



Federación de Asociaciones
para la Defensa
de la Sanidad Pública



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

LA ATENCION ESPECIALIZADA EN LAS CCAA

INFORME 2021

***FEDERACION DE ASOCIACIONES PARA LA
DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA***

CONCLUSIONES

Financiación y Gasto

- 1) Se ha producido un aumento del 12,88% en el gasto por habitante en AE entre 2010 y 2018, que va desde el 23,29 en Castilla y León al 1,23% en Castilla la Mancha. En 2018 este gasto por habitante presentó el máximo en el País Vasco (1.107,97) y el mínimo en Andalucía (750,45).
- 2) El porcentaje de gasto en AE sobre el gasto sanitario total también aumentó (9,54%) y este aumento estuvo entre el 16,78% de Aragón y el 0,29% de Valencia. En 2018 el porcentaje osciló entre el 68,6% de Madrid y el 56,6% de Extremadura (promedio 62,8%).
- 3) El gasto en conciertos aumentó globalmente (5,33%) pero presentó una mayor dispersión, entre el - 30,63% de Valencia y el 103,23% de aumento en Madrid. El porcentaje de gasto sanitario total dedicado a conciertos en 2018 fue del 9,09%, y oscilaba entre el 25,34% de Cataluña y el 3,49% de Cantabria).
- 4) Las altas financiadas públicamente aumentan en un 3,64% globalmente (entre el +9,02% de Murcia y el - 7,25% de Castilla la Mancha)
- 5) De todo ello se deduce que aumentó la financiación de la AE con una mayor financiación del sector privado, es decir un aumento de la privatización.

Recursos

- 1) El número de camas /1.000 habitantes instaladas es bajo en el país y ha disminuido entre 2010 y 2019, de 3,96 a 3,69 (0,27 menos/1.000). El número de camas en funcionamiento es aún menor, ello contrasta con los promedios de la UE (5,21) y la OCDE (4,5), por lo que el déficit de camas hospitalarias es preocupante. Del total de camas instaladas el 8,06 no estaban en funcionamiento en 2010 frente al 15,19% en 2018.
- 2) Las camas de media y larga estancia son pocas y disminuyeron en este periodo (de 0,32 a 0,29/1.000, frente al 1,5/1.000 de promedio de la UE).
- 3) El 80,7% de las camas en funcionamiento en 2018 eran de titularidad pública (el 94,19% en Extremadura hasta el 43,09% en Cataluña)
- 4) La dotación tecnológica en el periodo aumentó, tanto en los centros públicos como en los privados, si bien más en los primeros (25 versus 5/100.000 habitantes)
- 5) El personal de AE también aumentó en este periodo y en todas las CCAA. En 2018 la dotación de personal oscilaba entre 16,59/1.000 habitantes del País Vasco y 9,82 de Valencia.
- 6) La gran variabilidad de dotación de personal se produce en todas las categorías: médicos entre 2,53 de Navarra y 1,62 de Andalucía (media España 1,98); la tasa de profesionales de enfermería en AE /1000 habitantes entre 5,10 del País Vasco y 3 de Valencia (promedio 3,56); la de técnicos sanitarios entre 4,46 del País Vasco y 2,56 de Valencia (promedio 3,31); y la MIR entre 0,64 de Madrid y 0,29 de La Rioja (media 0,45), evidentemente en este último caso tiene que ver con el grado de superespecialización de los hospitales autonómicos.

- 7) El personal de los centros públicos por cama es significativamente mayor que en los privados: personal total 4,83 versus 2,57 (1,87 veces más); médico 0,9 versus 0,36 (2,5 veces más); enfermería 1,44 versus 0,64 (2,25 veces más).

