

## EL GASTO EN ASISTENCIA SANITARIA Problemas que plantea y soluciones posibles

DR. EUGENIO PRIETO PÉREZ

### RESUMEN

Partiendo del análisis de las series cronológicas de la cuantía del gasto sanitario y sus componentes en España, así como de los factores que determinan el gasto, la necesidad de la reducción de su cuantía y de su tanto anual de crecimiento, de las medidas tomadas en el pasado para reducirlo (con efecto limitado al corto plazo), *se sugiere y analiza la propuesta de un nuevo paradigma de atención a la salud*, integrando adecuadamente los paradigmas occidental o biomédico y el oriental. El autor considera —recogiendo un comportamiento cada vez más extendido— que puede ser el enfoque más eficaz, con los objetivos de optimizar los conocimientos, mejorar la asistencia y reducir los costes.

*Palabras clave:* Gasto sanitario; envejecimiento de la población; esperanza de vida; número medio de hijos por mujer; paradigma occidental o biomédico y paradigma oriental.

### 1. INTRODUCCIÓN

El ascenso constante y significativo de los gastos en atención a la salud en los países de la U.E., el nivel alcanzado por los mismos y los problemas asociados a su financiación, exigen investigar en profundidad las causas que lo motivan, sin dejación de ninguna de las que pueda tener un cierto peso y apresurarse a enfrentarse a los problemas que lleva aparejados.

Parece oportuno y necesario explicitar cuanto antes que la reducción del crecimiento de los costes de un sistema de atención a la salud, va unido en gran medida a actuaciones exógenas al sector sanitario, en campos como la vivienda, transporte, hábitos de vida de la población, etc. Ahora bien, el sistema de atención a la salud ha de dar respuesta en todo momento a *las exigencias de protección de la salud de la sociedad, ser eficiente y con el grado de flexibilidad suficiente para adaptarse a los avances tecnológicos, a la evolución de la población, ser financiable y no pueda ser una causa asignable de desequilibrios económicos.*

Al disponer de un sistema de atención a la salud (SAS) en funcionamiento, la problemática planteada comporta disponer de un sistema de control que permita conocer su evolución en todos sus aspectos y, por consiguiente, del importe de los gastos sanitarios, de sus componentes, de los cambios estructurales en su funcionamiento (grado de ajuste entre oferta y demanda de los distintos servicios), grado de satisfacción proporcionado, por cuanto, *es probablemente la mejor fuente de sugerencias de alternativas a la estructura funcional vigente, más eficiente y, por ello, menos costosa.*

Alcanzar un SAS de las características señaladas no es tarea fácil; implica que:

- El nivel de calidad y aceptabilidad alcance ciertos límites.
- La distribución geográfica de los servicios necesarios para alcanzarlos (los límites de calidad y aceptabilidad) sea *adecuada y compatible con las limitaciones de financiación y grado de eficacia.*
- El mantenimiento de los servicios en situación de eficiencia en el tiempo exige de revisiones periódicas para su adaptación a la evolución de las necesidades de la población y a la coyuntura económica, de los proveedores, gestores de los centros de salud, etc., a quienes habría que asignar cometidos, objetivos, responsabilidades y medios.

En particular, es imprescindible mantener, completar y revisar periódicamente el sistema integrado de hospitales públicos, dado que el gasto hospitalario público representa el 54,5% del GASTO DE ATENCIÓN a la salud. No hace falta dedicar mucho tiempo a demostrar la necesidad de disponer, mantener y actualizar periódicamente un sistema integrado de gestión; basta decir, que *un hospital público debe contar con una organización, sistema de control de prestaciones de servicios, de personal y, en general, estructurarse de forma que preste los servicios de manera eficiente, actuando coordinadamente con los demás del sistema hospitalario público, sin personalismos perturbadores de cualquier tipo (por ejemplo, autonómicos), para lo cual es imprescindible contar con un sistema de información adecuado para la toma de decisiones en tiempo real. Esta vía se presenta como adecuada para conseguir una reducción de sus costes de explotación y al mismo tiempo mejorar la calidad de los servicios hospitalarios que requiera la atención a la salud*<sup>1</sup>.

Lo señalado para un hospital es válido para cualquier centro de atención a la salud.

- Configurar de hecho y de derecho la participación en el SAS que pueda corresponder a la iniciativa privada. El objeto del sistema, conviene no olvidarlo, es lograr que los ciudadanos reciban los servicios necesarios con la calidad adecuada en el momento oportuno, y que esta asistencia se alcance en

---

<sup>1</sup> Refiriéndose a los hospitales de la Seguridad Social, J. Barea señala: «*El control de enfermos, de la facturación a privados, de las camas no ocupadas, de almacenes, la contabilidad de costes, etc., quedarían integrados en el proceso de gestión*» (Prólogo al libro de Brian Abel Smith, señalado en la bibliografía).

condiciones de eficiencia, tanto si son curativos como preventivos, a niveles de asistencia de acuerdo con los niveles generales de vida.

Sin embargo, el contenido de este trabajo no abarca un campo tan amplio de análisis e investigación. Está limitado a poner de manifiesto los aspectos más generales de la problemática del crecimiento del GASTO SANITARIO PÚBLICO, cuando la asistencia sanitaria es un derecho del ciudadano a recibirla, pueda o no pagarla: Importe y ritmo de crecimiento del gasto total y de sus componentes, tendencia de éstos, el impacto de ciertas medidas recientes y cómo algunas medidas pueden corregir tendencias, que tienen su fundamento en concepciones que los razonamientos que se hacen permiten calificarlas de estrechas y cada vez más faltas de apoyo de una sociedad que exige bienestar, es solidaria dentro de ciertos límites, demanda calidad, eficiencia y contraria a sectarismos, cualquiera que sea su procedencia.

## 2. EVOLUCIÓN RECIENTE DE GASTO SANITARIO

La información estadística que se proporciona a continuación corresponde exclusivamente al GASTO SANITARIO PÚBLICO (GSP). La fuente de la misma es la ESTADÍSTICA DE GASTO SANITARIO PÚBLICO que publica el Ministerio de Sanidad y Consumo, correspondiente a ejercicios con liquidaciones presupuestarias cerradas, así como a la contenida en el Informe del GRUPO DE TRABAJO designado para el análisis del GSP.

La Tabla I siguiente proporciona la evolución del GSP Total, en el quinquenio 2001-2005, ambos inclusive:

TABLA I. *Gasto sanitario público total*

<i>Importe en miles de millones de Euros</i>			
<i>Año</i>	<i>Gasto Sanitario Público</i>	<i>P.I.B.</i>	<i>% <math>\frac{GSP}{PIB}</math></i>
2001	35,501	680,678	5,21
2002	38,360	729,206	5,26
2003	42,723	782,531	5,46
2004	46,182	840,106	5,50
2005	50,057	905,455	5,53

De la información anterior se deduce que:

- El GSP en España representó en 2005, el 5,53% del Producto Interior Bruto (PIB).
- El tanto acumulativo de crecimiento del GSP en el quinquenio 2001-2005, fue el 8,97%, frente al 7,39% del PIB.

Estos resultados ponen de manifiesto que el mayor tanto acumulativo de crecimiento del GSP sobre el PIB confirma que es el reflejo de que el gasto en aquél gane importancia relativa en el PIB.

Es destacable que las Comunidades Autónomas ejecuten, aproximadamente, el 91% del GSP. Del 9% restante corresponde a MUFACE (Mutualidad de Funcionarios) el 46,13%.

## 2.1. Desglose del gasto sanitario público. Análisis de la evolución de los principales componentes

El principal componente del GSP es la remuneración del personal. La Tabla II proporciona el porcentaje que representan las principales componentes del GSP incluidas en la misma, del GASTO SANITARIO PÚBLICO TOTAL.

