1993), pp. 48, 55, y 99.

Notas: (a) A partir de 1972 se incluyen incubadoras.

(b) Enfermos/as dados de alta por cada 100 habitantes.

(c) 1963=100.

(d) 1972=100.

(e) 1980=100.

sanitario (privado y público) pasa del 7,2% en 1980 a 7,8 en 1991⁹. Existe pues un extenso sector público (alrededor de las dos terceras partes) y un sector privado (una tercera parte) que apenas cambia en décadas, a pesar de que en el entretanto se crea el SOE, la SS, el Insalud, y finalmente el SNS. Tampoco parece existir una tensión especial entre los sectores privado y público; a menudo no se distinguen. La realidad es que del sector público se benefician sobre todo los sectores privados sanitario, farmacéutico y de equipamiento. El sector privado sanitario se dedica sobre todo a los/as pacientes públicos. El grado de solapamiento, e incluso de dependencia (o parasitismo) de ambos sectores es elevado. Se produce, pues, un fenómeno doble: (a) el sector público copia miméticamente la organización, estructura y objetivos del sector privado, y (b) el sector privado utiliza los/as pacientes y los recursos del sector público para sus propios intereses. Este proceso doble se solapa con otros tres procesos: (c) deterioro del sector público; (d) un lento proceso de privatización institucional, y (e) una acelerada multinacionalización del sistema sanitario. Esta multinacionalización se advierte también en el proceso de crecimiento de los seguros privados, que en España abarcan a más de 5 millones de personas.

En cuatro décadas el sector público hospitalario mantiene su proporción de camas, que pasan de ser el 69,9% en 1949 al 68,9% en 1990; es decir, de 31 a 32 camas públicas por cada diez mil habitantes. No puede, pues, hablarse de un proceso de privatización hospitalaria, al menos en la propiedad de las camas (pasa de 13 a 14 camas privadas por diez mil habitantes). Sólo en dos momentos —los años sesenta y los ochenta— se da un tímido desarrollo del sector privado, mientras que el final de la década de los setenta representa el auge del sector público. Es cierto que se crea mientras tanto un moderno SNS, pero es a costa, cama por cama, del deterioro y desaparición de las camas correspondientes a la Administración Local y Central a excepción del Ministerio de Educación y Ciencia, del cual dependen los hospitales clínicos universitarios. Se produce pues —contrario a lo que a veces se piensa— un *proceso de centralización hospitalaria*. Cuando crece el sector privado no son los sectores supuestamente de Beneficencia, ni los de la Iglesia católica (ambos descienden), sino fundamentalmente los hospitales particulares, y en menor medida la Cruz Roja, que algunos son reconvertidos en hospitales públicos. El sistema hospitalario español cambia para no cambiar estructuralmente, y el progreso

global del número de camas total es mínimo. La conclusión fundamental es que la *estructura es relativamente independiente de la reforma*.

El sistema sanitario español es confuso. El sector público tiene muchos/as pacientes privados, y el sector privado se mantiene fundamentalmente por el sector público. Sólo el 6% de los/as pacientes ingresados en un hospital en España pagan la cuenta (toda o parte). En los hospitales de la Administración Local ese porcentaje se eleva ligeramente al 7% de los/as pacientes. Además de los hospitales particulares (realmente privados), los hospitales privados más privatizados son los de la Iglesia católica, que tienen imagen de ser benéficos. En 1990 el 84% de los pacientes que ingresan en hospitales privados son pagados por otra institución, fundamentalmente por la Seguridad Social (el 38%), o por los llamados seguros libres voluntarios (el 42%). En pocos años la Seguridad Social cada vez paga menos y los seguros libres más. El SNS tiene sólo un 46% de las camas del país, pero hospitaliza al 58% de los/as pacientes, y paga el 73% de las cuentas.

