

La Atención Primaria en las Comunidades Autónomas también es desigual

Informe 2024



El Informe es una actualización de los 5 anteriores (realizados en abril de 2019 junio de 2020, julio de 2021, abril de 2022 y enero 2023, disponibles en las webs www.fadsp.org y www.fadsp.es). En este se han incorporado los cambios en los datos que son públicos y homogéneos para todas las CCAA. Hay que resaltar que sigue habiendo una ausencia de muchos datos actualizados por lo que hay que referirse a los disponibles correspondientes a 2021 y 2022, alguno de 2023 y 2024. En todo caso, creemos que permite tener un amplio panorama de la situación de la Atención Primaria y explica, en parte, sus problemas durante la pandemia y en el momento actual, así como las dificultades para abordarla. La Atención Primaria (AP) es el primer nivel asistencial que, siendo el más importante para el funcionamiento del sistema sanitario, permanece enmascarado ante la opinión pública, que no ante la población, ya que la AP es la que más habitualmente utiliza y, por lo tanto, a cuyo empeoramiento es más sensible. Sus problemas y deterioro han supuesto importantes movilizaciones

en todo el país, y a pesar de ello sigue sin recibir la atención necesaria (presupuestaria, de recursos, etc.) por parte de las administraciones sanitarias. Como en los informes anteriores este se encuentra estructurado en 7 apartados: evolución de la financiación y el gasto sanitario; recursos; actividad; gasto farmacéutico por recetas; opinión de la ciudadanía; conclusiones y recomendaciones.

Reproducimos aquí los apartados de conclusiones y recomendaciones. El informe completo se puede consultar en: https://fadsp.es/wp-content/uploads/2024/02/Informe_AP_CCAA4.pdf

CONCLUSIONES

Gasto sanitario

La mayoría de las CCAA vieron un ligero incremento en el gasto sanitario (2021-2022), únicamente Baleares tuvo un incremento significativo del 17,59%.

Si nos fijamos en el gasto en euros por habitante, el promedio del año 2021 fue de 243,16€, entre 302,02 Navarra y 162,27 Madrid.

Si consideramos el presupuesto por habitante se evidencia un aumento promedio de 1,35€ per cápita con respecto al año 2023. En este caso se produce un aumento en todas las CCAA menos Asturias (41,3€ menos), Madrid (4,12€ menos) y La Rioja (8€ menos) y las 3 que prorrogan que mantienen el presupuesto per cápita del año anterior. El presupuesto per cápita para AP en 2024 va desde 402€ en Extremadura hasta 150,9€ en Madrid (media de las CCAA 287,4€). Recursos

En 2022 se produce una ligera disminución en la ratio de TSI por profesional de medicina de familia. La ratio de TSI de pediatría, de enfermería y de auxiliares administrativos han experimentado un ligero descenso. En 2022, se registra la ratio de auxiliares más baja desde 2019.

En medicina de familia las ratios van desde 931 en Castilla-La Mancha hasta 1735 en Islas Baleares. Las TSI por profesional en medicina disminuyen ligeramente en 11 CCAA y aumentan en el resto, a excepción del País Vasco que conserva la misma ratio de 2021. El porcentaje de profesionales con más de 1.500 TSI ha sufrido un incremento preocupante con respecto a 2021 (59,35% en 2022 y 38,17% en 2021). Igualmente, el porcentaje de profesionales con más de 2000 TSI se ha incrementado (2,49% en 2021 y 4,14% en 2022). Se destaca la situación de Baleares (77,52%), Andalucía (69,59%) y Madrid (47,10%).

En pediatría la ratio sigue siendo elevada, pero se mantiene en un ligero descenso desde el año 2019, lo cual, es probable que se deba a las bajas tasas de natalidad del país. Las ratios oscilan entre 12,1% en Madrid y 0,0% en cuatro CCAA. Es probable que estas cifras encubran la falta de acceso a pediatría en varias Comunidades Autónomas. Los porcentajes más altos (más de 1250 TSI por profesional) son los de Madrid (12,1%) y Baleares (9,9%).

En enfermería se mantiene la situación atípica de nuestro sistema sanitario que hace que el número de profesionales de enfermería sea menor que el de medicina en AP cuando el promedio de la OCDE está en 1,5 a favor de la enfermería. Las 3 CCAA con mayor ratio de TSI por profesional son: Madrid (1.979), Baleares (1.723), y Murcia (1.708).

El personal administrativo disminuye ligeramente con respecto al año 2021. Aunque la disminución ha sido ligera con respecto a años anteriores, la cantidad de TSI administrativo en 2022 es inferior

a 2019, año en que se dio la primera disminución considerable.

Actividad

El número de consultas de AP en medicina de familia disminuyó en un 1,72% con respecto al año 2021, mientras que el de enfermería fue de 17,92%. En cuanto a la frecuentación por edades destaca claramente el grupo de 35 a 64 años con 107.887.767 y el grupo de 65 años con más de 255.947.26 de consultas.

La tasa de urgencias y emergencias resueltas por el centro es elevada (81,04 por mil habitantes), con un leve incremento con respecto a 2021 (78,27). Las que necesitaron desplazamiento de un profesional incrementaron un 110,95 por mil habitantes.



