

salud2000

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

Junio 2026 · nº 167



“EN ESTOS MOMENTOS YA SOMOS SIETE CATEDRÁTICOS MÉDICOS DE FAMILIA POR MÉRITOS Y OPOSICIÓN”

ROSA MAGALLÓN



LA PRIVATIZACIÓN SANITARIA DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

XI INFORME

FADSP



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

Junio 2026 N° 167

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

Salud2000
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 y Facebook: @FADSPU

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

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Salud2000 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.

- 03 EDITORIAL**
El Sistema Nacional de Salud (SNS) al final de la legislatura: crisis estructural, organizativa y funcional que amenazan su capacidad de resiliencia
- 07 ENTREVISTA**
“En estos momentos ya somos siete catedráticos médicos de familia por méritos y oposición”
Rosa Magallón
- 11 POLÍTICA SANITARIA**
Consecuencias para la salud individual de las listas de espera sanitarias prolongadas
Manuel Torres Tortosa, José Antonio Brieva Romero y Antonio Vergara Campos
- 17 La privatización sanitaria de las Comunidades Autónomas. XI informe**
FADSP
- 24 La FADSP ante la huelga médica**
- 26 ¿Deben los médicos tener un Estatuto Marco propio?**
- 29 SALUD PÚBLICA**
Sobremortalidad por cáncer en Andalucía
(Comentario bibliográfico)
- 30 SALUD Y GÉNERO**
Menstruación y COVID
(Comentario bibliográfico)
- 32 NOTICIAS**
Atención Sanitaria a Inmigrantes
- 33 Anteproyecto de Ley de gestión pública e integridad del Sistema Nacional de Salud**
- 34 FADSP: Sin paz, sin ciencia y sin Sanidad Pública no hay salud**
- 36 La FADSP ante el barómetro sanitario de 2025**
- 38 La fadsp en el 40 aniversario de la ley general de sanidad (Ige) de 1986**
- 39 La FADSP celebra la concesión de la Cruz de la Orden Civil de Sanidad a Marciano Sánchez Bayle**



El Sistema Nacional de Salud (SNS) al final de la legislatura: crisis estructural, organizativa y funcional que amenazan su capacidad de resiliencia.



El SNS ha sido capaz de resistir los embates del neoliberalismo y superar errores y debilidades, pero la situación está cambiando. Los enormes recursos que destina el Estado a salud, han puesto al sistema sanitario público en la diana de multinacionales, fondos de inversión, capital financiero, *lobbys* que manejan a la Unión Europea, etc., que ven en éste una gran oportunidad de negocio.

Levantar nuevas estructuras asistenciales; gestionar los recursos humanos y financieros destinados a salud; proporcionar infraestructura tecnológica y de almacenamiento de la información para la gestión estratégica; investigar nuevos fármacos o aparatos tecnológicos con fondos públicos y quedarse con las patentes; promover y extender el aseguramiento sanitario privado; prestar aten-

ción sociosanitaria; formación del personal pre y post graduado; etc., son los instrumentos del sector privado para ello.

Situación actual del problema

1.-Crisis en los recursos asistenciales

La Atención Primaria (AP) tras un gran éxito inicial que cambió radicalmente el sistema, se ha quedado obsoleta y relegada a la marginación por falta de recursos y de instrumentos que impiden que sea la base y eje vertebrador del Sistema. La promoción, prevención, rehabilitación o el trabajo comunitario sobre los determinantes de la salud no suponen un gran negocio. Este esencial nivel

presenta esperas de más 10 días de media, esta medicalizado y masificado; sus equipos están mal dimensionados en el personal de medicina de familia, pediatría o enfermería; faltan recursos de salud mental, fisioterapia y de otras categorías profesionales que permitan ofertar una atención integral, y apenas se ha desarrollado la orientación comunitaria.

En Atención Hospitalaria, los hospitales públicos son gestionados empresarialmente por personal sin formación adecuada nombrados por criterios de afinidad política, por lo que funcionan a medio gas, y generan unas listas de espera cada vez más elevadas y favorecen las derivaciones de pacientes a los centros privados concertados.

Las barreras de acceso al sistema público favorecen la contratación de seguros privados complementarios (una autentica estafa con listas de espera y condiciones que limitan la atención a los

procesos más costosos), lo que facilita el crecimiento del gasto privado de la población, que supone el 30% del gasto total.

2.- Problemas organizativos y funcionales

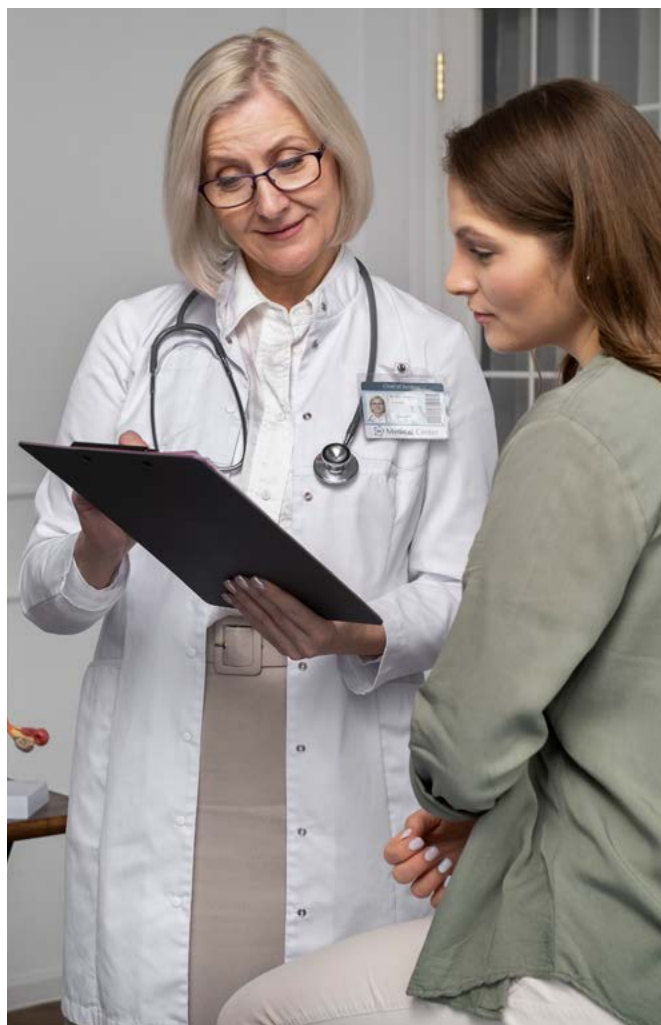
El abandono y escaso desarrollo de las Áreas de Salud impiden la coordinación entre los niveles asistenciales sanitarios y no sanitarios con las instituciones locales y la participación de la comunidad. Como consecuencia, el sistema no funciona de manera integral e integrada, impide que la AP desempeñe su función de base y eje vertebrador del sistema y favorece que los hospitales sean utilizados de manera irracional e ineficiente mientras que sus servicios de urgencias están colapsados de manera casi permanente.

Los hospitales públicos... funcionan a medio gas.

Las multinacionales y grupos empresariales (Quirón, Ribera Salud, Centene, HM Hospitales, Grupo Recoletas, Vithas, etc.) junto a las Aseguradoras Privadas, multinacionales farmacéuticas y tecnológicas, presionan cada vez más fuertemente para hacerse con las parcelas más atractivas del Sistema Público gracias a la Colaboración Público Privada. Estas mismas multinacionales están penetrando y colonizando las estructuras de investigación hospitalarias (fundaciones), la docencia del personal gracias a la creación de Facultades de Medicina privadas, y monopolizan la formación postgraduada (laboratorios farmacéuticos).

El gasto farmacéutico sigue creciendo (especialmente el Hospitalario vinculado a los nuevos medicamentos contra el cáncer y otras enfermedades crónicas y degenerativas), mientras que la competencia y el negocio crean desabastecimientos de medicamentos esenciales. La industria penetra y condiciona las decisiones de los organismos públicos que regulan la aprobación y financiación de nuevos medicamentos (en la Agencia Nacional del Medicamentos existen importantes conflictos de interés). La ausencia de una Empresa Farmacéutica Pública limita la capacidad de la administración para controlar y racionalizar un gasto que está poniendo en riesgo la sostenibilidad del sistema.

La investigación está en gran parte controlada por las multinacionales que utilizan la Colabora-



ción Pública Privada para conseguir financiación y manejar los recursos públicos (ponen el dinero y los recursos para investigaciones que acaban patentando y comercializando la privada a precios cada vez más elevados). Es preocupante la falta de transparencia en el desarrollo de los ensayos clínicos (promovidos por empresas privadas con fines comerciales) que utilizan recursos y pacientes del sistema público, en los que estamos a la cabeza del mundo.

3.- Una ventana de oportunidad para el sistema

La llegada de una nueva Ministra implicada en las grandes movilizaciones sanitarias abrió la posibilidad para introducir cambios y mejoras en un sistema en crisis, sometido a enormes presiones de las multinacionales de la salud, fondos de inversión, aseguradoras y una parte de la profesión médica. Entre las principales medidas desarrolladas por la nueva ministra cabría destacar.

- *La elaboración y aprobación de un nuevo Estatuto del Personal Sanitario que sustituye al elaborado por el Gobierno de Aznar hace más de 20 años.* Esta medida ha dado la oportunidad al personal facultativo más conservador para crear un conflicto, atacar a la Ministra y dañar la imagen del actual Gobierno progresista (utilizando la desinformación y la mentira) convocando una huelga indefinida. El nuevo Estatuto fue negociado con todos los sindicatos del sector, aunque acordado por solo una parte de estos (CCOO, UGT, SATSE, CSIF), al recoger buena parte de sus reivindicaciones. Por su parte, los sindicatos médicos corporativos pretenden un Estatuto Propio para el personal facultativo, al margen del resto de profesionales y trabajadores del sistema, que le otorgue una gran capacidad de negociación con las administraciones, que acabe con las Mesas Sectoriales y que blinde la doble dedicación de una parte del personal médico. Estos sindicatos están utilizando a la población como rehén para conseguir sus objetivos al incrementar brutalmente las listas de espera.