Actividad y funcionamiento

- 1) Se produjo un aumento en la tasa de consultas/1.000 habitantes del 16,01%, en todas las CCAA excepto Aragón donde hubo una mínima disminución (- 0,13%). En 2018 la tasa osciló entre 2.914,27 de Madrid y 1.712,12 de Cantabria (promedio 2.217,9).
- 2) Las altas y estancias/1.000 según fueran centros públicos o privados globalmente siguieron la misma evolución de aumento de las altas y una disminución de las estancias. En cuanto a las altas se produce un aumento en los centros públicos en 13 CCAA y una disminución en 4, mientras que en los centros privados aumentan en 8 CCAA y disminuyen en 9. Las altas/1.000 habitantes en centros públicos oscilan, en 2018, entre 129,75 en el País Vasco y 65,53 en Andalucía (media 89,30) y en centros privados entre 37,65 (Madrid) y 10,05 (Cantabria) con un promedio de 26,63.
- 3) El porcentaje de intervenciones quirúrgicas urgentes sobre el total disminuyó pasando de ser el 11,76% en 2010 al 10,26% en 2018.
- 4) El número de intervenciones/quirófano y año en 2018, presenta una variabilidad excesiva y que evidencia una gestión inapropiada de los mismos, aunque es obvio que puede estar influida. Con un promedio de 1.164,85 intervenciones por quirófano y año la tasa oscila entre 1.388,27 en Cataluña y 735,27 en Cantabria
- 5) Las intervenciones por cirugía mayor ambulatoria experimentan un crecimiento importante en el periodo, con una gran variabilidad entre CCAA. Así frente a un promedio de aumento del 14,7% en el conjunto del país este va desde el 121,76% en Navarra al 0,06% en el País Vasco. El porcentaje de intervenciones por CMA respecto al total de intervenciones quirúrgicas es del 32,82% de promedio en 2018, variando entre el 41,41% de Asturias y el 23,02% de La Rioja, lo que evidencia que hay un margen importante de mejora al respecto.
- 6) El número de partos disminuyó en todas las CCAA, asimismo el % de cesáreas también disminuyó en el país, pasando del 25,26 al 24,62%, pero no en todas las CCAA, aumentando en 6 (Cantabria, Castilla la Mancha, Cataluña, Extremadura, Murcia y La Rioja). La tasa de cesáreas en 2018 oscilaba entre el 29,22% (Extremadura) y el 14,63% (País Vasco) y sigue siendo excesiva ya que la OMS recomienda que se sitúe por debajo del 15% lo que solo pasa en el País Vasco y solo otras dos están por debajo del 20% (Navarra y Asturias). Esta situación está relacionada en parte con el elevado grado de asistencia a partos en centros privados: en 2018 el 36,51% de los partos en centros privados lo fueron por cesáreas frente al 21,83% en los centros públicos.
- 7) La donación y el trasplante son elevados en nuestro país experimentado un aumento durante el periodo evaluado. El más frecuente es el trasplante renal, que se realiza en todas las CCAA.. En

2018 el mayor número de trasplantes se realizó en Cataluña seguida de Madrid.

- 8) La evolución de las tasas /1.000 habitantes de algunas pruebas diagnósticas frecuentes, evidencia un aumento de todas ellas en este periodo. La más utilizada en 2018 fue el TAC con una tasa de 113,99/1.000 seguida de la RM (75,07), la mamografía (51,92) y la colonoscopia (25,43).
- 9) De nuevo se constata una gran variabilidad entre CCAA en 2018: el TAC oscila entre 129,9 exploraciones/1.000 en Galicia a 86,58 en Murcia; la RM entre 131,44 en Madrid y 41,85 en el País Vasco; las mamografías entre 103,94 de Asturias y 19,92 de Murcia; y la colonoscopia entre 37,82 de Madrid y 18,21 del País Vasco. No existen estudios sobre adecuación de las indicaciones de las mismas.
- 10) Las urgencias hospitalarias se han incrementado notablemente. La tasa de frecuentación/1.000 habitantes ha pasado de 561,84 en 2010 a 649,52 en 2018, un 15,60%, aumento que se constata en todas las CCAA, situándose la tasa en 2018 entre 779,37 de Andalucía y 514,07 de La Rioja. Este aumento es en su mayoría de urgencias inapropiadas.
- 11) Las listas de espera han experimentado un aumento importante, tanto de lista de espera quirúrgica (LEQ) como de consultas externas de AE(LECE). Evidentemente las cifras más recientes están influidas por la pandemia que ha suspendido muchas intervenciones quirúrgicas y consultas externas en prácticamente todas las CCAA, aunque con una intensidad variable. Por lo tanto la población en ambas listas de espera ha aumentado así como la demora media y el % que espera más tiempo (> de 6 meses en LEQ y más de 60 días en LECE), si bien las demoras son presumiblemente mucho mayores porque alguna comunidad autónoma, como Madrid, simplemente ha borrado de las listas de espera las personas que vieron suspendidas sus citas y ha vuelto a contar las demoras desde que se les asignó una nueva cita.