En cuanto a la variación interanual (de 2021 a 2022) de las consultas de medicina de familia según el lugar de consulta, se observa una disminución general de las teleconsultas del 27% y un aumento del 26% en las consultas presenciales. Con gran variabilidad entre las CCAA, las consultas van desde un incremento del 50% en Asturias hasta una disminución del 27% en las Baleares. Las telefónicas desde un aumento de 733% en Baleares hasta una disminución en Andalucía y Madrid del 40%. Vale la pena destacar que la metodología en la recolección de datos sobre consulta en Baleares fue modificada en 2021. Los datos del conjunto de consultas son correctos, pero presentan ciertos problemas en la división de consultas y teleconsultas.

En cuanto a la variación interanual (de 2021 a 2022) de las consultas de pediatría según el lugar de consulta, se observa un incremento general del 33% en las consultas presenciales (distribuido entre 60% en Asturias y 4% en Aragón), y una disminución general del 33% en las consultas telemáticas (distribuido desde un incremento del 107% en Baleares hasta una disminución del 52% en Extremadura).

En enfermería se produjo una disminución importante en ambas modalidades, presencial en un 17% (van desde un aumento del 9% en Navarra hasta una reducción del 35% en Valencia) y teleconsultas 28% (van desde un incremento en Baleares del 45% hasta una disminución del 67% en Extremadura).

Gasto farmacéutico

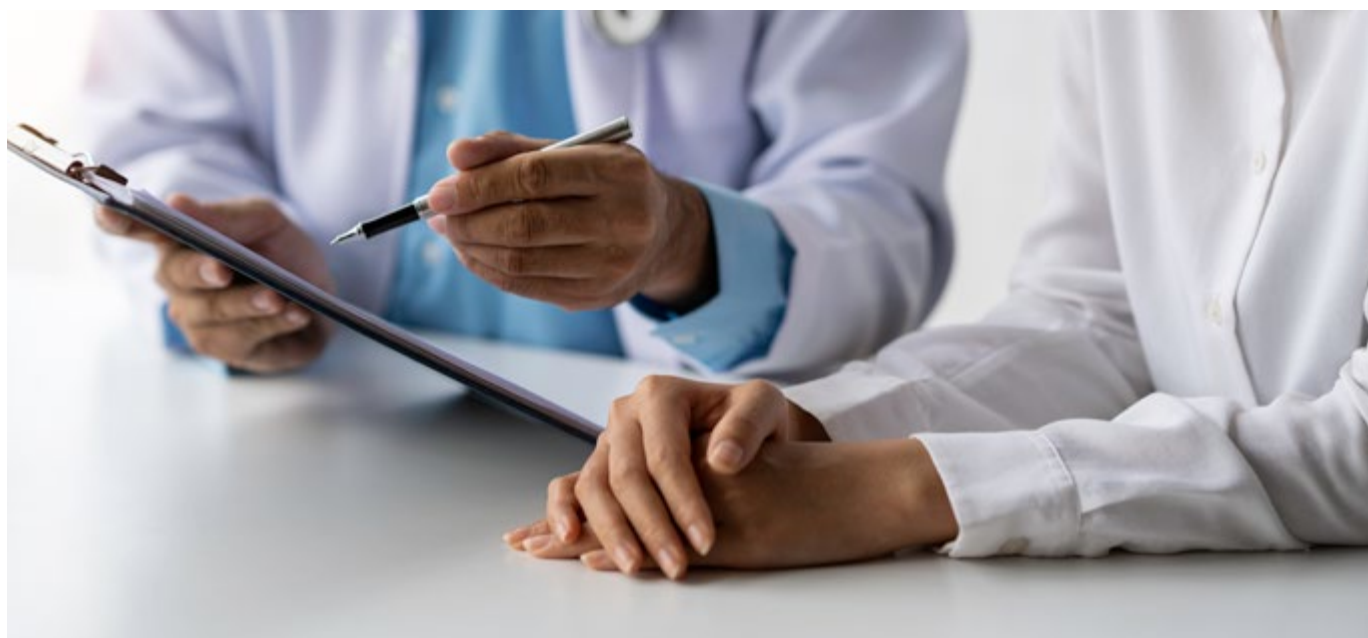
El gasto farmacéutico por recetas es el que depende mayoritariamente de AP, aunque la primera receta del especialista debe de computarse en atención Especializada los datos no están desagregados. El gasto en números absolutos: 43 de recetas farmacéuticas aumenta considerablemente entre 2014 a noviembre de 2023, un aumento que se observa en todas las CCAA.

En 2022 el gasto por habitante en el cómputo total del país fue de 269,63€, lo que supone un aumento de 21,73€ desde 2021, y 62,53€ más desde 2014. Este aumento se observa en todas la CCAA sin excepción.

Opinión de la ciudadanía

La opinión de la ciudadanía nos permite ver la preferencia de los ciudadanos y ciudadanas con respecto a la utilización de la Sanidad Pública en contraposición a la privada, observando así que en el año 2023 el 70,0% de los encuestados prefirieron acudir a la Sanidad Pública, con una variación que va desde el 80,2% en País Vasco al 63,7 en la Comunidad Valenciana.

"En el año 2023, El 70,0% de los encuestados prefirieron acudir a la Sanidad Pública."



En cuanto a la valoración media de la AP vemos que hay un leve aumento en 2023, quedando en un 6,37, con una CCAA con una puntuación inferior al 6: Andalucía (5,98). Asimismo, la valoración en la atención recibida en medicina y enfermería es considerablemente mejor (7,79 y 7,96 respectivamente). Y la valoración en la atención recibida por el médico de familia como buena o muy buena sufre un aumento de 1,7 puntos con respecto a 2022, quedando en 81,40.

