

¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud?

¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud?



www.fgcasal.org



FUNDACIÓN ASTRAZENECA



VALORACIÓN SEGÚN LOS
BARÓMETROS SANITARIOS

*Juan del Llano Señarís
Álvaro Hidalgo
Santiago Pérez*

¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud?

VALORACIÓN SEGÚN LOS BARÓMETROS SANITARIOS

*Juan del Llano Señarís
Álvaro Hidalgo Vega
Santiago Pérez Camarero*

Reservados todos los derechos. Ni la totalidad ni parte de este libro pueden reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación, sin el previo permiso escrito del editor.

© 2006 ERGON
C/ Arboleada, 1 - 28220 Majadahonda (Madrid)

ISBN: 84-8473-456-0
Depósito Legal: M- -2006

¿Estamos satisfechos los ciudadanos con el Sistema Nacional de Salud?

VALORACIÓN SEGÚN LOS BARÓMETROS SANITARIOS

Dirección

- Juan del Llano, *Director de la Fundación Gaspar Casal*

Coordinación

- Álvaro Hidalgo, *Director del Seminario de Investigación en Economía y Salud de la Universidad de Castilla-La Mancha. Investigador Asociado de la Fundación Gaspar Casal*

Elaboración

- Álvaro Hidalgo, *Director del Seminario de Investigación en Economía y Salud de la Universidad de Castilla-La Mancha. Investigador Asociado de la Fundación Gaspar Casal*
- Santiago Pérez Camarero, *Director del Instituto Max Weber. Investigador Asociado de la Fundación Gaspar Casal*
- Alexandra Ivanova, *Investigador Junior del Instituto Max Weber*

Análisis de las bases de datos

- Isaac Aranda, *Seminario de Investigación en Economía y Salud de la Universidad de Castilla-La Mancha. Investigador Junior de la Fundación Gaspar Casal*
- Ignacio García, *Seminario de Investigación en Economía y Salud de la Universidad de Castilla-La Mancha.*
- Jesús Muela, *Seminario de Investigación en Economía y Salud de la Universidad de Castilla-La Mancha.*



¿Por qué hacemos encuestas de opinión pública en sanidad?

En junio de 1991 la conocida como Comisión Abril para la reforma del Sistema Nacional de Salud encargó al Departamento de Gestión y Política Sanitaria de la Universidad de Harvard una encuesta para conocer el estado de opinión y la experiencia de los ciudadanos españoles con el sistema sanitario. Fue una encuesta que determinó un conjunto de preguntas que se han ido repitiendo periódicamente en los Barómetros Sanitarios del CIS y que han permitido comparar la situación española con la de otros países. Como estudiante de ese departamento, me tocó trabajar con otros compañeros en esa encuesta dentro del Programa de Opinión Pública y Sanidad de dicha universidad. Fue un trabajo muy interesante que me acercó al mundo de las encuestas, tanto como para acabar haciendo una tesis doctoral en sociología en la Universidad de Barcelona, consistente en el análisis de esa encuesta y de otra promovida por Cires. Desde entonces, en mi vida profesional, he participado en el diseño y análisis de diferentes encuestas de opinión pública y sanidad.

He de reconocer que cuando nos encargaron la encuesta para la Comisión Abril sentí un cierto escepticismo y le pregunté al jefe del Departamento, profesor Robert Blendon, por qué teníamos que hacer una encuesta. El profesor Blendon, la principal autoridad en Estados Unidos sobre opinión pública y salud y mi mentor en estos temas, fue tan convincente en sus respuestas que, a día de hoy, sigo trabajando con él y su equipo en esta apasionante área de trabajo. De todas las respuestas que me dio, la que más me sedujo fue la siguiente: *“Hacemos encuestas para conocer la opinión y la experiencia de los ciudadanos normales, porque la opinión de los expertos ya la conocemos y su experiencia como usuarios de la sanidad es diferente a la del resto de la población”*. Y ese es el principal argumento por el que se han de diseñar y analizar las encuestas de opinión pública en sanidad. Ese es un argumento que es propio de una concepción democrática y moderna de la sociedad en la que deseamos vivir.

Las encuestas nos permiten evaluar la sanidad desde una perspectiva ciudadana y, también, nos ayudan a acercarnos de forma más precisa a la realidad cotidiana de

las experiencias y opiniones de los usuarios. Con ello evitamos el denominado “sesgo del experto”, que tiende a evaluar la realidad de forma diferente a como realmente es. También con ello evitamos la difusión de opiniones interesadas o distorsionadas de la realidad. Así, cuando uno oye en foros públicos a algunos expertos decir que la sociedad española desconfía de los médicos, lo primero que ha de preguntarse es qué dicen las encuestas al respecto. Y lo que dicen es todo lo contrario: la ciudadanía española confía mucho en sus médicos y bastante más que en otras profesiones no sanitarias.¹

Aparte de evaluar el estado de salud de la sanidad percibido por la ciudadanía, las encuestas también permiten evaluar las expectativas y la satisfacción de los ciudadanos con los servicios sanitarios utilizados, y la reacción que les provoca la posible implantación de determinadas políticas públicas, como pueden ser el aumento de impuestos para la sanidad, la introducción del copago de los servicios recibidos o la promoción de los fármacos genéricos. En este sentido, las encuestas permiten visualizar y anticipar cuáles serían las respuestas de los ciudadanos ante esas acciones de política sanitaria. Otra aportación esencial de las encuestas es la valoración que en ella hacen los ciudadanos de diferentes aspectos de su experiencia como usuarios de la sanidad, así como del grado de conocimiento que tienen sobre la financiación y la organización de los servicios de salud. Finalmente, las encuestas permiten detectar necesidades de salud que no son atendidas apropiadamente e identificar cuáles son los temas que más preocupan a los ciudadanos. Una vez analizadas, corresponde a los políticos planificar las acciones oportunas.

El diseño y el análisis de las encuestas de opinión pública y sanidad constituyen un área de trabajo que puede, y debería, mejorar en España. Y es en esa capacidad de mejora donde hay que situar el trabajo dirigido por Juan del Llano. En primer lugar, cuando se han realizado varias encuestas en diversos cortes transversales y en diferentes anualidades, es bueno poder analizar tendencias en un sentido longitudinal. En segundo lugar, cualquier empresa del sector servicios instaura procesos complejos de explotación de datos o *data mining* para obtener el mejor conocimiento de la información recogida y para poder estructurarla según tendencias o por análisis de subgrupos, sea por razón de edad, afiliación a un seguro privado u otras variables. Es por ello que esta “revisión sistemática de los barómetros sanitarios del CIS” que se presenta en este trabajo constituye un ejemplo de artesanía conceptual y metodológica, orientada a obtener el máximo provecho de datos secundarios, es decir, de información ya recogida, financiada con los impuestos de los ciudadanos e insuficientemente analizada. Deberíamos felicitar a los autores del trabajo, a la Fundación Gaspar Casal, a la Universidad de Castilla-La Mancha y al Instituto Max

¹ Estudio “Confianza en el sistema sanitario” de la Fundación Biblioteca Josep Laporte-Universitat Autònoma de Barcelona y del Public Opinion & Health Care Program de la Universidad de Harvard (noviembre 2005).

Weber por este trabajo. También deberíamos felicitar a la Fundación AstraZeneca por la sensibilidad mostrada al financiar este tipo de trabajos, de los que estamos tan necesitados.

La lectura de los resultados presentados en este trabajo nos permite identificar aspectos muy interesantes para la reflexión política. Entre ellos, destacaría el hecho de que la salud sea el tema prioritario para los ciudadanos españoles y, que eso sea así en todos los barómetros analizados. También es importante comprobar la alta confianza que los ciudadanos tienen en sus médicos y que debería hacer reflexionar a la profesión médica sobre quién tiene la responsabilidad moral de gestionar el contrato social que fundamenta nuestro sistema sanitario. Otro aspecto a destacar es el porcentaje de ciudadanos que se muestran dispuestos a participar de forma activa en las decisiones sanitarias y el descontento que manifiestan por no poder hacerlo. En ese sentido, deberíamos reflexionar, como sociedad, qué hubiera pasado si en los últimos treinta años la medicina hubiera avanzado tan poco como lo ha hecho el sistema democrático. Sería importante, también, poder evaluar cómo responden las instituciones políticas a los resultados de las encuestas, lo que sería una buena medida de la “salud democrática de nuestro sistema sanitario”.

Este trabajo aquí presentado debería convertirse en una referencia obligada para entender la evolución de la perspectiva ciudadana en los últimos años y tendría que constituir un punto de partida para la realización de nuevas encuestas. Estos nuevos estudios tendrían que ser, aparte de transversales, de tipo longitudinal, realizados en los mismos ciudadanos y pacientes, en diferentes períodos de tiempo. También tendrían que realizarse en muestras de usuarios directos de la sanidad y de pacientes, ya que la experiencia de estos últimos es la más relevante para la valoración del estado de salud de los servicios de salud. Los ciudadanos no usuarios pueden tener visiones condicionadas por lo que les explican otras personas, por los consejos de los expertos o por las noticias que reciben de los medios de comunicación. Ése es el reto que, gracias a trabajos como éste y a fundaciones como la Gaspar Casal, estamos en condiciones de asumir. Y es ahí donde hemos de estar: conociendo mejor la experiencia y la opinión de los ciudadanos normales.

Albert J. Jovell Fernández

Director General Fundació Biblioteca Josep Laporte

Director Universidad de los Pacientes

Profesor Asociado Universitat Autònoma de Barcelona

1. Introducción	1
2. Aspectos metodológicos de la serie enlazada de los barómetros sanitarios	7
2.1 Las características de la muestra de los barómetros sanitarios 1995-2004	8
2.2 Aspectos metodológicos de la serie enlazada de los barómetros sanitarios 1995-2004	19
3. Cuestiones comunes en los barómetros sanitarios	27
3.1 La Sanidad y el Sistema Sanitario	27
3.2 La cobertura sanitaria pública y privada	34
3.3 La atención primaria: medicina general y pediatría	49
3.4 La atención especializada	53
3.5 La asistencia hospitalaria y las intervenciones quirúrgicas	61
3.6 Los servicios de urgencias	69
3.7 La información en el sistema sanitario	74
4. Preguntas de coyuntura en la serie 1995-2004, agrupadas por tema	77
4.1 Las listas de espera	77
4.2 Medicamentos y política farmacéutica	82
4.2.1 El gasto farmacéutico	83
4.2.2 Los medicamentos genéricos y los precios de referencia	85
4.2.3 El uso racional del medicamento	88
4.3 Envejecimiento, dependencia y mayores	93
4.4 Las transferencias a las comunidades autónomas	98
5. Conclusiones y propuestas de mejora de los barómetros sanitarios	103
5.1 Conclusiones	103
5.2 Propuestas de mejora de los barómetros sanitarios	110
6. Referencias bibliográficas	113
7. Índice de Tablas	115
8. Índice de Gráficos	119
9. Anexo I. Cuestionario 2003	123



A lo largo de las últimas décadas los sistemas sanitarios de los países desarrollados se han visto sometidos a una presión creciente y continua, tanto por el lado de la oferta como por el de la demanda. Podríamos afirmar que los sistemas sanitarios se han tenido que adaptar, con mayor o menor éxito, a esta presión que amenaza con dañar su funcionamiento. Hoy empleamos más recursos que nunca en la atención sanitaria y sin embargo no parecen ser suficientes. Además, los pacientes depositan en la sanidad expectativas crecientes que generan más demanda con un nivel de exigencia cada vez mayor y con requerimientos de mejor información.

El gasto sanitario ha crecido de forma considerable desde 1960 hasta nuestros días. Esta presión al alza del gasto ha hecho que muchos sistemas sanitarios atraviesen dificultades financieras que amenazan su viabilidad futura. Esta tendencia no parece sólo un hecho del pasado, sino una realidad presente y futura. Un reciente informe de la OCDE^[1] ha puesto de manifiesto que si no se toma ninguna medida correctora el gasto sanitario medio de los países de la OCDE, expresado como porcentaje del PIB, se duplicará en el 2050. El informe señala igualmente que aunque se adopten medidas de contención del gasto sanitario su nivel más bajo se establecerá en torno al 10% del PIB, tres puntos por encima de la media actual. En el caso de España, este mismo informe señala que el gasto sanitario público español pasaría del 5,6% del PIB en 2005 al 12,1% en el año 2050 en el escenario de presión sobre el gasto y al 9,6% del PIB en el escenario alternativo de contención del gasto. Estos hallazgos se encuentran en el centro del debate político y social en lo relacionado con la sanidad y su financiación. Valga como muestra el anterior trabajo de la Fundación Gaspar Casal para la Fundación AstraZeneca sobre los retos de seguir cubriendo todo, para todos y gratis en la asistencia sanitaria^[2].

En la otra cara de la realidad nos encontramos con el cambio que están experimentando los pacientes como usuarios de la asistencia sanitaria. Las expectativas que los ciudadanos tienen, sobre la respuesta que puede dar la asistencia sanitaria a sus problemas de salud, son crecientes, lo que hace que su nivel de exigencia crezca de forma continua. A este fenómeno ha contribuido notablemente el desarrollo del nivel cultural y educativo de los ciudadanos y el uso creciente que hacen de las

tecnologías de la información, que han posibilitado que los pacientes tengan acceso a multitud de fuentes de información que antes sólo eran patrimonio del médico. Las demandas de más atención y de mejor calidad se han multiplicado de forma considerable. Esta corriente también se ha visto favorecida por el auge del movimiento asociativo en lo referente a los pacientes, que ha conseguido que éstos se agrupen y lleguen a convertirse en grupos de presión importantes. Otro elemento que ha podido favorecer esta evolución ha sido la finalización de las transferencias sanitarias en 2002, ya que se ha acercado al conjunto de los ciudadanos la gestión de la atención sanitaria, sintiendo éstos una mayor proximidad y teniendo, por tanto, un mejor conocimiento de los cauces de intervención por parte de los pacientes.

La presión del gasto y las dificultades financieras hacen que no se puedan (ni seguramente se deban) satisfacer todas las demandas de la población, justo cuando mayores son las expectativas de ésta y mayor es su nivel de exigencia frente a la atención sanitaria. De ahí que sea muy importante avanzar en la medición y evaluación de los resultados en salud.

No debemos olvidar que el objetivo central de todo sistema sanitario es reducir la mortalidad, la morbilidad y mejorar la salud y el bienestar de los ciudadanos. El sentimiento de seguridad y la satisfacción de las expectativas sobre el cuidado de la salud son vectores importantes para generar dicho bienestar, motivo por el que su evaluación ha sido una prioridad para los sistemas nacionales. Parece conveniente, por tanto, reflexionar acerca del recorrido y las etapas por las que ha pasado la prestación sanitaria desde el punto de vista de los que la usan.

La asistencia sanitaria es una actividad del sector servicios, cuyo fin es cuidar, restablecer y mejorar la salud de la población. Estos aspectos confieren a la asistencia sanitaria unas peculiaridades importantes, que en gran medida diferencian este servicio de otros muchos existentes en una economía desarrollada. En primer lugar, se trata de trabajar con lo más preciado que tienen los individuos: su salud. Por este motivo, no es de extrañar que la primera preocupación de la asistencia sanitaria sea la de la seguridad. Antes que cualquier otra consideración, lo que debemos conocer es si los tratamientos o las tecnologías sanitarias son seguros para los pacientes, ya que un error en este terreno puede tener consecuencias irreparables. Por este motivo, el primer estadio de la evaluación de la asistencia sanitaria se debe centrar en la seguridad.

Una vez comprobada ésta podemos pasar a preocuparnos por otros aspectos importantes de la asistencia sanitaria. Como dijimos, cuando se trata de curar, lo que necesitamos averiguar es si el tratamiento que realizamos es o no adecuado y los efectos que tiene sobre la salud del paciente. En este sentido, la segunda línea de evaluación se centra en la eficacia, condiciones ideales, efectividad, condiciones habituales, del empleo de las tecnologías sanitarias, ya sean preventivas, diagnósticas,

terapéuticas o rehabilitadoras. Actualmente nos preocupan también las dificultades financieras y el crecimiento del gasto con su consecuencia: un rol más importante de los gestores en el funcionamiento de los servicios sanitarios.

Garantizada la seguridad y comprobada la efectividad de algunas de las intervenciones sanitarias más frecuentes, pasamos a interesarnos por el precio y la relación coste-efectividad de las tecnologías, es decir, la preocupación por la eficiencia. En un contexto de Sistema Nacional de Salud con servicios regionales, con financiación mayoritariamente pública, con restricciones presupuestarias, con recursos escasos y susceptibles de usos alternativos, a evaluación económica se convierte en otro instrumento útil a la hora de evaluar el funcionamiento del sistema sanitario.

Sin embargo, no es suficiente con preocuparse por la seguridad, la eficacia, la efectividad y la eficiencia, porque no tenemos que olvidar que la atención sanitaria es un servicio suministrado por personas para personas. Por ello, el factor humano es clave. Estos aspectos han sido abordados desde múltiples ópticas, por ejemplo desde una perspectiva económica por el denominado efecto Baumol^[3] y la falta de productividad aparente del sector sanitario al ser un servicio personal en el que la cantidad se mide de forma más o menos sencilla, pero la calidad es algo más compleja de cuantificar. Esta calidad es multidimensional y en ella influyen todos los factores que hemos comentado anteriormente, pero también la percepción del paciente. No en vano, en los últimos tiempos estamos asistiendo a un movimiento gravitacional en el que cada vez se tiene más en cuenta la percepción del paciente, siendo su opinión uno de los aspectos esenciales para cerrar la evaluación del sistema sanitario.

Es precisamente este último aspecto el que aborda el presente informe, ya que consideramos esencial conocer la opinión de los ciudadanos sobre la asistencia sanitaria que reciben y sobre el funcionamiento de nuestro sistema nacional de salud. Las relaciones entre los usuarios de la asistencia sanitaria y las personas e instituciones que la prestan son casi siempre complejas. La respuesta del sistema sanitario a las diferentes demandas de los usuarios no es siempre homogénea en términos de nivel asistencial, institucional, territorial e incluso personal o profesional. No sólo existen diferencias derivadas de la diversidad de centros y profesionales que prestan asistencia sanitaria, sino que dentro de un mismo acto o una misma relación sanitaria intervienen diversos elementos cuya confluencia produce un resultado global no siempre atribuible en la misma medida a todos los vectores que lo causan. El comportamiento o actuación médica, la dotación de los servicios sanitarios, los medios técnicos y humanos disponibles o los eventuales problemas organizativos influyen, ocasional o permanentemente, en la respuesta sanitaria y también en su posible percepción. Por ello, es necesaria cierta prudencia en la interpretación del universo de visiones, ideas, actitudes y opiniones forjadas en torno a la asistencia sanitaria.

Dado el enorme peso del sector público en nuestro sistema sanitario, muchas de las opiniones vertidas en las encuestas de satisfacción están orientadas a aspectos comunes a todas las instancias públicas, circunstancia que no invalida dichas opiniones. También debe tenerse en cuenta que las opiniones de los encuestados, en la medida en que son consecuencia de sus propias apreciaciones, reflejan esencialmente la forma y manera en que los usuarios, pacientes y familiares, viven y perciben el funcionamiento del sistema sanitario. Con toda la consideración que los resultados de cualquier encuesta bien realizada deben merecer, no puede tampoco olvidarse que la calidad percibida por los usuarios no es el único criterio, ni seguramente el más importante, para valorar la idoneidad o calidad global de un sistema sanitario. En la mayoría de los casos, muchos indicadores básicos para la salud pública, como las tasas de mortalidad, las medidas de prevención o la efectividad, permanecen ocultos a la visión de los pacientes. Por tanto, los criterios de calidad técnica establecidos objetivamente por la oferta sanitaria deberán ser complementados con los criterios subjetivos de satisfacción expresados por la demanda de los servicios de salud. El grado de satisfacción colectivo y las expectativas de cara al futuro no sólo permiten contrastar la validez de algunos indicadores de eficiencia, sino que posibilitan la orientación de las acciones de mejora y las políticas sanitarias hacia el incremento de la satisfacción de los diferentes actores.

Tratándose de opiniones, la satisfacción de los encuestados depende tanto de la realidad observada por aquellos, como de sus propias características socioeconómicas y clínicas. Así pues, las valoraciones están influenciadas por la edad, el sexo, el nivel educativo y económico y, por supuesto, por el estado de salud y los resultados de las acciones sanitarias que el individuo experimenta como sujeto. Esta doble determinación de la satisfacción no sólo no desautoriza ninguna de las valoraciones que proporcionan los individuos consultados, sino que aporta un enorme caudal informativo sobre la vivencia de la acción sanitaria y del proceso terapéutico por parte de los diferentes tipos de pacientes en diversos estados o situaciones de atención o tratamiento sanitario. El análisis de las influencias de las distintas variables socio-demográficas de los usuarios en la conformación de las opiniones y en la satisfacción respecto a los servicios sanitarios es un instrumento de enorme utilidad para poder mejorar su salud y su bienestar.

Es precisamente ese análisis, junto al estudio de la evolución de la opinión de los usuarios del Sistema Nacional de Salud (SNS), el principal objetivo de este trabajo. De esta forma, se describirá la valoración que los ciudadanos realizan del mismo desde 1995 a 2004. Como herramienta básica de trabajo hemos utilizado los microdatos de los barómetros sanitarios (BS) que el Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC)^[4] encarga al Centro de Investigaciones Sociológicas. Al querer obtener una visión exhaustiva de los aspectos determinantes en la satisfacción de los usuarios con el SNS nos interesaba tener una serie temporal amplia, motivo por el que hemos construido una serie homogénea enlazando las preguntas comunes a todas las olas de

los barómetros, teniendo así la posibilidad de realizar un estudio temporal de la satisfacción de los usuarios. Se han analizado los más de 56.000 microdatos de los barómetros sanitarios desde 1995 a 2004 para identificar las preguntas comunes y poder construir una base de datos homogénea. El resultado del trabajo se puede consultar en la web de las fundaciones AstraZeneca y Gaspar Casal¹, mientras que los detalles del mismo se exponen en el capítulo segundo de este libro.

Uno de los aspectos que más llamaron nuestra atención a la hora de construir la base de datos es la riqueza de la información disponible en los barómetros fuera de las preguntas comunes. Por este motivo, una vez analizadas las preguntas comunes a todos los barómetros en el capítulo tercero, hemos realizado, en el cuarto, un estudio de los temas que se han incluido a lo largo de las diferentes olas en el barómetro sanitario. Estas preguntas, por su carácter coyuntural reflejan las inquietudes, en aspectos de salud pública y política sanitaria, que han tenido los diferentes responsables del Ministerio de Sanidad y Consumo, así como sus preocupaciones en los últimos 10 años y cuál era la opinión de los ciudadanos respecto a los mismos. El abanico de temas incluidos es muy amplio y va desde las listas de espera, hasta el uso de medicamentos o la evolución del gasto sanitario.

En resumen, el análisis realizado de la valoración de los usuarios del SNS se fundamenta en dos pilares bien diferenciados: una visión estructural del sistema, analizando las más de 30 preguntas comunes en los barómetros sanitarios a lo largo de 10 años y tres olas por año; y otra coyuntural, a través del estudio de los temas candentes en cada momento, lo que nos permite ver los aspectos que han preocupado a los decisores en cada momento.

Para finalizar, presentaremos las principales conclusiones del trabajo junto a unas propuestas de mejora de los barómetros sanitarios, que tienen como objetivo poder aprovechar mejor la rica información que estas encuestas contienen.

¹<http://www.astrazeneca.es/article/508436.aspx> y <http://www.fgcasal.org/>

Aspectos metodológicos de la serie enlazada de los barómetros sanitarios



En este capítulo vamos a describir la metodología utilizada para obtener la base de datos que ha servido de pilar al presente trabajo. La construcción de la base de datos homogénea de los barómetros sanitarios ha supuesto una tarea compleja y laboriosa en la presente investigación. Por ello, creemos conveniente explicar cómo hemos procesado los datos originales y comentar las modificaciones y criterios utilizados en su elaboración. Esta descripción será puramente técnica, motivo por el que el lector no interesado en los aspectos más metodológicos de la investigación puede pasar directamente al análisis de los resultados contenido en los capítulos 3 y 4.

Comenzaremos explicando de forma breve la historia de los barómetros sanitarios. En este sentido, hay que señalar que el Barómetro Sanitario es un estudio de opinión que fue puesto en marcha por el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas en 1993. Su interés fundamental reside en la capacidad de enfocar el Sistema Nacional de Salud desde la perspectiva del ciudadano, contribuyendo a que éste se convierta en el centro de prioridades y objetivos y favoreciendo su participación en el diseño y aplicación de las políticas de salud.

Los resultados del barómetro se obtienen mediante la aplicación de un cuestionario estructurado que se administra de manera personalizada en el domicilio del encuestado. Esta técnica, además de eliminar el sesgo que puede introducir la realización de la encuesta en un centro sanitario, permite conocer la opinión de todos los ciudadanos sobre los servicios sanitarios públicos, independientemente de que éstos los hayan utilizado o no, ya que la encuesta se dirige a población general.

A pesar de la riqueza de la información contenida en los barómetros y del coste relativamente bajo que tienen los microdatos de los mismos, no existen muchos trabajos que los utilicen. De hecho, salvo dos excelentes trabajos de Ana Rico^[5,6], que han servido de orientación para este informe, no existen otras publicaciones que utilicen como fuente de información básica los barómetros sanitarios. Por ello, el presente trabajo, junto a la base de datos *on-line*, puede servir para llenar una laguna

TABLA 1. Tamaño muestral de serie enlazada por comunidades autónomas

Comunidad	1995	1996-97	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
Andalucía	861	871	870	870	867	289	870	870	870	7.238
Aragón	285	285	283	282	284	94	284	284	284	2.365
Asturias	276	274	272	275	275	92	276	276	276	2.292
Baleares	225	230	230	231	230	77	230	230	230	1.913
Canarias	311	311	311	312	308	102	311	311	311	2.588
Cantabria	201	208	208	207	208	69	208	208	208	1.725
Castilla-la Mancha	332	332	332	333	331	111	332	332	332	2.767
Castilla-León	433	435	436	432	435	144	436	436	436	3.623
Cataluña	825	822	822	822	821	272	823	823	823	6.853
Comunidad Valenciana	559	560	559	561	560	187	560	560	560	4.666
Extremadura	261	265	265	264	263	88	265	265	265	2.201
Galicia	461	461	461	462	461	154	461	461	461	3.843
Madrid	689	685	680	683	685	228	690	690	690	5.720
Murcia	259	260	260	257	257	86	260	260	260	2.159
Navarra	208	207	207	209	206	70	208	208	208	1.731
País Vasco	373	386	383	386	382	127	387	387	387	3.198
Rioja	200	195	199	200	200	67	200	200	200	1.661
España	6.759	6.787	6.778	6.786	6.773	2.257	6.801	6.801	6.801	56.543

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

existente. A continuación describiremos las características de la muestra con la que hemos trabajado, para pasar posteriormente a detallar los aspectos metodológicos de la construcción de la base de datos homogénea.

2.1. Las características de la muestra de los barómetros sanitarios 1995-2004

El primer aspecto que queremos destacar es el tamaño muestral, ya que es esencial a la hora de realizar el cruce de distintas preguntas por variables como el lugar de residencia, el sexo o la edad.

En la tabla 1 se recoge el tamaño muestral por comunidades autónomas (CC.AA.) de toda la serie de barómetros que hemos utilizado en el trabajo. Hay que señalar que dicha tabla recoge no sólo el total de la base acumulado, sino también el desglose para cada uno de los barómetros utilizados. Los resultados obtenidos son anuales, lo que quiere decir que el resultado final para cada año es la suma de todas las olas realizadas durante el mismo.

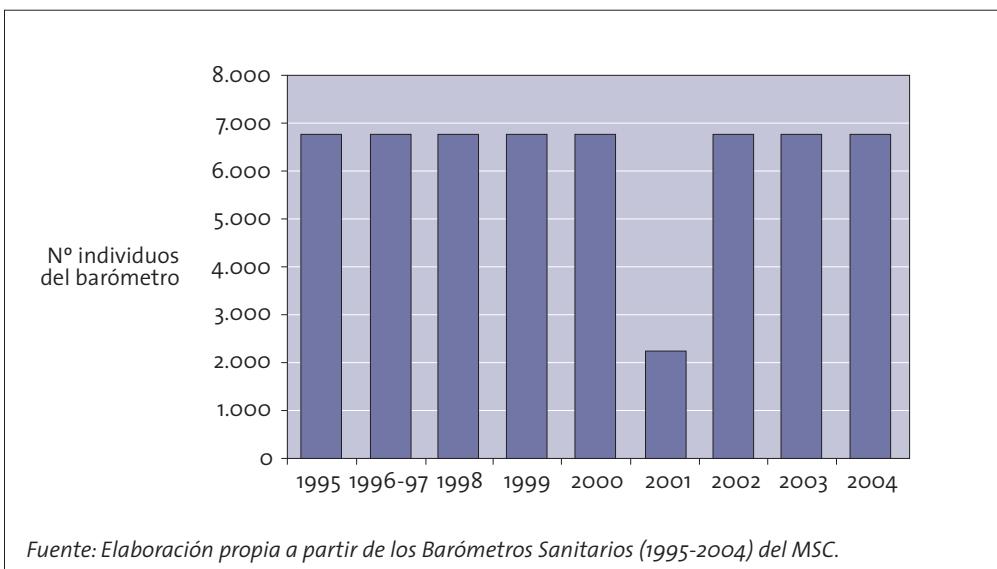
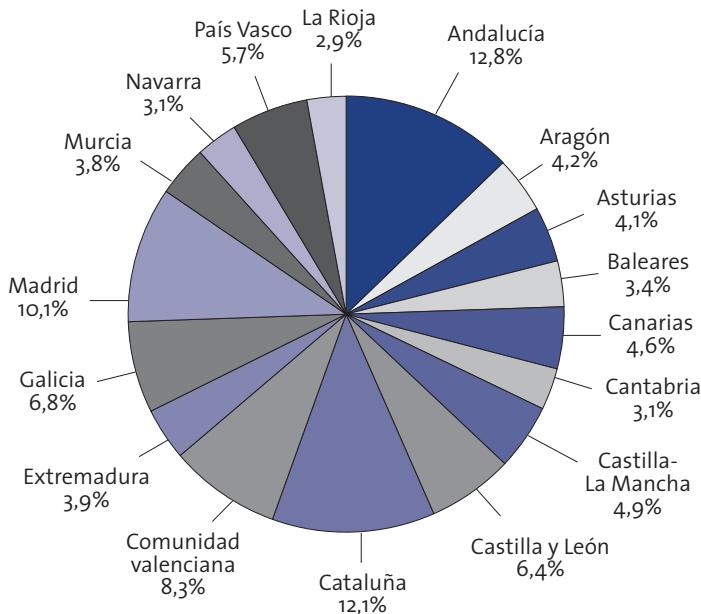


Gráfico 1. Tamaño muestral de la base de datos homogénea por CC.AA.

Como se puede apreciar, la muestra total está compuesta por 56.543 personas, siendo la muestra habitual de cada año unas 6.800 personas, salvo en el año 2001 donde la muestra sólo contiene a 2.257 individuos, debido a que en dicho año se realizó una única ola. Por este motivo, los valores absolutos referidos al año 2001 son un tercio de los de cualquier otro año. Esto implica que la interpretación de los datos para ese ejercicio debe ser cuidadosa, sobre todo si se cruzan más de una variable, ya que el tamaño de la muestra en el 2001 puede hacer que los resultados no sean estadísticamente significativos. (Gráfico 1).

Otro elemento a considerar es la distribución de la muestra por comunidades autónomas. En el gráfico 2 se puede observar la distribución porcentual de la muestra total por CC.AA. Como podemos constatar, sólo Andalucía, Cataluña y Madrid representan el 35% de la muestra. Estas tres comunidades son las únicas que tienen un peso superior al 10%. Entre el 5% y el 10% se encuentran la Comunidad Valenciana, Galicia, Castilla y León y el País Vasco. El resto de comunidades tienen pesos inferiores al 5%, siendo La Rioja la que menos porcentaje supone del total, el 2,9%.

A lo largo del informe se presentarán los resultados tanto a nivel nacional como desagregados por comunidades. Hay que tener en cuenta el error de muestreo para cada comunidad autónoma. Dicho error depende del número de entrevistas llevadas a cabo en cada comunidad. Tal como señala el Centro de Investigaciones Sociológicas^[7] para el barómetro 2004, el conjunto de la muestra es representativo a nivel nacional con un error de muestreo del $\pm 1,21\%$ para un nivel de confianza del 95,5%



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 2. Distribución de la muestra por CC.AA. Serie enlazada 1995-2004.

en el supuesto de muestreo aleatorio simple. Como hemos comentado, las muestras de cada una de las comunidades autónomas suponen errores de muestreo distintos, en función del número de entrevistas realizadas. Como punto de referencia el CIS señala que en submuestras con 200 entrevistas el error de muestreo, para un nivel de confianza del 95,5% en el supuesto de muestreo aleatorio simple, es de $\pm 7\%$; en submuestras de 400 entrevistas es de $\pm 5\%$, y en las de 800 entrevistas es de $\pm 3,53\%$. En la tabla 2 se recoge el número de entrevistas realizadas en cada comunidad en un año tipo, que en este caso es el último disponible, y en la serie enlazada.

A partir de los datos de la tabla podemos afirmar que el tamaño muestral resulta demasiado pequeño para poder desagregar por comunidades autónomas cuando trabajamos con un único año. Sólo en el caso de Andalucía, Cataluña y Madrid el error muestral está en torno al 3,5% para el 95,5% de confianza y sólo para otras cuatro comunidades más (Castilla y León, Comunidad Valenciana, Galicia y el País Vasco) el error muestral no supera el 5% para el mismo intervalo de confianza. En cualquier caso, incluso para estas comunidades el error muestral es, en el mejor de los casos, el triple que el de la muestra nacional, por lo que los datos a nivel autonómico deben ser tomados con cautela. Ésta es precisamente una de las limi-

TABLA 2. Distribución de entrevistas por comunidades autónomas

Comunidad autónoma	2004	Serie enlazada	Porcentaje sobre el 2004	Porcentaje sobre la muestra enlazada
Andalucía	870	7.238	12,7922	12,8009
Aragón	284	2.365	4,1759	4,1827
Asturias (Principado)	276	2.292	4,0582	4,0536
Baleares (Islas)	230	1.913	3,3819	3,3833
Canarias	311	2.588	4,5729	4,5770
Cantabria	208	1.725	3,0584	3,0508
Castilla-La Mancha	332	2.767	4,8816	4,8936
Castilla y León	436	3.623	6,4108	6,4075
Cataluña	823	6.853	12,1012	12,1200
Comunidad Valenciana	560	4.666	8,2341	8,2521
Extremadura	265	2.201	3,8965	3,8926
Galicia	461	3.843	6,7784	6,7966
Madrid (Comunidad de)	690	5.720	10,1456	10,1162
Murcia (Región de)	260	2.159	3,8230	3,8183
Navarra (Comunidad Foral de)	208	1.731	3,0584	3,0614
País Vasco	387	3.198	5,6903	5,6559
Rioja (La)	200	1.661	2,9407	2,9376
TOTAL	6.801	56.543	100,0000	100,0000

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC

taciones que señalaba Rico^[6] en su trabajo de 2004 sobre la desagregación autonómica: “un problema importante de la serie es el tamaño muestral, que resulta demasiado pequeño para poder desagregar por comunidades autónomas. La única excepción son las CC.AA. con más de 5 millones de habitantes (Andalucía, Cataluña y Madrid), donde el error muestral alcanza niveles aceptables (del $\pm 3,5\%$ aproximadamente para el 95,5% de confianza), que aun 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^[5] con los de años anteriores. Considerar la serie temporal en vez del dato aislado constituye una manera de compensar por el mayor error muestral”. Es precisamente esta estrategia la que abordaremos en el último apartado del capítulo tercero, en el que construiremos un modelo para explicar algunas de las preguntas comunes teniendo en cuenta la serie temporal y no el año aislado.

Una vez detallada la muestra por CC.AA., pasamos a describir la misma en función de las principales características de los individuos: grupo de edad (Tabla 3), sexo, situación respecto a la actividad, nivel de ingresos y nivel de estudios.

TABLA 3. Distribución de la muestra por grupo de edad

	16-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90 y más años	Todas las edades
1995	205	940	860	668	607	696	407	101	7	4.491
1996-97	291	1.404	1.344	989	890	1.040	620	196	10	6.784
1998	300	1.371	1.310	1.016	916	986	666	197	15	6.777
1999	276	1.410	1.316	1.030	965	911	669	195	11	6.783
2000	283	1.389	1.318	1.044	930	950	642	211	6	6.773
2001	82	456	431	368	315	296	231	68	10	2.257
2002	249	1.352	1.255	1.108	936	910	703	217	16	6.746
2003	268	1.279	1.325	1.102	975	864	714	243	15	6.785
2004	239	1.308	1.312	1.163	907	862	708	240	20	6.759
Total de grupo	2.193	10.909	10.471	8.488	7.441	7.515	5.360	1.668	110	54.155

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC

En los barómetros sanitarios, la edad se obtiene a través de la pregunta “¿cuantos años cumplió en su último cumpleaños?”, siendo la edad una variable continua o de escala. Para poder cruzar la edad con el resto de variables y obtener tablas comprensibles, decidimos crear una variable de “grupos de edad”, en la que exceptuando al grupo compuesto por los individuos de 16 a 19 años, el resto de grupos se forman a partir de décadas. Como se observa en el gráfico 3, el grupo de edad más representado es el de 20 a 29 años, con el 20,14% de la muestra, seguido por el de 30 a 39 años, con el 19,34%, lo que implica que casi el 50% de la muestra es menor de 40 años.

Si comparamos los datos del gráfico con los que se obtienen del último padrón publicado por el Instituto Nacional de Estadística, observamos que la distribución porcentual por grupo de edad no difiere sustancialmente entre la obtenida en la serie enlazada y la que recoge el padrón 2005. La mayor diferencia se da para el grupo de 60 a 69 años, ya que en la serie enlazada dicho grupo de edad supone el 13,88% del total, mientras que en los datos del padrón de 2005^[8] ese porcentaje es del 10,76%. La segunda diferencia más importante se da en el grupo de mayor edad, de 80 y más años, que en el padrón 2005 representan el 5,09% y en la serie enlazada el 3,28%. A pesar de estas diferencias, podemos decir que, en general, la distribución por grupo de edad de la muestra enlazada es muy similar a la que refleja el padrón 2005 (Gráfico 4).

Si pasamos ahora a la distribución por sexo observamos cómo el 48,36% de la muestra son hombres, mientras que el 51,63% restante son mujeres (Tabla 4). Estos

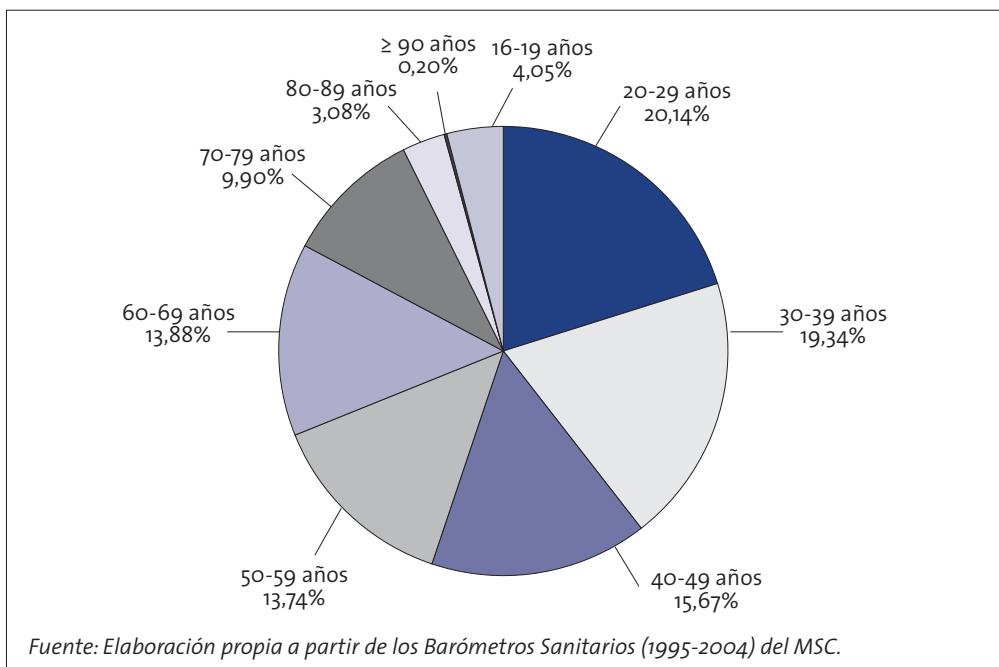


Gráfico 3. Distribución por grupos de edad. Serie enlazada 1995-2004.

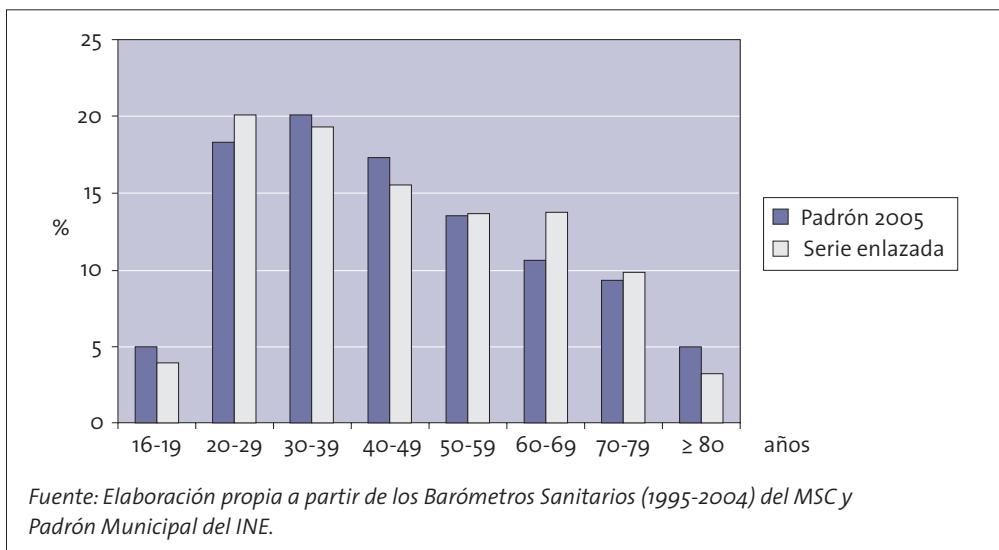


Gráfico 4. Distribución porcentual por grupo de edad: serie enlazada versus padrón 2005.

porcentajes son muy similares a los recogidos en el padrón 2005, donde los varones representan el 49,01% y las mujeres el 50,99%.

TABLA 4. Distribución de la muestra por sexo

Barómetro	Hombre	Mujer	Ambos sexos
1995	3.262	3.494	6.756
1996-97	3.281	3.504	6.785
1998	3.291	3.487	6.778
1999	3.275	3.509	6.784
2000	3.274	3.499	6.773
2001	1.089	1.168	2.257
2002	3.262	3.484	6.746
2003	3.279	3.506	6.785
2004	3.277	3.482	6.759
Total	27.290	29.133	56.423

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC

TABLA 5. Distribución de la muestra por situación respecto a la actividad

	Trabaja	Jubilado o pensionista	Parado	Estudiante	Sus labores	Otra situación	N.C.	Total
1995	2.434	1.453	846	581	1.410	23	5	6.751
1996-97	2.641	1.418	809	518	1.350	40	6	6.781
1998	2.766	1.485	653	517	1.322	28	5	6.776
1999	2.843	1.503	604	528	1.257	46	5	6.785
2000	3.009	1.449	566	520	1.212	11	6	6.773
2001	1.005	496	181	152	413	7	4	2.257
2002	3.077	1.467	612	414	1.149	19	7	6.746
2003	3.083	1.494	526	419	1.178	68	16	6.785
2004	3.206	1.480	472	433	1.096	50	22	6.759
Total	24.064	12.245	5.268	4.081	10.386	292	75	56.413

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC

El siguiente aspecto que vamos a describir es la situación con respecto de la actividad de las personas entrevistadas (Tabla 5). En los barómetros esta pregunta se formula demandando al encuestado que identifique en qué situación se encuentra en el momento de realizar la entrevista. Para poder mantener la serie dentro de las preguntas comunes se ha tenido que agrupar la respuesta de jubilado y pensionista, ya que hasta el 2003 se diferenciaban entre los jubilados que han trabajado antes y los pensionistas que nunca habían trabajado. Sin embargo, en el barómetro de 2004 ambas respuestas se agruparon, motivo por el que hemos tenido que agruparlas en todos los años para que la serie fuera homogénea.

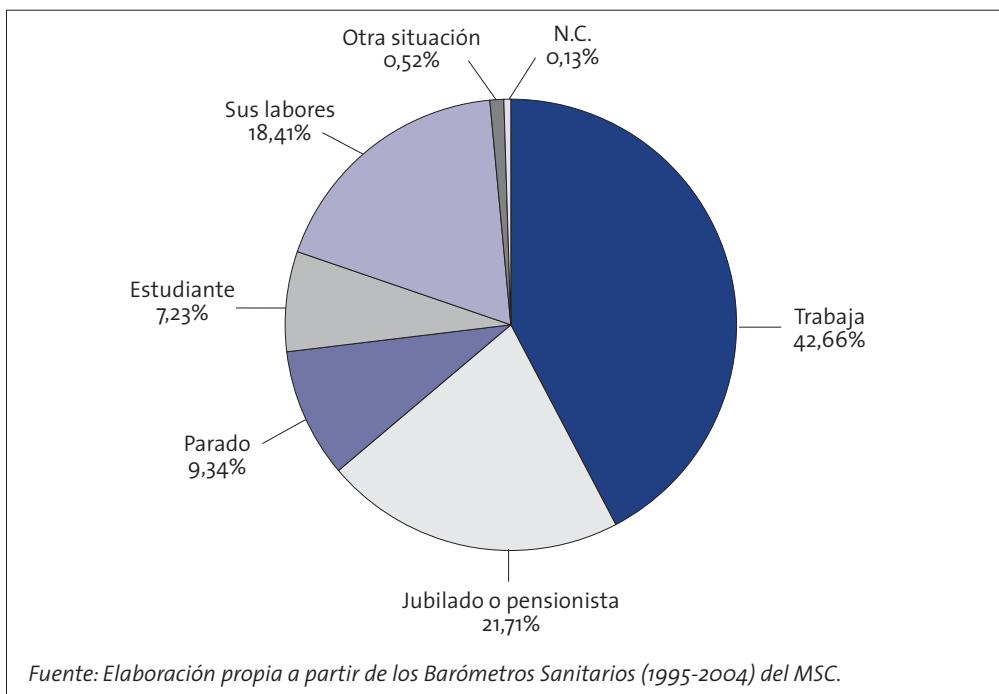


Gráfico 5. Distribución porcentual por situación respecto a la actividad.

