

salud20000

Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Septiembre 2022 · nº 162

SANIDAD EN PORTUGAL

SANIDAD PUBLICA EN ANDALUCIA

**PSICOLOGIA EN ATENCIÓN
PRIMARIA**

**POBREZA Y PRESTACIONES
NO CUBIERTAS POR EL SNS**



**ENTREVISTA CON
CELIA GÓMEZ GONZÁLEZ**





Revista de la Federación de
Asociaciones para la Defensa
de la Sanidad Pública

salud2000

Septiembre 2022

EDITA

**Federación de Asociaciones
para la Defensa de la Sanidad Pública.**
C/ Arroyo de la media Legua, 29, Local 49.
28030 Madrid
Tel. 91 333 90 87 - Fax: 91 437 75 06
www.fadsp.org

DIRECTOR

Luis Palomo (Cáceres)

COMISIÓN TÉCNICA FADSP

Manuel Martín García (Presidente); María Dolores Martínez Ruiz (Secretaria); Joan de Pedro Gómez (Vicepresidente); Marciano Sánchez Bayle (Secretario de Organización); María Isabel Montserrat Blasco (Vicesecretaria); Luis Villanueva Aranguren (Tesorero); Luis Palomo Cobos (Responsable de Publicaciones); María Luisa Fernández Ruiz (Responsable Secretaría Mujer); Juan Antonio Sánchez (Vocal); Carmen Sánchez Bellido (Vocal); Mercedes Boix Rovira (Vocal); Mario Fernández López de Ahumada (Vocal); Araceli Ortiz Arteaga (Vocal); María José Anes Iñiguez (Vocal).

REDACCIÓN

Avda. París, 30. 5ª Dcha. 10005 Cáceres.
E-mail: luispalomocobos@gmail.com

PUBLICIDAD

Salud 2000.
C/ Arroyo de la media Legua, 29. Local 49.
28030 Madrid
tel. 91 333 90 87

REALIZACIÓN

Tevescop, S.A.
C/ Príncipe de Vergara, 211. 28002 Madrid

DEPÓSITO LEGAL: M-18195-1985

ISSN • SVP: 0214-3615•442

www.fadsp.org
Twitter: @FADSPU. También en Facebook

salud2000 no comparte necesariamente las opiniones vertidas en los artículos firmados que son de la exclusiva responsabilidad de sus autores.



- 03 EDITORIAL**
Muchas palabras, menos avances.
- 05 ENTREVISTA**
“Hay que revisar las condiciones laborales y los incentivos en determinados puestos de trabajo”
Celia Gómez González. Directora General de Ordenación Profesional
- 10 POLÍTICA SANITARIA**
Diagnóstico de la salud y del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid. Informe 2022.
FADSP y CCOO
- 12 La Sanidad Pública en Andalucía.**
Antonio Vergara de Campos, Lola Martínez Ruiz, José Antonio Brieva Romero
- 16 Valoración del anuncio de que el Ministerio de Sanidad acelerará la homologación del título de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria a profesionales de otros países.**
FADSP
- 20 ATENCIÓN PRIMARIA**
Psicología en Atención Primaria: lo focal, lo generalista y lo posible.
Clara Benedicto Subirá
(Fuente original del artículo: <https://www.revis-taaen.es/index.php/aen/about/submissions#copyrightNotice>)
- 25 SALUD PÚBLICA**
El sistema sanitario como aparato ideológico del estado.
Joan Guix
- 30 La pobreza que genera el coste de la asistencia sanitaria no cubierta por el sistema público.**
Sebastián Martín Recio
- 35 SALUD INTERNACIONAL**
Problemas de la Sanidad en Portugal.
Isabel do Carmo
- 39 NOTICIAS**
- 44 ANUNCIO**

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Salud 2000 aceptará para ser publicados trabajos inéditos relativos a la organización y a la administración de servicios sanitarios y asistenciales y, en general, a las políticas de salud. Podrán ser artículos de revisión, de opinión, cartas al director, colaboraciones especiales o artículos científicos que comuniquen resultados originales producto de investigación.

Las dimensiones máximas aconsejadas son 3.000 palabras y un máximo de 6 figuras o tablas.

Los textos en formato Word se enviarán a la dirección luispalomocobos@gmail.com.

Muchas palabras, menos avances

Parece que vivimos en una época en la que lo importante es sobre todo la imagen, el “marketing”, las palabras llamativas, intervenciones más pensadas para su impacto en las redes sociales que para conseguir transformaciones sociales y/o soluciones reales a los problemas existentes. La Sanidad no parece haber escapado a esta moda.

Los gobiernos actuales se comprometieron en los momentos álgidos de la pandemia a hacer un refuerzo de la Sanidad Pública conscientes, decían, de las carencias de la misma y del esfuerzo de sus profesionales durante la covid19 a pesar de los graves momentos de tensión que vivió el sistema sanitario, y así se reflejó por ejemplo, en las conclusiones de la Comisión par la Reconstrucción Social y Económica aprobadas por una gran mayoría en el Congreso de los Diputados.

Los gobiernos actuales se comprometieron a hacer un refuerzo de la Sanidad Pública conscientes.

Sin embargo, pasado el tiempo la concreción de estas promesas quedo en poco. Ya era de sospechar cuando en los planes de resiliencia aprobados por el Gobierno la Sanidad recibía un modesto 1,53% de los fondos, el 3º país que menos destinaba en la UE, muy por debajo del 22,68% de Italia, el 17,80 de Alemania, el 14,9% de Francia, o el 8,3% de Portugal. Al final el esfuerzo presupuestario es el que marca el compromiso real de los gobiernos con un objetivo concreto.

Algo parecido puede decirse de los Planes aprobados por el Ministerio de Sanidad y de los proyectos de ley del Gobierno. Los Planes sobre Atención Primaria (“Recomendaciones para el di-

seño de estrategias de salud comunitaria en atención primaria a nivel autonómico”, Plan de Acción de Atención primaria 2022-2023), el Plan de Salud Mental, etc, todos ellos tan llenos de buenas intenciones como de escaso presupuesto, a más de la discrecionalidad de las CCAA a la hora de implementarlos.

La creación de la Agencia Estatal de Salud Pública, pendiente desde 2011, por supuesto un avance positivo, también se muestra inconcreta, pendiente de la aprobación de su estatuto para su desarrollo, y por fin el Proyecto de Ley por el se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, que no recoge algunas cuestiones clave para nuestro sistema sanitario como son:

El blindaje de la provisión y gestión pública de los centros sanitarios financiados públicamente, cerrando el paso a nuevas privatizaciones y favoreciendo la reversión de lo privatizado, entendemos que hablar de situaciones “excepcionales” sin que se fijen criterios concretos para esa excepcionalidad ni sistemas efectivos de control de la misma, no cambia sustancialmente el marco actual ya que es bien conocido como algunas de las CCAA utilizan estos “puertas entreabiertas” para poner en marcha una “barra libre” para privatizar el sistema sanitario, conviene recordar que hasta el presente la gestión pública debía de utilizarse de forma “preferente” con los resultados de todos conocidos. Se trata pues de una declaración de buenas intenciones, de marketing político, de difícil y poco probable cumplimiento.

Acabar con la existencia del modelo de aseguramiento paralelo y mayoritariamente privatizado que suponen las Mutualidades de funcionarios, que rompe la equidad, y que puede realizarse progresivamente mediante la incorporación al SNS de todas las personas que ingresen en la función pública, quedando el resto en el modelo actual a extinguir.



Disminuir paulatinamente el modelo de copagos hasta su desaparición para evitar que se perpetúe un mecanismo de financiación que penaliza a las personas más enfermas y/o con menos recursos económicos

Garantizar la universalidad de la atención sanitaria a todas las personas que habiten en España, incluido aquellas personas que no tienen regularizada su situación en nuestro país, eliminando trabas administrativas de difícil cumplimiento. Se sigue exigiendo a los migrantes en situación irregular un informe preceptivo previo favorable que acredite su voluntad de residir en España, emitido por los servicios sociales competentes de las Comunidades Autónomas. Sólo si cumplen este requisito tendrán derecho a ser atendidos desde el momento de presentar la solicitud, pero con riesgo de cobro de la atención recibida si el resultado es negativo.

Aunque es de celebrar que la cartera de servicios común del SNS haya incluido la salud mental y los cuidados paliativos, y exigir la inclusión de la salud sexual y la salud reproductiva, así como el derecho a la Eutanasia (no aplicado por algunas Comunidades autónomas con gobiernos conservadores). Finalmente merece la pena señalar que la Ley sobre salud sexual y reproductiva aunque tiene avances importantes, como la ampliación del objeto de la ley para incluir las violencias en el ámbito reproductivo, y cumplir así con el mandato del Convenio de Estambul, que incluye la esterilización y el aborto forzada y la mutilación

genital femenina (esta última incluida en la ley de Garantía de Libertad Sexual). También se devuelve a las mujeres de 16 a 18 años y a las mujeres con discapacidad la posibilidad de decidir sin tener que pedir el permiso de sus tutores legales para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo y se elimina el período de reflexión de 3 días y la información obligatoria que se entregaba a las mujeres. Esa información será de carácter optativo, a petición de la mujer que acude a abortar. No obstante aunque se incluye la declaración de la objeción de conciencia no se arbitran mecanismos concretos que aseguren la prestación en el sistema sanitario público por lo que es previsible que la situación de ausencia de esta prestación en la Sanidad Pública en algunas CCAA continúe como hasta ahora.

Todo ello sin tener en cuenta la necesidad de una actuación decidida en temas como las inaceptables demoras en la atención sanitaria (a las que se han unido las relativas a la Atención Primaria) y otros con tanto impacto sobre la salud como la contaminación medioambiental y la necesidad de una alimentación saludable.

En resumen, algunos avances escasos y de poco calado. Hay que cambiar significativamente la política sanitaria para garantizar una atención sanitaria de calidad a toda la población (algunas cuestiones como el excepcional exceso de mortalidad en nuestro país debería de hacer que nos lo planteáramos con urgencia). Todavía estamos a tiempo.

Entrevista con Celia Gómez González

Directora General de Ordenación Profesional

Nuestro planteamiento es reforzar el sistema público de salud y sus capacidades en varios ámbitos clave para responder a las necesidades del futuro.

Debemos flexibilizar la organización del trabajo de forma que mejore la calidad y la estabilidad de los puestos de trabajo.

Celia Gómez González es Directora General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad desde marzo de este año. De origen leonés (Palacios de Sil), es economista, Máster en Economía de la Salud y Dirección de Organizaciones Sanitarias y Experta en Salud Pública y Género, y su trayectoria vital y profesional ha estado muy vinculada a Asturias y Andalucía. Tiene una dilatada experiencia en gestión, porque ha sido Gerente del Servicio Cántabro de Salud; Gerente del Servicio de Salud del Principado de Asturias entre 2012-2014 y Directora General de Profesionales del Servicio Andaluz de Salud.

Sra. Directora General, como buena conocedora de la gestión sanitaria, y desde su actual responsabilidad, ¿faltan médicos o los que hay están mal distribuidos?

Podríamos hablar de ambas cosas, e incluso cuestionar la propia falta de profesionales, como siempre todo depende de la perspectiva desde la que abordemos el asunto. El hecho es que el número de médicos por habitante en España ha ido creciendo a lo largo de los años, tanto en el SNS como en la suma público y privado. Cierto es también que el número de dispositivos sanitarios también ha aumentado y por tanto se absorbe ese crecimiento. Es necesario reseñar también que la situación es desigual en centros hospitalarios, donde en los últimos cuatro años crece un 6%, que en Atención Primaria, donde se produce un descenso del 2,14%, según se recoge en el Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-



“Hay que revisar las condiciones laborales y los incentivos en determinados puestos de trabajo”

2035 publicado hace unos meses por el Ministerio de Sanidad, accesible en nuestra página web. En ratio por 100.000 habitantes hemos pasado de 228 por 100.000 en 2007 a 300,5 en 2021, pero efectivamente la distribución por CCAA es variable, siguiendo lo recogido en el estudio mencionado, Asturias (383,2 médicos por cien mil hab.), Navarra (381,7), Galicia (363,7), País Vasco (351,3) y Aragón con 347 especialistas encabezan la dotación de recursos humanos de médicos, por el otro extremo se sitúan Andalucía (234,8), INGESA (263,2), Baleares (275,9) y Canarias (282,2). También es variable la distribución de recursos humanos entre especialidades por CCAA.

Hace años, cuando había disponibilidad de médicos hablábamos del paro selectivo, porque el problema de cubrir zonas o puestos poco atractivos siempre ha existido, eso ahora se acrecienta con la mayor oferta de puestos en zonas urbanas, luego sí que tenemos un problema de desigual distribución de los recursos, que tiene que ver fundamentalmente con las preferencias de los profesionales y la falta de incentivos, que recientemente se está abordando, para cubrir esos puestos de difícil cobertura.

Hacerlo de forma efectiva requiere tomar conciencia y actuar conjuntamente, fomentando y potenciando sinergias y colaboraciones. Es vital una apuesta conjunta en un entorno con demandas sociales y económicas más diversificadas y en un continuo y acelerado proceso de cambio.

Es un lugar común decir que la pandemia ha puesto en evidencia carencias estructurales y de profesionales que ya existían, sin embargo, se ha vuelto a prescindir de la mayoría del personal contratado durante la misma.

La pandemia ha puesto de manifiesto los retos y dificultades a los que se enfrenta nuestro sistema de salud a la hora de abordar situaciones de emergencia.

No ha sido igual el comportamiento en todos los territorios ni con todas las categorías. Lógicamente cuando se produce una situación de alta demanda se contrata personal temporal para solucionar o abordar ese problema, y si la causa no permanece, esa plantilla no continúa. Las administraciones han de cumplir con los presupuestos que les asignan cada año, y los gestores de los centros asumen grandes responsabilidades en esta materia.

Otra cosa es que necesariamente hemos de abrir el debate de destinar más recursos a la Sanidad, de redimensionar las plantillas y fortalecer determinados ámbitos asistenciales que son claves para nuestro SNS y están ahora debilitados, como es el caso de la Atención Primaria.

Desde el Ministerio de Sanidad, nuestro planteamiento es reforzar el sistema público de salud y sus capacidades en varios ámbitos clave para responder a las necesidades del futuro.

En relación a los países de nuestro entorno socioeconómico y demográfico, ¿necesitamos más personal de enfermería?

Los informes comparados que hay nos ofrecen datos que no son homogéneos por lo que es difícil establecer comparaciones. No todos hablamos de las mismas categorías, formación o funciones desempeñadas. Debemos además de hablar del conjunto de profesionales sanitarios en el ámbito de los cuidados y las funciones que desempeñan o pueden desempeñar. Dicho esto, necesitamos formar más enfermeras, nuestro SNS necesita más enfermeras y necesita ordenar las especialidades, las prácticas avanzadas y las funciones de la en-

fermera generalista. La enfermería es un pilar fundamental de nuestro sistema sanitario, nuestras enfermeras están muy bien formadas y están llamadas a cumplir un papel importante en el sostenimiento del sistema en el futuro.

Necesitamos formar más enfermeras, nuestro SNS necesita más enfermeras y necesita ordenar las especialidades

Nuestro Sistema Nacional de Salud ha ido asentando las bases que nos permiten ir consiguiendo reconocimientos para un rol profesional de enfermería con funciones que exigen más nivel de responsabilidad, como en el área de la práctica del cuidado, para mejorar la seguridad y calidad de los cuidados, y actuando como motor o promotor de mejoras en el área correspondiente en la que actúa. No obstante, garantizar la atención integral a los pacientes debe realizarse con el concurso de los distintos profesionales que prestan atención sanitaria.

Desde el Ministerio de Sanidad, ¿se contempla la incorporación de nuevas profesiones (psicólogos clínicos, nutricionistas,...) y su naturalización en las relaciones de puestos de trabajo del Servicio Nacional de Salud (SNS)?

La categoría de FEA de Psicología Clínica ya está incorporada y ha crecido en número de incorporaciones. Estamos haciendo un esfuerzo de incremento paulatino de las plazas de Formación Sanitaria Especializada para poder contar con más profesionales disponibles, siempre en base a lo que las estrategias de Salud mental vayan estableciendo. Desde 2018 el crecimiento ha sido de un 67%, 90 plazas más, lo que supone un incremento importante. De igual manera hay nutricionistas en los servicios de salud, en los hospitales. En relación con esta y otras profesiones o titulaciones, es preciso definir sus funciones, cómo van a desarrollar su labor en relación con la actual cartera de servicios o si se plantea su ampliación y en ese caso cómo financiarla.

El desarrollo de nuevas figuras de reconocimiento de los profesionales sanitarios titulados

resulta especialmente pertinente en la línea de avanzar en la calidad de su actuación, potenciando la relación y coherencia de las actividades de formación continuada y configurando programas que fortalezcan recorridos ligados al puesto de trabajo. No obstante, y de conformidad con lo dispuesto en el artículo 10 del propio Estatuto Marco, la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud desarrolla las actividades de planificación, diseño de programas de formación y modernización de los recursos humanos del SNS, y podrá emitir criterios para la coordinación de la política de recursos humanos del SNS.

Siempre teniendo muy en cuenta que debemos tener una visión de conjunto, valorando y analizando la labor de todos y cada uno de los colectivos de profesionales sanitarios, que con sus aportaciones contribuyen a facilitar e impulsar el cumplimiento de los desafíos a los que nuestro Sistema Nacional de Salud se enfrenta.

¿Qué grado de desarrollo tiene la anunciada propuesta de reconocimiento de las profesiones investigadoras en el SNS?

Desde el Ministerio de Sanidad y me atrevería decir que desde la mayoría del SNS, creemos que hay que definir la figura del personal estatutario investigador y establecer como debe ser su dedicación a la investigación, pero también su compatibilidad con la asistencia, y por qué no, con la docencia también. Este desarrollo, largamente esperado, debe, en nuestra opinión, enmarcarse en el Estatuto Marco del Personal de Instituciones Sanitarias, de forma que pueda salvaguardar la posibilidad de compatibilizar la asistencia o incluso retornar a ella en un momento dado o al contrario optar por un desarrollo investigador en exclusiva o su vinculación con la universidad para la docencia.

No podemos eludir la preocupación por la falta de cobertura de plazas MIR de la especialidad de MFyC: ¿a qué cree que se debe esa falta de interés por la especialidad?

Hay que tener en cuenta que es la especialidad que más plazas oferta cada año, por lo que es la que tiene una mayor probabilidad de quedar sin cubrirse. Desde 2018 hemos aumentado la oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada, si tenemos en cuenta la próxima oferta 2022-23, son 645 plazas más de MIR de Medicina de Familia y Comunitaria las que se ofertan, más de un 35% de incremento. Llevamos cuatro años sacando el

máximo histórico de plazas de FSE, un 39%. Ciertamente es que el esfuerzo por formar en la especialidad no es igual en todas las Comunidades Autónomas, si de media se ofertarán este año 5,18 plazas por 100.000 habitantes, la variación va de 3,21 en la Comunidad Autónoma que menos oferta, a 9,25 la que más. Facilitar plazas en el entorno geográfico y en proporción a los egresados de las facultades favorecería su cobertura sin duda. También es necesario revisar las condiciones laborales de las personas profesionales de Atención Primaria, porque a la hora de elegir, es un factor que se tiene en cuenta, determina la vida laboral futura, en este sentido el plan de Acción de Atención Primaria 2022-23 fija acciones concretas en esta dirección y con el objetivo de atraer y fidelizar profesionales en este ámbito asistencial.

En lo que respecta a la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, la experiencia acumulada ha puesto de manifiesto la importancia que tiene la adquisición de una serie de competencias, principalmente de tipo actitudinal, necesarias para el ejercicio profesional de las personas especialistas.

