

Murcia: Listas de Espera

El exhaustivo informe de la ADSP de Murcia sobre las listas de espera en la Comunidad Autónoma, especialidad por especialidad, concluye:

1. Aunque las cifras globales no son buenas, solo analizando las áreas por separado es posible tener una idea cabal del problema de las listas de espera en esta región. La nota global de la gestión de listas de espera regional es 4,6, suspenso y la mayoría de las áreas (6 de 9) están por debajo del 5. La evaluación podía haber sido peor pero el esfuerzo por mejorar la transparencia, las listas de espera quirúrgicas y el buen desempeño de algunas áreas como la IV, VII y VI han evitado una puntuación todavía más baja debido a resultados muy malos en áreas como la III, V o II.

2. En relación con las listas de espera quirúrgicas, aunque hay un leve empeoramiento global, es la única lista de espera que sale aprobada (6,3 puntos). La excepción es Lorca que suspende. Hay que destacar por sus excelentes datos al área del Noroeste (IV) y, notables también, Vega Media (VI), Murcia Oeste (VII) y Cieza (IX).

3. En consultas externas es donde nos encontramos los peores resultados con solo tres áreas aprobando la gestión (IV, VI y VII). Hay que destacar el elevado número de personas en listas de espera colapsadas. 16 En la actualidad existen 27.066 pacientes en toda la región (22,3% del total) en alguna lista de espera de consultas externas colapsada, es decir, personas sin cita y sin esperanza de tenerla en un tiempo razonable ya que, al menos, esperan los citados más del doble del tiempo máximo comprometido (50 días) y más del 50% de pacientes están sin fecha asignada. Estos enfermos están en un limbo sin fecha a la vista de solución y, por tanto, en grave riesgo de sufrir retrasos extremos ya que no solo las demoras son ya excesivas, sino que la propia organización ignora cuando podrá resolverse la situación de la mayoría de las personas que esperan. Que esta situación se produzca en más de 1 enfermo de cada 5 que está en espera en la Región para consultas externas nos parece extremadamente grave y la consejería tendrá que dar cuenta lo antes posible con planes específicos iniciados y compromiso de evaluación urgente de la situación actual (recon-

demostramos que las listas analizadas corresponden a diciembre de 2023). En la tabla abajo destacamos las consultas externas que consideramos colapsadas y el número de enfermos afectados.

4. En pruebas complementarias hay 5 áreas que aprueban su gestión, aunque la puntuación global regional es deficiente. Hay 7592 pacientes atrapados en listas de espera colapsadas, el 12,7% del total de personas en espera para pruebas en la Región. En la tabla abajo señalamos las pruebas colapsadas por área y su impacto global.

5. Mención aparte merece el área de salud de Lorca que podemos considerar en fallo sistémico. Excepto las listas de espera quirúrgicas que, aunque con malos datos, han mejorado respecto a diciembre de 2022, en consultas externas y pruebas complementarias la situación es catastrófica. Casi la mitad de las personas en espera se encuentran sin citar en especialidades o pruebas con más del doble de demora y más del 50% sin fecha asignada. La necesidad de un Plan de Rescate es crítica. Creemos que debe haber responsabilidades políticas con ceses en la dirección del área, un plan específico y creíble para cada especialidad o prueba afectada así como la monitorización precoz de resultados.





Listas de espera: FADSP

La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública ante la publicación de las listas de espera (quirúrgica y de primera consulta del especialista) del Sistema Nacional de Salud a diciembre de 2023, tiene que señalar:

1. El elevado número de personas de listas de espera es un problema central del funcionamiento de la Sanidad Pública. En lista de espera quirúrgica (LEQ) y en primera consulta (LEC) se encontraba el mayor número de personas hasta la fecha (849.535 personas en LEQ y 3.917.485 en LEC), datos que han ido empeorando progresivamente.

2. Las elevadas listas de espera suponen un serio problema de salud para quienes están en ellas, agravado por el hecho de que se trata de esperas sumatorias (espera en AP + en consulta del especialista + en pruebas diagnósticas + en LEQ) y fomentan de manera clara la búsqueda de alternativas en el sector privado, generando una intolerable desigualdad, y en las urgencias hospitalarias que no paran de aumentar de manera inapropiada.

3. La LEQ, con una demora media de 128 días (la mayor desde junio de 2021 y un 24,3% de las personas que esperan más de 6 meses) es grave, pero no es la más preocupante pues se supone que se trata de personas diagnosticadas y cuya demora puede en principio priorizarse por gravedad, pero la LEC es especialmente preocupante (101 días, la mayor desde diciembre de 2020, con un 56,3% de los pacientes esperando más de 60 días) porque en ella pueden encontrarse personas con graves problemas de salud que pueden empeorar notablemente durante este tiempo.