Como podemos observar en la serie enlazada tenemos 24.064 encuestados que trabajan, lo que supone el 42,66% del total. El segundo grupo en peso es el de jubilados o pensionistas, que suponen el 21,71% del total, mientras que en tercer término están las personas dedicadas a sus labores con el 18,41%. Estas tres categorías suponen más del 70% de la muestra, situándose el resto en unos porcentajes muy inferiores. Así, los parados representan el 9,34% del total de la muestra, los estudiantes el 7,23% y las personas que se declaran en otra situación implican el 0,52% del total. Sólo el 0,13% de los encuestados no manifiesta al entrevistador cuál es su situación respecto a la actividad. (Gráfico 5).

Un aspecto importante es comparar la distribución de la muestra enlazada, en lo referente a la situación con respecto a la actividad, con los datos de la Encuesta de Población Activa del INE^[9] para ver si son más o menos coincidentes.

En el gráfico 6 podemos apreciar cómo en la muestra de la serie enlazada, y en comparación a los datos de la EPA, los trabajadores están algo menos representados, mientras que los jubilados, parados y las personas que se dedican a sus labores están algo más representadas en la muestra enlazada que en la EPA. Estas diferencias son normales, y se explican en gran medida por la mayor disponibilidad de las personas inactivas a contestar una encuesta respecto a las personas que trabajan.

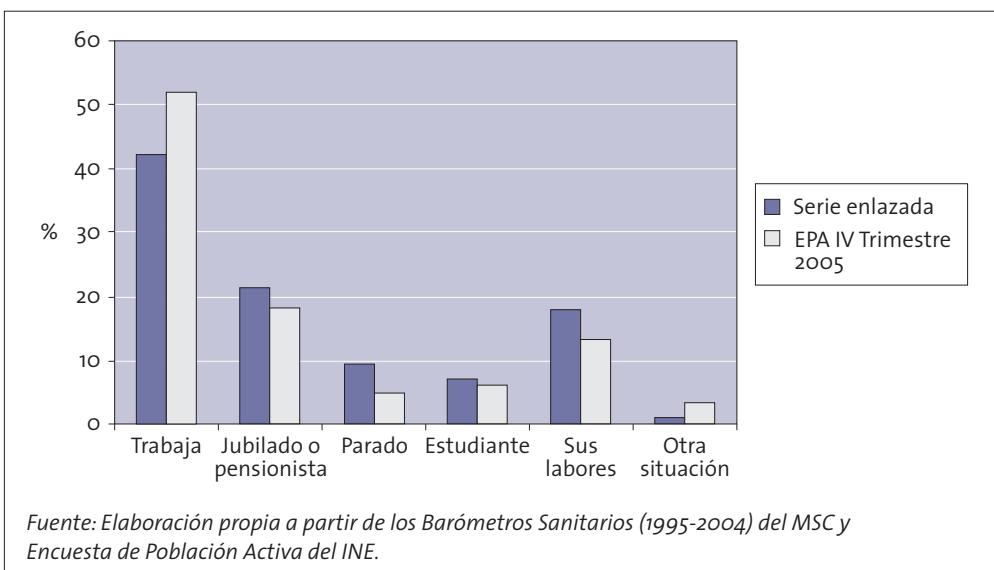


Gráfico 6. Distribución porcentual por situación respecto a la actividad.

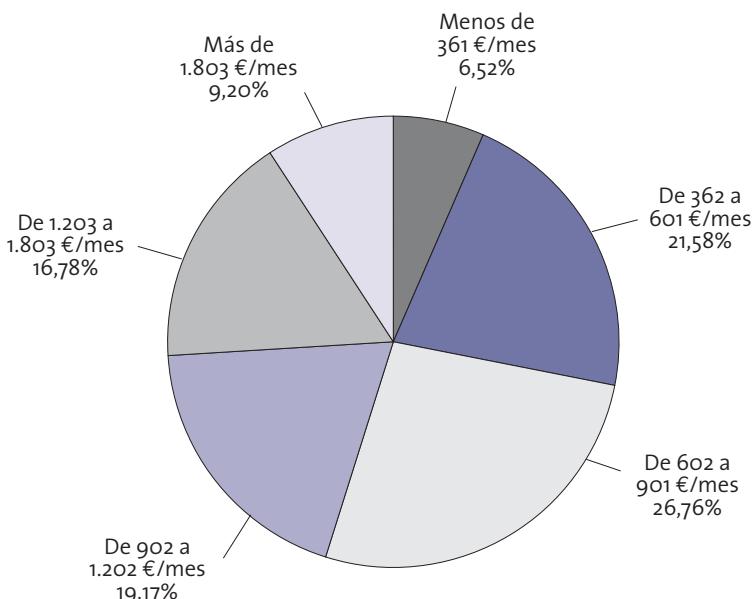
Para terminar el análisis de la muestra vamos a pasar a describir el nivel de ingresos del hogar y el nivel de estudios de los encuestados. En cuanto al primero, podemos observar que el 26,76% de los encuestados que responden a la pregunta del nivel de ingresos se sitúan en el segmento de 600 a 900 euros mensuales, siendo el siguiente grupo más importante el de hogares que obtienen como ingresos mensuales entre 360 y 600 euros mensuales con el 21,58%. En el otro extremo, únicamente el 9,20% declara tener unos ingresos del hogar superiores a los 1.800 euros. Otro aspecto que debemos resaltar es que más del 26% de los entrevistados no contesta o no sabe los ingresos mensuales de su hogar, resulta evidente que las preguntas de ingresos son incómodas para una gran parte de la población que o bien suele contestar a la baja o directamente eluden la respuesta, lo que en gran medida hace que tengamos que utilizar con cautela los resultados de esta pregunta. (Tabla 6, Gráfico 7).

Un aspecto interesante es ver cómo evolucionan los porcentajes con el paso del tiempo. En este sentido apreciamos claramente que los grupos de menores ingresos, los tres primeros, pierden peso a medida que pasamos del barómetro 1995 al 2004, mientras que los siguientes tres lo ganan de forma considerable. Así, en 1995, los tres primeros grupos englobaban al 75% de los encuestados que habían respondido, mientras que en 2004 sólo suponen el 43,44%. Obviamente, aquí influyen dos aspectos: en primer lugar, la ausencia de corrección de la inflación en las cantidades de los grupos de ingresos, motivo por el que muchos hogares se trasladan de escalón sin que esto signifique una mayor renta real disponible; y, en segundo término, la indudable mejora en la situación económica de los hogares españoles en los últimos 10 años.

TABLA 6. Distribución de la muestra por ingresos mensuales totales del hogar

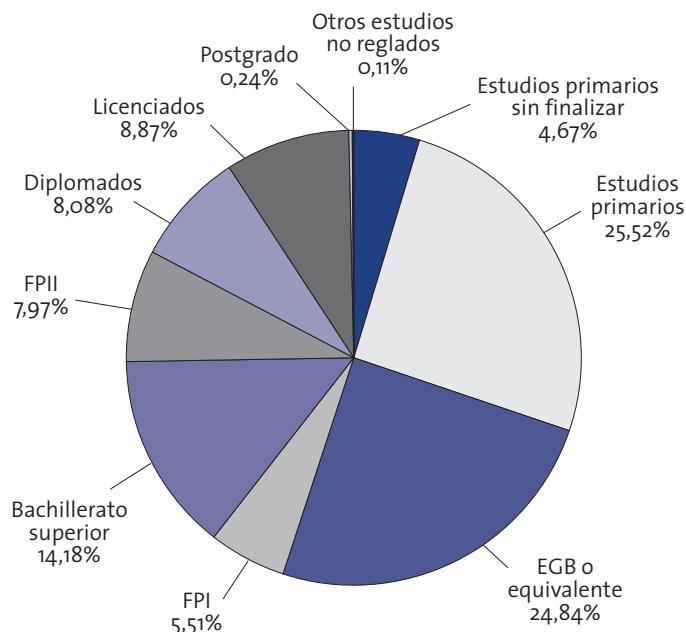
	1995	1996-97	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
Menos de 361 €/mes	674	575	383	341	244	70	141	168	119	2.716
De 362 € a 601 €/mes	1.610	1.410	1.228	1.034	1.011	307	799	776	814	8.989
De 602 € a 901 €/mes	1.642	1.474	1.431	1.341	1.275	391	1.252	1.168	1.174	11.149
De 902 € a 1.202 €/mes	697	860	910	977	1.138	338	1.032	1.004	1.032	7.986
De 1.203 € a 1.803 €/mes	429	547	602	753	802	355	1.143	1.214	1.143	6.989
Más de 1.803 €/mes	216	304	423	475	574	170	482	618	569	3.833
N.C./N.S.	1.473	1.575	1.775	1.838	1.720	627	1.896	1.837	1.907	14.648
Total	6.742	6.746	6.752	6.759	6.765	2.257	6.746	6.785	6.759	56.310

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 7. Distribución porcentual por nivel de ingreso del hogar.



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 8. Distribución porcentual por nivel de estudios.

Para finalizar la descripción de la muestra detallaremos la distribución de la misma por nivel de estudios. En este caso, la pregunta aparece de forma homogénea a partir del año 2001, motivo por el que no disponemos de datos para los años anteriores.

Los datos ponen de manifiesto que casi el 55% de los individuos de la muestra tienen un nivel de estudios igual o inferior al de EGB o equivalentes. Solamente el 17% de la muestra tiene estudios superiores, mientras que los bachilleres representan el 14,18% y las personas con formación profesional de primer y segundo ciclo suponen el 14,5%. (Gráfico 8, Tabla 7).

En resumen, hemos podido comprobar que la muestra, en cuanto a grupos de edad y sexo, es representativa de la población española, aunque en nuestra serie existe un menor número de trabajadores, siendo la población inactiva ligeramente superior a la registrada en el padrón. Un aspecto importante es la evolución positiva en cuanto a los ingresos de los hogares. Destaca igualmente, que más del 50% de la muestra tiene un nivel educativo inferior al FPI.

Una vez descrita la muestra vamos a comentar de forma breve los aspectos metodológicos que hemos llevado a cabo para obtener la serie enlazada.

TABLA 7. Distribución de la muestra por niveles de educación

	2001	2002	2003	2004	Total
Estudios primarios sin finalizar	128	350	255	227	960
Estudios primarios	573	1.604	1.437	1.631	5.245
EGB o equivalente	465	1.507	1.725	1.409	5.106
Formación Profesional 1 y enseñanza					
Técnico Profesional equivalente	95	330	349	360	1.133
Bachillerato superior, B.U.P. y equivalentes	291	835	904	884	2.914
Formación profesional 2 y equivalentes	147	480	479	533	1.639
Estudios universitarios de primer ciclo	180	528	474	478	1.660
Estudios universitarios de segundo ciclo	186	517	520	600	1.823
Postgrado	10	30	10	0	50
Otros estudios no reglados	3	15	4		23
N.C.	2	23	46	74	145
Total	2.079	6.219	6.204	6.195	20.698

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC

2.2 Aspectos metodológicos de la serie enlazada de los barómetros sanitarios 1995-2004

Para la elaboración de la serie enlazada tuvimos que elegir un cuestionario que sirviese de base al resto de los años. Como en el momento de comenzar el estudio los últimos microdatos disponibles eran los del barómetro sanitario de 2003, elegimos dicho año como base. La primera tarea fue estudiar el cuestionario^[10] del año 2003 y ver qué preguntas se mantenían constantes a lo largo de la serie 1995-2004. De esta forma, el cuestionario de 2003 es el que sirve de patrón para comprender las equivalencias entre las preguntas del resto de los años, razón por la que lo reproducimos en el anexo I.

Lo primero que debemos señalar es que la estructura de todos los barómetros sanitarios obedece a un patrón similar:

- Un primer bloque de preguntas sobre la valoración general de la sanidad, del sistema sanitario y de los diferentes servicios, que se mantiene más o menos estable a lo largo de la serie.
- Un bloque central de preguntas en el que se introducen las cuestiones coyunturales y que puede variar no sólo entre años, sino también entre olas.
- Un tercer bloque de preguntas donde se completa la información personal del entrevistado que, al igual que el primer bloque, se mantiene más o menos fijo en todos los barómetros.

TABLA 8. Descripción de los barómetros sanitarios 1995-2004

	Nº de olas	Nº de individuos	Nº de preguntas	Olas iguales	1 ^{er} bloque común	Preguntas de coyuntura	2 ^o bloque común
2004	2	6801	41	Sí	1-15	16-35	36-41
2003	2	6801	44	Sí	1-17	18-36	37-44
2002	3	6801	54	Sí	1-15	16-39	40-54
2001	1	2257	63	Sí	1-16	17-48	49-63
2000	3	6773	53	Sí	1-15	16-42	43-53
1999	3	6786	46	No	1-15	16-35	36-46
1998	3	6778	56	No	1-15	16-45	46-56
1996-97	3	6787	43	No	1-14	15-32	33-43
1995	3	6759	49	No	1-20	21-38	39-49

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC

En la tabla 8 se detallan las principales características de los cuestionarios de los barómetros. El primer hecho relevante es que, con la excepción del año 2001, donde se realizó una ola, el tamaño muestral es muy estable. La única diferencia a destacar es que a partir del año 2003 en lugar de 3 olas, de 2.267 personas cada una, se realizan 2, cuyo tamaño es de 3.400 personas. Uno de los aspectos más heterogéneos de los barómetros es en el número de preguntas de los cuestionarios, ya que este último oscila entre un mínimo de 41, en el año 2004, y un máximo de 63 preguntas, en el año 2001, sin que exista un patrón definido.

Uno de los aspectos que más ha dificultado la construcción de la base de datos ha sido la diferencia entre las olas de un mismo año. Desde 1995 hasta el año 1999 las olas de los barómetros no coincidían, ya que las preguntas de coyuntura eran distintas en cada una de ellas. Este hecho implica que a la hora de agregar el barómetro para obtener la base de datos anual, dichas preguntas no se podían fundir al ser diferentes entre sí. Este aspecto complicó en gran medida el proceso de homogeneización de las preguntas comunes, haciendo que se tuviese que trabajar con tres bloques de preguntas de coyuntura para cada uno de los años en los que esto sucedía.

Del mismo modo, otro elemento de heterogeneidad es el número de preguntas que conforma cada bloque en cada uno de los años, tal como se recoge en la tabla 9.

Estas variaciones han provocado una reducción en el número máximo de preguntas comunes que podríamos obtener, es decir, en el primer bloque el número máximo de preguntas comunes sería 14 y en el segundo 6, lo que hace que si en todos los años esas preguntas fuesen iguales, tendríamos un máximo de 20 preguntas comunes en todas las olas. Por desgracia, ese cálculo ideal no se dio en la práctica, ya que no todas las preguntas del primer bloque y el segundo coincidían. Después

TABLA 9. Número de preguntas por tipo en los barómetros sanitarios 1995-2004

	1 ^{er} bloque común	Preguntas de coyuntura	2 ^o bloque común
2004	15	20	6
2003	17	19	8
2002	15	24	15
2001	16	32	15
2000	15	27	11
1999	15	20	11
1998	15	30	11
1996-97	14	18	11
1995	20	18	11

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC

TABLA 10. Número de preguntas comunes sin modificación en los barómetros sanitarios 1995-2004

Nº de pregunta en el cuestionario 2003	Enunciado de la pregunta en el cuestionario de 2003
Pregunta 2	Vamos a centrarnos ahora en el tema de la sanidad. De las siguientes afirmaciones que aparecen en esta tarjeta, ¿cuál expresa mejor su opinión sobre el Sistema Sanitario en nuestro país?
Pregunta 7	Si Ud. o algún miembro de su hogar tuvieran que utilizar un servicio sanitario y pudieran elegir, ¿a qué tipo de centro acudirían, normalmente público o privado, cuando se trata de...?
Pregunta 37	Sexo:
Pregunta 38	¿Cuántos años cumplió Ud. en su último cumpleaños?

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC

de analizar todos los cuestionarios² y cada una de las preguntas, se estableció que sólo existían 13 preguntas comunes en toda la serie de los barómetros, de las cuales únicamente 4 no requerían ningún proceso de recodificación para ser consideradas homogéneas. En la tabla 10 se presentan su número y enunciado a partir del cuestionario de 2003.

²Quisiéramos agradecer el trabajo realizado por todo el equipo de proceso de datos en la elaboración de las correspondencias de los cuestionarios, especialmente a Isaac Aranda e Ignacio García Aranda que han sido los encargados de llevar a cabo dicha labor con entusiasmo y dedicación.

Así pues, las nueve preguntas restantes han tenido que sufrir algún tipo de recodificación o agrupación de respuestas para poder considerarlas homogéneas. En la tabla 11 detallamos el número de pregunta del cuestionario del año 2003, así como su enunciado y el tipo de manipulación realizada para que la variable fuese común. En muchos casos la codificación de las respuestas está cambiada o bien se añadían alternativas que en otro año estaban agrupadas en sólo una, o bien las escalas de respuesta no eran exactamente las mismas.

Por tanto, de un máximo de 20 preguntas se han mantenido 13, lo que supone un 65%. Estas preguntas llevan incorporado el prefijo “bc”, para indicar que se trata de preguntas comunes y acompañado por el número de las mismas.

Una vez terminado este trabajo, quedan por realizar las correspondencias de las preguntas de los bloques primero y segundo, es decir, los de carácter estructural. Nos encontramos con las preguntas que no son idénticas en todos los años o bien no están presentes en todos ellos. Por tanto, se trata de identificar los años en los que están incluidas y comprobar las equivalencias. De esta forma, tenemos variables que no son comunes a todos los años, pero pueden serlo a uno o más. En la base de datos estas preguntas se identifican con el prefijo “bnc” que indica que son preguntas no comunes de los bloques primero y segundo de los barómetros. Además, las variables pueden llevar un sufijo que señala el año en el que aparece por primera vez dicha pregunta. A modo de ejemplo, la pregunta bnc10a2002, sería una pregunta no común del primer bloque, que aparece por primera vez en el año 2002 y que puede estar presente en los años 2002 y anteriores. De este modo, cuanto menor sea el año que acompaña al nombre de la variable menos son las probabilidades de contar con una serie temporal de las mismas. El número de variables de este tipo asciende a 111, circunstancia que hace que no podamos reproducirlas aquí, ya que sería demasiado tedioso. Para el lector interesado baste recordar que todas las variables están disponibles en la web de las fundaciones anteriormente citadas.

Una vez establecidas las correspondencias entre las variables de los bloques primero y segundo, y habiendo separado las preguntas comunes a todos los años y las preguntas no comunes, queda por analizar las preguntas coyunturales. Estas preguntas son las que están situadas en el bloque intermedio de cada uno de los barómetros y obedecen a temas de interés para el Ministerio de Sanidad y Consumo en cada momento. Hasta el año 1999 estas preguntas solían variar en cada ola, mientras que a partir del 2000 se mantienen constantes a lo largo de todas las olas de cada barómetro. En este caso su interés es doble: en primer lugar nos informan de los aspectos que más han interesado a los principales responsables del Ministerio de Sanidad y Consumo y, en segundo término, nos permiten conocer las diferentes respuestas de los ciudadanos ante esas mismas preguntas en distintas etapas del tiempo.

TABLA 11. Número de preguntas comunes con alguna modificación en los barómetros sanitarios 1995-2004

Nº de pregunta	Enunciado de la pregunta	Tipo de modificación realizada
Pregunta 1	Para empezar, ¿podría decirme cuál de las siguientes áreas es la que considera Ud. de mayor interés para los ciudadanos?	Recodificar respuestas
Pregunta 5	Por favor, ¿podría decirme si es Ud. titular/beneficiario de alguna/s de las modalidades de seguro sanitario (público o privado) que aparecen en esta tarjeta?	Seleccionar alternativas comunes
Pregunta 10	Por su experiencia personal o por la idea que Ud. tenga, quisiera que valorase los siguientes aspectos de la asistencia sanitaria pública, referidos a la atención que se presta en las consultas de medicina general y pediatría. Utilice para ello una escala de 1 a 10, en la que el 1 significa que lo valora "totalmente insatisfactorio" y el 10 que lo valora "totalmente satisfactorio".	Cambios de orden y de escala en las respuestas
Pregunta 13	A continuación, y con independencia de que Ud. utilice o no las consultas de especialistas de la sanidad pública, quisiera que valorase los siguientes aspectos referentes a la asistencia especializada. Utilice de nuevo una escala de 1 a 10, en la que el 1 significa que lo valora "totalmente insatisfactorio" y el 10 que lo valora "totalmente satisfactorio".	Cambios de orden y de escala en las respuestas
Pregunta 14	Durante el último año, ¿Ud. o alguien que viva con Ud. ha estado ingresado en un hospital público o privado?	Seleccionar alternativas comunes
Pregunta 15	En cuanto a la asistencia que se presta en los hospitales públicos, quisiera que valorase, por su experiencia o la idea que Ud. tenga, los siguientes aspectos utilizando la misma escala de 1 a 10, en la que el 1 significa que lo valora "totalmente insatisfactorio" y el 10 que lo valora "totalmente satisfactorio".	Seleccionar alternativas comunes
Pregunta 17	Le voy a leer a continuación diferentes tipos de información que facilitan los servicios sanitarios públicos, ¿podría valorar cada uno de ellos utilizando una escala de 1 a 10, en la que 1 significa que "no facilita ninguna información" y el 10 que "facilita mucha información"?	Agrupación de respuestas
Pregunta 42	¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra Ud. actualmente?	Cambios de orden y agrupación de respuestas
Pregunta 43	¿Cuál es el total de ingresos que por todos los conceptos entran en su hogar mensualmente? Fíjese que no le pregunto por la cantidad exacta, sino que me diga la letra que corresponde al trato de la escala en el que están comprendidos.	Cambios de orden y agrupación de respuestas

Fuente: *Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC*

El primer hecho a destacar es el alto número de preguntas de carácter coyuntural, ya que alcanzan en total 664 (Tabla 12). Este dato pone de manifiesto que en

TABLA 12. Distribución por temas de las preguntas de coyuntura en los barómetros sanitarios 1995-2004

	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997-96	1995	Nº total de preguntas
Listas de espera	X	X	X	X	X		X	X	X	20
Medicamentos y política farmacéutica	X	X	X	X		X				134
Envejecimiento, dependencia y mayores				X	X	X		X		64
Sistema Nacional de Salud	X	X	X	X	X	X	X	X	X	172
Estilos de vida		X				X	X	X		136
Transferencias a las CC.AA.	X	X	X							4
Morbilidad y salud pública	X						X	X	X	79
Género							X			29
Consumo								X		26
Total										664

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

muchos casos tendremos preguntas que únicamente aparecen en una ola de los barómetros y que no se repiten a lo largo de la serie. Una vez analizados los cuestionarios hemos decidido agrupar estas preguntas en 9 grandes categorías:

- *Listas de espera*: esta categoría agrupa las preguntas que tienen como objetivo conocer la opinión de los usuarios sobre las listas de espera existentes en la sanidad pública.
- *Medicamentos y política farmacéutica*: este bloque de preguntas engloba todo lo relacionado con los medicamentos, abarcando desde aspectos como su utilización, pautas de consumo, información, precios, la política de innovación de los laboratorios, etc. Del mismo modo se incluyen también las preguntas relacionadas con la política farmacéutica y las reformas llevadas a cabo en este área por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo, tales como los genéricos o los precios de referencia.
- *Envejecimiento, dependencia y mayores*: esta rúbrica concentra toda la información referente a las personas mayores y su utilización del Sistema Nacional de Salud, así como los aspectos sociosanitarios relacionados con la dependencia y el envejecimiento de la población.

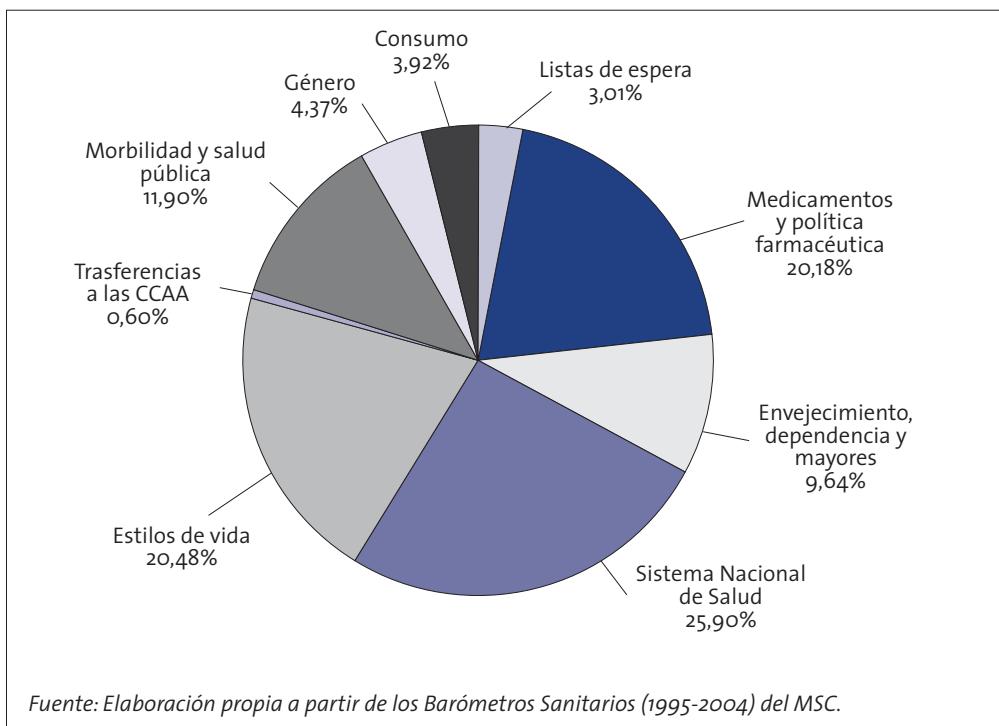


Gráfico 9. Distribución porcentual por temas de las preguntas coyunturales.

- *Sistema Nacional de Salud*: preguntas que pertenecen al bloque de coyuntura y que inciden en temas relacionados con diversos aspectos del Sistema Nacional de Salud: financiación, gasto sanitario, organización, mejora de la eficiencia, etc.
- *Estilos de vida*: aquí hemos agrupado todas las preguntas relacionadas con los hábitos y estilos de vida de la población tales como el consumo de tabaco o alcohol, los hábitos alimenticios, la práctica del deporte, etc.
- *Transferencias a las CC.AA.*: preguntas específicas sobre el proceso de transferencias sanitarias de la Administración Central a las autonomías.
- *Morbilidad y salud pública*: bloque que agrupa todas las preguntas relacionadas con enfermedades específicas como el cáncer o el VIH/SIDA, junto a las preguntas relacionadas con la salud pública.
- *Género*: grupo de preguntas que incorporan la perspectiva de género.
- *Consumo*: aspectos relacionados con la otra competencia del Ministerio de Sanidad como es el consumo.

De los datos recogidos podemos comprobar que los temas relacionados con el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, (25,90% del total), las preguntas referentes a los estilos de vida (20,48%) y los medicamentos y la política farmacéutica (20,18%), son las tres categorías que mayor número de preguntas abarcan (Gráfico 9).

Otro indicador que nos podría servir para determinar la importancia relativa que cada una de las categorías tiene para el MSC puede ser el número de años en los que aparece cada tema. En este sentido, las preguntas relacionadas con el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y las específicas de las listas de espera son las que más se repiten: las primeras en todos los años y las segundas en todos salvo en 1999.

Al igual que en el caso de las preguntas no comunes descritas anteriormente, aquí se ha intentado averiguar la existencia de correspondencias entre las preguntas de coyuntura de los distintos años, lo que ha permitido identificar que, aunque eran del bloque intermedio, sí se han repetido en su formulación a lo largo de ejercicios diferentes.

Una vez finalizada la descripción de los aspectos metodológicos, en el apartado siguiente vamos a comenzar por describir la evolución de las preguntas comunes y no comunes de los bloques primero y segundo.

3.1 La Sanidad y el Sistema Sanitario

Forma parte del acervo común de conocimientos de casi todas las sociedades, la idea de que la salud constituye el fundamento cardinal del bienestar del ser humano. Este hecho, llevado al ámbito de la gestión pública respecto a las funciones y actividades que deben ejercer los responsables políticos y las Administraciones, supone colocar la Sanidad (y la salud pública a la que sirve) como la máxima prioridad de las funciones asumidas por el Estado y su Administración. Ello se refleja en los múltiples estudios y encuestas que sitúan la Sanidad como uno de los asuntos de mayor interés para los ciudadanos.

Las sucesivas ediciones de los BS también lo ponen de manifiesto: la Sanidad es el asunto público de mayor importancia para al menos un tercio de la población, muy por delante de la Educación y la Vivienda, que le siguen en cuanto a importancia para los ciudadanos. Los datos comparados de los diferentes BS muestran una gran estabilidad en cuanto a las prioridades de los ciudadanos. Tan sólo la vivienda ha sufrido un importante avance en cuanto a la consideración de su importancia, ya que prácticamente ha duplicado su peso en el interés de los ciudadanos, pasando de un 10,1% en 1995 a un 19,1% en 2004, hecho que discurre paralelo a un incremento del precio medio del metro cuadrado de vivienda del 150% para el mismo período de tiempo. (Tabla 13).

Esta circunstancia suscita dos consideraciones de cierto valor para el asunto que nos ocupa: la primera de ellas es que el mayor interés de la población en una materia no es sólo una medida de la importancia vital que para los ciudadanos tiene tal asunto, sino también un indicador de la situación, mejor o peor, por la que atraviesa dicho tema. Es decir, no hay razón para pensar que la vivienda es ahora una cuestión de mayor importancia para los ciudadanos que hace diez años, pero sí la hay para pensar que hoy están mucho más preocupados por ello de lo que lo estaban hace una década.

El aire que respiramos tiene una importancia vital para todos los seres humanos, pero sólo lo veremos reflejado en las encuestas cuando se lo preguntemos a los ciu-

TABLA 13. Asuntos o materias de mayor interés para los ciudadanos

	1995	1996-97	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Defensa	1,7%	0,8%	1,4%	1,3%	1,2%	0,4%	1,2%	0,9%	1,1%
Educación	22,4%	23,0%	24,0%	24,3%	24,2%	24,2%	22,8%	20,8%	21,8%
Sanidad	37,7%	34,5%	34,4%	33,8%	33,7%	36,8%	32,5%	31,9%	33,1%
Vivienda	10,1%	10,9%	11,9%	12,7%	12,1%	9,9%	14,1%	18,9%	19,1%
Pensiones	12,6%	17,5%	15,3%	15,0%	14,9%	13,9%	12,6%	11,8%	11,1%
Transportes	0,5%	0,5%	0,5%	0,6%	0,8%	0,7%	0,4%	0,8%	0,6%
Seguridad ciudadana	15,2%	12,9%	12,5%	12,3%	13,1%	14,1%	16,3%	14,9%	13,1%
Todos	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

dadanos y eso ocurrirá, probablemente, un poco después de que empecemos a respirar peor. En tal sentido, no puede, por ejemplo, eludirse el notable olvido que los cuestionarios de los BS hacen de la Justicia, en tanto que este ámbito de la vida y de la actividad pública ha demostrado ser, en muchos estudios, una de las materias públicas de mayor interés y preocupación para los ciudadanos.

Desde tal perspectiva, un mayor interés no dice sólo de la importancia del asunto, sino también de su mayor o menor necesidad de arreglo o mejora. Ello nos lleva a una posible interpretación dual de los cambios percibidos en torno a la importancia de la Sanidad. En los diez años estudiados, la Sanidad pasó de ser el asunto más importante para el 37,7% de los ciudadanos a serlo sólo para el 33,1%. Esta pérdida de peso de la Sanidad en la cesta de los intereses es, por expresarlo de alguna forma, paralelo al incremento de interés que cobra la Vivienda en el mismo período.

Esta disminución del interés relativo de los ciudadanos en la Sanidad podría interpretarse como un indicador de mejora del sistema sanitario: su situación ha mejorado y, por tal motivo, preocupa menos a los ciudadanos, estando más satisfechos con los servicios recibidos. De hecho, y sin que resulte una prueba concluyente, los asturianos son los españoles que mejor valoran su sistema sanitario y, paralelamente, los que menor interés manifiestan frente a la Sanidad. (Tabla 14).

Sin embargo, en el otro extremo, encontramos a comunidades como Navarra en la que el alto interés colectivo por la Sanidad se encuentra unido a una valoración positiva del sistema sanitario. Así pues, la opinión de los ciudadanos no permite la plena complacencia con el actual estado de nuestra Sanidad porque el porcentaje de individuos que en 2004 opinan que el SNS funciona bastante bien es prácticamente el mismo que diez años atrás: uno de cada cinco (20%). Sí es, por el contra-

TABLA 14. Asuntos o materias de mayor interés para los ciudadanos, según CC.AA. (2004)

Comunidad	Sanidad	Vivienda	Educa- ción	Pensio- nes	Segur. ciuda- diana	Defensa	Trans- portes	N.S.	N.C.
Asturias	13,27	27,64	23,92	27,25	3,81	1,11	0,37	2,26	0,37
Cataluña	25,27	21,02	19,08	13,85	15,67	0,85	1,46	2,55	0,24
Cantabria	28,85	25,00	21,63	8,17	11,06	1,92	0,48	2,40	0,48
Rioja (La)	29,72	10,53	13,05	14,05	9,52	1,01	0,50	21,62	0,00
Madrid	29,81	23,50	18,06	5,72	16,88	1,47	0,15	3,38	1,03
Andalucía	30,04	13,92	23,71	10,70	11,74	1,50	0,23	8,06	0,12
Canarias	30,43	21,68	18,44	8,42	14,88	0,97	0,97	3,88	0,32
Aragón	30,98	14,09	30,98	9,15	10,92	0,70	0,00	2,82	0,35
País Vasco	31,08	25,13	22,54	6,48	5,18	0,26	0,26	8,81	0,26
Baleares	32,04	18,63	22,90	9,09	9,99	1,29	0,87	4,76	0,44
Murcia	32,54	18,62	15,13	11,24	15,86	1,94	0,00	4,28	0,38
Castilla- La Mancha	33,53	12,10	12,08	12,68	16,31	0,60	0,61	10,88	1,21
Galicia	35,37	16,60	21,19	12,00	9,39	0,87	0,87	2,61	1,09
Comunidad Valenciana	37,20	13,95	22,54	9,31	12,35	1,08	0,72	2,32	0,54
Castilla y León	39,97	12,57	18,62	10,48	9,28	0,70	0,70	7,22	0,47
Navarra	40,19	19,59	22,57	6,36	8,33	0,50	0,49	1,98	0,00
Extremadura	44,90	13,21	21,89	7,16	8,68	1,51	0,38	2,27	0,00

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

rio, un presumible indicador de mejora el hecho de que los *revolucionarios*, que opinan que el SNS se encuentra tan mal que debe rehacerse, han reducido su peso a la mitad representando tan sólo el 5,1% de los encuestados que valoran el sistema sanitario.

Con los datos evaluados podemos afirmar que el sistema sanitario funciona bien, pero necesita cambios. Esta idea viene siendo la dominante, pero se acrecienta y consolida año a año. Casi la mitad de los encuestados que responden a esta pregunta son de esta opinión, situándose en 2004 en el 47,5%. Si a este grupo le sumamos el de los españoles que creen que el sistema sanitario requiere cambios fundamentales (27,4% en 2004 y bastante estabilizado en toda la década), queda poco espacio para el inmovilismo en materia de Sanidad, ya que son tres de cada cuatro ciudadanos los que consideran que precisa algún tipo de reforma. (Tabla 15).

Aunque la cuantificación, mediante respuesta de escala, del nivel medio de satisfacción respecto al funcionamiento del sistema sanitario sólo es posible apreciarla

TABLA 15. Opinión respecto a la necesidad de cambio en el Sistema Sanitario (SS) español

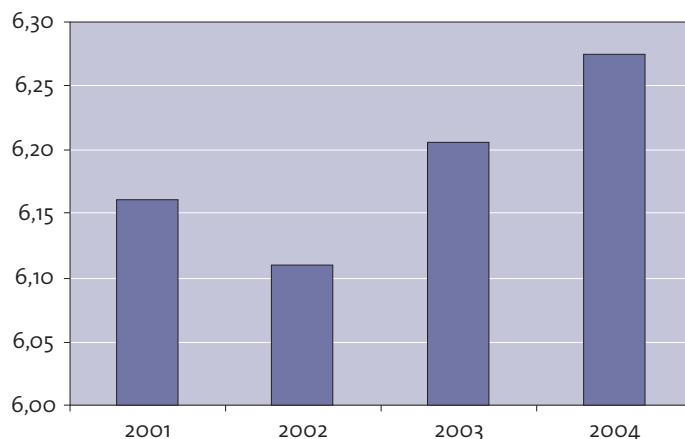
	1995	1996-97	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
En general, el SS funciona bastante bien	20,3%	20,8%	20,1%	22,1%	21,6%	22,3%	18,6%	18,8%	20,0%
El SS funciona bien, pero necesita cambios	41,1%	42,0%	43,7%	45,3%	46,1%	45,3%	48,2%	48,2%	47,5%
El SS necesita cambios fundamentales	28,8%	29,5%	28,8%	25,7%	25,9%	26,8%	27,6%	27,3%	27,4%
El SS está tan mal que necesitamos rehacerlo	9,9%	7,6%	7,4%	6,8%	6,5%	5,6%	5,6%	5,7%	5,1%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

en los últimos cuatro años de los BS, puede percibirse en ellos una tendencia, ciertamente leve, hacia una mejor valoración del mismo, pasando de un 6,1 en 2002 a un 6,27 en 2004, datos que aun teniendo una lectura positiva no son, desde luego, reveladores de una gran mejora en los niveles medios de satisfacción. Esta mejor valoración ha mejorado más en las personas mayores de 50 años, lo que si bien es un hecho positivo por cuanto son éstas las mayores usuarias del sistema, el optimismo del dato queda atemperado por el hecho de que su valoración (la de los mayores) es, en toda circunstancia, más elevada o generosa que la de las personas más jóvenes, más proclives a una mayor exigencia. (Gráfico 10).

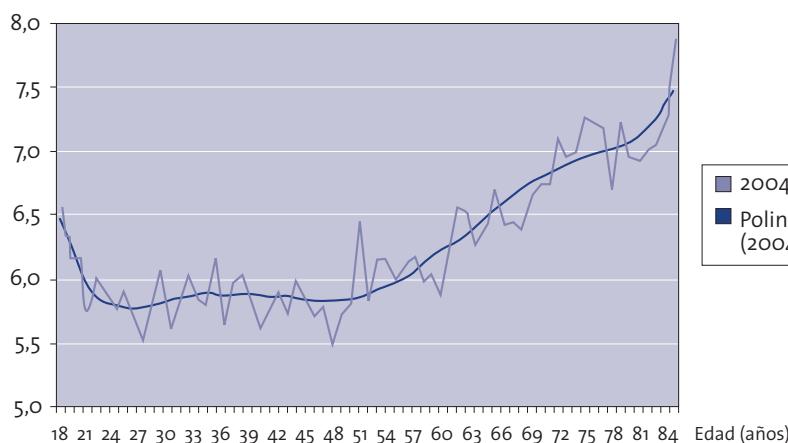
El envejecimiento demográfico y el correlativo mayor uso de servicios sanitarios inducen, por sí mismos, una mejor valoración del sistema sanitario al haber más personas de edades avanzadas, con una mayor utilización de servicios de salud, valorando el sistema sanitario. En tal sentido, debe recordarse, sin que ello suponga desmerecer las bondades de sus respectivos servicios sanitarios, que las comunidades con mejores valoraciones del sistema sanitario (Asturias, Navarra, País Vasco, Rioja...), corresponden a algunas de las regiones más envejecidas de España. El coeficiente de correlación entre el uso de servicios sanitarios³ y la valoración del mismo es muy elevado (Cf. Pearson = 0,33, en 2002) (Gráfico 11).

³Medido por el número de veces que el encuestado ha acudido a un médico de medicina general y/o pediatra de la sanidad pública o privada por un problema suyo o de algún miembro de su hogar, durante el último año.



Fuente: *Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.*

Gráfico 10. Valoración de escala (1 a 10) de la satisfacción que manifiestan los ciudadanos acerca del funcionamiento del SNS.



Fuente: *Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.*

Gráfico 11. Valoración del SNS (1 a 10) por edad (2004).

Navarra, Asturias y el País Vasco vienen siendo en el último lustro las comunidades en las que los ciudadanos manifiestan una mejor valoración respecto al funcionamiento de su sistema sanitario. No obstante, las comunidades que más han mejorado en esta valoración, en el último trienio analizado, fueron las de Murcia,

TABLA 16. Valoración del sistema sanitario español según comunidad autónoma (2003-2004)

Comunidad autónoma	2002	2003	2004	Incr. medio interanual% 2002-2004
Asturias (Principado de)	7,28	7,11	7,40	-0,37
Navarra (Comunidad Foral de)	6,97	7,19	7,20	3,18
País Vasco	6,82	7,15	6,80	2,45
Rioja (La)	6,58	6,48	6,76	0,57
Castilla-La Mancha	6,14	6,21	6,62	4,48
Murcia (Región de)	5,74	6,34	6,31	10,21
Cantabria	6,20	5,92	6,30	-1,28
Aragón	6,40	6,51	6,23	-0,42
Extremadura	5,68	5,90	6,16	6,06
Castilla y León	6,13	6,38	6,15	2,29
Cataluña	5,93	5,81	6,09	0,39
Comunidad Valenciana	6,15	6,27	6,06	0,38
Baleares (Islas)	5,98	5,79	6,05	-0,87
Andalucía	5,52	5,81	5,98	6,69
Madrid (Comunidad de)	5,79	5,81	5,92	1,30
Canarias	5,44	5,34	5,60	0,59
Galicia	5,40	5,62	5,41	2,26

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Andalucía y Extremadura, si bien, tanto Navarra como el País Vasco obtuvieron en dicho periodo mejoras en la puntuación de sus sistemas sanitarios superiores a la media de las CC.AA. Con las valoraciones más críticas se sitúan las comunidades de Andalucía, Madrid, Canarias y Galicia. (Tabla 16).

La situación de las personas en cuanto a la actividad desarrollada también está vinculada a una mejor o peor valoración del sistema sanitario. Los desempleados tienen la peor valoración del funcionamiento de la Sanidad, circunstancia que parece relacionada con la propia psicología del desplazamiento y la exclusión social y también con la edad media de los desempleados, ya que si bien éstos suelen tener peor salud que los ocupados, siendo, por tanto, mayores usuarios de la sanidad, esta circunstancia no parece ser la causa de que sean más críticos con el sistema sanitario. (Gráfico 12).

Acaso una prueba de la falta de nexo causal entre el mayor uso de servicios sanitarios y la peor valoración sea la que manifiestan tanto los jubilados y pensionistas, como las personas dedicadas a sus labores, grupos con un elevado uso de servicios sanitarios y sin embargo con las mejores valoraciones respecto al funcionamiento

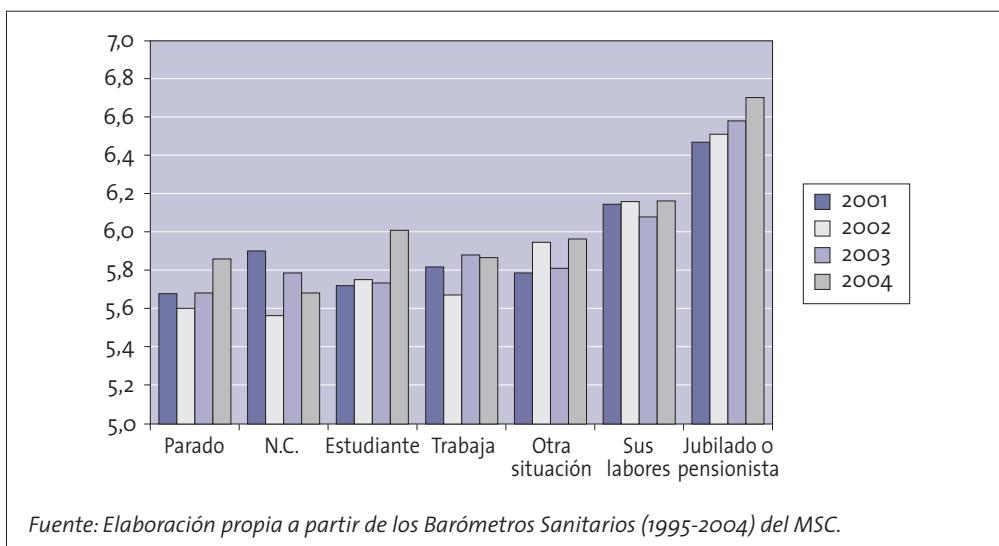
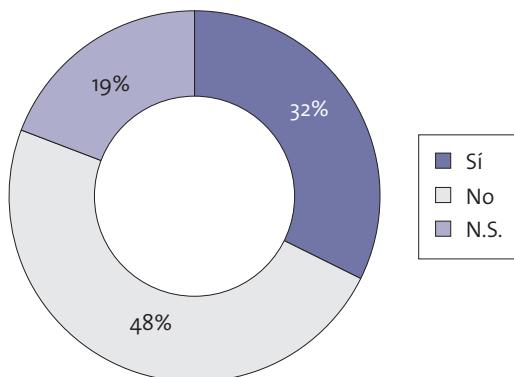


Gráfico 12. Valoración del SNS (1 a 10) según situación (2001-2004).

de la Sanidad. La edad parece ejercer un papel catalizador de las críticas al sistema sanitario: la edad media de los jubilados supera, como es lógico, los 66 años, la del grupo dedicado a sus labores se acerca a los 50, mientras que la media de los desempleados está en 31 años.