En este sentido, se considera fundamental garantizar que las personas especialistas en Ciencias de la Salud adquieran, y mantengan durante todo su ejercicio profesional estas competencias imprescindibles para la prestación de una atención de la salud de calidad, eficiente y con seguridad para el paciente. De ahí la importancia de que hace pocas fechas se haya publicado el Real Decreto 589/2022, de 19 de julio, por el que se regulan la formación transversal de las especialidades en Ciencias de la Salud, el procedimiento y criterios para la propuesta de un nuevo título de especialista en Ciencias de la Salud o diploma de área de capacitación específica, y la revisión de los establecidos, y el acceso y la formación de las áreas de capacitación específica.



Dadas las circunstancias, ¿No sería razonable pasar de una prueba MIR selectiva a otra con carácter solo distributiva?

Es fundamental diseñar políticas de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud que garanticen la cohesión en el ámbito competencial del Estado.

Uno de los saltos cualitativos más importantes en el SNS fueron los exámenes de formación de los especialistas sanitarios. La conocida como prueba MIR ha sido un factor indiscutible de mejora del nivel formativo de los profesionales sanitarios.

Creemos que hay que mantener el sistema que tenemos, mantener su nivel de calidad

Entiendo que lo que quiere decir es que la prueba MIR solo ordene, de ser así, creemos que hay que mantener el sistema que tenemos, mantener su nivel de calidad, aunque siempre es posible revisar la nota de corte de forma que entren más personas como candidatas a elegir. En el Real Decreto que regula la formación Sanitaria Especializada, recién aprobado por el Consejo de Ministros y Ministras, se recoge una regulación que permite un amplio margen en este sentido, incluso obviar nota de corte. Para la próxima convocatoria hemos planteado una modificación en el cálculo, de forma que baja de forma importante la nota de corte y permitirá que más personas puedan elegir plaza.

¿Los médicos de Atención Primaria están minusvalorados laboralmente y salarialmente y por eso migran?

Como antes decía creo, creemos, que hay que revisar las condiciones laborales y los incentivos, especialmente en determinados puestos de trabajo. Sobre las migraciones es necesario precisar que no es un volumen que nos deba preocupar el número de especialistas que deciden ir a otro país a trabajar, no debemos confundir la petición del certificado de idoneidad profesional con que luego se materialice la salida a trabajar fuera de nuestro país.



¿Hay un planteamiento Ministerial para afrontar la ola de jubilaciones que se avecina y su reposición?

Desde 2018 se han venido aumentando el número de plazas ofertadas y adjudicadas, como he comentado antes, son cifras que mantenidas en los próximos años nos acercan a un punto de equilibrio en unos cinco años. Por otro lado, se ha priorizado el reconocimiento de los títulos de Medicina de Familia y las otras especialidades más deficitarias. Se ha ido incrementando el número de plazas en las facultades, y hemos pedido un mayor incremento (el 10%). Por parte de universidades también aceleran la homologación de títulos de médicos/as extracomunitarios, paso previo para la homologación de la especialidad, pero también para su posible participación en el MIR

Hay otras medidas a valorar como la jubilación parcial en los casos de prolongación del servicio activo o una vez cumplidos los años para la jubilación, algo que puede facilitar su permanencia, aunque sea a tiempo parcial, Y hay que trabajar la parte organizativa de los centros, las funciones de los distintos profesionales el equipo, de forma que el funcionamiento del equipo cubra la demanda de la población y no se sobrecargue al profesional médico.

¿Qué papel juega el numerus clausus en limitar la oferta de profesionales sanitarios? Actualmente hay más de 40.000 estudiantes de medicina y mayor cantidad de médicos en labores asistenciales que nunca, alrededor de 200.000 y una tasa de 4,4/ 1.000 habitantes (INE), entonces ¿dónde están los problemas?

Creo que lo hemos comentado antes, hay posibilidades de elegir y se elige... y las prioridades se establecen por distintos motivos y no solo los vocacionales también el lugar de residencia, la po-

sibilidad de realizar actividad privada compatible en la medida en que la compatibilidad está permitida. Creo que debemos reflexionar sobre la organización del trabajo actual de nuestros centros sanitarios, de las jornadas y horarios, de la distribución del tiempo y la actividad que se realiza en ese tiempo, tenemos muchas áreas de mejora para ofrecer a la ciudadanía avances en nuestra oferta de servicios, y además ordenar y flexibilizar la organización del trabajo de forma que mejore la calidad, además de la estabilidad de los puestos de trabajo y revisar el sistema retributivo adecuándolo a esa nueva organización. Sé que es un debate complejo y en el que han de participar muchos actores, pero creo que es imprescindible para asegurar un futuro más certero. La negociación que iniciaremos de modificación del Estatuto Marco con las organizaciones sindicales del Ámbito va a abordar alguna de estas cuestiones, y se hará con el concurso de la Comisión de Recursos Humanos del SNS.

La envergadura de estos retos y el marco temporal para su desarrollo requieren del concurso

de las instituciones y Administraciones Públicas, y plantean la necesidad de adoptar medidas urgentes encaminadas a articular un modelo de gobernanza para la selección, seguimiento, evaluación y coordinación de los distintos proyectos y programas de inversión.

El propio Mecanismo de Recuperación, Transformación y Resiliencia, que traza la hoja de ruta para la modernización de la economía, la recuperación del crecimiento económico y la creación de empleo, está inmerso a través de una de las Políticas palanca dentro del Pacto por la ciencia y la innovación en el Refuerzo de las capacidades del Sistema Nacional de Salud.

Así, desde la Dirección General de Ordenación Profesional, se van a destinar dentro del Componente 18 (Renovación y ampliación de las capacidades del SNS), 10 millones de euros hasta 2023 para la formación continuada de más de noventa mil profesionales sanitarios en distintas áreas, integrales y multisectoriales que sin duda beneficiarán a la mejora del Sistema Nacional de Salud.



Diagnóstico de la salud y del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid

INFORME 2022 (RECOMENDACIONES)

FADSP y CCOO

La inacción, la falta de compromiso con los servicios públicos y la persistencia en las políticas privatizadoras por parte del Gobierno Regional, unido al tremendo impacto que la pandemia provocada por el COVID-19 ha tenido en la sociedad madrileña, hacen que las recomendaciones que planteamos, tras el estudio y diagnóstico presentado, sean prácticamente las mismas que las realizadas en 2019.

1. Es necesario garantizar la transparencia económica, asistencial y de situación de la sanidad pública madrileña, por ello estimamos necesaria una web de transparencia de Salud y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid, que ofrezca información actualizada de todos los aspectos relacionados con la salud y el Sistema Sanitario público de la Comunidad.

2. La Comunidad de Madrid precisa de una nueva Ley de Ordenación Sanitaria que sustituya a la LOSCAM de 2001, que acabe con las derivas privatizadoras, refuerce el Sistema Público, recupere las áreas de salud, garantice la universalidad y la accesibilidad de la atención sanitaria, impulse la Salud Pública y la participación efectiva de profesionales y ciudadanía.

3. Entendemos urgente la elaboración de un Plan de Salud de la Comunidad de Madrid que establezca Objetivos de Salud para toda la población, fomente la Salud Pública, la promoción y la prevención, ponga a la salud en todas las políticas, con enfoque de género, mejora del medio ambiente y la salud laboral, haciendo énfasis en la prevención de las enfermedades, la educación para la salud desde la escuela y la adecuación al ciclo vital y la situación social de las personas, con el objetivo de reducir las inequidad y las desigualdades en salud.

4. La Comunidad de Madrid necesita un presupuesto sanitario suficiente como instrumento eficaz para la gestión y planificación sanitaria. Para ello es necesario que, como mínimo, se sitúe en la media del gasto sanitario per cápita de las CCAA, 11.312 millones de euros.

5. Hay que impulsar decididamente la Atención Primaria madrileña dotándola de recursos y equipamientos suficientes para asegurar la mayoría de la asistencia sanitaria pública, fomentando especialmente sus aspectos comunitarios. Para ello se precisaría incrementar sus recursos humanos en 500 profesionales médicos, 2.000 de enfermería y 600 en el área administrativa. La Atención Primaria debe de recuperar las citas con los especialistas y las pruebas diagnósticas.

Hay que impulsar decididamente la Atención Primaria madrileña

6. La saturación y presión en las urgencias hospitalarias ponen de manifiesto la necesidad de que permanezcan activos y en funcionamiento todos los Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP) y las Unidades de Atención Domiciliaria (UAD) que el Gobierno Regional ha propuesto cerrar.

7. Hay que incrementar de manera significativa el número de camas hospitalarias/1.000 habitantes en la región, con el horizonte de alcan-

zar las 5 camas/1.000 habitantes. Este aumento debe realizarse en los centros sanitarios de gestión tradicional.

8. Deben asimismo aumentarse las camas de media y larga estancia de manera urgente (al menos 1.300 camas para alcanzar el promedio del país), para ello debería utilizarse el antiguo Hospital de Puerta de Hierro y las camas que se cerraron en los centros de gestión tradicional con las privatizaciones.

9. Puesta en marcha de un Plan de Infraestructuras y Equipamiento de la Comunidad de Madrid, que debe aprobarse en la Asamblea de Madrid, para potenciar y modernizar la Sanidad Pública, aprovechando los fondos europeos *Next Generation* para la recuperación y la resiliencia.

10. Hay que garantizar el aprovechamiento intensivo de todos los recursos tecnológicos de la Sanidad Pública y acabar con las derivaciones a los centros privados que deben tener un papel complementario del sistema público.

11. Hay que acabar con las privatizaciones e iniciar un proceso de recuperación de los servicios y centros privatizados, empezando por no renovar las concesiones realizadas a empresas privadas. Mientras se produce esta reversión debe realizarse un control sistemático y riguroso del cumplimiento de los respectivos contratos.

12. Deben de recuperarse las citaciones por la Sanidad Pública desde los equipos administrativos de centros de salud y hospitales.

13. Es necesario un control riguroso del gasto farmacéutico favoreciendo las compras centralizadas, las subastas de medicamentos, un aumento del porcentaje de genéricos, etc.

14. Es imprescindible garantizar la formación continuada de los profesionales por la Sanidad

Pública, para ello debe recuperarse una agencia de formación de la Comunidad de Madrid.

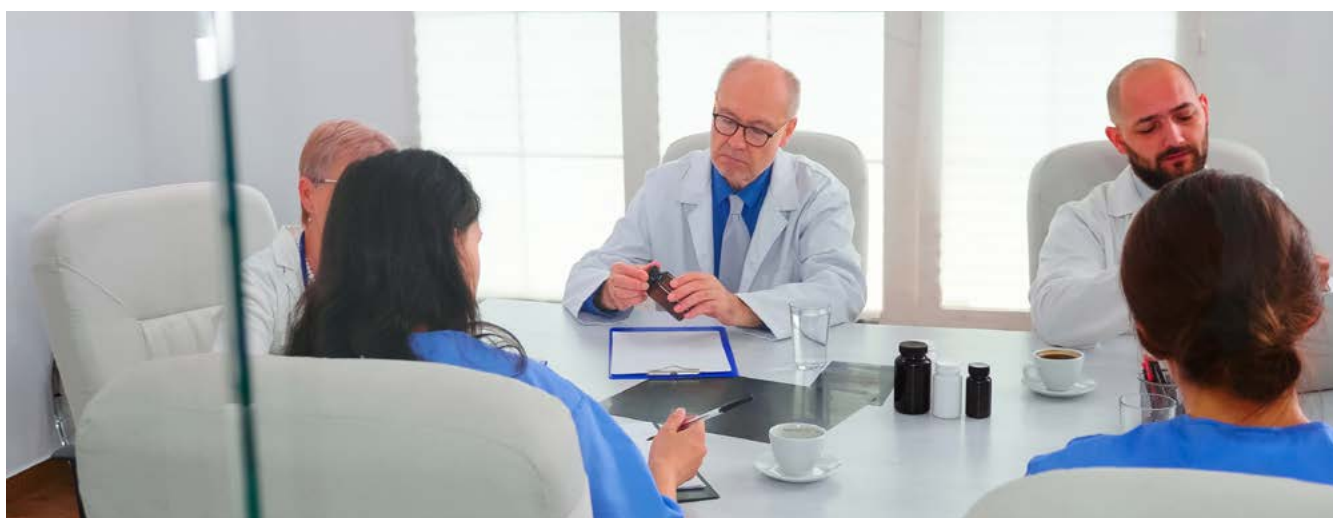
15. Hay que desarrollar servicios esenciales que actualmente tienen grandes carencias, como, entre otros: la salud mental, los cuidados paliativos, los programas de salud sexual y reproductiva, la salud bucodental, la atención a pacientes con enfermedades raras, la atención domiciliaria y la fisioterapia.

16. Es imprescindible educar a los más jóvenes en la salud sexual y reproductiva, pues con ello conseguimos evitar tanto los embarazos no deseados como las ETS, y avanzar en una mejor educación en la sexualidad alejada de los estereotipos provenientes de la pornografía.

17. Se necesita una mayor facilidad en el acceso a anticonceptivos hormonales, pudiendo realizar áreas ginecológicas especializadas en los centros sanitarios públicos, así como una reducción en los precios de los mismos. Así como facilitar el acceso a tratamientos de reproducción asistida incrementando la financiación de estos. A la vez que la creación de clínicas públicas en las que se realicen interrupciones voluntarias del embarazo.

18. Es necesaria una nueva política de personal, basada en el respeto, el buen trato y en el diálogo. Se debe recuperar el empleo destruido así como promover la estabilidad laboral y los valores del servicio público. Es fundamental una mayor concienciación del personal con respecto a aquellos/as pacientes con necesidades especiales.

19. Es preciso poner en funcionamiento sistemas efectivos de participación social y profesional que fomenten el control de la población sobre la Sanidad Pública y su gestión. Esto implica la creación de un marco jurídico y organizativo que garantice la participación responsable y crítica de los ciudadanos y los profesionales de manera estable y segura.



La Sanidad Pública en Andalucía

Antonio Vergara de Campos, Lola Martínez Ruiz, José Antonio Brieva Romero.
ADSP Andalucía. Coordinadora Andaluza Mareas Blancas.

En los meses estivales enfermar en Andalucía significa mayor riesgo para la Salud que en otros períodos.

Nada más llegar al poder, la Consejería de Salud del PP acaba con la subasta de medicamentos.

El aumento de las privatizaciones ha sido espectacular en estos últimos cuatro años.

Lo primero que queremos transmitir es que el contenido de este artículo no se basa en una revisión bibliográfica, sino en nuestras experiencias personales y profesionales. Todo lo que comentamos lo vivimos en directo y desde dentro como sanitarios del Servicio Andaluz de Salud.

Los antecedentes históricos fueron muy ilusionantes. Antes de la década de los ochenta el sector de Servicios Públicos en España no existía en la práctica y la Sanidad era un caos organizativo y nadie tenía confianza en la misma para atender a sus necesidades.

del año 1986 parece que los sueños de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) se estaban convirtiendo en realidad. Se aprobó la Ley General de Sanidad y se constituyó el Sistema Nacional de Salud. Andalucía en aquellos momentos llegó a ser referente estatal, sobre todo en el desarrollo de la Atención Primaria.

Aquellos sectores que defendieron a capa y espada que no era posible quedaron en evidencia. Haciendo un mínimo esfuerzo de memoria son los mismos que, tras el alto respaldo y orgullo social por la sanidad pública que se consiguió, no desaprovecharon la oportunidad política de privatizarla tras haber logrado su deterioro: la derecha política, los colegios médicos, las multinacionales sanitarias y los grandes poderes económicos.

Cuando se estaba empezando a desarrollar el Sistema Sanitario Público comenzaron las dudas y

la falta de decisión política hasta llegar al deterioro actual, tanto a nivel estatal como andaluz. La aprobación de la Ley 15/1997 por un gobierno del Partido Popular con la abstención del PSOE significó la clave para incorporar un elemento que es fundamental para explicar la situación actual. Se legalizó la incorporación de la “privada” en la estructura de gestión y financiación de los recursos sanitarios públicos. La denominada por sus defensores como “colaboración público-privada” ha significado en la práctica histórica como un parasitismo descarado con apoyo político de la privada: los recursos, sobre todo hospitalarios que es donde está el negocio, los construye y los mantiene el Estado pero los gestiona o participa en la gestión la privada. Nada novedoso porque ya lo inventó el gobierno de Margaret Thatcher en el Reino Unido a mediados de los años ochenta.

En Andalucía no llegaron a los niveles de privatización de Madrid, Cataluña, Valencia y Galicia, pero se permitieron fórmulas perversas, como ha quedado demostrado a través de un análisis somero de lo aportado por las Empresas Públicas andaluzas. Durante los últimos 20 años de los gobiernos socialistas en Andalucía, todos los recursos sanitarios públicos que se inauguraban eran bajo la fórmula de una Empresa Pública, fuera del Servicio Andaluz de Salud, sin conexión con el mismo y sin compartir ni siquiera el Diraya, el sistema informático de las historias clínicas digitalizadas de toda la comunidad autónoma. Los contratos eran de “modelo privado”, temporales, basados en objetivos, por lo que se consiguió una alta “sumisión laboral”.

La política de personal de la Consejería de Salud ha sido nefasta desde finales de los años noventa. Todos los contratos eran realizados por Empresas Públicas o eran contratos basuras y las plantillas estructurales del Servicio Andaluz de Salud quedaron congeladas hasta ahora. No se cubrían las jubilaciones, los fallecimientos, las bajas prolongadas, ..., no se cubrían las necesidades de profesionales. Descubrieron "otro chollo": en los veranos, que en Andalucía es Julio, Agosto y Septiembre, se toman masivamente las vacaciones reglamentarias. Pues bien, la no sustitución de todo ese personal era "un ahorro importante". Consiguieron normalizar las vacaciones sanitarias. En verano se cerraban y se cierran plantas hospitalarias, quirófanos, centros de salud por las tardes, urgencias extrahospitalarias, etc. En los meses estivales enfermar en Andalucía significa mayor riesgo para la Salud que en otros períodos.

Todo este desastre organizativo político nos lleva a la situación actual de las plantillas sanitarias andaluzas. Desde hace años, la Federación de Sanidad de CCOO en Andalucía inform que se habían perdido más de 8.000 profesionales en 15 años.

Vivimos en directo los recortes presupuestarios. Aunque la fecha oficial que se maneja es la de la crisis financiera del 2009, desde años atrás ya sufrimos el concepto de que "este año no hay presupuesto para nuestro centro..." y hay que sobrevivir como podamos. La Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía (ADSP-A) alertaba de los efectos nocivos que estos recortes iban a condicionar.

Algunas evidencias en datos¹. **Los recortes presupuestarios realizados en Andalucía desde 2010** y que llegan hasta ahora (cerca de 20.000 millones de € en total), son la base de la situación presente. En este periodo de tiempo, además, ha habido un aumento de la población a atender (160.000 personas más) y, sobre todo, ha aumentado la población de más de 64 años en 270.000 personas más, llegando a 1,5 millones de personas en esta franja de edad. Es sabido que estas personas son las que más recursos necesitan. Este elemento no se ha ajustado en este periodo. En definitiva, los recortes son un factor determinante del deterioro asistencial del sistema.

El deterioro de la Sanidad Pública, en mayor o menor medida, afectó a todo el Estado, en especial a las Comunidades Autónomas gobernadas por la derecha política. En Madrid, en el año 2012, se consigue una movilización masiva que se denominó la

Marea Blanca. El objetivo alcanzado fue paralizar la privatización exprés que venía desarrollando el gobierno de Esperanza Aguirre. Tomando como referencia esas movilizaciones, nace por el impulso inicial de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, la Marea Blanca Gaditana. La trayectoria en implantación ha sido un éxito. Existen mareas en todas las comarcas de la provincia y además está activa la Coordinadora Andaluza de Mareas Blancas.