TABLA II. *Componentes del gasto sanitario público*

<i>En % del G.S.P. TOTAL</i>			
<i>Año</i>	<i>Gasto de Personal</i>	<i>Farmacia</i>	<i>Gasto de Capital</i>
2001	47,15	28,03	3,89
2002	46,51	28,55	4,05
2003	45,85	28,86	3,88
2004	45,74	28,87	3,79
2005	45,66	28,61	3,99

En el periodo considerado (2001-2005), el porcentaje que representó el GASTO DE PERSONAL del GSP presentó una tendencia decreciente, por la simple razón de que el tanto acumulativo de crecimiento fue de 8,63%, inferior al 8,97% del GSP; ambos, sin embargo, son superiores al tanto del PIB (7,39%).

El Gasto en FARMACIA incluye:

- El Gasto en recetas médicas y,
- El Gasto en consumo de productos farmacéuticos en hospitales (Farmacia Hospitalaria).

La evolución de uno y otro gasto, en porcentaje del GASTO SANITARIO PÚBLICO TOTAL fue el siguiente:

TABLA III. *Componentes del gasto en farmacia*

<i>Año</i>	<i>% del Gasto sanitario total</i>				
	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>
I. Recetas Médicas	23,16	23,25	23,37	23,04	22,45
II. Farmacia Hospitalaria	4,87	5,30	5,49	5,83	6,16
<b>TOTAL GASTO EN FARMACIA</b>	<b><u>28,03</u></b>	<b><u>28,55</u></b>	<b><u>28,86</u></b>	<b><u>28,87</u></b>	<b><u>28,61</u></b>

Es obligado destacar que el peso del GASTO EN FARMACIA HOSPITALARIA no ha dejado de crecer, en relación con el Gasto Sanitario Público Total, de modo que, en el periodo 2001-2005, creció al tanto acumulativo del 16,1%. Las componentes I y II del Gasto en Farmacia total no han evolucionado homogéneamente en el referido periodo. El Gasto en Recetas Médicas inició en 2004 un cambio de tendencia, pasando a ser decreciente, al menos temporalmente.

Evidentemente, la serie cronológica de los porcentajes de Gasto en Recetas médicas sobre el GSP está reflejando el impacto de las medidas tomadas en 2003 y 2004, encaminadas a la reducción del referido gasto, con la promulgación de una legislación que introduce un fuerte control de médicos, establecimientos farmacéuticos y precios de laboratorios, la aparición de productos farmacéuticos genéricos, etc., cuyo análisis será realizado en el apartado 2.2 siguiente.

La disminución del peso de las Remuneraciones del Personal en el GSP Total, en 1,49 puntos porcentuales en el periodo 2001-2005, ha sido prácticamente absorbido por el incremento experimentado por el Gasto farmacéutico hospitalario, como ponen de manifiesto las correspondientes series.

El GASTO DE CAPITAL en el periodo que se está considerando ha seguido una tendencia creciente. El tanto acumulativo de crecimiento anual fue del 10,20%. Este ritmo de crecimiento equivale a decir que el Gasto de Capital creció en el quinquenio 2001-2005, el 47,5%, porcentaje muy superior al correspondiente al total del Gasto Sanitario Público (9,50%), en consecuencia, el Gasto de Capital pasó de representar el 3,89 al 3,99%.

OTROS GASTOS SANITARIOS, que en su conjunto representaban en 2005, el 20,74% del GSP, se refieren a Gastos de Traslado, Prótesis, Aparatos Terapéuticos, Transferencias, etc. La evolución porcentual de estos gastos fue errática en el periodo considerado, oscilando en torno al 21% del GSP Total y, por consiguiente, el tanto acumulativo de crecimiento puede estimarse en el 9,10%.

## **2.2. Análisis de las medidas encaminadas a reducir el gasto farmacéutico**

Lo expuesto en el apartado 2.1 anterior, en relación con el Gasto Farmacéutico en RECETAS, requiere un comentario sobre el contenido de las medidas tomadas encaminadas a reducir esta clase de gasto, sobre todo desde la óptica de la intención con que fueron implantadas y su calificación de reductoras del gasto, con efectos temporales a corto plazo, precisamente porque la evolución previsible de la misma, se caracteriza por:

- Un fuerte impacto reductor del gasto en los años de su implantación y,
- Su limitada eficacia desaceleradora del gasto a más largo plazo; justamente hasta que el mercado o la industria farmacéutica no absorba las correcciones, volviendo, a partir de este momento, a su tendencia alcista y no probablemente a un menor ritmo de crecimiento.

Las medidas tomadas en 2003 y 2004 de mayor impacto fueron:

1. Ley 15/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de la Salud, que introduce una nueva regulación del sistema de precios de referencia.

2. Orden Ministerial de SANIDAD Y CONSUMO, de 23 de octubre de 2003, que *determina nuevos conjuntos de prestaciones de medicamentos y se aprueban los correspondientes precios de referencia*. La OM entra en vigor el 1-1-2004.
3. Ley 2/2004, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 2005, que establece la cuantía de los ingresos que debe efectuar la industria farmacéutica según el volumen de ventas al Sistema Nacional de Salud, que permitirá la implementación de medidas relacionadas con la información y formación a los médicos, farmacéuticos y ciudadanos.
4. Real Decreto 2402/2004, de 30 de diciembre, del Medicamento, sobre revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y la adopción de medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico. Actualiza los márgenes correspondientes a oficinas de farmacia y almacenes de distribución.

El Real Decreto también: a) *Actualizó la escala de deducciones aplicadas a la factura mensual de cada oficina de farmacia en concepto de márgenes de la oficina* a las ventas de especialidades dispensadas con cargo a la Seguridad Social; b) Modificó la periodicidad de la aprobación de los precios de referencia, en cuanto a la obligación de su aplicación anual, para suspender provisionalmente la entrada de nuevos principios activos en dicho sistema con carácter previo a su modificación legal; c) La reducción del precio de venta de laboratorio (PVL) de las especialidades farmacéuticas, en los dos años siguientes al de su entrada en vigor, en un 4,2% en el año 2005 y un 2% en el año 2006, con la excepción de las especialidades afectadas por la aplicación del sistema de precios de referencia, así como de las especialidades del PVL igual o inferior a dos euros.

Estas medidas constituyen el conjunto de causas asignadas al cambio de tendencia (anteriormente creciente y a fuerte ritmo, y después decreciente)<sup>2</sup> de la serie cronológica del porcentaje que representa el Gasto en Farmacia de Recetas respecto del GSP Total.

### **3. GASTO SANITARIO PÚBLICO POR PERSONA PROTEGIDA**

Esta dimensión del fenómeno del gasto sanitario resulta esencial para obtener conclusiones sobre la evolución del mismo y sus componentes. La población protegida en el quinquenio 2001-2005 evolucionó como indica la Tabla IV siguiente, en la que figura una línea con información sobre la cuantía del Gasto Sanitario por persona protegida.

---

<sup>2</sup> La serie muestra el cambio a decreciente en los años 2004 y 2005, que probablemente se alargue a 2006. El análisis que viene realizándose se limita al quinquenio 2001-2005, para operar exclusivamente con presupuestos totalmente liquidados, con la finalidad de evitar estimaciones presupuestarias *basadas en hipótesis no siempre compartidas*.

TABLA IV. *Gasto sanitario por persona protegida*

<i>Año</i>	2001	2002	2003	2004	2005
Población Protegida	38.635.900	39.350.916	40.229.889	40.717.076	41.666.798
Gasto Sanitario por persona protegida y año (en Euros)	918,87	974,83	1.061,98	1.134,22	1.201,27

El *GSP por persona protegida y año* creció entre 2001-2005, al tanto acumulativo del 6,93%, frente al crecimiento de la población protegida estimado en el 1,91%. En la población protegida se incluye a los inmigrantes con derecho a Asistencia Sanitaria de acuerdo con lo establecido en la Ley de Extranjería<sup>3</sup>.