Hacia el final del siglo XX la Seguridad Social (Insalud en 1982, y posteriormente SNS) paga el 73% de las cuentas hospitalarias; un 5% adicional es pagado por el resto del sector público; un 15% por los seguros libres, y el 6% restante directamente por el/la paciente o su familia. Dentro del sector público el Insalud/SNS es un sistema radicalmente diferente, con un mecanismo de financiación propio y sólo un 2% de pacientes privados. Pero el resto del sector público (12% de pacientes) se parece algo al llamado sector de beneficencia privada (11% de pacientes) —que incluye a la beneficencia particular, los hospitales de la Iglesia católica y de la Cruz Roja— e incluso a los hospitales particulares. En esos tres casos (exceptuando el Insalud) los pacientes privados oscilan entre el 11% y el 19%, y la Seguridad Social paga del 25% al 61% de las cuentas. La única diferencia es que los hospitales particulares viven algo más de los seguros libres (el 51% de los/as pacientes) que la media que es sólo el 15%.

En los últimos años el sector público contrata una proporción menor de médicos/as, bajando del 85% al 60% en pocos años; y el porcentaje sigue bajando. Con la crisis económica (1973 en adelante) el sector privado no puede dar trabajo a más médicos/as, y en consecuencia el paro y subempleo aumentan considerablemente. En el inicio de su desarrollo el sector público permite la expansión, y contrata a la mayoría de médicos/as españoles, hasta que en los años setenta alcanza el 85% del total. A partir de 1976 se empieza a contratar enfermeras, y posteriormente se da trabajo a otro tipo de personal. La situación hasta esa fecha es peculiar: hay más médicos que enfermeras, y más estudiantes de Medicina que médicos. España tiene la proporción de médicas más baja del mundo. A finales de la década de los setenta empieza a haber en España, por primera vez,

más enfermeras que médicos: 1,5 en 1980, pero desciende a 1,1 en 1990. En los años ochenta hay un aumento considerable de mujeres, tanto de enfermeras (el 76% son mujeres) como de mujeres-médicas (son el 30% mujeres, *versus* 4% dos décadas antes). En 1990 las médicas son ya casi la tercera parte, y hay carreras superiores en que son mayoría las mujeres como en Farmacia (61%). En 1984, exactamente la mitad del personal *sanitario* son mujeres, y alcanzan el 62% del personal total que trabaja en el sistema sanitario —sean o no técnicos sanitarios. En 1990 ya el 64% del personal sanitario son mujeres.

El nivel de planificación y evaluación es bajo o inexistente. La única medida importante es establecer un *numerus clausus* en el inicio de la carrera de Medicina a partir de 1979. El número de estudiantes de Medicina se reduce drásticamente: de casi 80.000 en 1980 a algo menos de 40.000 una década después, es decir, a la mitad, aunque el fracaso académico de los/as estudiantes también disminuye. Pero el número de estudiantes de Farmacia y sobre todo de Veterinaria aumenta considerablemente: entre 1970 y 1990 el número absoluto de estudiantes/as crece un 27% en Medicina, 309% en Farmacia, y 764% en Veterinaria. Veterinaria crece 8,6 veces en dos décadas (entre 1970 y 1990). Se sugiere que el poder de la profesión médica va a descender: (a) porque su número es cada vez menor y entra en competición con otras carreras superiores, y (b) debido al acelerado proceso de feminización de todas las carreras médico-sanitarias. El proceso de feminización continúa, incluso a un ritmo bastante más alto que el de los/as profesionales sanitarios; lo que significa que la tendencia a la feminización del personal sanitario en España puede continuar en el siglo XXI. En 1990, el porcentaje de estudiantes (mujeres) de Medicina es ya del 57%, y 69% en Farmacia. En Veterinaria, que tradicionalmente es una carrera masculina, alcanza el 45% de mujeres estudiantes e incluso un 34% de profesores (son el 48% en Farmacia, y sólo un 20% en Medicina).