Como resumen telegráfico de la cronología en el desmantelamiento de la Sanidad Pública en Andalucía, es que los recortes que comienzan a finales de la primera década del presente siglo produce, como consecuencia directa, un deterioro progresivo de la misma. Este hecho innegable es imprescindible para que las privatizaciones aparezcan como argumento salvador. Durante los años de crecimiento del Sistema Sanitario Público nadie se planteaba privatizaciones.

Condicionados por los recortes presupuestarios sanitarios andaluces, las plantillas estructurales disminuyen de forma drástica. Los gobiernos socialistas andaluces, en lugar de reconocer este hecho y ponerle solución, generan un problema semántico. No son privatizaciones sino externalizaciones. En definitiva, se comienza con una tendencia de ir vaciando de contenido a la pública para favorecer y agrandar a la privada. De esos barros, los lodos actuales.



Pero es que además, se crearon “monstruos”. En Sevilla el Hospital de San Juan de Dios y en la provincia de Cádiz el crecimiento de la Empresa Pascual.

¿Queremos transmitir que con la llegada al gobierno andaluz del Partido Popular (PP) la sanidad pública no ha sido más perjudicada? Todo lo contrario, comentamos los hechos, no opiniones.

Nada más llegar al poder, la Consejería de Salud acaba con la subasta de medicamentos, con el alborozo de la industria farmacéutica. L@s médic@s ya no pueden recetar el genérico más barato, que es el que se imponían tras dichas subastas. Se ahorran casi 300 millones de euros cada año. Era sólo el principio.

En Andalucía existía un complemento mensual de exclusividad. Aquell@s médic@s que trabajaran exclusivamente en la pública lo percibían. La ADSP siempre reivindicó las incompatibilidades para trabajar en el sector sanitario público y privado. El gobierno del PP acaba con ese complemento, pero para evitar conflictos, lo que hace es extender dicho complemento a TODAS y a TODOS los médicos, incentivando así el trabajo compartido entre lo público y lo privado.

Pero siguieron avanzando. Los cargos intermedios también podían compatibilizar sus actividades laborales entre la pública y la privada. Dichos cargos incluyen a gerentes de centros, cuestión imprescindible para sus proyectos posteriores, como son los hospitales PFI (Private Finance Initiative), en los que la construcción y mantenimiento recaen en la pública pero la gestión la ejerce la privada, como consiguieron en las Comunidades Autónomas de Madrid y Valencia.

El aumento de las privatizaciones ha sido espectacular en estos últimos cuatro años, hasta tal punto de que en Andalucía es una realidad que la privada ya está también colapsada, por las derivaciones masivas que le llegan desde la pública.

Algunos datos extraídos del último informe de la FADSP²:

- Para el año 2021 Andalucía se sitúa entre las CCAA con **peores servicios sanitarios**. En concreto, **en penúltimo lugar de las 17 CCAA del país** (1). En 2014 estaba en sexto lugar, pero desde entonces la calidad de los servicios se ha deteriorado ostensiblemente.
- En cuanto al **presupuesto sanitario público por habitante y año**, en 2021 **Andalucía ocupa**

el puesto 14 (1.388,86 €/habitante) (1,2). El gasto más alto corresponde al País Vasco con 1.809,41 €.

Pero siguieron avanzando. Los cargos intermedios también podían compatibilizar sus actividades laborales entre la pública y la privada

Las privatizaciones de la Sanidad Pública se intensificaron³ y ha sido un hecho reconocido y documentado.

La pandemia por la Covid 19, que en la fase inicial resultó impredecible, posteriormente ha resultado la tormenta perfecta^{4,5} para el desmantelamiento de la Sanidad Pública en Andalucía.

Como consecuencia directa de todo este proceso, y debido a las demoras en la asistencia de la sanidad pública, ha existido un aumento increíble de los seguros médicos privados⁶.

La siguiente etapa era fundamental para los privatizadores. Hospitales privados como referentes directos para la Atención Primaria de Salud en amplias comarcas andaluzas. Como ejemplos paradigmáticos, los monstruos antes mencionados de la Orden de San Juan de Dios en Sevilla y la Empresa Pascual en Cádiz. Los profesionales de los Centros de Salud en esos lugares tienen la obligación de remitir a sus pacientes a centros privados, sin conocer ni siquiera si existen todas las Especialidades que se necesitarían.

Otro escándalo que han conseguido es la implantación del Diraya en esos dos “monstruitos” privados. En caso de consolidarse, lo que parece está decidido políticamente, pensamos que podría constituir un delito, en cuanto a la inviolabilidad de la privacidad de cualquier persona.

Las últimas decisiones nos confirman el proceso privatizador. Existe ya un Borrador para actualizar los precios de los Conciertos entre la Consejería de Salud y entidades privadas. En el mismo se refieren a conciertos “complementarios”, es decir, la Salud de los andaluces depende de forma directa del trabajo complementario entre la pública y

la privada, lo que conllevará de forma segura, la categorización de las enfermedades y de los enfermos.

Los Servicios de Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación han recibido una Orden de la Consejería anunciándoles que las plantillas ortopédicas dejan de estar financiadas por la sanidad pública. No les importa esta nueva injusta e innecesaria decisión política, aunque signifique que “los pobres” no podrán utilizar plantillas con las consecuencias para sus presentes y sobre todo para sus futuros significa. Es una evidencia que la corrección ortopédica temprana evita graves problemas locomotores en el paso de los años.

Está siendo masacrada, perdiendo todas sus características fundamentales

Y como colofón, la Atención Primaria de Salud merece comentario aparte. Está siendo masacrada, perdiendo todas sus características fundamentales. Atención prioritaria todavía telefónica (qué bien les ha venido la pandemia por coronavirus), retraso inadmisibles en las citas presenciales, desaparición de la atención domiciliaria, de los Programas de Salud, de la Prevención y promoción

de la Salud Comunitaria (¿quién se acuerda qué era eso?, profesionales agotados y desilusionados pidiendo la jubilación anticipada, etc. La tormenta perfecta porque “los privatizadores”, como nosotras, sabemos que sin Atención Primaria no hay Sistema Sanitario Público.

¿Qué futuro auguramos? No hay que ser adivino. Lo que han hecho o intentado en las Comunidades Autónomas que han podido. Confusión entre lo público y lo privado, financiación directa para la privada no sólo en base a conciertos, nuevas formas de gestión para hospitales (la Atención Primaria tiene menos atractivo comercial), aumento de las desigualdades sociales, categorías entre enfermedades y entre personas, es decir, las políticas neoliberales a tope.

Esperemos no vivir cuando en la entrada de los hospitales públicos te pidan la tarjeta VISA en lugar de la Sanitaria.

¿Cómo podemos detener este proceso destructivo?

La FADSP ha conseguido difundir de forma continuada la información suficiente que sirve como referencia para los interesados en Salud Pública y en Políticas de Salud. Pero esta información no llega a la población, quien está muy manipulada por auténticas campañas bien organizadas para “generar opinión pública”. Por lo tanto, debemos seguir intentando llegar directamente a la población. Las Mareas Blancas pueden jugar un papel fundamental en este sentido.

Ojalá lo consigamos.

Bibliografía

¹FADSP. Breve Romero, JA; Martín Recio, JA y Vergara de Campos, A. Nueva Tribuna, 10 Junio 2022.

²FADSP. Los Servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas. Informe 2021. XVII Informe. Mayo 2021. www.fadsp.es.

³Coordinadora Andaluza de Mareas Blancas. Cruz Rojo, Chiqui. “Se intensifica la privatización de la Sanidad en Andalucía”. elDiario.es Andalucía, 17 Noviembre 2021.

⁴Coordinadora Andaluza Mareas Blancas. Vergara de Campos A, Breve Romero JA, Martín Recio S. “Crónica de una muerte anunciada”. elDiario.es Andalucía, 3 Febrero 2021.

⁵“La Sanidad Privada en Andalucía sigue su ascenso”. Portal de Andalucía. Tribuna Abierta. 1 Agosto 2021.

⁶“Pólizas de Seguros Privados en Andalucía”. Martín Recio, S. Parlamento de Andalucía. Julio 2021.

Valoración del anuncio de que el Ministerio de Sanidad acelerará la homologación del título de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria a profesionales de otros países.

FADSP

La solución es mejorar las condiciones de trabajo de los médicos de familia y de los demás trabajadores.

EL PROBLEMA

La ministra de Sanidad presentó recientemente en rueda de prensa el estudio **'Modelo de Simulación de Médicos Especialistas en España 2021-2035'** firmado por el equipo EcoSalud de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria dirigido por Patricia Barber Pérez y Beatriz González López-Valcárcel. La ministra afirmaba "hemos presentado este estudio precisamente para poder tomar algunas decisiones a corto, medio y largo plazo".

De este estudio queremos resaltar textualmente algunos de sus datos y conclusiones.

https://www.sanidad.gob.es/en/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/2022InformeOfertaNecesidadEspecialistasMedicos2021_2035.pdf

1. En junio de 2021 había 136.344 médicos trabajando en el SNS en España. El 31% está adscrito a atención primaria, 42.114 médicos, 81.112 a atención especializada (59,5%) y 13.118 médicos (9,5%), están registrados en especialidades o tareas no reconocidas como especialidad en el RD 183/2008, que en su mayoría (el 80%) trabajan en urgencias y emergencias, ya sea en hospitales o en centros de atención primaria. Se estima que el número total de médicos activos en España asciende a 192.484. Esto supone una ratio de 406,13 por 100.000 habitantes en 2021. El empleo privado estaría en torno al 30% del total, con un incremento desde 2018 del 7%, frente a la caída del empleo público del 1,7%, aunque hay que tener en cuenta que un

número significativo compatibiliza la actividad pública y la privada.

2. El número de médicos en el SNS se redujo un 1,77% entre 2018 y 2021 (hemos comparado los datos de 2021 con los obtenidos en el informe previo de 2018). Sin embargo, esa caída encierra dos trayectorias bien distintas, un descenso del 2,14% en Atención Primaria y un incremento de casi el 6% en Atención Especializada.

3. Más del 60% de los expertos encuestados consideran que las especialidades de MFyC (83,6%), Anestesiología y Reanimación (76,3%), Geriátrica (75%), Psiquiatría (67,3%) y Radiodiagnóstico (63,0%) sufren en la actualidad el mayor déficit de médicos. Las especialidades con mayor déficit actual coinciden con las de mayor necesidad futura, según los expertos.

4. Según los resultados el año 2027 es punto de inflexión. Ese año habrá un déficit global de unos 9.000 médicos, que se debe sobre todo a la falta de médicos en MFyC. Se está a tiempo de tomar decisiones que eviten llegar a 2028 en esa situación. A corto plazo, para afrontar los déficits, además de aumentar las plazas MIR convocadas en determinadas especialidades, podría flexibilizarse la edad de jubilación en el SNS y promover la inmigración de médicos formados en otros países. A medio plazo, se requieren cambios de mayor calado.

5. La decisión como país es **"producir o comprar"** los médicos que necesitaremos. Esto nos lleva a considerar la regulación del acceso al grado de medicina. La ventaja de comprar (ho-

mologar) es de flexibilidad y de reversibilidad, mientras que el numerus clausus difícilmente se reduce, pues tiene gran rigidez a la baja. Pero, por otra parte, la ventaja de producir es satisfacer la gran demanda interna para ingresar en el grado más demandado de la enseñanza universitaria en España. **Es necesario un debate social sobre este tema**, incorporando también las condiciones y requisitos (reglas del juego) para acceder a una plaza de grado en España,

6. La atención primaria se configura como un problema esencial para el SNS. En particular, la MFyC queda para el final, año tras año, en las elecciones MIR y los datos de médicos de familia formados que evitan integrarse en centros de salud dan señales de alarma nítidas: huida hacia urgencias y hacia la red privada. Para cubrir las plazas que no se consigue ocupar, en ZBS rurales y en pequeñas ciudades, pero también en ciudades medianas y grandes, no basta con convocar más plazas MIR u homologar mástitulos extranjeros. Es preciso un plan de incentivos dirigido a la MFyC que considere los 13

componentes de la recompensa total (tabla 3). Otros países de la UE han puesto en marcha políticas de atracción y retención de profesionales para abordar algunos de los desequilibrios, particularmente entre zonas rurales y ciudades.

7. La MFyC merece atención. Por el lado de la demanda, según panel de expertos, es una especialidad que tanto en el momento actual como a futuro mantiene un perfil de alta necesidad. Por el lado de la oferta, es la segunda especialidad con una pirámide etaria más envejecida actualmente, con los mayores porcentajes de profesionales con 60 y más años (33,2%, uno de cada tres) y de 50 y más años (60,2%). La tasa de reposición es muy justa, prácticamente igual a 1. El problema se agudiza porque hay un gran número de médicos de familia que optan por ejercer en el sector sanitario privado o en la medicina de urgencias, pública y privada. Sin embargo, las plazas de formación anuales de MFyC convocadas

Tabla 3. Componentes de un sistema de recompensa total

1. Compensación. Salarios, comisiones y bonos
2. Retribuciones no dinerarias. Seguro de salud, vacaciones
3. Interacción social. Ambiente de trabajo agradable
4. Seguridad. Estabilidad
5. Estatus/Reconocimiento. Ser respetado, prominencia debida al trabajo
6. Variedad. Posibilidad de experimentar cosas distintas. Anti-monotonía
7. Carga de trabajo. Ni demasiada, ni demasiado poca
8. Importancia social del trabajo. Valoración social
9. Autoridad/control/autonomía. Posibilidad de controlar la vida propia, y de influir en otros
10. Avance. Oportunidades de salir adelante, de avanzar
11. *Feedback*. Recibir información que ayude a mejorar el desempeño
12. Condiciones laborales. No exposición a riesgos
13. Oportunidad de desarrollo. Formación formal e informal para aprender nuevas herramientas y desarrollar capacidades

Fuente: Milkovich, G, J Newman y B Gerhart "Compensation". McGraw-Hill Int (11 ed)

en 2021 incluso cayeron ligeramente respecto a 2020, mientras que la oferta global de plazas MIR de todas las especialidades creció un 2,4%.

SUS CAUSAS

Este es el quinto informe que se presenta desde el año 2007 sobre la oferta y necesidad de médicos especialistas en España. Todos ellos están disponibles en la web del Ministerio de Sanidad (<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/home.htm>)

Sin embargo, aunque se repiten datos sobre el envejecimiento de la población médica, el descrédito de la MFyC como especialidad tanto profesional como socialmente, la huida de médicos de familia a los servicios de urgencia y la privada, la falta de

La huida de médicos de familia a los servicios de urgencia y la privada

servicios básicos en la España vaciada etc., no se han tomado medidas paliativas suficientes salvo el discreto incremento de las plazas MIR que este año, por ejemplo, no se han cubierto.

La epidemia de COVID 19 y su gestión por parte de las distintas administraciones autonómicas ha puesto de manifiesto la precariedad de la atención primaria en España no solo de recursos materiales y humanos sino de modelos organizativos e inadecuada gestión.

Los médicos de familia no quieren trabajar en primaria (no en estas condiciones) y si hasta ahora no tenían opciones, ahora si las tienen: el crecimiento de la privada les ofrece mejores puestos de trabajo.

LAS MEDIDAS DEL MINISTERIO

Al parecer de entre las alternativas que propone el informe tras un debate público (**“producir o comprar”**) el Ministerio de Sanidad ha optado por la compra (probablemente de forma mayoritaria a países de Latinoamérica por la facilidad idiomática).

En la misma rueda de prensa comunica la ministra que acelerará la homologación de títulos de las especialidades consideradas “deficitarias”. Se trata de Familia, Anestesiología, Psiquiatría, Radiodiagnóstico y Medicina del Trabajo, cuya tramitación se “priorizará” para reforzar las plantillas del Sistema Nacional de Salud.

Asimismo, Sanidad anuncia la puesta en marcha de un servicio de apoyo técnico y administrativo para el reconocimiento de títulos de Medicina que correrá a cargo de la compañía Tragsatec, que se encargará del tratamiento de 2.500 expedientes de reconocimiento y de la resolución de 7.200 consultas y tareas de información.

El Grupo Tragsa está integrado por las sociedades mercantiles Tragsa y Tragsatec. Que sepamos no tiene experiencia en gestión de personal sanitario dedicándose hasta ahora al sector agrario. Su nombre se ha visto envuelto en numerosas irregularidades denunciadas en prensa.

Nada se habla del resto de las medidas que propone el informe que reconoce que la “compra” de médicos no puede resolver el problema definitivamente.

A nuestro entender el problema está generado por la improvisación y falta de planificación de la Administración y el resultado probablemente sea comprar mano de obra que se avenga a trabajar en condiciones que los médicos españoles ya no toleran.

Un nuevo golpe de enormes consecuencias para una Atención Primaria, cada vez más debilitada con graves problemas de recursos y de accesibilidad de la población y para las condiciones laborales de su personal.



CONSECUENCIAS PREVISIBLES

1. Es una curiosa contribución del Ministerio de Sanidad a la agenda 2030 y a los Objetivos de Desarrollo Sostenible: importar médicos de Latinoamérica debilitando sus sistemas de salud. Esa política imperialista ya ha sido practicada por EEUU o Inglaterra y supone transferir los costes de formación de profesionales médicos a países menos desarrollados (y menos ricos) que España. Después financiaran proyectos de Médicos del Mundo o Médicos sin Fronteras y todos tan contentos. Los compañeros latinoamericanos aceptarán condiciones de trabajo que los españoles no aceptan porque comparadas con su situación suponen una gran mejora. **La medida priva de personal médico a los países menos desarrollados**, que hacen grandes esfuerzos y sacrificios por formar a su personal médico.

2. En el mejor de los casos los médicos “comprados” tendrán buena formación clínica pero el resto de los componentes de la AP solo se adquiere haciendo una especialidad que lleva más de 40 años de andadura y es un ejemplo en el mundo. De esta forma se **perpetuarán los problemas organizativos y funcionales de la Atención Primaria**. La medida supone seguir apostando por la medicalización al querer resolver los problemas asistenciales con personal médico de otros países.

3. **No va a resolver la obsolescencia y las barreras de acceso a la Atención Primaria**, con consultas médicas masificadas, que reciben irracionalmente toda la demanda, y que es el resultado del mal dimensionamiento de los equipos (falta personal de trabajo social, fisioterapia, psicología, atención dental, logopedia, atención temprana optometría, etc), una atención orientada, casi en exclusiva, a la curación de la enfermedad en detrimento de la promoción, la prevención, el abordaje intersectorial de la demanda y la acción comunitaria sobre los determinantes de la salud.

4. **Supone un ataque frontal al modelo MIR de formación especializada en Medicina Familiar y Comunitaria y una vuelta al modelo de ambulatorios** atendido por personal sin formación específica en Atención Primaria. Esta medida deteriorará, aún más, la calidad y la racionalidad de la atención. Mientras se niega la formación a profesionales recién egresados de las facultades de medicina españolas, manteniendo un modelo selectivo de acceso a la formación

MIR, se quiere incorporar al sistema a personal de otros países sin formación especializada.

5. Avanza en la externalización de tareas propias de la administración pública:

- **Pone el reconocimiento de títulos las titulaciones en manos de Tragsatec** una compañía con personalidad jurídica propia, acogida al modelo empresarial, sin experiencia en temas relacionados con la atención primaria (solo en prevenir plagas o tratamiento de alimentos) y con un pasado lleno de escándalos y corruptelas (muchos de sus responsables han tenido problemas con la justicia).
- Mantendrá la inestabilidad y precariedad laboral al incorporar a personal de países menos desarrollados, con condiciones laborales inferiores a las nuestras, que aceptaran las actuales condiciones con tal de entrar a nuestro sistema sanitario.
- Incrementará el deterioro de las condiciones laborales facilitará al sector privado la contratación del personal con formación de MFyC vía MIR, a un menor coste.
- Esta decisión implica además que el Ministerio de Sanidad cuestiona la cualificación de su personal para realizar esta actividad, debilita un ya poco desarrollado Ministerio de Sanidad, trasladando sus funciones a empresas externas, y utiliza la información de Tragsatec, relacionada con proyectos de ayuda al desarrollo, para facilitar la captación de sus recursos médicos.