El Gasto en Farmacia (Recetas Médicas) por persona protegida, que interesa especialmente en este trabajo, se estima que evolucionó así:

<i>Año</i>	2001	2002	2003	2004	2005
% del GSP por persona protegida que representa el Gasto farmacéutico (Recetas Médicas)	23,35	24,82	23,54	23,17	22,55

Las diferencias en los porcentajes anteriores del Gasto respecto de los que aparecen en la Tabla III, son debidas a los distintos derechos de la población inmigrante no empadronada. Desde la óptica de la problemática en relación con la tendencia del Gasto y del impacto de medidas tomadas para reducirlo, la introducción de la variable población protegida no aporta novedades.

Puede afirmarse que ésta es, también, la conclusión que se obtiene para el Gasto en Farmacia Hospitalaria.

#### 4. GASTO SANITARIO POR GRUPOS DE EDAD

El autor de este trabajo tuvo conocimiento por primera vez de la enorme importancia del factor edad en el GASTO SANITARIO por persona, con la realización de un trabajo por encargo de la Agrupación de Seguros de Enfermedad, llevado a cabo en el seno del Servicio Actuarial de UNESPA. La Agrupación tiene, entre otras funciones, la de suministrar información estadística, la realización de estudios e informes que contribuyan a un mejor conocimiento del desarrollo del fenómeno de la enfermedad y de sus costes.

Dentro de los estudios que promueve la ASEU, el más importante era la ESTADÍSTICA COMÚN DE SINIESTRALIDAD DEL SEGURO DE ASISTENCIA SA-

<sup>3</sup> Los inmigrantes pueden acceder a la Asistencia Sanitaria en las mismas condiciones que los ciudadanos españoles, siempre que se encuentren empadronados; si no lo están, sólo reciben asistencia en casos de urgencia y completa cuando se trate de embarazos y puerperio.

NITARIA, realizado por el Servicio Actuarial de UNESPA, dirigido hasta 1995 por el autor de este trabajo. La fuente de información fundamental utilizada en la elaboración de la ESTADÍSTICA procedía de las entidades aseguradoras que operaban en el Seguro de Asistencia Sanitaria en España.

El factor edad se entiende que es significativo por razones puramente biológicas y de desgaste, que se traduce en la utilización de los servicios de atención a la salud, en una mayor frecuencia y de mayor coste medio por servicio, en los grupos de mayor edad, de modo, por ejemplo, que el coste medio del conjunto de las asistencias por persona y año del grupo de personas mayores de sesenta y cinco años, supera al coste medio por persona y año del de la población total en 2-3 veces, según se trate de hombres o mujeres.

De la experiencia disponible a los propósitos indicados parece oportuno considerar, *a priori*, los grupos de edades siguientes:

GRUPO I:	$0 \leq X \leq 4$	
GRUPO II:	$5 \leq X \leq 14$	
GRUPO III:	$15 \leq X \leq 44$	X = edad
GRUPO IV:	$45 \leq X \leq 64$	
GRUPO V:	$65 \leq X \leq 74$	
GRUPO VI:	$X \geq 75$	

Designando por  $\overline{G}_k$  ( $k = I, II, \dots, VI$ ), el Gasto Sanitario medio por persona protegida del grupo de edad  $k$ , y, por  $\overline{G}_t$ , el Gasto Sanitario medio por persona y año del conjunto de las personas protegidas, la Tabla V proporciona el porcentaje que  $\overline{G}_k$  representa de  $\overline{G}_t$  para los distintos grupos de edades.

TABLA V. *Gasto medio por persona y año*  
*Por grupos de edades (\*)*

<i>Grupo</i>	<i>% del gasto medio total</i>	<i>Gasto medio en Euros Año 2005</i>
GRUPO I: $0 \leq X \leq 4$	80,00	961,02
GRUPO II: $5 \leq X \leq 14$	43,23	519,31
GRUPO III: $15 \leq X \leq 44$	65,20	783,23
GRUPO IV: $45 \leq X \leq 64$	118,12	1.418,94
GRUPO V: $65 \leq X \leq 74$	210,07	2.523,53
GRUPO VI: $X \geq 75$	230,79	2.772,41

(\*) Estimaciones del autor.

Los resultados obtenidos (Tabla V) evidencian que: 1) El factor edad tiene un peso tan significativo que debe considerarse en todos los ámbitos de la Gestión de la Asistencia Sanitaria. 2) Es imprescindible disponer de la información actualizada que proporciona la Tabla V, mejorando, hasta donde sea posible, la metodología utilizada en la estimación, partiendo de datos obtenidos con esta finalidad y no mediante



estimaciones indirectas, como es el caso de los que recoge la referida Tabla. 3. Una de las causas del incremento paulatino del Gasto Sanitario Público y Privado es *el envejecimiento de la población española*. Éste puede medirse por la variación al alza que en el tiempo viene experimentando el porcentaje de la población con edad  $X \geq 65$  años, respecto de la población total.

## 5. EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA Y SUS CAUSAS

El fenómeno del envejecimiento de la población viene siendo objeto de una preocupación especial desde distintos ángulos (demográfico, económico, político, médico-asistencial, etc.). En España, el fenómeno de envejecimiento de la población tiene unas peculiaridades especiales, porque los cambios demográficos que aquél implica se han producido con rapidez y profundidad mayor que en el entorno socio-económico del que forma parte. Como puede verse en la Tabla VI, siguiente, España pasó de ser un país «relativamente joven» a ser un «país envejecido». Esta transformación demográfica tiene un impacto enorme en el Gasto Social (pensiones, Servicios Sociales y asistencia sanitaria) como puede deducirse de lo expuesto anteriormente y en lo que sigue en este trabajo. El envejecimiento de la población tiene dos caras: 1) Es un éxito demográfico, y 2) Plantea nuevos y no pocos desafíos a la sociedad española.

TABLA VI. *Envejecimiento de la población*

<i>Año</i>	<i>1960</i>	<i>1970</i>	<i>1981</i>	<i>1991</i>	<i>2001</i>
Población Total	30.528.539	34.040.989	37.683.363	38.872.268	40.476.723
Población con edad $X \geq 65$	2.505.165	3.290.800	4.236.724	5.370.252	6.838.160
% s/Población Total	8,21	9,67	11,24	13,82	16,89
Población con edad $X \geq 80$	368.975	523.739	725.131	1.147.848	1.555.709
% s/Población Total	1,21	1,54	1,92	2,95	3,84
<i>Año</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>
Población Total	40.964.244	41.663.702	42.345.342	43.038.035	43.758.250
Población con edad $X \geq 65$	6.950.706	7.043.920	7.143.808	7.228.391	7.308.455
% s/Población Total	16,97	16,91	16,87	16,80	16,70
Población con edad $X \geq 80$	1.615.867	1.686.318	1.762.783	1.844.678	1.924.119
% s/Población Total	3,94	4,05	4,16	4,29	4,40

Fuente: I.N.E.

El análisis del envejecimiento de la población en España pone de manifiesto la existencia de tres factores que lo determinan en buena parte; a saber: Esperanza de vida, Tasa de Fecundidad y Migraciones. Las proyecciones de estos factores proporcionarían estimaciones de la evolución futura del envejecimiento de la población, *dentro de intervalos de confianza*, cuya amplitud dependerá del tiempo que transcurra hasta el momento de la predicción<sup>4</sup>.

En relación con la *esperanza de vida*, la opinión especializada general es que *seguirá creciendo*. Las divergencias aparecen cuando se trata de establecer trayectorias para su evolución y asignarles probabilidades.

