

Editorial

Las paradojas de lo mensurable.

El reciente informe de la OCDE (2025) sobre sanidad arroja unos datos de la situación en España con un balance positivo sobre otros países en muchos indicadores. Sigue siendo el país con la mejor esperanza de vida al nacer, -84 años-. Las causas prevenibles de muerte, la tasa de suicidio o la autopercepción de mala salud, son menores con respecto a otros países. La cobertura en necesidades básicas por el sistema nacional de salud o vacunación, son superiores. Las tasas de médicos y farmacéuticos son mayores, pero menor la de enfermeros. Por contraste la inversión per cápita es menor. Y la satisfacción con la atención sanitaria también es algo menor.

Los condicionantes sociales de la salud, entre los que se incluye la Paz (OMS. Carta de Ottawa, 1986), son los factores que contribuyen mayoritariamente a la esperanza de vida. El sistema sanitario lo hace muy minoritariamente, y fundamentalmente con una Atención primaria potente y potenciada desde la Conferencia de Alma-Ata en 1978 (Almaty, Kazaskistán). Numerosas evidencias científicas hay ya de su contribución al descenso de mortalidad, de asistencias a urgencias hospitalarios o ingresos [1]. Si destaca el papel de algún nivel dentro del sistema sanitario español en este sentido, es la participación de la Atención Primaria, objeto de estudio en foros internacionales[2].

Es fácil encontrar unos resultados paradójicos en otros informes sobre el sistema nacional de salud donde se valoran los tiempos de espera para citas, la satisfacción de pacientes o la coordinación interniveles, que van paulatinamente cayendo en su ponderación, vinculada, sobre todo a cómo miden la calidad del sistema.

Se advierte un gap valorativo entre resultados en salud globales: esperanza de vida, mortalidad, etc., y la calidad-satisfacción.

Dado que el primordial recurso del sistema sanitario son sus profesionales, artífices de los logros de aquel, es llamativo que apenas se empleen herramientas de medición que tomen el pulso a los profesionales.

Su trabajo, su perfeccionamiento, su capacitación, etc., constituyen el progreso real del sistema. Pero el sistema no aprovecha su liderazgo, sus círculos efectivos, sus alianzas multidisciplinares, su bravísima energía demostrada en crisis tan mortíferas como el último

accidente de ferrocarril en Adamuz.

Al contrario, se han detectado elevados niveles de estrés moral entre los profesionales[3], sin que el sistema los aborde adecuadamente, pese a compromisos de corte laboral inaplazables.

Desde los propios profesionales surge otro vector paradójico, la vocación a tratar a la persona enferma, digna y humanizadamente. No como catarsis, sino como objetivo profesional de servir a la restitución de la salud y al acompañamiento de cada paciente. Son legión las estrategias y planes de Humanización. La clave de bóveda es el profesional que con su preparación y esfuerzo sacrificado sirve al paciente, y le trata personal y dignamente.

De ahí que cada vez más se apunta y se apela a la reflexión, valoración y toma de decisiones en torno a las voces de los profesionales, se proponen cambios organizativos que realmente estén centrados en la persona, y se facilitan herramientas de medidas reales y efectivas, que puedan acelerar la confluencia entre sistema, paciente y profesional.

La ética de las instituciones sanitarias debe sostener el progreso. La ética de los profesionales es el motor.

[1] Sandvik, Hogne; Hetlevik, Øystein; Blinkenberg, Jesper; Hunskaar, Steinar. Continuity in general practice as a predictor of mortality, acute hospitalization, and use of out-of-hours services: registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*. 4-10-2021. DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>

[2] 77ª Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra y en el evento de Alto Nivel sobre Atención Primaria, organizado por el Observatorio Europeo para la Salud de la OMS-EURO. Junio de 2025.

[3] Girela-Lopez, E., Beltran-Aroca, C.M., Boceta-Osuna, J. et al. Measuring moral distress in health professionals using the MMD-HP-SPA scale. *BMC Med Ethics* **25**, 41 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01041-z>

DOI: [10.69105/BYCS.2026.14.1.0](https://doi.org/10.69105/BYCS.2026.14.1.0)

Editorial

La Sociedad no tiene por qué identificarse con todo lo que en la revista se publique. No se responsabiliza, ni necesariamente comparte los contenidos de los artículos firmados.