CONCLUSIONES

La FADSP no puede sino RECHAZAR la “compra de médicos” a terceros países, una medida imperialista que rechaza la propia Organización Mundial de la Salud. El problema que enfrenta el Ministerio es el producto de su incompetencia, improvisación y falta de planificación estratégica, que por supuesto vienen de antiguo. Sin embargo, como dice el informe **‘Modelo de Simulación de Médicos Especialistas en España 2021-2035’** todavía estamos a tiempo de evitar una catástrofe en el SNS.

Para nosotros la solución es mejorar las condiciones de trabajo de los médicos de familia y de los demás trabajadores en los centros de salud como se propone en las reivindicaciones de la plataforma “Salvemos la Atención Primaria”.

Psicología en Atención Primaria: lo focal, lo generalista y lo posible

Clara Benedicto Subirá

Psychologists in Primary Care: the focal, the generalist and the possible.

Médica Familiar y Comunitaria. Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción, Prevención y Educación para la Salud. DG de Salud Pública. Comunidad de Madrid.

Coordinadora del grupo de trabajo de salud mental SoMaMFyC y miembro de la junta de la AMSM.

Correspondencia: clarabsu@gmail.com

REV. ASOC. ESP. NEUROPSIQ. 2021; 41 (140): 9-16
DOI: 10.4321/S0211-573 52021000200001

La ATENCIÓN PRIMARIA (AP) no es el portero de discoteca que gestiona la entrada al hospital, ni es un edificio más pequeño y menos tecnológico, ni quienes saben un poco de todo y mucho de nada. Por desgracia tampoco es (quizás nunca ha sido) el eje del sistema. La AP no es un lugar, sino una forma de prestar cuidados a la población basada en unos atributos concretos:

- La longitudinalidad, o la capacidad de que un/a profesional y equipo de profesionales acompañen a las personas a lo largo de los distintos procesos de salud de su vida. Esto aporta un conocimiento mutuo que posibilita una atención centrada en la persona, y no en la enfermedad. Por este motivo, a menudo en AP se trabaja con un alto grado de incertidumbre, sin etiquetas diagnósticas o con atribuciones provisionales, que pueden confundirse con infradiagnóstico (1).
- La accesibilidad, o la capacidad de la población de poder encontrar asistencia adecuada a sus necesidades en tiempo, forma y coste, que no es lo mismo que la inmediatez.

La integralidad o perspectiva biopsicosocial, que implica que lo psicológico queda entrelazado con lo físico y lo social en una madeja difícil de separar sin fragmentarla.

- La orientación comunitaria, que implica la introducción de los determinantes sociales de la salud en la práctica clínica y la gestión de recursos, pero también la participación de la población y que incluso en la consulta individual se trasciende lo individual.

- La equidad, entendida como la priorización de las personas más vulnerables y la prestación de más recursos a quienes más los necesitan. La AP, debido a su forma de trabajar, es el nivel asistencial que más contribuye a la equidad y a combatir las desigualdades en salud (2).

- La prevención cuaternaria, o la protección de la población de los efectos yatrógenos de las intervenciones sanitarias, mediante la evitación de actividades innecesarias, sobrediagnóstico y sobretratamiento.

Debido a la mercantilización de la salud, la progresiva patologización de la vida y la accesibilidad de la AP, es frecuente que lleguen a ella muchos problemas que no son enfermedades aunque produzcan sufrimiento. Y su función no es responder a todos ellos, sino detectar los más graves o que requieren una intervención más focal, acompañar a quienes lo necesitan sin medicalizar y devolver a quienes no lo necesitan que los tratamientos pueden perjudicarlos, dirigiéndolos a otros recursos

más adecuados. Este saber generalista, prudente y centrado en la persona está a menudo denostado desde paradigmas más tecnificados y biomédicos por no ser puramente cuantitativo ni medible. A esto se le llama “la paradoja de la Atención Primaria” (3): aunque en cada enfermedad individual un especialista focal consiga mejores indicadores comparado con un/a profesional de AP, esta proporciona a las personas mejor nivel de salud global e igual nivel funcional con menor coste, mejor calidad y mayor equidad para las comunidades. Y este potente efecto en salud que la AP lleva años demostrando tiene que ver con la adaptación de los cuidados a las necesidades y contextos de las personas, no con la estandarización del cuidado a las enfermedades. Por este motivo los juicios sobre la AP basados en parámetros orientados a la enfermedad no solo son inexactos, sino también injustos.

Además, en los últimos años, tras la crisis del 2008, el sistema sanitario se ha ido debilitando debido a recortes y políticas de austeridad, lo que se ha llamado “la década perdida” (4). Pero esta desinversión no ha sido homogénea: la AP es el nivel asistencial que más la ha sufrido, junto con los recursos más comunitarios y distales a lo hospitalario: la salud pública, los centros de salud mental y especialmente la rehabilitación psicosocial. En España se dedica a AP de media un 14,2% del presupuesto sanitario, lejos del 25% que reclama la OMS (5). El gasto en personal ha crecido en AP un 49% menos que en los hospitales desde 2008 (6). Por tanto, hay un problema básico de escasez de recursos pero también de distribución: la actual refleja una visión de la salud hospitalocentrista, tecnificada, biologicista e individual en lugar de una generalista y comunitaria. Como resultado de este progresivo deterioro, las condiciones son cada vez más adversas a mantener relaciones longitudinales, a disponer de tiempos adecuados, al abordaje de la complejidad y al manejo de la incertidumbre, y todo esto impacta inevitablemente en la calidad de la atención.

Es habitual en la actualidad que las/os profesionales de AP se encuentren con agendas de más de 50 pacientes en un día y con huecos de consulta de 5-6 minutos, por lo que una atención de calidad al sufrimiento psicosocial (y en general a cualquier cosa) es virtualmente imposible, o resulta posible solo gracias al voluntarismo de cada profesional. Especialmente tras el abandono en la gestión de la pandemia por COVID-19, la AP se encuentra en situación de colapso (7).

La red de Salud Mental (SM), de forma similar, presenta importantes carencias debidas a políticas públicas que han mermado su orientación comunitaria y sus recursos, y privatizado parte de la misma. La coordinación entre AP y SM ha sido históricamente insatisfactoria y bastante heterogénea, más basada en modelos verticales (formativos o de consultas de enlace) que cooperativos, a pesar de que estos últimos se han demostrado más efectivos y equitativos (8).

Es en este escenario de crisis crónica, en el que ni la AP es la que podría y debería ser ni la red de SM puede cumplir con su vocación comunitaria, donde se plantea como solución la entrada de profesionales de la psicología que asuman parte de esta demanda de forma estructural. En España, esta propuesta se ha basado fundamentalmente en el estudio PSICAP (9), que en Madrid y otras CC. AA. ha conducido a experiencias piloto de introducción de profesionales de psicología en los centros de salud. La intervención se trataba de una terapia grupal estructurada de duración cerrada, con orientación transdiagnóstica y base cognitivo-conductual.

Las personas candidatas eran pacientes con trastornos ansiosos, depresivos o somatizaciones de intensidad leve o moderada, captadas en las consultas de medicina de familia mediante escalas psicométricas. A su vez, el PSICAP se apoya sobre todo en el IAPT (Improving Access for Psychological Therapies), desarrollado en el Reino Unido por el National Health Service, aunque la orientación es bastante distinta: en este caso se externalizaba una *talking therapy* (psicoterapia breve individual cognitivo-conductual) a profesionales de la psicología en el ámbito privado mediante derivación desde AP.

Tras estas experiencias emerge el debate sobre la inclusión de profesionales de psicología en AP de forma estable para la atención individual. La demanda de psicólogas/os cobra fuerza, entre otras razones, por sus bajas ratios por cada 100.000 habitantes, que incluso han descendido en la última década, y se alejan mucho de las recomendaciones y estándares internacionales de calidad que se situaría en 11 profesionales por cada 100.000 habitantes en el ámbito de la psicología. Sin embargo, esta carencia de profesionales de psicología no ocurre de forma aislada. Existe una escasez tanto de medicina como, especialmente, de enfermería en AP, con ratios por debajo de la media europea (4), y plantillas infradotadas en SM para las diver-

sas profesiones, particularmente alarmantes en las cifras de enfermería (1,88 en la actualidad vs. 9 en los estándares de calidad) y trabajadoras sociales (1,12 en la actualidad vs. 3) (10).

Existe innegablemente mucho margen de mejora en la atención a todo el espectro del sufrimiento psicológico en el sistema público de salud, desde los malestares que no cumplen claros criterios de enfermedad hasta el trastorno mental grave. Sin embargo, que sea necesario un cambio no es una justificación para cualquier cambio, y la introducción de profesionales de psicología en AP en este contexto presenta una serie de problemas y riesgos potenciales:

- Respecto a la intervención: lo que tanto el PSICAP como el IAPT tienen en común es un modelo técnico y acontextual de la atención al sufrimiento, donde priman una visión categorial y una evaluación mediante escalas, y se ponen en el centro los modelos de afrontamiento dejando de lado las causas del malestar. La excesiva protocolización mediante el uso de escalas psicométricas y etiquetas diagnósticas genera una jerarquía sobre el juicio clínico profesional, que se basa en conocimientos técnicos pero también en la experiencia, el conocimiento mutuo y la construcción narrativa de una intersubjetividad, dificultando la atención basada en la persona.

El estudio PSICAP evalúa un tipo de intervención concreta, no la presencia de un colectivo profesional en un contexto asistencial, por lo que sus resultados no pueden usarse para

concluir sobre la efectividad de esta medida de carácter organizacional. El propio IAPT se desarrolla en un contexto donde la AP es distinta a la española y no necesariamente existe longitudinalidad, y ha sido objeto de críticas sobre las limitaciones de la terapia cognitivo-conductual para malestares no graves muy ligados a condiciones de vida; también existen críticas metodológicas sobre la evaluación de la mejora y su persistencia (11, 12).

El hecho de que la intervención sea grupal no implica tampoco que se socialicen las causas: si el foco se coloca en el afrontamiento de las personas se puede generar una responsabilización y una individualización del malestar que resulten yatrogénicas, y cuyo efecto sea la “capacitación” de personas que se adapten mejor a una sociedad generadora de desigualdad y enfermedad, que entiendan que el origen del mal está en sí mismas y la solución en el consejo experto, lo cual podría generar pasividad social y dependencia sanitaria.

- Respecto a la distribución de recursos: La propuesta de introducir psicólogos en AP no resuelve el problema de base, que tiene que ver principalmente con la escasez estructural de recursos en ambos ámbitos. La estrategia del PSICAP está diseñada para dar atención a pacientes que no sería de otra manera derivados a consultas de salud mental y, aunque puede beneficiar a algunas personas, no ha demostrado disminuir ni las prescripciones ni las derivaciones.



Asimismo, supone una ampliación de la población con síntomas leves o moderados sobre la que se realizan intervenciones tecnológicas psi, con una metodología centrada en una supuesta “tara individual” y alejada de un enfoque socio-comunitario, aumentando, por tanto, el riesgo absoluto de iatrogenia. Por otra parte, la decisión de investigar e invertir en la psicología como respuesta única para el trastorno mental común no solo tiene que ver con el éxito de la intervención sino con intereses corporativos, ya que se genera un falso dilema entre la propuesta o seguir igual, y quedan sin explorar alternativas con amplia evidencia y beneficios más transversales, pero de carácter más social, como el ejercicio físico.

Además, la introducción de profesionales de psicología en AP como intervención aislada refuerza la ley de cuidados inversos, ya que no aborda ninguno de los problemas estructurales de la AP ni de los servicios de salud mental, centrando el beneficio en casos más sencillos y leves, y dejando con recursos precarios a los pacientes más graves y generando una distorsión de la proporcionalidad de la red. Esta brecha en utilidad de la intervención para pacientes más vulnerables o menos sencillos se ha evidenciado también en el IAPT (13).

- Respecto al impacto en la propia AP. El principal problema que arrastra este nivel asistencial desde hace años es la desfinanciación, el debilitamiento y el ninguneo desde niveles gerenciales y hospitalarios. Considerar las difíciles condiciones en las que se atiende en AP como *treatment as usual* y proponerlo como comparador de una intervención sencilla y protocolizada no es un planteamiento neutro: asumir el deterioro como inevitable y capitalizarlo para formular cambios fragmentarios sin tocar las condiciones de trabajo es una decisión política. Es más, en un contexto de medios insuficientes y desbordamiento, la introducción de especialistas focales corre el riesgo de que en la práctica la mayoría de profesionales de AP terminen abdicando de lo psicológico y derivándolo, generando una pérdida de capacidades que retroalimiente la dificultad de abordarlas y la demanda de intervenciones técnicas, de forma similar a lo que Ivan Illich (14) describe como “profesiones inhabilitantes”. Esto deviene en modelo de sustitución, que fragmenta la asistencia y penaliza y sobrecarga a quienes quieran mantener la integralidad (15, 16). Por otra parte, al constituir un cambio aislado en un

sistema complejo que ya está desbordado, es probable que esta figura se sature en seguida: aunque se ubique en AP, un psicólogo no deja de ser un especialista focal que funciona por derivación, y para que la valoración previa sea correcta, y la derivación adecuada y proporcional, es necesario que el resto de profesionales dispongan de condiciones dignas. De lo contrario, al no tratarse de crisis excepcionales sino muy prevalentes por el dolor propio de circunstancias de la vida, los números juegan en su contra. La consiguiente respuesta de solicitar la incorporación de más profesionales funcionaría como los carriles de autopista, y tan solo alimenta una dinámica de demanda inducida, en la que más carriles solo llevan a atascos más grandes y frecuentes (17).

Por todo lo expuesto, el debate sobre modificaciones en la atención a los sufrimientos y trastornos mentales en la red AP-SM y la consecuente distribución de recursos debería considerar tres ideas clave:

1. En un escenario de recursos limitados la priorización debería realizarse con criterios de equidad y vulnerabilidad, para no reproducir las desigualdades existentes. La dotación de recursos y personal para atender al trastorno mental debe comenzar por los CSM de modo que sean capaces de dar una respuesta comunitaria a las situaciones de crisis, incluyendo el refuerzo de la atención domiciliaria y los Programas de Continuidad de Cuidados, coordinando las intervenciones de forma ágil y frecuente con la red de rehabilitación y atención a las personas con trastorno mental grave. También, debe ser multidisciplinar, con especial énfasis en las profesiones menos representadas: psicología clínica, trabajo social y enfermería.

2. Nada para la AP sin la AP: cualquier planteamiento de cambio respecto a la estructura de la AP debe ser coherente con sus principios, que han demostrado beneficios para la salud y para el funcionamiento equitativo y eficiente del sistema. Es urgente un refuerzo de este nivel asistencial, con un aumento de presupuesto y de recursos, con una potenciación de profesionales no médicas, una apuesta firme por hacer a la AP el verdadero centro del sistema y darle una orientación comunitaria y de determinantes sociales con autonomía de gestión real para llevarlo a cabo. La asunción de la crisis y el desmantelamiento de la AP como fenómeno natural sin solución posible genera medidas

aisladas para problemas complejos y estructurales, que solo distorsionan el sistema pero no resuelven los conflictos existentes.

3. Cualquier intervención sanitaria sobre el sufrimiento psíquico reactivo a circunstancias sociales corre el riesgo de generar individualización, patologización y desplazamiento del foco, que debería ser que el centro de la res puesta se sitúe en lo social. Es necesario fomentar políticas públicas encaminadas a mejorar las condiciones de vida de la población y la reducción de las desigualdades sociales y en

salud (renta básica universal, acceso a empleos en condiciones dignas y de calidad, políticas que reduzcan la persecución y discriminación de colectivos vulnerados, etc.). Se precisa también generar una reflexión sobre las limitaciones del sistema sanitario en general, y de la red de salud mental en particular, para tratar los problemas generados por el sufrimiento psíquico vinculado a los determinantes sociales, y poder atender estas demandas a través de respuestas comunitarias que pongan el foco en las condiciones de vida.

Bibliografía

- (1) Benedicto C, Carmona M. Por qué lo llaman cribado cuando quieren decir "¿cómo estás?". Colectivo Silesia, 2017. Disponible en: <https://bit.ly/3DRRuuy>
- (2) Starfield B. Atención primaria: una creciente e importante colaboradora en la eficacia, la equidad y la eficiencia de los servicios de salud. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26 (Suppl.1): 20-26. Disponible en: <https://bit.ly/30YIOoL>
- (3) Stange K, Ferrer R. The paradox of primary care. Ann Fam Med. 2009;7(4): 293-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1370/afm.1023>
- (4) Amnistía Internacional. España. La década perdida: mapa de austeridad del gasto sanitario en España del 2009 al 2018. Informe Temático, 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3nOodeJ>
- (5) Ministerio de Sanidad. Estadística de Gasto Sanitario Público 2019. 2021. Disponible en: <https://bit.ly/374Zae6>
- (6) Simó J. La serpiente del gasto de personal también existe. Acta Sanitaria 2019. Disponible en: <https://bit.ly/2lPIJdv>
- (7) Amnistía Internacional. España. La otra pandemia. Entre el abandono y el desmantelamiento: el derecho a la salud y la Atención Primaria en España. Informe temático, 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3xkpHka>
- (8) Fernández de Sanmamed MJ, González Y, Mazo MV, Pons G, Robles I, Serrano E, et al. Acerca del modelo de atención a la salud mental en la atención primaria de salud. Barcelona: Fórum Català d'Atenció Primària, 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2ZnEHKO>
- (9) Cano-Vindel A, Muñoz-Navarro R, Moriana JA, Ruiz-Rodríguez P, Adrián-Medrano L, González-Blanch C. Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: the results of the PsicAP randomized controlled trial. Psychol Med. 2021; pp. 1-13. Disponible en: <https://bit.ly/3FGYXgE>
- (10) Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Cuaderno técnico, 2000. Disponible en: <https://bit.ly/3xieBMC>
- (11) Timimi S. Children and young people's improving access to psychological therapies: inspiring innovation or more of the same? BJPsych Bulletin 2015;39(2): 57-60. Disponible en: <https://bit.ly/3HRf2IF>
- (12) Binnie J. Do you want therapy with that? A critical account of working within IAPT. Ment Health Rev J. 2015; 20(2): 79-83. Disponible en: <https://bit.ly/3HQUXMw>
- (13) Moloney P, Kelly P. Beck never lived in Birmingham: why cognitive behaviour therapy (CBT) may be a less useful treatment for psychological distress than is often supposed. JCPSP 2003; 3(4): 214-28. Disponible en: <https://bit.ly/3xIFqil>
- (14) Illich I. Profesiones inhabilitantes. Madrid: Hermann Blume Ediciones, 1981.
- (15) Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SoMaMFyC). Grupo de trabajo de Salud Mental. Algunas dudas sobre la introducción de psicólogos en Atención Primaria, 2018. Disponible en <https://bit.ly/30VGCgE>
- (16) Serrano E. Profesionales de psicología en un centro de Atención Primaria. Colaboración, no sustitución. AMF 2021;17(2):62-4. Disponible en: <https://bit.ly/3DRSrD8>
- (17) Llanos Martínez H. Las autopistas de más carriles no evitan los atascos. El País. Suplemento Verne, 2019. Disponible en: <https://bit.ly/3DP48KNz>

El Sistema Sanitario como aparato ideológico del Estado

Joan Guix.
Medical Anthropology Research Centre (MARC).
Universitat Rovira i Virgili.

El sistema sanitario y, muy especialmente los hospitales se fundamentan en la disciplina.

El sistema sanitario es el escenario de la lucha para la transformación progresiva de la sociedad y de las personas.