También es creencia general que la *tasa de fecundidad seguirá* una tendencia media a largo plazo alcista; la discusión de los expertos está en el *grado de recuperación* que puede alcanzar en distintas fechas futuras.

En cuanto a las *migraciones*, la causa fundamental de la reducción que ha tenido lugar a partir de 2002, en el porcentaje que representa la población con edad  $X \geq 65$ , respecto al total de la población<sup>5</sup>, el desconcierto es máximo. Es obligado precisar que las migraciones presentan una dependencia, posiblemente *no fuerte*, de la evolución de los otros dos factores considerados fundamentales.

El sociólogo F. ZAMORA recuerda que *«el mantenimiento de un determinado nivel de mortalidad no es algo que sea definitivo, sino que supone, como mínimo, una inversión estable y continua de fondos públicos dedicados a gastos de salud»*, y precisa más al destacar que *«cambios en la estructura de la población (sexo, edad, nivel socio-económico, lugar de residencia, nacionalidad, etc.) pueden alterar la mortalidad, aún en el caso de mantenerse invariables los presupuestos de sanidad»*<sup>6</sup>. Es evidente que alcanzar futuras reducciones en la mortalidad va asociado con inversiones crecientes en múltiples campos (investigación, infraestructuras, formación, material, etc.). Recientemente surgieron nuevas vías de investigación (por ejemplo, la ingeniería genética, medicina genética, cédulas madre), que podrían contribuir a reducir las tasas de mortalidad y, por consiguiente, incrementar la esperanza de vida en el futuro. Pero también pueden surgir cambios con efectos negativos (la pérdida de calidad medioambiental, aparición de nuevas patologías, resistencia creciente en estos tratamientos, etc.) sobre las tasas de mortalidad<sup>7</sup>.

Cuando se considera la población española excluyendo la inmigración extranjera y su impacto en la distribución por edades, aparece de manera descarnada la inciden-

---

<sup>4</sup> Al afirmar esto, el autor es consciente de que *el ambiente de incertidumbre en que tienen lugar las predicciones, no permite asignar probabilidades objetivas a las trayectorias posibles*, o en otras palabras, el futuro no viene estocásticamente definido por el pasado y que algunos indicios y factores actualmente sin peso, podrían pasar a *tener importancia significativa*; algo análogo se puede afirmar sobre el peso de los factores actualmente significativos, pues su importancia relativa podría variar de forma notoria en cualquier sentido en fechas futuras.

<sup>5</sup> En 2002, el referido porcentaje fue 16,97; en 2004, del 16,87 y en 2006, del 16,70%.

<sup>6</sup> Véase Francisco Zamora López: «La España que viene», en *Papeles de Economía*, n.º 104. Madrid, 2005.

<sup>7</sup> F. Zamora señala el impacto que tendría la política sanitaria consistente en excluir de *ciertos cuidados sanitarios* a personas que hubieran infringido o desoído las llamadas de las autoridades sanitarias de no tomar determinadas sustancias o de no adoptar comportamientos peligrosos; es el caso, por ejemplo, de los fumadores enfermos que fueran excluidos de las terapias y cuidados de cáncer de pulmón o garganta.

cia de la caída de la natalidad y su consecuencia inmediata: *El lento crecimiento de la población autóctona*. En el periodo 2001-2006, la población autóctona ha crecido aproximadamente en 600.000 personas, equivalente al 0,3% anual acumulativo.

La *población inmigrante* se sitúa en el grupo de población,  $X \leq 64$  años y, básicamente, sólo tiene *incidencia significativa en la última década*; es la causa asignable a la reducción observada del porcentaje que sobre la población residente tiene el grupo de edad,  $X \geq 65$  años.

El número medio de hijos por mujer en edad de procrear se sitúa actualmente en el 1,32 por mujer, frente al 2,20 de 1980. La reducción entre 1980 y 2006, fue del 41,4%.

Las razones más significativas de la reducción del número medio de hijos por mujer, son:

- El coste que tanto en términos monetarios y de oportunidad asociado a tener un hijo (coste de manutención, vestido y educación de los hijos).
- Los movimientos de emancipación de la mujer, con lo que ellos implica. Son cada vez más las mujeres que fijan sus anhelos en la realización de un trabajo profesional y ello redundando en su dedicación al hogar y en el retraimiento de la maternidad y,
- La posibilidad de planificación del tamaño de la familia y su distribución en el tiempo, por la vía de la *anticoncepción*.

El reducido número medio de hijos por mujer en España es *un factor considerado muy negativo que es necesario corregir*. Las medidas propuestas con esta finalidad son: Ayudas a la maternidad, facilidades para compatibilizar vida profesional y familiar, reducir los actuales niveles de precariedad laboral, mayor accesibilidad a la vivienda compatible con la precariedad laboral; en una palabra, con la implantación de una verdadera política de familia coherente y eficaz. Sin duda podría alcanzarse elevar el número medio de hijos por mujer, por la vía de la política familiar; sin embargo, no se puede ser muy optimista al respecto; más bien, las conclusiones de los múltiples estudios y proyecciones en escenarios diversos, coinciden en que «*la contención del envejecimiento actual por la vía de la fecundidad requeriría unos comportamientos reproductivos casi desaparecidos del planeta, y por tanto «imposibles» en la España actual*»<sup>8</sup>.

La inmigración es un factor fundamental en la evolución de la población española en la última década, ha cambiado su estructura por edades y corregido en alguna medida la incidencia negativa de la caída de la natalidad en los tramos correspondientes a la población adulta en edad de trabajar, haciendo posible que España continúe en la línea de desarrollo económico de las décadas anteriores. En este sentido es difícil no estar de acuerdo con Julio Alcaide cuando escribe:

«*Sin la inmigración extranjera, España habría entrado en una fase recesiva de efectos incalculables*»<sup>9</sup> y, si bien la inmigración crea problemas de identidad cultural,

---

<sup>8</sup> Véase el mencionado trabajo de Francisco Zamora y el comentario resumen del mismo realizado en la Introducción Editorial de la Revista Papeles de Economía Española, en la que se publica.

<sup>9</sup> Véase Julio Alcaide Inchausti: «Evolución demográfica española en el siglo XXI», en *Papeles de Economía Española*, n.º 104, año 2005.

religiosa, de integración social, en la capacidad de servicios públicos —sobre todo en los campos de la enseñanza y la sanidad— y las relaciones laborales, pues en ciertos sectores económicos, los inmigrantes están desplazando a los nativos (tareas agrícolas, construcción, servicio doméstico, y en zonas sumergidas de la economía), el saldo debe considerarse positivo.

Es evidente que en España es actualmente y va a continuar siéndolo durante bastantes años, escenario donde el problema de la inmigración va a ser más inquietante, intenso y dramático. La inmigración en España y en la Unión Europea es, al tiempo y en primer lugar, un gran conjunto de problemas, pero también una necesidad.

En relación con el envejecimiento de la población española, España ha contado con un factor positivo que alivió en parte la baja tasa de fecundidad: *la paulatina reducción de la mortalidad en las primeras edades de vida*. La trascendencia de este hecho es *indudable* y puede considerarse *como haber alcanzado durante estos años, paulatinamente, mayores niveles de eficiencia reproductiva*. Es la causa asignable de mayor peso, al hecho de que la población autóctona española siguiera creciendo desde 1975, cuando el número medio de hijos por mujer se reducía de 2,8 hijos en 1975 a 1,3 en 2003.