Opinión de la ciudadanía

- 1) La opinión de la ciudadanía no la hemos podido recoger porque el Barómetro Sanitario de 2019 no se ha publicado todavía pese a que estaba prevista su finalización en octubre de dicho año.

Gasto farmacéutico

- 1) Entre 2014 y 2019 se había producido un aumento del 43,34% en el conjunto del país, incremento muy superior al del gasto sanitario hospitalario. Este aumento iba desde el 66,29% en Baleares al 16,25% de La Rioja. Por otro lado los datos provisionales de 2020, en los que faltan los meses de noviembre y diciembre, señalaban un aumento del 4,7%.
- 2) En 2019 el gasto per capita en farmacia hospitalaria fue de 157,08 €/persona/año, oscilando entre 199,8 € en Asturias y 129,8 en Andalucía.
- 3) El importante aumento del gasto farmacéutico hospitalario ha sido muy superior al incremento del gasto en AE.

RECOMENDACIONES

Después del análisis realizado y de los problemas detectados, conviene realizar una serie de recomendaciones y propuestas de mejora que, en nuestra opinión, son imprescindibles para superar la situación actual y para asegurar la sostenibilidad de la Sanidad Pública.

Vamos a exponerlas organizadas de acuerdo a los apartados del análisis previo.

1. Financiación y gasto

1.1. El gasto sanitario en Atención Especializada (AE) no debería superar el 60% del gasto sanitario público, siempre y cuando se cumplan 3 condiciones: un aumento del gasto sanitario público (en torno a 1.000 €/ pro habitante y año para homologarnos con el promedio de la UE); reducción del gasto farmacéutico hospitalario (para colocarlo por debajo del 14% del total del gasto en AE, ahora esta por encima del 17%); y disminución del gasto en privatizaciones.

1.2. Hay que disminuir de manera significativa el gasto en conciertos para que no supere el 5% en 2023

1.3. Deben de paralizarse las privatizaciones en AE e iniciar un proceso de recuperación de lo privatizado hasta el presente. Para ello habría que realizar cambios legislativos como la derogación de la Ley 15/97 y el blindaje de la provisión sanitaria pública.

2. Recursos

2.1. Deben incrementarse de manera importante el número de camas hospitalarias con el objetivo de conseguir entre 4,5 y 5 camas por 1000 habitantes (entre 50.000 y 80.000 camas más en todo el país) y que en ninguna comunidad autónoma haya menos de 3,5 camas/1000.

2.2. Este incremento debe de realizarse especialmente en camas de media y larga estancia, para lograr al menos 1/1000 habitantes.

2.3. Las nuevas camas hospitalarias deberían de ser camas de titularidad y gestión pública.

2.4. Debería realizarse por parte de las administraciones sanitarias un análisis de la dotación tecnológica de los centros sanitarios y de su adecuación a las necesidades asistenciales, así como un plan para asegurar su actualización.

2.5. Debe garantizarse la dotación necesaria de personal en los centros sanitarios para garantizar una atención sanitaria de calidad. Debería también establecerse una dotación mínima de personal de los centros sanitarios privados para una adecuada atención sanitaria.