El concepto de poder presupone la capacidad de hacer que alguien haga algo aunque no lo quiera hacer. En todo caso implica asimetría, desigualdad, y posibilidad de coerción entre aquel o aquellos que tienen el poder y aquel o aquellos que lo sufren.

Durante el Antiguo Régimen el poder era ejercido en nombre de Dios. Se tenía y mantenía el poder en nombre de Dios en tanto que era la divinidad quién lo había otorgado a una persona determinada, lo cual suponía el ejercicio de un poder personal, discrecional y absoluto basado en la obediencia y el castigo.

Llegaron los siglos XVII y XVIII, uno de los periodos más revolucionarios de la historia de la humanidad, durante el cual todo el anterior fue cuestionado. ¿Es realmente divino el origen del poder? Progresivamente fue tomando cuerpo un nuevo paradigma y un nuevo actor, el pueblo, apareció en escena, primero tímidamente y, más tarde, con Kant y Rousseau, para tomar el verdadero protagonismo, que fue consagrado con el éxito de la Revolución americana y, muy especialmente, de la Revolución francesa, que culminaron la victoria de una clase en ascenso, la burguesía, y su instauración como clase dominante y hegemónica.

Al no fundamentar su poder en la voluntad divina, la burguesía tenía la necesidad de justificarse, especialmente al hallarse ante un contexto de antagonismo social, apropiación del excedente y lucha de clases.

El naciente proletariado planteó sus reivindicaciones y amenazó el nuevo equilibrio de poder.



El viejo aparato de poder del Antiguo Régimen, basado en la represión y la violencia, era poco efectivo y claramente ineficiente. Muchos hechos, muchas conductas, muchos procesos escapaban a la discontinuidad de los viejos mecanismos de poder. Como decía Foucault *“las mallas de las redes del poder eran demasiado amplias”*¹. Era necesario construir un nuevo aparato de dominio para reproducir las condiciones que permitieran la continuación de la dominación de la burguesía sobre el proletariado, y, muy especialmente, la reproducción de las relaciones de producción existentes.

Las mallas de las redes del poder eran demasiado amplias

Se intuía que hacía falta algo más que la fuerza represiva del estado para mantener el nuevo equilibrio de fuerzas. Era preciso tejer una serie de relaciones, una red que mantuviera el equilibrio de fuerzas, lejos del golpe de estado o del autoritarismo, y que fuera menos evidente que la pura y dura represión. Era imprescindible conseguir que la clase explotada, el proletariado, llegara a considerar que aquella situación de apropiación de la plusvalía por parte de la burguesía, no tan solo era aceptable, sino, incluso, positiva para ellos mismos.

Engels, en su crítica a *“Feuerbach y a la filosofía clásica alemana”*² lo expresó muy claramente: *“Las ideas de la clase dominante son las ideas dominantes en cada época; o, dicho en otras palabras, la clase que ejerce el poder material dominante en la sociedad es, al mismo tiempo, su poder espiritual dominante...”* El Estado no puede consagrar y reproducir la dominación política tan sólo por la fuerza, sino que tiene que recurrir a la ideología que todo lo legitima y contribuye a organizar un consenso de ciertas clases dominadas respecto del poder político.

Weber teorizó las fuentes del poder y explicitó que toda relación de poder comporta asimetría y coerción. Existe toda una amplia y compleja red de relaciones sociales. En estas relaciones sociales se evidencia la pugna de intereses entre clases. El ejercicio del poder en el nuevo enfoque weberiano es diferente de la clásica dominación. Implica consentimiento y voluntariedad por parte del dominado. Es la revolución pasiva gramsciana y el hombre unidimensional del que hablaba Marcuse.

En palabras de Foucault, *“aquello que hace que el poder se acepte es que no pesa tan sólo como una fuerza negativa, sino que produce cosas, da placer. Hay que considerarlo más como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social, que no como una instancia negativa sin ninguno otro objetivo que el reprimir”*³. Se trata no de reprimir, sino de coaptar. Se habla, por lo tanto, de relaciones de poder, de relaciones de poder en red, y no del ejercicio explícito del poder.

Estas mismas consideraciones, desde la visión marxista, fueron planteadas por Althusser⁴, el cual, al conjunto de los subsistemas mediante los cuales se desarrollan las relaciones de poder a la sociedad capitalista avanzada, los denominó *aparatos ideológicos del estado*. Estos aparatos ideológicos del estado se basan en la dominación ideológica, fruto de la hegemonía cultural, y están destinados al hecho que esta hegemonía cultural continúe apoyando a la ideología dominante.

Recordémoslo, todas estas redes de relaciones de poder, no jerárquicas ni jerarquizadas, tienen como función el mantenimiento y la reproducción del sistema de dominación de clase hegemónico.

Siguiendo a Althusser, un aparato ideológico del estado (AIE) tiene como características fundamentales el no ser esencialmente represivo, sino fundamentalmente ideológico; el no ser estatal; el no ser superestructural, sino infraestructural; el ser autónomo; y el estar especializado en un ámbito determinado. Su función básica recae, como ya hemos dicho, en la reproducción de las relaciones de producción, es decir, de las relaciones de explotación, y lo consigue mediante la sumisión de los individuos a la ideología dominante y a sus valores.

El aparato ideológico del estado que vela para que desde el terreno de la salud se cumplan estos objetivos es el sistema sanitario, y, como tal, constituye una herramienta de poder.

El sistema sanitario, como AIE que es, no utiliza la fuerza o la violencia para conseguir sus finalidades, sino que usa la manipulación ideológica de los individuos. La pregunta es: ¿Cómo?

Todo sistema sanitario desarrolla tres funciones esenciales: la curativa y preventiva; la económica; y la de la de control, normalización y legitimación⁵.

La primera, la curativa y preventiva, la más conocida, tiene como objetivo primordial la reproduc-

ción física de las fuerzas de producción y su mantenimiento en las mejores condiciones posibles. Y lo hace, pero desde una visión plenamente convergente con la ideología dominante. Su enfoque, el del denominado Modelo Médico Hegemónico, parte de la consideración del binomio salud - enfermedad desde una visión puramente biológica e individualista, estadística, y desconectada etiológicamente de toda connotación social. La enfermedad, en cuanto que entorpece el funcionamiento del sistema, es considerada como anormal, es

una conducta desviada, que hay que corregir tan pronto como sea posible. El enfermo está fuera de la norma. Es anormal. La función de la medicina y del sistema sanitario es el normalizar al individuo e internalizar las causas sociales de la enfermedad al considerarla como un hecho puramente biológico, y, por lo tanto, apolítico.

La segunda, la económica, obedece a la necesidad de autofinanciación del sistema.



Luhmann afirmaba que el sistema sanitario tiene todas las características para ser considerado como un sistema funcional autónomo: es un sistema específico orientado al tratamiento de la enfermedad de las personas; cuenta con una codificación y simbolismos propios, y es, en su terminología, autopoietico, es decir, homeostático en su capacidad de autoproducirse y autoreproducirse ⁶.

La condición imprescindible para poder actuar desde una posición de poder, tal como ha sido definido anteriormente, implica el reconocimiento de esta posición superior.

Weber ⁷ contraponía dos conceptos: El primero, el *Herrschaft*, corresponde al término latino potestas, y puede interpretarse como dominio, reconocimiento del poder legalmente establecido, y con capacidad legal para obligar a hacerse obedecer. El segundo, *Macht*, equiparable al concepto latino de *auctoritas*, supone una visión más amplia del concepto de poder, describiéndolo como aquella legitimación social, no necesariamente legal, fundamentada, generalmente, en un conocimiento o

saber. Esta es la base de aquello que conocemos como profesión. Los médicos, el núcleo duro del sistema sanitario, son profesionales. El término profesión se distingue del término oficio. En los dos conceptos se entiende el ejercicio de una ocupación o trabajo por el cual se recibe una remuneración económica. Un medio de vida. Pero la profesión implica un conocimiento especializado basado en una formación universitaria o equivalente. Una profesión se caracteriza para ser reconocida por el poder político, y disfruta, en base a este reconocimiento, de una notable autonomía respecto del Estado. Implica el reconocimiento de una autoridad, tanto dentro de su colectivo, como ante el conjunto de la sociedad, que le reconoce el conocimiento y la habilidad en su ámbito de actuación. En el mismo sentido, se le reconoce un estatus específico por parte del Estado, un monopolio absoluto en el ejercicio de aquella profesión. Nadie que no haya sido aceptado por la profesión podrá ejercerla. Tiene el absoluto monopolio de mercado respecto a su área de conocimiento. Ello implica, también, una personalidad propia y unos órganos legalmente representativos.

Profesión implica la capacidad exclusiva de establecer normas y efectuar críticas en aquellos que la practican. La crítica no es válida si se hace desde fuera de la profesión, puesto que no existe el conocimiento reconocido para legitimarla. Al ser la depositaria del conocimiento, es también el único estamento capaz de reproducirlo y, por lo tanto, de educar y organizar, tanto a sus miembros, en nuestro caso los médicos, como a sus colaboradores y ayudantes. Así, los médicos establecen el marco exclusivo de su financiación, que no es otro que el sistema sanitario. Y no tan sólo esto. El sistema sanitario progresivamente va ampliando su alcance, ocupando ámbitos que, anteriormente, eran totalmente ajenos a la dicotomía salud – enfermedad y a la medicina. Hablamos de la medicalización.

La medicalización ha sido definida como el proceso por el cual problemas y condiciones humanas son definidos y tratados como condiciones y problemas médicos

La medicalización ha sido definida como el proceso mediante el cual temas ampliamente considerados hasta el momento como sociales, son redefinidos como problemas médicos, lo cual implica una ampliación del campo jurisdiccional de la medicina. En el mismo sentido, la medicalización ha sido definida como el proceso por el cual problemas y condiciones humanas son definidos y tratados como condiciones y problemas médicos y, consecuentemente, recaen bajo la autoridad de los médicos y otros profesionales sanitarios para estudiarlos, prevenirlos, o tratarlos. En términos coloquiales podríamos hablar de ampliación del negocio. El sistema sanitario tiene también una función claramente económica.

La tercera de las funciones de los sistemas sanitarios es la de control, normalización, y legitimación, sin ningún tipo de duda, la más ideológica de todas ellas.

El sistema sanitario, para poder realizar su acción de institución de control social, para hacer efectiva su función de “*empresario moral*”, de instituciones de control social que algunos sociólogos otorgan a la medicina junto con la iglesia y la judicatura, parte de un hecho fundamental: la asimetría de información entre pacientes y médicos, derivada de la diferencia de conocimientos y habilidades, lo cual obliga al establecimiento de una relación de agencia en la cual la toma de decisiones queda en manos del médico, generándose, por lo tanto, una situación de desigualdad que implica una relación de poder entre el médico y el ciudadano-paciente.

Esta relación de poder no puede ser abiertamente represiva. Hace falta sutileza para lograr el control necesario, también desde este campo, que ayude a la reproducción de las relaciones de producción capitalistas.

La disciplina es la clave. El sistema sanitario y, muy especialmente los hospitales se fundamentan en la disciplina. Foucault definía la disciplina como “*el mecanismo del poder por el cual conseguimos a controlar en el cuerpo social hasta los elementos más tenues por los cuales llegamos a tocar los propios átomos sociales; esto es, los individuos*”¹. Con esta finalidad surgen un conjunto de técnicas a las cuales Foucault denominó *biopoder*. El biopoder es definido como: “*el conjunto de mecanismos a través de los cuales, todo aquello que en la especie humana, contiene sus marcas biológicas fundamentales va a poder entrar dentro de una política, de una estrategia política, de una estrategia general de poder, o dentro en otras termas, como la sociedad, las sociedades occidentales modernas, a partir del siglo XVIII, retomaron el hecho biológico fundamental de pensar el ser humano como especie humana*”. Se trata de administrar, de controlar la vida como un factor productivo más. Dentro del amplio concepto de biopoder se puede distinguir dos enfoques técnicos diferentes: la anatomopolítica, orientada al control del individuo para convertirlo en un ser dócil y dominable, basada en la disciplina y la vigilancia; y la biopolítica, orientada al control de la población como tal, y basada en las técnicas estadísticas y demográficas.

Una herramienta idónea para conseguir estos objetivos, aplicando estas técnicas es la medicina. La importancia que consigue la medicina desde el siglo XVIII se basa, esencialmente, en razones económicas e ideológicas.

En conclusión

Hay elementos suficientes como para definir el paradigma del sistema sanitario basado en el denominado Modelo Médico Hegemónico, individualista, asocial, y de base biológica y pretendidamente científica, y, por lo tanto, supuestamente neutral, como un ejemplo claro de Aparato Ideológico del Estado. La función de control, normalización y legitimación constituye la finalidad esencial del sistema sanitario como aparato ideológico del estado, la función económica lo posibilita, y la función curativa y preventiva lo justifica.

No pretendemos decir que los médicos y el resto de los profesionales sanitarios sean conscientemente unos agentes con la misión explícita de actuar como controladores sociales y esquirolas al servicio del sistema capitalista, Sabemos que la mayor parte de nuestros profesionales actúan de buena fe, aplicando sus conocimientos con el máximo de imparcialidad e interés. Realizan una acción mayoritariamente positiva respecto de la mejora de la salud de la población y, especialmente, de sus pacientes.

Aún así es importante que los profesionales sanitarios sean conscientes de cuál es el juego al que, consciente o inconscientemente, se los están haciendo jugar, y cuáles son sus implicaciones. Tan solo a partir de esta concienciación es posible lograr un sistema sanitario realmente positivo para la sociedad y para su transformación. El sistema sanitario actual no es tan solo una herramienta para la reproducción de las relaciones de producción del sistema capitalista. Es también el escenario, el campo de batalla de la lucha para la transformación progresiva de la sociedad y de las personas. Y los profesionales de la salud están en medio. Y pueden jugar un papel diferente. La salud comunitaria y la participación son las respuestas.



Referencia bibliográficas

- 4.- **Althusser L.** On ideology. Paperback. Verso Radical Thinkers. London. 2008.
- 2.- **Engels F.** Ludwig Feuerbach y el fin de la filosofía clásica alemana. Ricardo Aguilera Editores. Madrid. 1969.
- 1.- **Foucault M.** Las redes del poder. Almygesto. Col. Mínima. Buenos Aires. 1991.
- 3.- **Foucault M.** Microfísica del poder. Ediciones de la Piqueta. Endymión. Madrid. 1992.
- 6.- **Luhmann N.** Sistemas sociales. Barcelona: Anthros; 1998.
- 5.- **Menendez E.** El modelo médico y la salud de los trabajadores. Salud Colectiva. 1(1). 9-32. 2005.
- 7.- **Weber M.** Sociología del poder. Los tipos de dominación. Alianza Editorial. Sociología. Madrid. 2007.

LA POBREZA QUE GENERA EL COSTE DE LA ASISTENCIA SANITARIA NO CUBIERTA POR EL SISTEMA PÚBLICO:

ATENCIÓN DENTAL, OPTICO, AUDIFONOS, MEDICAMENTOS...

Sebastián Martín Recio. Médico Marea Blanca

¿Se pueden permitir los españoles pagar toda la atención sanitaria que necesitan?

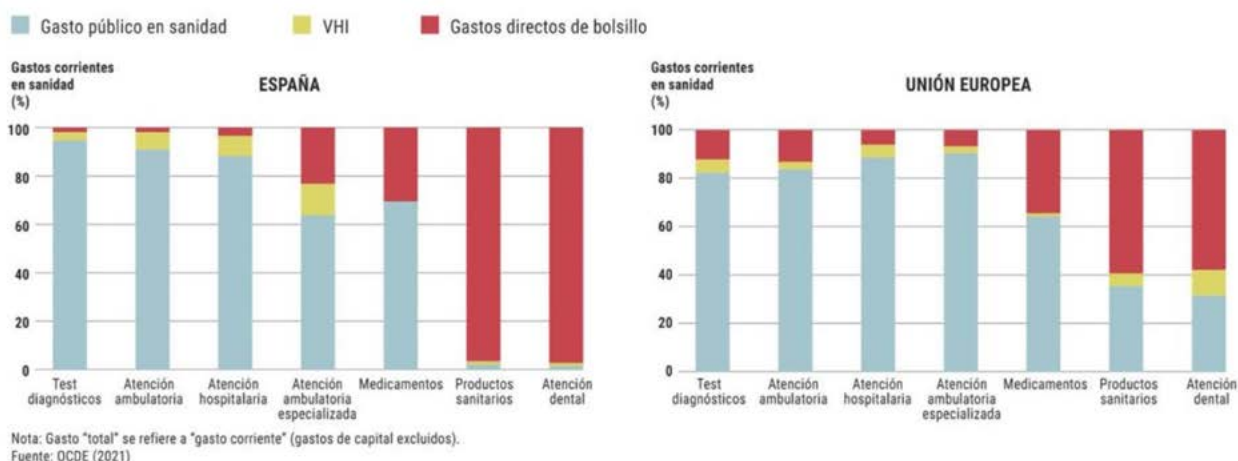
En 2019 un 0,8% de los hogares españoles se empobreció tras afrontar pagos directos sanitarios, fundamentalmente de dentista, productos sanitarios y medicamentos.

Un estudio de la Organización Mundial de la Salud, encabezado por la presidenta de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (Sespas), Rosa María Urbanos, muestra que la protección financiera del sistema sanitario español es relativamente alta en comparación con

la de otros países europeos, gracias a su cobertura universal, sus copagos limitados y su relativamente amplia cartera de servicios. Sin embargo, **la sanidad española tiene grandes lagunas como la atención dental y la cobertura de productos sanitarios como la óptica o los audífonos, que están generando dificultades económicas a los españoles, que se suman a necesidades insatisfechas por las largas listas de espera de la sanidad pública.**

Además, entre los hogares más pobres hay todavía grandes dificultades para hacer frente al pago de los medicamentos.

Distribución del gasto sanitario total por servicio y régimen de financiación, 2019



En concreto, el estudio presentado por la OMS, en el que han participado también Luz María Peña-Longobardo, Micaela Comendeiro, Juan Oliva, Manuel Ridao-López y Enrique Bernal-Delgado, concluye que **en 2019 el 0,8 % de los hogares es-**

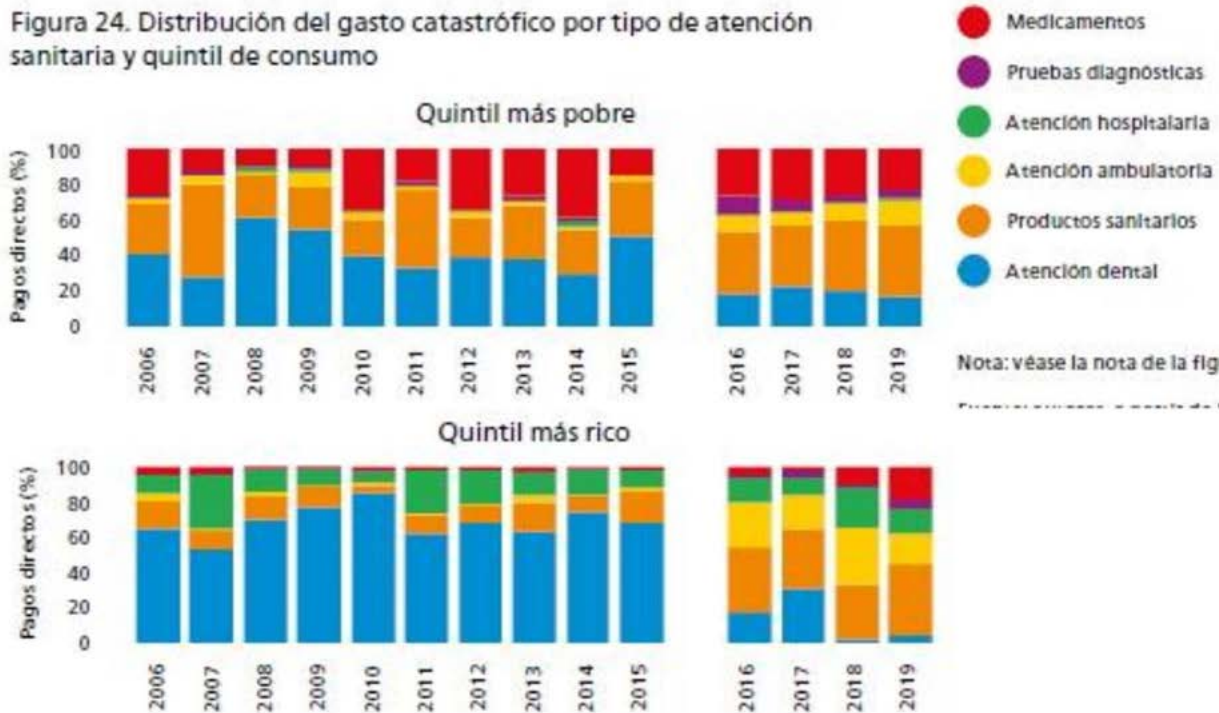
pañoles se empobreció o se empobreció más de lo que ya lo estaba tras tener que afrontar pagos directos sanitarios, una cifra que ha crecido considerablemente desde 2006, cuando afectó al 0,2% de los hogares españoles.