Con relación a las demoras vemos que el 86,7% de los encuestados tuvieron una demora superior a 2 días, y el 56,3% mayor a 7 días, quedando patente que la situación ha empeorado notablemente, aunque las demoras en AP ya estaban presentes antes de la pandemia. El porcentaje con demoras superiores a 2 días según CCAA van desde el 92,8% en Andalucía al 68,3 en Navarra, y con demoras mayores de 7 días desde el 69% en Andalucía al 20,6% en Navarra. Además, destaca que la espera media en días en AP en España es de 9,12 días, hecho que es intolerable y muy problemático para la ciudadanía.

Hemos observado también, que en el año 2023 hubo un amplio porcentaje de personas que no pudieron acceder a la AP teniendo un problema de salud, porcentaje que asciende al 11,2% en el total del país, siendo Andalucía la CCAA con mayor porcentaje de personas que no pudieron acceder a la AP (15,2%) y Asturias la que menos (4,4%).

Con respecto a las consultas telemáticas contra las consultas presenciales, vemos que las primeras suponen el 20,7% (25,9% en Canarias a 14,4% en Cantabria), mientras que las presenciales suponen el 78,6% (81,1% en Cantabria a 73,4% en Canarias). Para un 36,6% de la población las consultas telefónicas resultan incómodas, un 21,1% está poco o nada satisfechos con estas consultas, un 56,6% creen que por teléfono no pueden explicarse bien, y un 66,8% indica que no entiende igual de bien las explicaciones del médico/a por teléfono que cara a cara. El 32,2% opina que todas las consultas deberían ser presenciales, y un 64,7% señala que 44 algunas de las consultas las puede hacer por teléfono y otras deben ser presenciales.

En cuanto a la satisfacción por el tiempo dedicado en consulta, el promedio del país es de un 6,8 sobre 10 (desde un 6,45 en Andalucía a 7,44 en Aragón). Mientras que el 76,3% dicen haber podido ser partícipe de su tratamiento, y un 83,3% pudo realizar preguntas al medio/a.

Un 24,1% de los encuestados piensan que la comunicación y coordinación entre la AP y las espe-



cialidades y hospitales es mala o muy mala. Y un 22,3% piensan que la situación de la AP les afecta mucho o bastante en su vida personal.

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR Y CONSOLIDAR LA ATENCIÓN PRIMARIA.

Primera. Deben de incrementarse notablemente los presupuestos sanitarios para la AP, una cifra que se estima razonable es en torno al 25% del presupuesto sanitario público, es decir unos 10.000 millones más, lo que debe de realizarse de una manera escalonada, en 2025 debería de fijarse en 540 por habitante y año. En todo caso sería importante una financiación sanitaria finalista para poder garantizar los presupuestos destinados a la AP y acabar con la excesiva variabilidad actual.

Segunda. Es fundamental disminuir la presión asistencial en la AP, para ello se precisa, aparte de unos mayores presupuestos, un incremento sustancial de las plantillas que establezca un máximo de 1300 TSI para profesionales médicos y de enfermería y de 1.000 para pediatría (por supuesto lo ideal sería establecer unos límites de acuerdo

con el perfil de la población: edad, morbilidad, dispersión, etc.). Esto significa a corto plazo un aumento de al menos 8.000 profesionales de medicina y 15.000 de enfermería en AP en todo el país. A medio plazo deberíamos avanzar hacia una relación de profesional de enfermería/ de medicina de 1,5.

Tercera. A corto plazo debe garantizarse también que no existan profesionales médicos y de enfermería con más de 1.500 TSI asignadas.

Cuarta. Deben de ser convocadas todas las plazas de formación MIR acreditadas para pediatría, medicina de familia y enfermería comunitaria, para permitir la existencia de especialistas cualificados en AP.

Quinta. Asimismo, hay que realizar aumentos en el personal administrativo para lograr una ratio

de 1.700 TSI /administrativo (unos 10.000 más en todo el país) y el compromiso de recuperar las citaciones desde los centros de salud.

Sexta. La accesibilidad y la continuidad son dos características principales de la AP que hay que garantizar, por lo que habría que asegurar que más del 95% de la demanda se atenderá en 48 horas.

Séptima. Deben recuperarse las consultas presenciales por motivos clínicos y siempre que así lo soliciten los usuarios, garantizando que las consultas telefónicas y telemáticas tengan un papel no discriminatorio para personas mayores o con dificultades para manejar las nuevas tecnologías.

Octava. La AP debe de recuperar las actividades de promoción y prevención, así como la visita domiciliaria y la atención comunitaria.



Novena. Hay que aumentar de manera significativa la capacidad de resolución de la AP y para ello es necesario ampliar y homogeneizar el acceso a técnicas diagnósticas y terapéuticas, y a recursos tecnológicos.

Décima. Deben mejorarse los protocolos de utilización de medicamentos en AP porque debería reducirse la excesiva variabilidad entre CCAA detectada.

Undécima. Hay que restablecer las áreas sanitarias como espacio geográfico, poblacional donde planificar y asignar recursos y coordinar la activi-

dad de los dos niveles asistenciales en función de las características y necesidades de la población.