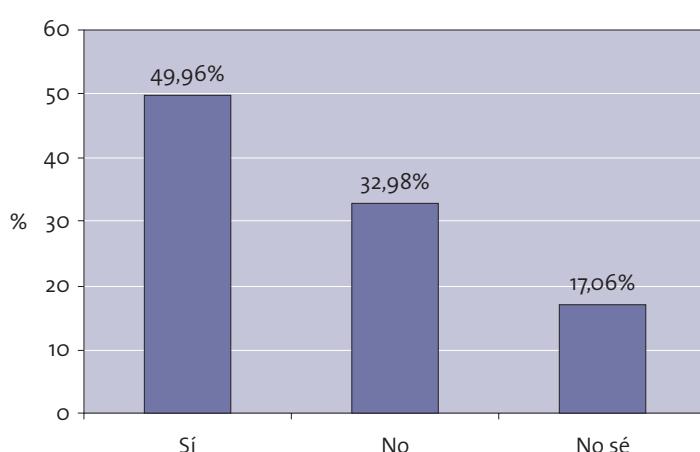
La participación de los pacientes y ciudadanos es acaso una de las asignaturas pendientes del sistema sanitario. Los ciudadanos manifiestan más esta carencia en la medida en que creen tener ideas o soluciones a lo que pueden percibir como insuficiencias o problemas de la asistencia sanitaria que reciben. Según los datos del BS 2003, casi la mitad de los españoles (48%) opina que no existen suficientes vías para que los ciudadanos expresen sus puntos de vista respecto al sistema sanitario (Gráfico 13). Un porcentaje algo superior, (49,96%) manifiesta disposición a expresar su opinión sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios (Gráfico 14).

Efectivamente, como antes se apuntaba, existe una elevada correlación entre la consideración de que existen pocos cauces de expresión para que los ciudadanos emitan su juicio sobre el sistema sanitario, la disposición a expresar la opinión al respecto y una baja valoración respecto al funcionamiento del mismo. Dicho de otro modo, los más críticos respecto al sistema sanitario son también los más dispuestos a participar en su mejora; por el contrario, quienes se muestran más reacios a dicha participación y creen que existen cauces de expresión suficientes, son más proclives a valorar positivamente el funcionamiento del sistema sanitario. (Gráficos 15 y 16).



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 13. Porcentaje de usuarios que consideran que existen, o no, suficientes vías para que los ciudadanos opinen sobre el SNS (2003).

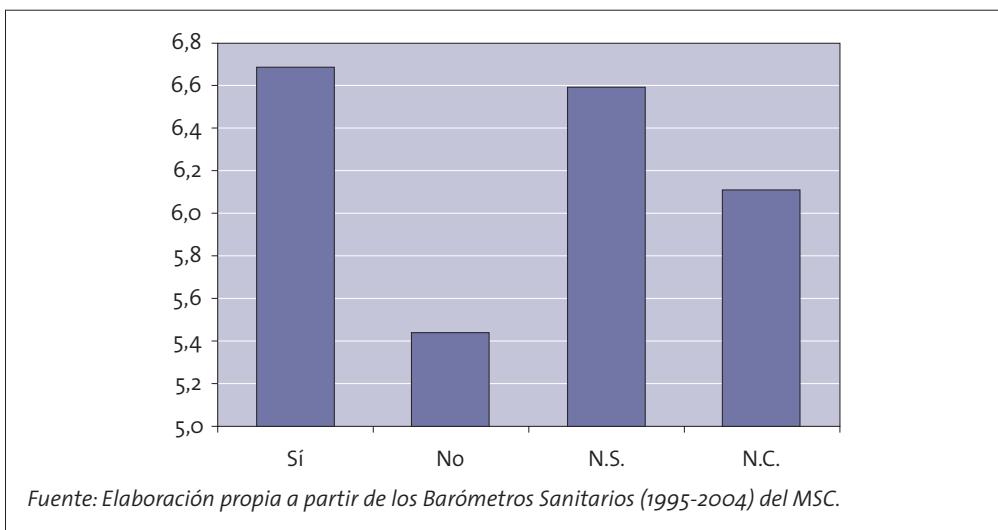


Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 14. Porcentaje de ciudadanos interesados en participar en reuniones (2003).

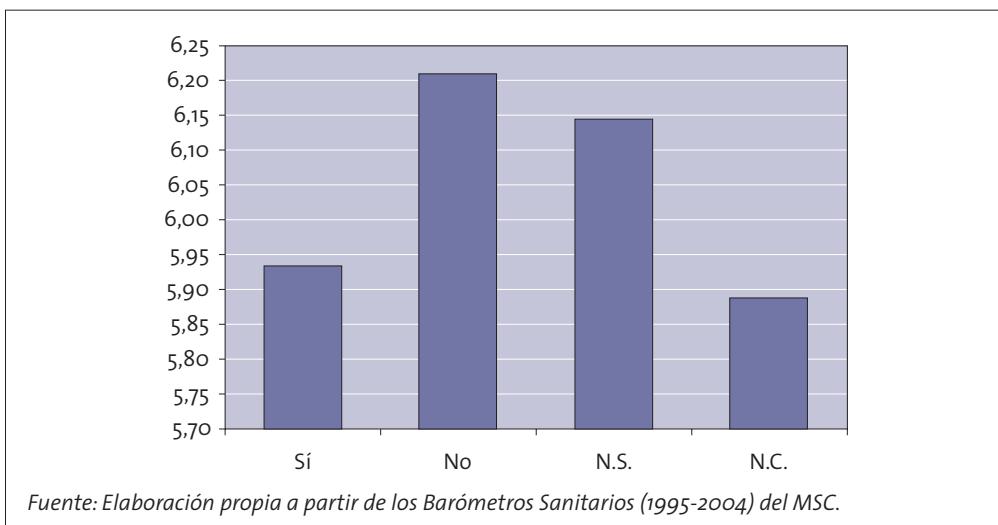
3.2 La cobertura sanitaria pública y privada

El contraste entre lo público y lo privado es un tema de carácter transversal que se cruza en casi todas las materias de los BS. En este apartado nos ceñimos a aquellas preguntas en las que la elección entre ambos sectores de la asistencia sanitaria se encuentra más marcada, sin perjuicio de que en otros apartados se vuelva a incidir en diferentes aspectos relativos a esta dualidad.



Fuente: *Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.*

Gráfico 15. Valoración del SNS por los usuarios según consideren que existen, o no, suficientes vías para opinar (2003).



Fuente: *Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.*

Gráfico 16. Valoración del SNS según disposición a expresar su opinión (2003).

En 1975, cuatro de cada cinco españoles estaba protegido en materia de salud; en 1985 dicha protección alcanzaba ya al 95% de la población. A partir de 1991, la asistencia sanitaria cubre a más del 99,5% de los españoles, es decir, a la práctica totalidad de la población española, incluida la de los inmigrantes. Los datos ofrecidos por la serie de los BS reflejan una situación de cobertura sanitaria casi absoluta con muy pocas variaciones a lo largo de la última década. Más del 95% de los españoles reci-

TABLA 17. Cobertura sanitaria según institución, pública o privada, que la presta

	1995	1996-97	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Seguridad Social	93,9%	94,7%	95,2%	95,1%	95,4%	94,3%	95,5%	95,7%	95,3%
Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, acogidas a la S.S.)	2,1%	2,0%	1,8%	1,8%	1,7%	1,7%	1,5%	1,2%	1,3%
Mutualidades del Estado (MUFACE, acogidas seguro privado)	1,8%	2,0%	1,7%	1,5%	1,6%	2,2%	1,5%	1,6%	2,2%
Seguro médico privado concertado individualmente	1,5%	0,6%	0,7%	0,8%	0,8%	0,9%	0,8%	0,6%	0,6%
Seguro médico privado concertado a través de la empresa	0,3%	0,6%	0,4%	0,6%	0,3%	0,7%	0,4%	0,6%	0,5%
No tengo seguro médico, utilizo médicos privados	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,1%	0,2%	0,1%
N.C.	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

ben asistencia sanitaria a través del Sistema Nacional de Salud y otro 3,5% dispone de ella por medio de las diferentes Mutualidades del Estado, totalizando, en 2004, un 98,8% de cobertura pública.

Junto a la asistencia sanitaria pública, prácticamente generalizada, encontramos un 1,1% de españoles que optan por el seguro médico privado, bien concertado a través de las empresas en las que trabajan, bien contratados directa e individualmente. La tasa de población desprotegida que hace uso de servicios médicos sin cobertura de aseguramiento, público o privado, era en 2004 de un 0,1%. Además, hay que señalar que el 12,8% de los españoles goza de doble cobertura sanitaria: de ellos, el 87% están cubiertos en segunda instancia por aseguramiento privado, y el 13% por mutualidades del Estado (la mayoría de ellas acogidas, a su vez, al seguro privado). La evolución de la última década muestra una situación de cobertura prácticamente universal estabilizada, en la que el crecimiento del seguro privado se está realizando primordialmente dentro de la doble cobertura (Tablas 17 y 18).

Hasta hace muy poco tiempo, la sanidad pública no sólo ha sido dominante en España en cuanto a la cobertura de la asistencia sanitaria y la prestación de sus servicios, sino que también lo venía siendo en su aceptación casi universal como la mejor

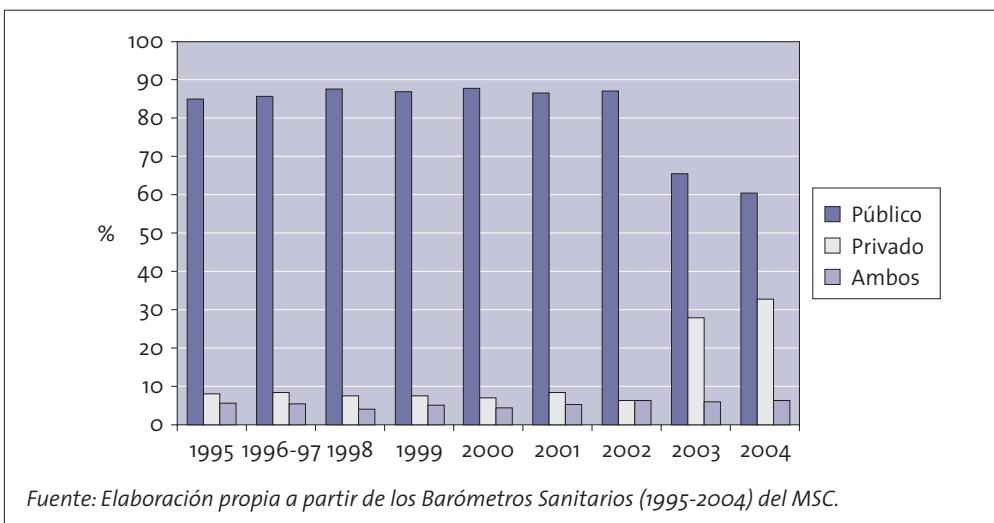
TABLA 18. Segunda cobertura sanitaria según institución, pública o privada, que la presta

	1995	1996-97	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Seguridad Social	SD	0,0%	0,0%	0,3%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS, acogidas a la S.S.)	SD	7,7%	5,8%	6,8%	4,1%	6,21%	5,0%	4,53%	4,5%
Mutualidades del Estado (MUFACE, acogidas seguro privado)	SD	9,8%	7,6%	9,2%	8,1%	8,7%	11,6%	11,7%	8,4%
Seguro médico privado concertado individualmente	SD	57,1%	62,2%	61,8%	66,0%	61,5%	57,9%	58,3%	60,1%
Seguro médico privado concertado a través de la empresa	SD	25,4%	24,3%	21,9%	20,7%	23,0%	24,9%	24,11%	26,9%
No tengo seguro médico, utilizo médicos privados	SD	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,2%	1,4%	0,0%
N.C.	SD	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

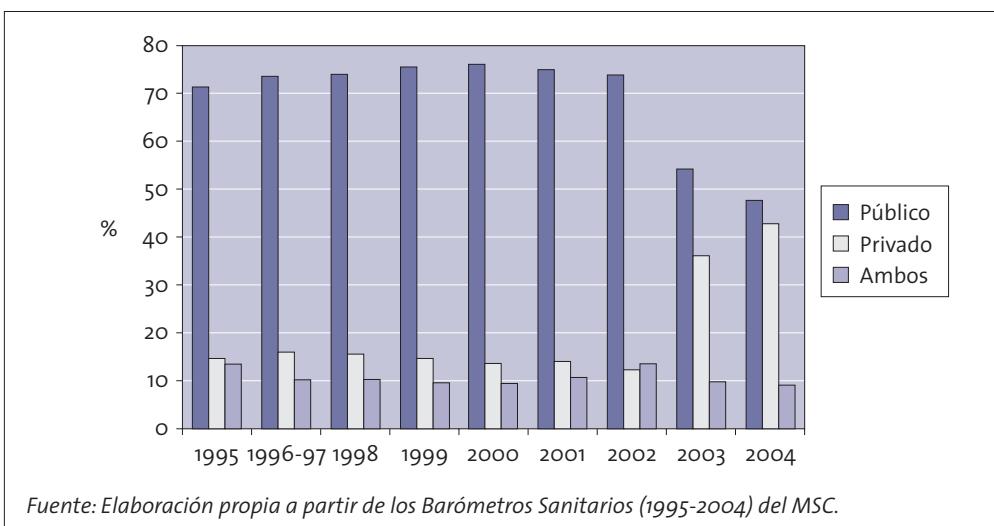
de las opciones sanitarias posibles por parte de todos los usuarios. Aunque no cabe decir que la sanidad pública haya perdido con el tiempo esta posición dominante en la mente de los usuarios, desde 2002 se registra una importante caída de su valoración relativa en el conjunto de los ciudadanos, abriendo camino a una mejor apreciación de la sanidad privada que ha incrementado notablemente sus consumidores potenciales. (Gráficos 17 a 20).

Efectivamente, hasta el año 2002 y durante todos los años anteriores escrutados por los BS, las elecciones de los ciudadanos sobre la sanidad privada no rebasaron el 8% en los servicios de urgencias, el 9% en la atención primaria y el 10% en la hospitalaria. Solamente la atención especializada merecía cuotas de preferencia superiores al 12%, llegando en algunos años (1996-1998) a cotas superiores al 15-16%. En los dos últimos años de la serie de los BS (2003 y 2004), el incremento de ciudadanos inclinados hacia la atención sanitaria privada puede considerarse espectacular: la cuota de adeptos a la sanidad privada se ha multiplicada por 4,9 en la medicina general y pediatría, por 4,8 en los servicios de urgencias, y por 4,1 en la asistencia hospitalaria. En la asistencia especializada, aunque el incremento ha sido algo menor, su cuota se ha situado a tan sólo cinco puntos de la pública y es de suponer que, con la tendencia percibida en ese período, actualmente las elecciones sobre la sanidad pri-



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 17. Preferencia para acudir al servicio sanitario público o privado en atención primaria (%).

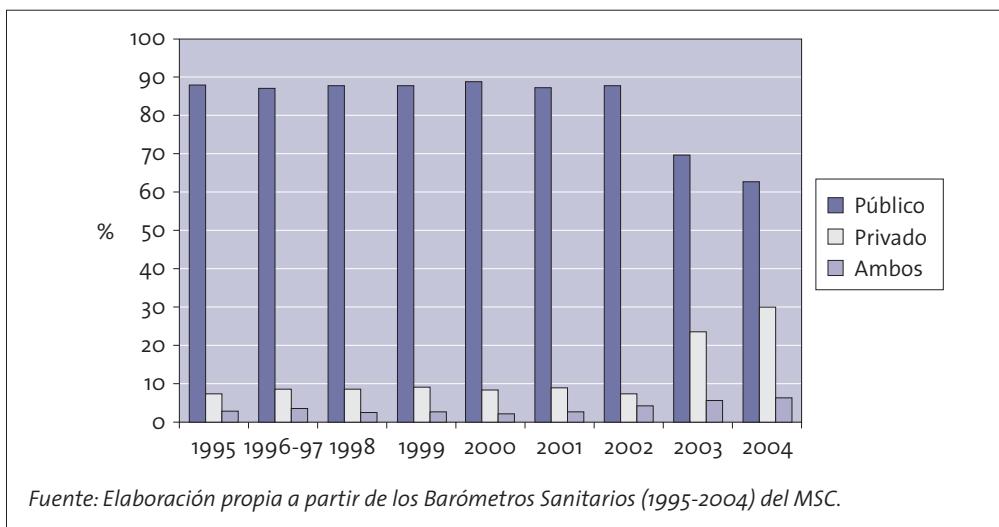


Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 18. Preferencia para acudir a servicio sanitario público o privado en asistencia especializada (%).

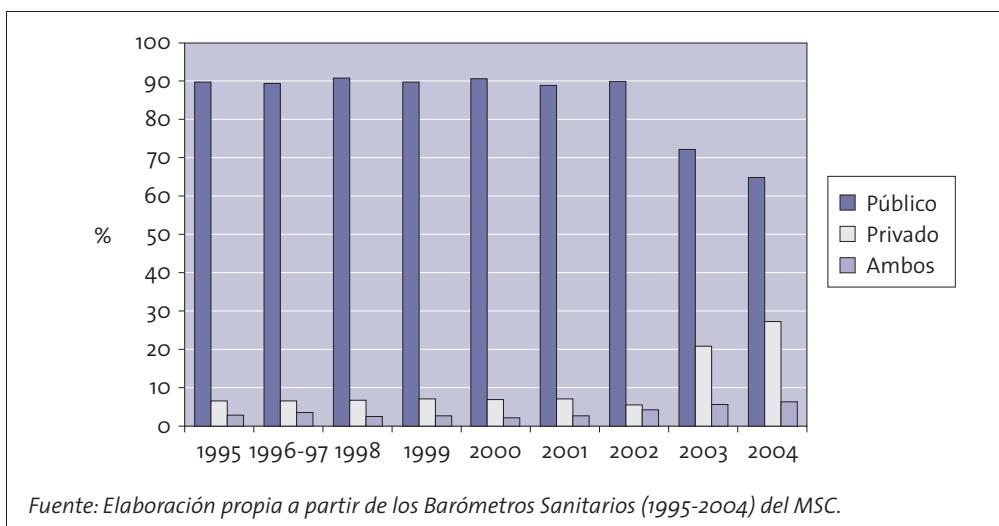
vada en atención especializada deben superar holgadamente a las de la sanidad pública. (Tabla 19).

Es evidente que la opción privada en materia sanitaria se encuentra asociada con un mayor nivel de renta o una posición socioeconómica más elevada, más aún en



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 19. Preferencia para acudir a servicio sanitario público o privado en ingreso hospitalario (%).



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 20. Preferencia para acudir a servicio sanitario público o privado en Urgencias (%).

la medida en que, en España, la sanidad privada se enmarca, en su casi totalidad, dentro del segundo nivel de doble cobertura de la que disfrutan uno de cada ocho españoles. Entre el usuario medio de la sanidad privada y el de la pública ha existido –y aún existe– una diferencia apreciable de renta. Sin embargo, este diferencial de rentas entre los adeptos a la sanidad pública y los afines a la privada, que se ha mantenido sin apenas variaciones durante la década de los noventa, ha disminui-

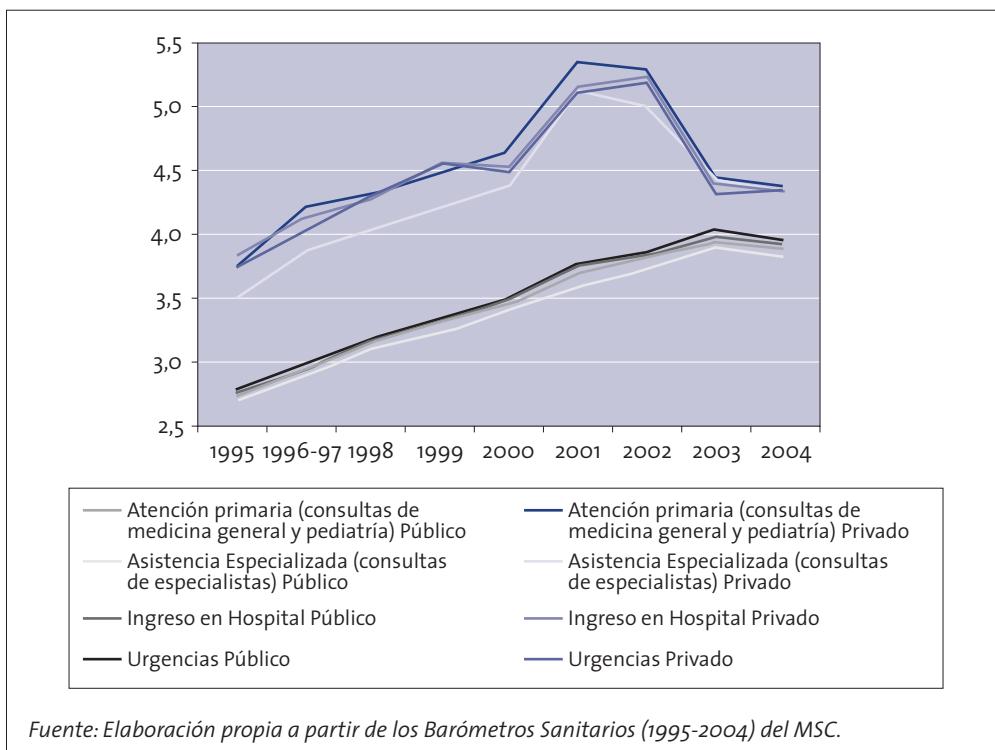
TABLA 19. Preferencias para utilizar servicios sanitarios públicos o privados según tipo de asistencia

A qué tipo de centro acudiría, público o privado, cuando se trata de ... Atención primaria (consultas de medicina general y pediatría) (%)									
	1995	1996-97	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Público	85,08	85,32	87,25	86,64	87,55	85,94	86,41	65,55	60,09
Privado	8,43	8,69	7,94	7,96	7,44	8,65	6,82	27,97	33,14
Ambos	6,48	5,99	4,81	5,40	5,01	5,41	6,77	6,48	6,77
A qué tipo de centro acudiría, público o privado, cuando se trata de ... Asistencia especializada (consultas de especialistas, salvo dentistas)									
	1995	1996-97	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Público	71,35	73,41	73,88	75,27	75,91	74,49	73,58	53,82	47,86
Privado	14,82	16,15	15,77	14,92	14,20	14,55	12,73	36,16	42,89
Ambos	13,82	10,45	10,35	9,82	9,89	10,97	13,68	10,02	9,25
A qué tipo de centro acudiría, público o privado, cuando se trata de ... Ingreso en hospital									
	1995	1996-97	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Público	88,12	87,00	88,12	87,81	88,98	87,52	88,07	69,64	62,96
Privado	8,22	8,95	8,83	9,16	8,36	9,53	7,37	24,18	30,41
Ambos	3,66	4,05	3,05	3,03	2,67	2,95	4,55	6,17	6,63
A qué tipo de centro acudiría, público o privado, cuando se trata de ... Urgencias									
	1995	1996-97	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Público	89,97	89,45	90,62	89,86	90,14	89,28	89,89	72,42	65,16
Privado	6,52	6,88	6,75	7,02	7,05	7,68	5,84	21,18	27,91
Ambos	3,51	3,66	2,63	3,11	2,81	3,04	4,27	6,39	6,92

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

do enormemente con el cambio de siglo, especialmente a partir del año 2002, habiéndose aproximado notablemente el nivel de rentas entre ambos. Hay que recordar que estamos ahora analizando no el uso efectivo de uno u otro tipo de sanidad, sino las preferencias manifestadas por los ciudadanos respecto a los dos tipos de asistencia sanitaria. (Gráfico 21).

Con todo, y como cabe esperar, asociado con el diferencial de rentas, hay también una definida y estable, aunque excesiva, distancia entre el autoposicionamiento político de quienes prefieren la sanidad pública y quienes son proclives a la sanidad privada. En una escala de 1 a 10 (de izquierda a derecha) los que elegirían la sanidad pri-



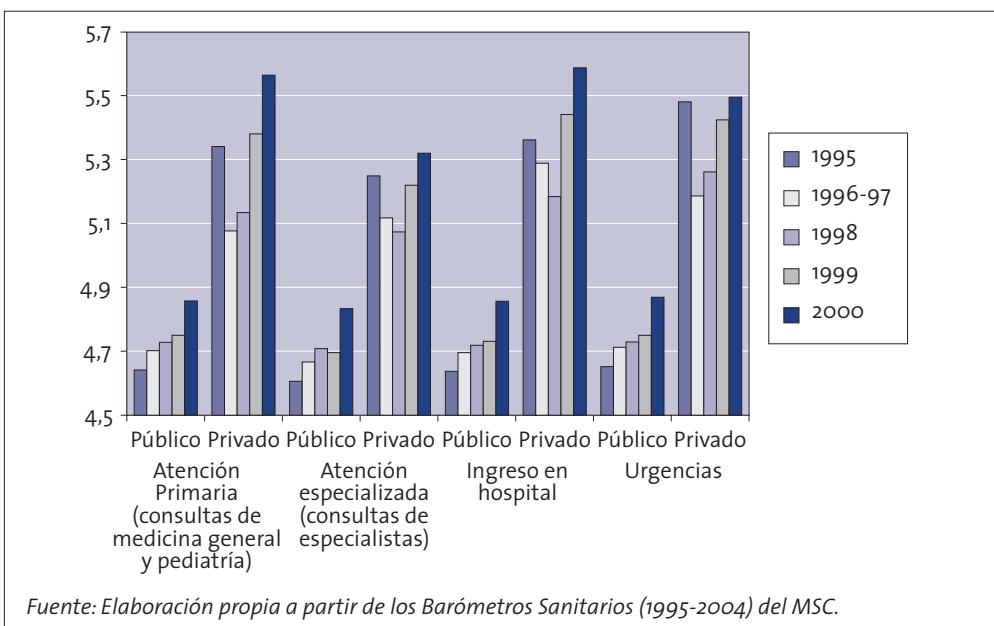
Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 21. Evolución del indicador de renta media del hogar.

vada se sitúan por encima del 5, mientras los que optan por la asistencia sanitaria pública se posicionan por debajo de dicho nivel, si bien en ambos casos se detecta una tendencia al desplazamiento hacia la derecha. La supresión de la pregunta relativa a la orientación política desde el año 2001 nos priva de un análisis más actualizado en esta materia. (Gráfico 22).

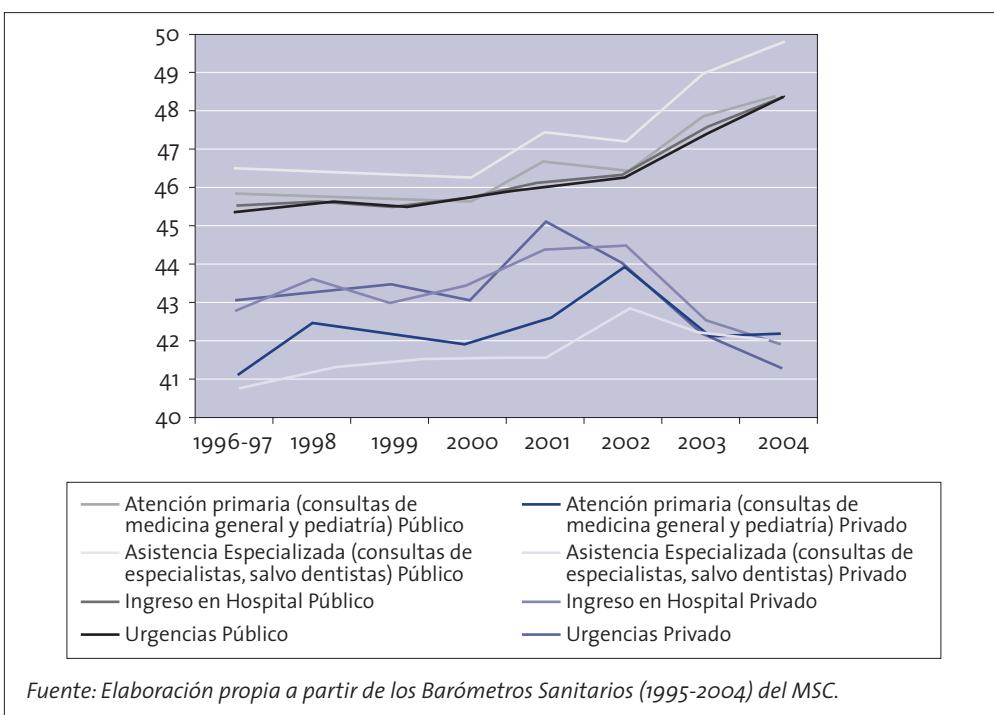
Acaso más relevantes que las diferencias de posicionamiento político son las que marcan la edad media de las preferencias público-privadas en materia sanitaria. También aquí podemos advertir un cambio notable perceptible desde 2001-2002. Hasta ese momento la edad media de los favorables a cada uno de los ámbitos de la actividad sanitaria se encontraba bastante estabilizada, existiendo una diferencia apreciable de tres años entre las edades medias de unos y otros, diferencia que encuentra su explicación en el propio peso que ejercen las personas mayores, habituadas a la sanidad pública, con niveles bajos de renta y, por tanto, psicológica y económicamente lejos del acceso a la sanidad privada. (Gráfico 23).

A partir de los años 2001-2002, la edad media de los que prefieren la sanidad privada ha disminuido sensiblemente, mientras la de los que optan por la



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 22. Autoposicionamiento político.



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 23. Evolución de la edad media según preferencia por la atención sanitaria pública o privada.

TABLA 20. Preferencias público-privadas en el acceso a los diferentes niveles asistenciales por grupos de edad

1996-97								
	Atención primaria (consultas de medicina general y pediatría)		Asistencia especializada (consultas de especialistas, salvo dentistas)		Ingreso en hospital		Urgencias	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
16-19 años	92,50%	7,50%	82,70%	17,30%	92,50%	7,50%	93,40%	6,60%
20-29 años	89,20%	10,80%	76,40%	23,60%	89,80%	10,20%	92,60%	7,40%
30-39 años	87,30%	12,70%	77,50%	22,50%	88,00%	12,00%	90,80%	9,20%
40-49 años	88,20%	11,80%	80,20%	19,80%	89,70%	10,30%	91,50%	8,50%
50-59 años	91,40%	8,60%	84,60%	15,40%	91,30%	8,70%	94,60%	5,40%
60-69 años	95,70%	4,30%	88,70%	11,30%	93,80%	6,20%	95,00%	5,00%
70-79 años	95,10%	4,90%	89,80%	10,20%	94,00%	6,00%	94,80%	5,20%
80-89 años	93,10%	6,90%	87,80%	12,20%	89,20%	10,80%	92,40%	7,60%
≥ 90 años	62,00%	38,00%	62,00%	38,00%	62,00%	38,00%	62,00%	38,00%

1998								
	Atención primaria (consultas de medicina general y pediatría)		Asistencia especializada (consultas de especialistas, salvo dentistas)		Ingreso en hospital		Urgencias	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
16-19 años	92,80%	7,20%	78,30%	21,70%	90,90%	9,10%	95,00%	5,00%
20-29 años	90,30%	9,70%	78,30%	21,70%	89,90%	10,10%	92,10%	7,90%
30-39 años	90,10%	9,90%	78,40%	21,60%	90,30%	9,70%	92,00%	8,00%
40-49 años	90,50%	9,50%	81,70%	18,30%	90,10%	9,90%	92,30%	7,70%
50-59 años	91,20%	8,80%	84,00%	16,00%	90,00%	10,00%	93,00%	7,00%
60-69 años	94,40%	5,60%	87,80%	12,20%	93,20%	6,80%	94,80%	5,20%
70-79 años	94,60%	5,40%	89,10%	10,90%	92,80%	7,20%	94,80%	5,20%
80-89 años	93,40%	6,60%	89,60%	10,40%	91,80%	8,20%	94,30%	5,70%
≥ 90 años	91,90%	8,10%	83,50%	16,50%	90,70%	9,30%	91,30%	8,70%

.../...

sanidad pública ha seguido subiendo, pero de manera más pronunciada. Esta divergencia ha supuesto que, en apenas tres años, las edades medias de uno y otro grupo se han distanciado de manera importante, duplicando la diferencia antedicha de tres años, que en 2004 era ya de seis años aproximadamente. (Tabla 20).

TABLA 20. (Continuación) Preferencias público-privadas en el acceso a los diferentes niveles asistenciales por grupos de edad

1999									
	Atención primaria (consultas de medicina general y pediatría)		Asistencia especializada (consultas de especialistas, salvo dentistas)		Ingreso en hospital		Urgencias		
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	
16-19 años	90,70%	9,30%	84,10%	15,90%	89,80%	10,20%	94,50%	5,50%	
20-29 años	90,70%	9,30%	79,50%	20,50%	89,60%	10,40%	92,30%	7,70%	
30-39 años	90,50%	9,50%	79,40%	20,60%	89,30%	10,70%	91,70%	8,30%	
40-49 años	89,00%	11,00%	82,80%	17,20%	90,50%	9,50%	91,50%	8,50%	
50-59 años	91,70%	8,30%	83,80%	16,20%	89,50%	10,50%	92,20%	7,80%	
60-69 años	94,70%	5,30%	90,40%	9,60%	93,90%	6,10%	95,40%	4,60%	
70-79 años	94,90%	5,10%	89,10%	10,90%	92,30%	7,70%	94,20%	5,80%	
80-89 años	92,80%	7,20%	88,30%	11,70%	91,10%	8,90%	92,40%	7,60%	
≥ 90 años	87,70%	12,30%	71,50%	28,50%	78,20%	21,80%	100,00%	0,00%	
2000									
	Atención primaria (consultas de medicina general y pediatría)		Asistencia especializada (consultas de especialistas, salvo dentistas)		Ingreso en hospital		Urgencias		
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	
16-19 años	93,20%	6,80%	85,70%	14,30%	93,20%	6,80%	94,10%	5,90%	
20-29 años	90,80%	9,20%	80,50%	19,50%	90,70%	9,30%	91,60%	8,40%	
30-39 años	89,90%	10,10%	79,10%	20,90%	88,90%	11,10%	90,90%	9,10%	
40-49 años	92,00%	8,00%	83,70%	16,30%	91,40%	8,60%	93,20%	6,80%	
50-59 años	92,10%	7,90%	86,30%	13,70%	91,90%	8,10%	93,00%	7,00%	
60-69 años	94,60%	5,40%	90,00%	10,00%	93,00%	7,00%	94,10%	5,90%	
70-79 años	95,30%	4,70%	89,60%	10,40%	94,20%	5,80%	95,50%	4,50%	
80-89 años	94,10%	5,90%	89,40%	10,60%	91,50%	8,50%	92,70%	7,30%	
≥ 90 años	100,00%	0,00%	72,80%	27,20%	80,80%	19,20%	80,80%	19,20%	.../...

Todo lo expuesto, acercamiento de las rentas medias y separación de las edades medias, sugiere un cierto distanciamiento de la sanidad pública y un mayor acercamiento a la privada por parte de los sectores más jóvenes de la sociedad. Las tablas de preferencias por año del BS y grupos de edad permiten un seguimiento pormenorizado de las tendencias de los ciudadanos en esta cuestión. Efectivamente, los dos últi-

TABLA 20. (Continuación) Preferencias público-privadas en el acceso a los diferentes niveles asistenciales por grupos de edad

2001								
	Atención primaria (consultas de medicina general y pediatría)		Asistencia especializada (consultas de especialistas, salvo dentistas)		Ingreso en hospital		Urgencias	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
16-19 años	87,60%	12,40%	75,70%	24,30%	83,50%	16,50%	87,00%	13,00%
20-29 años	90,30%	9,70%	79,30%	20,70%	90,10%	9,90%	93,10%	6,90%
30-39 años	90,00%	10,00%	80,80%	19,20%	91,00%	9,00%	91,90%	8,10%
40-49 años	87,40%	12,60%	83,10%	16,90%	89,30%	10,70%	91,00%	9,00%
50-59 años	91,00%	9,00%	81,50%	18,50%	88,60%	11,40%	90,70%	9,30%
60-69 años	94,30%	5,70%	92,30%	7,70%	93,30%	6,70%	94,90%	5,10%
70-79 años	93,40%	6,60%	88,50%	11,50%	89,30%	10,70%	91,30%	8,70%
80-89 años	97,90%	2,10%	93,70%	6,30%	95,10%	4,90%	95,20%	4,80%
≥ 90 años	89,20%	10,80%	89,20%	10,80%	89,20%	10,80%	89,20%	10,80%

2002								
	Atención primaria (consultas de medicina general y pediatría)		Asistencia especializada (consultas de especialistas, salvo dentistas)		Ingreso en hospital		Urgencias	
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado
16-19 años	93,90%	6,10%	88,10%	11,90%	96,30%	3,70%	95,60%	4,40%
20-29 años	92,70%	7,30%	82,70%	17,30%	91,20%	8,80%	93,10%	6,90%
30-39 años	92,20%	7,80%	82,00%	18,00%	92,00%	8,00%	93,90%	6,10%
40-49 años	89,70%	10,30%	81,70%	18,30%	90,00%	10,00%	91,80%	8,20%
50-59 años	91,70%	8,30%	85,80%	14,20%	92,60%	7,40%	94,00%	6,00%
60-69 años	94,30%	5,70%	88,90%	11,10%	93,90%	6,10%	95,10%	4,90%
70-79 años	95,90%	4,10%	92,10%	7,90%	94,30%	5,70%	96,30%	3,70%
80-89 años	95,30%	4,70%	90,40%	9,60%	92,80%	7,20%	94,20%	5,80%
≥ 90 años	90,80%	9,20%	90,80%	9,20%	90,80%	9,20%	90,80%	9,20%

.../...

mos años de los BS analizados, 2003 y 2004, suponen un drástico tirón de la sanidad privada respecto a las preferencias en los diversos tipos de asistencia sanitaria.

Esta pérdida de apego de los ciudadanos respecto a la sanidad pública es perceptible en todos los grupos de edad, incluidos los más mayores, pero se da con mayor

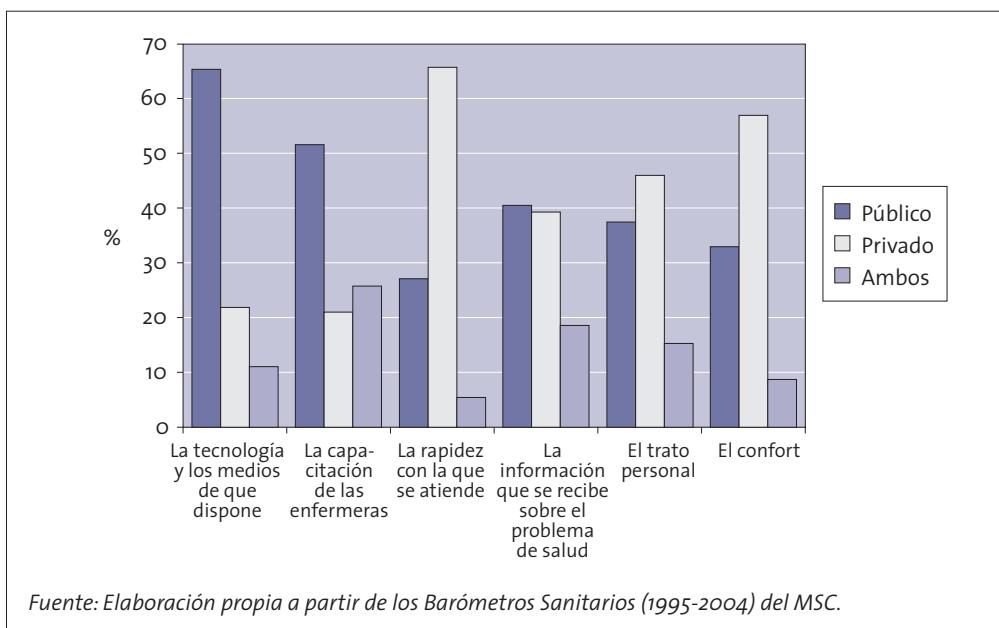
TABLA 20. (Continuación) Preferencias público-privadas en el acceso a los diferentes niveles asistenciales por grupos de edad

2003									
	Atención primaria (consultas de medicina general y pediatría)		Asistencia especializada (consultas de especialistas, salvo dentistas)		Ingreso en hospital		Urgencias		
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	
16-19 años	63,40%	36,60%	54,70%	45,30%	67,30%	32,70%	71,90%	28,10%	
20-29 años	61,60%	38,40%	47,60%	52,40%	66,80%	33,20%	70,10%	29,90%	
30-39 años	66,30%	33,70%	54,50%	45,50%	72,40%	27,60%	74,50%	25,50%	
40-49 años	71,00%	29,00%	59,60%	40,40%	74,00%	26,00%	78,30%	21,70%	
50-59 años	71,30%	28,70%	63,20%	36,80%	75,50%	24,50%	79,70%	20,30%	
60-69 años	73,40%	26,60%	64,20%	35,80%	78,40%	21,60%	80,60%	19,40%	
70-79 años	83,00%	17,00%	77,80%	22,20%	83,30%	16,70%	85,70%	14,30%	
80-89 años	84,20%	15,80%	76,30%	23,70%	84,60%	15,40%	88,10%	11,90%	
≥ 90 años	79,30%	20,70%	69,10%	30,90%	75,40%	24,60%	81,00%	19,00%	

2004									
	Atención primaria (consultas de medicina general y pediatría)		Asistencia especializada (consultas de especialistas, salvo dentistas)		Ingreso en hospital		Urgencias		
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	
16-19 años	61,60%	38,40%	38,20%	61,80%	57,30%	42,70%	61,90%	38,10%	
20-29 años	56,30%	43,70%	41,40%	58,60%	56,90%	43,10%	58,60%	41,40%	
30-39 años	57,90%	42,10%	46,10%	53,90%	63,70%	36,30%	66,10%	33,90%	
40-49 años	62,50%	37,50%	50,90%	49,10%	68,60%	31,40%	70,30%	29,70%	
50-59 años	67,00%	33,00%	55,40%	44,60%	69,60%	30,40%	73,10%	26,90%	
60-69 años	69,90%	30,10%	62,10%	37,90%	73,70%	26,30%	76,90%	23,10%	
70-79 años	80,30%	19,70%	72,10%	27,90%	80,50%	19,50%	83,80%	16,20%	
80-89 años	80,80%	19,20%	75,00%	25,00%	80,30%	19,70%	82,90%	17,10%	
≥ 90 años	78,40%	21,60%	55,40%	44,60%	74,60%	25,40%	77,30%	22,70%	

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

fuerza entre los menores de 50 años, edades en las que ya son mayoría los ciudadanos que optarían por la sanidad privada en la asistencia especializada. Pero, aún más contundente ha sido el cambio percibido en la asistencia hospitalaria y la de urgencias, ya que en dos años, de 2002 a 2004, la sanidad pública ha perdido el



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 24. Porcentaje de usuarios que elegirían asistencia pública o privada según los distintos aspectos a valorar.

25% de sus adeptos, pasando del 92,3 a un 67,4% en los ingresos hospitalarios, y de un 93,9 a un 70% en las urgencias.

No es difícil responder a algunas de las causas de este deslizamiento de un sector importante de la población hacia el sector asistencial privado. Con datos del último BS, de 2004, puede comprobarse que los factores de infraestructura técnica (tecnología y capacitación) siguen siendo claramente favorables a la asistencia pública, que, sin embargo, cede ante la privada en factores como la rapidez, la comodidad y el trato personal que reciben los usuarios. (Gráfico 24).

Quizá resulta sorprendente que pese a advertirse, en los últimos años, un fuerte cambio en las preferencias de los españoles hacia el ámbito privado en cada uno de los tipos de asistencia sanitaria, cambio que se ve también reflejado en las valoraciones de los diferentes aspectos relativos a los servicios sanitarios, los encuestados no parecen detectar cambios significativos en ninguno de los niveles de la asistencia sanitaria entre los años 2001 y 2004, período en el que, como ya se ha señalado, se registra un enorme deslizamiento de las preferencias hacia el sector privado de la sanidad.

Por otra parte, hay que reseñar que no sólo no se registran variaciones importantes, sino que la opinión respecto a la evolución del funcionamiento de los nive-

TABLA 21. En su opinión, ¿cada uno de los siguientes servicios asistenciales de la sanidad ha mejorado, ha empeorado o sigue igual en los últimos años?

		2001	2002	2003	2004
La atención primaria	Ha mejorado	53,8%	51,7%	50,7%	53,2%
	Ha empeorado	4,1%	4,7%	5,2%	3,9%
	Sigue igual	35,8%	37,0%	37,6%	35,1%
	N.S.	6,2%	6,3%	6,1%	7,5%
	N.C.	0,1%	0,3%	0,3%	0,3%
Las consultas de atención especializada	Ha mejorado	45,9%	44,8%	40,7%	45,4%
	Ha empeorado	5,1%	6,5%	6,5%	5,2%
	Sigue igual	39,4%	38,8%	42,3%	37,4%
	N.S.	9,5%	9,4%	10,1%	11,6%
	N.C.	0,1%	0,4%	0,4%	0,3%
Atención hospitalaria	Ha mejorado	49,2%	48,0%	44,0%	47,9%
	Ha empeorado	4,6%	5,6%	5,7%	4,5%
	Sigue igual	36,9%	36,6%	39,2%	35,9%
	N.S.	9,1%	9,4%	10,5%	11,4%
	N.C.	0,2%	0,5%	0,5%	0,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

les esenciales de la asistencia sanitaria es mayoritariamente positiva. Así, el porcentaje de españoles que considera que alguno de los servicios asistenciales ha empeorado no supera el 6,5% en ningún caso, mientras que aquellos que creen que ha mejorado oscila entre el 40 y 54%. (Tabla 21).

Las comunidades autónomas con más preferencias hacia lo público son las de Asturias, Navarra y Castilla-León, seguidas por Galicia y Castilla-La Mancha. Por el contrario, Baleares, Cataluña y Canarias son las que reflejan una mayor simpatía hacia la sanidad privada, especialmente las Islas Baleares, en las que esta opción es mayoritaria en la asistencia especializada y la hospitalaria. Las diferentes texturas de los sistemas sanitarios pertenecientes a las regiones que se encuentran en ambos polos de la escala público-privada cuestionan la vinculación de estas preferencias con la calidad percibida. (Tabla 22).

Dicho de otra forma: la orientación o preferencia por lo público o lo privado no parece muy relacionada con posibles deficiencias de calidad en la sanidad pública, y sí con la mayor o menor presencia del sector público o privado en las diferentes comunidades.