LOS LLAMADOS “GASTOS CATASTRÓFICOS”

Además, en 2019, el 1,6 % de los hogares españoles (frente al 1% en 2006) experimentó lo que se denominan **“gastos catastróficos en salud”, esto es, gastos directos en sanidad que superaron el 40% de su capacidad de pago en atención sanitaria.**

El estudio reconoce que parte de este problema se produjo por la crisis económica y que a partir de 2016 los gastos catastróficos en salud a los que hicieron frente los españoles se redujeron algo, pero eso no impide que sigan según detalla el informe muy por encima de lo que lo estaban antes de la crisis económico-sanitaria.

Figura 24. Distribución del gasto catastrófico por tipo de atención sanitaria y quintil de consumo

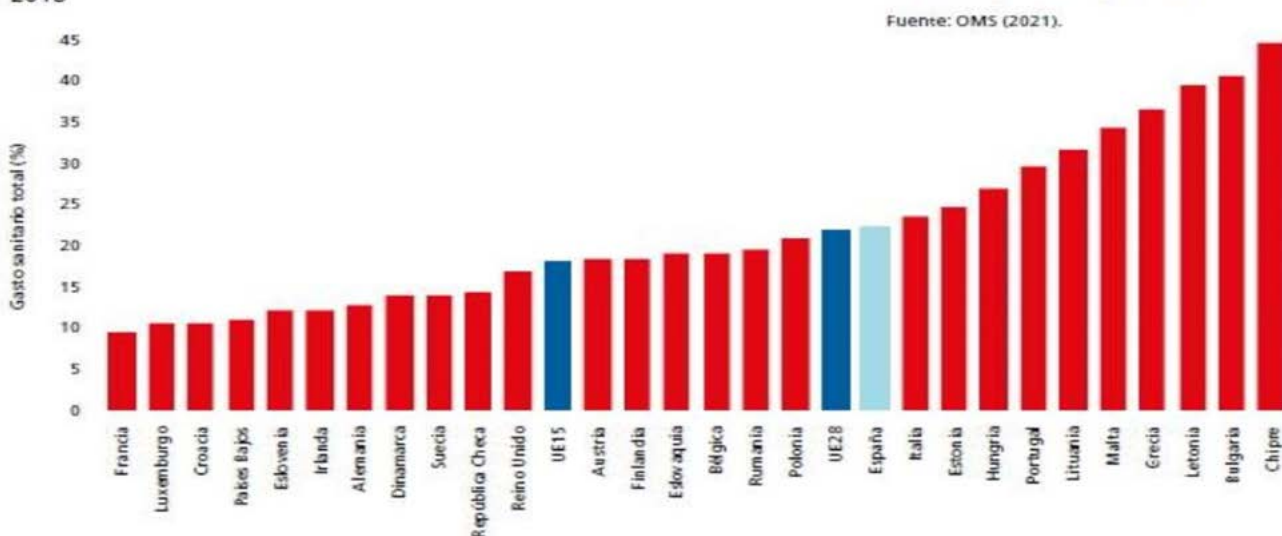


Según el informe los causantes de esos pagos catastróficos que comprometían la economía de las familias españolas fueron los gastos ocasionados por la atención dental y la atención óptica, “que están excluidas en gran medida de la cobertura del SNS sobre todo en el caso de los adultos”, detalla el informe. Sin embargo, cuando se analiza

el tipo de hogar, **se observa que en el caso de los hogares más pobres los gastos catastróficos se produjeron también como consecuencia del pago de los medicamentos.** En conjunto, la atención dental, los productos sanitarios y la atención ambulatoria copó el 75% de los gastos catastróficos de los hogares y los medicamentos el 16%.

LOS “PAGOS DIRECTOS” EN SANIDAD: DE 344 € A 403 € DE MEDIA ANUAL POR PERSONA

Figura 33. Contribución de los pagos directos al gasto sanitario total, UE, 2018



Nota: Gasto "total" se refiere a gasto "corriente" (gastos de capital excluidos).
Fuente: OMS (2021).

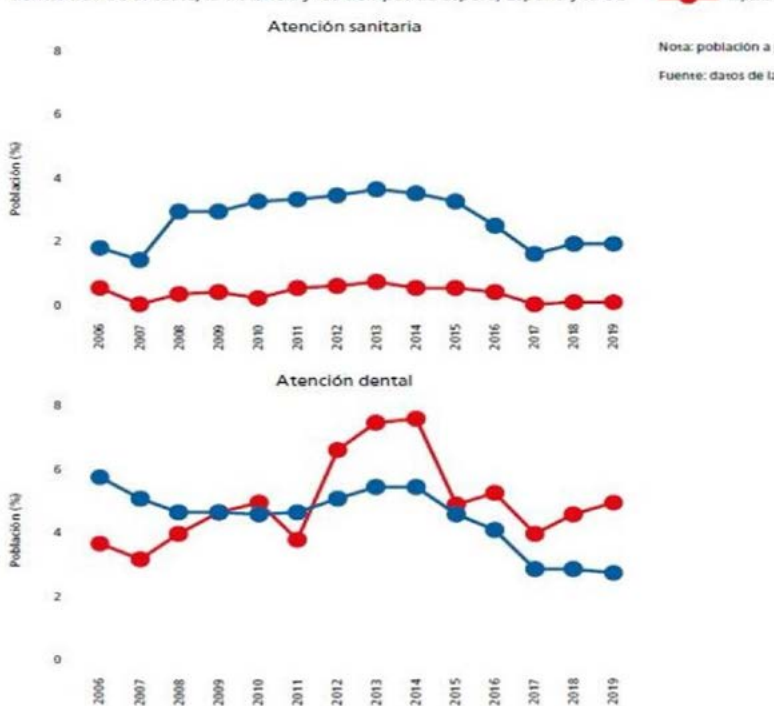
En concreto, los pagos directos en sanidad de los españoles aumentaron de un importe medio anual por persona de 344 € por persona en 2006 a 403 € en 2019, con un gasto de hasta el triple en el quintil de hogares más ricos que en el de más pobres. Entre los pagos directos, la atención dental representó el 16% del total de gastos, los productos

sanitarios incluida la óptica y la ortopedia el 39% y los medicamentos el 23%, mientras que la atención hospitalaria, diagnóstica y ambulatoria, que no tiene copagos en la sanidad pública, representó el 20% de los gastos sanitarios directos de los españoles.

LAS CARENCIAS EN LA ATENCIÓN DENTAL

Los españoles tienen más carencias en atención dental que los europeos

Figura 1. Necesidades insatisfechas autodeclaradas de atención sanitaria y dental debido al coste, la distancia y los tiempos de espera, España y la UE



Nota: población a partir de 16 años.
Fuente: datos de las EU-SILC de Eurostat (2021).

Junto a esos pagos catastróficos, el informe analiza las necesidades sanitarias insatisfechas de los españoles. Según el estudio, esa imposibilidad de acceso a la sanidad está en el caso de los españoles por debajo de la de otros países tanto en lo que a atención sanitaria se refiere como a acceso a medicamentos. Sin embargo, en lo que a atención dental se refiere las necesidades insatisfechas de los españoles están muy por encima de la media de la Unión Europea, con grandes desigualdades socioeconómicas además.

A partir de estos datos, los autores del informe concluyen que “para reducir las necesidades insatisfechas y las dificultades financieras, las políticas deben centrarse en **reforzar la protección financiera de los hogares más pobres en todos los grupos de edad, ampliar la cobertura del SNS para la atención dental y la atención óptica, y mejorar el diseño de los copagos para los medicamentos recetados y la prestación ortoprotésica**”.

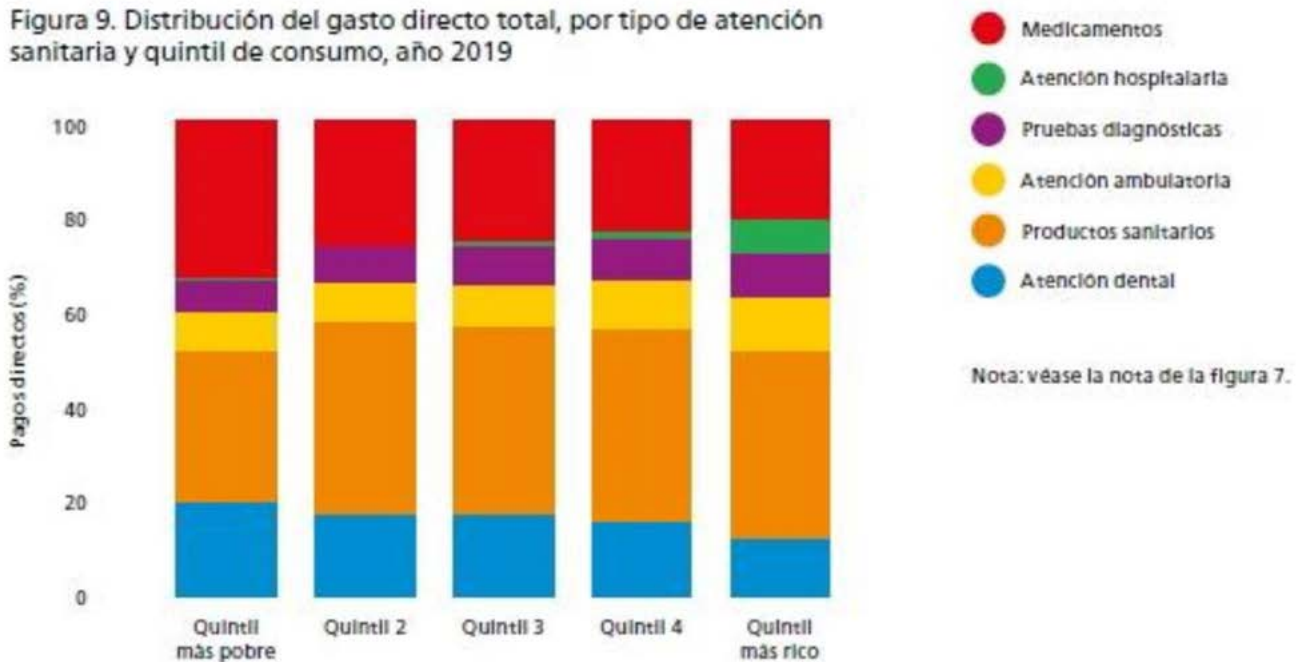
EL COPAGO EN MEDICAMENTOS Y SU EFECTO

EN LAS DESIGUALDADES SOCIALES

Más dificultades entre desempleados y trabajadores pobres.

Respecto a los copagos de medicamentos, el estudio recomienda en concreto que “se introduzcan nuevos cambios como la ampliación del tope de los copagos en función de los ingresos para la mayoría de los pensionistas a todos los hogares no encabezados por pensionistas”.

Figura 9. Distribución del gasto directo total, por tipo de atención sanitaria y quintil de consumo, año 2019



Y es que, entre las conclusiones fundamentales del estudio está la certeza de que ha cambiado el perfil de hogares con dificultades para hacer frente a los pagos sanitarios: si antes estaba encabezado por los **hogares de personas mayores y pensionistas, ahora está protagonizado por hogares de trabajadores pobres y personas en edad de trabajar pero desempleadas**.

LAS LISTAS DE ESPERA

Respecto a las necesidades sanitarias insatisfechas, el estudio advierte de grandes desigualdades socioeconómicas por las mayores listas de espera de la sanidad pública frente a la sanidad privada a la que sólo pueden acceder algunos hogares y recomienda implantar “políticas para reducir los tiempos de espera para tratamientos especializados y eliminar los obstáculos adminis-

trativos. A lo largo del tiempo, uno de los factores que más dificultades financieras ha provocado en todos los quintiles de hogares ha sido el gasto directo en pruebas diagnósticas, tal vez debido al aumento de los tiempos de espera para los exámenes médicos y la atención especializada”.

Recomendaciones para recortar las listas de espera

Para reducir esos tiempos de espera, el estudio propone “**reforzar la eficacia de la atención primaria dotándola de los recursos y el personal adecuados**”. Con todo, reclama también **revisar “la eficiencia y la equidad de las bonificaciones fiscales”** a la contratación de seguros privados “que principalmente benefician a los hogares más ricos, y el hecho de permitir que los mutualistas puedan optar por la provisión privada.

Problemas de la Sanidad en Portugal

Isabel do Carmo, médica, prof. da Faculdade de Medicina de Lisboa, membro do Grupo Estamos do lado da Solução.

A nivel nacional, entre 2001 y 2016 habíamos perdido 2.528 camas y las camas privadas habían crecido un 320%.

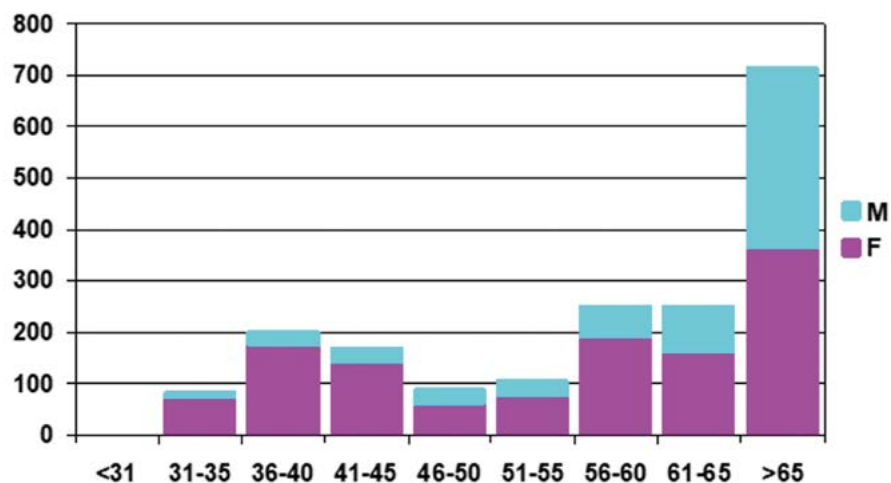
Salarios bajos, falta de estímulo, mucho sacrificio y buenas ofertas privadas: la tormenta perfecta para el vaciamiento del SNS.

El cuello de botella en el número de especialistas

Al observar el número de médicos, en los años 1996 a 2021, parece que estamos en el período mínimo, coincidiendo este período también con especialistas más jóvenes. Durante la década de los 90 del siglo XX y hasta 1999, el número de clausus de las Facultades de Medicina llegó a su mínimo. La carrera de Medicina tiene seis años académicos, seguidos en este momento por dos años de Internado General, después de lo cual había un examen de ingreso a la especialidad y esta duraba cinco o seis años. Al final quedó el examen de especialidad y finalmente el trabajo como especialista. Entre estos paquetes formativos siempre había dilaciones administrativas, de forma que del 2008 al 2015/2016 teníamos un mínimo de especialistas en varias especialidades.

Después de 1999, se abrieron más Facultades de Medicina, un total de siete (1 en Braga, 2 en Oporto, 1 en Covilhã, 1 en Coimbra, 2 en Lisboa) y más tarde una en el Algarve. En 2011 el número de titulados se multiplicó por 2,7 respecto a 1999. Ahora hay un problema de formación, ya que las clases prácticas comenzaban a superar la capacidad docente habitual en las salas de hospital. Los planes de estudios cambiaron y los contactos con Atención Primaria se hicieron más tempranos y obligatorios, dando al alumno una mayor visión del usuario más común y menor de los pacientes agudos y patologías raras. Con el aumento sucesivo de titulados, a partir de 2016/2018 hubo unos cuantos especialistas más, variando según la especialidad. Anestesiología, Medicina General y Familiar, Ginecología/Obstetricia, Pediatría, alcanzaron sus mínimos en 2014/2018 y luego crecieron lentamente.

Ginecología / Osbtetrícia Distribuição Etária 2021



OM – estatísticas nacionais

El auge de las empresas hospitalarias

No hubo crisis financiera para las empresas sanitarias, ya que de 2007 a 2017 abrieron otros 15 hospitales privados, por los que durante el “ajuste financiero” incrementaron más de 300 millones de euros su presupuesto, mientras que se redujo en 400 millones en los centros públicos. En 1995, el Estado había otorgado a José de Mello Saúde la gestión en forma de colaboración público-privada. En 2008, la dirección José de Mello Saúde del actual Hospital Fernando da Fonseca/Amadora-Sintra pidió reembolsos a las administraciones regionales de Lisboa y Vale do Tejo por exámenes no realizados, generando un conflicto. Tras la entrada del Gobierno de la Troika se nombró un Tribunal de Arbitraje y los demandantes (gerencia de ARS LVT) se convirtieron en demandados, y fueron absueltos en 2019.

De 2017 a 2020 se abrieron 20 nuevos hospitales privados, en total hay 119 hospitales privados que constituyen el 52% de los servicios de hospitalización en Portugal. Cuentan con 11.300 camas y alrededor de 20.000 trabajadores; se realizan 290.000 cirugías, 1,4 millones de urgencias y 7,3 millones de consultas de especialistas. Maneja 2.000 millones de euros

Entre 2011 y 2012, los beneficios de las dos mayores empresas hospitalarias crecían casi al doble.