- *Legislar una reforma para fortalecer y recuperar el carácter público del Sistema mediante la abolición de la Ley 15/97 de Nuevas Formas de Gestión* que abrió la oportunidad de privatizar los servicios asistenciales. Esta Ley está sufriendo el acoso de los sectores profesionales y políticos más conservadores que apuestan por la privatización y que pretenden que sea rechazada en las Cortes, mientras que las Comunidades Autónomas

gobernadas por el PP politizan y utilizan de manera partidista el Consejo Interterritorial del SNS para desgastar al actual gobierno, impidiendo su gobernanza. La reforma de la AP sigue estancada (pese a la innumerables Comisiones participadas por la mayor parte de organizaciones profesionales del sector) y paralizados los procesos de reintegración al sistema público de los hospitales de gestión privada, pese a su fracaso.

4.- Medidas necesarias para abordar la crisis

Atención Primaria: Incrementar los recursos económicos, hasta el 25% del gasto sanitario; recuperar el personal recortado en los últimos años; actualizar y reorientar a la atención comunitaria el modelo (desarrollando las medidas propuestas de las comisiones); ampliar los equipos con nuevas categorías profesionales y crear y desarrollar los instrumentos necesarios para la participación de la población.

Atención Hospitalaria: Mejorar la gobernanza, recuperar y profesionalizar la gestión directa de los centros; mejorar las condiciones laborales del personal y acabar con los abusos; introducir cambios organizativos y funcionales que garanticen la plena utilización de los recursos; reducir las listas de espera con recursos propios y mejora de la productividad; y acabar con las derivaciones masivas de pacientes a los Centros Privados Concertados.

Privatización: Abolir la Ley 15/97 de nuevas formas de gestión; aprobar un Plan para Recuperar los Centros y Recursos Privatizados; apoyar a las CCAA para reintegrar estos a la gestión pública; auditar y fiscalizar las aseguradoras privadas; e integrar al sistema público MUFACE, ISFAS y MUJEJU.

Farmacia: Auditar y controlar el gasto farmacéutico hospitalario; potenciar los medicamentos genéricos; crear Centrales de Compras y las subastas para adquirir medicamentos; auditar los conflictos de intereses de la Agencia Española del Medicamento; acabar con los copagos y crear un Laboratorio Farmacéutico Público.

Gobernanza: Recuperar la gestión directa de los centros y servicios; profesionalizar la Gestión (MIR de gestión sanitaria); reforzar la Alta Inspección; introducir cambios y mejoras en el Consejo Interterritorial para convertirlo en el Organismo de Gestión del Sistema Nacional de Salud; desarrollar las áreas sanitarias dotándolas de órganos para la

gestión integral e integrada de todos los niveles y recursos sanitarios y no sanitarios relacionados con la salud.

Política de personal: Desarrollar el Nuevo Estatuto del Personal Sanitario para desarrollar una política de personal incentivadora que acabe con la precariedad y abuso laboral de los Servicios de Salud Autonómicos.

Investigación: Acabar con la Colaboración Público Privada; auditar y reformar las Fundaciones de Investigación Hospitalarias públicas para controlar la penetración de las multinacionales; aprobar un Plan de Investigación del Sistema Nacional de Salud con objetivos y prioridades; auditar los ensayos clínicos.

Docencia: Incorporar la Medicina Familiar y Comunitaria a los estudios de pregrado en medicina, enfermería y del resto de categorías profesionales

de AP; acabar con la presencia de los laboratorios en la formación postgraduada; Planes de Formación Continuada para todo el personal que trabaja en el SNS; controlar la creación de nuevas Facultades de Medicina Privada y de otras categorías profesionales relacionadas con la salud.

No queda mucha legislatura, pero si quedan muchos argumentos para defender los servicios públicos, de hecho, la defensa de lo público, sobre todo Educación, Sanidad y Vivienda públicas han sido ideas fuerza esgrimidas por los partidos de izquierda en las campañas electorales de las recientes elecciones autonómicas. Esperamos que en el fin de legislatura (lastrada por conflictos judiciales de todos conocidos) no cunda el desánimo en el Gobierno central para que intensifique sus políticas de mejora y refuerzo del SNS y defienda el derecho al acceso universal a la asistencia sanitaria.



“En estos momentos ya somos siete catedráticos médicos de familia por méritos y oposición”

Rosa Magallón



Rosa Magallón Botaya es especialista en Medicina de Familia y Comunitaria y catedrática de la misma especialidad en la Universidad de Zaragoza. Es Coordinadora del Programa Aragonés de Investigación en Atención Primaria en el Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IISA). Preside la Red Española de Atención Primaria (REAP) y es la Primera mujer Catedrática en Medicina de Familia en España.

- Profesora Magallón: En su trayecto hasta obtener la Cátedra, ¿Cuáles han sido las dificultades más importantes con las que se ha encontrado?

En un principio, cuando inicias tu vida profesional, muy enfrascada en la actividad del Centro de Salud, la Universidad te parece un asunto del pasado reciente, no te planteas que puedes llegar ahí, porque además estás físicamente lejos del entorno académico. Esa es una gran dificultad, las facultades suelen tener un hospital muy próximo, pero no hay cultura desde las mismas de fomentar la vida académica en la atención primaria. A esto se añade, que sus tutores y/o compañeros, están en tu misma situación, con lo que poco a poco la distancia entre nuestra actividad en atención primaria y la posible opción docente en el grado se va diluyendo. En mi caso, me considero una mujer inquieta, mi trayectoria docente de postgrado se extendió como por casualidad hacia el grado cuando ya casi entraba en la década de los cuarenta. El factor tiempo influye, cómo no, pero no ha sido relevante en mi experiencia a pesar de las dimensiones de mi lista de pacientes. Y creo que nos debemos de quitar el *sanbenito* de que inexorablemente ser médico/a de familia va ligado

a estar agobiado por el tiempo. Es como un mantra que hay que atajar.

- En ese recorrido. ¿Qué papel han jugado los proyectos de investigación?

Mi vocación investigadora ha sido mas temprana que la docente de grado. Leí la tesis doctoral a los 28 años, antes de obtener plaza en el sistema publico de salud. Y sin duda, este título influyó en mis opciones de elegir plaza, pues superé en baremo a otros colegas con notas similares en el acceso, pero sin tesis. Pero la creación de la red de investigación en AP (redIAPP) por parte del Instituto de Salud Carlos III fue determinante para mí. Una red estatal, apoyada y financiada (aunque moderadamente) permite un salto cualitativo en la investigación. Permite participar en proyectos con otros grupos similares, aprender, expandirte,... Tuve mucha suerte de poder entrar en esta red en 2004, ha sido determinante para mi desarrollo investigador. Y es una opción que debería estar accesible a todas aquellas personas interesadas y motivadas. Es una asignatura pendiente.

- Vd. Conoce muy bien la Atención Primaria; la creación de cátedras de la especialidad es reciente en España, ¿cuántas generaciones de médicos en formación pasarán hasta que la asignatura de medicina de familia consolide su posición en la universidad como una disciplina fuerte del *currículum*?

Bueno hay un concepto que debe de aclararse, la creación de las cátedras de atención primaria se refiere a convenios de colaboración entre so-

ciudades científicas o industria farmacéutica que aporta fondos a la universidad para la creación de una “cátedra” con una finalidad concreta. Esto no pasa por ninguna oposición, ni supone la entrada normativa en el mundo académico. Cuando se acaba la financiación, se acaba la “cátedra”.

Y después está la carrera universitaria por la que todo el mundo que accede por oposición a su condición de catedrático/a pasa: profesor asociado, permanente laboral, titular y catedrático/a, pasando a ser funcionario del estado.

Es una confusión terminológica que induce a error.

Afortunadamente los médicos/as de familia vamos entrando en la universidad atravesando los pasos antes comentados y eso hace que se haya aumentado en número de profesores asociados, permanentes, titulares,... En estos momentos ya somos 7 catedráticos médicos de familia por méritos y oposición.

Desde la Academia de Medicina de Familia de España, se está haciendo una gran labor de asesoramiento y orientación para que se acrediten más médicos de familia y entren en las universidades. Esta entrada es imprescindible para que vayan creciendo y consolidándose la asignatura de medicina de familia que ya se imparte en muchas facultades. Pero indudablemente queda mucho camino por recorrer.

Los pacientes vuelvan y vuelven al médico de familia ante la demora de atención por parte del especialista hospitalario.

- ¿Qué medidas, además del reconocimiento universitario, serían necesarias para reforzar la Atención Primaria?

Además del reconocimiento universitario es imprescindible en primer lugar un reconocimiento social. Salir del hospitalocentrismo y de la fascinación tecnológica como único referente salvador de la salud de las personas. Porque no es así. Hay suficientes evidencias de que los países donde la

atención primaria es fuerte y está muy implantada, la salud de las poblaciones es mejor. Y por supuesto del coste-efectividad de la atención primaria de salud. Y dentro de esta visión tan sesgada de la medicina, está la de las facultades de medicina que igualmente basan su formación en contenidos superespecializados, con escaso profesorado y créditos orientados a la formación holística y a la medicina de familia.

Por eso, hace falta que nuestros gestores y proveedores de los servicios de salud crean, apuesten e inviertan en una atención primaria fuerte y bien dotada. Estamos cansados de discursos preciosos, que alaban las virtudes de nuestra atención primaria de salud, pero que no se ven seguidos de actuaciones específicas. Y seguimos aumentando la brecha entre los presupuestos y la dotación de recursos entre la atención primaria y la atención hospitalaria. Resulta agotador.

- ¿Piensa que además de una financiación suficiente habría que mejorar aspectos de la práctica clínica y del funcionamiento de los centros de salud?

Por supuesto. Hace falta una financiación suficiente que ha quedado claro que es insuficiente y que año tras año, se va aumentando la brecha con respecto a la atención hospitalaria. Pero es que además, partimos de una reforma sanitaria que se remonta a 40 años atrás, con prácticamente un mismo modelo de organización. La sociedad ha cambiado, se han incorporado nuevas profesiones, otras han asumido o deben de asumir las competencias para las que están acreditadas y formadas. Y es necesario que los servicios sanitarios se adapten a las nuevas realidades. En el caso de la atención primaria de salud se requieren cambios profundos, como la especialización y formación del personal de admisión, pieza clave y fundamental; la incorporación de nuevas profesiones como fisioterapia, terapia ocupacional, nutricionistas, psicólogos, etc. Así mismo hay que redistribuir las tareas en base al nivel competencial de cada cual.

- Desde el punto de vista de la salud comunitaria, ¿Qué medidas de salud pública considera prioritarias abordar: tabaquismo, obesidad, salud bucodental, salud mental, etc...?