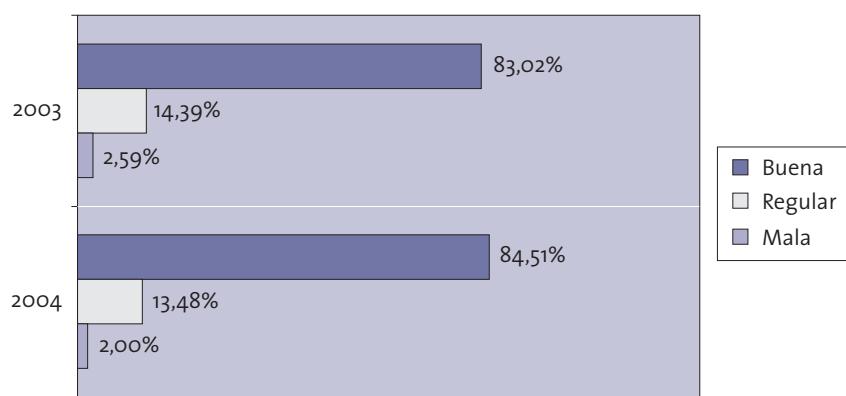
TABLA 22. Tipo de centro al que acudiría, público o privado, según asistencia sanitaria requerida (%) (2004)

	Atención Primaria (consultas de medicina general y pediatría)		Asistencia especializada (consultas especialista, salvo dentistas)		Ingreso en hospital		Urgencias		Indicador de preferencia por lo público
	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	Público	Privado	
Asturias	87,74	12,26	85,27	14,73	89,47	10,53	90,76	9,24	88,31
Navarra	86,43	13,57	77,74	22,26	88,40	11,60	87,98	12,02	85,14
Castilla y León	78,22	21,78	63,37	36,63	78,22	21,78	80,88	19,12	75,17
Galicia	76,80	23,20	62,58	37,42	76,16	23,84	79,14	20,86	73,67
Castilla-La Mancha	75,55	24,45	63,91	36,09	74,41	25,59	79,15	20,85	73,25
País Vasco	72,72	27,28	64,74	35,26	73,86	26,14	75,30	24,70	71,66
Aragón	69,23	30,77	57,31	42,69	69,97	30,03	77,41	22,59	68,48
Rioja (La)	77,78	22,22	48,84	51,16	66,08	33,92	75,17	24,83	66,97
Andalucía	64,05	35,95	52,06	47,94	69,67	30,33	72,04	27,96	64,46
Murcia	60,21	39,79	49,55	50,45	71,01	28,99	74,69	25,31	63,87
C. Valenciana	61,88	38,12	52,55	47,45	67,63	32,37	69,52	30,48	62,90
Cantabria	62,78	37,22	35,06	64,94	67,76	32,24	76,54	23,46	60,53
Madrid	55,06	44,94	49,19	50,81	61,67	38,33	64,06	35,94	57,49
Extremadura	62,06	37,94	41,71	58,29	60,47	39,53	64,48	35,52	57,18
Canarias	54,67	45,33	37,54	62,46	61,86	38,14	57,68	42,32	52,94
Cataluña	54,75	45,25	43,08	56,92	55,87	44,13	57,98	42,02	52,92
Baleares	54,44	45,56	35,04	64,96	46,27	53,73	56,26	43,74	48,00

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

3.3 La atención primaria: medicina general y pediatría

Los datos facilitados por los BS permiten afirmar que, pese al deslizamiento de las preferencias de los usuarios hacia la sanidad privada en los últimos años, esta migración no se encuentra directamente relacionada con una elevada percepción negativa respecto al funcionamiento de la sanidad pública. El porcentaje de ciudadanos que consideran buena la atención sanitaria recibida en el nivel primario era, en 2004, del 84,5%; un 13,5% la perciben regular y tan sólo un 2% la consideraron mala. Estos datos, que son incluso mejores a los de 2003, no traslucen, desde luego, una visión negativa de la atención sanitaria pública. (Gráfico 25).



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 25. Porcentaje de usuarios en función de su opinión acerca de la atención primaria.

De igual forma, queda refrendado que, al menos en los últimos años, no existe una decepción en los usuarios respecto a lo que ellos esperan o esperaban de la sanidad pública. Ello no implicaría necesariamente una positiva valoración de la misma si no fuera porque ya hemos comprobado que es mayoritariamente buena, pero sí nos indica que son más los que confiesan haber sido atendidos mejor de lo que esperaban (27,4%); muchos menos, el 6,5%, son los que afirman haber recibido una atención peor a la que esperaban. La mayoría, sin embargo, el 65,7%, refiere haber encontrado la atención que esperaba. La valoración conjunta de estas respuestas en 2004 es, en suma, mejor que la correspondiente al año 2003. (Gráfico 26).

Las valoraciones de los españoles respecto a la atención primaria a lo largo de la década analizada en los BS (1995-2004) pueden, genéricamente, ser calificadas de positivas. Su evolución presenta ciertos altibajos cuya vinculación con posibles fluctuaciones cíclicas en la calidad en la prestación de los servicios sanitarios no es fácil de demostrar. El trienio 1998-2000 parece reflejar una mejor evaluación que el 2001-2003, que a su vez, parece recuperarse en el año 2004. Más estables parecen las diferencias de valoración entre los distintos factores que implica la asistencia sanitaria.

El trato recibido del personal sanitario, la confianza y seguridad que transmite el médico y, en general, la calidad de la atención son factores que obtienen una media superior al 7, en la escala de 1 a 10, a lo largo de la década analizada. También es altamente valorada la cercanía física de los centros de atención primaria. Por el contrario, los factores que con más persistencia han venido siendo peor valorados, son todos

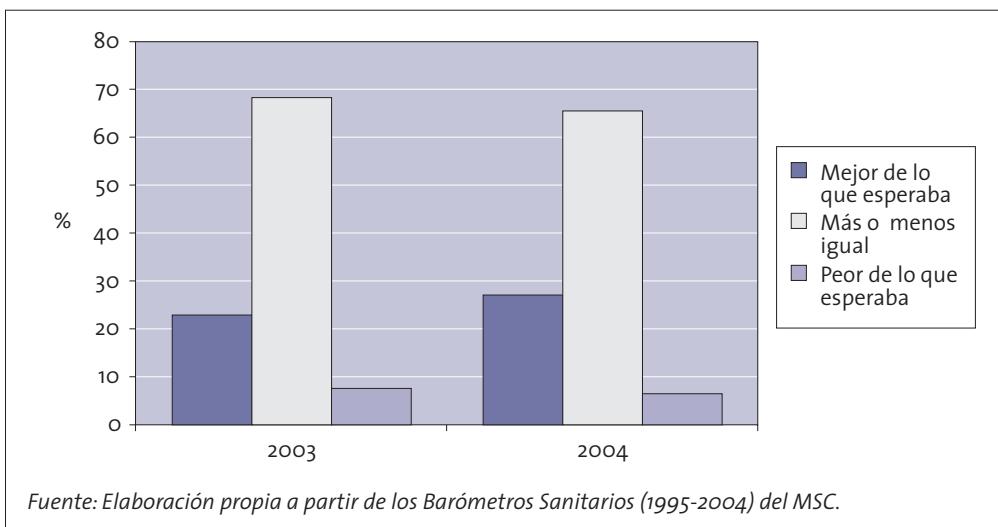


Gráfico 26. Valoración de la asistencia sanitaria en función de las expectativas de los usuarios (%).

aquellos que se encuentran relacionados con el tiempo de la atención: **el tiempo que tarda en verle el médico desde que pide la cita, el tiempo de espera hasta entrar en consulta y el tiempo dedicado por el médico a cada enfermo.** Todos ellos con valoraciones medias en la década por debajo del 6,5. En suma, los españoles parecen resentirse de la escasa dedicación que les concede el sistema sanitario en la atención primaria y de lo poco que dicho sistema parece valorar el tiempo del paciente. Sin embargo, valoran muy positivamente el trato recibido por los médicos y el personal sanitario. (Tabla 23).

Pese a las bajas (o menos elevadas) valoraciones en los reseñados tiempos de la atención primaria, se aprecia una recuperación de la opinión respecto a estos puntos en el año 2004, que es de esperar se confirme en la próxima edición de los BS (2005). El sensible descenso de la frequentación en la asistencia primaria, registrado en los últimos dos años analizados (2003 y 2004), puede explicar sobradamente una mejor valoración de estos aspectos. (Gráfico 27).

Si hubiera que dar una calificación a la atención primaria, medicina general y pediatría, derivada de las valoraciones que los españoles hacen de los diversos factores de la asistencia que perciben, podríamos decir que ésta sería un aprobado alto o casi notable, un 6,79, nota media de las puntuaciones de toda la asistencia primaria a lo largo de la década examinada.

Se han analizado por separado las valoraciones de las comunidades autónomas referidas a cada año y a cada uno de los aspectos evaluados en la atención prima-

TABLA 23. Quisiera que valorase los siguientes aspectos de la asistencia sanitaria pública, referidos a consultas de medicina general y pediatría

	1995	1996-97	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
La cercanía de los centros	7,46	6,87	7,49	7,49	7,56	7,45	7,39	7,36	7,75
La confianza y seguridad que transmite el médico	7,23	6,58	7,30	7,36	7,42	7,15	7,10	7,15	7,43
El trato recibido del personal sanitario	7,56	6,83	7,44	7,53	7,51	7,27	7,22	7,23	7,39
La información recibida sobre su problema de salud	6,99	6,42	7,11	7,18	7,23	6,80	6,72	6,83	7,16
La derivación desde su médico de cabecera a un especialista	6,03	5,50	6,14	6,17	6,30	5,74	5,63	5,76	7,16
El horario de atención	7,18	6,55	7,14	7,17	7,22	6,92	6,83	6,78	7,15
El conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario	6,92	6,29	6,97	7,10	7,16	6,76	6,77	6,83	7,00
La atención a domicilio por el personal médico y de enfermería	7,16	6,61	7,01	7,06	7,15	7,00	6,77	6,82	6,96
Los consejos del médico sobre alimentación, ejercicio, etc.	—	—	—	—	—	—	—	6,73	6,94
La facilidad para conseguir cita	6,99	6,33	6,92	6,93	6,96	6,65	6,61	6,51	6,73
El equipamiento y medios tecnológicos de los centros	6,75	6,28	6,93	6,90	6,96	6,34	6,28	6,42	6,71
El tiempo que tarda en verle el médico desde que pide la cita	—	—	—	—	—	—	—	—	6,49
El tiempo dedicado por el médico a cada enfermo	6,68	5,97	6,75	6,85	6,89	6,36	6,40	6,38	6,49
El tiempo de espera hasta entrar en consulta	6,05	5,35	6,04	5,99	6,04	5,37	5,42	5,31	5,62
La calidad de la atención en general	7,23	6,55	7,24	7,30	7,30	6,80	6,72	—	—
Valoración promedio de todos los aspectos (sin pregunta)	6,94	6,32	6,96	7,00	7,05	6,66	6,61	6,63	6,93

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

ria (Tabla 24). Las comunidades de Asturias, Navarra, Aragón, La Rioja y Cantabria fueron las que, a lo largo de la década examinada por los BS, obtuvieron mejores valoraciones medias por parte de sus ciudadanos. Por el contrario, la medicina general y pediatría de las comunidades de Galicia, Canarias y Andalucía obtuvieron las calificaciones más bajas en dicho período. La Rioja y Madrid presentan las menores variaciones a lo largo de la década en sus valoraciones de la atención primaria. Galicia y Asturias parecen más sometidas a fluctuaciones en las diferentes evaluaciones del período analizado.

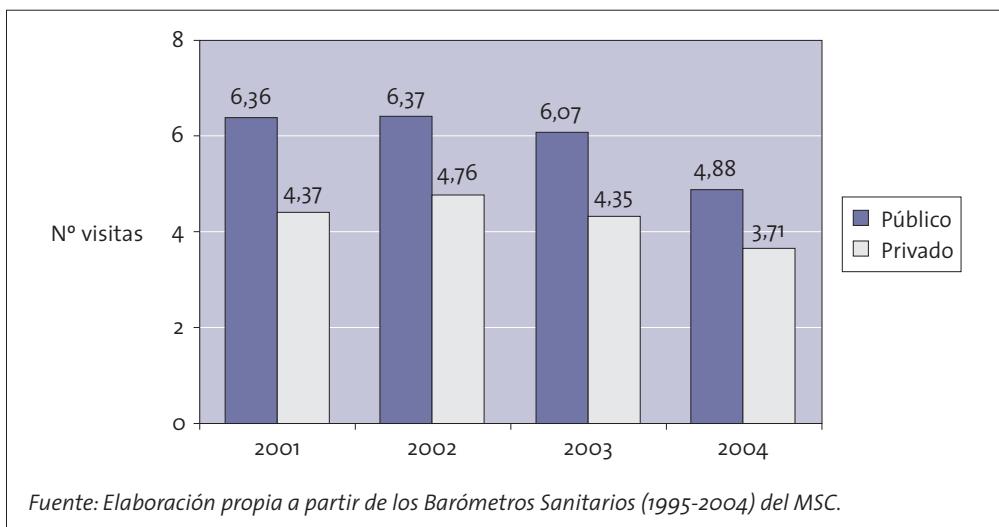


Gráfico 27. Visitas en el último año a un médico, público o privado, de atención primaria.

En la tabla 25 se puede consultar la valoración promedio de las diferentes evaluaciones otorgadas a los diversos aspectos de la asistencia primaria, en cada comunidad autónoma, durante el periodo 1995-2004. **El trato recibido del personal sanitario y la confianza y seguridad que transmiten los médicos** parecen los rasgos positivos más consistentes y estables de la atención primaria en España. La ubicación de los centros asistenciales y el factor humano se manifiestan como los puntos más fuertes nuestra atención primaria.

Entre los factores peor valorados debe colocarse en un primer lugar **el tiempo de espera hasta entrar en consulta**, aspecto que, estando más relacionado con la organización de las consultas que con la propia demanda de atención primaria, debería ser cuidado con más esmero por los responsables de los centros de salud. Una gestión más eficaz de las colas y las citas aportaría a la atención primaria un mayor grado de eficiencia social y trasladaría a los pacientes una empatía y consideración sobre su tiempo, carencia que aparece asociada con las cotas más bajas de satisfacción de los usuarios.

3.4 La atención especializada

Al igual que se ha visto en la atención primaria, en los últimos años escrutados por los BS asistimos a una sensible disminución de la tasa de utilización de servicios sanitarios en la medicina especializada. Este declive se inicia en el año 2002 y ha supuesto que en el año 2004 el porcentaje de españoles que acudieron al especialista y el de los que no lo hicieron se hayan invertido con respecto al 2003, siendo más (55,20%) los que no visitaron al especialista que los que sí lo hicieron (44,80%).

TABLA 24. Promedio de todas las valoraciones referidas a los diferentes aspectos de la asistencia primaria pública: medicina general y pediatría

	1995	1996-97	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	1995-2004
Asturias	7,23	6,87	7,75	7,54	7,51	8,06	7,45	7,49	8,07	7,55
Navarra	7,68	6,94	7,52	7,61	7,73	7,73	7,01	7,28	7,03	7,39
Aragón	7,50	6,70	7,55	7,59	7,65	7,30	7,20	7,04	7,19	7,30
Rioja (La)	7,08	6,85	7,11	7,18	7,31	7,55	7,07	6,98	7,14	7,14
Cantabria	7,46	7,19	7,61	7,09	7,15	6,98	6,93	6,70	6,95	7,12
Castilla y León	7,10	6,47	6,98	7,07	7,34	7,13	6,76	6,86	6,99	6,97
Castilla-La Mancha	7,01	6,26	7,04	7,11	7,12	7,20	6,82	6,77	7,22	6,95
Extremadura	7,10	6,50	6,91	7,15	7,12	6,76	6,70	6,52	7,25	6,89
Baleares	6,91	6,43	6,98	7,11	7,15	6,56	6,84	6,73	7,15	6,87
Madrid	6,94	6,32	6,85	6,93	7,05	6,90	6,64	6,69	6,89	6,80
Comunidad Valenciana	6,91	6,41	6,84	7,02	7,10	6,41	6,60	6,52	6,70	6,72
Cataluña	7,00	6,20	6,82	6,91	6,79	6,46	6,49	6,54	6,97	6,69
Murcia	6,40	6,07	6,95	6,87	7,24	6,78	6,41	6,62	6,74	6,68
Andalucía	6,62	6,15	6,90	6,89	6,92	6,43	6,40	6,42	6,92	6,63
Canarias	6,85	6,10	6,82	6,88	6,86	6,26	6,66	6,47	6,75	6,63
Galicia	6,67	6,14	6,98	6,78	6,73	5,71	6,02	6,03	6,12	6,35

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

La observación conjunta de los datos de asistencia primaria y especializada permite un cierto optimismo respecto a la salud de los españoles y a la capacidad del sistema sanitario para atender la demanda. (Gráfico 28).

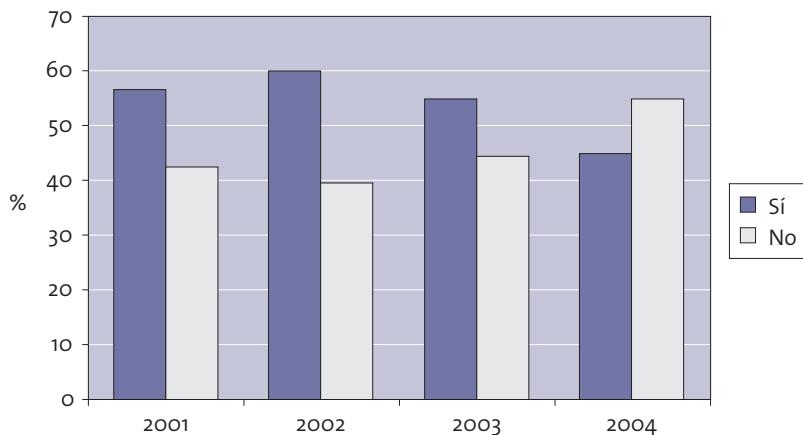
Los españoles no sólo van menos al médico de cabecera y al especialista, sino que además quienes sí lo hacen, lo visitan con menor frecuencia que en años anteriores. Esta circunstancia no se registra sólo en la sanidad pública, sino que también el sector sanitario privado acusa una menor demanda de atención médica, aunque esta caída no tiene el nivel de intensidad que en la atención especializada pública. Entre 2002 y 2003 la frequentación médica especializada en la sanidad pública disminuyó en un 42%, mientras que en la privada lo hacía en un 12% (Gráfico 29).

Si, como ya hemos visto, las valoraciones de la asistencia primaria se han caracterizado por una cierta estabilidad, con algunas fluctuaciones de poca intensidad, no ocurre lo mismo con las evaluaciones que los españoles realizan de la atención especializada. El nivel de mejora en la percepción de la asistencia sanitaria especia-

TABLA 25. Valoración promedio de las diferentes valoraciones otorgadas a cada aspecto de la asistencia primaria, en cada comunidad autónoma, durante el periodo 1995-2004

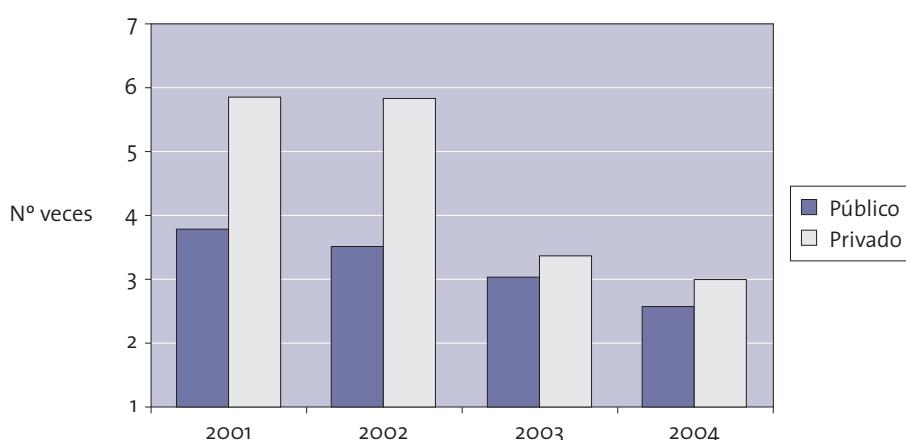
Aspectos de la atención primaria: medicina general y pediatría		Andalucía	Aragón	Asturias	C. Valenciana	Cantabria	Castilla-La Mancha	Castilla y León	Cataluña	Extremadura	Galicia	Madrid	Navarra	País Vasco	Rioja (La)			
La cercanía de los centros		7,2	7,5	8,4	7,5	7,4	7,4	7,4	7,2	7,5	7,6	7,3	6,7	7,7	7,1	7,8	7,4	7,4
La facilidad para obtener cita		6,4	7,4	8,3	6,6	6,7	6,6	6,9	6,9	7,1	6,7	6,5	6,2	6,9	6,5	7,2	6,7	7,1
El horario de atención		6,8	7,3	8,3	6,9	7,0	7,0	7,0	7,0	7,1	6,9	7,1	6,4	7,2	6,8	7,4	6,9	7,2
El trato recibido del personal sanitario		7,3	7,8	7,6	7,3	7,3	7,3	7,7	7,4	7,6	7,2	7,4	6,8	7,4	7,3	7,8	7,4	7,5
La atención a domicilio		7,0	7,7	7,5	6,7	6,8	6,7	6,7	7,4	7,1	6,8	7,0	6,5	6,9	6,6	7,7	7,1	7,3
El tiempo dedicado por el médico a cada enfermo		6,2	7,3	7,3	6,7	6,4	6,4	7,1	6,9	6,8	6,1	7,0	6,3	6,6	6,7	7,3	6,9	7,0
Conocimiento y seguimiento de la salud del usuario		6,7	7,5	7,4	7,3	6,7	6,7	7,4	7,2	7,2	6,5	7,2	6,4	7,0	7,0	7,5	7,1	7,2
La confianza y seguridad que transmite el médico		7,1	7,7	7,7	7,3	7,2	7,1	7,6	7,4	7,4	7,0	7,5	6,8	7,2	7,1	7,7	7,7	7,3
El tiempo de espera hasta entrar en consulta		5,7	6,4	6,7	5,8	5,8	5,5	5,8	6,0	5,8	5,5	5,6	5,6	5,2	5,6	6,4	6,0	6,3
Derivación al especialista en caso necesario		6,1	6,9	7,3	7,1	6,3	6,3	6,3	6,3	7,2	6,8	6,7	6,5	5,8	6,2	6,7	6,9	6,8
El equipamiento y medios técnicos de los centros		6,3	6,9	7,5	6,8	6,4	6,2	7,1	6,5	6,3	6,7	6,8	6,2	6,8	6,1	7,4	7,3	7,3
La información recibida sobre su problema de salud		6,8	7,4	7,5	7,1	6,8	6,8	7,5	7,1	7,2	6,8	7,3	6,5	6,9	7,0	7,5	7,2	7,2
Los consejos del médico sobre salud		6,7	7,1	7,5	7,1	6,6	6,8	6,9	7,2	7,1	6,9	7,1	6,3	6,9	6,2	7,1	7,1	7,0
Trámites para ver al especialista		5,7	6,6	6,5	6,2	5,9	5,5	6,4	6,1	6,3	5,9	5,7	5,6	5,6	6,1	7,0	6,4	6,5
La calidad de la atención en general		6,9	7,6	7,4	7,0	7,0	6,9	7,4	7,2	7,2	6,9	7,2	6,7	7,0	7,0	7,7	7,2	7,3
Tiempo que tarda en verle el médico desde la solicitud		6,5	6,7	8,1	6,8	6,3	6,1	6,5	7,2	6,8	6,5	6,6	5,7	6,4	6,5	6,2	6,6	7,4
Valoración promedio de todas valoraciones		6,6	7,3	7,6	6,9	6,7	6,6	7,1	6,9	7,0	6,7	6,9	6,4	6,8	6,7	7,4	7,0	7,1

Fuente: *Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.*



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 28. Porcentaje de usuarios que hayan visitado, o no, a un médico de atención especializada durante el último año.



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 29. Visitas a un médico de atención especializada, público o privado.

lizada a lo largo de estos diez años estudiados es considerable, si bien concentrado en tres años, 2001, 2003 y 2004, con dos años que podemos considerar recesivos en esta materia, 2000 y 2002.

Aunque, en conjunto, la valoración por los ciudadanos de los diferentes aspectos de la asistencia especializada ha ido mejorando, llama la atención la práctica inva-

TABLA 26. Valoración (de 1 a 10) de los diversos aspectos de la asistencia sanitaria pública, referidos a la asistencia especializada

	1995	1996-97	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
El número de especialidades a las que se tiene acceso	5,72	5,83	5,86	5,81	5,84	6,85	6,80	6,92	7,35
El equipamiento y medios tecnológicos de los centros	5,70	5,85	5,84	5,85	5,82	6,99	6,86	7,08	7,22
El trato recibido del personal sanitario	5,54	5,58	5,56	5,56	5,55	6,76	6,63	6,86	7,06
La información recibida sobre su problema de salud	5,33	5,42	5,44	5,43	5,44	6,53	6,38	6,69	6,94
La confianza y seguridad que le transmite el médico	5,33	5,37	5,37	5,41	5,40	6,42	6,35	6,58	6,90
El conocimiento del historial y la salud de cada usuario	5,14	5,24	5,24	5,27	5,23	5,95	5,86	6,11	6,41
El tiempo dedicado por el médico a cada usuario	4,90	4,90	5,01	4,98	4,99	5,68	5,69	5,85	6,15
La facilidad para conseguir cita	4,21	4,29	4,32	4,27	4,26	4,92	4,89	4,83	5,23
La calidad de la atención en general	5,37	5,41	5,41	5,42	5,39	6,46	6,36	—	—

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

riabilidad de la posición relativa de cada uno de ellos. Es decir, **el número de especialidades a las que se tiene acceso, el equipamiento y medios tecnológicos de los centros o el trato recibido del personal sanitario** son, en 2004, los factores mejor valorados de este nivel de atención sanitaria, pero ya lo eran en 1995 y también lo fueron en el año 2000.

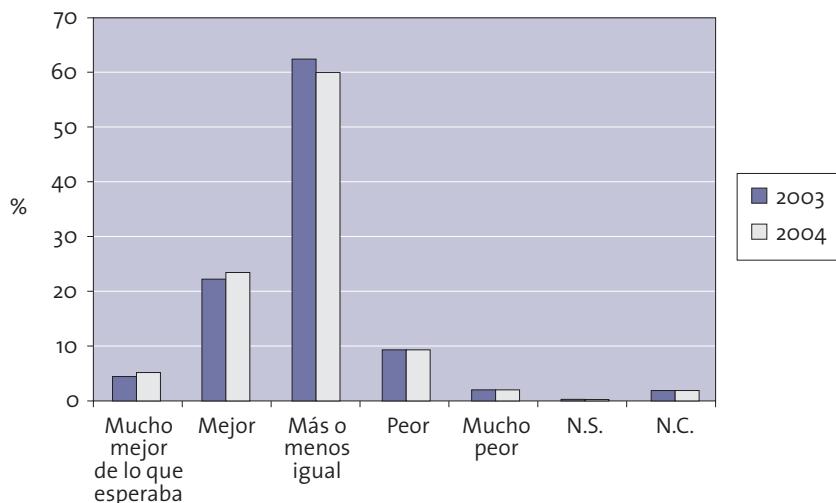
Otro tanto ocurre con la **facilidad (¿o dificultad?) para conseguir cita, el tiempo (¿escaso?) dedicado por el médico a cada usuario y el conocimiento (¿insuficiente?) del historial y la salud de cada usuario**. En 2004 estos aspectos fueron los peor valorados por los usuarios, de la misma forma que ya lo fueron hace diez y hace cinco años. Más específicamente: **la facilidad para pedir cita con el médico especialista** es el aspecto peor valorado en 2004 (5,2), tanto en la atención especializada como en la primaria. (Tabla 26).

Esta persistencia relativa de la valoración de cada uno de los atributos de los servicios sanitarios de medicina especializada permite abrir conjeturas sobre la mayor o menor vinculación de la percepción de los ciudadanos con supuestas mejoras de la calidad asistencial o, por el contrario, con factores ajenos o exógenos al funcionamiento del sistema sanitario. Bueno o menos bueno, el nivel asistencial especializado parece reflejar una cierta rigidez o dificultad para mejorar aspectos mal o poco valorados desde hace una década.

TABLA 27. Valoración de la atención recibida en las consultas de atención especializada de la sanidad pública

	2003	2004
Muy buena	14,6%	18,5%
Buena	65,6%	61,5%
Regular	14,7%	14,4%
Mala	2,8%	2,9%
Muy mala	1,4%	1,4%
N.S.	0,0%	0,3%
N.C.	0,9%	1,0%

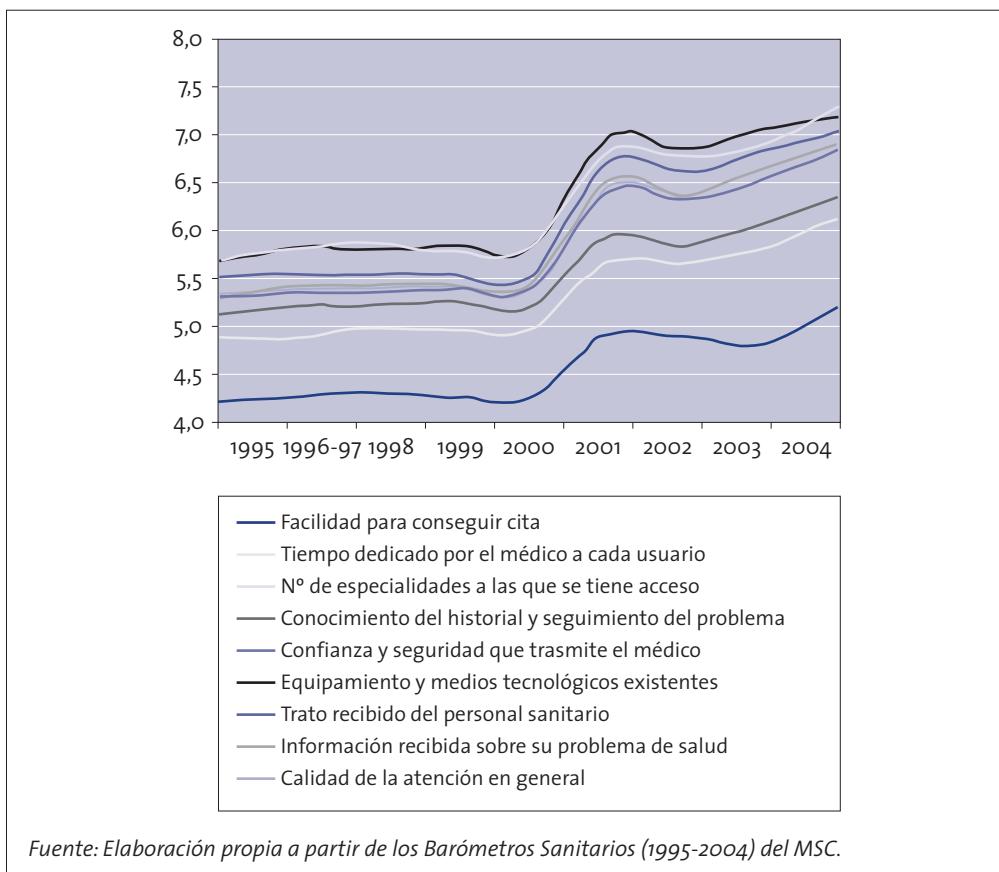
Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 30. Valoración de la asistencia especializada pública según expectativas.

Pero, pese a las dificultades de autocorrección del sistema sanitario en éste y otros niveles asistenciales, la valoración global de la asistencia especializada parece disfrutar de buena salud. De hecho, cuatro de cada cinco españoles considera que es buena o muy buena, resultado que se repite, incluso con una ligera mejoría, en los años 2003 y 2004 (Tabla 27). Un resultado consonante, en su mayoría, con las expectativas que muestran los usuarios, de los que sólo uno de cada diez manifiesta haberse sentido defraudado con la asistencia especializada. (Gráfico 30).



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 31. Valoración de los principales aspectos de la asistencia especializada.

En cierta medida, las enseñanzas que nos aporta la valoración de los usuarios respecto a la atención especializada son muy similares a las que nos ofrecía para la atención primaria: **muy buena infraestructura de centros, dotación médica y equipamientos, buena disposición y comportamiento de los profesionales sanitarios y ciertas insuficiencias organizativas** que desde el interior del sistema sanitario suelen achacarse a la saturación de los servicios pero que los usuarios no pueden valorar muy positivamente.

A pesar de ello, hay que resaltar el diferente rasero con el que aparentemente mide el usuario los diferentes niveles de atención. **La confianza y seguridad que transmite el médico** es más valorada en la atención primaria (7,43) que en la especializada (6,90); **el equipamiento y los recursos tecnológicos de los centros** se valoran mejor en la asistencia especializada (7,22) que en la primaria (6,71); **el conocimiento del historial y el seguimiento de los problemas de salud de cada usuario** es mejor valorado en la asistencia primaria (7,0) que en la especializada (6,41). (Gráfico 31).

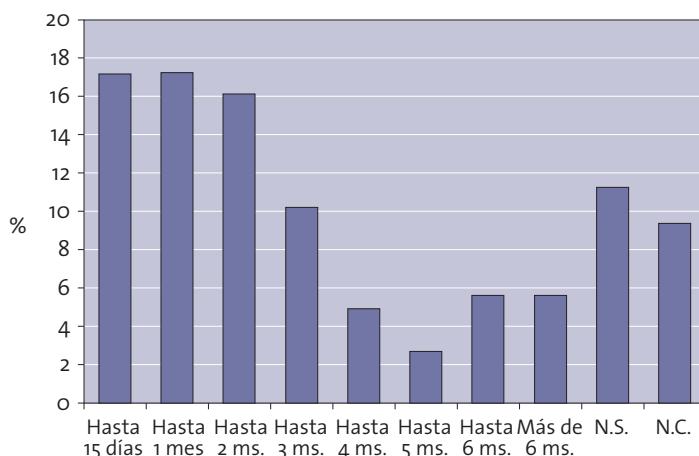
TABLA 28. Tiempo medio de espera entre la solicitud de cita y la consulta del especialista por comunidad autónoma (2004)

	Hasta 15 días	Hasta 1 mes	Hasta 2 meses	Hasta 3 meses	Hasta 4 meses	Hasta 5 meses	Hasta 6 meses	Más de 6 meses	N.S	N.C
SNS	17,2	17,2	16,1	10,2	4,9	2,7	5,6	5,6	11,2	9,3
Andalucía	16,3	12,0	13,8	11,2	6,5	5,4	6,5	8,0	14,1	6,2
Aragón	21,5	16,1	15,1	5,4	8,6	3,2	4,3	7,5	6,5	11,8
Asturias	11,6	33,3	19,3	5,0	0,8	—	—	0,8	22,4	6,7
Baleares	22,5	18,3	8,5	14,1	4,2	1,4	—	2,8	9,8	18,3
Canarias	13,6	10,0	10,0	8,2	1,8	0,9	6,4	9,1	20,9	19,1
Cantabria	9,4	4,7	20,3	14,1	9,4	3,1	3,1	3,1	17,2	15,6
Castilla-La Mancha	20,0	20,8	15,0	3,3	4,2	0,8	2,5	7,5	8,3	17,5
Castilla y León	10,8	16,5	14,4	14,4	5,1	2,9	2,2	5,0	17,9	10,8
Cataluña	23,8	18,0	17,0	10,9	4,5	2,3	5,5	4,8	4,8	8,4
Comunidad Valenciana	18,5	13,1	21,4	10,7	7,3	2,9	6,3	4,9	10,7	4,4
Extremadura	7,4	15,8	15,8	12,6	5,3	2,1	8,4	7,3	17,9	7,4
Galicia	4,0	16,0	12,0	8,7	5,3	2,7	11,3	6,0	20,7	13,3
Madrid	17,7	22,1	18,0	11,8	4,4	2,6	7,0	5,5	2,2	8,9
Murcia	17,1	21,1	21,1	3,9	2,6	2,6	1,3	3,9	7,9	18,4
Navarra	20,4	17,5	10,1	7,3	1,4	—	7,3	7,2	24,5	4,3
País Vasco	25,6	18,6	17,1	10,1	2,3	2,3	4,7	2,3	10,9	6,2
La Rioja	19,1	22,1	11,8	4,4	4,4	—	2,9	1,5	30,8	3,0

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Con frecuencia se obtiene la impresión de que los usuarios parecen más ocupados en valorar aquellas cuestiones que más les importan que aquellos aspectos que realmente funcionan mejor. De hecho, es difícil para un individuo normal contestar a preguntas sobre “la calidad de la atención, en general”, “el equipamiento y medios tecnológicos de los centros” o “el conocimiento del historial y el seguimiento de la salud de cada usuario”, sencillamente porque el usuario desconoce, casi completamente, las respuestas a tales preguntas y debe guiarse por impresiones o intuiciones muy superficiales.

Al igual que sucedía en la atención primaria, el **tiempo de espera hasta entrar en consulta, la facilidad para conseguir cita y el tiempo que tarda el médico en verle** desde que la pide, son los aspectos peor valorados por los usuarios. Sólo uno de cada tres usuarios (34,4%) espera menos de un mes para poder acudir a la consulta del especialista. Los ciudadanos de Asturias y el País Vasco son los menos desesperados de nuestra geografía sanitaria: el porcentaje de usuarios que son atendidos por el especialista en menos de un mes es del 45 y 44,2%, respectivamente. También Cata-



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 32. Porcentaje de usuarios según el tiempo de espera entre la solicitud y la cita con el especialista (2004). SNS.

luña, La Rioja, Baleares y Castilla La Mancha tienen tasas de espera de menos de un mes superiores al 40% de sus usuarios. (Tabla 28, Gráfico 32).

Por comunidades autónomas, **Asturias, Navarra y Extremadura** fueron en 2004 las regiones con mejor valoración media de su asistencia especializada. **Galicia, Canarias, Murcia y Madrid** fueron, en cambio, las que mostraron peores calificaciones medias en dicho año. Especialmente mal valorado fue el **tiempo que tarda el especialista en ver al paciente desde que éste pide la cita** en las comunidades de **Madrid, Cantabria y Andalucía**, todas ellas con puntuaciones inferiores al 4,0.

Las comunidades de **Andalucía, Galicia, Aragón y Extremadura** son las que presentan los porcentajes más elevados de usuarios con esperas superiores a los tres meses. En todas ellas, entre un 23 y un 26% esperaron más de dicho tiempo para visitar al especialista. Mención especial merece en este apartado la comunidad de Asturias, en la que sólo un 1,6% de los usuarios llega a esperar más de tres meses para visitar al especialista. No en vano, y como ya hemos visto, es la región en la que este aspecto es mejor valorado. (Tabla 29).

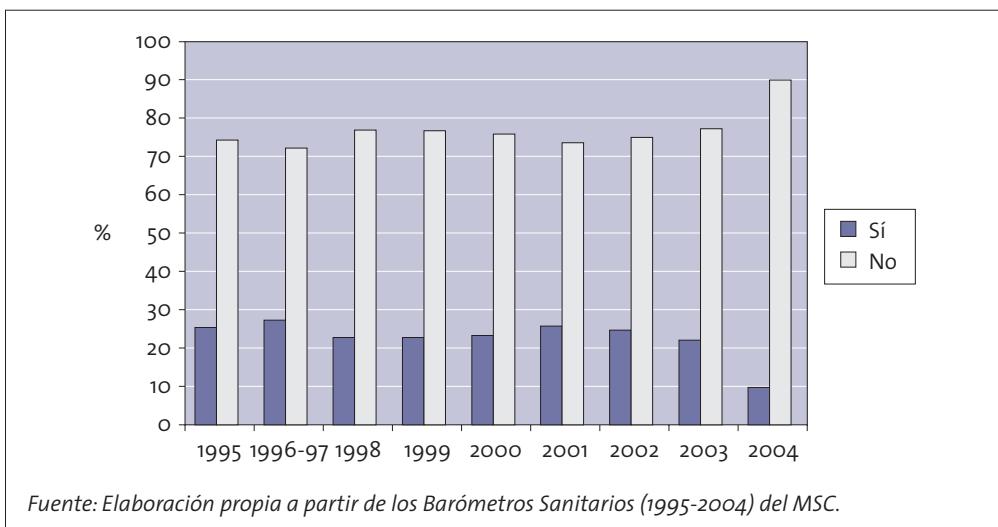
3.5 La asistencia hospitalaria y las intervenciones quirúrgicas

Entre 1995 y 2003, la tasa de hospitalización de los españoles ha estado oscilando entre un 27,5% y un 22,4%. Con estos antecedentes, la tasa más reciente de 2004, situada en un 9,8%, puede considerarse, a priori, una buena noticia para el sistema

TABLA 29. Valoración media (escala 1 a 10) de los diferentes aspectos de la asistencia sanitaria pública, referidos a la asistencia especializada, por comunidad autónoma

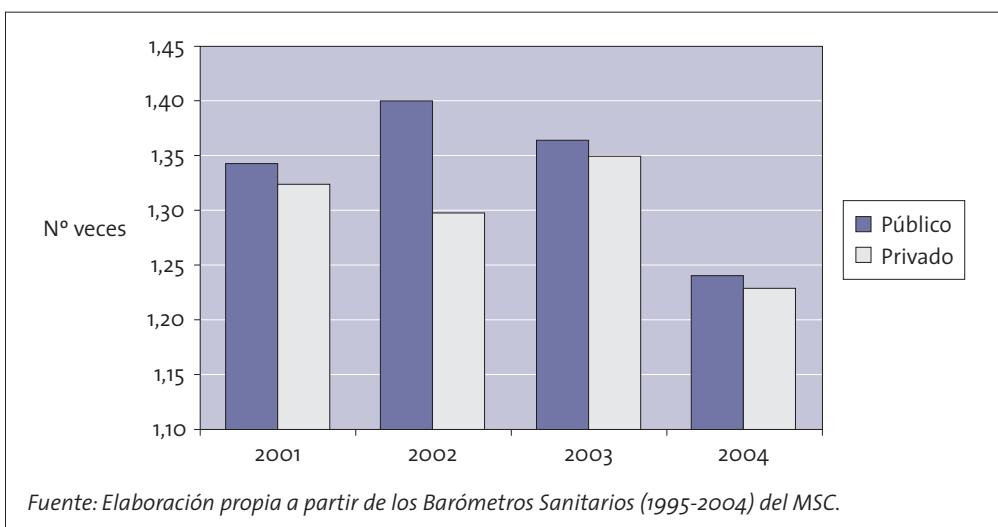
Año 2004	Andalucía	Aragón	Baleares	C. Valenciana	Canarias	Cantabria	Castilla León	Cataluña	Extremadura	Galicia	Madrid	Navarra	País Vasco	Rioja (La)	ESPAÑA			
El número de especialidades a las que se tiene acceso	7,82	7,37	9,01	7,44	6,63	6,82	7,64	7,53	7,22	7,47	7,83	6,04	7,00	7,86	7,82	6,97	7,40	7,35
El equipamiento y medios técnicos de los centros	7,15	7,42	8,28	7,33	6,50	7,07	7,59	7,24	7,37	7,19	8,12	6,35	7,07	6,96	8,06	7,36	7,12	7,22
El trato recibido del personal sanitario	7,25	7,54	7,67	7,28	6,62	7,38	7,45	7,33	7,02	6,86	7,60	6,32	6,79	6,70	7,65	7,12	7,33	7,06
La información recibida sobre su problema de salud	7,17	7,13	7,81	7,53	6,55	7,22	7,27	7,17	6,92	6,73	7,86	6,02	6,63	6,50	7,53	6,94	7,10	6,94
La confianza y seguridad que le transmite el médico	7,14	7,05	7,76	7,29	6,46	7,30	7,24	7,00	6,84	6,87	7,71	6,11	6,57	6,33	7,33	6,97	7,21	6,90
Los consejos del médico sobre ejercicio, tabaco y alcohol, etc.	6,66	6,74	7,56	7,24	6,41	6,56	6,93	6,86	6,80	6,29	7,15	5,82	6,22	5,56	7,20	6,55	6,76	6,57
El conocimiento del historial y la salud de cada usuario	6,56	6,71	7,64	7,20	5,81	6,42	7,01	6,51	6,08	6,38	7,36	5,83	6,03	5,87	7,12	6,79	6,89	6,41
El tiempo dedicado por el médico a cada usuario	5,98	6,39	7,44	6,51	5,68	6,32	6,54	6,44	5,92	6,21	7,43	5,63	5,81	6,13	6,68	6,58	6,66	6,15
El tiempo de espera hasta entrar en consulta	5,54	5,51	7,38	5,49	4,63	4,54	5,35	5,34	5,38	5,46	5,33	5,01	4,77	4,37	6,04	5,82	5,63	5,34
La facilidad para conseguir cita	4,88	5,82	6,84	5,59	4,74	5,21	6,19	5,89	5,44	5,38	4,19	4,66	4,77	5,90	5,41	6,33	5,23	
El tiempo que tarda el médico en verle desde que pide la cita	3,94	5,41	6,64	5,45	3,93	3,77	5,18	4,85	5,20	4,76	4,72	4,38	4,05	3,52	5,28	5,68	5,33	4,67
Promedio de las valoraciones	6,37	6,64	6,76	5,81	6,24	6,76	6,56	6,38	6,33	6,95	5,61	5,96	5,87	6,96	6,56	6,71	6,35	

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 33. Porcentaje de usuarios que hayan estado ingresados en un hospital, o no, durante el último año.



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

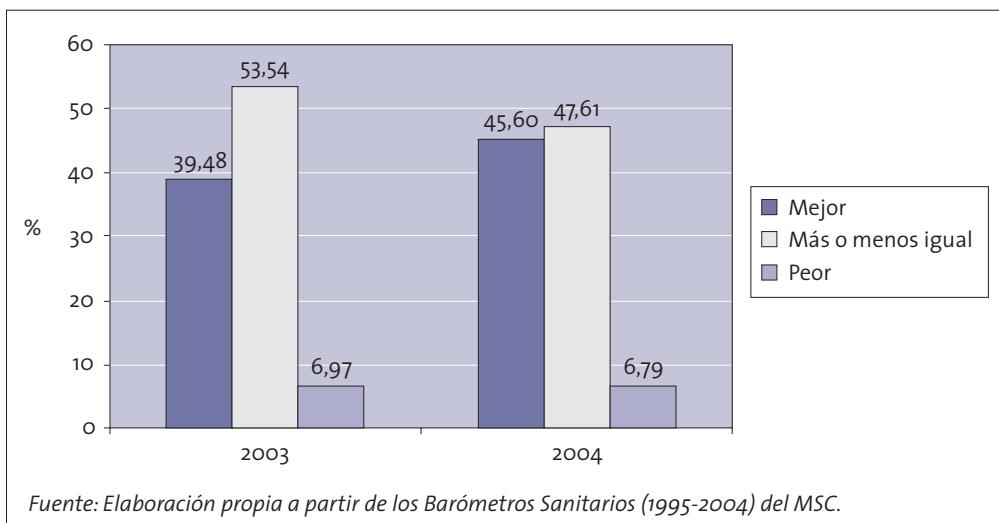
Gráfico 34. Hospitalizaciones durante el último año.

sanitario y, desde luego, en la medida en que refleje disminución de la morbilidad más severa, también lo es para la salud de los españoles (Gráfico 33). El escenario parece acaso más optimista en la medida en que también se ha registrado en los últimos años una disminución de la frequentación hospitalaria, que ha pasado de 1,36 visitas anuales en 2001 a 1,25 en 2004, en el ámbito público, y de 1,34 en 2001 a 1,23 visitas, en 2004, en el privado. (Gráfico 34).