Al final del siglo XX las carreras sanitarias están en un proceso doble: (a) de fuerte retroceso respecto del total de carreras superiores (sobre todo en Medicina), aunque existe un trasvase relativamente equilibrador en Veterinaria; y (b) de acelerado proceso de feminización en todos los niveles y carreras. Pero el sistema se autodefende: el número de estudiantes de Medicina se reduce drásticamente, pero no así el de los/as que terminan la carrera. En 1950 no llegan a mil los/as que terminan la carrera de Medicina (898); pero son nueve veces más tres décadas después (7.752 en 1980), y siguen aumentando hasta los 8.114 nuevos médicos/as en 1990. El *numerus clausus* lo que consigue es una fuerte reducción del número de alumnos/as por cada profesor/a (de 15 en 1980 a 6 en 1990), elevando así los recursos diferenciales de los/as aspirantes a médicos/as, pero no mucho más. En Farmacia apenas descienden (de 18 a 17 alumnos/as por profesor/a) y es estable en Veterinaria (de 13 a 13). Los

cambios en el sistema sanitario no logran producir transformaciones en la estructura básica.

En España la clase baja utiliza fundamentalmente el sector sanitario público, mientras que cuanto más elevada es la clase social más se utilizan seguros privados, y sobre todo la combinación de seguros privado y público al mismo tiempo. Las diferencias de cobertura por clase social son mayores respecto de los ambulatorios (4,6 veces de diferencia por clase social en las proporciones de pacientes atendidos por el Insalud en sus ambulatorios) que de los hospitales (2,6 veces en el uso de hospitales del Insalud por clase). Eso refleja que el nivel discriminador del sistema sanitario español reside fundamentalmente en la consulta ambulatoria privada/pública, y no tanto en el acceso y utilización de los hospitales privados/públicos. Consistentemente casi todos los datos demuestran que *las desigualdades sanitarias observadas son estructurales* (dependen de la clase social de la población y de otros factores de desigualdad como el género) *pero no dependen de la utilización de recursos sanitarios*: visitas al médico/a u hospitalización. Los datos respaldan pues la hipótesis inicial.

Esas relaciones se mantienen incluso cuando se incluye una tercera variable (que en el caso de España es particularmente importante): las desigualdades regionales. La distribución provincial de *camas hospitalarias* y de *médicos/as* en España se parece cada vez más. La mitad norte de España mantiene tasas altas, coincidiendo las máximas con provincias que se especializan en grandes hospitales psiquiátricos (como Palencia, Tarragona o la periferia de Madrid). La propiedad privada es un factor incluso más importante que el desarrollo económico para explicar la distribución desigual de camas. Está claro que la planificación de hospitales, incluso en el sector público, es inadecuada, y que se construyen hospitales allí donde no son necesarios. La tendencia secular a que la mitad Sur (Andalucía interior, La Mancha y Extremadura) mantenga una tasa baja de camas hospitalarias no cambia. Lo sorprendente es que las desigualdades regionales de hospitales son incluso mayores que las de médicos/as. La profesión médica se concentraba antiguamente en la mitad Norte de la península ibérica siguiendo la pauta de propiedad privada, mejor distribuida entre la población. Pero gracias a su movilidad en los últimos años una proporción creciente de médicos/as se concentran en la periferia (sobre todo mediterránea), y en particular en las provincias con Facultad de Medicina (Barcelona, Valencia, Granada y Sevilla, además de Salamanca, Zaragoza y Navarra). Se solapan, pues, ambas tendencias en forma dinámica. La distribución de recursos (incluso públicos) no tiene que ver con las necesidades: la España más pobre es también la que posee menos recursos sanitarios. El paso de los años no parece solucionar este problema de desigualdad secular.

La distribución regional de la tasa de mortalidad infantil (TMI) es relativamente inexplicable, sin relación clara con los

recursos humanos y de equipamiento, salvo una asociación más estrecha con subdesarrollo que con los recursos sanitarios. La periferia mantiene TMI más altas que el interior, a pesar de una mejor situación de médicos/as. Hay otros factores estructurales que, combinados, explican esas desigualdades: procesos de urbanización, catolicismo, trabajo de la mujer, pautas de alimentación, tasas de natalidad, migraciones, periferia, desarrollo económico, población escolarizada, propiedad privada, distribución de la tierra (latifundismo/minifundismo), etc. Las explicaciones estructurales —aunque más complicadas— ofrecen una validez mayor que los recursos sanitarios y su utilización. El Gobierno español ignora cómo el sistema sanitario puede conseguir un nivel mejor de salud de la población, o cómo reducir las desigualdades sanitarias de las personas. Las soluciones a la crisis se configuran como reformas en la organización, y no como cambios estructurales de la realidad social.