(según Bruno Maia, citando Cuenta Satélite de Salud INE, web de la Asociación Portuguesa de Hospitalización Privada y “Sector Sanitario Privado en Portugal” de la Sociedade de Consultores Augusto Mateus e Associados, 2017). Las dos mayores empresas son José de Mello Saúde (CUF) y Luz Saúde (Espírito Santo). Solo estos dos grupos ganan 1.000 millones de euros al año. Entre 2011 y 2012, mientras el PIB caía a valores negativos que rondaban el -5%, los beneficios de las dos mayores empresas hospitalarias crecían casi al doble. Para escapar de la debacle del grupo Espírito Santo provocada por la gestión fraudulenta del banco del mismo nombre, Espírito Santo Saúde fue vendido a Fosun, propiedad de una multinacional

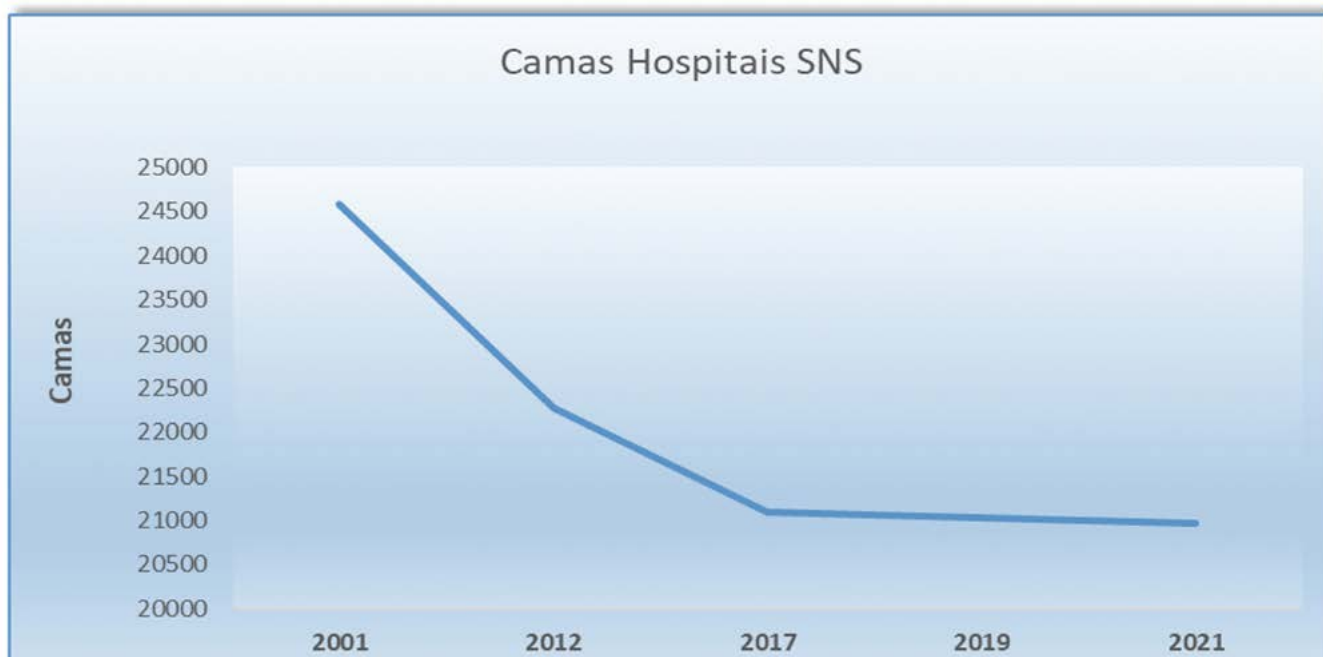
china, al igual que la compañía de seguros Tranquilidade. El grupo Luz Saúde salió indemne, con la misma administración.

Hospitales públicos

Por su parte, en 2017 había 36 hospitales públicos menos que en 1998, siempre con el argumento teóricamente válido de que había que superar el concepto hospitalocéntrico de la organización sanitaria, lo que sería correcto si previamente se hubiera delimitado y expandido el ámbito de la Atención Primaria. Como esto no sucedió, los hospitales públicos siguieron aumentando el número de urgencias, que son 6 millones al año, y, sin embargo, redujeron el número de camas en un 22%. Es decir, se han incrementado las camillas, ya sea en los pasillos de las salas o en el área de Servicio de Observación (S.O.) de urgencias, inundándolas de pacientes de diversa gravedad, incluidos psicóticos.

El gráfico inferior muestra la disminución de camas en los hospitales públicos que se produjo de 2001 a 2017, estabilizándose en esa fecha, sin recuperación alguna. Esta estabilización también se debe a que, desde marzo de 2020, se necesitan más camas, al menos en Cuidados Intensivos. Tomando el ejemplo del Hospital Pulido Valente (HPV) que integraba el Hospitalario Lisboa Norte con el Hospital de Santa María, fue uno de los más sacrificados, sobre todo porque era una escuela de Neumología a nivel nacional y tenía un servicio de Gastroenterología con endoscopias, que pasó a ser externalizado cuando este último servicio cerró. HPV en 2007 tenía 303 camas agudas. En 2018 paso a 137. El Centro Hospitalario Lisboa Central (CHLC), nombre de los antiguos Hospitales Civiles, perdió 1.038 camas entre 2001 y 2016. La maternidad Alfredo da Costa, así como el Hospital Estefânia, que están incluidos en el CHLC, sobrevive gracias al movimiento de alerta que se formó con un grupo de personalidades. En total, a nivel nacional, entre 2001 y 2016 habíamos perdido 2.528 camas y las camas privadas habían crecido un 320% (Fuente INE). A pesar de ello, los hospitales públicos mantuvieron o incrementaron los ingresos, que en 2018 fueron aproximadamente 1.155.056 a nivel nacional (PORDATA). Y así llegamos a la pandemia.





La situación de los profesionales de la salud, en particular de los médicos

Del 2005 al 2011 se abrieron las Unidades de Salud de la Familia (USF), los médicos de la familia (MGF) trajeron su cartera de pacientes, enfermeras y personal administrativo de los Centros de Salud, pasando primero por el método experimental A, y luego al modelo B, que es el actual. Todos los profesionales de la USF cobran de acuerdo con la producción, que se evalúa no solo en términos cuantitativos, sino también en términos cualitativos, con énfasis en la prevención. En el presupuesto para Salud aprobado en junio de 2022, está prevista la apertura de más USF. Esperamos que así sea. En las existentes hay gran satisfacción de los pacientes, pero con una gran desigualdad, desigualdad que se extiende a los propios profesionales del Centro de Salud (CS, denominados Personalizados, designación que nadie usa), que se mantuvo desde el modelo antiguo. Hay varios empleados para las FGM, todos con la misma titulación: los de las USF, los de la ex C.S., que hasta hace 11 años podían optar a la dedicación exclusiva y los que con un contrato posterior ganan cerca de la mitad de estos. No es extraño que las convocatorias queden vacantes, especialmente en la Región de Lisboa y Valle del Tajo (ARS LVT), donde el alquiler de

una casa en Lisboa tiene el costo de un salario neto de MGF. Quedaron sin cubrir 168. Cada uno de estos médicos corresponde a 1.000 a 1.500 pacientes, háganse las cuentas...

Sin embargo, las cuentas no son solo aritméticas, tienen que ser regionales y también se reflejan localmente, porque nadie de Seixal va a Sintra a consultar. La hipótesis se basa en una cierta demagogia de la descentralización, mientras que las poblaciones y la industria se concentraban en la costa. Son estas poblaciones las más desvalidas en cuanto a la MGF, y cercanas a 2 canales de TV que les dan más protagonismo... Acompañadas de comentaristas que aconsejan "gestión".

En cuanto a las enfermeras, pasaron del 4 por 1.000 habitantes al 7,1, entre 2000 y 2019. Sin embargo, nada comparable a Suiza, que tiene un 18/1.000 habitantes o incluso a Francia, que tiene un 11,1/1.000 habitantes. En cuanto a la remuneración en términos reales, de 2010 a 2019, los médicos especialistas cayeron de media 2,3 y 2,2 puntos porcentuales, España aumentó 1 y 1,4, respectivamente, Francia 0,9 y 1,2. Los grandes aumentos se produjeron en los antiguos países del Este: Polonia, Hungría, Estonia, los cuales tienen una continuidad histórica en cuanto a los servicios de salud pública y el desarrollo de un personal muy diferente al nuestro. Y más que todos los especialistas en Chile cuyos sueldos subieron 10,8% en 9 años. Quien quiera tener especialistas tiene que pagarles bien... y listo.

Son solo ejemplos ilustrativos, cuyo análisis sin duda debería ser más refinado y acompañado de coyunturas políticas. Sin embargo, aquí se puede ver que los salarios portugueses en términos reales son bajos, en 10 años fue -17% para médicos/as y -11% para enfermeras/os (adaptado de Bruno Maia en O Negócios da Saúde). Además, ha habido concursos, pero no ha habido carreras profesionales y no hay perspectiva de progresión, la insatisfacción y el desgaste (burnout) son muchos. Este personal altamente especializado tiene pocas oportunidades para la investigación clínica, a pesar de tener miles de datos bajo sus ojos. Este tipo de investigación esta menos valorada que la bá-

sica y solo lo hacen unos pocos centros, pero con escasos fondos, la llamada traslación, que es una de las formas más avanzadas de investigación (relacionar datos de laboratorio con clínicos, en los mismos pacientes). Y para tener fondos, ya sean nacionales o europeos, primero es necesario publicar en revistas internacionales indexadas, cuyo costo de publicación por artículo difícilmente está al alcance del presupuesto de ningún servicio clínico público, ni siquiera de los mejores. Tampoco para los másteres clínicos. Salarios bajos, falta de estímulo, mucho sacrificio y buenas ofertas privadas, se organiza la tormenta perfecta para el vaciamiento del SNS.



La FADSP ante el documento “Recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria en Atención Primaria a nivel autonómico”

El 9 de agosto la Ponencia de Promoción de la Salud y el Comité Institucional del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria aprobó el documento “Recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria en atención primaria a nivel autonómico” (<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/AtenPrimaria.htm>).

La FADSP ha contribuido con aportaciones a su redacción. Consideramos que es el momento de hacer una valoración del resultado final del trabajo realizado.

Lo primero que queremos reseñar es la importancia de la cuestión tratada. A principio de los 80 el debate de la reforma sanitaria era si los servicios básicos ofertados serían de asistencia de calidad siguiendo el modelo “médico” o serían servicios de atención primaria con orientación comunitaria. Asistencia o Atención. La ley General de Sanidad se inclinó por la atención integral como proponía Alma Ata y recogía la tradición española del cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) que combinaba la clínica con la salud pública desde los tiempos de la República.

A pesar de la orientación legislativa, el desarrollo de la medicina comunitaria en los centros de salud ha sido escaso e irregular, abandonado a iniciativas voluntaristas de los profesionales motivados que “creían” en ella, y, por supuesto, sin presupuestos ni consideración organizativa específica. Actos de fe más que de desarrollo del modelo.

Estas razones y también nuevos enfoques teóricos (prescripción social, mapas de activos, modelo de

determinantes sociales en su aplicación a la clínica) han sido las que han motivado la aparición de las “Recomendaciones...”

La FADSP es consciente de que muchos documentos del Ministerio son un conjunto de buenas intenciones que acaban en los cajones de las distintas Consejerías de Salud. Baste citar el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Allí se especifica que las actividades de prevención y promoción de la salud se prestarán, tanto en el centro sanitario como en el ámbito domiciliario o comunitario. Citamos a modo de ejemplo actividades de educación para la salud grupales como la atención al tabaquismo, en el campo clínico la atención al embarazo y puerperio, atención al climaterio, programas dirigidos a los adolescentes, de entre las enfermedades crónicas se cita la obesidad etc. Que sepamos, no todos los centros de salud desarrollan estas actividades y con la pandemia prácticamente han desaparecido casi en su totalidad.

w

Por esta razón el trabajo de la FADSP en el grupo ha sido intentar pasar de las declaraciones filosóficas de principios asumibles por todos, a las actividades concretas fácilmente evaluables. En esto el documento final significa un progreso respecto a lo previo porque no solo introduce los nuevos conceptos (modelo de determinantes, prescripción social, mapa de activos...) sino que organizativamente propone:

- La ampliación y desarrollo del Servicio de Atención Comunitaria de la Cartera Básica Común de Atención Primaria, dotándola de los recursos necesarios.

- La regulación normativa de los espacios formales de participación como los Consejos de Salud.
- La organización de la agenda profesional teniendo en cuenta las actividades de la estrategia de salud comunitaria, estimando los tiempos necesarios para realizar actividad grupal y comunitaria y reconocer dicho tiempo dentro del horario laboral.
- La inclusión de objetivos específicos cuantificables anuales pactados en los contratos de gestión, estableciendo incentivos económicos, de horario y/o carrera profesional vinculados al desarrollo del desempeño en salud comunitaria.
- La dotación de presupuesto específico necesario a todas las acciones.

A nuestro juicio se podía haber avanzado más en la concreción, en la implicación en la medicina comunitaria de los Hospitales, en la colaboración operativa de los centros de salud con los departamentos de Salud Pública y en la devolución a los centros de su capacidad planificadora en un modelo más descentralizado.

Pero el problema no es afinar más en el contenido, sino el cumplimiento de las recomendaciones del Ministerio por parte de las Comunidades Autónomas. Ahí está el problema político de base. El SNS camina hacia la inequidad y el Estado deberá decidir, por encima de las CCAA, cuál es la orientación de un servicio básico para los ciudadanos y qué normas son de obligado cumplimiento.

LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LAS CCAA. INFORME 2022 (XVIIIº Informe)

FADSP

CRITERIOS ANALIZADOS

Se han utilizado los siguientes parámetros, que todos ellos son utilizados en las valoraciones de los sistemas sanitarios mundiales por la OCDE, OMS, Eurostat, HAQI (The Lancet) e indicadores claves del SNS.

Financiación, recursos y funcionamiento:

- 1)** Gasto per cápita en 2022, calculado a partir de los Presupuestos aprobados por las CCAA para 2022, divididos por el número de habitantes (censo de población INE).
- 2)** Camas por 1000 habitantes: número de camas por CCAA (Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado. Ministerio de Sanidad y Consumo) dividido entre la población.
- 3)** Camas por 1.000 habitantes de los servicios sanitarios públicos de las CCAA (Catalogo Nacional de Hospitales).

4) Quirófanos /1.000 habitantes (MS).

5) Tomografía axial computarizada (TAC) y resonancias magnéticas (RM): número de equipos por millón de habitantes (Ministerio de Sanidad).

6) Médicos generales de atención primaria por 1.000 habitantes (Ministerio de Sanidad)

7) Profesionales de enfermería en AP por 1.000 habitantes (Ministerio de Sanidad).

8) Médicos de atención especializada por 1.000 habitantes (Ministerio de Sanidad).

9) Profesionales de enfermería de atención especializada por 1.000 habitantes (Ministerio de Sanidad).

10) Porcentajes de cesáreas por partos atendidos (Ministerio de Sanidad).

11) Coste de alta hospitalaria calculado por GRD (Ministerio de Sanidad).

12) Intervenciones quirúrgicas por quirófano y año (Ministerio de Sanidad).

13) Porcentaje de intervenciones quirúrgicas realizadas por cirugía mayor ambulatoria (CMA) (Ministerio de Sanidad).

14) Urgencias atendidas en hospitales, frecuentación por 1000 habitantes (Ministerio de Sanidad).

Política farmacéutica:

15) Gasto farmacéutico 2021: gasto farmacéutico financiado por la Seguridad Social en recetas u orden de dispensación en 2021 (Ministerio de Hacienda), dividido por la población.

16) Crecimiento de gasto farmacéutico: porcentaje de crecimiento del gasto farmacéutico en 2021 en relación con 2020 (Ministerio de Hacienda).

17) Porcentaje de envases farmacéuticos en medicamentos genéricos en diciembre de 2020 (IQVIA).

18) Gasto farmacéutico hospitalario 2021: gasto farmacéutico hospitalario en 2021 (Ministerio de Hacienda), dividido por la población.

19) Crecimiento de gasto farmacéutico hospitalario 2021: porcentaje de crecimiento del gasto farmacéutico en hospitales en ese año respecto a 2020 (Ministerio de Hacienda).

Valoración de los ciudadanos:

20) Satisfacción: puntuación obtenida en el Barómetro Sanitario 2019.

21) Porcentaje de personas que opinan que el sistema sanitario funciona bien o bastante bien (Barómetro Sanitario 2019).

22) Porcentaje de personas que acudieron a la Sanidad Pública entre las que recibieron asistencia sanitaria en las 4 últimas semanas (Encuesta Europea de Salud 2020).

23) Porcentaje de ciudadanos que prefieren la asistencia sanitaria pública. Barómetro Sanitario 2019.

24) Porcentaje de personas que consideran que la atención recibida en Atención Primaria, consultas del especialista, urgencia u hospitalización fue buena o muy buena (BS 2019).

Listas de espera:

25) Porcentaje de ciudadanos que recibió la cita con el especialista en 15 días o menos. (Barómetro Sanitario 2019).



26) Porcentaje de ciudadanos que señala que recibe la cita de AP en 24 horas (Barómetro Sanitario 2019).

27) Días de demora media lista de espera quirúrgica a diciembre de 2021 (Ministerio de Sanidad 2022).

28) Días de demora media lista de espera primera consulta especialista a diciembre de 2021 (Ministerio de Sanidad 2022).

Privatización sanitaria:

29) Gasto de bolsillo anual por persona en sanidad (CIS).

30) Porcentaje del gasto sanitario dedicado a contratación con centros privados (MS).

31) Número de consultas por habitante y año en atención especializada privada (MS).

32) Número de consultas por habitante y año en medicina de cabecera privada (MS).

33) Privatización de los servicios sanitarios: presencia de fórmulas de gestión privada (fundaciones, empresas públicas, consorcios, etc.), concesiones administrativas, entidades de base asociativa o iniciativas de financiación privada.

34) Existencia de dedicación exclusiva de los profesionales al sistema sanitario público. La puntuación de cada CCAA se ha asignado teniendo en cuenta los cuartiles de cada una de las variables, asignando puntuaciones:

1) De 4 a 1 según la Comunidad Autónoma se encontrase en el cuartil 4º a 1º en las variables: 1,2,3,4,5,6,7,8,9, 12,13,17,20,21,22,23, 24, 25 y 26.

2) De 1 a 4 según la Comunidad Autónoma se encontrase en el cuartil 4º a 1º en las variables: 10,11, 14, 15, 16,18,19, 27, 28,29,30,31 y 32.

3) Se ha asignado un punto a aquellas CCAA que carecen de fenómenos de privatización de la provisión sanitaria (fundaciones, concesiones administrativas, consorcios, empresas públicas, etc) y 0 a las que presentan alguno de estos fenómenos.

4) Se ha asignado un punto a las CCAA en las que existe dedicación exclusiva de los profesionales y 0 a las que no la tienen.

PUNTUACIONES OBTENIDAS

La puntuación máxima posible es de 130 y la mínima de 32. La puntuación media obtenida por las CCAA ha sido de 79,58 (DS 10,67 con un intervalo de confianza para la media entre 74,10 y 95,07 (rango de 62 a 95).

De acuerdo con los cuartiles de la puntuación obtenida se han clasificado las CCAA en 4 grupos según los percentiles de la puntuación obtenida:

- percentil 25: 70
- percentil 50: 79
- percentil 75: 88,5



La clasificación de las CCAA, con estos criterios es la siguiente:

1) CCAA con mejores servicios sanitarios:

- País Vasco: 95
- Navarra: 93
- Asturias: 90

2) CCAA con servicios sanitarios regulares:

- Cantabria 88
- Castilla y León: 88
- Castilla la Mancha 88
- Extremadura: 88
- La Rioja 86

3) CCAA con servicios sanitarios deficientes:

- Galicia 79
- Aragón 76
- Baleares 75

- Valencia 72
- Madrid 71
- Andalucía 70

4) CCAA con peores servicios sanitarios:

- Canarias: 66
- Cataluña 66
- Murcia: 63

La diferencia entre CCAA es claramente excesiva (de 32 puntos sobre un máximo alcanzado de 95). La ratio entre la Comunidad autónoma de mayor puntuación y la de menor puntuación es de 1,50 y ha disminuido ligeramente respecto a 2021 (1,63), pero sigue evidenciando una gran disparidad en los servicios sanitarios entre las CCAA, que aunque se reduce ligeramente, continua poniendo en peligro la necesaria cohesión y equidad entre territorios.

COMPARACIÓN DE LA POSICIÓN RELATIVA DE LAS CCAA EN LOS INFORMES ANTERIORES.