TABLA 30. Tasas de hospitalización, frecuentación e indicador de uso de servicios hospitalarios por CC.AA.

CC.AA.	Año	Tasa de hospitalización			Indicador de uso											
		2001	2002	2003	2002	2003	2004	2002	2003	2004	2002	2003	2004	Hosp. Pública	Hosp. Privada	Hosp. Pública
Baleares	35,1	1,6	28,4	1,4	1,5	21,7	1,4	1,4	14,3	1,4	1,1	1,1	1,1	813	813	813
Madrid	30,7	1,4	25,6	1,5	1,3	23,2	1,4	1,4	10,7	1,3	1,2	1,2	1,2	704	704	704
Asturias	25,0	1,1	2,0	26,5	1,3	1,8	25,4	1,2	1,8	11,4	1,0	1,0	1,0	686	686	686
Murcia	30,2	1,6	1,6	23,2	1,4	1,6	24,3	1,2	1,0	10,5	1,2	1,7	1,7	685	685	685
Cataluña	23,9	1,4	1,2	24,4	1,5	1,3	21,8	1,4	1,5	9,4	1,3	1,5	1,5	605	605	605
Galicia	27,3	1,3	1,0	21,5	1,3	1,0	22,9	1,5	1,7	7,6	1,5	1,6	1,6	587	587	587
Cantabria	30,4	1,3	1,3	27,9	1,3	1,0	23,1	1,4	1,4	7,7	1,5	1,0	1,0	581	581	581
Andalucía	28,7	1,4	1,2	25,3	1,4	1,4	24,9	1,4	1,1	8,9	1,2	1,1	1,1	572	572	572
Navarra	30,0	2,0	1,0	23,6	1,4	1,0	20,3	1,4	1,0	11,3	1,0	1,5	1,5	562	562	562
C La Mancha	21,6	1,3	1,0	35,0	1,5	1,4	20,5	1,7	1,0	11,5	1,3	1,0	1,0	556	556	556
C Valenciana	24,6	1,2	1,0	25,7	1,4	1,3	24,1	1,4	1,5	10,4	1,3	1,1	1,1	547	547	547
Canarias	24,5	1,3	1,0	26,4	1,4	1,0	22,2	1,4	1,9	9,7	1,1	1,0	1,0	517	517	517
Aragón	24,5	1,2	1,2	24,7	1,5	1,0	20,8	1,3	1,0	12,0	1,2	1,5	1,5	497	497	497
País Vasco	22,0	1,5	2,0	15,6	1,3	1,0	18,6	1,3	1,0	10,9	1,2	1,2	1,2	457	457	457
Extremadura	31,8	1,6	1,0	25,2	1,7	1,5	15,5	1,4	0,1	8,3	1,0	1,0	1,0	414	414	414
Castilla León	17,4	1,1	1,0	26,4	1,3	1,1	20,0	1,2	1,3	7,9	1,2	1,0	1,0	378	378	378
Rioja (La)	10,4	0,1	0,1	21,6	1,2	1,0	14,6	1,3	2,3	9,6	1,1	1,5	1,5	111	111	111

Fuente: *Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.*



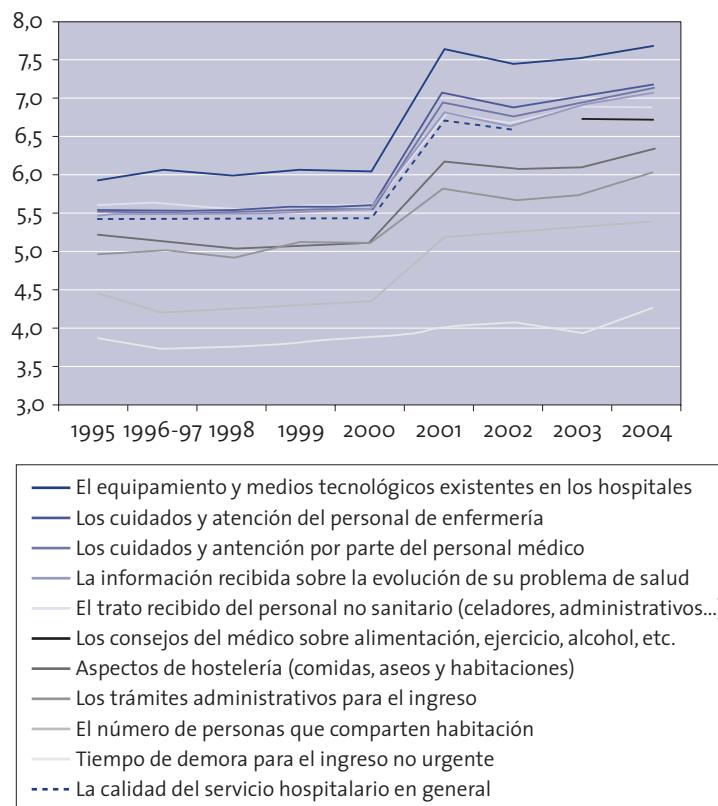
Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 35. Valoración de la atención recibida en función de las expectativas de los usuarios (%).

Los datos disponibles, de sólo cuatro años, ofrecen sin embargo un comportamiento algo errático, por lo que será preciso contrastar esta tendencia en las próximas ediciones de los BS o convalidar tales resultados a través la Encuesta de Indicadores Hospitalarios, aún no publicada para 2003 y 2004. Lo que parece evidente a la vista de los datos examinados es que hay una importante disminución del uso de servicios hospitalarios en casi todas las comunidades autónomas, perceptible tanto en las tasas de hospitalización como en la frequentación hospitalaria.

En algunas comunidades la tasa de hospitalización ha descendido más del 70% entre 2001 y 2004. Es el caso de Cantabria o Extremadura, que en 2001 tenían tasas de hospitalización superiores al 30%, y en 2004 presentan tasas en torno al 8%. Galicia, Cantabria y Castilla y León tienen en 2004 las tasas de hospitalización más bajas, estando todas ellas por debajo del 8%. Baleares, seguida de Aragón y Asturias, mantienen actualmente (2004) la tasa de hospitalización más elevada de todas las comunidades españolas, posición que también ocupaba en 2001. También, Galicia presenta las cifras de frequentación más elevadas con 1,6 en hospitalización privada y 1,5 en pública. (Tabla 30).

En el año 2004, casi la mitad de los usuarios (45,6%) afirmaron haber recibido mejor atención en el hospital de la que esperaban, lo cual, independientemente de cuáles fueran las expectativas previas, constituye una evaluación positiva que supera al 39,5% que, en 2003, manifestaron haber sido atendidos mejor de lo que esperaban. (Gráfico 35).



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 36. Valoración (escala 1 a 10) de los distintos aspectos de la atención hospitalaria.

Al igual que sucedía con los diferentes aspectos de la asistencia especializada, a pesar de las variaciones en el conjunto de los mismos, la posición relativa que cada uno de dichos aspectos es muy constante en todo el periodo considerado, manteniéndose un orden similar desde 1995. En dicho año, era ya la infraestructura técnica, **el equipamiento y medios tecnológicos de los hospitales**, el punto más fuerte de la asistencia hospitalaria. Lo sigue siendo actualmente (en 2004), si bien con puntuaciones más elevadas, como ocurre con la mayoría del resto de los aspectos estudiados. **Los cuidados y el trato de enfermeros, médicos y personal no sanitario** son también aspectos bien valorados por los usuarios, así como **la información recibida sobre la evolución de su estado de salud**.

Nuevamente vuelve a ser el tiempo el punto más débil del sistema sanitario, en este caso **el tiempo de demora para los ingresos no urgentes**, único aspecto de la asistencia hospitalaria que ha suspendido de forma recurrente en todas las ediciones de los BS a lo largo de la década de análisis. Los aspectos valorados más mode-

TABLA 31. Valoración (escala 1 a 10) de los distintos aspectos de la asistencia hospitalaria

	1995	1996-97	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
El equipamiento y medios tecnológicos de los hospitales	5,95	6,06	6,02	6,08	6,07	7,68	7,46	7,53	7,71
Los cuidados y atención del personal de enfermería	5,57	5,57	5,54	5,59	5,64	7,10	6,87	7,04	7,20
Los cuidados y atención por parte del personal médico	5,53	5,52	5,48	5,51	5,55	6,99	6,75	6,97	7,13
La información recibida sobre la evolución de su problema de salud	5,46	5,48	5,49	5,54	5,54	6,80	6,67	6,92	7,10
El trato del personal no sanitario (celadores, administrativos...)	5,60	5,63	5,56	5,60	5,60	6,84	6,71	6,90	6,88
Los consejos del médico sobre alimentación, ejercicio, etc.	—	—	—	—	—	—	—	6,72	6,74
Aspectos de hostelería (comidas, aseos y habitaciones)	5,24	5,15	5,07	5,10	5,12	6,18	6,11	6,14	6,35
Los trámites administrativos para el ingreso	4,98	5,03	4,96	5,12	5,12	5,84	5,70	5,76	6,04
El número de personas que comparten habitación	4,49	4,22	4,27	4,32	4,37	5,22	5,24	5,29	5,40
Tiempo de demora para el ingreso no urgente	3,92	3,77	3,75	3,83	3,88	4,00	4,11	3,97	4,27
La calidad del servicio hospitalario, en general	5,46	5,47	5,46	5,47	5,47	6,77	6,63	—	—

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

tamente calificados son los relacionados con la **hostelería y la gestión hospitalaria**. De nuevo, la gestión administrativa y las insuficiencias organizativas y de calidad en general, pero ajena a los aspectos clínicos y médicos, tiran hacia debajo de la nota media del sistema sanitario, en este caso en el ámbito hospitalario. Existe una demanda mayoritaria (que se incrementa con el nivel superior de renta) de los usuarios (54,6%) que desearía disponer de habitación individual en los hospitales públicos, si bien uno de cada cuatro se muestra indiferente ante el tema, poniendo su preocupación únicamente en la atención sanitaria recibida. (Gráfico 36, Tabla 31).

Las comunidades de Navarra y Asturias presentan unos resultados extraordinarios en cuanto a satisfacción de la atención hospitalaria. En ambas regiones el 100% de los encuestados manifestaron buena o muy buena valoración de la atención recibida. Al margen de las diferencias entre una u otra región⁴, cabe resaltar el elevado

⁴ Como ya se ha comentado en páginas anteriores, en algunas comunidades, como La Rioja o Cantabria, las submuestras de los BS son muy pequeñas, por lo que los resultados deben valorarse con prudencia.

TABLA 32. Valoración de la atención que ha recibido en el hospital público

	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala	N.C.	IS ₁ *
Cantabria	46,16	53,84	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Navarra	47,50	52,50	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Baleares (Islas)	31,28	62,43	6,29	0,00	0,00	0,00	93,71
Comunidad Valenciana	38,30	55,31	6,39	0,00	0,00	0,00	93,61
Castilla y León	20,03	73,29	6,68	0,00	0,00	0,00	93,32
Aragón	26,66	66,67	3,34	0,00	3,34	0,00	89,99
Castilla-La Mancha	26,46	61,79	8,82	0,00	0,00	2,93	88,25
Madrid (Comunidad de)	28,36	62,19	1,90	1,90	1,88	3,79	86,77
Andalucía	27,68	60,02	10,77	0,00	1,53	0,00	86,16
País Vasco	22,23	66,66	8,33	2,78	0,00	0,00	86,11
Galicia	15,65	68,73	9,38	3,11	0,00	3,13	81,26
Murcia (Región de)	33,33	57,15	0,00	4,72	4,79	0,00	80,97
Canarias	34,49	48,25	13,81	3,44	0,00	0,00	79,30
Cataluña	22,58	59,68	12,90	4,84	0,00	0,00	77,42
Extremadura	42,82	38,08	14,32	0,00	4,79	0,00	76,11
Asturias	58,71	17,28	3,52	0,00	0,00	20,49	75,99
Rioja (La)	33,43	46,61	13,33	0,00	6,63	0,00	73,42

* Indicadores de satisfacción orientativos: suma de % valoraciones positivas menos suma de % de valoraciones negativas.

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

nivel de satisfacción que reflejan los datos evaluados, ya que en todas ellas el porcentaje de encuestados que valoran como buena o muy buena la atención recibida supera el 75%. (Tabla 32).

Los datos sobre satisfacción referidos a las expectativas previas de los usuarios deben analizarse y valorarse con el debido cuidado, ya que en las comunidades en las que el nivel de calidad de la asistencia sanitaria es generalmente más elevado, las expectativas de los ciudadanos también lo son, por lo que es problemático establecer comparaciones entre unas y otras. En todo caso, pueden destacarse los elevados niveles de satisfacción en las comunidades del País Vasco, Asturias y Navarra, que sirven para convalidar elevados niveles de calidad ya contrastados (Tabla 33).

Si excluimos del cómputo los partos y cesáreas, la proporción de ingresos hospitalarios con objeto de realizar una intervención quirúrgica son en España menos de la mitad del total de ingresos. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2003, sólo el 47,9% de los ingresos se realizan con este fin (Gráfico 37). Los datos del BS 2004 sitúan esta cifra en el 46,7% de los ingresos (Gráfico 38). En los últimos

TABLA 33. Valoración de la atención recibida en hospital público en relación a las expectativas

	Mucho mejor de lo que esperaba	Más o menos igual		Peor	Mucho peor	N.C.	IS ₂ *
		Mejor					
País Vasco	8,34	55,56	33,33	2,78	0,00	0,00	61,11
Asturias (Principado de)	41,29	21,10	13,61	3,52	0,00	20,49	58,87
Navarra	4,80	47,40	43,10	0,00	0,00	4,70	52,20
Comunidad Valenciana	10,65	38,30	48,92	2,13	0,00	0,00	46,82
Canarias	13,78	44,85	24,14	13,80	0,00	3,44	44,83
Aragón	3,34	46,67	43,33	6,67	0,00	0,00	43,33
Castilla y León	0,00	46,63	50,00	0,00	3,37	0,00	43,26
Andalucía	9,22	36,90	47,72	4,62	1,53	0,00	39,97
Madrid (Comunidad de)	7,58	39,57	39,63	9,42	0,00	3,79	37,74
Baleares (Islas)	12,46	31,28	43,74	6,29	0,00	6,23	37,44
Extremadura	9,57	33,29	47,61	9,53	0,00	0,00	33,33
Castilla-La Mancha	11,78	29,39	47,08	8,82	0,00	2,93	32,35
Galicia	3,11	31,27	59,37	3,11	0,00	3,13	31,27
Murcia (Región de)	4,79	33,33	52,36	4,72	4,79	0,00	28,61
Cataluña	6,45	20,97	62,91	9,68	0,00	0,00	17,74
Cantabria	23,08	0,00	69,23	7,69	0,00	0,00	15,40
Rioja (La)	13,33	6,70	66,64	6,70	6,63	0,00	6,70

* Indicadores de satisfacción orientativos: suma de % valoraciones positivas menos suma de % de valoraciones negativas.

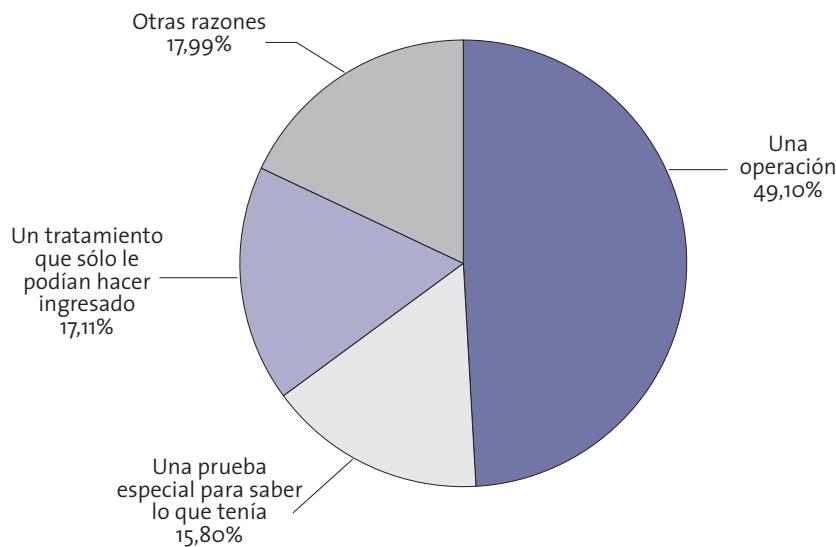
Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

años se aprecia una disminución de la proporción de ingresos hospitalarios para intervención y tratamiento y un aumento de los destinados a pruebas y diagnóstico. Aún con ello, la intervención quirúrgica es el motivo de ingreso en un hospital para una mayoría de usuarios.

3.6 Los servicios de urgencias

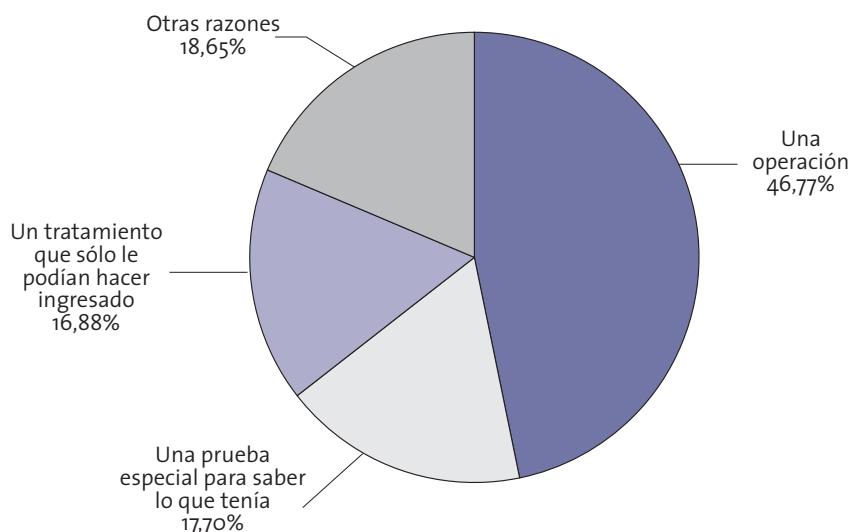
Si la intervención quirúrgica es la razón más frecuente del ingreso hospitalario, el servicio de urgencias es el cauce mayoritario para hacerlo. Un 55,6% de los ingresos hospitalarios⁵ se realizan de esta forma, es decir, la puerta de urgencias es, en España, la puerta principal de los centros hospitalarios. Según los datos de la ENS, 2003, una de cada cinco personas que accede a urgencias hospitalarias lo hace por indicación de su propio médico. Los datos proporcionados por los BS para 2003 y 2004

⁵ Encuesta Nacional de Salud, 2003



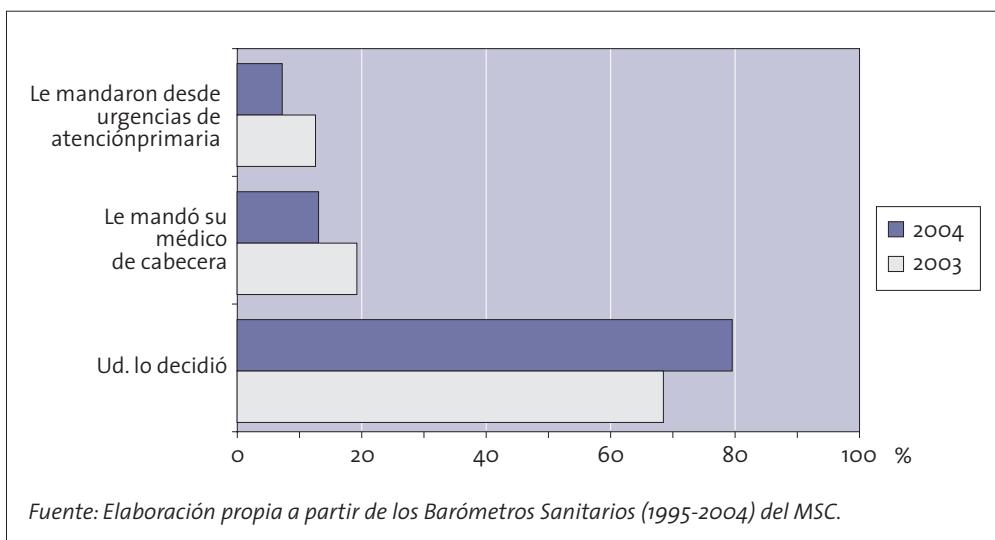
Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 37. Porcentajes en función del motivo por el que se ingresó en un hospital la última vez (2003).



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 38. Porcentajes en función del motivo por el que se ingresó en un hospital la última vez (2004).



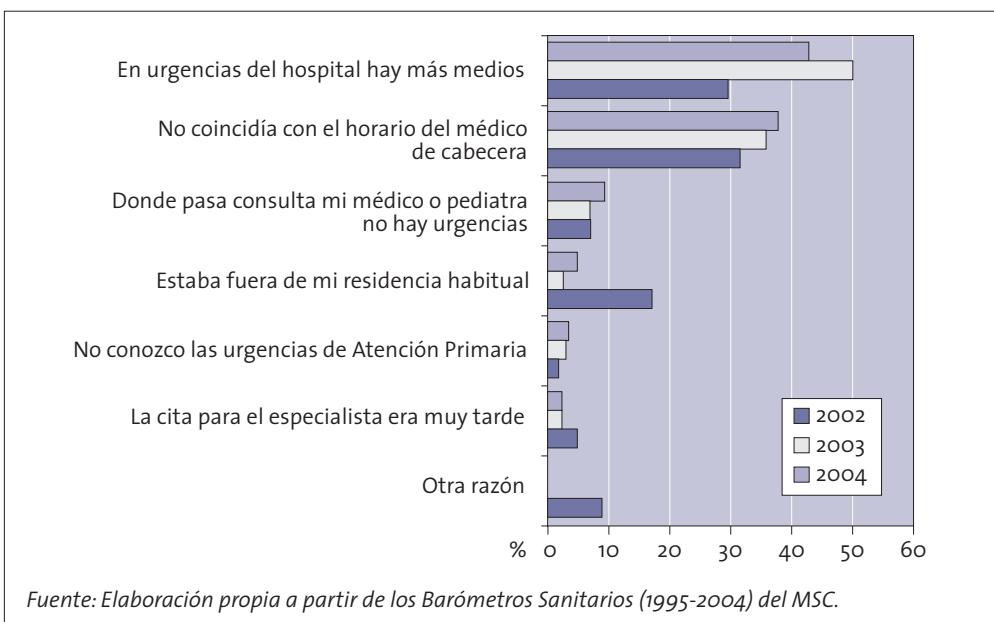
Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 39. Porcentaje de usuarios según fuente de la decisión de acudir a urgencias.

confirman dicha cifra e indican que la proporción de ciudadanos que utiliza este cauce se incrementa. Si en 2003 fueron un 68,7%, de los usuarios del servicio de urgencias, los que utilizaron este cauce por decisión propia, en 2004 este porcentaje había ascendido al 77,3% (Gráfico 39). Pese a ello, la frecuentación de servicios de urgencia es decreciente, habiendo pasado de 2,42 (2003) a 1,88 (2004) en el ámbito público y de 2,55 (2003) a 2,05 (2004) en el privado.

El miedo y la prudencia ante dilaciones fatales, el desconocimiento de la gravedad de los síntomas o dolencias, y también el deseo de evitar otros cauces más lentos (a menudo, mucho más lentos) llevan a muchos usuarios a utilizar la urgencia que en una gran cantidad de casos no lo requieren. Ciertamente, el grado de utilización de los servicios de urgencias está relacionado con el desarrollo de los servicios sanitarios, pero también con el propio nivel educativo del usuario. Un mayor nivel educativo de las personas está correlacionado positivamente con una menor utilización de las urgencias, si bien es cierto que ambas variables se encuentran conectadas con una, que es el nivel de salud.

Los hospitales públicos atienden (ENS, 2003) las dos terceras partes de las urgencias. Sin embargo, pese a que, con frecuencia, se relaciona la sobreutilización de los servicios de urgencia de los hospitales públicos con el desconocimiento médico por parte de los usuarios y con el deseo de eludir colas, listas y demoras, las razones que con más frecuencia alegan éstos mayoritariamente están relacionadas con problemas de dotación e infraestructura sanitaria, tanto en medios humanos como en equipamiento técnico.



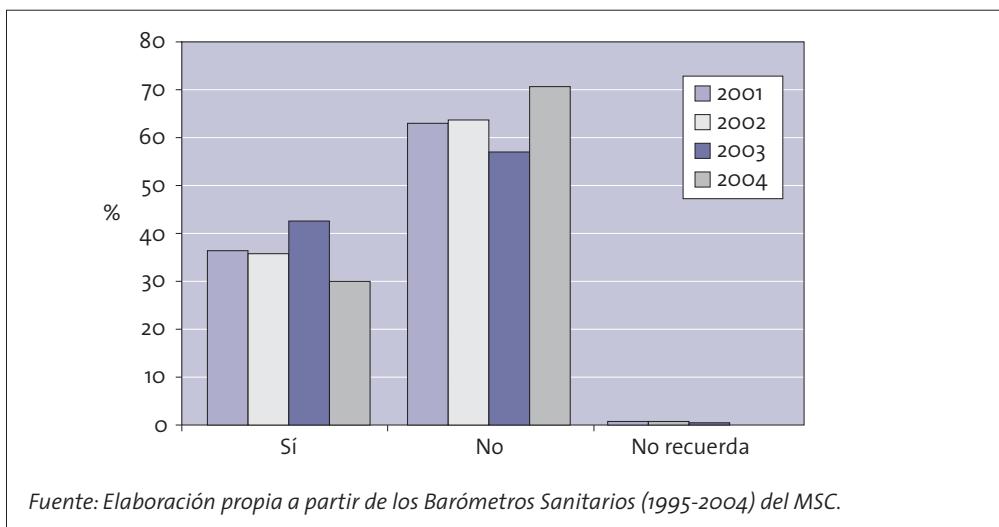
Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 40. Porcentaje de usuarios en función de la razón por la que acudieron al servicio de urgencias público.

De hecho, el 95% de los usuarios alegaron en 2003 y 2004 razones de este tipo: existencia de mejores medios técnicos en los servicios de urgencias de los hospitales; no disponibilidad del médico de cabecera o estar fuera de la residencia habitual. Sólo un 5% alegaron desconocimiento de las urgencias de atención primaria o el hecho de que la cita para el especialista fuera muy tarde (Gráfico 40). El dato positivo es que en los últimos años se registra una disminución de la tasa de utilización de servicios de urgencia: 42,6% en 2003 y 29,67% en 2004. (Gráfico 41).

Las comunidades autónomas que registraron, en 2004, una mayor tasa de urgencias⁶ son las de las Islas Baleares y Canarias, Andalucía, Comunidad Valenciana y Murcia. Por el contrario, las regiones donde las situaciones de urgencia que desembocan en un centro sanitario son menores son las de Castilla y León, Castilla-La Mancha y el País Vasco. En casi todas las comunidades se verifica una paulatina reducción de las situaciones de urgencia. En algunas de ellas, como La Rioja o Navarra, esta circunstancia no se registra, pero no hallamos otra explicación para ello que el escaso tamaño de la muestra en algunas comunidades, al que ya hemos aludido, y que estimamos puede producir algunos datos de dudosa representatividad. (Tabla 34).

⁶ La pregunta del cuestionario del BS no interroga sobre ingresos hospitalarios, sino sobre situaciones de urgencia que obligan a acudir a un centro sanitario, por lo que la tasa es más elevada que la de ingresos por servicios de urgencias (un 26,5% en 2003, ENS).



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 41. Porcentaje de usuarios en función de haber acudido a un centro sanitario por un problema urgente durante el último año.

TABLA 34. Porcentaje de usuarios que tuvieron que acudir a un centro sanitario durante el último año por un problema urgente

	2001		2002		2003		2004	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Baleares (Islas)	41,6%	58,4%	54,2%	45,8%	40,0%	60,0%	39,4%	60,6%
Canarias	32,0%	68,0%	40,4%	59,6%	47,6%	52,4%	33,0%	67,0%
Andalucía	37,4%	62,6%	36,7%	63,3%	43,2%	56,8%	32,9%	67,1%
C. Valenciana	42,2%	57,8%	46,6%	53,4%	49,1%	50,9%	32,0%	68,0%
Murcia (Región de)	34,9%	65,1%	45,5%	54,5%	53,7%	46,3%	31,8%	68,2%
Madrid	44,3%	55,7%	35,3%	64,7%	47,4%	52,6%	31,6%	68,4%
Cataluña	44,3%	55,7%	33,0%	67,0%	47,1%	52,9%	31,2%	68,8%
Extremadura	37,5%	62,5%	39,9%	60,1%	44,9%	55,1%	29,8%	70,2%
Cantabria	37,7%	62,3%	24,0%	76,0%	46,8%	53,2%	28,5%	71,5%
Galicia	29,3%	70,7%	29,9%	70,1%	35,3%	64,7%	28,5%	71,5%
Asturias	28,3%	71,7%	34,9%	65,1%	35,5%	64,5%	26,3%	73,7%
Aragón	31,2%	68,8%	39,3%	60,7%	35,6%	64,4%	25,0%	75,0%
Rioja (La)	6,1%	93,9%	27,2%	72,8%	27,6%	72,4%	24,7%	75,3%
Navarra	17,4%	82,6%	18,5%	81,5%	35,3%	64,7%	24,5%	75,5%
País Vasco	34,1%	65,9%	16,3%	83,7%	32,6%	67,4%	22,6%	77,4%
Castilla-La Mancha	27,0%	73,0%	44,8%	55,2%	39,2%	60,8%	22,4%	77,6%
Castilla y León	21,7%	78,3%	34,2%	65,8%	31,6%	68,4%	22,3%	77,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

TABLA 35. Valoración de los usuarios de la información facilitada por los servicios sanitarios sobre diversas materias relacionadas con la actividad sanitaria

	1995	1996-97	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
La información emitida a través de las campañas dirigidas a la población sobre los principales problemas de salud	4,59	4,70	4,71	4,71	4,67	4,95	4,98	5,32	5,40
La información disponible sobre qué trámites realizar para acceder al especialista o ingresar en un hospital	4,47	4,56	4,63	4,70	4,66	4,89	4,84	4,97	5,05
La información que da la Administración sanitaria sobre los servicios que presta	4,48	4,66	4,55	4,62	4,56	4,56	4,57	4,80	4,80
La información sobre medidas y leyes adoptadas por las autoridades sanitarias	4,03	4,26	4,31	4,37	4,33	3,84	3,89	4,12	4,17
La información acerca de los derechos y vías de reclamación de que disponen los usuarios	4,06	4,20	4,15	4,21	4,19	3,86	3,86	4,09	4,13

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

3.7 La información en el sistema sanitario

Para terminar el apartado de las cuestiones que han tenido cierta continuidad en los BS, comentaremos brevemente, en la medida en que lo permiten los propios cuestionarios utilizados, la respuesta de los españoles a la información que reciben desde los propios agentes de los servicios sanitarios (Tabla 35). La comparación de las puntuaciones que los usuarios facilitan sobre la información que reciben, con las ya vistas sobre la propia actividad clínico-sanitaria, hace pensar que nos encontramos ante uno de los puntos más débiles del sistema sanitario. Dentro de los pocos apartados que el cuestionario de los BS ha sabido escudriñar sobre las distintas categorías de información que el ciudadano recibe, la mayor parte de ellas no obtienen un aprobado y las que sí lo hacen, obtienen puntuaciones realmente bajas en contraste con las que hemos venido viendo anteriormente.

La información acerca de los derechos y vías de reclamación de que disponen los usuarios obtiene la puntuación más baja (4,13 en 2004), sin llegar en ningún año de la década examinada al aprobado. La información sobre medidas y leyes adoptadas por las autoridades sanitarias y la facilitada sobre los servicios que presta tampoco obtienen el aprobado de los ciudadanos. Tan sólo la información sobre trámites de acceso al especialista y las campañas de información dirigidas a la población consiguen un ajustado aprobado, después de ocho o nueve años sin conseguirlo.

Las persistentes puntuaciones negativas sobre temas de información al paciente y al ciudadano en general, proyectan la visión de un sistema sanitario autista y ajeno a las preocupaciones de los usuarios, con un gran déficit de empatía frente a éstos y acaso demasiado volcado en la labor de diagnóstico y terapéutica. Esta gestión de la enfermedad, aun siendo parte esencial e irrenunciable de la actividad sanitaria, precisa como complemento una mayor capacidad empática, competente para sintonizar y resolver las dudas e inquietudes de pacientes y usuarios más allá de la obtención de su respeto, admiración y elevada valoración, objetivo que, como ya se ha visto, está plenamente conseguido.

Preguntas de coyuntura en la serie 1995-2004, agrupadas por tema



En este epígrafe vamos a analizar la opinión de los ciudadanos sobre algunos temas que en su día fueron de interés para el Ministerio de Sanidad y Consumo. El atractivo de este capítulo es doble: por una parte, se identifican los aspectos y cuestiones específicas por las que los gestores del MSC han sentido especial preocupación por conocer la opinión pública y, por otra, el recoger la visión de la sociedad española sobre ciertos temas del pasado reciente de nuestra historia.

En el capítulo segundo ya se hizo una descripción de los temas y de su importancia relativa, motivo por el que comenzaremos por describir los más importantes de ellos, que aparecen en la tabla 12 (*pág. 24*).

4.1 Las listas de espera

Una de las principales preocupaciones a lo largo de la serie enlazada de los barómetros sanitarios por parte de los diferentes responsables del MSC han sido las listas de espera. Por este motivo, en todos los barómetros, salvo el de 1999, existen preguntas sobre las listas de espera, siendo su número relativamente pequeño, 20 preguntas, pero repetidas a lo largo de diversos años. Este aspecto nos permite construir para alguna variable series temporales, lo que pone de manifiesto el interés que ha tenido el MSC por conocer la evolución de la opinión de los ciudadanos sobre su percepción en cuanto a las listas de espera.

No cabe duda que el problema de las listas de espera es uno de los grandes retos de cualquier sistema de salud, con independencia de su modelo de organización, de gestión o de financiación. En España desde la aparición del informe del defensor del pueblo^[11] el problema de la gestión de las listas de espera se convirtió en una prioridad tanto para el MSC, como para las consejerías de sanidad de las comunidades autónomas: sirva de ejemplo la Ley de Garantía de Castilla-La Mancha^[12] o, por ejemplo, el plan integral de reducción de la lista de espera quirúrgica de la Comunidad de Madrid^[13], como simples muestras de la importancia que el tema tiene para los diversos gestores del SNS.

TABLA 36. En general, ¿cree Ud. que, durante el último año, el problema de las listas de espera....? (Barómetro 2004)

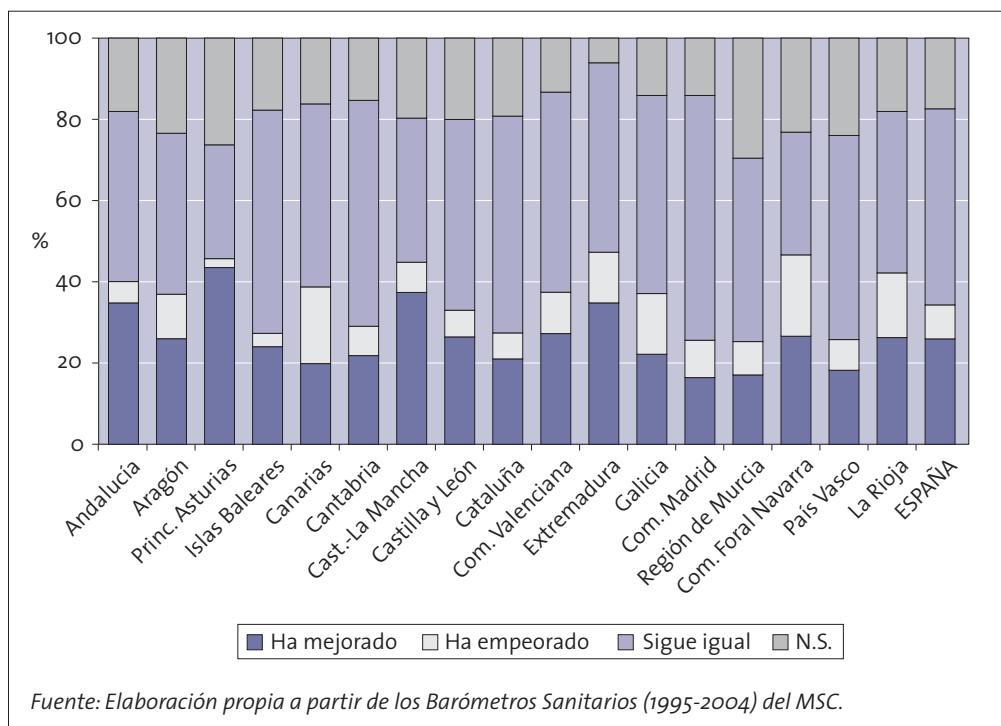
	Ha mejorado	Ha empeorado	Sigue igual	N.S.
Andalucía	35,2%	4,9%	41,9%	18,1%
Aragón	26,2%	10,6%	40,4%	22,7%
Principado de Asturias	43,7%	2,2%	28,1%	25,9%
Islas Baleares	24,3%	3,5%	54,8%	17,4%
Canarias	20,0%	19,4%	44,5%	16,1%
Cantabria	22,1%	7,7%	54,8%	15,4%
Castilla-La Mancha	37,6%	7,3%	35,8%	19,4%
Castilla y León	26,3%	6,9%	47,0%	19,8%
Cataluña	21,1%	6,6%	53,4%	18,9%
Comunidad Valenciana	27,6%	10,0%	49,5%	12,9%
Extremadura	34,8%	12,9%	46,2%	6,1%
Galicia	22,3%	14,8%	48,9%	14,0%
Comunidad de Madrid	16,1%	9,8%	60,1%	14,0%
Región de Murcia	16,9%	8,5%	45,4%	29,2%
Com. Foral de Navarra	26,7%	19,8%	30,7%	22,8%
País Vasco	18,7%	7,3%	50,3%	23,8%
La Rioja	26,3%	16,2%	39,4%	18,2%
España	25,7%	8,6%	48,0%	17,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

En esencia, las listas de espera surgen como una forma de racionamiento implícito, cuando se produce un desequilibrio entre la oferta y la demanda de atención sanitaria en modelos donde la provisión de servicios sanitarios se realiza básicamente a través del sistema público. A pesar de no afectar a los casos urgentes, son uno de los aspectos que mayor insatisfacción producen entre los usuarios de la sanidad, fundamentalmente tanto por el mero hecho de su existencia, como por el retraso que implican a la hora de acceder a la atención sanitaria. El indicador más importante es el tiempo de espera más que el número de personas en lista.

Por eso es conveniente saber qué piensan los españoles sobre la evolución del problema de la lista de espera (Tabla 36).

Tal como se aprecia en el gráfico 42 prácticamente el 50% de los encuestados piensan que el problema de las listas de espera ha permanecido invariable a lo largo del último año, mientras que el 25,7% considera que ha mejorado, frente al 8,6% que opina que empeoró. Respecto a las repuestas por comunidad autónoma, destaca la buena percepción que tienen los asturianos, ya que el 43,7% considera que el problema de las listas de espera mejoró en el último año. Igualmente positivos se



Fuente: *Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.*

Gráfico 42. Evolución de la percepción del problema de las listas de espera por CC.AA. (2004).

muestran los castellano-manchegos con un 37,6% de ciudadanos que piensan que la situación mejoró en el último año. En el extremo opuesto se sitúan los navarros, ya que casi el 20% piensan que la situación ha empeorado.

El análisis de las preguntas de coyuntura de la serie enlazada agrupadas por temas nos permite estudiar la existencia de relaciones entre dos preguntas del mismo tema, pero de distinto año. En este sentido, en el barómetro del año 2003 se preguntaba a los ciudadanos si creían que las autoridades sanitarias estaban llevando a cabo medidas para mejorar las listas de espera. Tal como se aprecia en la tabla 37 y en el gráfico 43, las dos comunidades que tienen un mayor porcentaje positivo son Castilla-La Mancha, 65,2%, y Asturias, 63,3%, precisamente las que obtenían los mejores resultados en la pregunta anterior del barómetro 2004.

En este sentido, parece que el modelo de gestión de las listas de espera llevado a cabo en Castilla-La Mancha, con la ley de garantías como elemento clave, no sólo está siendo eficaz a la hora de reducir los tiempos medios de espera, sino que es percibido por los ciudadanos como un modelo capaz de mejorar el problema en cuestión. Lo mismo podemos decir de Asturias, cuya gestión de listas de espera ha tomado como referencia el modelo castellano manchego.

TABLA 37. ¿Cree Ud. que las autoridades sanitarias están llevando a cabo acciones destinadas a mejorar las listas de espera? (Barómetro 2003)

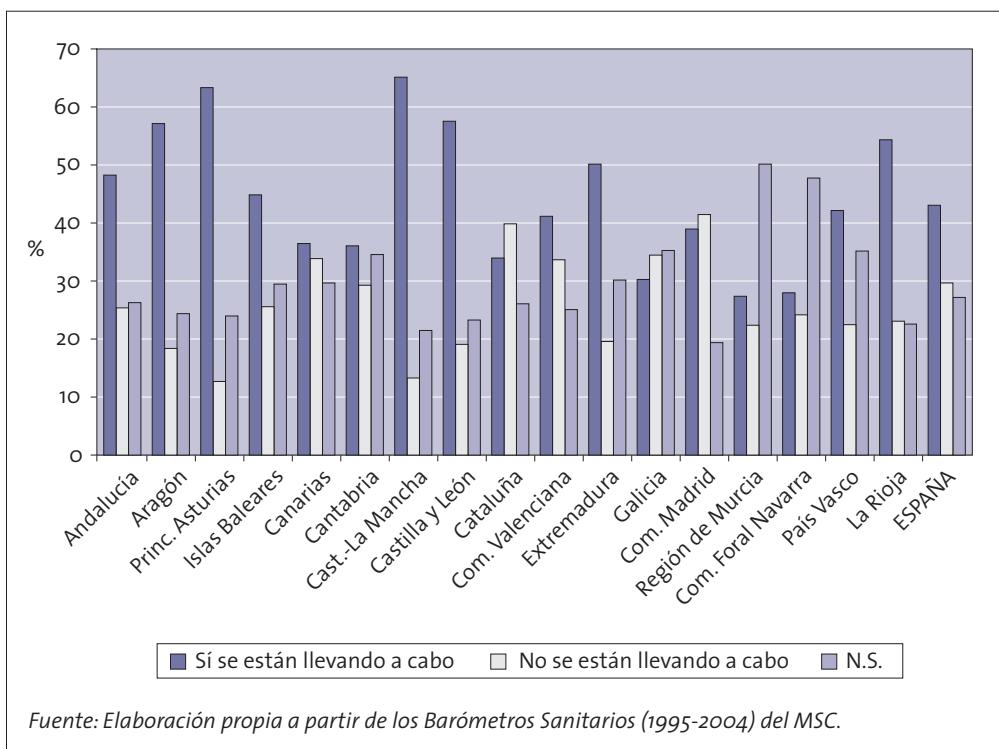
	Sí, se están llevando a cabo	No, no se están llevando a cabo	N.S.
Andalucía	48,3%	25,4%	26,3%
Aragón	57,2%	18,4%	24,4%
Principado de Asturias	63,3%	12,7%	24,0%
Islas Baleares	44,9%	25,6%	29,5%
Canarias	36,5%	33,9%	29,7%
Cantabria	36,1%	29,3%	34,6%
Castilla-La Mancha	65,2%	13,3%	21,5%
Castilla y León	57,6%	19,1%	23,3%
Cataluña	34,0%	39,9%	26,1%
Comunidad Valenciana	41,2%	33,7%	25,1%
Extremadura	50,2%	19,6%	30,2%
Galicia	30,3%	34,5%	35,3%
Comunidad de Madrid	39,0%	41,5%	19,4%
Región de Murcia	27,4%	22,4%	50,2%
Com. Foral de Navarra	28,0%	24,2%	47,8%
País Vasco	42,2%	22,5%	35,2%
La Rioja	54,4%	23,1%	22,6%
España	43,1%	29,7%	27,2%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Un aspecto esencial es la conciencia por parte de los ciudadanos de la existencia del problema de las listas de espera. Sobre este tema existen cuatro preguntas que han aparecido a lo largo de cinco barómetros diferentes.

Como podemos observar en la tabla 38, salvo en los ingresos hospitalarios por operación, donde ya la percepción de la existencia de listas de espera era, en 1996, muy elevada (89,7%), en el resto de las preguntas existe un aumento del porcentaje de respuestas positivas, situándose todas, en el año 2003, por encima del 81%. El mayor incremento se da en las respuestas que tienen que ver con la existencia de listas de espera para la realización de pruebas diagnósticas, que pasa del 73,3% en 1996-1997 al 82% en el 2003. (Gráfico 44).

En resumen, podemos concluir este apartado afirmando que el problema de las listas de espera ha sido uno de los aspectos que más ha preocupado a los diferentes responsables del MSC, ya que tiene una presencia constante en las preguntas de coyuntura, existiendo incluso la posibilidad de tener para alguna de ellas respuestas homogéneas para 5 años. Dichas preguntas muestran cómo la preocupación y la concien-



Fuente: *Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.*

Gráfico 43. Opinión acerca de las medidas llevadas a cabo para mejorar las listas de espera por CC.AA. (2003).

TABLA 38. ¿Cree que en la actualidad existen en la sanidad pública listas de espera para ...?