4. Las listas de espera de nuevo tienen una gran variabilidad según las distintas CCAA. La LEQ va desde 51 días en Madrid hasta 181 en Extremadura, aunque los datos de Madrid contrastan con la práctica diaria y están evidentemente manipulados (no se contabilizan a las personas que se niegan a ser derivadas a un centro privado, un 10% del total y que tienen una demora oficial del doble de días, se contabilizan a partir de la consulta del anestesista y se utiliza una contabilidad creativa colocando a personas en situación de “transitoriamente no programables” de manera alternante, con lo que no se computan esos días).

5. Las LEC van desde 54 días de La Rioja a 149 de Canarias (esperan más de 60 días desde el 91,7% en Canarias hasta el 36,3% en el País Vasco. De nuevo Madrid ofrece datos contradictorios porque asegura tener una demora media de 67 días y que el 68,9% esperan más de 60 días los que difícilmente creíble.

6. Todo ello a pesar del aumento de derivaciones y contrataciones con el sector privado que no solo no ha solucionado el problema sino que lo ha empeorado (al encarecer los costes asistenciales y producir una disminución de los presupuestos de los centros públicos). Evidenciando el fracaso de la estrategia privatizadora que solo favorece los negocios privados.

La FADSP ante la publicación de la estadística de gasto sanitario público 2022

Recientemente, a finales de abril de 2024, el Ministerio de Sanidad ha hecho pública la Estadística de Gasto Sanitario Público 2022, y ante la misma desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública tenemos que hacer las siguientes consideraciones:

1. Resulta llamativa la tardanza en la publicación de estos datos, año y medio después, lo que supone una falta de transparencia de la administración pública que venimos señalando reiteradamente, lo que por otro lado, contrasta, por ejemplo, con los datos sobre gasto farmacéutico que están disponibles para el conjunto de 2023 desde hace tiempo. Se necesita tener información actualizada, y este es un tema en el que el Ministerio de Sanidad tiene que mejorar significativamente.

2. A pesar de ello resulta interesante analizar los datos que evidencian la crónica infrafinanciación de la Sanidad Pública que está detrás de muchos de sus problemas. Así en 2022 se produce una disminución del % del PIB dedicado a la Sanidad Pública (que pasa del 7,5% en 2020, dato en gran parte debido a la disminución del PIB más que al aumento del gasto sanitario, al 6,8% en 2022), situación está que no parece vaya a mejorar en 2023 y menos aún en 2024, donde el presupuesto del Ministerio de Sanidad sufre un recorte de 1.500 millones sobre el de 2023 (un 21,9% menos, ver Orden del Ministerio de Hacienda HFP/1254/2023 de 22 de Noviembre). Es decir, el gasto sanitario público (GSP) en % sobre el PIB tiene una tendencia clara a disminuir.



3. El gasto de las CCAA sigue siendo la partida más importante del GSP (el 91,5%) con un gasto sanitario per cápita de 1.769 con la característica gran variabilidad entre ellas (desde 1.533 de Andalucía a 2.142 del País Vasco).

4. En la clasificación funcional sigue llamando la atención el predominio del gasto en Atención Especializada (60,7%), aunque está sesgada porque incluye el gasto farmacéutico, el bajo gasto Atención Primaria (14,3%), el elevado en conciertos (10,1%, 2,63 puntos más que en 2021) y la bajada en los servicios de salud pública (3,3%) menor que en 2021(4%) si bien ya señalamos en su momento que dentro del gasto de salud pública se está contabilizando el gasto en vacunas, lo que lo eleva artificialmente.

5. El gasto farmacéutico merece un comentario aparte porque se contabiliza sólo como tal el de recetas (14,7%). Si le añadimos el gasto hospitalario (disponible como ya se ha dicho en la web del Ministerio de Hacienda) vemos que el gasto farmacéutico total en 2022 fue del 25,14% sobre el total de GSP, lo que supone un incremento de 0,92 puntos respecto a 2021.

En resumen, infrapresupuestación sanitaria que se mantiene y previsiblemente continuará, aumento del gasto en conciertos y en farmacia y escasa financiación de la Atención Primaria. Datos todos ellos que explican la mala situación de la Sanidad Pública y urgen a los responsables de las administraciones públicas a ponerles solución, lo que hasta ahora no está sucediendo.