Desde el punto de vista comunitario, la prioridad es que, dentro de la necesaria reforma antes comentada, haya espacio para una participación comunitaria real y efectiva que haga que las personas asumen y participen en su autocuidado.



Como salud pública, asistimos a una epidemia de obesidad y de problemas de salud bucodental que me parecen prioritarias.

- Las listas de espera están minando el prestigio de la sanidad pública, ¿Hay mecanismos para reducir las listas de espera en Atención Primaria?

Siempre han existido las listas de espera y no siempre han respondido a una situación de realidad. En el sentido de que en ocasiones, se utilizan como medida de presión de los diferentes servicios para solicitar más recursos. Las listas de espera en atención primaria tienen varias causas: una de ellas es el hecho del aumento de las listas de espera en las consultas hospitalarias, que hace que los pacientes vuelvan y retornen varias veces al médico de familia ante la demora de atención por parte del especialista hospitalario. Pero además la inestabilidad laboral y la falta de continuidad y longitudinalidad en la atención primaria, por el aumento de movilidad de las plantillas, hace que los pacientes no establezcan el vínculo necesario con el médico de familia, y eso genera más incertidumbre y más demanda. Y por último, tenemos un número de médicos por habitante algo superior a la media europea, ¿faltan médicos? Pues depende de en qué especialidad y en que entorno.

Obviamente faltan médicos en el medio rural, en los hospitales comarcales y esto contribuye a empeorar las listas de espera.

Hace falta que nuestros gestores y proveedores de los servicios de salud crean, apuesten e inviertan en una atención primaria fuerte y bien dotada.

- Es conocido su activismo socioprofesional y político, en este sentido, ¿no cree que debería favorecerse más la participación de los usuarios en la formulación de políticas públicas de salud?

Por supuestísimo, pero no solo favorecer la participación en los órganos de gestión, en los consejos de salud, con derecho a la transparencia de los datos de gestión que realmente interesan a la población, sino que además deben de contribuir a formar a una opinión pública muy mediatizada

por intereses mas focalizados en desviar recursos públicos a la sanidad privada y aumentar la concertación. La salud es un derecho fundamental recogido en la constitución y la sanidad pública es una garante de este derecho. No podemos permitirnos el lujo de retroceder en el acceso a una sanidad pública y de calidad y la población debe ser consciente de este peligro y contribuir a paralizar este intento de desmantela miento mercantilista.

- Por último: ¿Qué argumentos utilizaría para convencer a una o a un aspirante MIR a elegir Medicina de Familia?

Cuando pregunto a mis alumnos de primero de medicina, los motivos que les han llevado a estu-

diar medicina, describen valores muy similares a la esencia de la medicina de familia: cuidar, aliviar, servir,... Le animo a que mantengan esta motivación a lo largo de la carrera. Cuando los alumnos vienen a los centros de salud, especialmente al medio rural, descubren lo que ellos denominan "la medicina en estado puro", "*esto es lo que yo pienso que es un médico de verdad*". Estoy de acuerdo con esto. Mi argumento es mi experiencia, he disfrutado mucho siendo médica de familia, he sido feliz, no se lo que es estar quemada, he aportado mucho a mis pacientes, pero ellos me han aportado más, me ha hecho crecer como persona, y esto no tiene precio. He sido la MEDICA de mis pacientes. Medicina en estado puro.



Consecuencias para la salud individual de las listas de espera sanitarias prolongadas¹

Manuel Torres Tortosa, José Antonio Brieva Romero y Antonio Vergara Campos

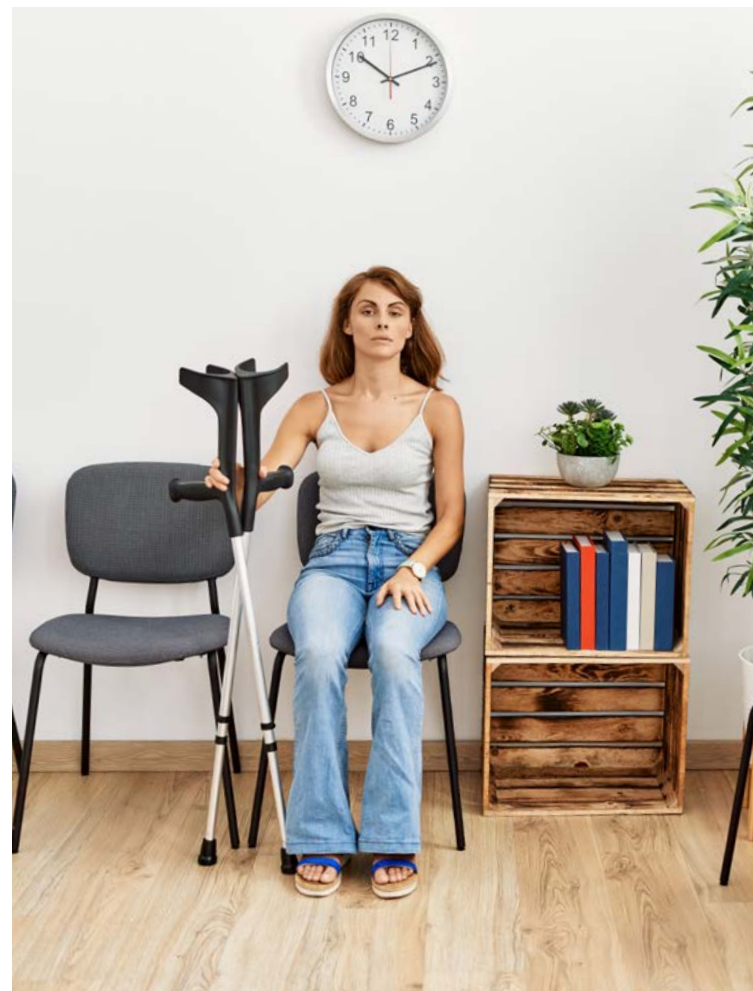
Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía. Coordinadora Andaluza de Mareas Blancas

La situación de las listas de espera sanitarias en España es muy preocupante. En general son excesivamente prolongadas en la mayoría de las Comunidades Autónomas (CCAA) y ello engendra un problema sanitario de primer orden y afecta directa y negativamente a la vida de las numerosas personas que están en esas listas, en varios aspectos.

Vamos a analizar las consecuencias clínicas que tienen las listas de espera sanitarias tan prolongadas en tres apartados distintos, aunque es cierto que una misma persona puede ser afectada por varios efectos perjudiciales a la vez.

Consecuencias para la salud individual de las listas de espera sanitarias prolongadas en pacientes con cáncer

Los retrasos diagnósticos o terapéuticos en pacientes con cáncer, obviamente, son los más trascendentes por su peligrosidad y los que inducen mayor preocupación. En 2020 se publicó un estudio que, con una metodología de metaanálisis (análisis estadístico que combina los resultados de múltiples estudios independientes sobre un mismo tema de investigación para obtener una conclusión más robusta y precisa) examinaba la mortalidad inducida por los retardos del tratamiento en pacientes con cáncer. De esta forma pudo analizarse las consecuencias de los retrasos del tratamiento principal (cirugía, radioterapia o tratamiento sistémico) en siete tipos de cánceres frecuentes (vejiga,



¹. Artículo publicado en 2025 en InfoLibre

mama, colon, recto, pulmón, cérvix y cabeza y cuello) en un total de 1.272.681 pacientes. De forma global se demostró que un retardo de cuatro semanas del tratamiento principal aumentaba el riesgo de muerte significativamente. Si ese era el retardo de la cirugía, el riesgo de muerte aumentaba en un 6-8% por cada 4 semanas de retraso. El impacto es aún mayor para radioterapia o tratamiento sistémico que, con ese retardo, se aumenta el riesgo de muerte en 9% y 13% para tumores de cabeza y cuello (radioterapia) o cáncer colorrectal (terapia sistémica adyuvante) respectivamente.

Los retardos de 8 y 12 semanas aumentan más el riesgo de muerte.

Así, retardos de cirugía para cáncer de mama de 8 y 12 semanas aumentan el riesgo de muerte en 17% y 26 % respectivamente. Haciendo la correspondiente extrapolación, un retardo de 12 semanas para todas las enfermas con cáncer de mama durante un año, produciría un exceso de mortalidad en esas pacientes de 1.400 mujeres en el Reino Unido, 6.550 en Estados Unidos, 600 en Canadá y 500 en Australia. Incluso un retardo inferior a 4 semanas puede llevar algún riesgo asociado.

Los autores señalan que teniendo en cuenta los resultados de este estudio y otros similares, resulta fundamental que las políticas sanitarias se diseñen y apliquen para reducir al máximo los tiempos de espera del tratamiento definitivo de pacientes oncológicos.

Consecuencias para la salud individual de las listas de espera sanitarias prolongadas en pacientes no oncológicos

También hay evidencias claras de que los retardos diagnósticos y/o terapéuticos en procesos no oncológicos tiene graves repercusiones para los pacientes. En general se asocian con deterioro de la calidad de vida, mayor riesgo de complicaciones, afectación social y laboral, y mayor consumo de recursos sanitarios. Hay muchos ejemplos sobre ello. Así pacientes que esperan más de 6 meses para recibir una prótesis de cadera o de rodilla tienen un significativo empeoramiento en su calidad de vida, que llega a ser extremo en el 14,1% de ellos. Estos datos fueron confirmados en un reciente metaanálisis en una extensa población. De igual manera, los enfermos con dolor crónico (enviados para evaluación a unidades del Dolor) las esperas superiores a 6 meses inducen un notable deterioro en la salud física y mental de las personas afectadas. Pacientes con Enfermedad

Inflamatoria Intestinal en espera de cirugía de hasta 10 semanas para enfermedad activa o hasta 15 semanas para proceso inactivo tuvieron un significativo mayor número de complicaciones que enfermos operados en menor tiempo por otros procesos; en concreto 1 de cada 8 pacientes tuvo que recibir cirugía urgente por ese tipo de complicaciones. Todo ello implicó peor calidad de vida y mayor gasto sanitario. Y por otro lado se ha demostrado que los enfermos con esperas prolongadas se ven obligados a más consultas de atención médica y consumen mayores recursos sanitarios lo que implica un mayor gasto en la resolución de la enfermedad.

