

Atención Hospitalaria, Privatización y Atención de enfermos no COVID

La situación de la atención hospitalaria/atención especializada en el país es especialmente preocupante por 2 motivos, el primero tiene que ver con la evolución del sistema sanitario (los recortes y las privatizaciones) y el segundo con el estrés que ha supuesto la pandemia. Además, existe un problema de fondo relacionado con la organización hospitalaria y el enfoque del sistema sanitario, muy influido por el hospitalocentrismo, el predominio de un enfoque clínico, y el crecimiento de los planteamientos de mercado con una marginación de la planificación sanitaria y la integración de niveles asistenciales.

Como es habitual la ausencia de datos actualizados impone algunas reservas. Pero lo que conocemos, es decir la evolución de 2010 a 2019, nos indica que el número de camas hospitalarias disminuyó en el país, a pesar de que en este periodo aumentó la población, con lo que en este periodo, la tasa de camas en hospitales públicos por 1000 habitantes pasó de 2,71 a 2,69, y en centros privados de 0,71 a 0,65, con una pérdida mayor en cuanto a camas funcionantes (solo el 90,31% de las camas instaladas estaban en funcionamiento el último año considerado). El resultado es una insuficiencia mantenida en el número de camas (recuérdese que la UE tiene un promedio de 5 camas/1000 y la OCDE 4,5).

También la atención especializada ha sufrido de manera más intensiva el proceso de privatización de nuestro sistema sanitario, lo que ha hecho que se disminuyan más los presupuestos de los centros de gestión pública tradicional, que al final han sido los más castigados por los recortes.

Todo ello, más la mala gestión, han producido un aumento importante de las listas de espera, de hecho ya en 2019 la población señalaba en el Barómetro Sanitario, que estas se situaban en el 87,6% de los casos como uno de los principales problemas que deberían ser solucionados en nuestro sistema sanitario, listas de espera que desde hace años se han trasladado también a la Atención Primaria.

Además, la pandemia de la covid19 ha empeorado notablemente la situación, porque en los picos de las sucesivas olas que ha sufrido el país se han anulado intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y consultas externas, e incluso en algunas de las CCAA se han dejado de incluir pacientes en las mismas, por lo que las demoras reconocidas oficialmente solo son la punta del iceberg de la realidad. En todo caso los datos oficiales a junio de 2020 señalan que se ha producido un aumento del tiempo medio de demora en lista de espera quirúrgica de 55 días respecto a junio de 2019 (pasando de 115 a 170 días) y de un 18% en el porcentaje que espera más de 6 meses (del 15,8 al 33,8%). Las listas de espera en consultas externas se han incrementado en 27 días (de 88 a 115) y el porcentaje que espera más de 60 días aumento en un 10,1% (desde 42,6 a 52,7%), teniendo en cuenta que solo se contabiliza la

demora en la primera consulta por lo que la demora real en consultas (que habitualmente precisan cuando menos una sucesiva) es en realidad netamente superior.

No conocemos realmente el impacto sobre la salud de esta desatención, aunque existe mucha información parcial y poco sistematizada. En todo caso, parece razonable pensar que el exceso de mortalidad detectado en el país por encima de las muertes comprobadas por covid19, este en gran parte influida por esta desatención de graves problemas de salud, aunque es obvio que su efecto sobre la morbilidad y/o agravamiento de procesos en curso, solo la conoceremos pasados unos años.

La atención especializada presenta 3 problemas que hay que atender de manera urgente:

1. **Resolver la insuficiencia de camas**, incrementándolas de manera notable, lo que puede realizarse recuperando las camas cerradas, utilizando las camas instaladas no funcionantes y en muchos casos poniendo en funcionamiento centros hospitalarios desaprovechados (en Madrid el antiguo hospital Puerta de Hierro, algunos hospitales militares, centros cerrados total o parcialmente, etc).

2. **Utilización intensiva de los recursos propios** para lo que es precisa una mayor dotación de personal. Quirófanos, tecnología diagnóstica, etc., están siendo infrautilizados de manera sistemática, en gran parte para favorecer al sector privado. Hay que cambiar esta situación y potenciar y asegurar la utilización de todos los recursos públicos al 100%, lo que evidentemente precisa aumentos de personal.

3. **Abordar y reducir las listas de espera** para lo que se necesita, aparte de la mejor utilización de los recursos existentes y un aumento de los mismos como se ha planteado en los 2 puntos anteriores, un plan para organizar y racionalizar la utilización del conjunto del sistema sanitario para optimizar su funcionamiento.

No obstante, hay otras cuestiones importantes que es preciso abordar en el medio plazo, para evitar la reproducción de los mismos problemas, y para dar soluciones consolidadas a un sistema, el de atención especializada, que sigue funcionando con una visión excesivamente hospitalocéntrica. Entre estas cuestiones hay que destacar:

1. **Cambiar el enfoque de la atención especializada**, los hospitales del futuro, como han señalado desde la ADSP de Navarra *deberían insertarse dentro de una red de servicios que garantice una asistencia a las patologías agudas complejas y así mismo la continuidad e integralidad de la asistencia, desarrollando programas de atención sistemática a las y los pacientes con patología crónica compleja. Todo ello coordinado e integrado con el resto de los niveles asistenciales. Por eso y al mismo tiempo, debería sacarse del hospital todo aquello que la Atención Primaria sí podría y debería atender si dispusiese de medios materiales y personal suficiente. Es clave la coordinación con el espacio*

socio-sanitario. Es decir, necesitamos promover y reforzar la interrelación de todos los eslabones de la cadena asistencial.