La máxima desigualdad social consiste en morir. Las variaciones en las tasas de mortalidad según grupos humanos es seguramente el indicador más crudo de diferenciación social. La sociología analiza las desigualdades por mortalidad, pero poco las conexiones entre morbilidad y mortalidad. Esas relaciones son imprecisas, porque una buena parte de la morbilidad es inmedible (sucede dentro del hogar) y apenas hay datos. En España las estadísticas más fiables son las de la morbilidad hospitalaria, recogidas en la *Encuesta de morbilidad hospitalaria*, que anualmente publica el Instituto Nacional de Estadística (INE). Al final del siglo XX alrededor del 35% de las personas que mueren en España lo hacen en un hospital. Un porcentaje mayor —aunque difícil de estimar exactamente— de las personas que mueren son hospitalizadas alguna vez por esa causa principal de muerte. Una décima parte de la población española se hospitaliza cada año, y de media está 13 días en un hospital. Estas cifras pueden parecer suficientes, pero son comparativamente bajas; representan un caso anómalo importante de analizar en el contexto europeo y de los países avanzados. El desarrollo está fuertemente asociado a mortalidad y morbilidad, pero no con tanta nitidez a la esperanza de vida de la población. En los países avanzados del mundo el porcentaje de población hospitalizada al año correlaciona bastante con el orden de desarrollo. Los países más ricos hospitalizan anualmente al 20% de la población; el siguiente bloque de países alrededor del 15%, y los cuatro países menos ricos (entre los que se encuentra España, a la cabeza) tienen unas tasas de hospitalización variables, a menudo por debajo del 10%¹⁰.

En la Tabla 7 se observa la evolución de los/as pacientes hospitalizados en España según diagnóstico durante la década de los ochenta. En este caso se usa la EMH que se refiere al año 1989, y se compara con su homóloga de 1980. La EMH ofrece datos sobre hospitalización distribuidos en 105 diagnósticos clasificados en 45 grupos. Se realiza una agregación de los

Tabla 7

**Evolución de pacientes hospitalizados/as, según género y diagnóstico
(Tasas por 1.000 pacientes hospitalizados)**

Diagnóstico definitivo	Año 1980			Año 1989		
	Total	Mujeres	Varones	Total	Mujeres	Varones
Infecciosas	32	30	35	27	26	29
Respiratorio	90	79	98	88	68	103
Digestivo	142	140	145	123	111	133
Cáncer	52	56	49	69	65	72
Osteomuscular	39	38	40	45	50	42
Circulatorio	78	77	77	93	91	94
Mental	28	23	32	29	24	32
Causas externas	114	87	135	95	72	113
Otras	201	223	184	204	246	172
Sin información	224	247	205	226	248	209
Total enfermos/as (a)	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
	(2.621.989)	(1.167.648)	(1.454.340)	(3.181.453)	(1.433.453)	(1.748.266)
Natalidad	200	359	—	139	264	—
Total (b)	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
	(3.275.386)	(1.824.045)	(1.454.340)	(3.694.445)	(1.946.178)	(1.748.266)

Fuentes: Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1980* (Madrid: INE, 1983), pp. 5-8.
Instituto Nacional de Estadística, *Encuesta de morbilidad hospitalaria: Año 1989* (Madrid: INE, 1992), pp. 5-8.

Notas: (a) El *total enfermos/as* se refiere al conjunto de pacientes hospitalizados en España exceptuando los casos de natalidad (diagnóstico que incluye parto normal, aborto, causas obstétricas directas e indirectas).