Duodécima. La AP debe de asumir la coordinación de la atención sociosanitaria y el control asistencial de las residencias de mayores y dependientes, o que se ha demostrado crucial durante la pandemia.

Decimotercera. Deben de mejorarse de manera sustancial los mecanismos de coordinación entre la AP y la especializada para mejorar el seguimiento de los problemas de salud de la población.

Decimocuarta. Hay que promover el trabajo en equipo, asignando unos roles que garanticen el uso racional y eficiente, así como la atención integral de salud.

Decimoquinta. La participación comunitaria es una de las premisas para conseguir una AP de calidad al servicio de la población y es indisoluble con la autonomía de gestión.

Decimosexta. LA AP debe de tener un mayor protagonismo en el abordaje de los determinantes de salud, de la salud medioambiental y de la salud laboral.

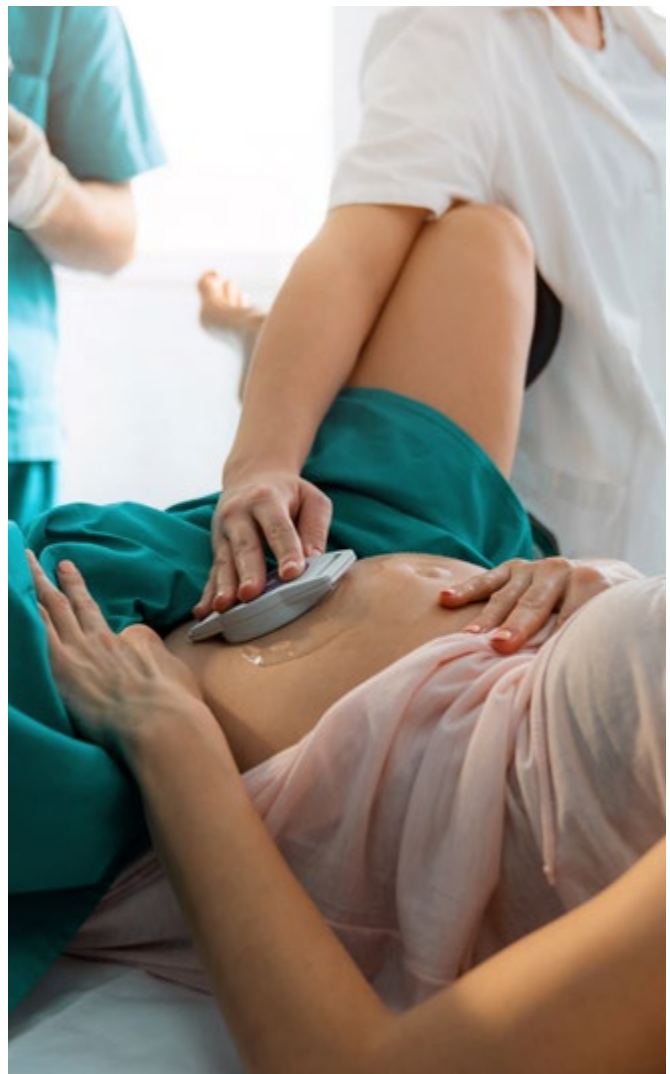
Decimoséptima. Se necesita una mayor transparencia en la información del funcionamiento de la AP, tanto en cuanto a recursos, actividad, calidad y resultados en salud.

Decimooctava. Hay que aumentar los profesionales de las Unidades de Apoyo de AP (fisioterapeu-

tas, odontología, protésicos, psicología, matronas, etc.) estableciendo criterios homogéneos de dotación de las mismas.

Decimonovena. Hay que potenciar la investigación en AP para potenciar un mejor abordaje de los problemas de salud más prevalentes y sus determinantes.

Veinteava. Desarrollar la orientación comunitaria en los centros de salud. La orientación hacia la medicalización de la sociedad y la configuración actual de los equipos comporta que la Atención Primaria a veces carezca de la capacidad para desarrollar determinados roles. Se hace necesario trabajar con los agentes sociales (asociaciones vecinales, ayuntamientos, etc.) y aprender a colaborar con ellos en red para, por ejemplo, mejorar la atención sociosanitaria a personas mayores y a otros grupos vulnerables.



La privatización sanitaria de las CCAA 2024

Décimo informe

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Mayo de 2024



INTRODUCCIÓN

La privatización sanitaria es un gran problema de nuestro sistema sanitario público, porque incrementa los costes de manera importante y mercantiliza un derecho fundamental de las personas, uno de los pilares clave del Estado del Bienestar. Hay evidencias de que se ha extendido a todo el Sistema Nacional de Salud teniendo una intensidad variable según las CCAA atendiendo tanto al grupo político en el gobierno como a otras circunstancias. Las privatizaciones se profundizaron y diversificaron a partir de la finalización de las transferencias sanitarias en 2001 y del primer gobierno del PP a nivel central, y se han acentuado en las anteriores legislaturas, en gran parte aprovechando la excusa de la crisis económica y de la pandemia.

La privatización sanitaria se inició en nuestro país hace bastante tiempo. Poco después de aprobarse la Ley General de Sanidad (1986) ya comenzaron a producirse fenómenos que favorecían la privatización sanitaria y cuestionaban el modelo de Sanidad Pública que propugnaba la LGS, como la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (1990) y el Informe Abril (1991).

Los recortes y el deterioro de la Sanidad Pública han sido y continúan siendo el principal incentivo para el crecimiento del sector privado, y por eso es una de las estrategias utilizadas para favorecer la privatización.