De cualquier forma, los cambios en la fecundidad y en la estructura por edades de la población en España no puede considerarse un asunto coyuntural o resultante de las últimas novedades en materia de protección a la familia, precio de la vivienda o del mercado de trabajo sino *«el resultado de un cambio cualitativo a gran escala en la supervivencia y en la reproducción humanas, que aún debe acentuarse sensiblemente antes de alcanzar su grado máximo y no tiene ya «marcha atrás»*<sup>10</sup>. A la reducción de la mortalidad en las primeras edades de la vida: De 0 a 10 años, no le fue concedido el peso que realmente le correspondía en los modelos de predicción demográfica y, por consiguiente, en las políticas sociales asociadas al envejecimiento de la población. *La importancia del factor reducción paulatina de la mortalidad en los primeros años de vida*, la patentiza la Tabla VII siguiente, en la que, para las generaciones nacidas en 1960, 70, 81, 91 y 2001, aparece la probabilidad de que un nacido vivo alcance la edad de 10 años.

TABLA VII. *Probabilidad de fallecimiento con edades entre 0-9 años*<sup>11</sup>

Año	Por 100 nacidos				
	1960	1970	1981	1991	2001
Probabilidad de fallecimiento antes de alcanzar los 10 años:					
Hombres .....	5,59	3,00	1,91	1,26	0,63
Mujeres .....	5,56	2,34	1,45	0,96	0,49

<sup>10</sup> Véase Julio Pérez Díaz: «Consecuencias sociales del envejecimiento demográfico», en *Papeles de Economía Española*, n.º 104, año 2005.

<sup>11</sup> Véase Eugenio Prieto Pérez, M. Javier Fernández Plasencia: *Tablas de mortalidad de la población española de 1960 a 1990. Tabla proyectada del año 2000. Tablas con y sin recargo de seguridad*. Tomos I y II. Servicio Actuarial de UNESPA. Madrid, 1994.

Otro aspecto destacable es la importancia que en el fenómeno del envejecimiento de la población debe atribuirse a los progresos de la medicina (aspecto positivo) que han elevado la esperanza de vida al nacer a los niveles actuales: 82,65 años para mujeres y 75,71 para hombres. La evolución de este parámetro en las últimas cinco décadas aparece en la Tabla VIII. En ella, puede verse que no sólo se incrementa la esperanza de vida al nacer, sino que tiene lugar a todas las edades entre 1960-2006.

TABLA VIII. Evolución de la esperanza de vida

		1960	1970	1980	1990	2000	2006
Esperanza de vida al nacer	Hombres	67,33	69,77	72,32	73,29	73,52	76,10
	Mujeres	72,94	75,55	79,89	80,69	81,72	82,70
Esperanza de vida a los 65 años	Hombres	13,31	13,85	14,96	15,57	16,15	16,70
	Mujeres	16,06	16,47	18,46	19,24	20,11	20,40
Esperanza de Vida a los 80 años	Hombres	5,69	6,16	6,82	6,93	7,30	7,35
	Mujeres	7,05	7,10	8,26	8,47	8,85	8,95

Detrás de estos avances en la esperanza de vida, que favorece especialmente a los extremos de la pirámide de edad; es decir, al grupo  $0 < X \leq 4$  y  $X \geq 65$  años, se encuentran los progresos de la medicina. Han de calificarse de espectaculares los avances de la medicina en las últimas décadas, sobre todo en cirugía, trasplantes, reducción de enfermedades infecciosas...

La diferencia entre la esperanza de vida de hombres y mujeres al nacer y que se mantiene a todas las edades, conduce a que a partir de los 80 años (grupo  $X \geq 80$  años), el predominio de las mujeres se cifra en los términos siguientes: El 65% del grupo  $X \geq 80$  años, son mujeres; esto es, prácticamente los 2/3 del colectivo lo son. Las causas de este predominio femenino son fundamentalmente fisiológicas, históricas y socioeconómicas; en su conjunto dan lugar al fenómeno conocido de feminización de la vejez, cuyo análisis espero abordar en otra ocasión, porque está lleno de interés económico, social y, por supuesto, médico.

## 6. CONSECUENCIAS DEL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

Sobre todo en la década de los setenta proliferaron los estudios e informes sobre las consecuencias del envejecimiento de la población<sup>12</sup> y, prácticamente era unánime la conclusión de que *desde el punto de vista colectivo y del bienestar social, no ofrecía nada positivo*; incluso, tres décadas después y, si no se profundiza en los datos ofrecidos anteriormente del quinquenio 2001-2005, de una primera visión de los mismos, también podría alcanzarse estas conclusiones. Puede que sostener una postura diferente, aún hoy, puede parecer un suicidio profesional e intelectual; Sin embargo, parece obligado señalar que:

<sup>12</sup> Al respecto es recomendable la lectura del Informe de la ONU: *Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas*. New York, 1978.

- Con la panorámica de quien se sitúa en el siglo XXI, tres décadas después, es posible afirmar —sin correr demasiados riesgos—, que:
- No han tenido confirmación, sencillamente porque no había sido correctamente evaluada la importancia de ciertos factores.
  - La situación económica actual de los países más desarrollados, con población más envejecida, *muestra que el envejecimiento de la población* no ha impedido el desarrollo económico y social, ni ha planteado problemas entre generaciones por el reparto de la renta nacional, ni trajo aparejada una disminución de las tasas de ahorro, empleo, movilidad de la población activa, etc.
  - No hubo una degradación social de la vejez hasta límites dramáticos, como señalaban las predicciones de algunos sectores de la economía, política, antropología o gerontología; muy al contrario, *el bienestar de la población perteneciente a la tercera edad ha mejorado significativamente*. Tampoco hubo empeoramiento de la situación económica y en el bienestar del resto de los grupos sociales.
  - También las predicciones de los años setenta señalaban, basándose en que tradicionalmente eran las mujeres las que asumían el papel de *cuidadoras* en el seno de las familias, la supervivencia hasta edades avanzadas de miembros de ella, las conduciría a una polarización en el hogar, impidiendo prácticamente su incorporación o continuidad en el mercado de trabajo. Como señala el sociólogo Julio PÉREZ DÍAZ, *«las jóvenes y adultas actuales muestran unos niveles de formación superior a los masculinos, fenómeno sin precedentes en la historia de este país (España); en el que «la mujer» siempre estudió menos que el «hombre». Aún más, durante las últimas tres décadas, cuando el envejecimiento demográfico ha alcanzado mayor rapidez o intensidad en España, el diseño completo del ciclo vital femenino ha experimentado un vuelco abrupto y radical que afecta en su conjunto a la relación entre las trayectorias laboral y familiar-reproductiva, asimilándola al tradicionalmente masculino»*<sup>13</sup>.

## 7. IMPACTO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS Y OTROS FACTORES EN EL CRECIMIENTO DEL GASTO SANITARIO

El incremento del gasto sanitario por persona protegida en el quinquenio 2001-2005, fue cifrado en el 6,93% (Tabla IV). Puede desglosarse en:

- Incremento cuyo origen es la inflación del periodo: 3,2%.
- Incremento debido a otras causas (ampliación de prestaciones, mejoras en la forma de prestarlas —medicina más personalizada—, disminución de listas de espera y otras: 1,8%.

---

<sup>13</sup> Véase Julio Pérez Díaz: «Consecuencias sociales del envejecimiento demográfico», en *Papeles de Economía Española*, n.º 104, año 2005.

- Mejoras de las técnicas utilizadas para la prevención, diagnóstico y curación: 1,90%.