(b) El total indica el número de pacientes hospitalizados. A efectos de la encuesta realizada por el INE se considera paciente a toda persona que haya ingresado en un centro hospitalario para ser atendida, diagnosticada u observada en régimen de internamiento.

diagnósticos en nueve grupos distintos que se distribuyen en dos grandes categorías. La primera está formada por las enfermedades más *biológicas*, e incluye: infecciosas, dolencias del aparato respiratorio, del digestivo, diferentes tipos de cáncer, enfermedades de tipo osteomuscular y del aparato circulatorio. Aparecen ordenadas según la media de edad de los/as pacientes hospitalizados por cada una de ellas, de jóvenes a ancianos/as. La media de edad de los/as pacientes hospitalizados por enfermedades infecciosas es menor que la de pacientes hospitalizados por problemas en el aparato respiratorio, y así sucesivamente en los otros grupos. La tabla ofrece datos del cambio en una década 1980 a 1989.

Se produce un incremento ligero de la tasa de pacientes hospitalizados, que pasan en la década de 88 a 95 por cada mil habitantes. El total de pacientes hospitalizados en valores absolutos es de 3,3 millones en 1980, que se convierten en 3,7 millones en 1989. La importancia del número de mujeres dando a luz respecto del total de hospitalizaciones experimenta una disminución considerable, descendiendo del 20% al 14%. El número

de las hospitalizaciones totales descontando las referentes a natalidad crece bastante. La gente acude cada vez más a los centros hospitalarios, se incrementa la cobertura de la población por parte de la Seguridad Social, se mejoran los diagnósticos y la estructura de las edades de la población es cada vez más madura.

El avance más importante de hospitalizados/as se produce en cáncer, que en la década de los ochenta se incrementa en un 56%. Esto representa un crecimiento neto de 20 personas hospitalizadas por cada diez mil habitantes, casi un 2% respecto del total de hospitalizaciones. También hay un incremento importante (41%) de hospitalizados/as por problemas del aparato circulatorio. En los problemas de tipo osteomuscular, que son más frecuentes entre las personas ancianas, las hospitalizaciones incrementan en esa década un 37%. Supone una mayor atención médica a la tercera edad, e incluso es causa directa del envejecimiento de la estructura de edades. Las pacientes (pacientas) hospitalizadas por causas relacionadas con la natalidad descienden en un 25%. España está experimentando un proceso de

envejecimiento poblacional debido a una disminución drástica de la natalidad. En tan sólo una década la pirámide de población cambia de forma; pasa de piramidal (característica de una sociedad joven) a forma de diamante (típica de una sociedad en transición o envejecida). La disminución de la natalidad es un proceso que depende tanto de la cultura como de la evolución económico-social.

Es importante medir también el número de fallecimientos por mil pacientes hospitalizados de cada diagnóstico. Los datos permiten observar un leve incremento (tan sólo de un 2%) en la mortalidad hospitalaria durante la década de los ochenta. En 1980 fallecen 95.670 personas hospitalizadas, mientras que en 1989 son 109.820. Esto representa un incremento bruto del 15%. En 1980 fallecen en España un total de 289.344 personas, y esta cantidad incrementa en un 12% en diez años; en 1989 son ya 324.771 fallecidos/as. La tasa de fallecidos/as por mil habitantes es 7,7 en 1980, y se incrementa hasta 8,4 en 1989 debido al envejecimiento de la población española. La proporción de fallecidos/as dentro de hospitales respecto al total de fallecidos en España no supone un incremento durante la década, lo cual es sorprendente. Pasa de 33% en 1980 a sólo 34% en 1989. No se observan cambios en los datos globales de mortalidad hospitalaria, pero sí los hay desagregando por cada diagnóstico.