2.6. Hay que asegurar la convocatoria y dotación económica de todas las plazas de formación especializada acreditadas.

3. Actividad y funcionamiento

3.1. Hay que evaluar las derivaciones hacia consultas de AE para valorar su idoneidad. En este sentido es importante proporcionar a la Atención Primaria de los medios necesarios para disminuir las derivaciones inapropiadas.

3.2. Hay que arbitrar mecanismos para controlar y disminuir las derivaciones a consultas externas y pruebas diagnósticas, con financiación pública, a los centros privados.

3.3. Tenemos que mejorar de manera sustancial la utilización de los quirófanos y la tecnología en los centros sanitarios públicos e incrementar las intervenciones por CMA 3

3.4. Deben de arbitrase mecanismos y protocolos de actuación para disminuir la tasa de cesáreas, tanto en los centros públicos como en los privados para acercarnos al objetivo de la OMS de un 15% sobre el total de partos, realizando inspecciones en aquellos centros que se desvíen de manera muy significativa del objetivo marcado.

3.5. Deben de evaluarse las pruebas diagnósticas realizadas para analizar su pertinencia y adecuación, estableciendo planes para evitar la sobreutilización innecesaria.

3.6. Hay que incrementar de manera significativa en la Sanidad Pública las actividades de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia, implementando los recursos necesarios para ello.

3.7. Se deben de reducir significativamente las urgencias hospitalarias mediante una mejora de la accesibilidad tanto en Atención Primaria como en la Especializada y actuaciones de educación para la salud

3.8. Hay que reducir las listas de espera, tanto quirúrgica (LEQ) como en consultas externas (LEC). El objetivo debería ser que nadie espere más de 6 meses en LEQ ni más de 60 días en LEC, y que las primeras consultas se realicen en 15 días en más del 90% de los casos.

3.9. Es muy importante una nueva política de recursos humanos para garantizar incentivos a los trabajadores sanitarios que primen la calidad de la asistencia sanitaria.

3.10. La formación continuada de los profesionales debe de estar garantizada por el sistema sanitario público y ser ajena a los intereses empresariales.

3.11. Por otro lado debería de primarse la dedicación exclusiva de los profesionales para evitar la competencia desleal y la colusión de intereses entre la Sanidad Pública y el sector privado

4. Ciudadanía

4.1. Deben incluirse en los estándares de calidad de la AE las opiniones de la ciudadanía, recogida tanto a través de las encuestas de opinión como de las expresadas por las organizaciones sociales

4.2. En este contexto es imprescindible la puesta en funcionamiento de organismos de participación social y profesional en los centros de AE, con capacidad real para intervenir en la planificación y gestión de los mismos.

5. Gasto farmacéutico

5.1. Debe garantizarse que el aumento del gasto farmacéutico en AE se sitúe al menos un punto por debajo del crecimiento presupuestario de este nivel asistencial, con el objetivo de disminuir el porcentaje de gasto farmacéutico progresivamente hasta alcanzar el 14%.

- 5.2. Debemos de incrementar la utilización de genéricos y biosimilares
- 5.3. Deben de promocionarse las compras agregadas de medicamentos de uso hospitalario pro parte de todas las CCAA
- 5.4. Hay que regular estrictamente los conflictos de interés entre profesionales sanitarios y la industria farmacéutica
- 5.5. El sistema sanitario público debe de garantizar la formación continuada de los profesionales con independencia de las empresas farmacéuticas y de tecnología sanitaria.
- 5.6. Hay que promocionar la investigación pública, independiente de la industria farmacéutica

Aparte de las medidas que deberían adoptarse a corto plazo, sería conveniente la realización de un acuerdo estratégico sobre la Atención Especializada que estableciera los objetivos e instrumentos para garantizar una AE de calidad en la Sanidad Pública, incluyendo un modelo de organización y gestión, así como de la configuración de las especialidades médicas y de enfermería

***Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública
Febrero de 2021***