La espera media para evaluación por Atención Especializada en Andalucía es de unos 5 meses

Consecuencias sobre la salud mental de las listas de espera sanitarias prolongadas

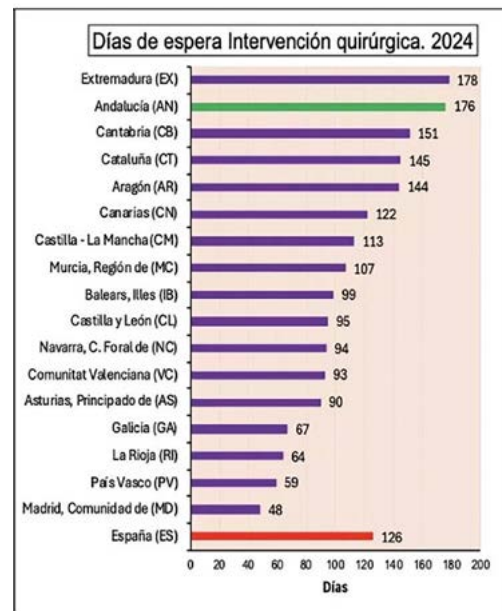
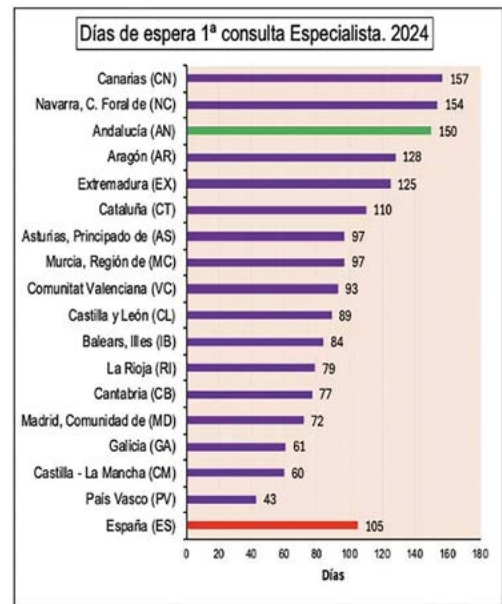
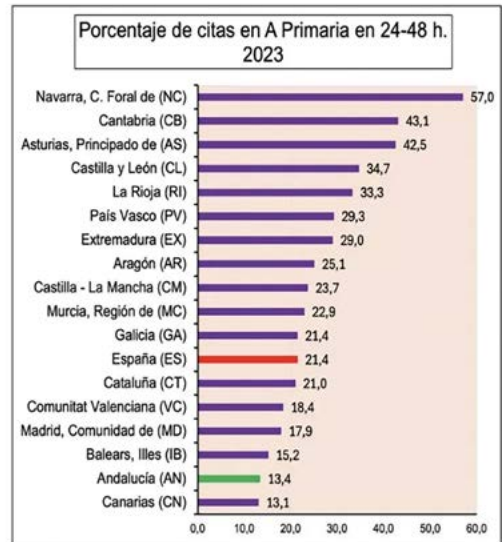
De esto se habla menos, pero ¿pueden imaginarse la tortura que supone, para una persona que sospecha o que tiene confirmado estar afectado de una enfermedad grave, el hecho de esperar meses y meses para ser evaluado o recibir un tratamiento potencialmente curativo?. Diversos estudios han documentado que los pacientes que sufren listas de espera prolongadas experimentan incremento de la ansiedad, depresión, desesperanza, y disminución de la calidad de vida durante estos periodos de espera, tanto en adultos como en adolescentes. En adolescentes, los tiempos de espera largos se correlacionan con mayor distrés psicológico y la adopción de conductas de afrontamiento desadaptativas o de riesgo, además de la percepción subjetiva de empeoramiento de la salud mental. En adultos, casi la mitad describe deterioro de su salud mental durante la espera, con síntomas predominantes de ansiedad, pérdida de motivación y estrés vital. En el caso de trastornos depresivos, se ha demostrado que una espera prolongada se asocia con peores resultados clínicos tras el inicio del tratamiento.

Todo lo descrito anteriormente son hechos. Son datos, obtenidos con una metodología rigurosa, de lo que le ocurre a una gran parte de los

enfermos que sufren las consecuencias de esperas muy prolongadas antes del diagnóstico y el tratamiento definitivo de su enfermedad.

En los siguientes gráficos, cuyos datos están tomados de fuentes oficiales, se muestran los siguientes indicadores, referentes a las demoras sanitarias existentes en España y en sus Comunidades Autónomas: 1) Porcentaje de citas presenciales atendidas en Atención Primaria en 48 h tras su solicitud (datos de 2023), 2) Tiempo medio de espera para evaluación por Atención Especializada tras ser solicitada y 3) Tiempo medio de espera de cirugía no urgente tras su indicación (información de estos dos últimos indicadores actualizada a diciembre de 2024).

En los tres gráficos aportados se puede apreciar como la media nacional de los tres parámetros que se miden es muy prolongada. Pero también se aprecia como en algunas CCAA la situación puede considerarse aceptable y en otras como Andalucía, la situación es crítica. Este hecho, que ocurre en el mismo país y en los mismos tiempos, demuestra como la gestión sanitaria que hace una administración u otra puede ser eficaz o pésima según el caso.



En concreto, el tiempo medio de espera para ser evaluado por un especialista es muy alto, oscilando entre 150 a 157 días en Andalucía, Navarra y Canarias, así como la media de días de espera para cirugía en Andalucía y Extremadura que son de 176 y 178 días respectivamente. Estos hechos

no son solo inaceptables sino escalofriantes por que, como se ha documentado anteriormente, estas demoras tienen graves consecuencias y obligan a una toma de decisiones urgentes que resuelvan este deterioro lo antes posible.



Una panorámica similar, aunque con aspectos diferentes, ocurre con la Atención Primaria. La media nacional de citas presenciales en 48 h tras su solicitud es solo del 21,4%; en Andalucía y Canarias del 13,4% y 13,1% respectivamente, los peores datos del país. No se pueden aceptar tardanzas excesivas para realizar evaluaciones presenciales. El correcto funcionamiento de la Atención Primaria es un hecho de capital importancia para la salud de las personas y para la eficacia de todo el Sistema Nacional de Salud, como ha sido demostrado en muchos estudios.

Dentro de esta problemática, hay un aspecto de importancia capital: el tiempo de espera del paciente que no está diagnosticado. Las personas en espera de intervención quirúrgica tienen ya un diagnóstico definitivo y un plan de tratamiento establecido. Ello permite priorizar según la enfermedad de base. Asumimos que la espera de un enfermo diagnosticado de cáncer de colon no va a ser la misma que otro con litiasis biliar que produce molestias discretas, sin riesgo para la vida. Pero

El modelo privatizador emprendido por muchas CCAA está fracasando de forma estrepitosa.

muchos enfermos dirigidos al médico especialista (tras evaluación por su médico de cabecera o desde otro origen) con determinadas molestias no están diagnosticados!. La espera media para evaluación por Atención Especializada en Andalucía (por ej.) es de unos 5 meses. A esto hay que añadir las esperas que tengan las distintas pruebas complementarias que solicite el profesional y la segunda consulta para comunicar los resultados. Como hemos señalado previamente, se ha demostrado que ello puede tener unas consecuencias terribles que ponen en peligro incluso la vida, si la persona finalmente está afectada de una enfermedad oncológica.

Aparte de los peligros para la salud individual, esta situación tiene además otras graves consecuencias: es muy costosa de forma innecesaria. En sanidad, lo más rentable, el indicador de productividad más importante con diferencia sobre los demás, es el enfermo curado. La persona en espera prolongada para ser diagnosticado y tratado, consume muchos más recursos sanitarios por varios motivos y acumula más bajas laborales. Todo ello produce un incremento notable de gasto público e individual.

Como solucionar las listas de espera sanitarias prolongadas: El Sistema Sanitario Público

La privatización sanitaria en España es cada vez mayor. Esa evolución en Andalucía ha sufrido una reciente e intensa expansión y ello ha ocurrido porque la administración andaluza actual ha optado por esa política sanitaria concreta. Y lo que también ha ocurrido en los últimos años es que el número de personas pendientes de evaluación por especialista y de cirugía no urgente ha aumentado considerablemente. De forma similar los tiempos de espera para evaluación especializada y para una intervención quirúrgica también se han incrementado de forma sustancial. Y de nuevo en Andalucía, este aumento ha sido marcado alcanzando actualmente unas cifras muy elevadas. Una panorámica similar ocurre también en otras autonomías. En consecuencia, es muy evidente que el modelo privatizador emprendido por muchas CCAA está fracasando de forma estrepitosa. Los indicadores que hemos analizado en Andalucía son de los peores del país. El Sistema Nacional de Salud que lo financiamos todos los españoles con nuestros impuestos, es gestionado por muchas administraciones de forma incompetente. Ello perjudica directamente a la salud individual de las personas y contribuye a una gestión económica pésima de recursos que son de todos.

La solución definitiva de las inaceptables listas de espera actuales de la sanidad española pasa por una potenciación contundente del Sistema Sanitario Público y abandonar el descabellado desvío de recursos (que son de todos nosotros) al sector privado. Está bien demostrado que ello produce mejores resultados en Salud y además de ser bastante más eficiente. Las características concretas que debería tener nuestro sistema sanitario para hacer frente a la deteriorada situación actual, han sido recientemente difundidas.