Existen dos diagnósticos con un índice de peligrosidad alto: *aparato circulatorio* y *cáncer*. En España mueren alrededor de 8 personas por cada mil habitantes; de ellas 3,4 mueren por problemas en el aparato circulatorio (es decir, el 41%), que es la primera causa de mortalidad en el país, y 2,1 por cáncer (es decir, el 25%). Estos dos diagnósticos suponen las dos terceras partes de todos los fallecimientos. Son los únicos diagnósticos que presentan un índice de peligrosidad alto, muy por encima de la tercera causa de muerte que es la respiratoria (8 fallecidos por cada diez mil habitantes), o de digestivo, y causas externas de lesión (las dos 5). En el resto de diagnósticos la mortalidad es más baja. La mortalidad por causas de infección, importante históricamente, disminuye muchísimo. Las mejoras alimentarias y de higiene, junto con la aplicación universal de vacunas, reducen la mortalidad debida a infecciones a valores bajos comparados con el resto de enfermedades.

Una tercera parte de todas las personas que mueren cada año en España lo hacen dentro de un hospital (el 34%). El porcentaje de fallecidos dentro de un hospital respecto del total de fallecidos en el país, según diagnósticos definitivos o la causa de muerte (en 1989) es: infecciosas 42%, respiratorio 30%, digestivo 44%, cáncer 24%, osteomuscular 37%, circulatorio 20%, mental 41% y causas externas 21%. El índice de fallecidos/as dentro de un hospital del total de fallecidos en el país, o el índice de mortalidad hospitalaria, son medidas adecuadas de las relaciones entre *morbilidad* y *mortalidad*. Se observan desigualdades por diagnóstico, que no se deben a la importancia de

la enfermedad, ni al peso numérico de la mortalidad, sino a estrategias de curación o a la rapidez en la atención sanitaria. Cáncer y aparato circulatorio acaparan las dos terceras partes de toda la mortalidad, pero tienen un peso mucho menor en los hospitales; quizás porque no se están utilizando los recursos de forma igual o adecuada. Es paradójico que el hospital —que es el gasto intensivo más fuerte dentro del sistema sanitario— aparezca más como una organización para cuidar casos leves que casos graves. Pero las desigualdades no son sólo por diagnósticos y tipos de morbilidad, sino también por tipos de pacientes, según su edad, género y clase social.

Mortalidad y morbilidad están asociadas con desarrollo económico y social. A pesar de la crisis, los países más ricos duplican prácticamente sus tasas de población hospitalizada en dos décadas entre 1965 y 1987. Pero en los datos sobre morbilidad hospitalaria de los diferentes países avanzados se aprecian variaciones de tipo cultural. La estructura familiar individualista y nuclear, típica de los países anglosajones, produce una proporción mayor de personas en hospitales porque la familia cumple menos con la función de cuidar a los/as ancianos y familiares enfermos. Esas desigualdades no se reflejan en las tasas de mortalidad, ni negativa ni positivamente. A determinados niveles de desarrollo la esperanza de vida de la población correlaciona poco con el crecimiento económico, e incluso con el gasto sanitario. Las diferencias en las esperanzas de vida de los países avanzados y las desigualdades sociosanitarias parecen algo erráticas.

Las desigualdades dependen más de los recursos sanitarios que no de las pautas de morbilidad. La gente no enferma más o menos dependiendo de la región en que reside; pero sí que se hospitaliza de forma variable dependiendo de la oferta de servicios hospitalarios en su región de residencia. La demanda se adecua así a la oferta hospitalaria. Se observa una pauta centrífuga en que la periferia destaca por una alta proporción de personas hospitalizadas. Existen seis dasicoras que atraen flujos de pacientes del resto de España para que sean hospitalizados. Esas dasicoras son: Barcelona, Valencia, Sevilla-Granada, La Coruña, Vizcaya-Guipúzcoa y Madrid. En el centro Madrid tiene una tasa destacable, pero a su alrededor la hospitalización es baja. Las pautas de desequilibrio regional por hospitalización calcan las pautas de desigualdad socioeconómica. La estructura de hospitalizaciones reproduce así el mapa de desarrollo regional en España.