El importe neto de la incorporación de los avances técnicos en medios de diagnóstico, curación y prevención, en las actuaciones profesionales, puede situarse en torno al 2%. Debe destacarse la rapidez que caracteriza la introducción de las nuevas técnicas de gestión, prevención, diagnóstico y curación, que corresponde a nuevos logros científicos y de técnica médica. Las causas asignables a este hecho pueden resumirse en las siguientes: Presión social por múltiples vías, entre ellas la publicidad y el marketing de fabricantes y laboratorios, y la competencia del sector privado. De una entrevista reciente realizada por un importante medio de comunicación a un destacado ejecutivo, retuve las frases:

*«La entidad continúa apostando por las nuevas tecnologías como vía para mejorar la calidad de los servicios que presta».*

*«La mejora constante de los servicios sanitarios, más cualificados técnicamente, más personalizados en el trato con los enfermos y libres de complicaciones formales que dificultan el acceso a los mismos, constituyen la guía y objetivos de los planes y realizaciones de la entidad».*

## 8. UNA PROPUESTA

En un trabajo pionero del autor, titulado «Protección a la Tercera Edad»<sup>14</sup>, decía: *«Es un hecho que las personas mayores exigen más atenciones médicas que los demás. Los ancianos enferman con más facilidad y frecuentemente padecen enfermedades crónicas que requieren costosas estancias en hospitales. En los casos en que las personas mayores viven solas, al no tener personas que las atiendan, deben ser hospitalizadas para recibir asistencia».* *«La atención médica (geriátrica) a estas personas tiene dos planos: El físico y el psíquico, y está probado suficientemente que la curación depende esencialmente de la interacción de los dos».*

*«Pero siendo esto así, en general, no puede olvidarse las particularidades del sexo. La mujer, por ser más longeva y estar menos expuesta a enfermedades que llevan rápidamente a la muerte que el hombre, tiene más necesidad de asistencia hospitalaria. Se puede afirmar que la mayoría de las personas mayores enfermas en hospitales son mujeres».*

*«Con la edad disminuyen algunas facultades físicas y mentales, pero sólo repercute en la productividad de algunas actividades (tareas que exigen rapidez), pero se mantiene en otras. Se estima que más del 40% de las personas que alcanzan la edad de jubilación están en condiciones de continuar en su actividad en condiciones normales».*

*«La continuidad o no en la actividad depende fundamentalmente de la coyuntura económica».* *«De modo que en los momentos de auge coyuntural en las personas con*

---

<sup>14</sup> Véase Eugenio Prieto Pérez: *Protección a la tercera edad* (Ponencia presentada al I Congreso de Unión Profesional celebrada en Madrid los días 12 y 13 de abril de 1983).

*edad entre sesenta y dos y setenta años existe una fuerza de trabajo potencial que no puede despreciarse»<sup>15</sup>. «La jubilación obligatoria a una edad inferior a los sesenta y cinco años y aún a esta edad, dada la mejoría generalizada de las condiciones físicas e intelectuales de las personas de edad, implicaría la existencia de un colectivo de pensionistas, prematuros y, en muchos casos, en condiciones y con deseos de seguir trabajando».*

*«Los estudios amplios y profundos sobre la tercera edad de forma genérica aconsejan que se debe flexibilizar la edad de jubilación a fin de que cada cual pueda elegir el momento de la jubilación, en lugar de estar obligado, en un momento dado, a cesar en la actividad profesional».*

Después de 25 años, las propuestas realizadas, que acabo de transcribir, empiezan a implantarse, aunque tarde, vale aquello de «vale más tarde que nunca».

Algo análogo ocurre con el ámbito de la salud, esto es, en el ámbito de la prestación de los servicios médicos y farmacéuticos encaminados a conservar o restablecer la salud de las personas de la tercera edad. *En el sentido actual, la salud es un estado de bienestar físico, mental y social del individuo, y por consiguiente debe incluir el derecho al desarrollo óptimo de todas sus posibilidades y derechos.* Esta concepción es especialmente importante para la tercera edad.

*«En efecto, el estado de salud de la tercera edad —decía en el citado artículo de Protección a la Tercera Edad— depende en gran parte del modo de vida y de la actividad anterior. Por tanto, la prevención juega un papel fundamental. Así que, cara al futuro, las infraestructuras y prácticas sanitarias, basadas en la medicina curativa, resultarán totalmente insuficientes. Cierta número de iniciativas relativamente recientes, tales como los hospitales de día, la extensión de los servicios a domicilio y el mejoramiento de las condiciones de alojamiento, han puesto de manifiesto la importancia de la prevención y la rehabilitación en la tercera edad, por cuanto pueden retrasar e incluso evitar la institucionalización y abreviar estancias largas y costosas en hospitales».*

En relación con estas propuestas, que estaban encaminadas a la *contención de los gastos de salud y a garantizar a toda la tercera edad una mejor asistencia sanitaria, y también a la toma de conciencia de las transformaciones socioeconómicas que comportan, cuya adecuada planificación, con criterios realistas, compromete a toda la sociedad y, en este compromiso, el de las profesiones, educadores y científicos tienen, evidentemente, una significación especial.* Puede leerse en el Informe sobre Análisis del Gasto Sanitario que:

*«Los servicios de hospitalización de día y atención domiciliaria, como en general, la sustitución de tratamientos con internados por tratamientos ambulatorios, están adquiriendo importancia creciente y cumplen una función clave en una gestión más eficiente de los pacientes en los países de la OCDE».*

Ésta, aunque tardía, puesta en práctica de lo que fueron propuestas hace 25 años, me animan a hacer otra propuesta con la esperanza de que tenga un sitio en el complejo mundo de la asistencia a la salud.

---

<sup>15</sup> Recuérdesse que este párrafo y los anteriores están escritos en 1983, en que era una moda proponer reducir progresivamente la edad de jubilación.



La globalización y la cada vez mayor cercanía entre Oriente y Occidente que permiten los medios de comunicación y transporte actuales, hace que prácticamente todos los ciudadanos conozcan la existencia y puedan distinguir las concepciones o modelos de sistemas de atención a la salud:

- El modelo occidental o biomédico, y
- El modelo oriental.

Desde el punto de vista de la propuesta que pretendo realizar y, otras pretensiones, se pueden configurar estos modelos, así:

El modelo biomédico separa lo corporal de la mente y el espíritu; trata el cuerpo en su funcionamiento y desarrollo, ocupándose de las enfermedades, de las alteraciones anatómicas y funcionales que origina, así como de los medios terapéuticos eficaces para combatirlos. En este sentido se apoya en la biología, la química y la técnica. Los éxitos de la medicina biomédica y su eficacia en los aspectos preventivos y curativos son de sobra conocidos: desaparición de numerosas enfermedades, aumento de la esperanza de vida al nacer y en todas las edades..., pero presenta no pocas limitaciones.

El modelo biomédico es homogéneo en los países desarrollados; pero, quizá por su propio enfoque, está *muy lejos de ofrecer soluciones eficaces en el ámbito de las dolencias crónicas o degenerativas*<sup>16</sup>. Además, es fácil captar en el mundo occidental un progresivo rechazo a la excesiva tecnificación y medicalización.

El modelo oriental trata al cuerpo como una globalidad y al ser humano como un ser físico y mental. Cuenta con más de 5.000 años de historia, es de corte *naturalista* y busca el equilibrio individual en el organismo como forma de alcanzar la salud. En general, no obstante la cada mayor cercanía entre Oriente y Occidente, el modelo es un gran desconocido en España.

Lo cierto es que, como señala Paloma ECHEVARRÍA: «*hablar de salud es hablar de la vida, es decir, del conjunto de prácticas corporales y sociales. La higiene, la alimentación, la sexualidad, el ocio, el deporte, el hábitat, el trabajo, la educación, la salud y la enfermedad, las representaciones en torno al cuerpo, la vida, la muerte, la concepción de la persona y las relaciones con los demás, etc., constituyen una totalidad que resulta difícil deslindar las unas de las otras. Es por ello que hay que darle un nuevo enfoque a paradigmas que intenten desvincular lo biológico de lo social, lo meramente corporal de la mente y el espíritu. En definitiva, recuperar el humanismo en un mundo con unas nuevas coordenadas*»<sup>17</sup>.

El autor de este trabajo no tiene ninguna duda sobre el papel fundamental de la *mente* como factor determinante del comportamiento y del estilo de vida de la persona. Evidentemente los humanos tenemos capacidades para mantenernos en estado

---

<sup>16</sup> Al menos no ha alcanzado el grado de eficacia declarado en el ámbito de las enfermedades infecciosas, parasitarias, tóxicas, cirugías, trasplantes, etc.