En lo que respecta directamente a la problemática engendrada por las listas de espera sanitarias tan prolongadas, nos parece que las medidas esenciales son las siguientes:

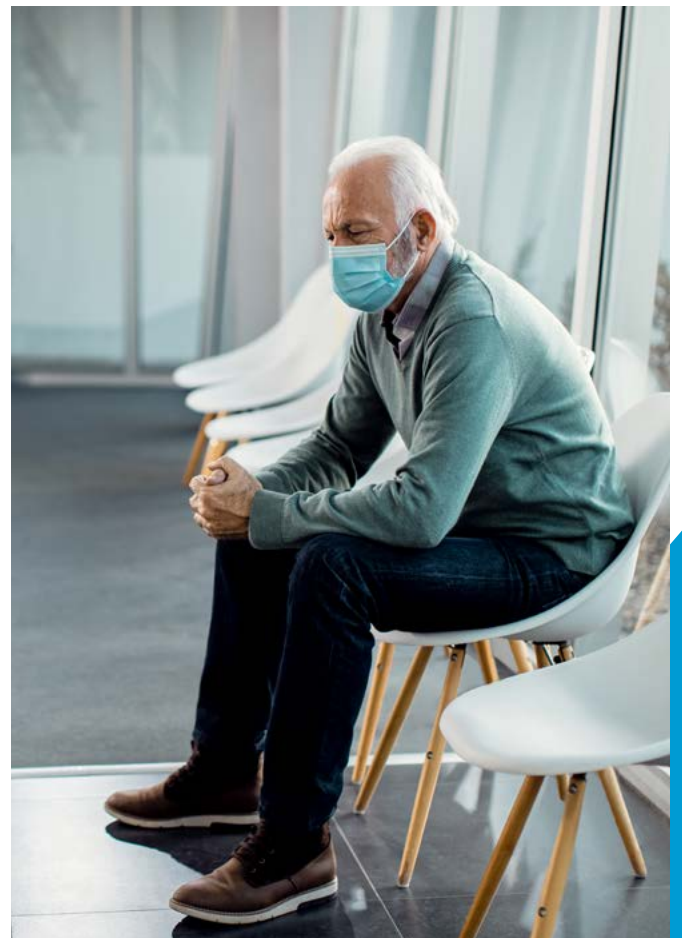
1. Se establecerá por Ley que todos los centros Sanitarios Públicos deben tener su plantilla estructural definida (por servicios y especialidades), que tiene que ser actualizada periódicamente y ser pública.
2. Se establecerá por Ley una distribución de infraestructuras técnicas y humanas del sector sanitario público, de forma lógica pero equitativa con la distribución de la población en los territorios.
3. Se establecerá por Ley la realización anual de concursos públicos de las plazas vacantes para todos los centros sanitarios de todas las CCAA.
4. Se establecerá por Ley la incompatibilidad absoluta en el ejercicio médico entre el sector público y el privado.
5. Se establecerá por Ley el tiempo máximo de espera para la atención médica, para pruebas diagnósticas y para tratamiento quirúrgico.
6. Se establecerá por Ley que en los hospitales públicos existirán, de forma evaluada según las listas de espera del centro, turnos de atención médica y quirúrgica de mañana y tarde, pero con profesionales diferentes en cada turno.
7. Es absolutamente imprescindible y urgente el establecimiento por Ley de un nuevo Plan Estatal de Atención Primaria de Salud.



En definitiva, los centros sanitarios deben obligadamente tener las plantillas óptimas y esto, tiene que ser sometido al control ciudadano. Los profesionales sanitarios deben tener estabilidad laboral, una remuneración justa según su especialización técnica y responsabilidad y dedicación exclusiva al sistema público. Ello les permitirá realizar su trabajo con pleno rendimiento técnico e intelectual. De esta forma, las plantillas estructurales de los centros sanitarios públicos se llenan. Y trabajarán a pleno rendimiento.



El Sistema Nacional de Salud en nuestro país es uno de los pilares básicos del Estado de bienestar, un logro social extraordinario, aprobado como muy necesario por una gran mayoría de ciudadanos, está en la actualidad en proceso de desmantelamiento y de ser absorbido por un mercantilismo insaciable donde el objetivo fundamental es la rentabilidad empresarial. Se cumple de nuevo la ecuación que nunca falla: Si la Sanidad Pública empeora, mejora el negocio privado y una lista de espera muy prolongada es el móvil principal para que un ciudadano contrate un seguro privado de salud. En Andalucía, con la acción política del actual gobierno autonómico se ha deteriorado notablemente la atención sanitaria hasta límites inaceptables. Los ciudadanos no podemos permitir que nos quiten algo tan valioso y que por otro lado, es nuestro. Es preciso una movilización ciudadana permanente y con todos los medios legales a nuestro alcance, para impedirlo. Y en las próximas elecciones generales y autonómicas tenemos que preguntarnos que alternativa política defiende mejor el Sistema Sanitario Público. Y debemos votar en consecuencia.



La privatización sanitaria de las Comunidades Autónomas

Undécimo informe

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

1. INTRODUCCIÓN

Desde 2014 la FADSP viene publicando anualmente un informe sobre la privatización de los servicios sanitarios en España entendiendo por tal desvío de fondos del sector público hacia el sector privado en detrimento del primero. La justificación para privatizar es la INSUFICIENCIA de los servicios sanitarios públicos para atender las demandas de la población. Este aumento de provisión y del aseguramiento privado va unido a mayor desigualdad social, conociéndose que la privatización produce un aumento de la mortalidad evitable porque va unida a una desfinanciación paralela de la sanidad pública¹.

A lo largo de esta historia se han articulado diversas modalidades, a veces difíciles de identificar, de privatización. Privatizar es:

- La colaboración público-privada (conciertos) que se hace para aligerar listas de espera la externalización de servicios y el aseguramiento a las mutualidades de funcionarios.
- La prestación de servicios sanitarios a través de las concesiones administrativas.
- La compra de lo que la industria farmacéutica vende a la sanidad pública.
- La compra de biotecnología.

Según los propios empresarios del sector “El sector goza de una sólida salud y se prevé un crecimiento en los próximos años... La creciente inversión en sanidad, tanto pública como privada, augura un futuro positivo para la atención médica en España”.

La crisis económica de 2007 puso de manifiesto que la salud (más bien la enfermedad) es una gran oportunidad de negocio y consecuentemente las corporaciones privadas pretenden ocupar ese espacio colocando a los servicios sanitarios públicos en una posición subordinada a sus intereses: campo de pruebas y fuentes de información para sus productos, consumidor mayoritario y, en relación con sus clínicas, provisor de clientes y pagador de facturas de servicios no cubiertos por las pólizas por no ser rentables. El modelo de servicios públicos que necesita el capital privado es hospitalocéntrico con un campo para ensayos de nuevas tecnologías y terapias con pacientes y financiación pública.

En 2024 se ha producido un aumento de la privatización, en la provisión y en la financiación de nuestro sistema sanitario, incrementándose un 14,7 %.

Un hospital incompetente para resolver las demandas de la población (recortes en personal y recursos no innovadores), con listas de espera que nutren a la medicina privada y un agujero sin

¹. Outsourcing healthcare services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013–20: an observational study of NHS privatisation. Lancet 2022

fondo especialmente por el coste de los nuevos fármacos e innovaciones tecnológicas. Para el capital privado el nivel primario no es negocio pero su deterioro genera inseguridad en la población y favorece el aseguramiento privado. También hará medicina para los pobres, (atención de baja calidad, sin continuidad y con la accesibilidad limitada) para los que no tengan como pagar y no les quede más remedio que esperar. A Salud Pública se la relega a comprador de vacunas y otras tecnologías preventivas, procurando que moleste lo mínimo con regulaciones incómodas.

2. LAS CIFRAS DE LA PRIVATIZACIÓN POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

La falta de transparencia informativa es uno de los grandes déficit 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 existe o no privatización, que la hay y en todas ellas.

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 por la comunidad autónoma y la existencia de dedicación exclusiva a la sanidad pública. Solo se utilizan datos que se encuentran publicados y en las fuentes disponibles: Ministerio de Sanidad (MS), Instituto Nacional de Estadística, Barómetro Sanitario, IDIS.

VARIABLES ANALIZADAS

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 concesiones administrativas de gestión a empresas privadas. (Comunidad Valenciana, Madrid, La Rioja).

10. Existencia de dedicación exclusiva para sanitarios de la pública o cargos directivos (Navarra y Extremadura y Asturias).

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.

La privatización es uno de los problemas de salud pública más importante de España: se incrementa la mortalidad general y aumentan las desigualdades en salud

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. El total de puntos obtenido por cada Comunidad Autónoma es el índice de privatización que usamos para compararlas.

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. Los análisis estadísticos se han hecho con el programa SPSS versión 25.

RESULTADOS

De acuerdo con estos criterios se han puntuado a todas las CCAA, obteniendo un resultado promedio de 21,3 puntos con una DS (desviación estándar) de 4,4 (rango entre 14 y 28 puntos), sobre un máximo de 34 puntos posibles.

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

CCAA con un mayor grado de privatización:

- Canarias 28
- Madrid 28
- Baleares 27
- Cataluña 26

CCAA con un grado intermedio de privatización:

- Comunidad Valenciana 26
- Aragón 24
- Andalucía 23
- Extremadura 20
- Galicia 19
- La Rioja 19
- Castilla y León 18
- Murcia 18
- País Vasco 18

CCAA con menor grado de privatización:

- Castilla-La Mancha 18
- Navarra 18
- Asturias 18
- Cantabria 14

COMENTARIOS

Merece la pena señalar varias cuestiones:

- La primera es que los datos se corresponden mayoritariamente a 2024 y solo alguno a 2023, siendo los últimos disponibles (el año queda establecido en la tabla).

- En 2024 se ha producido un aumento de la privatización, en la provisión y en la financiación de nuestro sistema sanitario en general, pasando de un indicador global de 16 puntos en 2014 hasta los 21 de 2025, es decir un incremento del 14,7%. Esto ha sido especialmente importante a partir de 2009, como secuela de las políticas de ajuste provocada por la crisis económica. Según los últimos datos disponibles España supera claramente la media de la OCDE en gasto sanitario privado, con un 28-30 % del total y hasta un 3 % del PIB, (frente al 21 % y 2,2 % de la OCDE respectivamente). El gasto de bolsillo es notable: (25 143 M € en 2022), reflejando mayor carga directa sobre las familias. Este incremento está presente desde hace décadas. En 2022 supuso el 26 % del gasto sanitario, mostrando una tendencia creciente que apunta a crecientes desigualdades en acceso según renta, habiéndose incrementado de manera importante el aseguramiento privado.

- Sobre la base de este incremento generalizado, el comportamiento de las CCAA ha sido desigual, respondiendo a distintas políticas privatizadoras. Las tablas 3, 4 y el gráfico 1 recogen la evolución de las puntuaciones globales de cada comunidad autónoma y la media nacional desde 2014². 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. Pero también hemos escogido 5 comunidades por su incremento llamativo en los últimos años. La primera es Andalucía que ha experimentado un incremento de más del 32% desde 2019. En Canarias (32,3 de incremento) y en la Comunidad Valenciana (29,4 de incremento) han sucedido fenómenos similares. Es llamativo el caso de Extremadura (32,3) que en informes anteriores tenía de los menores grados de privatización y en los últimos 3 años se han acelerado sus procesos.