Las relaciones entre morbilidad y mortalidad son menos automáticas y directas de lo que parecen. Las desigualdades por edad, género, regiones, e incluso diagnósticos no son separables, sino que forman una estructura difícil de romper. A su vez, las desigualdades sanitarias (de morbilidad y mortalidad) reflejan las desigualdades sociales ya conocidas en el país. Las desigualdades sanitarias no son sólo consecuencia de otras desigualdades sociales previas, sino además generadoras de todo

tipo de desequilibrios. En ese sentido se confirma la hipótesis de que *no hay mayor desigualdad social que morirse*. Si se vive, el máximo de desigualdad viene asociado a dependencia, calidad de vida, adicción, pobreza, minusvalía, vejez, discapacidad, y sobre todo morbilidad crónica. España en su conjunto mantiene

un nivel excelente de salud, pero con una baja calidad de vida, desigualdades cristalizadas de atención sanitaria (hospitalización al menos), y algunos procesos de desigualdad que no parecen mejorar pues dependen de la estructura social¹¹. Es una situación que puede mejorar en el siglo XXI.

Notas

* Jesús M. DE MIGUEL es Director del Departamento de Sociología de la Universidad de Barcelona, así como Director del *Grupo de Recerca de Sociologia* en Barcelona. Dirigió los análisis sobre el sector sanitario español del Quinto Informe Foessa. Actualmente es Vicepresidente de European Corporation in the Field of Scientific and Technical Research, en Ciencias Sociales, para la Comisión Europea (Bruselas, Bélgica). Cualquier información adicional al día puede conseguirse en: demiguel@eco.ub.es.

¹ *Quinto informe sociológico sobre la situación social en España. Sociedad para todos en el año 2000* (Madrid: Fundación Foessa, 1994), 2 volúmenes, 2.313 páginas en total. Abarca el período de 1983 hasta 1994.

² Jesús M. de MIGUEL, *Estructura y cambio social en España* (Madrid: Alianza Editorial, 1998), 681 pp.

³ Se conserva la nomenclatura de la encuesta del *Quinto Informe Foessa* (F5 en estas referencias a lo largo del resumen del quinto informe) aunque no es la más adecuada.

⁴ La encuesta del Foessa 5 no incluye la variable de *clase social objetiva* según la profesión u ocupación principal del cabeza de familia (persona principal, o como prefiera llamarse). Eso imposibilita un estudio de las desigualdades por clase social (objetiva) de las diferencias sanitarias. La clase social subjetiva (autopercebida) es un sustituto incompleto, que no permite conclusiones importantes en el tema de desigualdad, aunque permite establecer algunas relaciones e hipótesis.

⁵ Ver el libro *Control de natalidad en España* (DÍEZ NICOLÁS y J. M. de MIGUEL, Barcelona, Fontanella, 1981).

⁶ También de no contestación a la pregunta: 7% al 10%.

⁷ El análisis del sida en España aparece con detalle en el informe original, en un extenso subcapítulo: 6.9 «La epidemia del sida», F5, pp. 1007-1045. Se estudia el desarrollo de la enfermedad, las medidas sanitarias, el impacto en la población, los efectos queridos y no queridos. Se definen diez hipótesis sobre el desarrollo del sida en España, y en especial las políticas sanitarias y sociales (F5, pp. 1034-1038). La bibliografía de ese capítulo en el informe original (F5, pp. 1087-1106) recoge las contribuciones más importantes.

⁸ Una explicación detallada de la evolución del sistema sanitario español aparece en el informe original (F5, pp. 837-842) en el primer volumen, como parte del capítulo sobre *Salud y Sanidad* (F5, pp. 823-1106).

⁹ Conviene consultar las páginas 1.457 a 1.480 del quinto informe Foessa original.

¹⁰ Los tres países de referencia incluyendo Estados Unidos, Australia y Japón no presentan una pauta clara, pues Australia presenta la máxima tasa de hospitalización de todos los países y Japón la mínima.

¹¹ En el libro *Estructura y cambio social en España* (Madrid: Alianza Editorial, 1998), 681 pp., analizo algunos de esos factores fundamentales.