Obviamente este aumento de la provisión y del aseguramiento privado va unido a una mayor desigualdad y a exclusiones porque solo acceden a estas fórmulas las personas con más recursos, pero también se conoce que el aumento de la financiación pública hacia el sector privado produce un aumento de la mortalidad evitable y que ello se debe a que va unida a una desfinanciación paralela de los centros de gestión pública (*Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013-20: an observational study of NHS privatisation. Lancet 2022*).

La falta de transparencia informativa es uno de los grandes déficits de nuestro sistema sanitario, por lo que resulta complicado obtener datos concretos de las administraciones sanitarias y más aún si se pretende que sean homogéneos para todas las CCAA. A pesar de ello nuestros resultados coinciden con los de otras publicaciones que señalan también estas limitaciones.

Con estas restricciones, desde la FADSP venimos analizando periódicamente, con los datos disponibles, el grado de privatización de los servicios sanitarios de las CCAA para establecer las diferencias que pueden existir en este aspecto. De nuevo, hay que destacar que se trata de una comparación entre las mismas, y en modo alguno de una valoración absoluta de si hay o no privatización, ya que esta existe en todas ellas, y en todas va en aumento.

VARIABLES ANALIZADAS

Se evalúan aspectos de aseguramiento, financiación privada (en seguros sanitarios y gasto de bolsillo), recursos y utilización del sector privado y porcentaje de gasto sanitario público dedicado directamente a contratación con los centros privados, así como la existencia de fórmulas de colaboración público-privadas establecidas en la comunidad autónoma. Solo se utilizan datos que se encuentran publicados y en las fuentes disponibles: Ministerio de Sanidad (MS), Instituto Nacional de Estadística, Barómetro Sanitario, IDIS.

Las variables analizadas han sido las siguientes:

1. Porcentaje de población total que estando cubierta por las Mutualidades de Funcionarios (Barómetro Sanitario) elige la atención sanitaria por seguros privados.
2. Gasto sanitario per cápita en seguros privados (€/habitante/año) (IDIS).
3. Gasto sanitario de bolsillo per cápita (€/año) (INE).
4. Porcentaje del gasto sanitario dedicado a concertación con centros privados (Ministerio Sanidad).
5. Porcentaje de camas hospitalarias privadas sobre el total (MS).
6. Porcentaje del equipamiento de alta tecnología en hospitales privados sobre el total (MS).
7. Número de consultas anuales a especialistas del sector sanitario privado por 1000 habitantes (MS).
8. Porcentaje de personas que han acudido al médico general privado en el último año (Barómetro Sanitario).
9. Presencia de modelos de colaboración público-privada.
10. Existencia de dedicación exclusiva.

Hay que ser conscientes de que las cifras de contratación del sistema público con el sector privado están infraestimadas por dos motivos: la presencia del modelo de las mutualidades de funcionarios, que en su mayoría dedica fondos públicos a financiar seguros privados, y luego porque existen muchos casos de contratación directa de los centros sanitarios con el sector privado (pruebas diagnósticas, etc.) con lo que estas partidas no aparecen contabilizadas de manera diferenciada y se incluyen en los presupuestos de los centros públicos.

Los ocho primeros apartados se han puntuado de 1 a 4 según la posición de cada Comunidad en los cuartiles de cada variable, considerando el más bajo el de menor puntuación. La variable 9 se ha puntuado asignando un punto a las CCAA donde existen estos fenómenos y 0 a aquellas en las que están ausentes. La variable 10 se ha puntuado asignando un punto a aquellas CCAA donde no hay dedicación exclusiva y 0 a aquellas en las que existe.

Este año hemos utilizado el porcentaje de personas (sobre el total de la población) que teniendo asistencia por las Mutualidades de funcionarios han elegido la asistencia privada, en lugar del % de población cubierta por estas porque nos parece que expresa mejor el grado de privatización.



RESULTADOS

De acuerdo a estos criterios se han puntuado a todas las CCAA, obteniendo un resultado promedio de 21,58 puntos con una DS (desviación estándar) de 3,27 (rango entre 16 y 28 puntos), sobre un máximo de 34 puntos posibles, con una ratio máximo/mínimo de 1,75.

Después de calcular los percentiles de los resultados obtenidos, se clasifican las CCAA en tres grupos: mayor grado de privatización (mayor al percentil 75 = 24,5), privatización intermedia (entre percentil 25 y 75) y menor grado de privatización (menor del percentil 25=19).

CCAA con un mayor grado de privatización:

- Madrid 28
- Baleares 27
- Cataluña 26
- Andalucía 25

CCAA con un grado intermedio de privatización:

- Aragón 24
- Valencia 24
- Asturias 23
- Canarias 23
- Murcia 22
- Castilla y León 21
- Cantabria 20
- Galicia 20
- País Vasco 19
- La Rioja 19

CCAA con menor grado de privatización:

- Castilla - La Mancha 18
- Extremadura 16
- Navarra 16

COMENTARIOS

- Merece la pena señalar varias cuestiones:
- La primera es que los datos se corresponden mayoritariamente a 2023 y solo alguno a 2022, siendo los últimos disponibles.
- Se ha producido un aumento de la privatización, en la provisión y en la financiación de nuestro sistema sanitario en general, especialmente importante a partir de 2009. Conviene recordar que según los últimos datos de la OCDE (noviembre de 2023) el gasto sanitario privado en España es del 28% del total del gasto sanitario (media OCDE 24%) y el gasto de bolsillo se sitúa en el 21% del total (media OCDE 18%), datos que han empeorado desde 2022, y que además se ha incrementado de manera importante el aseguramiento privado.
- La tabla siguiente recoge la clasificación en 5 informes, el primero, el de este año y los de 2019, 2020, 2022 y 2023, (en los 5 primeros años se analizaron las mismas variables, en 2019 se incluyeron 2 más, en 2020 no se pudo incluir una, en 2022 vuelve a recuperarse una más, aunque proveniente de una fuente distinta y en 2023 se mantienen

las mismas variando la fuente en 2 de ellas y en 2024 se cambia la fuente de 1). Se observa que 3 de las 4 primeras CCAA con más privatización en 2024 ya estaban en 2014 en este grupo donde han permanecido con algún cambio de posición. La primera es la misma en todos los informes (Madrid) y las otras 2 (Cataluña y Baleares) han ido cambiando de posición.

- En el grupo con menor nivel de privatización sólo se mantiene Extremadura en todos los informes, que hace 2 años dejó de ser la Comunidad Autónoma con menor grado de privatización. Este año en este grupo están también Castilla - La Mancha y Navarra que se incorporan en este informe.
- Los movimientos más llamativos en cuanto a mayor privatización entre los dos últimos informes son el de Cantabria que aumenta 6 puestos, Murcia y Aragón que aumentan 4, Asturias 3, Andalucía y Valencia que aumentan 2 y Baleares y País Vasco que aumentan 1.
- Bajan Navarra 12 puestos (el año anterior había aumentado 8), Galicia 5, Canarias 4, La Rioja 2, y Cataluña 1. Solo 3 CCAA mantienen la misma posición que en 2023 (Madrid a la cabeza y Castilla - La Mancha y Extremadura en las últimas posiciones).

- Es importante tener en cuenta que la privatización ha aumentado en todas las CCAA, lo que se evidencia con el aumento de la puntuación media de 1,41 puntos, y por lo tanto el resultado y los movimientos en la clasificación solo recogen la mayor o menor intensidad que ha alcanzado en cada Comunidad Autónoma en concreto.
- Como suele ser habitual en los estudios sobre los sistemas sanitarios de las CCAA se objetiva una gran desigualdad entre las mismas, la ratio entre la puntuación máxima y mínima es de 1,75 (que ha disminuido desde 2,46 en 2023), lo que evidencia que en la privatización de los servicios sanitarios, hay diferencias excesivas que suponen una falta de cohesión del Sistema Nacional de Salud.

2014	2019	2020	2022	2023	2024
Madrid	Madrid	Madrid	Madrid	Madrid	Madrid
Cataluña	Cataluña	Cataluña	Cataluña	Cataluña	Baleares
Galicia	Baleares	Baleares	Baleares	Baleares	Cataluña
Baleares	Canarias	Canarias	Canarias	Canarias	Andalucía
Canarias	País Vasco	País Vasco	Galicia	Navarra	Aragón
Aragón	Castilla y León	Galicia	Andalucía	Andalucía	Valencia
País Vasco	Valencia	Navarra	Valencia	Galicia	Asturias
C y León	Galicia	Andalucía	Aragón	Valencia	Canarias
Murcia	Murcia	Valencia	Castilla León	Aragón	Murcia
Valencia	Navarra	Asturias	Murcia	Asturias	C León
Navarra	Aragón	La Rioja	País Vasco	C León	Cantabria
Cantabria	Castilla y León	Castilla y León	Asturias	La Rioja	Galicia
Andalucía	Cantabria	León	Navarra	Murcia	P Vasco
Asturias	La Rioja	C la Mancha	La Rioja	País Vasco	La Rioja
La Rioja	Asturias	Aragón	Extremadura	C Mancha	C Mancha
C la Mancha	Andalucía	Murcia	C la Mancha	Extremadura	Extremadura
Extremadura	C la Mancha	Cantabria	Cantabria	Cantabria	Navarra
	Extremadura	Extremadura			

- Hay que ser conscientes de que alguno de los datos analizados (gasto de bolsillo en Sanidad) está sobre todo relacionados con la riqueza de las CCAA porque en gran parte proviene de gasto en prestaciones no cubiertas por el SNS (por ejemplo, la odontología) así como el que se realiza en los copagos.
- ⁹La principal limitación del estudio está en la ausencia de transparencia de las administraciones sanitarias que dificulta enormemente el encontrar datos homogéneos para todas las CCAA, lo que es un fraude a la ciudadanía que es la que las sufraga con sus impuestos y un incumplimiento notorio de la denominada “ley de transparencia”, que desgraciadamente no ha mejorado de manera sustancial la información sanitaria disponible.