- En el grupo con menor nivel de privatización están Castilla-La Mancha, Navarra, Asturias y Cantabria. Algunas con un histórico de baja privatización y otras expresión de procesos de contención del fenómeno.

- Como suele ser habitual en los estudios sobre los sistemas sanitarios de las CCAA se objetiva una gran desigualdad entre las mismas, lo que evidencia que la privatización de los servicios sanitarios no es un fenómeno “natural” de evolución de los Sistemas Autonómicos de Salud sino que responde a políticas explícitas de privatización algunas de larga evolución (Madrid, Cataluña, Baleares) pero otras de reciente implantación cuyas medidas pueden ser objetivadas. Estas diferencias suponen una muestra más de la falta de cohesión del Sistema Nacional de Salud y de la inequidad que hace que el derecho a servicios de calidad de la sanidad pública de no se cumpla de la misma forma para todos los/las españolas/es.

- 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.



². 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.

- La 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.

3. CONCLUSIONES

- La derivación de fondos públicos al sector privado del negocio de la salud (privatización) está presente en todos los Servicios Nacionales de Salud de las CCAA.
- El proceso es creciente y desigual reflejando las distintas políticas privatizadoras de los gobiernos autonómicos. A la cabeza (desde que se inició esta serie en 2014) están las comunidades de Madrid, Baleares y Cataluña. Es llamativo en los últimos años el impacto de este

tipo de políticas en Andalucía, Extremadura, Canarias, la Comunidad Valenciana y Aragón. El que haya comunidades donde la privatización se contenga (Castilla-La Mancha, Navarra, Asturias y Cantabria) muestra que otras políticas son posibles.

- La base de la privatización es el supuesto de que los servicios sanitarios públicos son insuficientes para satisfacer la demanda de la población a la que atienden. Esto justificaría la “colaboración público privada”. Por tanto, el deterioro de la sanidad pública (infradotación, falta de políticas públicas, ineficiencia en la gestión) forma parte esencial de las políticas privatizadoras. Por su actualidad citamos la actual compatibilización de jefes de servicio y de sección (gestores de lo público) con la práctica privada.

- La privatización es uno de los problemas de salud pública más importante de España, cuyas consecuencias conocidas son un incremento de la mortalidad general y el aumento de las desigualdades en salud.

TABLAS Y GRÁFICOS

TABLA 1 VARIABLES PRIVATIZACION Y PUNTUACION TOTAL 2024

CCAA	Mutuas	GS seg priv	Gasto Bol	GSP Conciertos	Camas Priv	Camas AT priv	CTA ESP Priv	CtA MF Priv	puntos total
Madrid	3,2	376	534	11,8	23,79	40,05	38	26,5	28
Canarias	4,5	187	366	7,1	27,41	37,71	47,3	27,2	28
Baleares	2,7	332	422	4,9	27,28	47,76	47,4	31,8	27
Cataluña	2,6	313	557	21,7	10,19	25,2	48,1	32,4	26
Comunidad Valenciana	3,9	174	559	3,4	15,12	30,41	43,1	31,6	26
Aragón	4,8	205	659	4,1	12,37	28,57	35,7	23,8	24
Andalucía	4,6	187	473	4,2	22,57	30,88	37,9	28,8	23
Extremadura	7,1	137	573	4,7	4,98	21,43	42,7	32,8	20
Galicia	3,4	143	640	4,6	14,04	27,45	34,4	19,5	19
La Rioja	3,8	167	555	3,2	4,82	16,67	42,1	27,4	19
Castilla y León	6,4	131	438	3,5	19,25	28,05	33,6	26,5	18
Murcia	3	113	386	5,2	21,26	22,48	39,2	26,9	18
País Vasco	1,5	197	546	6	16,58	26,6	32,4	21,2	18
Castilla- La Mancha	2,1	195	442	5,1	6,04	24,49	39,8	26,3	18
Navarra	2,5	118	469	6,4	29,61	40,91	34	19,8	18
Asturias	3,8	153	575	6,2	11,47	25,74	33,8	23	18
Cantabria	3,3	119	604	2,9	5,3	11,32	36,4	21,8	14

TABLA 2: PERCENTILES VARIABLES PRIVATIZACIÓN

Per	Mutuas 2024	GS Seg Priv 2024	GastoBo l 2024	GSP Conciertos 2023	Camas Priv 2023	AT privada 2023	Cta Esp Priv 2024	Cta MF Priv 2024
P25	2,6	134	440	3,8	8,1	23,5	34,2	22,4
P50	3,4	174	546	4,9	15,1	27,5	38	26,5
P75	4,5	201	574	6,3	23,2	34,3	42,9	30,2

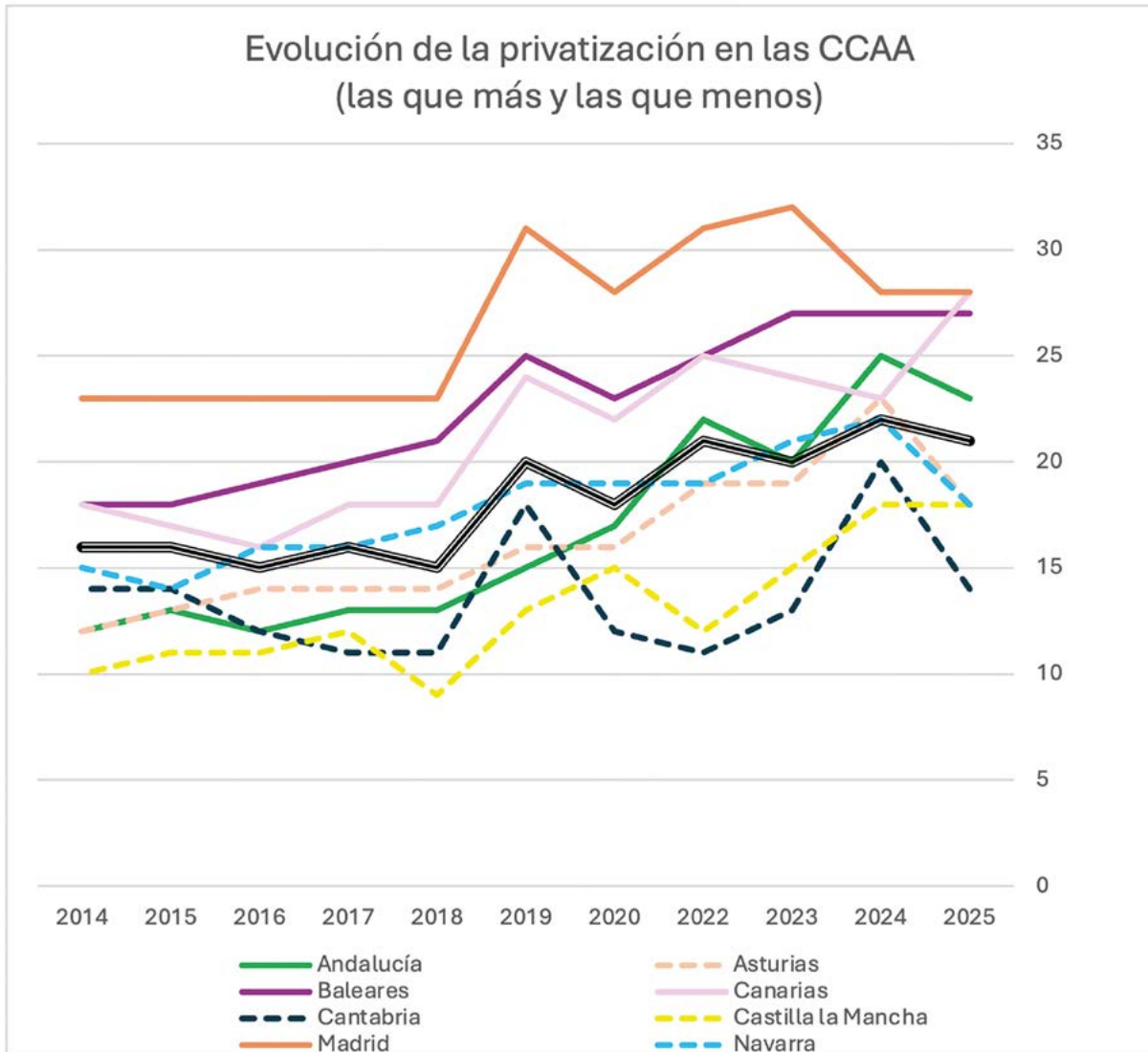
TABLA 3: VARIACIÓN PORCENTUAL DEL ÍNDICE DE PRIVATIZACIÓN

Comunidad	Andalucía	Extremadura	Canarias	Valencia	Aragón
2014	12	9	18	16	17
2024	23	20	28	26	24
Variación%	32,4	32,3	29,4	29,4	20,6

TABLA 4: EVOLUCIÓN ÍNDICES DE PRIVATIZACION 2014-1025

CCAA	2025	2024	2023	2022	2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014
Andalucía	23	25	20	22	17	15	13	13	12	13	12
Aragón	24	24	19	20	14	18	16	14	13	16	17
Asturias	18	23	19	19	16	16	14	14	14	13	12
Baleares	27	27	27	25	23	25	21	20	19	18	18
Canarias	28	23	24	25	22	24	18	18	16	17	18
Cantabria	14	20	13	11	12	18	11	11	12	14	14
Castilla y León	18	21	18	20	15	20	15	15	15	16	16
Castilla-La Mancha	18	18	15	12	15	13	9	12	11	11	10
Cataluña	26	26	29	29	26	29	22	22	22	22	21
Comunidad Valenciana	26	24	20	21	17	20	13	16	16	15	16
Extremadura	20	16	14	13	11	12	11	10	10	9	9
Galicia	19	20	20	23	19	19	16	18	18	19	19
Madrid	28	28	32	31	28	31	23	23	23	23	23
Murcia	18	22	17	20	14	19	13	13	13	23	16
Navarra	18	22	21	19	19	19	17	16	16	14	15
País Vasco	18	19	17	20	20	24	18	17	17	17	17
La Rioja	19	19	18	19	16	18	14	13	14	14	16
Media CCAA	21	22	20	21	18	20	15	16	15	16	16

GRAFICO 1: EVOLUCION INDICES EN LAS COMUNIDADES MAS Y MENOS PRIVATIZADORAS EN 2025



La FADSP ante la huelga médica

La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), ante la convocatoria semanal de huelga durante los últimos meses promovida por los sindicatos CESM, SMA, METGES, OMEGA, SME y AMYTS, y después de analizar la tabla reivindicativa recogida en <https://www.cesm.org/2026/03/24/esta-es-la-propuesta-de-acuerdo-del-comite-de-huelga-al-ministerio-de-sanidad/> y <http://www.cesm.org/wp-content/uploads/2026/04/20260420-Contrapropuesta-comite-huelga-APL-Estatuto-Marco.pdf>, quiere hacer público su desacuerdo por las siguientes razones.