2. **Transformar la organización hospitalaria**: los hospitales actuales pivotan sobre los servicios de especialidades médicas con escasa coordinación entre ellos, se echa en falta la vertebración de las actividades desde una óptica más generalista y comprehensiva, y el desarrollo de áreas de enfermería con mayor autonomía funcional.
3. Precisamente este modelo actual de superespecialización conlleva una, inmoderada y en aumento, **sobreutilización inapropiada de la tecnología**, en muchos casos sin ningún tipo de aportación, y con algunos riesgos, para la salud de los enfermos. Cambiar este modelo de funcionamiento significa una nueva cultura en la que primen, los intereses y la salud de los enfermos, sobre los de los profesionales y el entramado fármaco-tecnológico.
4. La progresiva **privatización** de la atención especializada es un serio problema que hay que atajar de manera urgente tanto por su importancia como por su capacidad para infiltrar y condicionar el funcionamiento del sistema. Como es conocido se basa en un conjunto de medidas (privatización directa, externalizaciones/privatizaciones de algunos procesos y/o pruebas, conciertos con empresas privadas y un entramado multiforme de fórmulas de colaboración público-privada que van apoderándose de elementos clave del sistema) que acaban haciéndose con el control estratégico del funcionamiento de los centros y de la política sanitaria, que cada vez más se rige por reglas mercantiles de competencia, orillando la planificación y la cooperación que son los factores clave para la eficacia y eficiencia de la Sanidad Pública. La pandemia en algunas CCAA ha aumentado la derivación de enfermos hacia el sector privado ante unos centros públicos focalizados sobre la atención a los enfermos con covid19.
5. La **falta de una política incentivadora** de los profesionales que se expresa de manera más clara en la ausencia de la dedicación exclusiva de los mismos, que es clave para su identificación con el sistema, ausencia de una utilización más intensiva de los recursos de la Sanidad Pública para lo que es preciso un aumento del personal, y evitar la colusión de intereses con el sector privado
6. Una **gestión inapropiada** que continua la senda del gerencialismo iniciada en los años 80 del siglo pasado y que ha demostrado sobradamente sus limitaciones, unida a una ausencia de profesionalización de la gestión que provoca con frecuencia una selección adversa de los mismos: quien más y mejor prospera es el más dócil y el que es más capaz de justificar cualquier estupidez decidida por los responsables políticos, la Comunidad de Madrid es un ejemplo paradigmático.

7. Una **falta de transparencia y de información** de las actividades que llevan a cabo los centros hospitalarios, donde por ejemplo las memorias de la actividad hospitalaria han dejado de realizarse en muchos centros.
8. Finalmente, la **ausencia de mecanismos efectivos de participación social y profesional** que hacen que el conjunto del sistema sanitario, también la atención especializada sean un reducto del despotismo ilustrado que ya demostró sus insuficiencias en el siglo XVIII.

PROPUESTAS

En este contexto desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública entendemos que habría que propiciar las siguientes medidas:

1.- Recursos humanos:

- 1) Dotación necesaria de personal, con salarios adecuados y con trabajo que permita tener tiempo para docencia e investigación. Debe garantizarse la dotación necesaria de personal en los centros sanitarios para garantizar una atención sanitaria de calidad. Habría también que establecer una dotación mínima de personal de los centros sanitarios privados para una adecuada atención sanitaria.
- 2) Es muy importante una nueva política de recursos humanos para garantizar incentivos a los trabajadores sanitarios que primen la calidad de la asistencia sanitaria sobre la cantidad de la misma.
- 3) 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) Hay que incrementar de manera significativa en la Sanidad Pública las actividades de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia, implementando los recursos necesarios para ello.
- 5) Incrementar los recursos humanos en salud mental (psiquiatría, psicología, etc.)

2.- Recursos materiales:

- 1) Deben aumentarse de manera importante el número de camas hospitalarias en centros públicos, 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) Este incremento debe de realizarse especialmente en camas de media y larga estancia, para lograr al menos 1/1000 habitantes.
- 3) Las nuevas camas hospitalarias deberían de ser camas de titularidad y gestión pública.
- 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.

3.- Farmacia:

- 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%.
- 2) Tenemos de incrementar la utilización de genéricos y biosimilares.
- 3) Deben de promocionarse las compras agregadas de medicamentos de uso hospitalario pro parte de todas las CCAA.
- 4) Hay que regular estrictamente los conflictos de interés entre profesionales sanitarios y la industria farmacéutica.

4.- Proceso asistencial:

- 1) Fomentar coordinación con A. Primaria y socio-sanitaria (especialmente en seguimiento de pacientes crónicos y pluripatológicos), hay que abordar los procesos asistenciales con participación de la AP.
- 2) 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) 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.
- 4) Deben de evaluarse las pruebas diagnósticas realizadas para analizar su pertinencia y adecuación, estableciendo planes para evitar la sobreutilización innecesaria, y un plan para la adecuada dotación tecnológica de los centros.
- 5) 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
- 6) Hay que reducir las listas de espera, tanto quirúrgica (LEQ) como en consultas externas (LEC). El objetivo debería ser que nadie espere mas 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.
- 7) Hay que poner en marcha un sistema de información sobre la actividad de la atención especializada, actualizado y accesible a los profesionales y la ciudadanía.

5.- Formación e investigación:

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

- 2) El sistema sanitario público debe de garantizar la formación continuada de los profesionales con independencia de las empresas farmacéuticas y de tecnología sanitaria
- 3) Tiene que promocionarse la investigación pública, independiente de la industria farmacéutica

6.- Participación comunitaria:

- 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.
- 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.

7.- Detener el proceso privatizador:

- 1) 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, las leyes autonómicas que propician la privatización, y el blindaje de la provisión sanitaria pública
- 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) Hay que disminuir de manera significativa el gasto en conciertos para que no supere el 5% en 2023.

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

Abril de 2021