		1996-97	2000	2001	2002	2003
La consulta del especialista	Sí	85,2%	85,4%	87,8%	89,1%	89,2%
	No	7,3%	7,1%	4,8%	4,6%	4,3%
	N.S.	7,6%	7,5%	7,4%	6,3%	6,4%
Pruebas diagnósticas	Sí	73,3%	71,5%	75,2%	76,8%	82,0%
	No	18,2%	18,5%	15,9%	15,5%	9,7%
	N.S.	8,5%	10,0%	8,9%	7,8%	8,3%
Ingreso hospitalario para operación	Sí	89,7%	85,7%	88,8%	89,4%	89,2%
	No	4,0%	4,6%	3,2%	3,8%	3,4%
	N.S.	6,3%	9,7%	8,0%	6,8%	7,4%
Ingreso hospitalario para tratamiento diagnóstico	Sí	79,2%	77,3%	80,7%	82,2%	81,7%
	No	7,7%	7,7%	5,7%	7,1%	6,4%
	N.S.	13,1%	14,9%	13,6%	10,7%	11,9%

Fuente: *Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.*

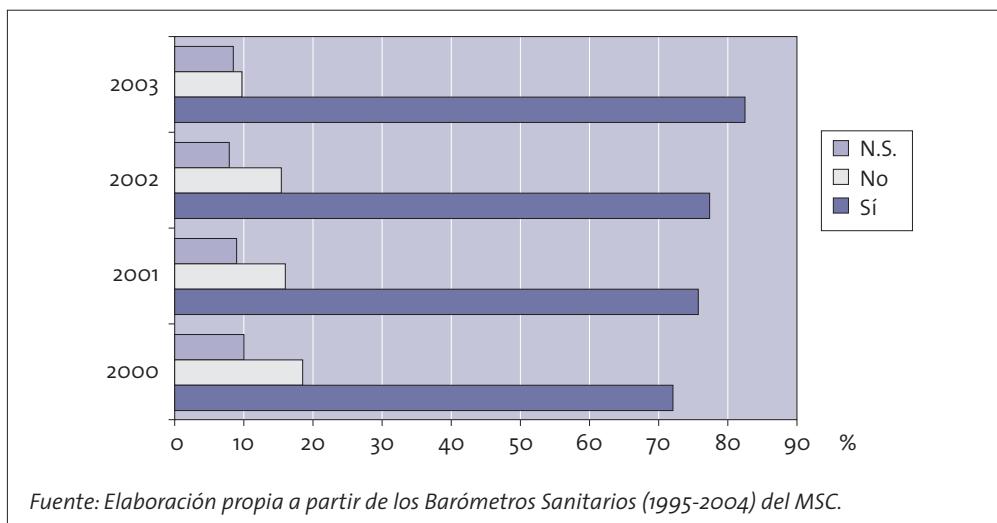


Gráfico 44. Evolución de la opinión sobre la existencia de listas de espera para la realización de pruebas diagnósticas.

cia de los ciudadanos por el problema han ido creciendo de forma continua y confirman la existencia de una relación entre las medidas tomadas por los diferentes servicios regionales de salud y la percepción de mejora relativa de los ciudadanos.

4.2 Medicamentos y política farmacéutica

Este es uno de los temas que, por volumen de preguntas, es de los más importantes dentro del bloque de coyuntura, al tener 134 cuestiones, lo que supone el 20,18% del total. Debido al importante volumen de las mismas, es imposible recoger en este análisis todas aquellas preguntas que han sido formuladas sobre medicamentos y política farmacéutica. Por este motivo, vamos a centrarnos en tres grandes apartados para describir las principales preguntas contempladas en esta rúbrica:

- *El gasto farmacéutico*: en este subapartado recogemos las preguntas que tienen que ver con la evolución del gasto farmacéutico y las posibles medidas que se pueden adoptar para frenar su avance.
- *Los medicamentos genéricos y los precios de referencia*: debido a la introducción del sistema de precios de referencia y al fomento de los medicamentos genéricos, hemos agrupado en esta rúbrica las principales preguntas referentes a estos temas.
- *Uso racional de medicamento*: otro aspecto recurrente en la política farmacéutica es el uso racional del medicamento, motivo al que hemos dedicado otro apartado.

4.2.1 *El gasto farmacéutico*

Uno de los aspectos que el Sistema de Información Sanitaria en España^[14] (SISAN) ponía de manifiesto era el fuerte incremento del gasto farmacéutico durante los últimos años. Así, el gasto en medicamentos del SNS ascendía en 1994 a 4.082 millones de euros, mientras que en el año 2001 suponía 7.445,92 millones de euros, lo que implica una tasa de crecimiento del 82% en tan sólo siete años. Esta evolución ha supuesto que el gasto farmacéutico por habitante se incrementase en dicho período en más de 80 euros. Este incremento ha introducido una fuerte presión en el gasto sanitario público, lo que implica que el peso de la farmacia en el presupuesto sanitario sea nada menos que del 22,4% en 2003.

Esta evolución, constatada en el SISAN, se confirma al analizar los datos del último ejercicio^[15]. A lo largo de 2005 el gasto farmacéutico público alcanzó los 10.053 millones de euros, poco más del 1% del PIB. Esta situación no es exclusiva de nuestro país, sino que es común en la mayoría de los países de nuestro entorno. Como recientemente señalaba la OCDE^[16] en el conjunto de los países miembros de la misma, el gasto farmacéutico se incrementó de media un 32% en términos reales desde 1998, hasta alcanzar los 450 millones de dólares en 2003, siendo su tasa de crecimiento superior a la registrada para el gasto sanitario público en su conjunto.

Por este motivo, no es de extrañar que los responsables del MSC muestren su preocupación por la marcha del gasto farmacéutico público y quieran conocer si los ciudadanos son conscientes de la misma y el grado de aceptación que podrían tener las medidas de contención del mismo.

Como se puede apreciar en el gráfico 45, ha habido un fuerte incremento de las personas que estarían de acuerdo en que es necesario controlar el gasto farmacéutico, pasando del 69,4% del total en 1999, al 85,9% en 2003, lo que supone un aumento de más de 15 puntos porcentuales. Una vez que los ciudadanos expresan a través de los barómetros estar de acuerdo con la necesidad de controlar el gasto farmacéutico resta ver las medidas que consideran más adecuadas.

En el barómetro 2003 se planteaban una serie de alternativas para controlar el gasto farmacéutico, siendo el uso de los medicamentos genéricos la que más respaldo encuentra entre los encuestados, con un 77,9%, seguida por la de revisar el contenido de los envases, con un 69,5%, la exclusión de determinados medicamentos de la financiación, con el 64,2%, y la fijación de precios máximos, con el 56%. (Gráfico 46).

Un aspecto importante es la concienciación que los ciudadanos muestran ante la responsabilidad de controlar el gasto farmacéutico. En los años 2002 y 2003 se realizó dicha pregunta y se pudo comprobar cómo el porcentaje de encuestados que

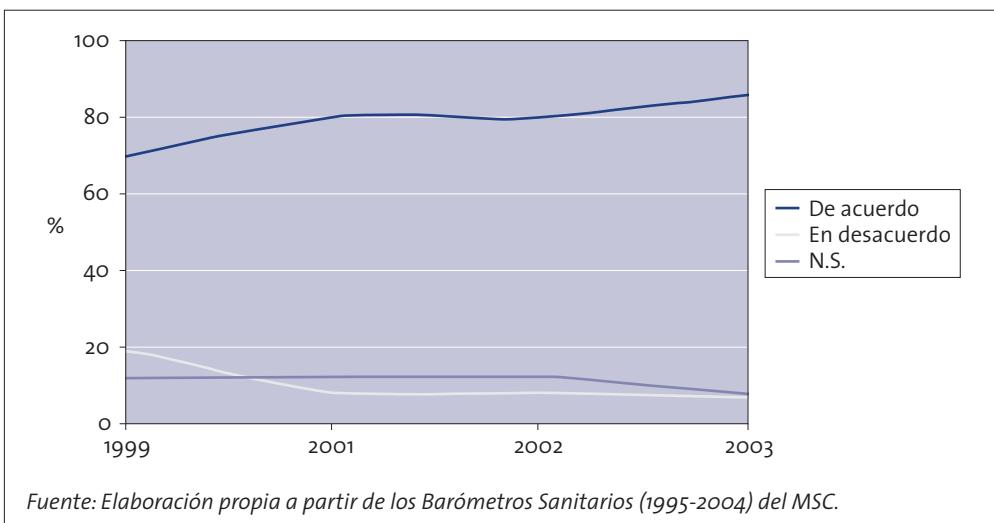


Gráfico 45. Porcentaje de personas que estaría o no de acuerdo con controlar el gasto farmacéutico.

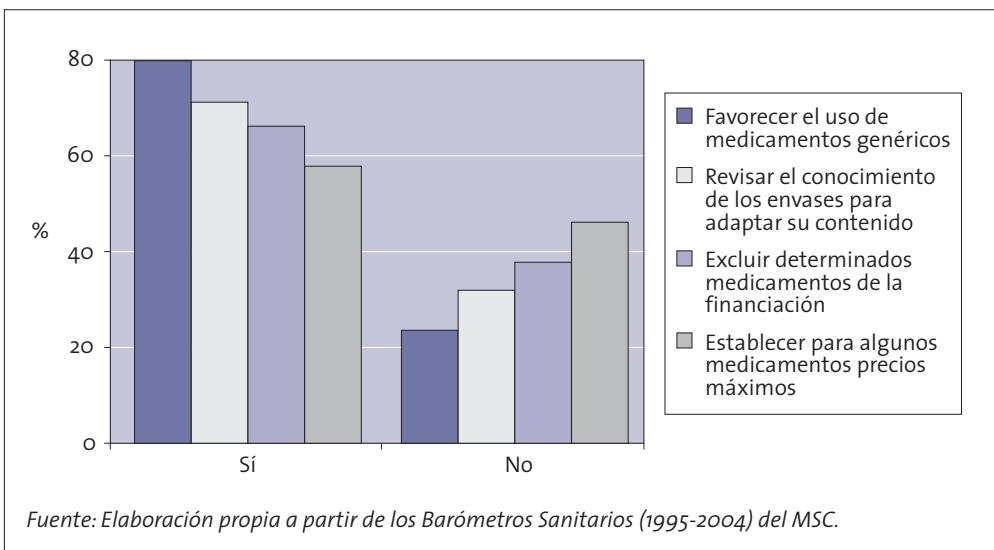


Gráfico 46. Grado de apoyo de las medidas de control del gasto farmacéutico.

opinaba que la responsabilidad era exclusiva de las Administraciones Públicas (AA.PP) había decrecido, pasando del 21,1 al 15,2%, incrementándose notablemente la opción de que tanto los ciudadanos, como las AA.PP. deben hacer esfuerzos por igual para intentar controlar el ascenso del gasto farmacéutico. (Gráfico 47).

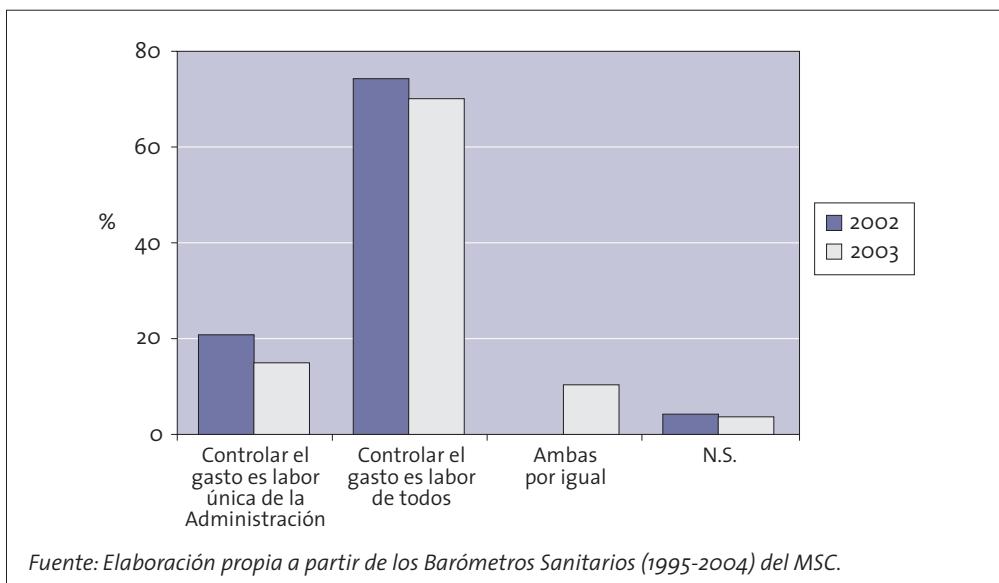


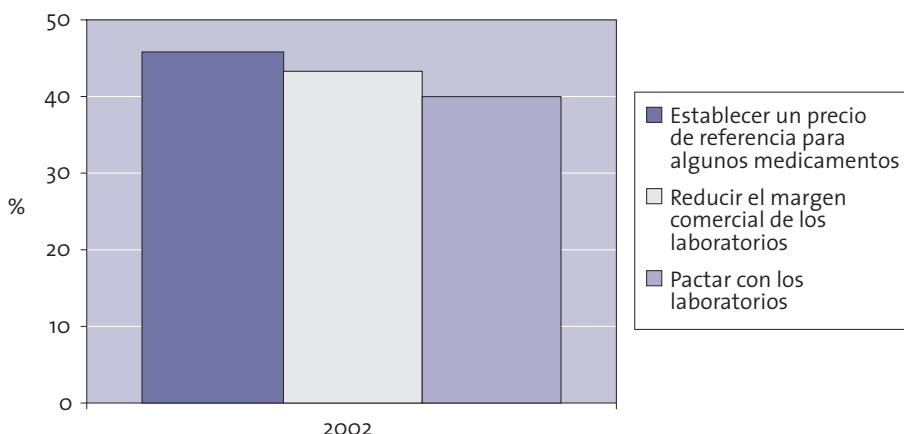
Gráfico 47. ¿Quién debe controlar el gasto farmacéutico?.

Para finalizar este epígrafe dedicado al gasto farmacéutico es interesante comprobar el grado de conocimiento por parte de los ciudadanos de diversas medidas adoptadas por el MSC para intentar reducirlo, o al menos, atemperarlo. Contamos con una serie de preguntas realizadas en 1999, 2001 y 2002. Los resultados ponen de manifiesto que la medida más conocida fue la de los precios de referencia, siendo su impacto mayor en 1999 que en 2002. La diferencia entre dichos años consiste en que en 2002 las distancias entre las tres medidas enunciadas es pequeña, es decir, se conocen todas más o menos por igual, mientras que en 1999 existe un diferencial importante entre la más y la menos conocida. (Gráficos 48 y 49).

4.2.2 Los medicamentos genéricos y los precios de referencia

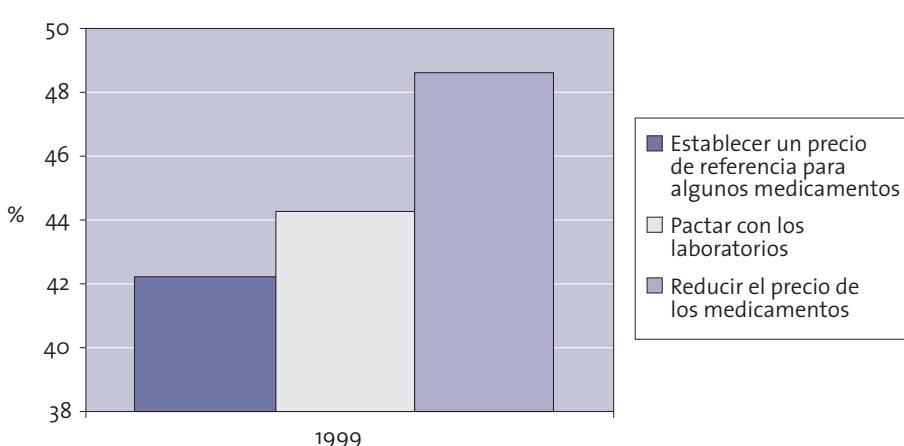
Como hemos visto, la medida más conocida por parte de los usuarios es la introducción de genéricos, política que en España estuvo muy relacionada con el establecimiento de los precios de referencia. Estos dos aspectos han constituido una fuente de interés importante para el MSC, motivo por el que pasamos a describir los principales aspectos relacionados con ambas medidas.

Como se puede apreciar, el grado de conocimiento por parte de los ciudadanos del significado de los medicamentos genéricos es elevado, ya que alcanza casi el 70% de los encuestados. Además, se observa cómo dicho porcentaje crece con el paso del tiempo. (Gráfico 50).



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

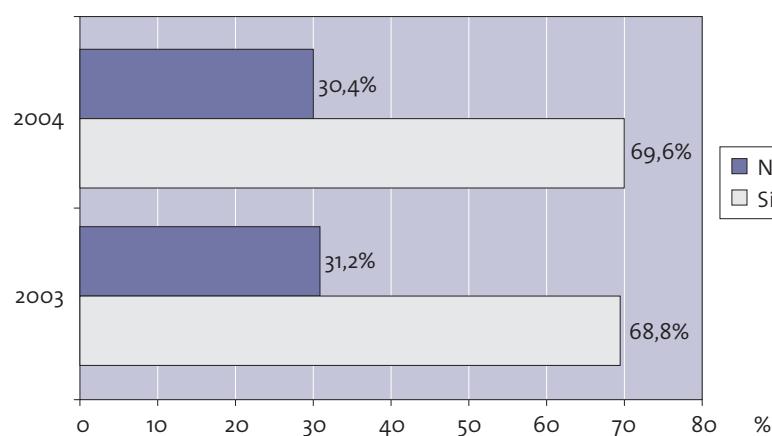
Gráfico 48. Conocimiento por parte de los ciudadanos de diferentes medidas adoptadas por el MSC para reducir el gasto sanitario (2002).



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

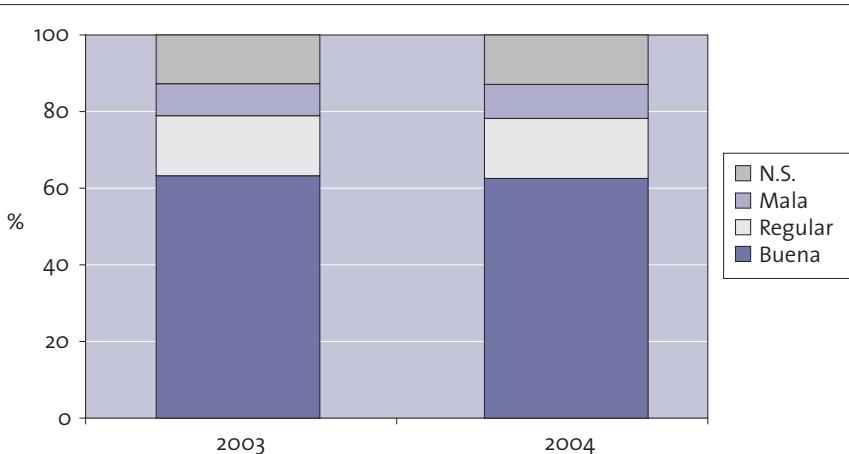
Gráfico 49. Conocimiento por parte de los ciudadanos de diferentes medidas adoptadas por el MSC para reducir el gasto sanitario (1999).

Por otro lado, los ciudadanos expresan de forma mayoritaria, por encima del 60%, que están de acuerdo en limitar el precio de los medicamentos que teniendo la misma eficacia presentan precios diferentes. Es decir, aunque la pregunta no se refiere literalmente al sistema de precios de referencia, ésta nos indica que



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

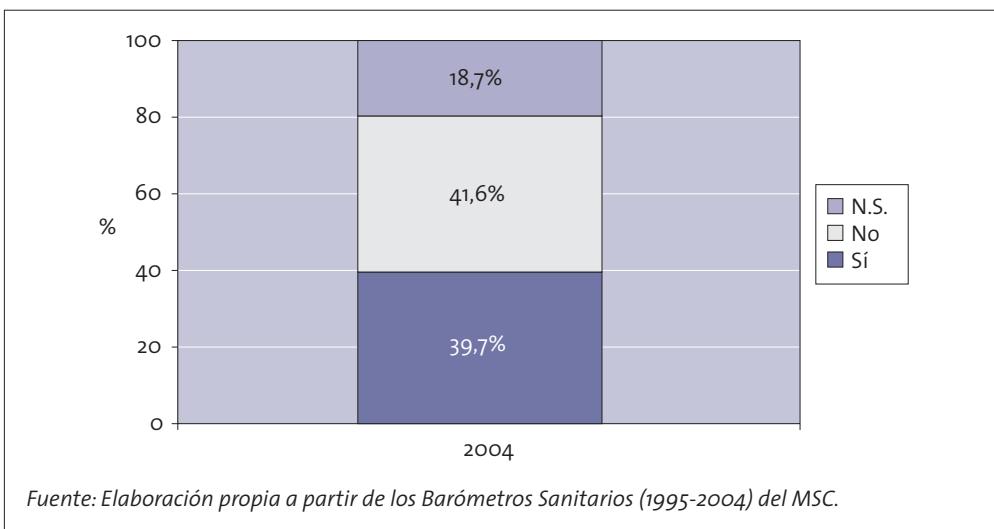
Gráfico 50. Conocimiento por parte de los ciudadanos del significado de los medicamentos genéricos.



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 51. Apoyo al establecimiento de precios máximos en función de la eficacia de los medicamentos.

más del 60% de los encuestados, tanto en 2003 como en 2004, están a favor del sistema de precios de referencia, siendo, además el porcentaje de respuestas que expresan una opinión negativa sobre el sistema únicamente del 8,3%. (Gráfico 51).



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 52. Porcentaje de personas en función de si han tomado medicamentos genéricos alguna vez (2004).

Otro hecho relevante es conocer el porcentaje de personas que han tomado algún medicamento genérico, dato que llega al 39,7% del total de los encuestados en el barómetro 2004. (Gráfico 52).

Por último, el MSC pregunta en el barómetro 2004 sobre el grado de penetración de los medicamentos genéricos, ya que cualquier campaña de contención de gasto a través de los medicamentos genéricos puede resultar estéril si al llegar a la oficina de farmacia no se dispone del medicamento genérico recetado. En esta situación se encuentra siempre el 22% de los encuestados y el 23% en alguna ocasión. Por tanto, el 45% de los encuestados han sustituido el medicamento genérico por otro al no estar el primero disponible, lo que indica un problema de penetración de esta clase de medicamentos en las oficinas de farmacia (Gráfico 53).

4.2.3 El uso racional del medicamento

El tercer aspecto relacionado con los medicamentos y la política farmacéutica es el del uso racional del medicamento, ya que resulta esencial que los pacientes utilicen adecuadamente los fármacos y lo hagan siempre bajo prescripción facultativa. Los datos del barómetro señalan que el 59% de la muestra ha tomado medicamentos sin que se los recetase el médico, esgrimiendo como principal causa el haber tenido antes alguna experiencia positiva con el mismo medicamento (el 32,8%), mientras que un 23,6% lo ha tomado porque se lo aconsejó el farmacéutico (Gráfico 54).

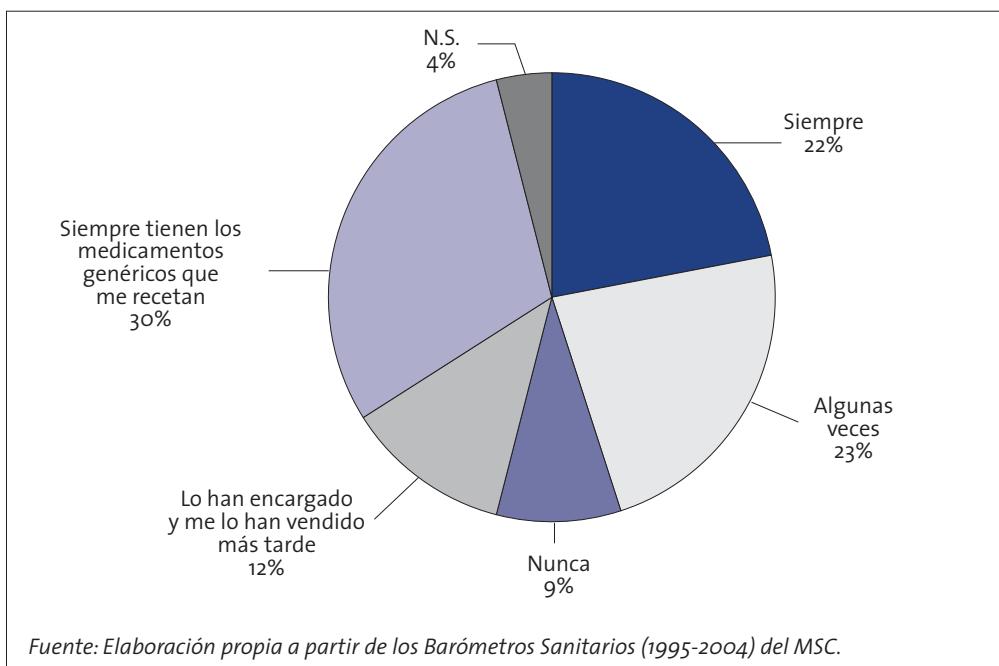


Gráfico 53. Porcentaje de personas que han sustituido algún medicamento genérico por no estar disponible (2004).

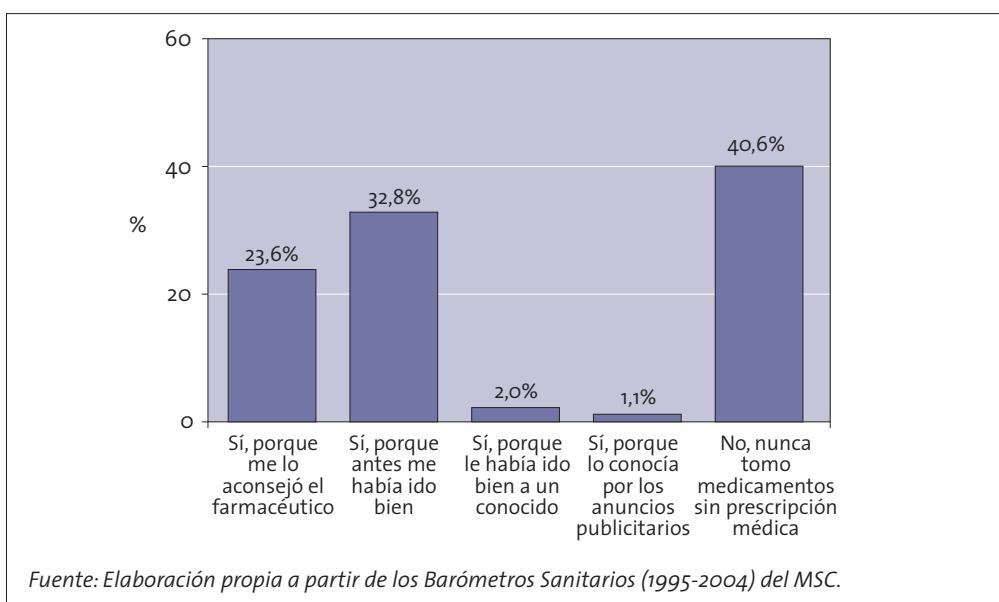


Gráfico 54. Porcentaje de personas que han tomado alguna vez un medicamento sin prescripción médica (2004).

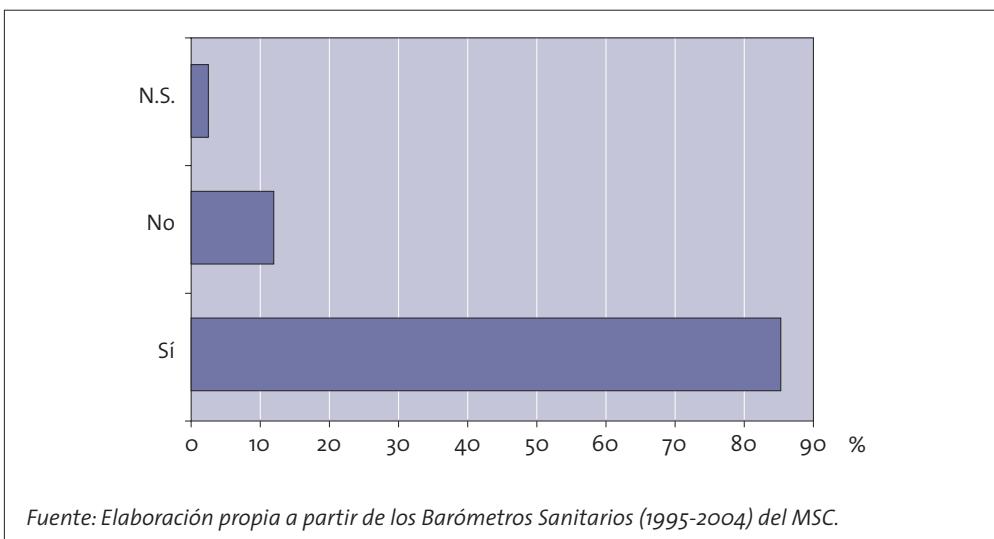


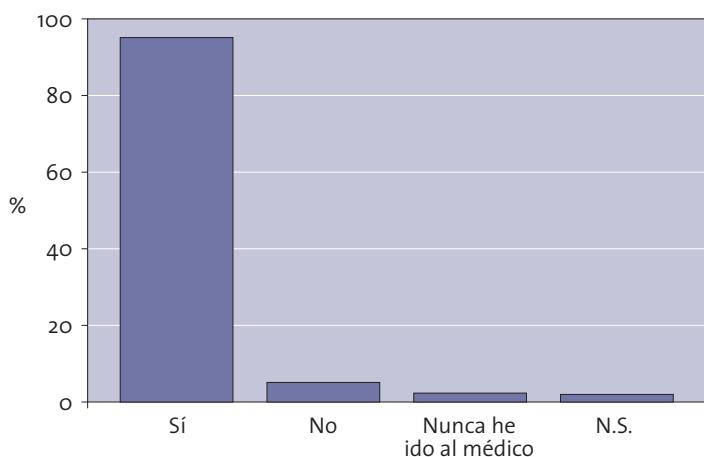
Gráfico 55. Porcentaje de personas que han tomado alguna vez un medicamento recetado con anterioridad por el médico (2004).

Otra pregunta similar del mismo año 2004 es la que se refiere a los medicamentos que han sido tomados porque en otra ocasión fueron recetados por un médico. En este caso el porcentaje de respuestas afirmativas supera el 80%. En ambos casos, podemos comprobar que existe un importante nivel de automedicación por parte de la población española (Gráfico 55).

Otra de las cuestiones importantes en el ámbito del uso racional de medicamentos es el grado de cumplimiento terapéutico de los pacientes. Un buen cumplimiento pasa por un alto porcentaje de pacientes que entiendan cómo tomarse el medicamento. En este sentido, parece que la inmensa mayoría de los encuestados, (95%), no tiene problemas de comprensión a la hora de llevar a cabo el tratamiento (Gráfico 56).

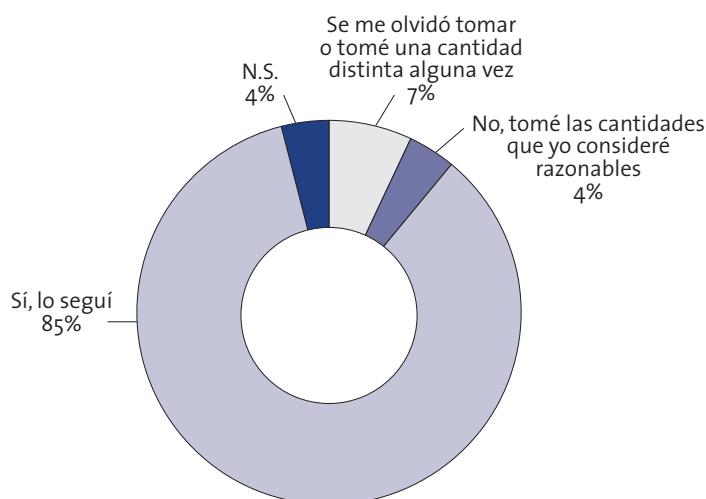
Los otros dos aspectos importantes para el cumplimiento terapéutico son la correcta administración de la dosis (Gráfico 57) y el tiempo de prescripción (Gráfico 58). Según los datos del barómetro sanitario del 2004, el 85% de los individuos sigue adecuadamente la dosis y el 80% termina el tratamiento según las instrucciones del médico.

Para finalizar el apartado, recogemos las preguntas relativas a los medicamentos que sobran después de finalizar un tratamiento. El 65% de los pacientes guarda los medicamentos sobrantes en casa, de los cuales más del 30% los recicla y sólo el 20% los vuelve a tomar (Gráficos 59 y 60).



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 56. Porcentaje de personas en función de haber entendido cómo tomar el medicamento recetado (2004).



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 57. Porcentaje de personas que siguen las instrucciones del médico en lo relativo a la dosis (2004).

En resumen, podemos afirmar que las cuestiones relativas a los medicamentos y la política farmacéutica tienen como eje prioritario conocer la opinión de los ciudanos.

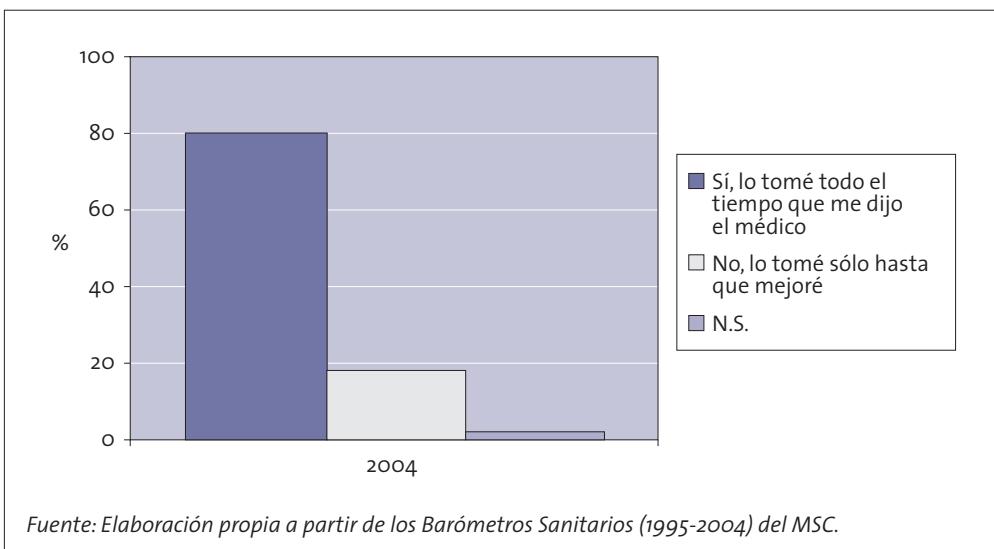


Gráfico 58. Porcentaje de personas que siguen las instrucciones del médico en lo relativo al tiempo del tratamiento (2004).

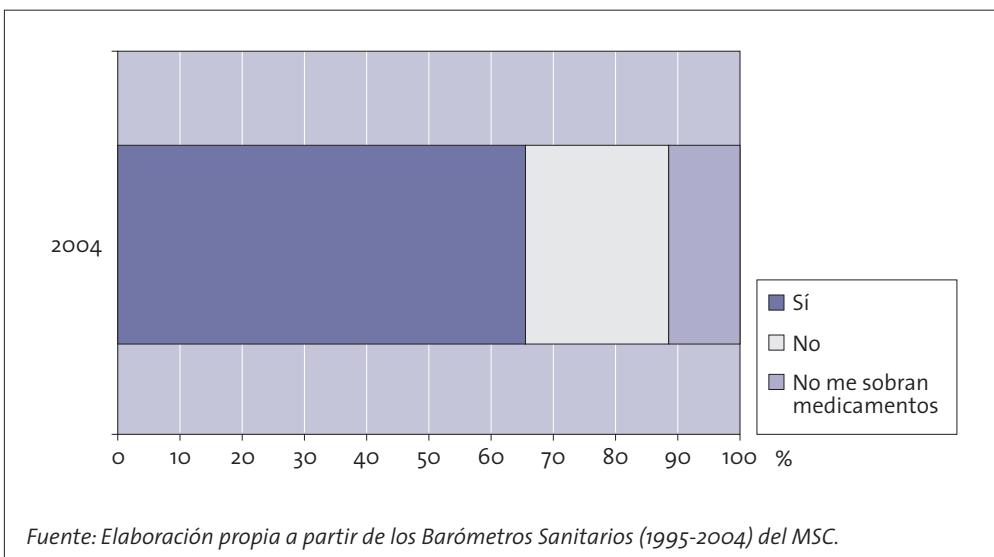
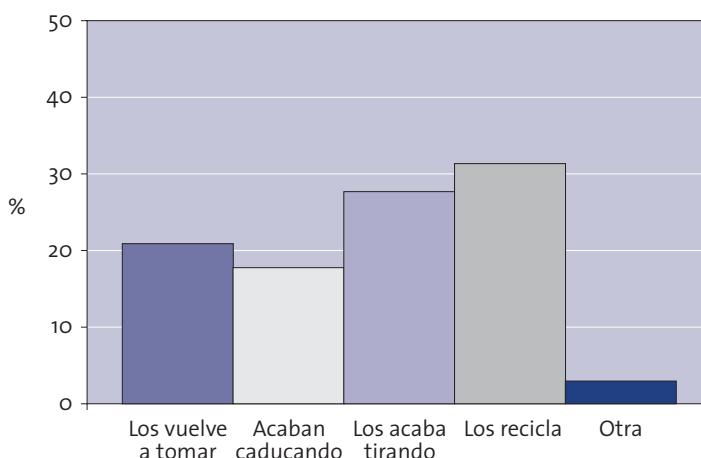


Gráfico 59. Porcentaje de personas en función de guardar o no los medicamentos sobrantes (2004).

danos sobre la evolución del gasto, el grado de popularidad de las medidas de contención del gasto e identificar aquellas medidas que son más conocidas y mejor aceptadas por parte de los ciudadanos.



Fuente: *Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.*

Gráfico 6o. Tipo de uso posterior a los medicamentos guardados (2004).

4.3 Envejecimiento, dependencia y mayores

Otro de los temas recurrentes en las preguntas de coyuntura es el relacionado con las personas mayores, envejecimiento y dependencia. Se trata, sobre todo, de averiguar la opinión de los ciudadanos en cuanto a quién debe hacerse cargo de las necesidades de este grupo de población y si los recursos existentes destinados a este colectivo son suficientes o no.

La preocupación por parte del MSC, por los retos que supone para cualquier sociedad el envejecimiento está plenamente justificada si tenemos en cuenta que siete millones de españoles tienen más de 65 años. Tal como señala el último informe sobre las personas mayores del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (Imserso)^[17], mientras la población española se ha duplicado respecto al siglo pasado, la de jubilados se ha multiplicado por siete y sigue creciendo a un ritmo del 3,7% anual, según dicho informe. De este modo, España se sitúa en el quinto lugar de los países de la Unión Europea con población más envejecida. La esperanza de vida alcanza los 78,3 años: 74,7 para los hombres y 81,9 para las mujeres. Se añaden años a la vida, pero también enfermedad y dependencia.

Estas cifras implican un aumento de la demanda asistencial que obligará a la reforma de las estructuras sociosanitarias, dirigida a generalizar la atención geriátrica y a potenciar la ayuda domiciliaria, puesto que el 80% de la población con algún grado de dependencia es mayor de 65 años. Esta preocupación se ha plasmado recien-

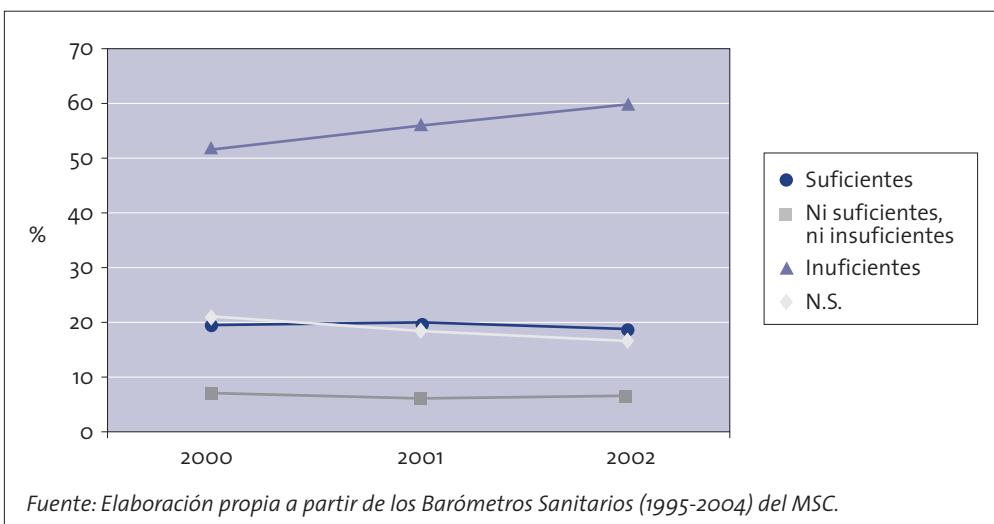


Gráfico 61. Opinión sobre la suficiencia en la oferta de servicios y recursos para la atención de las personas mayores.

temente en el actual anteproyecto de ley de dependencia, que beneficiará a casi un millón y medio de ciudadanos, y pretende dar respuesta a esta necesidad, que ya fue planteada en 2000 por el Defensor del Pueblo^[18]. En este informe se constataba que los ancianos acaparan el 77,4% del consumo farmacéutico, ocupan del 40 al 50% de las camas hospitalarias y el 50% del tiempo total de consultas de atención primaria. Pese a estas cifras, sólo uno de cuatro hospitales del Sistema Nacional de Salud está dotado de servicio de geriatría.

Por todo ello, no es de extrañar que las preguntas relacionadas con la vejez y la dependencia aparezcan en cuatro años, 1998 y del 2000 al 2002. En este sentido, parece ser que a los responsables del MSC los aspectos relacionados con las personas mayores les preocuparon especialmente durante los citados años, a raíz de la publicación del informe anteriormente reseñado.

El primer aspecto reseñable es el incremento constante en el número de personas que consideran que los recursos existentes, tanto públicos como privados, para la asistencia de las personas mayores son insuficientes. Como se aprecia en el gráfico 61, en sólo 3 años se incrementa dicho porcentaje casi un 10%. Ante esta carencia, los encuestados opinan que quien debe aportar los recursos necesarios para cubrir dichas necesidades son la familia y las Administraciones Públicas de forma conjunta (39,2% en 2002), seguido por los que defienden que debería ser únicamente el Estado quien se hiciese cargo de paliar estas deficiencias (30,8%). En cualquier caso, es importante destacar que, la opción de que la obligación es de la familia siempre es la última elegida para cualquiera de los años analizados. (Gráfico 62, Tabla 39).

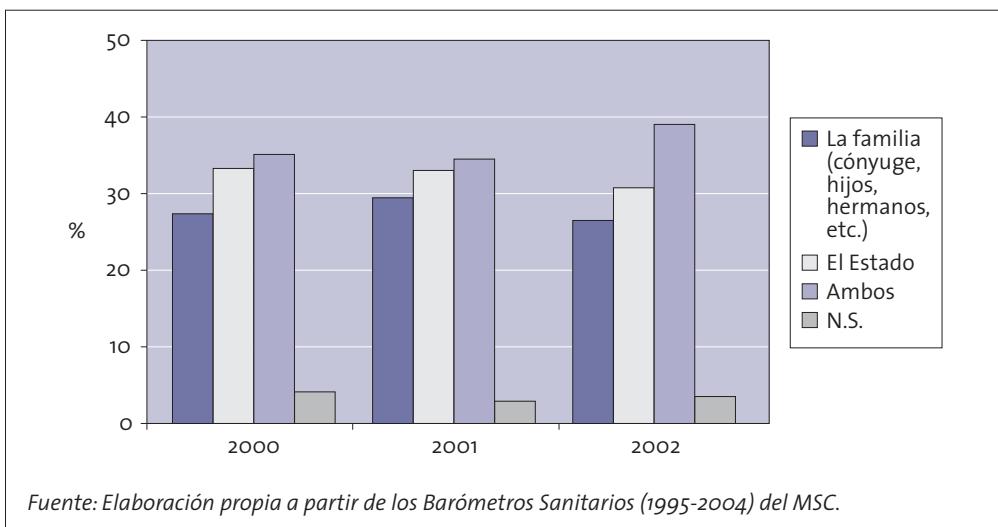


Gráfico 62. ¿Quién debe cubrir las necesidades de atención de las personas mayores y/o enfermos crónicos? (2002).

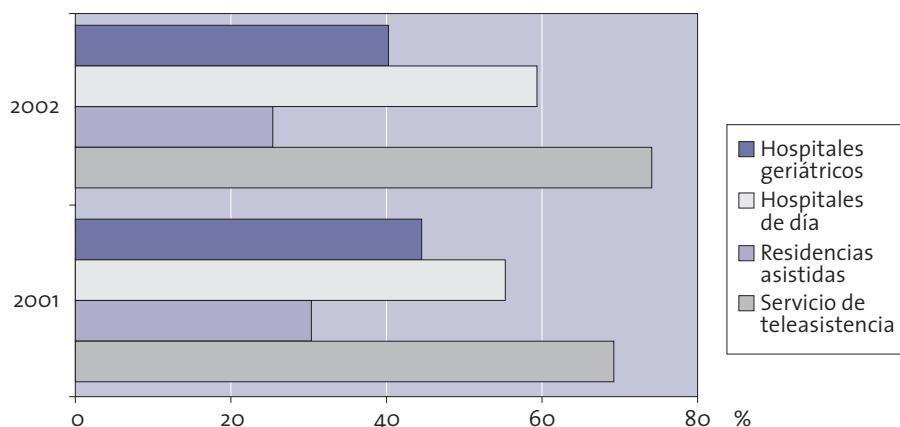
TABLA 39. ¿Quién debe cubrir las necesidades de atención de las personas mayores y/o enfermos crónicos?

	2000	2001	2002
La familia (cónyuge, hijos, hermanos, etc.)	27,3%	29,6%	26,5%
El Estado	33,5%	33,0%	30,8%
Ambos	35,2%	34,5%	39,2%
N.S.	4,0%	2,8%	3,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

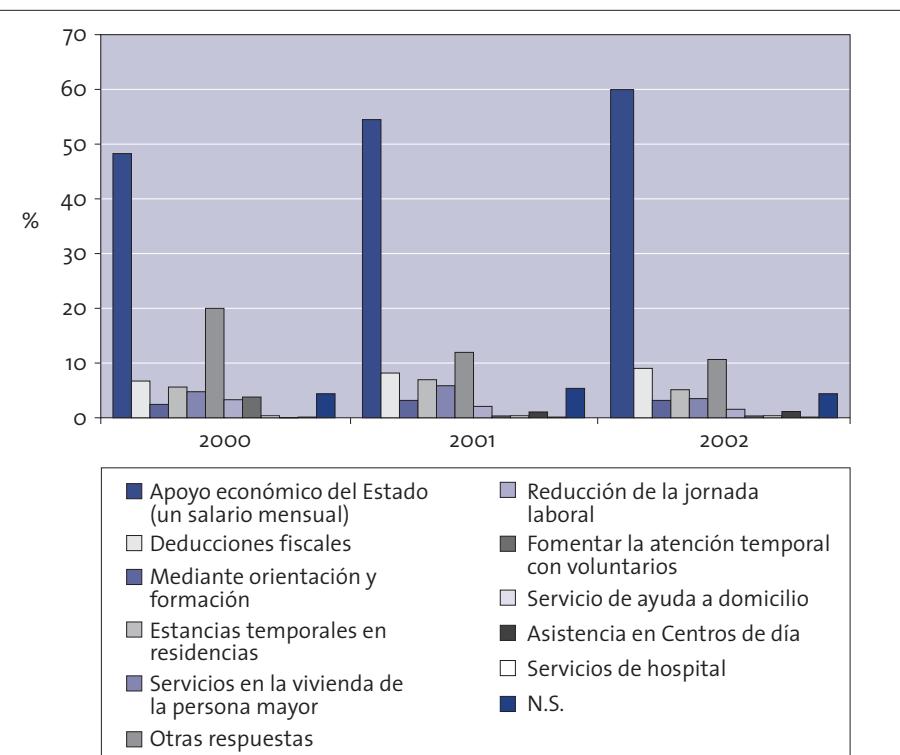
Respecto a las prestaciones sociosanitarias existentes específicamente para las personas mayores, son los hospitales geriátricos los más conocidos por los encuestados, un 69,4% en 2001 y un 74,4% en 2002, seguido de los hospitales de día, 40,4% en 2001 y 44,6% en 2002. Los servicios menos populares son la teleasistencia y las residencias asistidas, que además decrecen en porcentaje entre los años 2001-2002. (Gráfico 63).