<sup>17</sup> Véase Paloma Echevarría Pérez: *Hacia una medicina integral. Convivencia de los modelos de salud oriental y occidental en España y Japón* (Tesis doctoral. Universidad Católica San Antonio, Murcia, 2006).

de salud, *llevando una vida sana y una alimentación equilibrada*, que significa la cantidad y naturaleza de los alimentos necesarios al organismo para proporcionarle la energía suficiente para los procesos metabólicos durante la totalidad del día. La concepción dualista del hombre que implica la suma de  *cuerpo y mente, no es correcta*. El modelo de salud occidental olvida el *valor añadido que en este caso lleva asociada la integración*. Esta crítica debe hacerse también a otros modelos científicos en otros campos diferentes de la salud<sup>18</sup>. Paloma ECHEVARRÍA escribe con acierto: «*el modelo de salud occidental no tiene en cuenta que la relajación mental, una visión positiva de la vida, una fuerte voluntad de vivir y buenas relaciones humanas influyen significativamente en el proceso de curación. Por otro lado, las emociones negativas como la ansiedad, la depresión y el temor inhiben el sistema inmunitario y nuestra capacidad de autocuración, así como las emociones positivas como el amor, la esperanza y la confianza estimulan la función inmunitaria*»<sup>19</sup>.

La Psicología utiliza las técnicas de relajación y de respiración, así como de otras técnicas y prácticas orientales. La Antropología, también pone su grano de arena señalando el empeoramiento de los indicadores de salud globales en los países occidentales, sobre todo los de mayor renta per cápita. Desde la Economía las críticas se centran en la racionalidad económica; exige que los recursos destinados a la atención sanitaria sean eficaces, humanos y deseables. En esta línea se pone de manifiesto que la aplicación de procedimientos que científica y estadísticamente se ha demostrado que son indicados para la mayoría de la población, no lo son para otros, a los que por sus peculiaridades personales, probablemente mentales, son inapropiados y no son eficaces para remediar las dolencias o enfermedades. No es, pues extraño, que quienes están en estas situaciones o padecen enfermedades crónicas y degenerativas u otras enfermedades o situaciones de angustia, estrés emocional severo, aberraciones, etc., busquen otras terapias y aumente día a día el número de personas que lo hacen. La Organización Mundial de la Salud denomina TERAPIAS ALTERNATIVAS a las que se refieren en los términos siguientes:

«*En muchos países desarrollados el popular uso de las medicinas complementarias y alternativas está propulsado por la preocupación sobre los efectos adversos de los fármacos químicos hechos por el hombre, cuestionando los enfoques y suposiciones de la medicina alopática y por el mayor acceso del público a información sanitaria. Al mismo tiempo, la esperanza de vida más larga ha dado como resultado un aumento de los riesgos de desarrollar enfermedades crónicas y debilitantes tales como enfermedades coronarias, el cáncer, la diabetes y los trastornos mentales. Para muchos pacientes la M.C.A. parece ofrecer medios más livianos de tratar dichas enfermedades que la medicina alopática*».

En opinión del firmante, desde la óptica de la salud es necesario un planteamiento integral del paciente como ser humano, y por consiguiente, darle un enfoque integrador al sistema de atención a la salud.

---

<sup>18</sup> Por ejemplo, en el ámbito económico, el valor capital asociado a *los proyectos de inversión complementarios A y B*, que denotamos por  $V(A \cup B)$  es mayor que la suma de los valores capitales de A y B, o sea,  $V(A \cup B) \geq V_1(A) + V_2(B)$ . Solamente si los proyectos A y B son independientes es  $V(A \cup B) = V(A) + V(B)$  (véase Eugenio Prieto Pérez, *Teoría de la Inversión*. Madrid, 1973).

<sup>19</sup> Tesis ya citada.

Existen intereses contrapuestos que no favorecen la integración y la aparición de un nuevo paradigma de atención y gestión de la salud, en el actual marco cultural y científico español. Entre los obstáculos destacan:

- La falta de evidencia científica es el argumento de mayor peso que presenta la biomedicina en contra de las M.C.A. En muchos casos, la biomedicina reconoce que las M.C.A. son eficaces; pero no está dispuesta a admitir su reconocimiento por no cumplir los criterios de validación o contrastación científica. Al hecho evidente de que funcionen las terapias complementarias o alternativas, los más críticos responden que se debe más bien: al exceso de expectativas creadas por la biomedicina que aún no tuvieron confirmación; a las consecuencias nocivas de algunos tratamientos o, al deterioro de la relación médico-paciente<sup>20</sup>. No faltan los que señalan que *«la persona responde al tratamiento por la expectativa de que funcionará y no porque en realidad lo haga. Se produce —argumentan— como resultado de la producción natural de endorfinas, que son sustancias bioquímicas similares a la morfina. Cuando se combina con una sugestión negativa, se ha visto que causa efectos laterales negativos similares a los fármacos poderosos, como por ejemplo, en los casos de personas depresivas»*<sup>21</sup>.

Paloma ECHEVARRÍA proporciona su opinión al respecto indicando que *«basta echar una ojeada a los libros y artículos clínicos de medicina occidental para percibir un claro desprecio hacia este fenómeno, calificando a las personas que responden a él, de personalidad débil o infantil»*.

Estos argumentos están, en el fondo, planteando el problema esencial en toda su crudeza: *Si la mente tiene tales poderes de curación, deberían aprovecharse para una autocuración, en lugar de la utilización masiva de fármacos, con efectos secundarios no deseados o generadores de dependencias o tolerancias*. Es difícil negar, con argumentos que no entren en contradicción, que la confianza de un paciente en el sanador es fundamental en cualquier tipo de práctica sanadora. Pretender ignorarlo o no utilizarlo está próximo a la calificación de desatino científico o profesional.

---

<sup>20</sup> En Economía pueden citarse fenómenos parecidos; por ejemplo, en España y en Europa, a partir de los años cincuenta, el predominio de la Teoría Keynesiana era absoluto. La crisis económica que se inicia en el año 1973 presentaba simultáneamente hechos (inflación, paro y desequilibrios en la Balanza de Pagos) que eran inexplicables en la forma que se presentaban y sobre todo combatirlos con una política económica basada en ideas keynesianas. Para justificar el fracaso del modelo Keynesiano de Economía Mixta, del cual la Seguridad Social era un pilar fundamental, se recurría por los defensores de aquella teoría, por ejemplo, J. K. Galbraith, a fallos producidos por excesos en el grado y en el coste de los servicios públicos y de la Seguridad Social y a la baja calidad de funcionamiento de la Administración Pública; luego, en la medida en que esto fuese cierto, bastaría introducir mejoras en estos aspectos para que el modelo siguiera siendo útil. No parece oportuno analizar cuál es la posición actual de la teoría keynesiana y de las políticas económicas que tienen su apoyo en ella, en el panorama de la ciencia y política económica y, probablemente, decir que ha sido destronada de su posición hegemónica, pueda considerarse por algunos economistas como inexacto. La opinión del autor es que se quedó corto al describir la actual posición de la teoría keynesiana.

<sup>21</sup> Véase Paloma Echevarría, trabajo de tesis ya citada.