CCAA	Mutuas	GS Seg Priv	GS Bols	GS Conc
Andalucía	5,7	175	443	4,4
Aragón	5,1	191	550	3,6
Asturias	6,3	141	554	6,0
Baleares	2,8	312	491	6,1
Canarias	3,7	174	424	7,2
Cantabria	3,8	109	499	3,3
C y León	4,1	159	542	2,9
C la Mancha	4,4	137	434	5,0
Cataluña	1,5	294	560	22,6
C Valenciana	4,1	161	575	3,8
Extremadura	4,4	128	470	4,3
Galicia	1,8	135	549	4,6
Madrid	2,7	362	489	12,3
Murcia	6,0	108	426	5,4
Navarra	0,7	104	448	6,5
País Vasco	1,4	191	524	6,0
La Rioja	3,0	154	594	3,4
Media CCAA	3,61	178,52	504,23	6,31

- Mutuas = Porcentaje de población cubierta por Mutualidades de funcionarios que ha elegido la asistencia privada (en % sobre población total).
- GS Seg Priv = Gasto sanitario en seguros privados (€/año).
- GS Bolsillo = Gasto sanitario de bolsillo per cápita (€/año).
- GS Conc privados = Porcentaje del gasto sanitario dedicado a contratación con centros privados.
- Camas privadas = Porcentaje de camas hospitalarias privadas sobre el total.
- AT privada = Porcentaje del equipamiento de alta tecnología en hospitales privados sobre el total.
- Ctas Esp Priv = Consultas por habitante y año a especialistas del sector sanitario privado/1000 habitantes.
- Ctas Med Gral priv = Porcentaje de personas que acudieron a consultas del médico de cabecera privado.

CCAA	Camas Privadas	AT privada	Ctas Eso Priv	Ctas Med Gral priv
Andalucía	23,72	6,54	0,60	31,9
Aragón	14,09	10,04	0,23	29,3
Asturias	13,47	11,15	0,52	20,6
Baleares	28,45	3,64	1,35	31,7
Canarias	33,19	5,00	0,72	22,4
Cantabria	31,98	13,17	0,05	22,3
C y León	20,17	11,50	0,35	17,7
C la Mancha	6,01	10,40	0,31	30,0
Cataluña	9,73	9,94	0,51	33,0
C Valenciana	14,30	7,12	0,40	29,3
Extremadura	5,07	18,60	0,38	25,0
Galicia	13,92	5,48	0,31	20,4
Madrid	30,20	4,45	0,96	24,2
Murcia	24,84	7,78	0,35	25,9
Navarra	28,13	4,77	0,50	17,3
País Vasco	16,94	6,56	0,22	16,8
La Rioja	4,83	30,40	0,23	23,0
Media CCAA	18,76	9,79	0,47	24,75



Los DATOS de los Servicios Públicos de Salud, el principal tesoro a expoliar. La faceta más oculta de la privatización sanitaria

Antonio Escolar Pujolar

Deberían establecerse mecanismos internos de Validación y Registro en la entradas a los Sistemas de Información.



El periódico digital eldiario.es en su edición de 09/04/2024 publicó un artículo de Carlos del Castillo titulado “La curva de aprendizaje de la inteligencia artificial (IA) está en riesgo: su ansia de datos es infinita pero no las obras humanas”. De entre las ansias a satisfacer destaca el acceso a los datos de tipo sanitario, datos de especial interés para alimentar los sistemas de IA diseñados para el apoyo al diagnóstico y tratamiento de enfermedades. En lo que nos concierne de forma más directa ésta ansia se concentraría en el acceso a las bases de datos asistenciales (DIRAYA; Base Poblacional de Salud; etc.) del mayor prestador de servicios sanitarios públicos en Andalucía, el Servicio Andaluz de Salud (SAS).

El 3 de mayo de 2022 la Comisión Europea dirigió una comunicación al Parlamento Europea y al Consejo con el título de “Un Espacio Europeo

de Datos Sanitarios: aprovechar el potencial de los datos sanitarios en beneficio de las personas, los pacientes y la innovación”¹. Aunque sin nombrarlos, los beneficiarios ocultos tras la habitual cortina de humo del bien común serían fundamentalmente: 1º) las compañías que están dando soporte al desarrollo de sus respectivas IA, 2º) las compañías del complejo industrial fármaco-tecnológico y 3º) los conglomerados asistenciales privados y sus inversores asociados (compañías de seguros, bancos y fondos de inversión) implicados en los procesos de privatización parásitaria de los servicios públicos de salud. Estos últimos, bancos y fondos de inversión actuando como principales facilitadores de la financiación correspondiente. Todo ello aliñado con la complicidad activa o pasiva de nuestros respectivos des-gobiernos nacionales, regionales y europeos.

En el documento, la importancia del llamado “Espacio Europeo de Datos Sanitarios” se destaca con el comentario siguiente: “Se calcula que el valor de la reutilización de los datos sanitarios oscila entre los 25.000 y los 30.000 millones de euros anuales. Se espera que esta cifra alcance aproximadamente los 50.000 millones de euros en un plazo de diez años”.

Sirva esta breve introducción como alerta respecto a un aspecto prácticamente ignorado en los debates y luchas en defensa de la sanidad pública y en contra de los procesos de privatización de los servicios sanitarios. El uso reciente de la puerta

1 COMISIÓN EUROPEA Estrasburgo, 3.5.2022 COM(2022)196 final

giratoria de un ex alto directivo del SAS y cargo político de la Consejería de Salud y Familias, que se iba a concretar con su incorporación como director médico de ASISA en Andalucía, puede servir de ejemplo. Toda la cascada de denuncias y de exigencias de responsabilidad ante tal fraude se han focalizado hasta ahora en los contratos de prestación de servicios con dispositivos asistenciales de esta compañía privada, que por un valor de unos 44 millones de euros ordenó Miguel Ángel Guzmán (MAG) en su corta etapa como Director Gerente del SAS.