Un aspecto muy interesante son las preguntas realizadas entre el año 2000 y el 2002 sobre las medidas que deberían tomar las Administraciones Públicas para ayudar a las personas dependientes. De todas las respuestas que ofrece el cuestionario la opción que suscita la mayor preferencia de la población, con una diferencia muy importante respecto del resto, es la del apoyo económico por parte del Estado.



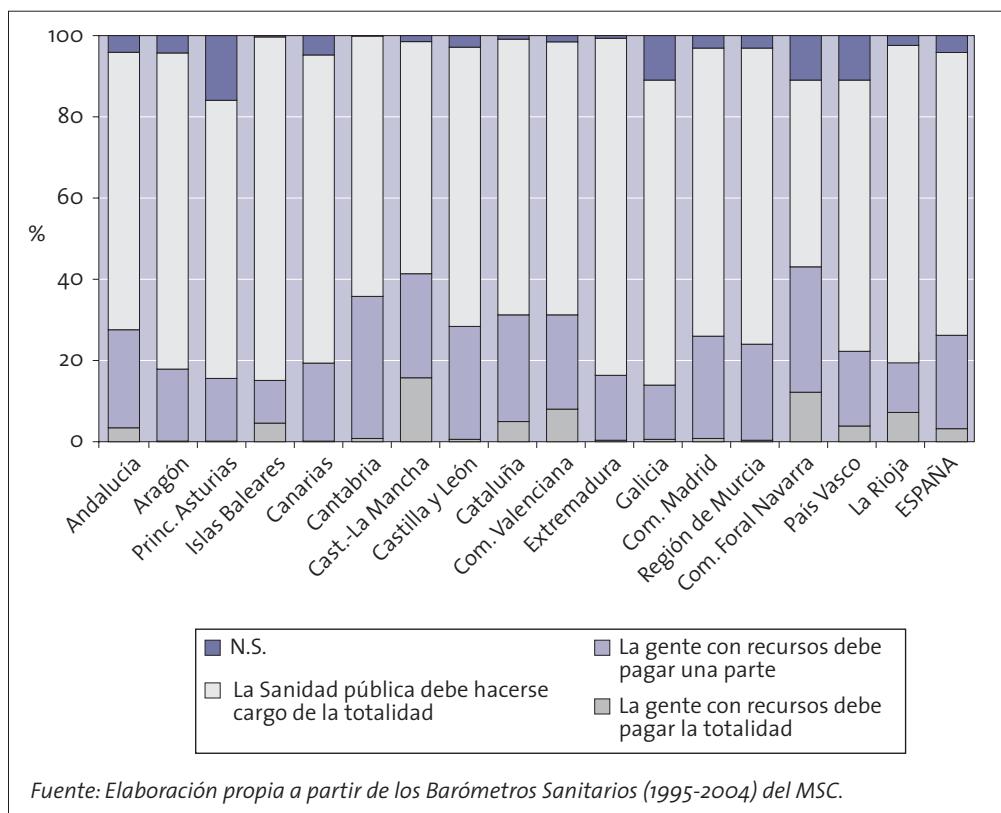
Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 63. Porcentaje de usuarios según conocimiento de los centros y servicios de asistencia para las personas mayores.



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 64. Medidas a adoptar por las AA.PP. para ayudar a las personas mayores.



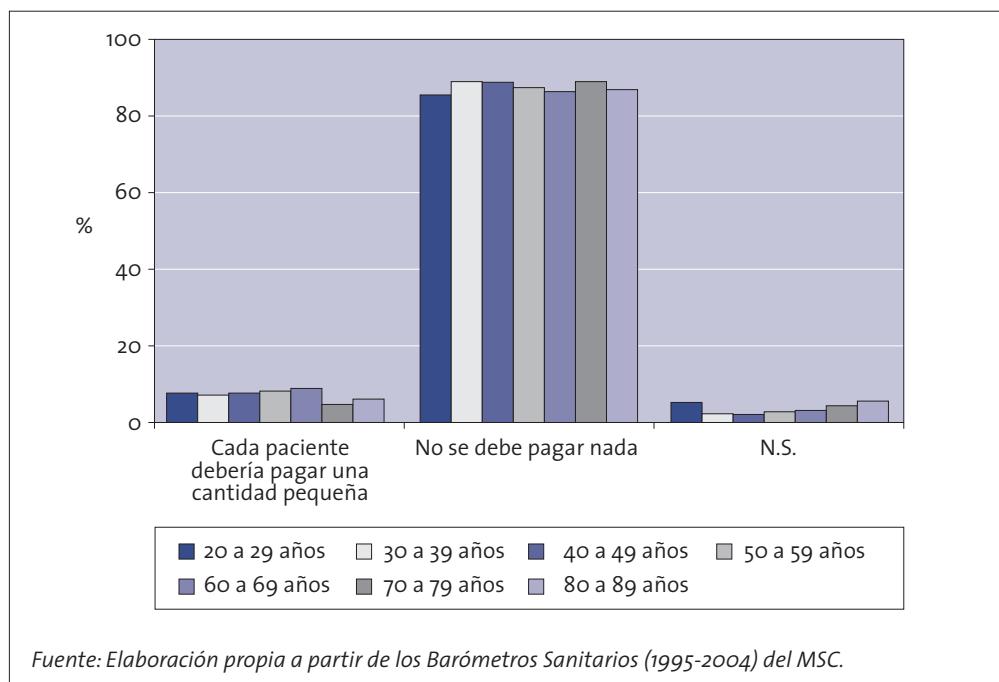
Fuente: *Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.*

Gráfico 65. ¿Quién debe cubrir los gastos que ocasionan las personas mayores con una enfermedad crónica? (2001).

En el año 2002, el 60% elegía dicha alternativa, mientras que la segunda opción con mayor porcentaje es la del servicio de ayuda a domicilio, que únicamente alcanza el 10,5%. A partir de estas respuestas, se pone de manifiesto la preferencia de la población por las transferencias corrientes de renta más que por las transferencias en especie. (Gráfico 64).

Para finalizar el epígrafe vamos a señalar las preferencias sobre la financiación de los gastos ocasionados por las personas mayores. El 70% de los encuestados opinan que es la sanidad pública quien se debe hacer cargo de todos los gastos, el 22,9% considera que las personas con recursos deberían contribuir de alguna forma y el 4,2% considera que los individuos con medios suficientes deberían hacerse cargo de la totalidad de los gastos ocasionados. (Gráfico 65).

Un dato curioso es que no existen diferencias importantes, en función de la edad de los encuestados, en cuanto a la respuesta de la conveniencia de un copago reducido destinado a cubrir los gastos que suponen las personas mayores. Este



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

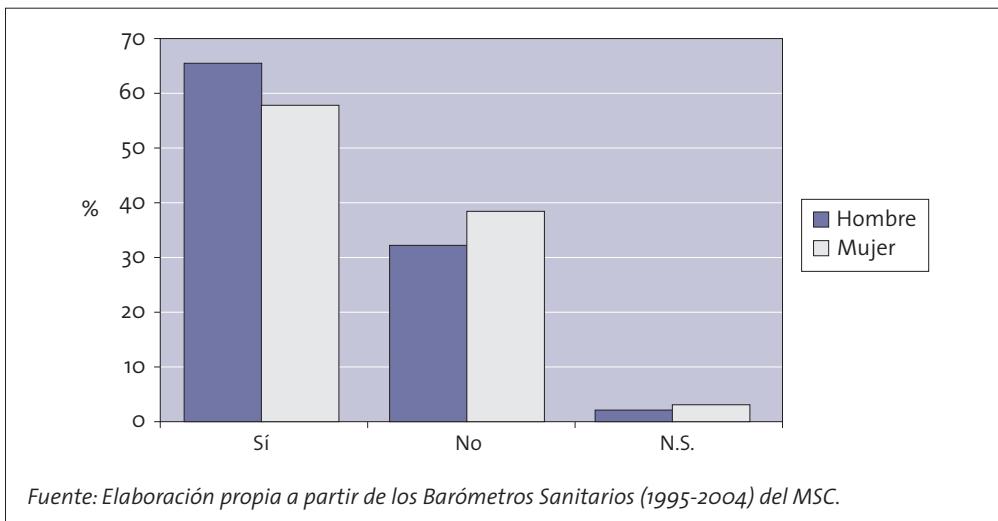
Gráfico 66. Porcentaje de personas que consideran que las personas mayores deberían, o no, pagar una cantidad pequeña de la asistencia sanitaria (2001).

hecho está reflejado en los datos obtenidos de los BS, ya que independientemente de la edad, más del 80% está en contra de la implantación del citado copago. (Gráfico 66).

4.4 Las transferencias a las comunidades autónomas

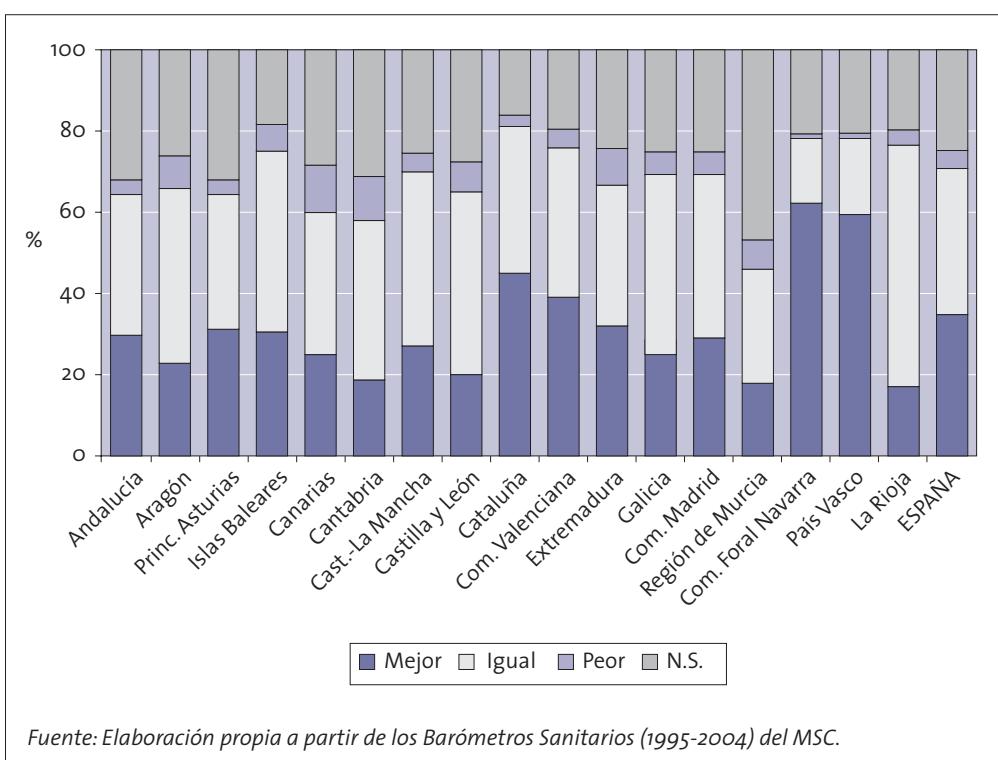
Uno de los aspectos que recabó la atención por parte del MSC fue conocer, en el año 2003, la opinión de los ciudadanos de las CC.AA. que recibieron las transferencias en el año 2002. En este sentido, y con una sanidad totalmente descentralizada, las preguntas del barómetro del 2003 buscaban conocer la opinión de los encuestados sobre el proceso de transferencias e identificar la valoración que éstos hacían del mismo.

Lo primero que se evaluó fue el grado de conocimiento por parte de los encuestados que residían en las comunidades autónomas que recibieron las transferencias sanitarias en el 2003. Como se aprecia en el gráfico 67, el 65,4% de los hombres y el 58,1% de las mujeres eran conscientes, en 2003, que la asistencia sanitaria era responsabilidad de su comunidad autónoma. Este porcentaje, al año de haberse realizado las transferencias, parece algo pequeño y pone de manifiesto que las campañas de divulgación no tuvieron todo el impacto que se esperaba.



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 67. Porcentaje de personas que conocen que se han realizado las transferencias sanitarias a su comunidad autónoma (2003).



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 68. ¿Cree Ud. que gestionando la asistencia sanitaria las comunidades autónomas en lugar del Estado, el ciudadano recibe un servicio ...? (2003), por CC.AA.

TABLA 40. ¿Cree Ud. que gestionando la asistencia sanitaria las comunidades autónomas en lugar del Estado, el ciudadano recibe un servicio ...? (2003)

Comunidad autónoma	Mejor	Igual	Peor	N.S.
Andalucía	29,6%	34,8%	3,8%	31,8%
Aragón	22,3%	44,0%	7,8%	25,9%
Principado de Asturias	30,9%	34,5%	2,9%	31,6%
Islas Baleares	30,5%	45,1%	6,2%	18,1%
Canarias	25,1%	35,4%	11,4%	28,1%
Cantabria	18,8%	39,4%	11,1%	30,8%
Castilla-La Mancha	27,0%	43,6%	4,8%	24,5%
Castilla y León	20,7%	45,4%	6,7%	27,2%
Cataluña	44,6%	36,9%	3,0%	15,4%
Comunidad Valenciana	38,9%	37,8%	4,0%	19,3%
Extremadura	32,6%	34,5%	9,5%	23,5%
Galicia	25,1%	44,3%	6,2%	24,4%
Comunidad de Madrid	29,3%	40,2%	6,3%	24,2%
Región de Murcia	18,2%	28,2%	6,9%	46,7%
Comunidad Foral de Navarra	62,6%	15,7%	0,7%	21,0%
País Vasco	59,8%	18,2%	1,6%	20,4%
La Rioja	16,7%	60,6%	3,5%	19,2%
España	34,9%	36,4%	4,7%	24,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

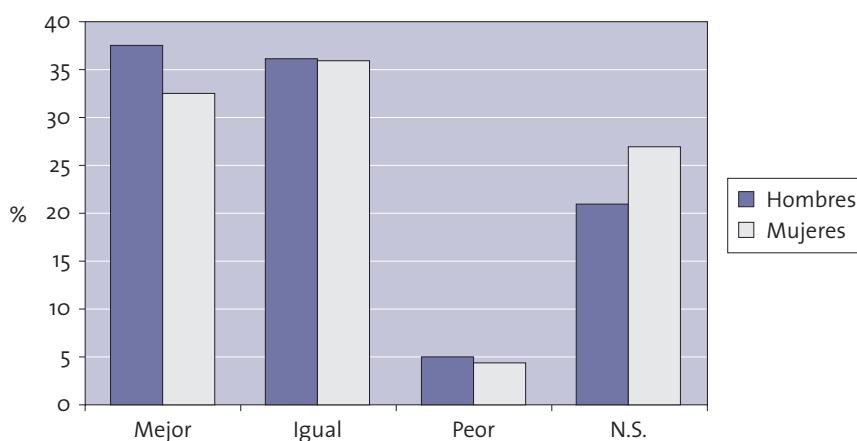
En cuanto a la percepción o las expectativas que generan las transferencias a los ciudadanos, relacionadas con la calidad de la atención sanitaria, no parece que existan, a nivel agregado, muchos cambios. De hecho, para la media nacional el 36,4% de los encuestados considera que la calidad de la asistencia no variará, mientras que un 34,9% afirma que será mejor. En el otro extremo, únicamente el 4,7% de los entrevistados consideran que puede empeorar. Ahora bien, esta afirmación, cierta en la media nacional, esconde respuestas altamente dispares por CC.AA. Así, los navarros o los catalanes consideran que la gestión autonómica será mucho mejor que la estatal, mientras que los canarios y los cántabros son los que consideran que ésta irá a peor (Gráfico 68, Tablas 40 y 41). Por sexos, el 37,4% de los hombres consideran que la gestión autonómica será positiva, frente al 32,6% de las mujeres. (Gráfico 69).

Por último, respecto a la necesidad de coordinación, el 76,6% de los ciudadanos consideran que es necesaria la existencia de una buena coordinación entre comunidades autónomas. Son los extremeños, con el 87,9%, los que opinan que mayor necesidad de coordinación debe de existir, mientras que los canarios y los gallegos, con valores en el 60%, los que opinan que no es tan importante la coordinación (Gráfico 70).

TABLA 41. Comparando con los servicios sanitarios públicos de otras comunidades, considera que los que recibe en su comunidad autónoma son ... (2003)

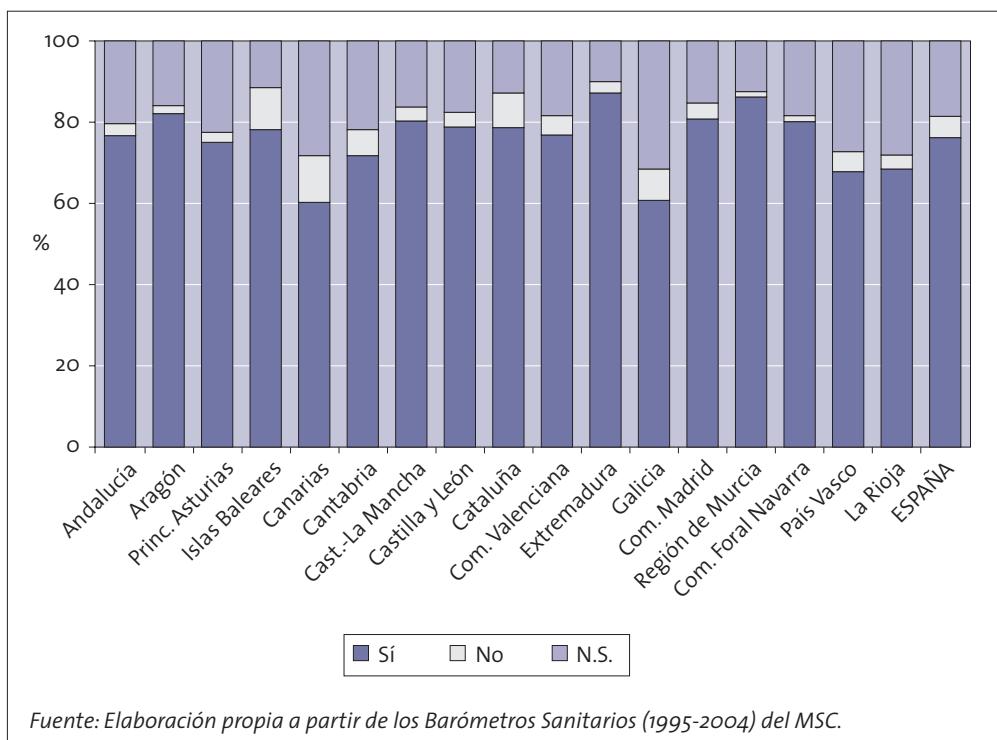
Comunidad autónoma	Mejor	Igual	Peor	N.S.
Andalucía	7,1%	33,3%	13,6%	45,2%
Aragón	6,7%	40,8%	20,1%	31,7%
Principado de Asturias	7,3%	38,6%	4,0%	50,2%
Islas Baleares	9,6%	45,7%	6,1%	37,4%
Canarias	5,8%	31,2%	18,0%	43,1%
Cantabria	4,8%	48,1%	10,1%	35,6%
Castilla-La Mancha	5,7%	51,5%	15,1%	27,7%
Castilla y León	7,8%	44,4%	18,8%	28,7%
Cataluña	22,1%	35,3%	3,2%	38,5%
Comunidad Valenciana	10,7%	43,0%	5,7%	40,0%
Extremadura	5,3%	39,3%	22,6%	32,8%
Galicia	4,1%	42,5%	11,0%	41,3%
Comunidad de Madrid	19,9%	31,1%	7,8%	39,3%
Región de Murcia	2,3%	16,6%	22,4%	58,3%
Comunidad Foral de Navarra	68,6%	6,3%	0,5%	24,6%
País Vasco	56,9%	24,5%	1,6%	16,5%
La Rioja	4,5%	66,7%	12,6%	15,7%
España	14,6%	36,3%	10,2%	38,1%

Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 69. ¿Cree Ud. que gestionando la asistencia sanitaria las comunidades autónomas en lugar del Estado, el ciudadano recibe un servicio ...? (2003), por sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 70. Ahora que todas las comunidades autónomas son responsables de sus propios servicios sanitarios, ¿piensa Ud. que deberían ponerse de acuerdo entre ellas a la hora de ofrecer nuevos servicios a los ciudadanos? (2003).

En resumen, el nivel de información de los ciudadanos, acerca de las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas, es razonablemente elevado, existiendo una disparidad importante por regiones en cuanto a las expectativas de distinto tipo que el proceso puede tener.

En esta última sección se plantean dos objetivos: por un lado ofrecer un resumen global de los aspectos más importantes del Sistema Nacional de Salud, visto desde la perspectiva del ciudadano y, por otro, aportar unas propuestas de mejora, basadas en los datos analizados durante la realización del trabajo, al instrumento de medida, el BS.

5.1 Conclusiones

Gracias a la opinión facilitada por los españoles, y recogida en los barómetros sanitarios, ha sido posible extraer unas conclusiones referentes a los temas de mayor importancia para el Sistema Sanitario y los responsables públicos de salud, como son: las listas de espera, el uso de medicamentos, las políticas de gasto farmacéutico, etc.

La primera conclusión relevante tiene que ver con la muestra obtenida en el trabajo. A partir del enlace de los barómetros sanitarios hemos podido pulsar la opinión de más de 56.000 ciudadanos sobre nuestro sistema sanitario entre 1995 y 2004. A este respecto, conviene señalar que la muestra obtenida, comparada con los datos suministrados por el Instituto Nacional de Estadística, tiene la misma estructura de grupos de edad y sexo que la población española. Los cambios más importantes con respecto a la población general, son la mayor tasa de inactividad de la muestra de la serie enlazada y el menor nivel de estudios medios. Al contar con datos de una década hemos podido ver que en la muestra se han ido produciendo cambios a lo largo del tiempo, fiel reflejo de lo acontecido en el país. De esta forma, hemos observado cómo el nivel de ingresos de los hogares recogidos en los barómetros sanitarios ha ido creciendo, siendo esto un posible determinante de otras conductas observadas en los mismos.

La segunda conclusión importante del trabajo es que la sanidad es el tema que más preocupa a los españoles. Las sucesivas ediciones de los BS ponen de manifiesto que la sanidad es el asunto público de mayor importancia para al menos un

tercio de la población. Por otra parte, el análisis temporal de los diferentes BS muestra una gran estabilidad en cuanto a las prioridades de los ciudadanos.

A pesar de ser el aspecto que más preocupa a los españoles, se ha podido constatar una disminución del interés relativo de los ciudadanos en la sanidad. Este hecho, puede interpretarse como un indicador de mejora del sistema sanitario: su situación ha mejorado y, por tal motivo, preocupa menos a los ciudadanos, estando más satisfechos con los servicios recibidos.

Sin embargo, el ciudadano ha dejado de comportarse de forma pasiva y empieza a jugar un papel más activo y con un mayor nivel de exigencia. En este sentido, podemos afirmar que la idea de un sistema sanitario que funciona bien, pero necesita cambios, es la mayoritaria entre los ciudadanos. Esta impresión no sólo se consolida año a año, sino que se acrecienta. Un aspecto importante en esta misma línea es constatar la estabilidad en el porcentaje de individuos que están plenamente satisfechos con el SNS, ya que es prácticamente el mismo que diez años atrás: uno de cada cinco.

Otro elemento que refuerza esta impresión de satisfacción con el SNS, es la leve tendencia al alza en la cuantificación, mediante respuesta de escala, del nivel medio de satisfacción respecto al funcionamiento del sistema sanitario. Estos datos sólo se pueden tener para los últimos 4 años, ya que antes no se realizaba dicha pregunta.

En resumen, podemos afirmar que no sólo la sanidad es la mayor preocupación de los ciudadanos, sino que además la valoración del SNS es positiva en términos generales, con una leve tendencia al alza. De forma simultánea, la exigencia de los ciudadanos ha aumentado, motivo por el que reclaman reformas, a pesar de considerar que el funcionamiento del SNS es bueno.

Esta mayor exigencia se percibe claramente en uno de los aspectos con los que la población española se muestra más crítica: la participación de los pacientes y ciudadanos en el sistema sanitario. Esta demanda ha crecido conforme el papel de los ciudadanos ha cambiado, siendo especialmente interesante comprobar que aquellos que tienen mayor interés o piensan que poseen ideas o soluciones a lo que pueden percibir como insuficiencias o problemas de la asistencia sanitaria que reciben son los que más predisposición muestran a participar y por tanto son los más críticos con la falta de vías de canalización de sus propuestas. Basta señalar como muestra que, según los del BS 2003, casi la mitad de los españoles opina que no existen suficientes vías para que los ciudadanos expresen sus puntos de vista respecto al sistema sanitario. De esta forma, observamos que los ciudadanos, a la vez que demandan más y mejor asistencia sanitaria, también quieren que sus opiniones sean escuchadas. En esta misma línea, el otro factor que recibe una valoración más baja es la

información suministrada por las informaciones sanitarias, ya que se considera insuficiente y de difícil acceso.

Un hecho que constatan los BS es la universalidad de la asistencia sanitaria en España, ya que los datos reflejan una situación de cobertura sanitaria casi absoluta con muy pocas variaciones a lo largo de la última década. Concretamente, más del 95% de los españoles reciben asistencia sanitaria a través del Sistema Nacional de Salud y otro 3,5% dispone de ella por medio de las diferentes Mutualidades del Estado, totalizando, en 2004, un 98,8% de cobertura pública. Además, hay que señalar que el 12,8% de los españoles goza de doble cobertura sanitaria.

Una de las tendencias que más nos ha llamado la atención es el fuerte auge de la sanidad privada. Aunque la sanidad pública no ha perdido con el tiempo su posición dominante en la mente de los usuarios, desde 2002 se registra una importante caída de su valoración relativa en el conjunto de los ciudadanos, abriendo camino a una mejor apreciación de la sanidad privada que ha incrementado notablemente sus consumidores potenciales. Esta evolución es especialmente acusada en los dos últimos años de la serie de los BS (2003 y 2004), en los que el incremento de ciudadanos inclinados hacia la atención sanitaria privada puede considerarse espectacular: la cuota de la sanidad privada se ha multiplicado por 4,9 en la medicina general y pediatría, por 4,8 en los servicios de urgencias y por 4,1 en la asistencia hospitalaria. Este cambio coincide tanto con el pico de mayor incidencia de las listas de espera, aspecto que ha influido en muchos ciudadanos por una mayor preferencia de los servicios sanitarios privados.

Los barómetros confirman que la opción privada en materia sanitaria se encuentra asociada con un mayor nivel de renta o una posición socioeconómica más elevada, más aún en la medida en que, en España, la sanidad privada se enmarca, en su casi totalidad, dentro del segundo nivel de doble cobertura de la que disfrutan uno de cada ocho españoles. Entre el usuario medio de la sanidad privada y el de la pública ha existido –y aún existe– una diferencia apreciable de renta.

Todo lo expuesto, acercamiento de las rentas medias y separación de las edades medias, sugiere un cierto distanciamiento de la sanidad pública y un mayor acercamiento a la privada por parte de los sectores más jóvenes de la sociedad. Las tablas de preferencias recogidas, por año del BS y grupos de edad, permiten un seguimiento pormenorizado de las tendencias de los ciudadanos en esta cuestión. Los dos últimos años de los BS analizados, 2003 y 2004, suponen un drástico tirón de la sanidad privada respecto a las preferencias en los diversos tipos de asistencia sanitaria.

No es difícil responder a algunas de las causas de este deslizamiento de un sector importante de la población hacia el sector asistencial privado. Con datos del último BS, de 2004, puede comprobarse que los factores de infraestructura técnica (tec-

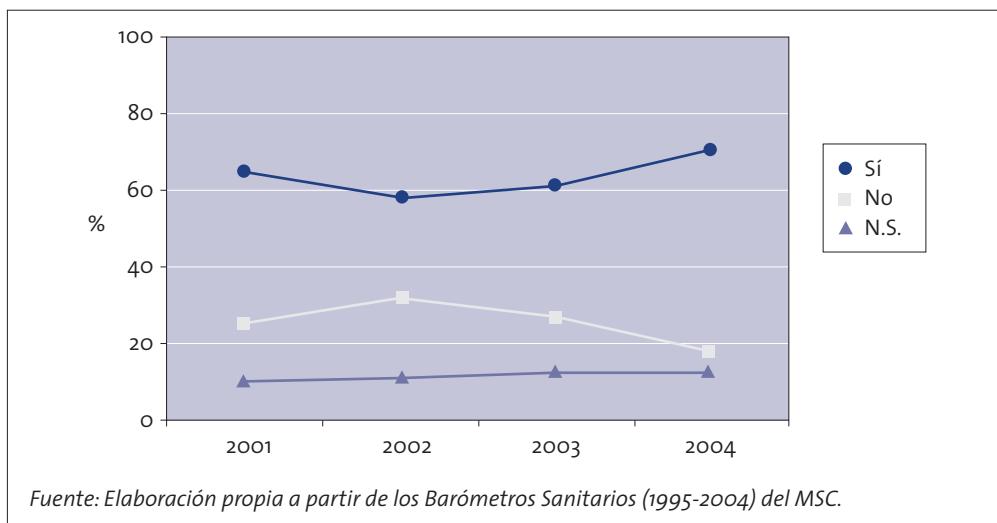


Gráfico 71. ¿La sanidad pública presta los mismos servicios a todos los ciudadanos con independencia de que se tenga un nivel social alto o bajo?.

nología y capacitación) siguen siendo claramente favorables a la asistencia pública, que, sin embargo, cede ante la privada en factores como la rapidez, la comodidad y el trato personal que reciben los usuarios.

Una posible respuesta al comportamiento de los ciudadanos podría estar en su impresión sobre cómo trata el sistema público a los individuos en función del nivel de renta, por si éstos pudiesen percibir alguna falta de equidad en la sanidad pública.

Como se demuestra en el gráfico 71, la inmensa mayoría de los ciudadanos no piensan que existe un trato diferencial en la sanidad pública debido al diferente nivel social. Además, el porcentaje de ciudadanos que piensan que los servicios son iguales para todos está aumentando desde el año 2002. Por tanto, el cambio de preferencias por la sanidad privada no obedece a una percepción de falta de equidad o de deterioro de la sanidad pública.

Sin embargo, sí se ha constatado en los barómetros una correlación positiva entre cobertura privada, ámbito rural y rentas altas, aunque debido a la poca representatividad de la muestra por municipios se debe ser prudente a la hora de generalizar el resultado. Es decir, los hogares que viven en municipios pequeños, de baja densidad de población y con un nivel de renta elevado utilizan con mayor frecuencia la cobertura sanitaria privada. Este comportamiento puede indicar que estos ciudadanos consideran insuficiente la asistencia sanitaria pública en su entorno y recurren a la privada como complemento de aquella. Si analizamos las respuestas de los ciudadanos a esta cuestión, podemos comprobar que, efectivamente, sólo algo más

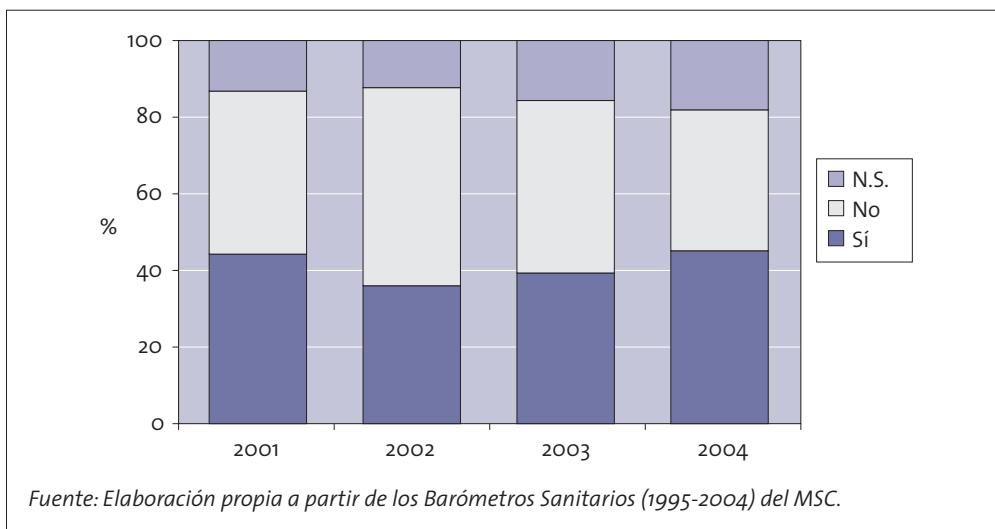


Gráfico 72. ¿La sanidad pública presta los mismos servicios a todos los ciudadanos con independencia de que se resida en una zona rural o una ciudad?.

del 40% de los ciudadanos piensa que la asistencia sanitaria pública es igual en una ciudad que en el ámbito rural (Gráfico 72).

Si hubiera que dar una calificación a la atención primaria, medicina general y pediatría, derivada de las valoraciones que los españoles hacen de los diversos factores de la asistencia que perciben, podríamos decir que ésta sería un aprobado alto o casi notable, un 6,79, nota media de las puntuaciones de toda la asistencia primaria a lo largo de la década examinada.

Al igual que se ha visto en la atención primaria, en los últimos años escrutados por los BS asistimos a una sensible disminución de la tasa de utilización de servicios sanitarios en la medicina especializada. La observación conjunta de los datos de asistencia primaria y especializada permite un cierto optimismo respecto a la salud de los españoles y a la capacidad del sistema sanitario para atender la demanda. Los españoles no sólo van menos al médico de cabecera y al especialista, sino que además quienes sí lo hacen, lo visitan con menor frecuencia que en años anteriores.

La persistencia relativa en la valoración de cada uno de los atributos de los servicios sanitarios de medicina especializada permite abrir conjeturas sobre la mayor o menor vinculación de la percepción de los ciudadanos con supuestas mejoras de la calidad asistencial o, por el contrario, con factores ajenos o exógenos al funcionamiento del sistema sanitario. Bueno o menos bueno, el nivel asistencial especializado parece reflejar una cierta rigidez o dificultad para mejorar aspectos mal o poco valorados desde hace una década.

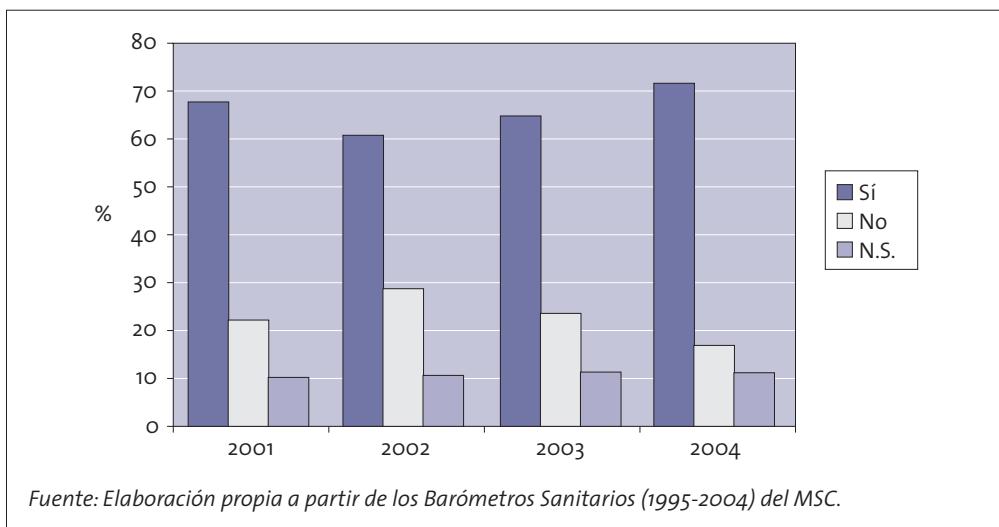
Las enseñanzas que nos aporta la valoración de los usuarios respecto a la atención especializada son muy similares a las que nos ofrecía para la atención primaria: muy buena infraestructura de centros, dotación médica y equipamientos, buena disposición y comportamiento de los profesionales sanitarios y ciertas insuficiencias organizativas que desde el interior del sistema sanitario suelen achacarse a la saturación de los servicios pero que los usuarios no pueden valorar muy positivamente.

Las persistentes puntuaciones negativas sobre temas de información al paciente y al ciudadano en general, proyectan la visión de un sistema sanitario distante y alejado de las preocupaciones de los usuarios, con un gran déficit de empatía frente a estos y acaso demasiado volcado en la pura asistencia médica. Esta labor de gestión de la enfermedad, aun siendo parte esencial e irrenunciable de la actividad sanitaria, precisa de un esfuerzo para hacerla comprensible y accesible al paciente. Es necesario realizar un mayor esfuerzo para resolver las dudas e inquietudes de pacientes y usuarios, más allá de la obtención de su respeto, admiración y elevada valoración, objetivo éste que está plenamente conseguido.

En cuanto a las preguntas de coyuntura, resulta evidente que los temas que más han preocupado al MSC son los relativos al funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, (25,90% del total), el de los estilos de vida (20,48%) y los medicamentos y la política farmacéutica (20,18%). A pesar del alto número de preguntas sobre estilos de vida, estas se han concentrado casi su totalidad entre 1996 y 1999, pasando este tipo de preguntas a incluirse en las diferentes Encuestas Nacionales de Salud. Sin embargo, tanto las preguntas referentes al funcionamiento del SNS como las relacionadas con medicamentos y política farmacéutica están presentes en casi la totalidad de los años.

Del análisis de las preguntas de coyuntura se puede inferir que el problema de las listas de espera ha sido, y sigue siendo, uno de los aspectos que más ha preocupado a los diferentes responsables del MSC. Del análisis temporal de estas preguntas se comprueba que la preocupación y la conciencia de los ciudadanos por el problema han ido creciendo de forma continua. De igual forma, se corrobora la existencia de una relación entre las medidas tomadas por los diferentes servicios regionales de salud y la percepción de mejora relativa de la situación de las listas de espera por parte de los ciudadanos.

El otro aspecto capital entre los temas de coyuntura son preguntas relativas al gasto farmacéutico. Estas cuestiones tienen como eje prioritario conocer la opinión de los ciudadanos sobre la evolución del gasto farmacéutico, el grado de popularidad de las medidas de contención del gasto e identificar aquellas medidas que son más conocidas y mejor aceptadas por parte de los ciudadanos. Las conclusiones más importantes referidas a estos aspectos son: el apoyo de los ciudadanos a la nece-



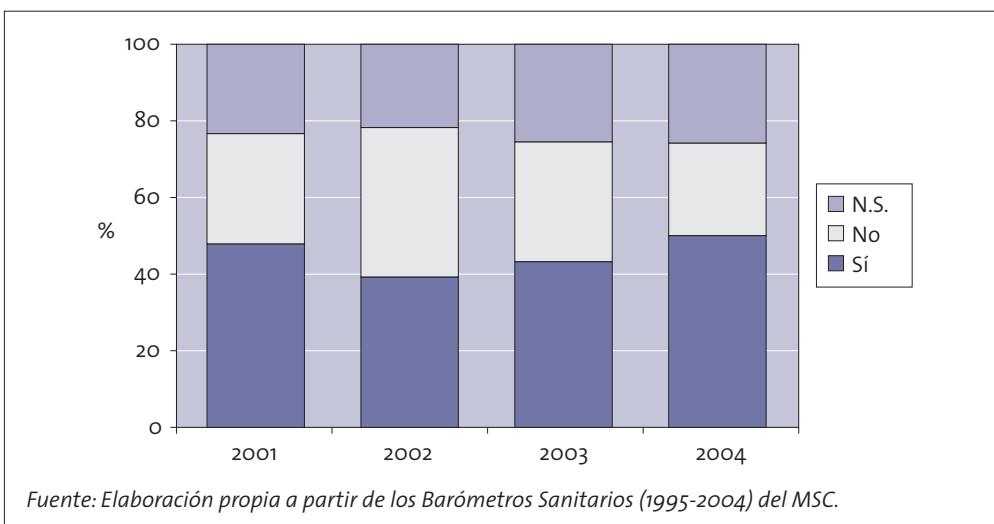
Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 73. ¿La sanidad pública presta los mismos servicios a todos los ciudadanos con independencia de que se sea joven o anciano?.

sidad de controlar el gasto farmacéutico; la preferencia por el uso de los medicamentos genéricos como principal estrategia de control del gasto, seguida por la de revisión del contenido de los envases; y, por último, el protagonismo reconocido a las Administraciones Públicas en el impulso de este tipo de actuaciones.

Otro de los aspectos más repetidos en las preguntas de coyuntura es el relativo a las personas mayores. La gran mayoría de los españoles piensa que los recursos que las autoridades asignan a las necesidades de los mayores son insuficientes. El dato preocupante es que, con el paso del tiempo, son cada vez más las personas que manifiestan estar de acuerdo con esta afirmación. Así, ante dicha carencia, los encuestados opinan que quien debe equilibrar la presente situación son la familia y las Administraciones Públicas de forma conjunta, aportando los recursos necesarios. En cualquier caso, es importante destacar que la opción de la familia como única titular de esta obligación es la última elegida para cualquiera de los años analizados. Sin embargo, más del 70% de los ciudadanos estiman que la sanidad pública presta los mismos servicios tanto a mayores como a jóvenes (Gráfico 73).

Por último, y en lo relativo a las transferencias sanitarias, podemos concluir que el nivel de información de los ciudadanos acerca del proceso fue elevado. En cuanto a la percepción de una mejora en la calidad generada por la gestión autonómica de la sanidad existe una disparidad importante por regiones, siendo la opción mayoritaria que el cambio no afectara ni positivamente ni negativamente a la calidad. Sin embargo, los ciudadanos se muestran mayoritariamente a favor (76%) de la nece-



Fuente: Elaboración propia a partir de los Barómetros Sanitarios (1995-2004) del MSC.

Gráfico 74. ¿La sanidad pública presta los mismos servicios a todos los ciudadanos con independencia de que se resida en una comunidad autónoma u otra?

sidad de una buena coordinación entre comunidades autónomas. Aunque no llega al 50% de los ciudadanos los que consideran que los servicios prestados por la sanidad pública son iguales independientemente de la comunidad autónoma, esta opción sigue siendo mayoritaria y desde las transferencias autonómicas está aumentando ligeramente (Gráfico 74).

En resumen, los ciudadanos están satisfechos en términos generales con el SNS, del que reclaman mayores cauces de participación e información como demandas más urgentes. En cuanto a la percepción de desigualdades generadas por el SNS, sólo en el caso del ámbito rural frente al urbano y en el de las comunidades autónomas parece necesario realizar un esfuerzo para corregir estas impresiones.

5.2 Propuestas de mejora de los barómetros sanitarios

El haber trabajado con los barómetros sanitarios para realizar la presente investigación, junto la elaboración de la base de datos enlazada para la serie 1995-2004 nos ha permitido conocer con detalle los cuestionarios y analizar las preguntas que éstos han contenido a lo largo de la última década.

Nuestra primera valoración es que constituyen una fuente de información muy rica, poco explotada y escasamente conocida por los investigadores sanitarios. Creemos que el potencial de una serie de encuestas repetidas a lo largo del tiempo, como son los barómetros, es muy importante y debería ser utilizado en mayor medida. Por

otra parte, el acceso a los mismos es relativamente sencillo y económico, circunstancia que debe servir para que se realicen más trabajos de investigación con ellos.

Ahora bien, pensamos que, precisamente por su carácter permanente en el tiempo y por ser una encuesta que se realiza en toda España, se pueden sacar más provecho a su realización por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo. La descentralización de la sanidad hace que ahora coexistan 17 servicios regionales de salud, motivo por el que hoy más que nunca es necesario contar con un instrumento fiable que mida la satisfacción de los usuarios de forma homogénea en todo el territorio nacional.

Por ello, pensamos que el gran desafío para que los barómetros sanitarios se conviertan en una herramienta imprescindible de consulta para los gestores de la política sanitaria es ampliar su tamaño muestral. Creemos que, desde el 2002, los resultados de satisfacción con la asistencia sanitaria tienen que estar descentralizados a nivel autonómico, aspecto que la muestra actual no permite con una significación estadística aceptable. Por ello, la tarea más urgente, y también la más costosa económicamente hablando, es la de ampliar la muestra para que la representación de todas las comunidades autónomas sea estadísticamente significativa y se puedan hacer cruces de variables por comunidad con garantías en toda y cada una de ellas. Éste es el aspecto que debería abordar el Ministerio de Sanidad y Consumo para dotarse de un instrumento útil en el nuevo contexto de la asistencia sanitaria en España.

Como aspectos menores, pensamos que los cuestionarios deberían revisarse, haciendo homogéneos los dos bloques de preguntas estructurales. No nos parece adecuado que estos bloques comunes se modifiquen de año a año y que se amplíen o se resten preguntas de los mismos en función de las necesidades puntuales de los mismos. Creemos que estas preguntas, una vez revisados los cuestionarios, e introducidos los cambios necesarios, deberían permanecer constantes, en número, contenido y tabulación durante mucho tiempo.

Para paliar esta restricción, las preguntas de coyuntura deberían identificarse como tal, incluso con una numeración diferente, y desde nuestra óptica deberían ser estables en cada una de las olas de cada año. En este caso, estas preguntas pueden servir para llenar las lagunas que los cuestionarios estructurales dejan, permitiendo variar su número de año en año al no afectar a la parte común del barómetro.

Otro aspecto relevante, desde nuestro punto de vista, es la revisión de los cuestionarios desde la perspectiva del género, ya que es un aspecto que no se ha tocado de forma importante en los últimos 10 años.

De igual manera, se debería agilizar el embargo de los microdatos para la realización de proyectos de investigación, ya que una vez presentados los resultados por

el Ministerio de Sanidad y Consumo, no parece lógico que los investigadores tengan que esperar un año para poder trabajar con la base de datos. Se puede utilizar una fórmula mixta, en la que nadie pueda publicar resultados antes de un determinado tiempo, pero sí se pueda trabajar con los datos más actuales de una forma ágil.

En resumen, creemos que los barómetros sanitarios constituyen una herramienta útil para conocer la opinión de los ciudadanos sobre la asistencia sanitaria, siendo especialmente urgente que se amplíe la muestra para que todas las comunidades tengan una submuestra representativa a un nivel de confianza del 95%.