1. La justificación de esta convocatoria no se dirige contra los artículos del proyecto del Estatuto Marco, sino contra el sistema de representación sindical que opera en las mesas de negociación. Reivindican la fragmentación de la negociación colectiva por grupos profesionales. Para ello crean un relato en donde un Estatuto Marco común, donde medidas y facultativos negocian sus condiciones laborales junto con el resto de los trabajadores, sea visto como una imposición, que beneficia a los que denominan sindicatos generalistas o de clase, y que trae como consecuencia que sus demandas médicas queden sistemáticamente en minoría ante la unidad que suele existir entre los sindicatos generalistas. La reivindicación de un estatuto propio implica fragmentar la negociación, transitar de un modelo de equipo a un modelo gremial donde cada colectivo presiona por separado.

2. Sus reivindicaciones están dirigidas a la liberalización total de la práctica de la medicina privada, para médicos/as que trabajan en la sanidad pública con una jornada obligatoria de 35 horas en horario de mañana (de 8 a 15 horas), lo que haría inviable la apertura de Centros de Salud en horario de tarde. La ampliación de la compatibilidad público-privada es una vieja reivindicación liberal que choca frontalmente con la garantía de cober-



tura asistencial en la sanidad pública, e impulsa la fuga de profesionales hacia la privada en horario laboral de tarde y noche.

3. Existe una evidente contradicción en exigir una jornada laboral obligatoria en el Sistema Nacional de Salud de 35 horas para evitar la fatiga y favorecer el ejercicio de la profesión en el sector privado. Esa doble actividad, por definición, añade carga de trabajo, aunque sea en otro empleador. La sanidad privada es un foco de atracción para grandes grupos inversores, que ven la sanidad como un sector con alta demanda y márgenes atractivos. Llama la atención como en la tabla reivindicativa no se encuentra un aumento de la financiación por las comunidades autónomas para compensar la enorme cantidad de nuevas contrataciones que implicaría una jornada laboral obligatoria de 35 horas, o el aumento de sus retribuciones, limitándose a solicitar estudios de cargas laborales que determinen la necesidad de médicos y facultativos, en todos los puntos de atención médica.

La reivindicación de un estatuto propio implica fragmentar la negociación.

4. Reducir drásticamente la jornada máxima sin un aumento proporcional y casi inmediato del número de médicos pondría en riesgo la continuidad del servicio. El sistema actualmente depende estructuralmente de las guardias para cubrir la asistencia continuada (noches, fines de semana y festivos). Cambiar el modelo requeriría contratar a miles de nuevos facultativos para cubrir los mismos turnos, lo que choca con la realidad de una escasez generalizada de profesionales.

5. En numerosas entrevistas representantes de estos sindicatos médicos proclaman que el SNS está en "riesgo de colapso" y que un estatuto marco propio es necesario para su supervivencia y que no atender a esa petición implicaría la desaparición de la sanidad pública tal y como la conocemos. Llama la atención que el modelo de negociación en la sanidad privada madrileña es unitario: un solo convenio, una sola mesa de negociación, para todos los profesionales del sector (medicina, enfermería, etc) sin que se haya realizado una huelga para solicitar un estatuto médico propio en sanidad privada.

6. Hacen una reivindicación de la jubilación anticipada mediante coeficientes reductores por la penosidad de la profesión, invisibilizando la experimentada por otros trabajadores/as sanitarios cuando la evidencia disponible muestra que enfermería y TCAEs están igual o más expuestos a factores de penosidad. De nuevo, la reivindicación del estatuto médico propio es el mecanismo para generar esta fragmentación en la negociación entre diferentes colectivos que se consideran como

un freno para sus reivindicaciones profesionales.

7. Los sindicatos convocantes parecen considerar que la precariedad laboral de médicos/as se debe a la inexistencia de un estatuto médico propio, cuando la alta precariedad depende de la aplicación del estatuto común por partes de las Comunidades Autónomas. Es notorio la ausencia de referencias a que el importe de los complementos salariales es una competencia de las CCAA, y que ellas pueden regular para el personal estatutario una jornada máxima inferior a la establecida con carácter básico en el Estatuto Marco, que pueden establecer la organización del trabajo del personal médico mediante trabajo a turnos o a través de disminuir por debajo de las 17 horas la jornada de guardia.

8. Consideramos que los profesionales de la salud de los diferentes colectivos sufren importantes problemas y que el Sistema Sanitario presenta deficiencias organizativas, mala gestión y deficiente planificación, pero es un error considerar que el instrumento adecuado para poder resolverlos se encuentre en la tabla reivindicativa de los sindicatos convocantes. Nuestra Federación se ha mostrado abiertamente defensora de un sistema de incompatibilidad entre la práctica pública y la privada, ha propuesto y sigue proponiendo mejoras en las condiciones laborales de todas las profesionales sanitarias (como convertir las guardias en jornada estructural) que, junto con otras medidas como aumento de inversión y planificación de recursos, mejoren una sanidad sanitaria pública centrada en el paciente.





¿Deben los médicos tener un Estatuto Marco propio?

Manuel Martín García. Presidente de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

Sergio Fernández Ruiz. Secretario de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

La pregunta es pertinente, pero la respuesta, desde la perspectiva de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), es clara: no. Y no porque no existan problemas reales en el colectivo médico y facultativo, que los hay, sino porque la creación de un estatuto diferenciado no es la solución adecuada y puede tener efectos negativos sobre el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Un malestar real que debe ser abordado

Actualmente, existe un malestar significativo entre el personal médico y facultativo del SNS, vinculado a factores bien conocidos como son la sobrecarga asistencial, jornadas prolongadas, guardias con una regulación discutida, dificultades de conciliación y, en algunos ámbitos, precariedad laboral.

Se trata de problemas reales que deben abordarse, pero también es importante señalar que no son exclusivos del colectivo médico, sino que forman parte de un deterioro más amplio de las condiciones de trabajo en la sanidad pública.

Reconocer este diagnóstico es imprescindible. Pero no lo es menos evitar soluciones que simplifican en exceso el problema.

¿Un problema del marco o de su desarrollo?

Una de las ideas más repetidas en este debate es que el anteproyecto de ley del Estatuto Marco sería el origen de estos problemas. Sin embargo, este planteamiento no se sostiene.

El Estatuto Marco establece unas bases generales, pero la organización del trabajo, las cargas asistenciales, las plantillas o buena parte de las condiciones retributivas dependen fundamentalmente de las comunidades autónomas y de las políticas de gestión sanitaria. Y ahí está el problema, en cómo se gestiona el sistema.

Por eso, centrar el debate en la creación de un estatuto propio simplifica la realidad y puede desviar la atención de los problemas estructurales como son la insuficiente financiación, la atención primaria, las privatizaciones, la falta de planificación de recursos humanos o las decisiones organizativas que han incrementado la presión asistencial.

El valor del marco común

El Estatuto Marco es una norma laboral y, también, un instrumento de cohesión del SNS. En un sistema descentralizado, permite establecer unas bases comunes que garantizan cierta homogeneidad en las condiciones laborales y facilitan la movilidad profesional. Introducir un estatuto específico para personal médico y facultativo implicaría romper ese marco común y avanzar hacia una diferenciación normativa entre colectivos.

El SNS funciona como un sistema basado en el trabajo en equipo. La atención sanitaria es necesariamente multidisciplinar. Por ello, la existencia de un marco común es una condición para la coordinación y la equidad interna.

El riesgo de la fragmentación

Uno de los principales problemas de un estatuto propio es que introduce una lógica de fragmentación que puede extenderse al conjunto del sistema. Si un colectivo dispone de un marco diferenciado, es razonable que otros puedan reclamar lo mismo. El resultado sería un sistema con múltiples regímenes laborales, más complejo, más desigual y difícil de gestionar.

Desde la perspectiva de la FADSP, este escenario supone un riesgo claro, ya que debilitaría la cohesión del sistema sanitario público sin garantías de mejorar la calidad asistencial.

Además, la fragmentación también debilita la capacidad de planificación y gestión del sistema y abre espacios para modelos más desregulados. En un contexto de crecimiento del sector privado, avanzar hacia marcos laborales diferenciados puede contribuir a erosionar la fortaleza del sistema público.

Corporativismo y modelo de sistema

El debate sobre el estatuto propio también tiene que ver con el modelo de sanidad que queremos.

Algunas posiciones plantean la necesidad de espacios de negociación específicos para el colectivo médico, al margen de los órganos comunes. Desde la FADSP ya hemos señalado que este enfoque responde a planteamientos corporativos que no representan al conjunto de profesionales ni responden al interés común del sistema sanitario. Un sistema sanitario público no puede construirse desde lógicas exclusivamente corporativas puesto que las mejoras de las condiciones laborales deben abordarse desde una perspectiva global.

Doble dedicación y equidad

Existe además otro elemento de fondo, y es la compatibilidad entre el ejercicio público y privado.

Desde la FADSP hemos defendido que la dedicación exclusiva al sistema público debe ser un eje central para garantizar su calidad y equidad. La generalización de la doble dedicación, genera conflictos de interés y puede afectar al funcionamiento del sistema.

En este contexto, un estatuto propio podría consolidar dinámicas que no contribuyen a fortalecer la sanidad pública.

Una alternativa: mejorar sin fragmentar

Frente a la propuesta de un estatuto propio, desde la FADSP ya planteamos una alternativa más coherente con los principios del SNS, reforzando y actualizando el Estatuto Marco común, incorporando las especificidades de los distintos colectivos sin romper la unidad del sistema, algo que se ha recogido en el texto del anteproyecto.

Pero, sobre todo, resulta imprescindible situar el debate donde están los principales márgenes de mejora, y no es otro que en las comunidades autónomas, responsables de la organización de los servicios, la jornada, las guardias, la gestión de plantillas y buena parte de las condiciones laborales efectivas. Sin actuar sobre estos niveles, cualquier reforma estatal tendrá un alcance limitado.