En opinión del firmante, las exigencias metodológicas a la M.C.A. están desorientadas; basadas en la *epidemiología*, en investigaciones clínicas que implica recoger, clasificar y analizar científicamente la información disponible, que conduce a evidencias científicas, publicadas en revistas científicas, que pueden ser comprobadas por la comunidad científica. Ahora bien, la desorientación de estas exigencias a las M.C.A. es evidente; a un paradigma pragmático y experimental le corresponde una metodología cualitativa y etnográfica. En la actualidad existen ciencias básicas como la Matemática y la Física que están valorando la mirada a la intuición, tantos años desterrada por el formalismo prevalente, admitiendo de nuevo, sin sentimiento de pudor científico alguno, el enfoque geométrico intuicionista de HENRI POINCARÉ y ALEXANDRE LIAPENOV, nacido precisamente del análisis de las propiedades del movimiento, la estabilidad y la inestabilidad.

- Quienes conozcan la Historia de la Ciencia pueden, sin duda, compartir la conclusión de que con esta excusa de la *validación científica*, se trata de dar *tiempo al intento de absorción de las Terapéuticas Complementarias y Alternativas* por parte de la biomedicina.
- La cuestión científica esbozada va unida a otros aspectos que vienen resumidos en los términos *intereses económicos contrapuestos*, que tiene, en este caso, múltiples dimensiones.

En efecto, el análisis coste/beneficios pone de manifiesto una reducción significativa de costes con la utilización, cuando resulte adecuada y factible, de las T.C.A., por el simple hecho de implicar una menor utilización de fármacos y procedimientos diagnósticos. Ahora bien, la puesta en práctica de una recomendación en este sentido plantea *no pocos problemas cuando se contempla la situación española*. Así, por ejemplo, la Administración debería incluir las T.C.A. en el ámbito de la regulación y en el asistencial y, esto es especialmente problemático, por la descentralización de las competencias sobre Sanidad y Educación. Al no existir una coordinación de las CC.AA. a nivel de Estado, en estos ámbitos, las decisiones son adaptadas en función de diferentes intereses o circunstancias políticas. Sin embargo, ha de tenerse muy presente que España es uno de los países con mayor gasto farmacéutico por persona protegida, con unas expectativas de crecimiento superiores a las del P.I.B., por lo que tiene un especial sentido introducir elementos competitivos y correctores, *la posibilidad de elección dentro de una concepción integral de las terapias, sin pérdida de la seguridad y eficacia de las terapias individualmente elegidas*.

Personalmente, el firmante se resiste a pensar que no van a plantearse y resolver los problemas que entraña la propuesta de integración de los dos modelos significativos de la salud en el mundo occidental. El pronóstico, por consiguiente, es que a pesar de las resistencias y conflictos indicados, nos encontramos ante un movimiento imparable.

La información a través de los medios de comunicación de lo que significa e incide en la salud una buena alimentación. La toma en cuenta de las prácticas y medicinas alternativas, llevadas a cabo por profesionales con formación adecuada,

previamente requerida para su ejercicio y con el debido control del cumplimiento de un protocolo al respecto, de sus ventajas y conveniencia para alcanzar un equilibrio individual, jugarán un papel fundamental para alcanzar los objetivos a que debe aspirar un sistema de atención a la salud<sup>22</sup>.

Es fundamental, pues, asegurar la cualificación y formación de los proveedores de M.T./M.C.A., información fiable a los consumidores y mejorar la comunicación entre médicos de la medicina occidental y sus pacientes sobre los usos de la M.T./M.C.A.; éstos deben conocer por aquellos lo que pueden obtener de un tratamiento de ciertas patologías, de los medicamentos convencionales, de la homeopatía, acupuntura o medios diferentes que han mostrado eficacia y, que en el peor de los casos, no hacen daño ni tienen efectos secundarios.

La investigación científica tiene aquí un amplio campo de actividad, en el sentido de:

1. La determinación de la eficacia, grado de seguridad y relación coste/efectividad de las distintas terapias.
2. Estudio del propio género de la M.T./M.C.A., incluyendo la investigación social de la motivación de quienes buscan la M.T./M.C.A. y uso de patrones de M.T./M.C.A.

La enseñanza, y de manera muy particular, la enseñanza universitaria, también tiene un gran cometido: Proporcionar la formación de los proveedores de M.T./M.C.A.

Para terminar, citamos de nuevo la excelente Tesis de la doctora Paloma ECHEVARRÍA: «*En el sector de la salud es necesario optimizar los conocimientos y mejorar la calidad de la asistencia, armonizando lo mejor de los distintos paradigmas de salud. A menudo, las afirmaciones rotundas de descalificación de otras formas de sanar, esconden:*

- *Un desconocimiento profundo.*
- *Situaciones de intereses creados.*
- *Temor por la pérdida de la hegemonía o del estatus social».*

Opinión que es fácil compartir, dentro de la esperanza, en el compromiso profesional de los que tienen demostrada su competencia y buen hacer.

---

<sup>22</sup> La historia reciente de las profesiones pone de manifiesto como se pasa de una actividad no controlada a estar controlada. Desde el punto de vista de la formación y normas de actuación, podrían citarse, la gran similitud con arquitectos, auditores, odontólogos, etc.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Brian Abel-Smith: *¿Cuánto cuesta la salud?* Estudio comparado de las prestaciones sanitarias en la Seguridad Social. Editorial MAPFRE, 1982.
2. Ángel Alcalde Inchausti: «Evolución demográfica española en el siglo XXI», en *Papeles de Economía Española*, n.º 104, año 2005.
3. Álvaro Anchuelo Crego y Rosa Santero Sánchez: «Explicaciones económicas de la caída de la natalidad en la Unión Europea», en *Papeles de Economía Española*, n.º 91, año 2002.
4. J. Barea Tejero: Prólogo a la obra de Brian Abel-Smith, citada en el n.º 1.
5. Paloma Echevarría Pérez: *Hacia una medicina integral. Convivencia de los modelos de Salud Oriental y Occidental en España y Japón*. Tesis Doctoral. Universidad Católica de San Antonio. Murcia, 2007.
6. Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario: Informe sobre Análisis del Gasto Sanitario, 2007.
7. Guillem López-Casanovas: «El gasto sanitario en España en los nuevos ejes del gasto social», en *Papeles de Economía Española*, n.º 100, año 2004.
8. Guillem López-Casanovas: «La gestión sanitaria: Orientaciones a futuro para el cambio organizativo del control y la financiación», en *Cuadernos ICE*. 2.º trimestre, año 2004.
9. José Luis Martínez Zamorero: *Economía del envejecimiento*. CES. Departamento de Publicaciones. Madrid, 2000.
10. Santiago Muñoz Machado, José Luis García Delgado, Luis González Seara: *Las estructuras del bienestar. Propuestas de reformas y nuevos horizontes*. Civitas. Madrid, 2002.
11. ONU: Informe sobre «Factores determinantes y consecuencias de las tendencias demográficas». New York, 1978.
12. Julio Pérez Díaz: «Consecuencias sociales del envejecimiento demográfico», en *Papeles de Economía Española*, n.º 104, año 2005.
13. Eugenio Prieto Pérez: «Protección a la Tercera Edad», en *Anales del Instituto de Actuarios*, n.º 23, año 1983.
14. Eugenio Prieto Pérez: *Técnicas financieras y actuariales de la Seguridad Social*. Fundación para la Formación de Altos Profesionales. Madrid, 1997.
15. Eugenio Prieto Pérez: «La POBLACIÓN. Análisis interdisciplinar de la misma y de su problemática», en *Anales de la Real Academia de Doctores de España*, vol. 6, n.º 2, año 2002.
16. Eugenio Prieto Pérez, Javier Fernández Plasencia: *Tablas de mortalidad de la población española de 1950 a 1990. Tabla proyectada del año 2000. Tablas con y sin recargo de seguridad*. Tomo I y II. Servicio Actuarial de UNESPA. Madrid, 1994.
17. Servicio Actuarial de UNESPA: *Estadística común de siniestralidad del Seguro de Asistencia Sanitaria*. Madrid, 1999.
18. Francisco Zamora López: «La España que viene», en *Papeles de Economía Española*, n.º 104, año 2005.