La FADSP ante el anuncio del Ministerio de Sanidad de elaboración de una Ley de Gestión Pública e Integridad del Sistema Nacional de Salud

La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública ante el anuncio del Ministerio de Sanidad reelaboración de una Ley de Gestión Pública e Integridad del Sistema Nacional de Salud tiene que señalar lo siguiente:

- 1.** Desde la FADSP hemos señalado reiteradamente que la privatización del sistema sanitario de nuestro país es un grave problema para el mismo, básicamente porque aumenta de manera exponencial los costes de la atención sanitaria, deteriora de manera complementaria los centros públicos que ven como los fondos correspondientes son derivados hacia el sector privado, lo que hemos denominado el círculo vicioso de la privatización, y suponen un empeoramiento de la atención sanitaria y de la salud de la población (ya hay muchas evidencias que señalan que la privatización aumenta la mortalidad evitable), a más de colocar en manos privadas la garantía del logro de un derecho fundamental como es el de la protección de la salud.
- 2.** Por eso entendemos que cualquier paso que se de en el horizonte de blindar el sistema sanitario público potenciando la gestión pública y favoreciendo la detención de las privatizaciones y la recuperación de lo privatizado es un paso positivo que hay que apoyar.
- 3.** No obstante el documento que ha hecho el Ministerio de Sanidad para una Consulta Previa es sumadamente inconcreto, y elige una vía de elaboración que tiene unos plazos excesivamente prolongados, que ni siquiera garantizan que la Ley llegue al Parlamento en esta legislatura, y mucho menos que se apruebe durante la misma.
- 4.** En todo caso entendemos que esta Ley debería de seguir adelante y contemplar las siguientes cuestiones:
 - Derogación expresa de la Ley 15/97 y las leyes autonómicas que se basan en ella.
 - Garantía de la gestión pública de los centros y servicios sanitarios sufragados con los presupuestos públicos.
 - Rechazo a cualquier nuevo contrato, concurso o concesión para la gestión privada de servicios sanitarios de financiación pública.
 - Garantizar la reversión de los centros actualmente en manos privadas a la finalización de los contratos, así como imposibilitar la venta o transferencia de los mismos a empresas distintas de las que recibieron la concesión inicial.
 - Bloquear los conciertos con entidades privadas si no se demuestra de manera fehaciente la imposibilidad de la Sanidad Pública para cubrir las prestaciones objeto de los mismos.
 - Potenciar la dedicación exclusiva de los profesionales de la Sanidad Pública y la utilización intensiva de sus recursos.
 - Integración de la asistencia sanitaria de las Mutualidades de funcionarios en la Sanidad Pública.

- Potenciar el papel de la Alta Inspección en el control del funcionamiento de los centros de gestión privada y en cualquier actividad relacionada con la mal llamada colaboración público-privada.

Entendemos que todos estos aspectos deben estar presentes en cualquier Ley que pretenda garantizar una Sanidad Pública que asegure una atención sanitaria de calidad en un tiempo razonable a toda la población, y que es urgente la aprobación de la misma.

ADSP

Asociación
para la Defensa de
la Sanidad Pública

SOLICITUD DE ADMISIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS _____
 DOMICILIO _____
 LOCALIDAD _____ CP _____
 TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____
 PROFESIÓN/CATEGORÍA _____ DNI _____
 CENTRO DE TRABAJO _____ TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____
 Cuotas: 52 € semestrales para los socios con trabajo y 63 € anuales para los socios que se encuentren en situación de desempleo.
 BANCO/CAJA _____ OFICINA _____
 CUENTA _____
 DOMICILIO _____ LOCALIDAD _____ CP _____
 Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la **Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública**
 Fecha: _____ Firma _____

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid (www.fadsp.org) Tel.: 91 333 90 87. Fax 91 437 75 06 (ver direcciones en pág. 31)

salud2000

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS _____
 DOMICILIO _____
 LOCALIDAD _____ CP _____
 TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____
 PROFESIÓN/CATEGORÍA _____ DNI _____
 CENTRO DE TRABAJO _____ TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO _____
 Cuotas: 52 euros semestrales para los socios con trabajo y 63 euros anuales para los socios que se encuentren en situación de paro.
 BANCO/CAJA _____ OFICINA _____
 CUENTA _____
 DOMICILIO _____ LOCALIDAD _____ CP _____
 Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la revista **salud2000**
 Fecha: _____ Firma _____

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid (www.fadsp.org) Tel.: 91 333 90 87. Fax 91 437 75 06 (ver direcciones en pág. 31)