2009	2010	2018	2019	2021	2022
Extremadura	Navarra	País Vasco	Navarra	País Vasco	País Vasco
País Vasco	Asturias	Navarra	País Vasco	Navarra	Navarra
Navarra	Castilla-LM	Aragón	Aragón	Asturias	Asturias
Castilla y León	Castilla y León	Castilla y León	Asturias	La Rioja	Cantabria
Cataluña	Aragón	La Rioja	Castilla y León	Aragón	Castilla y León
Andalucía	Baleares	CLM	CLM	Castilla y León	CLM
Cantabria	Extremadura	Extremadura	La Rioja	Extremadura	Extremadura
Aragón	País Vasco	Asturias	Extremadura	Galicia	La Rioja
Asturias	La Rioja	Madrid	Baleares	CLM	Galicia
Castilla-LM	Andalucía	Baleares	Galicia	Cantabria	Aragón
Galicia	Cantabria	Galicia	Cantabria	Baleares	Baleares
Baleares	Cataluña	Andalucía	Madrid	Cataluña	Valencia
Murcia	Murcia	Cantabria	Valencia	Madrid	Madrid
La Rioja	Madrid	Murcia	Cataluña	Canarias	Andalucía
Madrid	Galicia	Cataluña	Andalucía	Valencia	Canarias
Canarias	Canarias	Valencia	Murcia	Andalucía	Cataluña
Valencia	Valencia	Canarias	Canarias	Murcia	Murcia

La FADSP ante el documento “Recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria en Atención Primaria a nivel autonómico”

El 9 de agosto la Ponencia de Promoción de la Salud y el Comité Institucional del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria aprobó el documento “Recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria en atención primaria a nivel autonómico” (<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/AtenPrimaria.htm>).

La FADSP ha contribuido con aportaciones a su redacción. Consideramos que es el momento de hacer una valoración del resultado final del trabajo realizado.

Lo primero que queremos reseñar es la importancia de la cuestión tratada. A principio de los 80 el debate de la reforma sanitaria era si los servicios básicos ofertados serían de asistencia de calidad siguiendo el modelo “médico” o serían servicios de atención primaria con orientación comunitaria. Asistencia o Atención. La ley General de Sanidad se inclinó por la atención integral como proponía Alma Ata y recogía la tradición española del cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) que combinaba la clínica con la salud pública desde los tiempos de la República.

A pesar de la orientación legislativa, el desarrollo de la medicina comunitaria en los centros de salud ha sido escaso e irregular, abandonado a iniciativas voluntaristas de los profesionales motivados que “creían” en ella, y, por supuesto, sin presupuestos ni consideración organizativa específica. Actos de fe más que de desarrollo del modelo.

Estas razones y también nuevos enfoques teóricos (prescripción social, mapas de activos, modelo de

determinantes sociales en su aplicación a la clínica) han sido las que han motivado la aparición de las “Recomendaciones...”

La FADSP es consciente de que muchos documentos del Ministerio son un conjunto de buenas intenciones que acaban en los cajones de las distintas Consejerías de Salud. Baste citar el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Allí se especifica que las actividades de prevención y promoción de la salud se prestarán, tanto en el centro sanitario como en el ámbito domiciliario o comunitario. Citamos a modo de ejemplo actividades de educación para la salud grupales como la atención al tabaquismo, en el campo clínico la atención al embarazo y puerperio, atención al climaterio, programas dirigidos a los adolescentes, de entre las enfermedades crónicas se cita la obesidad etc. Que sepamos, no todos los centros de salud desarrollan estas actividades y con la pandemia prácticamente han desaparecido casi en su totalidad.

w

Por esta razón el trabajo de la FADSP en el grupo ha sido intentar pasar de las declaraciones filosóficas de principios asumibles por todos, a las actividades concretas fácilmente evaluables. En esto el documento final significa un progreso respecto a lo previo porque no solo introduce los nuevos conceptos (modelo de determinantes, prescripción social, mapa de activos...) sino que organizativamente propone:

- La ampliación y desarrollo del Servicio de Atención Comunitaria de la Cartera Básica Común de Atención Primaria, dotándola de los recursos necesarios.

- La regulación normativa de los espacios formales de participación como los Consejos de Salud.
- La organización de la agenda profesional teniendo en cuenta las actividades de la estrategia de salud comunitaria, estimando los tiempos necesarios para realizar actividad grupal y comunitaria y reconocer dicho tiempo dentro del horario laboral.
- La inclusión de objetivos específicos cuantificables anuales pactados en los contratos de gestión, estableciendo incentivos económicos, de horario y/o carrera profesional vinculados al desarrollo del desempeño en salud comunitaria.
- La dotación de presupuesto específico necesario a todas las acciones.

A nuestro juicio se podía haber avanzado más en la concreción, en la implicación en la medicina comunitaria de los Hospitales, en la colaboración operativa de los centros de salud con los departamentos de Salud Pública y en la devolución a los centros de su capacidad planificadora en un modelo más descentralizado.

Pero el problema no es afinar más en el contenido, sino el cumplimiento de las recomendaciones del Ministerio por parte de las Comunidades Autónomas. Ahí está el problema político de base. El SNS camina hacia la inequidad y el Estado deberá decidir, por encima de las CCAA, cuál es la orientación de un servicio básico para los ciudadanos y qué normas son de obligado cumplimiento.

LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LAS CCAA. INFORME 2022 (XVIIIº Informe)

FADSP

CRITERIOS ANALIZADOS

Se han utilizado los siguientes parámetros, que todos ellos son utilizados en las valoraciones de los sistemas sanitarios mundiales por la OCDE, OMS, Eurostat, HAQI (The Lancet) e indicadores claves del SNS.

Financiación, recursos y funcionamiento:

- 1)** Gasto per cápita en 2022, calculado a partir de los Presupuestos aprobados por las CCAA para 2022, divididos por el número de habitantes (censo de población INE).
- 2)** Camas por 1000 habitantes: número de camas por CCAA (Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado. Ministerio de Sanidad y Consumo) dividido entre la población.
- 3)** Camas por 1.000 habitantes de los servicios sanitarios públicos de las CCAA (Catalogo Nacional de Hospitales).

4) Quirófanos /1.000 habitantes (MS).

5) Tomografía axial computarizada (TAC) y resonancias magnéticas (RM): número de equipos por millón de habitantes (Ministerio de Sanidad).

6) Médicos generales de atención primaria por 1.000 habitantes (Ministerio de Sanidad)

7) Profesionales de enfermería en AP por 1.000 habitantes (Ministerio de Sanidad).

8) Médicos de atención especializada por 1.000 habitantes (Ministerio de Sanidad).

9) Profesionales de enfermería de atención especializada por 1.000 habitantes (Ministerio de Sanidad).

10) Porcentajes de cesáreas por partos atendidos (Ministerio de Sanidad).

- La regulación normativa de los espacios formales de participación como los Consejos de Salud.
- La organización de la agenda profesional teniendo en cuenta las actividades de la estrategia de salud comunitaria, estimando los tiempos necesarios para realizar actividad grupal y comunitaria y reconocer dicho tiempo dentro del horario laboral.
- La inclusión de objetivos específicos cuantificables anuales pactados en los contratos de gestión, estableciendo incentivos económicos, de horario y/o carrera profesional vinculados al desarrollo del desempeño en salud comunitaria.
- La dotación de presupuesto específico necesario a todas las acciones.

A nuestro juicio se podía haber avanzado más en la concreción, en la implicación en la medicina comunitaria de los Hospitales, en la colaboración operativa de los centros de salud con los departamentos de Salud Pública y en la devolución a los centros de su capacidad planificadora en un modelo más descentralizado.

Pero el problema no es afinar más en el contenido, sino el cumplimiento de las recomendaciones del Ministerio por parte de las Comunidades Autónomas. Ahí está el problema político de base. El SNS camina hacia la inequidad y el Estado deberá decidir, por encima de las CCAA, cuál es la orientación de un servicio básico para los ciudadanos y qué normas son de obligado cumplimiento.

LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LAS CCAA. INFORME 2022 (XVIIIº Informe)

FADSP

CRITERIOS ANALIZADOS

Se han utilizado los siguientes parámetros, que todos ellos son utilizados en las valoraciones de los sistemas sanitarios mundiales por la OCDE, OMS, Eurostat, HAQI (The Lancet) e indicadores claves del SNS.

Financiación, recursos y funcionamiento:

- 1)** Gasto per cápita en 2022, calculado a partir de los Presupuestos aprobados por las CCAA para 2022, divididos por el número de habitantes (censo de población INE).
- 2)** Camas por 1000 habitantes: número de camas por CCAA (Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado. Ministerio de Sanidad y Consumo) dividido entre la población.
- 3)** Camas por 1.000 habitantes de los servicios sanitarios públicos de las CCAA (Catalogo Nacional de Hospitales).

4) Quirófanos /1.000 habitantes (MS).

5) Tomografía axial computarizada (TAC) y resonancias magnéticas (RM): número de equipos por millón de habitantes (Ministerio de Sanidad).

6) Médicos generales de atención primaria por 1.000 habitantes (Ministerio de Sanidad)

7) Profesionales de enfermería en AP por 1.000 habitantes (Ministerio de Sanidad).

8) Médicos de atención especializada por 1.000 habitantes (Ministerio de Sanidad).

9) Profesionales de enfermería de atención especializada por 1.000 habitantes (Ministerio de Sanidad).

10) Porcentajes de cesáreas por partos atendidos (Ministerio de Sanidad).

11) Coste de alta hospitalaria calculado por GRD (Ministerio de Sanidad).

12) Intervenciones quirúrgicas por quirófano y año (Ministerio de Sanidad).

13) Porcentaje de intervenciones quirúrgicas realizadas por cirugía mayor ambulatoria (CMA) (Ministerio de Sanidad).

14) Urgencias atendidas en hospitales, frecuentación por 1000 habitantes (Ministerio de Sanidad).

Política farmacéutica:

15) Gasto farmacéutico 2021: gasto farmacéutico financiado por la Seguridad Social en recetas u orden de dispensación en 2021 (Ministerio de Hacienda), dividido por la población.

16) Crecimiento de gasto farmacéutico: porcentaje de crecimiento del gasto farmacéutico en 2021 en relación con 2020 (Ministerio de Hacienda).

17) Porcentaje de envases farmacéuticos en medicamentos genéricos en diciembre de 2020 (IQVIA).

18) Gasto farmacéutico hospitalario 2021: gasto farmacéutico hospitalario en 2021 (Ministerio de Hacienda), dividido por la población.

19) Crecimiento de gasto farmacéutico hospitalario 2021: porcentaje de crecimiento del gasto farmacéutico en hospitales en ese año respecto a 2020 (Ministerio de Hacienda).

Valoración de los ciudadanos:

20) Satisfacción: puntuación obtenida en el Barómetro Sanitario 2019.

21) Porcentaje de personas que opinan que el sistema sanitario funciona bien o bastante bien (Barómetro Sanitario 2019).

22) Porcentaje de personas que acudieron a la Sanidad Pública entre las que recibieron asistencia sanitaria en las 4 últimas semanas (Encuesta Europea de Salud 2020).

23) Porcentaje de ciudadanos que prefieren la asistencia sanitaria pública. Barómetro Sanitario 2019.

24) Porcentaje de personas que consideran que la atención recibida en Atención Primaria, consultas del especialista, urgencia u hospitalización fue buena o muy buena (BS 2019).

Listas de espera:

25) Porcentaje de ciudadanos que recibió la cita con el especialista en 15 días o menos. (Barómetro Sanitario 2019).



26) Porcentaje de ciudadanos que señala que recibe la cita de AP en 24 horas (Barómetro Sanitario 2019).

27) Días de demora media lista de espera quirúrgica a diciembre de 2021 (Ministerio de Sanidad 2022).

28) Días de demora media lista de espera primera consulta especialista a diciembre de 2021 (Ministerio de Sanidad 2022).

Privatización sanitaria:

29) Gasto de bolsillo anual por persona en sanidad (CIS).

30) Porcentaje del gasto sanitario dedicado a contratación con centros privados (MS).

31) Número de consultas por habitante y año en atención especializada privada (MS).

32) Número de consultas por habitante y año en medicina de cabecera privada (MS).

33) Privatización de los servicios sanitarios: presencia de fórmulas de gestión privada (fundaciones, empresas públicas, consorcios, etc.), concesiones administrativas, entidades de base asociativa o iniciativas de financiación privada.

34) Existencia de dedicación exclusiva de los profesionales al sistema sanitario público. La puntuación de cada CCAA se ha asignado teniendo en cuenta los cuartiles de cada una de las variables, asignando puntuaciones:

1) De 4 a 1 según la Comunidad Autónoma se encontrase en el cuartil 4º a 1º en las variables: 1,2,3,4,5,6,7,8,9, 12,13,17,20,21,22,23, 24, 25 y 26.

2) De 1 a 4 según la Comunidad Autónoma se encontrase en el cuartil 4º a 1º en las variables: 10,11, 14, 15, 16,18,19, 27, 28,29,30,31 y 32.

3) Se ha asignado un punto a aquellas CCAA que carecen de fenómenos de privatización de la provisión sanitaria (fundaciones, concesiones administrativas, consorcios, empresas públicas, etc) y 0 a las que presentan alguno de estos fenómenos.

4) Se ha asignado un punto a las CCAA en las que existe dedicación exclusiva de los profesionales y 0 a las que no la tienen.

PUNTUACIONES OBTENIDAS

La puntuación máxima posible es de 130 y la mínima de 32. La puntuación media obtenida por las CCAA ha sido de 79,58 (DS 10,67 con un intervalo de confianza para la media entre 74,10 y 95,07 (rango de 62 a 95).

De acuerdo con los cuartiles de la puntuación obtenida se han clasificado las CCAA en 4 grupos según los percentiles de la puntuación obtenida:

- percentil 25: 70
- percentil 50: 79
- percentil 75: 88,5



La clasificación de las CCAA, con estos criterios es la siguiente:

1) CCAA con mejores servicios sanitarios:

- País Vasco: 95
- Navarra: 93
- Asturias: 90

2) CCAA con servicios sanitarios regulares:

- Cantabria 88
- Castilla y León: 88
- Castilla la Mancha 88
- Extremadura: 88
- La Rioja 86

3) CCAA con servicios sanitarios deficientes:

- Galicia 79
- Aragón 76
- Baleares 75

- Valencia 72
- Madrid 71
- Andalucía 70

4) CCAA con peores servicios sanitarios:

- Canarias: 66
- Cataluña 66
- Murcia: 63

La diferencia entre CCAA es claramente excesiva (de 32 puntos sobre un máximo alcanzado de 95). La ratio entre la Comunidad autónoma de mayor puntuación y la de menor puntuación es de 1,50 y ha disminuido ligeramente respecto a 2021 (1,63), pero sigue evidenciando una gran disparidad en los servicios sanitarios entre las CCAA, que aunque se reduce ligeramente, continua poniendo en peligro la necesaria cohesión y equidad entre territorios.

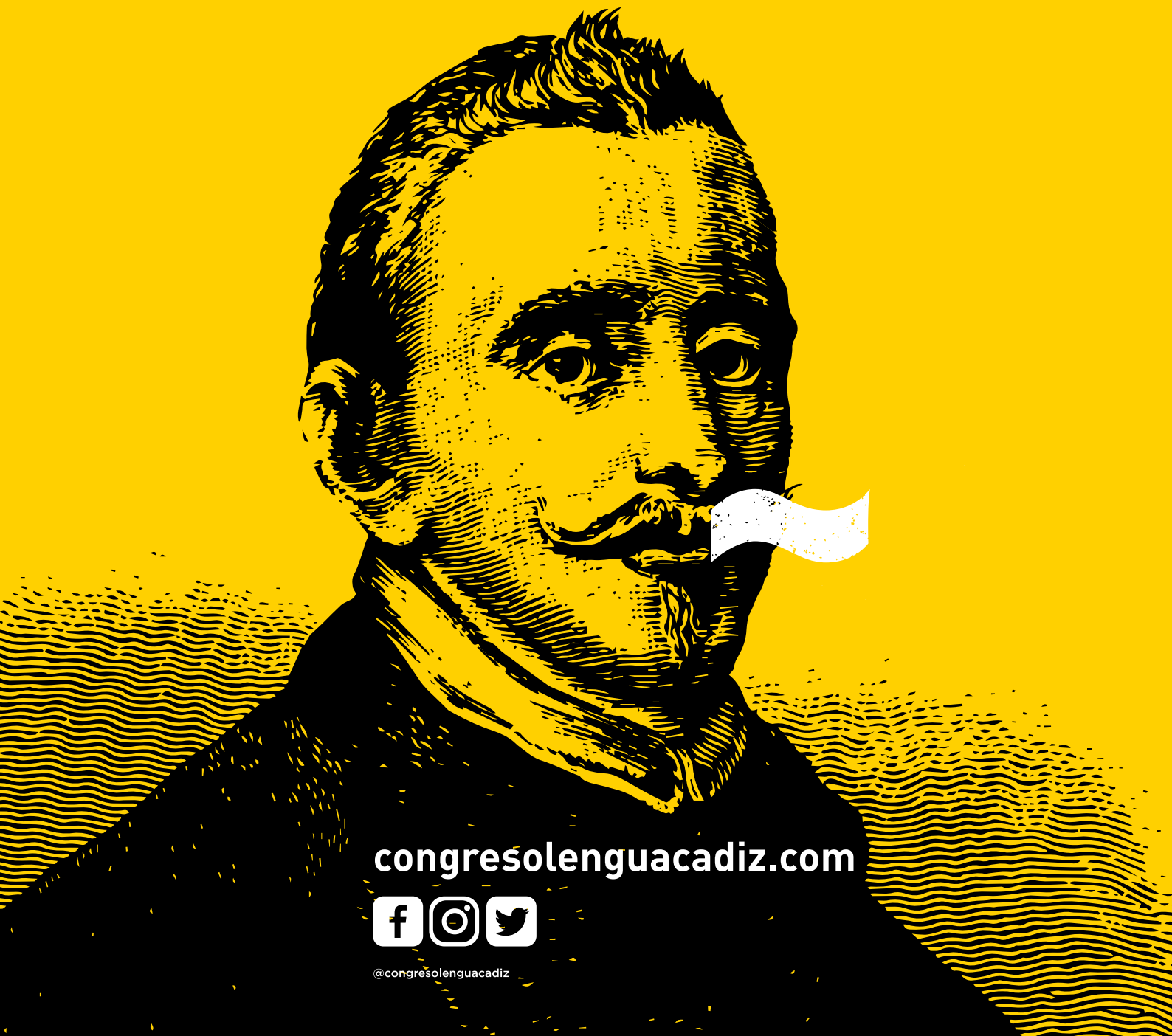
COMPARACIÓN DE LA POSICIÓN RELATIVA DE LAS CCAA EN LOS INFORMES ANTERIORES.

2009	2010	2018	2019	2021	2022
Extremadura	Navarra	País Vasco	Navarra	País Vasco	País Vasco
País Vasco	Asturias	Navarra	País Vasco	Navarra	Navarra
Navarra	Castilla-LM	Aragón	Aragón	Asturias	Asturias
Castilla y León	Castilla y León	Castilla y León	Asturias	La Rioja	Cantabria
Cataluña	Aragón	La Rioja	Castilla y León	Aragón	Castilla y León
Andalucía	Baleares	CLM	CLM	Castilla y León	CLM
Cantabria	Extremadura	Extremadura	La Rioja	Extremadura	Extremadura
Aragón	País Vasco	Asturias	Extremadura	Galicia	La Rioja
Asturias	La Rioja	Madrid	Baleares	CLM	Galicia
Castilla-LM	Andalucía	Baleares	Galicia	Cantabria	Aragón
Galicia	Cantabria	Galicia	Cantabria	Baleares	Baleares
Baleares	Cataluña	Andalucía	Madrid	Cataluña	Valencia
Murcia	Murcia	Cantabria	Valencia	Madrid	Madrid
La Rioja	Madrid	Murcia	Cataluña	Canarias	Andalucía
Madrid	Galicia	Cataluña	Andalucía	Valencia	Canarias
Canarias	Canarias	Valencia	Murcia	Andalucía	Cataluña
Valencia	Valencia	Canarias	Canarias	Murcia	Murcia



CÁDIZ

CANDIDATURA A CIUDAD
SEDE DEL X CONGRESO
INTERNACIONAL DE LA
LENGUA ESPAÑOLA



congresolenguacadiz.com



@congresolenguacadiz