Por último, no queríamos dejar de agradecer al personal del Centro de Investigaciones Sociológicas su colaboración y la atención recibida a la hora de solucionar los problemas existentes con las bases de datos. Del mismo modo, esperamos que los usuarios de la página web de la serie enlazada de los barómetros sanitarios nos hagan llegar todas sus sugerencias y críticas una vez utilicen la misma.

Referencias Bibliográficas



1. OCDE. Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers? *Economics department working papers*, No. 477. París; 2006.
2. Del Llano J, Polanco C, García S. *¿Todo para todos y gratis? El establecimiento de prioridades en el sistema sanitario español*. Madrid: Ergon; 2004.
3. Baumol WJ. Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis. *The American Economic Review* 1967; 57(3): 415–426.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Barómetros Sanitarios 1995-2004*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; Varios años.
5. Rico A. Pérez-Nievas S. La opinión de los ciudadanos sobre el Sistema Nacional de Salud. En: López Casasnovas G (dir.), Rico A (coord.). *Las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías*. Bilbao: Fundación BBV e Institut d'Estudis Autonomics; 2001.
6. Rico A. La opinión de los ciudadanos sobre el sistema nacional de salud, 1994-2003. En: Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Anual del Sistema de Nacional de Salud 2003. Madrid: Ministerio de Sanidad de Consumo; 2004.
7. Centro Español de Investigaciones Sociológicas. *Ficha técnica del estudio CIS Nº 2579. Barómetro Sanitario 2004*, Madrid: Centro Español de Investigaciones Sociológicas; 2005.
8. Instituto Nacional de Estadística. *Padrón Municipal a 1 de enero de 2005*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2006.
9. Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta de Población Activa. Cuarto trimestre de 2005*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2006.

10. Centro Español de Investigaciones Sociológicas. *Ficha técnica del estudio CIS N° 2509. Barómetro Sanitario 2003*. Madrid: Centro Español de Investigaciones Sociológicas; 2004.
11. Defensor del Pueblo. Listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Informes, Estudios y Documentos, Serie III. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo; 2003.
12. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. *LEY 24/2002, de 5 de diciembre, de Garantías en la Atención Sanitaria Especializada*.
13. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo; 2004.
14. del Llano J, Hidalgo A, Pérez S. *Sistema de Información Sanitaria en España*. Barcelona: Edittec; 2004.
15. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Sistema Nacional de salud: Información y Estadísticas Sanitarias*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
16. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Eco-sanidad 2005*. París: OCDE; 2005.
17. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (Imserso). *Las personas mayores en España*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (Imserso); 2005.
18. Defensor del Pueblo. La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Informes especiales. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo; 2000.

Tabla 1.	Tamaño muestral de serie enlazada por CC.AA.	8
Tabla 2.	Distribución de entrevistas por CC.AA.	11
Tabla 3.	Distribución de la muestra por grupo de edad	12
Tabla 4.	Distribución de la muestra por sexo	14
Tabla 5.	Distribución de la muestra por situación respecto a la actividad	14
Tabla 6.	Distribución de la muestra por ingresos mensuales totales del hogar ...	17
Tabla 7.	Distribución de la muestra por niveles de educación	19
Tabla 8.	Descripción de los barómetros sanitarios 1995-2004	20
Tabla 9.	Número de preguntas por tipo en los barómetros sanitarios 1995-2004	21
Tabla 10.	Número de preguntas comunes sin modificación en los barómetros sanitarios 1995-2004	21
Tabla 11.	Número de preguntas comunes con alguna modificación en los barómetros sanitarios 1995-2004	23
Tabla 12.	Distribución por temas de las preguntas de coyuntura en los barómetros sanitarios 1995-2004	24
Tabla 13.	Asuntos o materias de mayor interés para los ciudadanos	28
Tabla 14.	Asuntos o materias de mayor interés para los ciudadanos, según CC.AA. (2004)	29
Tabla 15.	Opinión respecto a la necesidad de cambio en el Sistema Sanitario (SS) español	30
Tabla 16.	Valoración del sistema sanitario español según comunidad autónoma (2003-2004)	32
Tabla 17.	Cobertura sanitaria según institución, pública o privada, que la presta	36
Tabla 18.	Segunda cobertura sanitaria según institución, pública o privada, que la presta	37
Tabla 19.	Preferencias para utilizar servicios sanitarios públicos o privados según tipo de asistencia	40
Tabla 20.	Preferencias público-privadas en el acceso a los diferentes niveles asistenciales por grupos de edad	43-46

Tabla 21. En su opinión, ¿cada uno de los siguientes servicios asistenciales de la sanidad ha mejorado, ha empeorado o sigue igual en los últimos años?	48
Tabla 22. Tipo de centro al que acudiría, público o privado, según asistencia sanitaria requerida (%) (2004)	49
Tabla 23. Quisiera que valorase los siguientes aspectos de la asistencia sanitaria pública, referidos a consultas de medicina general y pediatría	52
Tabla 24. Promedio de todas las valoraciones referidas a los diferentes aspectos de la asistencia primaria pública: medicina general y pediatría	54
Tabla 25. Valoración promedio de las diferentes valoraciones otorgadas a cada aspecto de la asistencia primaria, en cada comunidad autónoma, durante el periodo 1995-2004	55
Tabla 26. Valoración (de 1 a 10) de los diversos aspectos de la asistencia sanitaria pública, referidos a la asistencia especializada	57
Tabla 27. Valoración de la atención recibida en las consultas de atención especializada de la sanidad pública	58
Tabla 28. Tiempo medio de espera entre la solicitud de cita y la consulta del especialista por comunidad autónoma (2004)	60
Tabla 29. Valoración media (escala 1 a 10) de los diferentes aspectos de la asistencia sanitaria pública, referidos a la asistencia especializada, por comunidad autónoma	62
Tabla 30. Tasas de hospitalización, frecuentación e indicador de uso de servicios hospitalarios por CC.AA.	64
Tabla 31. Valoración (escala 1 a 10) de los distintos aspectos de la asistencia hospitalaria	67
Tabla 32. Valoración de la atención que ha recibido en el hospital público	68
Tabla 33. Valoración de la atención recibida en hospital público en relación a las expectativas	69
Tabla 34. Porcentaje de usuarios que tuvieron que acudir a un centro sanitario durante el último año por un problema urgente	73
Tabla 35. Valoración de los usuarios de la información facilitada por los servicios sanitarios sobre diversas materias relacionadas con la actividad sanitaria	74
Tabla 36. En general, ¿cree Ud. que, durante el último año, el problema de las listas de espera....? (Barómetro 2004)	78
Tabla 37. ¿Cree Ud. que las autoridades sanitarias están llevando a cabo acciones destinadas a mejorar las listas de espera? (Barómetro 2003)	80
Tabla 38. ¿Cree que en la actualidad existen en la sanidad pública listas de espera para ...?	81

Tabla 39. ¿Quién debe cubrir las necesidades de atención de las personas mayores y/o enfermos crónicos?	95
Tabla 40. ¿Cree Ud. que gestionando la asistencia sanitaria las comunidades autónomas en lugar del Estado, el ciudadano recibe un servicio ...? (2003)	100
Tabla 41. Comparando con los servicios sanitarios públicos de otras comunidades, considera que los que recibe en su comunidad autónoma son ... (2003)	101

Gráfico 1.	Tamaño muestral de la base de datos homogénea por CC.AA.	9
Gráfico 2.	Distribución de la muestra por CC.AA. Serie enlazada 1995-2004	10
Gráfico 3.	Distribución por grupos de edad. Serie enlazada 1995-2004	13
Gráfico 4.	Distribución porcentual por grupo de edad: serie enlazada versus padrón 2005	13
Gráfico 5.	Distribución porcentual por situación respecto a la actividad	15
Gráfico 6.	Distribución porcentual por situación respecto a la actividad	16
Gráfico 7.	Distribución porcentual por nivel de ingreso del hogar	17
Gráfico 8.	Distribución porcentual por nivel de estudios	18
Gráfico 9.	Distribución porcentual por temas de las preguntas coyunturales	25
Gráfico 10.	Valoración de escala (1 a 10) de la satisfacción que manifiestas los ciudadanos acerca del funcionamientos del SNS	31
Gráfico 11.	Valoración del SNS (1 a 10) por edad (2004)	31
Gráfico 12.	Valoración del SNS (1 a 10) según situación (2001-2004)	33
Gráfico 13.	Porcentaje de usuarios que consideran que existen, o no, suficientes vías para que los ciudadanos opinen sobre el SNS (2003)	34
Gráfico 14.	Porcentaje de ciudadanos interesados en participar en reuniones (2003)	34
Gráfico 15.	Valoración del SNS por los usuarios según consideren que existen, o no, suficientes vías para opinar (2003)	35
Gráfico 16.	Valoración del SNS según disposición a expresar su opinión (2003) ...	35
Gráfico 17.	Preferencia para acudir al servicio sanitario público o privado en atención primaria (%)	38
Gráfico 18.	Preferencia para acudir a servicio sanitario público o privado en asistencia especializada (%)	38
Gráfico 19.	Preferencia para acudir a servicio sanitario público o privado en ingreso hospitalario (%)	39
Gráfico 20.	Preferencia para acudir a servicio sanitario público o privado en urgencias (%)	39

Gráfico 21. Evolución del indicador de renta media del hogar	41
Gráfico 22. Autoposicionamiento político	42
Gráfico 23. Evolución de la edad media según preferencia por la atención sanitaria pública o privada	42
Gráfico 24. Porcentaje de usuarios que elegirían asistencia pública o privada según los distintos aspectos a valorar	47
Gráfico 25. Porcentaje de usuarios en función de su opinión acerca de la atención primaria	50
Gráfico 26. Valoración de la asistencia sanitaria en función de las expectativas de los usuarios (%)	51
Gráfico 27. Visitas en el último año a un médico, público o privado, de atención primaria	53
Gráfico 28. Porcentaje de usuarios que hayan visitado, o no, a un médico de atención especializada durante el último año	56
Gráfico 29. Visitas a un médico de atención especializada, público o privado	56
Gráfico 30. Valoración de la asistencia especializada pública según expectativas	58
Gráfico 31. Valoración de los principales aspectos de la asistencia especializada	59
Gráfico 32. Porcentaje de usuarios según el tiempo de espera entre la solicitud y la cita con el especialista (2004). SNS	61
Gráfico 33. Porcentaje de usuarios que hayan estado ingresados en un hospital, o no, durante el último año	63
Gráfico 34. Hospitalizaciones durante el último año	63
Gráfico 35. Valoración de la atención recibida en función de las expectativas de los usuarios (%)	65
Gráfico 36. Valoración (escala 1 a 10) de los distintos aspectos de la atención hospitalaria	66
Gráfico 37. Porcentajes en función del motivo por el que se ingresó en un hospital la última vez (2003)	70
Gráfico 38. Porcentajes en función del motivo por el que se ingresó en un hospital la última vez (2004)	70
Gráfico 39. Porcentaje de usuarios según fuente de la decisión de acudir a Urgencias	71
Gráfico 40. Porcentaje de usuarios en función de la razón por la que acudieron al servicio de urgencias público	72
Gráfico 41. Porcentaje de usuarios en función de haber acudido a un centro sanitario por un problema urgente durante el último año	73
Gráfico 42. Evolución de la percepción del problema de las listas de espera por CC.AA. (2004)	79
Gráfico 43. Opinión acerca de las medidas llevadas a cabo para mejorar las listas de espera por CC.AA. (2003)	81

Gráfico 44. Evolución de la opinión sobre la existencia de listas de espera para la realización de pruebas diagnósticas	82
Gráfico 45. Porcentaje de personas que estaría o no de acuerdo con controlar el gasto farmacéutico	84
Gráfico 46. Grado de apoyo de las medidas de control del gasto farmacéutico	84
Gráfico 47. ¿Quién debe controlar el gasto farmacéutico?	85
Gráfico 48. Conocimiento por parte de los ciudadanos de diferentes medidas adoptadas por el MSC para reducir el gasto sanitario (2002)	86
Gráfico 49. Conocimiento por parte de los ciudadanos de diferentes medidas adoptadas por el MSC para reducir el gasto sanitario (1999)	86
Gráfico 50. Conocimiento por parte de los ciudadanos del significado de los medicamentos genéricos	87
Gráfico 51. Apoyo al establecimiento de precios máximos en función de la eficacia de los medicamentos	87
Gráfico 52. Porcentaje de personas en función de si han tomado medicamentos genéricos alguna vez (2004)	88
Gráfico 53. Porcentaje de personas que han sustituido algún medicamento genérico por no estar disponible (2004)	89
Gráfico 54. Porcentaje de personas que han tomado alguna vez un medicamento sin prescripción médica (2004)	89
Gráfico 55. Porcentaje de personas que han tomado alguna vez un medicamento recetado con anterioridad por el médico (2004)	90
Gráfico 56. Porcentaje de personas en función de haber entendido cómo tomar el medicamento recetado (2004)	91
Gráfico 57. Porcentaje de personas que siguen las instrucciones del médico en lo relativo a la dosis (2004)	91
Gráfico 58. Porcentaje de personas que siguen las instrucciones del médico en lo relativo al tiempo del tratamiento (2004)	92
Gráfico 59. Porcentaje de personas en función de guardar o no los medicamentos sobrantes (2004)	92
Gráfico 60. Tipo de uso posterior a los medicamentos guardados (2004)	93
Gráfico 61. Opinión sobre la suficiencia en la oferta de servicios y recursos para la atención de las personas mayores	94
Gráfico 62. ¿Quién debe cubrir las necesidades de atención de las personas mayores y/o enfermos crónicos? (2002)	95
Gráfico 63. Porcentaje de usuarios según conocimiento de los centros y servicios de asistencia para las personas mayores	96
Gráfico 64. Medidas a adoptar por las AA.PP. para ayudar a las personas mayores	96
Gráfico 65. ¿Quién debe cubrir los gastos que ocasionan las personas mayores con una enfermedad crónica? (2001)	97

Gráfico 66. Porcentaje de personas que consideran que las personas mayores deberían, o no, pagar una cantidad pequeña de la asistencia sanitaria (2001)	98
Gráfico 67. Porcentaje de personas que conocen que se han realizado las transferencias sanitarias a su comunidad autónoma (2003)	99
Gráfico 68. ¿Cree Ud. que gestionando la asistencia sanitaria las comunidades autónomas en lugar del Estado, el ciudadano recibe un servicio ...? (2003), por CC.AA.	99
Gráfico 69. ¿Cree Ud. que gestionando la asistencia sanitaria las comunidades autónomas en lugar del Estado, el ciudadano recibe un servicio ...? (2003), por sexo	101
Gráfico 70. Ahora que todas las comunidades autónomas son responsables de sus propios servicios sanitarios, ¿piensa Ud. que deberían ponerse de acuerdo entre ellas a la hora de ofrecer nuevos servicios a los ciudadanos? (2003)	102
Gráfico 71. ¿La sanidad pública presta los mismos servicios a todos los ciudadanos con independencia de que se tenga un nivel social alto o bajo?	106
Gráfico 72. ¿La sanidad pública presta los mismos servicios a todos los ciudadanos con independencia de que se resida en una zona rural o una ciudad?	107
Gráfico 73. ¿La sanidad pública presta los mismos servicios a todos los ciudadanos con independencia de que se sea joven o anciano?	109
Gráfico 74. ¿La sanidad pública presta los mismos servicios a todos los ciudadanos con independencia de que se resida en una comunidad autónoma u otra?	110

ANEXO I. Cuestionario 2003



Comunidad Autónoma	<input type="text"/>	(10)(11)	Nº ESTUDIO	Nº CUESTIONARIO
Provincia	<input type="text"/>	(12)(13)	2.509	<input type="text"/>
Municipio (nombre municipio)	<input type="text"/>	(14)(15)(16)		
Tamaño de hábitat	<input type="text"/>	(17)(18)	OLEADA	1 ^a (28)
Distrito	<input type="text"/>	(19)(20)		
Sección	<input type="text"/>	(21)(22)(23)		
Entrevistador	<input type="text"/>	(24)(25)(26)(27)		

Buenos días/tardes. El Centro de Investigaciones Sociológicas está realizando un estudio sobre temas de interés general. Por este motivo solicitamos su colaboración y se la agradecemos anticipadamente. Esta vivienda ha sido seleccionada al azar mediante métodos aleatorios. Le garantizamos el absoluto anonimato y secreto de sus respuestas en el más estricto cumplimiento de las Leyes sobre secreto estadístico y protección de datos personales. Una vez grabada la información de forma anónima, los cuestionarios individuales son destruidos inmediatamente.

P.1 Para empezar, ¿podría decirme cuál de las siguientes áreas es la que considera Ud. de mayor interés para los ciudadanos? (UNA RESPUESTA). (MOSTRAR TARJETA A) .	P.5 Por favor, ¿podría decirme si es Ud. titular/beneficiario de alguna/s de las modalidades de seguro sanitario (público o privado) que aparecen en esta tarjeta? (MOSTRAR TARJETA D) . (MÁXIMO DOS RESPUESTAS).																																				
<ul style="list-style-type: none"> - Defensa 1 - Educación 2 - Sanidad 3 - Vivienda 4 - Pensiones 5 (29) - Transportes 6 - Seguridad ciudadana 7 - N.S. 8 - N.C. 9 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguridad Social 1 - Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS) acogidas a la Seguridad Social 2 - Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS) acogidas a un seguro privado 3 - Seguro médico privado concertado individualmente (SANITAS, ASISA, Colegios Profesionales, etc.) (34)(35) 4 - Seguro médico privado concertado a través de la empresa (SANITAS, ASISA, etc.) 5 - No tengo seguro médico, utilizo médicos privados 6 - N.C. 9 																																				
P.2 Vamos a centrarnos ahora en el tema de la sanidad. De las siguientes afirmaciones que aparecen en esta tarjeta, ¿cuál expresa mejor su opinión sobre el Sistema Sanitario en nuestro país? (MOSTRAR TARJETA B) .	P.6 ¿Alguna vez, estando fuera de su Comunidad Autónoma de residencia, ha necesitado acudir a un centro sanitario público?																																				
<ul style="list-style-type: none"> - En general, el Sistema Sanitario funciona bastante bien 1 - El Sistema Sanitario funciona bien, aunque son necesarios algunos cambios 2 - El Sistema Sanitario necesita cambios fundamentales, aunque algunas cosas funcionan 3 - Nuestro Sistema Sanitario está tan mal que necesitaríamos rehacerlo completamente 4 - N.S. 8 - N.C. 9 	<ul style="list-style-type: none"> - Sí 1 - No 2 (36) - N.C. 9 																																				
P.3 En general, ¿está Ud. satisfecho o insatisfecho con el modo en que el sistema sanitario público funciona en España? Para contestarme, utilice esta tarjeta en la que el 1 significa que está Ud. muy insatisfecho y el 10 que está muy satisfecho. (MOSTRAR TARJETA C) .	P.6a ¿Qué utilizó para identificarse en aquella ocasión?																																				
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="10" style="padding: 0;">Muy insatisfecho</td> <td colspan="2" style="padding: 0;">Muy satisfecho</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="padding: 0;">(31)(32)</td> <td style="padding: 0;">NS</td> <td style="padding: 0;">NC</td> </tr> <tr> <td>01</td><td>02</td><td>03</td><td>04</td><td>05</td><td>06</td><td>07</td><td>08</td><td>09</td><td>10</td> <td>98</td><td>99</td> </tr> </table>	Muy insatisfecho										Muy satisfecho		(31)(32)										NS	NC	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	98	99	<ul style="list-style-type: none"> - La cartilla 1 - La tarjeta sanitaria 2 (37) - N.S. 8 - N.C. 9
Muy insatisfecho										Muy satisfecho																											
(31)(32)										NS	NC																										
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	98	99																										
P.4 ¿Considera Ud. que en la actualidad existen suficientes vías para que los ciudadanos opinen sobre el funcionamiento del sistema sanitario público?	P.7 Si Ud. o algún miembro de su hogar tuvieran que utilizar un servicio sanitario y pudieran elegir, ¿a qué tipo de centro acudirían, normalmente público o privado, cuando se trata de...?																																				
<ul style="list-style-type: none"> - Si 1 - No 2 (33) - N.S. 8 - N.C. 9 	(NO LEER) <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 25%;">Público</td> <td style="width: 25%;">Privado</td> <td style="width: 25%;">Ambos</td> <td style="width: 25%;">NC</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">- Atención Primaria (consultas de medicina general y pediatría) 1 2 3 9 (38)</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">- Asistencia especializada (consultas de especialistas, salvo dentistas) 1 2 3 9 (39)</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">- Ingreso en hospital 1 2 3 9 (40)</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">- Urgencias 1 2 3 9 (41)</td> </tr> </table>	Público	Privado	Ambos	NC	- Atención Primaria (consultas de medicina general y pediatría) 1 2 3 9 (38)				- Asistencia especializada (consultas de especialistas, salvo dentistas) 1 2 3 9 (39)				- Ingreso en hospital 1 2 3 9 (40)				- Urgencias 1 2 3 9 (41)																			
Público	Privado	Ambos	NC																																		
- Atención Primaria (consultas de medicina general y pediatría) 1 2 3 9 (38)																																					
- Asistencia especializada (consultas de especialistas, salvo dentistas) 1 2 3 9 (39)																																					
- Ingreso en hospital 1 2 3 9 (40)																																					
- Urgencias 1 2 3 9 (41)																																					

<p>P.8 Si en el lugar en que reside, se celebraran reuniones en las que los ciudadanos pudiesen expresar su opinión sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios públicos, ¿participaría activamente en ellas?</p> <p>- Sí 1 - No 2 (42) - N.S. 8 - N.C. 9</p>		<p>↓</p> <p>Escala 01 – 10 NS NC</p> <p>- El conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario 98 99 (62)(63)</p> <p>- La confianza y seguridad que transmite el médico 98 99 (64)(65)</p> <p>- El tiempo de espera hasta entrar en consulta 98 99 (66)(67)</p> <p>- La derivación desde su médico de cabecera a un especialista en caso necesario 98 99 (68)(69)</p> <p>- El equipamiento y medios tecnológicos existentes en los centros 98 99 (70)(71)</p> <p>- La información recibida sobre su problema de salud 98 99 (72)(73)</p> <p>- Los consejos del médico sobre alimentación, ejercicio, tabaco, alcohol, etc. 98 99 (74)(75)</p>																				
<p>P.9 ¿Durante el último año ha acudido a un médico de medicina general y/o pediatra por un problema suyo o de alguien que vive con Ud.? Nos referimos, por supuesto, a una verdadera consulta, y no a una petición de hora o cita ni a la realización de una radiografía o análisis, ni a la recogida de recetas.</p> <p>- Si 1 - No 2 → Pasar a P.10 (43) - No recuerda ..8 - N.C. 9</p>		<p>P.9a Y, durante este último año, ¿puede recordar cuántas veces acudió a un médico de atención primaria de la sanidad pública? ¿Y cuántas a uno privado?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Público (44)(45)</th> <th>Privado (46)(47)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nº de veces</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Ninguna</td> <td>97</td> <td>97</td> </tr> <tr> <td>No recuerda</td> <td>98</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>N.C.</td> <td>99</td> <td>99</td> </tr> </tbody> </table> <p>(SÓLO A QUIENES HAN ACUDIDO A UN MÉDICO DE MEDICINA GENERAL O PEDIATRA DE LA SANIDAD PÚBLICA, según P.9a)</p> <p>P.9b En general, la atención que ha recibido en las consultas de medicina general y/o pediatría de la sanidad pública ha sido....</p> <p>- Muy buena 1 - Buena 2 - Regular 3 (48) - Mala 4 - Muy mala 5 - N.C. 9</p> <p>P.9c Y respecto de lo que Ud. esperaba, esta atención ha sido....</p> <p>- Mucho mejor de lo que esperaba 1 - Mejor 2 - Más o menos igual 3 - Peor 4 (49) - Mucho peor 5 - N.S. 8 - N.C. 9</p>				Público (44)(45)	Privado (46)(47)	Nº de veces	_____	_____	Ninguna	97	97	No recuerda	98	98	N.C.	99	99	<p>P.11 Durante el último año, ¿Ud. o alguien que vive con Ud. ha tenido algún problema urgente que le haya obligado a acudir a un centro sanitario público o privado?</p> <p>- Si 1 - No 2 → Pasar a P.12 (76) - No recuerda ..8 - N.C. 9</p>		
	Público (44)(45)	Privado (46)(47)																				
Nº de veces	_____	_____																				
Ninguna	97	97																				
No recuerda	98	98																				
N.C.	99	99																				
<p>P.11a ¿Y, puede recordar cuántas veces acudió por un problema urgente a un centro público durante el último año? ¿Y cuántas a uno privado?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Público (77)(78)</th> <th>Privado (79)(80)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nº de veces</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Ninguna</td> <td>97</td> <td>97</td> </tr> <tr> <td>No recuerda</td> <td>98</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>N.C.</td> <td>99</td> <td>99</td> </tr> </tbody> </table> <p>P.11b La última vez que tuvo un problema urgente, ¿qué tipo de servicio utilizó? (MOSTRAR TARJETA F.)</p> <p>- Sólo un servicio de urgencias de Atención Primaria (no hospitalaria) público 1</p> <p>- Sólo un servicio de urgencias de un hospital público 2</p> <p>- Un servicio de urgencias de Atención Primaria (no hospitalaria) y un hospital, ambos públicos 3 (81)</p> <p>- Un servicio de urgencias de Atención Primaria (no hospitalaria) privado y un hospital público.4</p> <p>- Otra respuesta 5 - No recuerda 8 - N.C. 9</p>			Público (77)(78)	Privado (79)(80)	Nº de veces	_____	_____	Ninguna	97	97	No recuerda	98	98	N.C.	99	99	<p>P.11c Cuando acudió Ud. al servicio de urgencias del hospital esta última vez, fue porque...</p> <p>- Ud. lo decidió 1 - Le mandó su médico de cabecera 2 - Le mandaron desde el servicio de urgencias de atención primaria 3 (82) - N.C. 9</p> <p>P.11d</p>					
	Público (77)(78)	Privado (79)(80)																				
Nº de veces	_____	_____																				
Ninguna	97	97																				
No recuerda	98	98																				
N.C.	99	99																				

P.11d ¿Y cuál de las siguientes fue la razón principal por la que acudió a un servicio de urgencias de un hospital la última vez? **(MOSTRAR TARJETA G)**.

- Porque no coincidía con el horario del médico de cabecera 1
- Porque el centro donde pasa consulta mi médico de cabecera y/o pediatra no tiene urgencias 2
- Porque no conozco los servicios de urgencias de atención primaria 3
- Porque en urgencias del hospital tienen más medios y resuelven mejor el problema 4 (83)
- Porque me habían dado cita muy tarde para ir a la consulta del especialista por el problema de salud que tenía 5
- Porque estaba fuera de mi residencia habitual 6
- N.C. 9

A TODOS

P.12 ¿Durante el último año ha acudido a un médico de atención especializada por un problema suyo o de alguien que vive con Ud? Nos referimos, por supuesto, a una verdadera consulta, y no a una petición de hora o cita ni a la realización de una radiografía o análisis.

- Sí 1
- No 2 → **Pasar a P.13 (84)**
- No recuerda 8
- N.C. 9

P.12a Y, durante este último año, ¿puede recordar cuántas veces acudió a un médico de atención especializada de la sanidad pública?

¿Y cuántas a uno privado?

	Público (85)(86)	Privado (87)(88)
--	---------------------	---------------------

Nº de veces	_____	_____
Ninguna	97	97
No recuerda	98	98
N.C.	99	99

(SÓLO A QUIENES HAN ACUDIDO A UN MÉDICO DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DE LA SANIDAD PÚBLICA, según P.12a)

P.12b En general, la atención que ha recibido en las consultas de atención especializada de la sanidad pública ha sido....

- Muy buena 1
- Buena 2
- Regular 3 (89)
- Mala 4
- Muy mala 5
- N.C. 9

P.12c Y respecto de lo que Ud. esperaba, esta atención ha sido....

- Mucho mejor de lo que esperaba 1
- Mejor 2
- Más o menos igual 3
- Peor 4 (90)
- Mucho peor 5
- N.S. 8
- N.C. 9

A TODOS

P.13 A continuación, y con independencia de que Ud. utilice o no las consultas de especialistas de la sanidad pública, quisiera que valorase los siguientes aspectos referentes a la asistencia especializada. Utilice de nuevo una escala de 1 a 10, en la que el 1 significa que lo valora "totalmente insatisfactorio" y el 10 que lo valora "totalmente satisfactorio". **(MOSTRAR TARJETA E)**.

Escala
01 – 10 NS NC

- La facilidad para conseguir cita 98 99 (91)(92)
- El tiempo dedicado por el médico a cada usuario 98 99 (93)(94)
- El número de especialidades a las que se tiene acceso 98 99 (95)(96)
- El tiempo de espera hasta entrar en consulta 98 99 (97)(98)
- El conocimiento del historial y seguimiento de los problemas de salud de cada usuario 98 99 (99)(100)
- La confianza y seguridad que transmite el médico 98 99 (101)(102)
- El equipamiento y medios tecnológicos existentes en los centros 98 99 (103)(104)
- El trato recibido del personal sanitario 98 99 (105)(106)
- La información recibida sobre su problema de salud 98 99 (107)(108)
- Los consejos del médico sobre alimentación, ejercicio, tabaco, alcohol, etc. 98 99 (109)(110)

P.14 Durante el último año, ¿Ud. o alguien que vive con Ud. ha estado ingresado en un hospital público o privado?

- Sí 1
- No 2 → **Pasar a P.15 (111)**
- N.C. 9

P.14a Y, puede recordar cuántas veces ha estado Ud. o alguien que vive con Ud. hospitalizado en un hospital público y cuántas en uno privado durante el último año?

	Público (112)(113)	Privado (114)(115)
--	-----------------------	-----------------------

Nº de veces	_____	_____
Ninguna	97	97
No recuerda	98	98
N.C.	99	99

HACER LAS PREGUNTAS 14b a 14h. SÓLO A LOS QUE, EL ENTREVISTADO O ALGUIEN QUE VIVA CON EL, HAN ESTADO INGRESADOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO (según respuesta en P.14a).

P.14b El último ingreso en el hospital fue para....

- Una operación 1 (116)
- Una prueba especial para saber lo que tenía 2 → **Hacer 14d a 14h**
- Un tratamiento que sólo le podían hacer estando ingresado 3 → **Hacer 14d a 14h**
- Otras razones 4 → **Hacer 14f a 14h**
- N.C. 9

P.14c a P.14h

<p>P.14c Cuando le informaron de que Ud. o su familiar debía ser operado, ¿les dijeron cuánto tiempo, más o menos, tardarían en ingresarlos?</p> <p>- Sí 1 - No 2 (117) - N.S. 8 - N.C. 9</p> <p>P.14d Antes de realizar la operación o en el caso de que hubieran ingresado para alguna prueba o tratamiento especial, ¿le informaron por escrito de los posibles riesgos de esa operación, prueba o tratamiento?</p> <p>- Sí 1 - No 2 (118) - No recuerda ... 3 - N.C. 9</p> <p>P.14e ¿Se sintió suficientemente informado acerca de los posibles riesgos de la operación, prueba o tratamiento?</p> <p>- Sí 1 - No 2 (119) - N.C. 9</p> <p>P.14f ¿Les asignaron durante su estancia en el hospital un médico responsable al que acudir para cualquier cosa relacionada con su problema de salud o el problema de salud de su familiar?</p> <p>- Sí 1 - No 2 (120) - No recuerda ... 3 - N.C. 9</p> <p>P.14g En general, la atención que ha recibido en el hospital público ha sido.......</p> <p>- Muy buena 1 - Buena 2 - Regular 3 (121) - Mala 4 - Muy mala 5 - N.C. 9</p> <p>P.14h Y respecto de lo que Ud. esperaba, esta atención ha sido...</p> <p>- Mucho mejor 1 - Mejor 2 - Más o menos igual .. 3 (122) - Peor 4 - Mucho peor 5 - N.C. 9</p>	<p>P.16 En general, ¿piensa que la información que Ud. le da a los médicos o enfermeras sobre sus problemas de salud, se trata como algo reservado que sólo conocen ellos y Ud.?</p> <p>- Sí 1 - No 2 (143) - N.S. 8 - N.C. 9</p> <p>P.17 Le voy a leer a continuación diferentes tipos de información que facilitan los servicios sanitarios públicos, ¿podría valorar cada uno de ellos utilizando una escala de 1 a 10, en la que 1 significa que "no facilita ninguna información" y el 10 que "facilita mucha información"? (MOSTRAR TARJETA H.)</p> <p>Escala 01 – 10 NS NC</p> <p>- La información que da la Administración sanitaria sobre los servicios que presta. 98 99 (144)(145)</p> <p>- La información acerca de los derechos y vías de reclamación de que disponen los usuarios 98 99 (146)(147)</p> <p>- La información sobre medidas y leyes adoptadas por las autoridades sanitarias 98 99 (148)(149)</p> <p>- La información emitida a través de las campañas dirigidas a la población sobre los principales problemas de salud 98 99 (150)(151)</p> <p>- La información disponible sobre qué trámites realizar para acceder al especialista o ingresar en un hospital 98 99 (152)(153)</p> <p>P.18 Vamos a hablar de las listas de espera. Por su experiencia o por la idea que Ud. tenga, ¿cree que en la actualidad existen en la sanidad pública listas de espera para...</p> <p>Sí No NS NC</p> <p>- La consulta de un especialista 1 2 8 9 (154) - La realización de pruebas diagnósticas (radiografías, escáner, etc.) 1 2 8 9 (155) - El ingreso en un hospital para una operación 1 2 8 9 (156) - El ingreso en un hospital para diagnóstico y tratamiento sin operación 1 2 8 9 (157)</p> <p>P.19 ¿Cree Ud. que las autoridades sanitarias están llevando a cabo acciones destinadas a mejorar las listas de espera?</p> <p>- Sí, se están llevando a cabo 1 - No, no se están llevando a cabo ... 2 (158) - N.S. 8 - N.C. 9</p>
<p>A TODOS</p> <p>P.15 En cuanto a la asistencia que se presta en los hospitales públicos, quisiera que valorase, por su experiencia o la idea que Ud. tenga, los siguientes aspectos utilizando la misma escala de 1 a 10, en la que el 1 significa que lo valora "totalmente insatisfactorio" y el 10 que lo valora "totalmente satisfactorio". (MOSTRAR TARJETA E.)</p> <p>Escala 01 – 10 NS NC</p> <p>- El número de personas que comparten habitación 98 99 (123)(124)</p> <p>- Aspectos de hostelería (comidas, aseos y comodidades generales de las habitaciones) 98 99 (125)(126)</p> <p>- Los trámites administrativos para el ingreso 98 99 (127)(128)</p> <p>- Tiempo de demora para el ingreso no urgente 98 99 (129)(130)</p>	

P.20 En general, ¿cree Ud. que, durante el último año, el problema de las listas de espera....?

- Ha mejorado 1
- Ha empeorado 2
- Sigue igual 3 (159)
- N.S. 8
- N.C. 9

P.21 Vamos a hablar ahora de los medicamentos. Como Ud. sabe, el gasto farmacéutico es muy importante en nuestro país, ¿Ud. personalmente, estaría de acuerdo o en desacuerdo con las autoridades sanitarias en la necesidad de controlar ese gasto?

- De acuerdo 1
- En desacuerdo 2 (160)
- N.S. 8
- N.C. 9

P.22 A continuación le voy a leer alguna de las medidas que ha adoptado el Ministerio de Sanidad para controlar este gasto y quisiera que me dijera si ha oido o no hablar de cada una de ellas.

Sí No NC

- Favorecer el uso de medicamentos genéricos 1 2 9 (161)
- Revisar el contenido de los envases para adaptar el número de píldoras, cápsulas, etc. a las dosis y tomas necesarias 1 2 9 (162)
- Establecer para algunos medicamentos el precio máximo que se financia por la Seguridad Social .. 1 2 9 (163)
- Excluir determinados medicamentos de la financiación por la Seguridad Social (medicamentos con consideración de baja utilidad, para síntomas poco importantes) 1 2 9 (164)

P.23 ¿Sabe Ud. lo que son los medicamentos genéricos?

- Si 1
- No 2 (165)
- N.C. 9

P.24 Suponiendo que tras la visita del médico, éste le recetara un medicamento genérico, explicándole que se trata del mismo medicamento en cuanto a su eficacia, forma de administración y composición, en lugar de uno de marca que Ud. ya conoce, ¿qué sería su reacción?

- Aceptaría de buen grado el medicamento 1
- Trataría de conseguir que me recetara el de marca .. 2 (166)
- N.S. 8
- N.C. 9

P.25 Cuando existen medicamentos que sirven para lo mismo, con la misma eficacia pero a distintos precios, la Seguridad Social fija la cantidad máxima que paga por ellos. ¿Qué opinión le merece esta medida?

- Muy buena 1
- Buena 2
- Regular 3
- Mala 4 (167)
- Muy mala 5
- N.S. 8
- N.C. 9

P.26 ¿Ha tomado un medicamento sin que se lo recetase el médico? (MOSTRAR TARJETA J). (MÁXIMO DOS RESPUESTAS).

- Si, porque me lo aconsejó el farmacéutico 1
- Si, porque antes me había ido bien 2
- Si, porque le había ido bien a un conocido 3 (168)
- Si, porque lo conocía por los anuncios publicitarios 4
- No, nunca he tomado un medicamento sin prescripción del médico 5 (169)
- N.C. 9

P.27 Por último, para finalizar con los medicamentos, ¿con cuál de las siguientes frases está Ud. más de acuerdo? (MOSTRAR TARJETA J).

- Controlar el gasto público farmacéutico, es únicamente la labor de las autoridades sanitarias 1 (170)
- Todos tenemos que colaborar para conseguir reducir el gasto farmacéutico público 2
- (NO LEER) Ambas por igual 3
- N.S. 8
- N.C. 9

P.28 Vamos a hablar ahora de la seguridad de los alimentos, ¿se siente Ud. muy protegido, bastante, poco o nada protegido con las medidas y controles que realizan las Administraciones Públicas en relación a este tema?

- Muy protegido 1
- Bastante protegido 2
- Poco protegido 3 (171)
- Nada protegido 4
- N.S. 8
- N.C. 9

P.29 Para la prevención de algunas enfermedades serias, como por ejemplo el infarto de miocardio, ¿cómo valora Ud. la influencia de cada uno de los siguientes aspectos? Para contestarme, utilice una escala de 1 a 10 en la que el 1 significa que "no influye nada" y el 10 que "influye mucho". (MOSTRAR TARJETA K).

Escala
01 – 10 NS NC

- | | | | | |
|---------------------------------|-------|----|----|------------|
| - El tipo de alimentación | _____ | 98 | 99 | (172)(173) |
| - El ejercicio | _____ | 98 | 99 | (174)(175) |
| - El tabaco | _____ | 98 | 99 | (176)(177) |
| - El alcohol | _____ | 98 | 99 | (178)(179) |

P.30 ¿Su médico de cabecera le ha recomendado alguna vez lo que debe Ud. hacer respecto a la alimentación, ejercicio, tabaco, alcohol,... para prevenir este tipo de enfermedades?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ↓ | - Si 1 |
| | - No 2 (180) |
| | - No voy habitualmente al médico .. 3 |
| | - N.C. 9 |

P.30a ¿Y sigue Ud. habitualmente, algunas veces o nunca las recomendaciones respecto de...?

Habital Mente No pro
Algunas veces Nunca cede NS NC

- | | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|---------|
| - El tipo de alimentación | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 (181) |
| - El ejercicio | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 (182) |
| - El tabaco | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 (183) |
| - El alcohol | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 (184) |

P.31 Cambiando de tema, en su opinión, ¿la sanidad pública presta los mismos servicios a todos los ciudadanos con independencia de que....?

Sí No NS NC

- Se resida en una Comunidad Autónoma o en otra 1 2 8 9 (185)
- Se resida en una zona rural o en una ciudad 1 2 8 9 (186)
- Se sea joven o anciano 1 2 8 9 (187)
- Se tenga un nivel social alto o bajo 1 2 8 9 (188)

P.32 En su opinión, ¿cada uno de los siguientes servicios asistenciales de la sanidad ha mejorado, ha empeorado o sigue igual en los últimos años?

	Ha mejorado	Ha empeorado	Sigue igual	NS	NC	
- Atención primaria	1	2	3	8	9	(189)
- Las consultas de Atención especializada	1	2	3	8	9	(190)
- Atención hospitalaria	1	2	3	8	9	(191)

P.33 Comparando con los servicios sanitarios públicos de otras Comunidades, considera que los que recibe en su Comunidad Autónoma son....

- Mejores
- Iguales
- Peores
- N.S. 8
- N.C. 9

SÓLO EN Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Madrid, Murcia y La Rioja.

P.34 ¿Sabía Ud. que, en estos momentos, la responsabilidad de prestar asistencia sanitaria, es de la Comunidad Autónoma?

- Sí
- No
- N.C. 9

A TODOS

P.35 ¿Cree Ud. que gestionando la asistencia sanitaria las Comunidades Autónomas en lugar del Estado, el ciudadano recibe un servicio....?

- Mejor
- Igual
- Peor
- N.S. 8
- N.C. 9

P.36 Ahora que todas las Comunidades Autónomas son responsables de sus propios servicios sanitarios, ¿piensa Ud. que deberían ponerse de acuerdo entre ellas a la hora de ofrecer nuevos servicios a los ciudadanos?

- Sí
- No
- N.S. 8
- N.C. 9

P.37 Sexo:

- Hombre
- Mujer

..... 1 (196) 2

P.38 ¿Cuántos años cumplió Ud. en su último cumpleaños?

Edad: (197)(198)

N.C. 99

P.39 ¿Puede decirme el número de personas que viven actualmente en su casa, incluyéndole a Ud.?

Número: (199)(200)

N.C. 99

P.40 ¿De ellas alguna está incapacitada por su edad o sus condiciones de salud?

- Sí
- No
- N.C. 9

P.41 ¿Podría decirme si ha ido Ud. a la escuela o ha cursado algún tipo de estudios? (**ENTREVISTADOR: Si el entrevistado dice que no, preguntar si sabe leer y escribir.**)

- No, es analfabeto
- No, pero sabe leer y escribir .. 2 (202)
- Si, ha ido a la escuela
- N.C. 9

P.41a ¿Cuáles son los estudios de más alto nivel oficial que Ud. ha cursado (con independencia de que los haya terminado o no)?

..... (203)(204)

N.C. 99

P.42 ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra Ud. actualmente?

- Trabaja
- Jubilado o pensionista .. 2
- Parado
- Estudiante
- Sus labores
- Otra situación
- N.C. 9

P.43 ¿Cuál es el total de ingresos que por todos los conceptos entra en su hogar mensualmente? Fíjese que no le pregunto por la cantidad exacta, sino que me diga la letra que corresponde al trato de la escala en el que están comprendidos. (**MOSTRAR TARJETA L**)

- A. Menos de 361 € /60.000 pts al mes
- B. De 362 a 601 € /60.001 a 100.000 pts. al mes
- C. De 602 a 901 € /100.001 a 150.000 pts. al mes
- D. De 902 a 1.202 € /150.001 a 200.000 pts. al mes
- E. De 1.203 a 1.502 € /200.001 a 250.000 pts. al mes
- F. De 1.503 a 1.803 € /250.001 a 300.000 pts. al mes
- G. De 1.804 a 2.404 € /300.001 a 400.000 pts. al mes
- H. Más de 2.404 € /400.000 pts. al mes
- N.C. 9

P.44 Por último, ¿le importaría decirme cuál es su nacionalidad?

..... (207)(208)

N.C. 99

P.45 ¿Le importaría darme su nº de teléfono?

(**ENTREVISTADOR: EXPLICAR QUE ES PARA QUE EL CIS PUEDA HACER UNA POSIBLE COMPROBACIÓN TELEFÓNICA DE QUE LA ENTREVISTA HA SIDO REALIZADA.**)

- Tiene teléfono y da número .. 1 teléfono ..
- No tiene teléfono .. 2
- Tiene teléfono y no da número .. 3 (209)
- N.C. 9

A RELLENAR POR EL ENTREVISTADOR

INCIDENCIAS ENTREVISTA:

- I.1 Número de orden de entrevista (por muestra) (210)(211)
 I.2 Dificultad de acceso al edificio, casa, urbanización, etc. (212)(213)
 I.3 Viviendas en las que no hay nadie (214)(215)
 I.4 Viviendas en las que se niegan a recibir ninguna explicación (216)(217)
 I.5 Negativas de varones a realizar la entrevista (218)(219)
 I.6 Negativas de mujeres a realizar la entrevista (220)(221)
 I.7 Contactos fallidos por no cumplir cuotas (222)(223)
 I.8 Contactos fallidos por no ser una vivienda (oficinas, consultas médicas, etc.) (224)(225)
 I.9 Viviendas de inmigrantes (226)(227)

ENTREVISTA REALIZADA:

Entrevista conseguida: _____ (calle o plaza) (nº) (piso) (pta.)

E.1 Fecha de realización: _____ (Día) (228)(229) (Mes) (230)(231) (Año) (232)(233)

E.2 Día de la semana que se realiza la entrevista: Lunes 1
 Martes 2
 Miércoles 3
 Jueves 4 (234)
 Viernes 5
 Sábado 6
 Domingo 7

E.3 Duración de la entrevista: _____ (en minutos) (235)(236)(237)

E.4 Hora de realización: La mañana (9-12) 1
 Mediódia (12-4) 2 (238)
 Tarde (4-8) 3
 Noche (8-10) 4

VALORACIÓN DE LA ENTREVISTA:

V.1 Desarrollo de la entrevista:

- Muy buena 1
- Buena 2
- Regular 3 (239)
- Mala 4
- Muy mala 5

V.2 Sinceridad del entrevistado:

- Mucha 1
- Bastante 2 (240)
- Poca 3
- Ninguna 4

A RELLENAR EN CODIFICACIÓN

C.1 CUESTIONARIO CUMPLIMENTADO:

- Correcta 1 (241)
 Incorrecta 2

C.1a MOTIVO:

_____ (242)(243)

C.3 RESULTADO FINAL:

- Entrevista válida 1 (248)
 Entrevista anulada 2

C.4 CODIFICADOR Nº _____ (249)(250)

C.2 VALORACIÓN DE LA INSPECCIÓN:

- Entrevista no inspeccionada 1
 Inspección telefónica 2 (244)
 Inspección personal 3
 Inspección telefónica y personal 4

C.2a Resultado inspección:

- Entrevista correcta 1 (245)
 Entrevista incorrecta 2

C.2b MOTIVO:

_____ (246)(247)