El caso de MAG es una consecuencia más de la entrada del modelo gestor de la empresa privada en el espacio de los servicios asistenciales públicos y del que desconocemos un aspecto clave para grupos como ASISA, el obtener datos e información del huésped al que parasitan, un huésped con mucho valor "monetizable". En Andalucía el huésped se llama el SAS. Datos e información sobre recursos, organización, productividad, demanda, listas de espera, diagnósticos, tratamientos, uso de medicamentos, etc. Un modelo gestor por cierto impulsado en la última etapa del gobierno socialista en la Junta de Andalucía por D^a María Jesús Montero, entonces Consejera de Salud y actual Ministra de Hacienda del Gobierno de España.

" Datos e información sobre recursos, organización, productividad, demanda, listas de espera, diagnósticos."

A los nuevos directivos procedentes de la privada se les facilita desde el poder político (son cargos de confianza) el acceso a la pieza más deseada por los cazadores incansables de nuevos yacimientos de negocios especulativos, los Sistemas de Información del SAS (SISAS), a la enormidad de DATOS que atesora, a NUESTROS DATOS.

Es harto difícil imaginar que una compañía privada como REPSOL permitiera el acceso a su Sistema de Información a un ingeniero, economista o abogado de una compañía competidora como IBERDROLA. Sin embargo, en nuestras "compañías" públicas de salud se consiente sin problemas que una competidora defactocomo ASISA lo haga-

de forma indirecta a través de un directivo como MAG, con un CV repleto de compromisos en defensa de los intereses privados sanitarios.

En sentido contrario ¿cabría imaginar que personas con un destacado CV en defensa de la sanidad pública como Sebastián Martín Recio o Antonio Vergara fueran nombrados para ocupar cargos directivos en alguno de los centros asistenciales de ASISA, DKV, ADESLAS,...? El Sistema de Salud público consiente lo que es impensable para el Sistema de Salud privado. La colaboración público-privada oculta aspectos del expolio capitalista poco atendidos por los defensores de los servicios públicos.

Seguimos sin establecer regulaciones o incompatibilidades al respecto más allá de los dos años de demora para el retorno a la privada de los cargos directivos públicos. En las regulaciones de incompatibilidad deberían establecerse cláusulas de confidencialidad equivalentes al menos a las existentes en las compañías privadas, detallándose las responsabilidades administrativas y penales a las que deberían estar sujetos todos los Directivos del SAS. Igualmente deberían establecerse mecanismos internos de Validación y Registro en las entradas a los Sistemas de Información por parte de los cargos directivos, con la prohibición de realizado de volcados o copias de las bases de datos del SISAS, así como de la rendición periódica de cuentas ante un Comité Ad hoc de los accesos al mismo.

El previsible regreso a la privada, a "su casa" como el mismo MAG ha señalado, lo será no solo con los méritos acumulados por las millonarias derivaciones contractuales que permitan seguir parasitando al huésped, sino además con una mochila bien cargada de información (Informes; Protocolos; Memorias internas; Evaluación de Procesos Asistenciales; Proyectos;...). La experiencia gestora acumulada, más toda la información anterior, le habrá permitido conocer las fortalezas y debilidades de la organización, sus planes y proyectos, entre otras informaciones clave que serán trasvasadas a las ASISA de turno para el diseño e implementación de las estrategias convenientes para poder: 1º) mantener al huésped sin causarle la muerte y 2º) garantizar la supervivencia del parásito, es decir asegurar los beneficios económicos para los gestores y accionistas correspondientes.

En el modelo gestor ubicado en las cabezas y otras entrañas de los directivos procedentes del ámbito de la empresa privada, formados en Es-

cuelas de Negocio y/o Masteres de Gestión al uso, los planteamientos de mercado son fundamentales. Los aspectos ligados al papel de los determinantes sociales, el derecho universal a la salud y la lucha contra la desigualdad no cuentan en sus modelos de gestión. Desgraciadamente para los intereses de los ciudadanos que dependen del acceso a los servicios sanitarios públicos existe un convencimiento político de que los gestores de la privada son los idóneos para mejorar a los servicios públicos.

La defensa de la sanidad pública pasa también por incorporar estos elementos en el catálogo de reivindicaciones, además de la necesidad de extremar la vigilancia en el posible expolio de los DATOS públicos y la exigencia de presión sobre los representantes políticos copartícipes de la defensa de NUESTRO modelo de salud para que impulsen legislaciones y normativas que protejan NUESTROS DATOS.

En el documento de la Comisión Europea citado en la primera página se incluye el siguiente párrafo que apunta a las nuevas oportunidades de negocio que el Espacio Europeo de Datos Sanitarios pretende abrir: *“La industria podrá utilizar los datos para la innovación, para desarrollar productos que puedan mejorar la salud de las personas y para producir medicamentos y productos sanitarios nuevos e innovadores que pueden ayudar a prestar una asistencia mejor y más personalizada”*, en resumen señala el documento en su apartado de conclusiones *“tenemos la oportunidad de liberar el potencial de la economía de los datos sanitarios”*. Esta oportunidad puede pasar a ser una pesadilla sobre la que habría que estar especialmente en guardia para los defensores de la sanidad pública y en un plano amplio para todos los defensores de los servicios públicos de cobertura universal, gratuitos, equitativos, de calidad y financiados mediante políticas impositivas progresivas.