Esto implica:

- Mejorar las condiciones laborales y retributivas.
- Apostar por la estabilidad y la planificación real de recursos humanos, incrementando las plantillas.
- Implementar límites efectivos a la sobrecarga asistencial.
- Reorganizar, limitar y eliminar el actual sistema de guardias .
- Garantizar el régimen de descansos y la conciliación.
- Establecer la dedicación exclusiva.

Se trata de avanzar hacia un marco común adaptado a la realidad actual, pero también de exigir a las administraciones autonómicas que asuman su responsabilidad en la mejora de las condiciones de trabajo y en el fortalecimiento del sistema sanitario público.

En definitiva, la demanda de un Estatuto Marco propio parte de problemas reales. Pero la solución propuesta no es adecuada. El reto es integrar y fortalecer lo común.

La defensa de la sanidad pública pasa por reforzar un modelo basado en la cohesión, la equidad y el trabajo en equipo. Y en ese modelo, un estatuto común, mejorado y actualizado, sigue siendo una herramienta necesaria. Porque la fortaleza del sistema sanitario público depende de la capacidad de construir soluciones compartidas y de reforzar lo común frente a las dinámicas de fragmentación.



Sobremortalidad por cáncer en Andalucía¹

Comentario bibliográfico



En una reciente carta al director de Gaceta Sanitaria, los autores (Juan Antonio Córdoba-Doña, Vanessa Santos-Sánchez y Antonio Escolar-Pujolar) describen como compararon los excesos de mortalidad de Andalucía respecto al resto de España en tumores malignos, cáncer de colon-recto y cáncer de mama en mujeres, en los dos últimos sexenios (2013 a 2018 y 2019 a 2024). A partir de las tasas anuales del resto de España, para cada causa específica por grupo de edad y sexo (tasas de referencia), calcularon el número de muertes esperadas en Andalucía si tuviera esas mismas tasas.

Respecto a 2014-2018, en 2019-2024 se produjeron en Andalucía 3.701 muertes de más por tumores malignos (1297 en mujeres y 2404 en hombres), 820 por cáncer de colon-recto (218 en mujeres y 602 en hombres) y 275 por cáncer de mama. Todos esos excesos fueron estadísticamente significativos.

Esto quiere decir que en el periodo 2019-2024 ocurrieron anualmente en Andalucía 617, 136 y 46 muertes de más por tumores malignos, cáncer de colon-recto y cáncer de mama, respectivamente.

Aunque se conoce la sobremortalidad por cáncer en Andalucía respecto a España, para los autores, los excesos de mortalidad observados entre ambos periodos difícilmente pueden atribuirse a cambios diferenciales en el peso de los determinantes sociales, las exposiciones ambientales o el contexto epidemiológico de la COVID-19 entre Andalucía y el resto del Estado. Su hipótesis es que los déficits en la accesibilidad, la oportunidad y la calidad de la atención oncológica en Andalucía (recursos disponibles y gestión) pueden estar asociados a la creciente sobremortalidad por cáncer en ambos sexos, y en especial en los hombres.

1. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2026.102596>

Menstruación y Covid

Comentario bibliográfico



La reciente tesis¹ de Miriam Al-Adib, ginecóloga, ha vuelto a poner de manifiesto tres aspectos de la práctica clínica y de la vigilancia de la salud que no suelen recibir la atención que se merecen. Nos referimos a que ni los efectos adversos de la covid ni los de la vacuna están suficientemente identificados; a que los mecanismos de notificaciones adversas no son todo lo exhaustivos que debieran; y a que la salud de la mujer, tanto la vinculada a su biología como a otros procesos, no despiertan atención clínica suficiente (es conocido que no se realiza el mismo esfuerzo terapéutico a hombres que a mujeres en determinadas enfermedades y servicios).

Por un lado, las investigadoras se propusieron analizar la prevalencia y los factores asociados a las alteraciones menstruales en mujeres que menstruaban antes de la infección por SARS-CoV-2. Realizaron un estudio observacional retrospectivo de mujeres adultas en España durante diciembre de 2021, mediante una encuesta telefónica con 17.512 entrevistadas, incluyendo 72 mujeres que padecieron covid y menstruaban antes de la infección. Los datos recopilados incluyeron características generales, antecedentes médicos e información específica sobre la COVID-19.

Tanto después de la enfermedad como después de la vacuna contra la covid, entre el 39 y el 51 % de las mujeres pueden sufrir alteraciones menstruales.

El 38,8 % de las participantes experimentaron alteraciones menstruales tras la covid. Entre ellas, el sangrado vaginal inesperado (20,8 %) fue el evento más frecuente, seguido del manchado (11,1 %). Otros cambios declarados fueron la dura-

ción (menor = 12,5 %) y el flujo (mayor = 30,3 %) del sangrado menstrual en comparación con su experiencia previa. Ser mujer perimenopáusica y tener un diagnóstico previo de menorragia fueron factores asociados a los cambios.

Por otro lado, analizaron las características y los factores que influyen en los cambios menstruales tras la administración de la vacunación contra la covid mediante encuesta telefónica a 14.550 mujeres menstruantes españolas. Entre otros datos, se registraron las características generales del ciclo menstrual, los antecedentes médicos y los eventos adversos posteriores a la vacunación.

Entre el 45,0 % y el 50,9 % de las encuestadas informaron haber experimentado sangrado menstrual, mayormente transitorio, después de ambas dosis de la vacuna contra la covid, incluyendo sangrado intermenstrual diferente (41,6 %-49,0 %), períodos más prolongados (26,5 %-29,5 %) y/o flujo más abundante (28,7 %-31,6 %). El análisis

de regresión logística mostró que algunos de los factores individuales que pueden estar involucrados en este evento inesperado son la edad, el flujo menstrual abundante, el uso de anticoncepción, el número de embarazos previos y los diagnósticos preexistentes de ciertas afecciones, como la endometriosis y sufrir otros efectos adversos de la vacuna.

Las investigadoras concluyen que las mujeres que menstrúan pueden experimentar menstruación alterada después de la vacunación contra la covid. Se sugiere realizar más investigaciones para abordar los factores que influyen, considerando su heterogeneidad según el contexto geográfico de la población. Este tipo de evidencia podría ser fundamental en el contexto de futuros brotes virales, ayudando a los profesionales de la salud a brindar información científicamente actualizada a las pacientes para que tomen decisiones informadas sobre su bienestar y sobre su salud sexual reproductiva, especialmente en sociedades donde la menstruación sigue siendo un tema tabú.



1. Characteristics and health factors influencing menstrual changes after COVID-19 vaccination: A Spanish retrospective observational study in currently menstruating women.

Miriam Al-Adid, Ana B. Rodríguez and Cristina Carrasco.

Women's Health. Volume 21: 1–15.

DOI: 10.1177/17455057251406958.

COVID-19 and menstrual-related disturbances: a Spanish retrospective observational study in formerly menstruating women.

María González, Miriam Al-Adib, Ana B. Rodríguez and Cristina Carrasco.

Front. Glob. Womens Health 5:1393765.

DOI: 10.3389/fgwh.2024.1393765.



Atención Sanitaria a Inmigrantes

Ante la información del acuerdo del Partido Popular y Vox en Extremadura (para excluir a las personas inmigrantes de la asistencia sanitaria pública (que pretenden extender a otras Comunidades Autónomas donde negocian la formación de nuevos gobiernos), desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública queremos denunciar que:

1.- Esta medida se basa en la mentira de que extender la asistencia sanitaria a este colectivo haría insostenible del sistema sanitario público ya que existe suficiente evidencia de que lo puede asumir perfectamente.

2.- Para la FADSP lo que pone en riesgo real el mantenimiento de la sanidad pública son las bajadas de impuestos (que promueven ambos partidos), el incremento desbocado del gasto farmacéutico y tecnológico innecesario y las transferencias de fondos públicos al sector privado.

3.- La asunción de ambos partidos de los postulados racistas y xenófobos de países europeos y Europa y Estados Unidos, que pretende expulsar a las personas extranjeras que vienen a trabajar a nuestro país y que contribuyen a nuestra economía.

4.- Esta medida llevaría asociados problemas para la población española:

- Incrementaría el riesgo de difusión de enfermedades transmisibles que evolucionarían sin control sanitario.

- Abriría la puerta a nuevas exclusiones del derecho a la asistencia sanitaria a colectivos sociales, como vienen postulando desde hace tiempo sectores neoliberales contrarios a la universalidad de la sanidad pública

- Sería difícilmente asumible para la gran mayoría de la población contemplar que las personas inmigrantes arrastren públicamente sus dolencias y enfermedades sin ser atendidas.

5.- Para conseguir el objetivo de la exclusión de personas inmigrantes los gobiernos autonómicos del PP, especialmente el de Madrid, pretenden incumplir la legalidad no aplicando el Decreto del Ministerio de Sanidad que permite acceder a la asistencia sanitaria a las personas que lo soliciten.

Desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública consideramos estas propuestas como inhumanas, innecesarias y abyectas y pedimos su rechazo por el conjunto de fuerzas políticas y sociales. Es una medida discriminatoria que atenta contra la ética ciudadana contra los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias.

Anteproyecto de Ley de Gestión Pública e Integridad del Sistema Nacional de Salud

La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) ha registrado sus alegaciones al Anteproyecto de Ley de gestión pública e integridad del Sistema Nacional de Salud, actualmente en trámite de información pública.

La Federación valora positivamente este Anteproyecto, que supone un cambio de orientación relevante tras décadas de políticas privatizadoras, al derogar la Ley 15/1997, priorizar la gestión directa, declarar excepcional la gestión indirecta y reforzar la transparencia y la evaluación de resultados.

No obstante, la FADSP considera que el texto aún no garantiza un blindaje suficiente frente a la privatización ni define con claridad cómo revertir los modelos privatizadores ya implantados, por lo que plantea una serie de propuestas de mejora orientadas a aprovechar plenamente el potencial de esta ley.

Entre las principales alegaciones presentadas destacan:

1. Acotar mucho más los supuestos en los que se puede recurrir a la gestión indirecta, reforzando su carácter realmente excepcional, fijando límites cuantitativos (porcentaje máximo de actividad externalizada, techos de gasto en conciertos) y evitando que los contratos de menor cuantía queden fuera de la evaluación previa.

2. Establecer la obligación de que las comunidades autónomas aprueben planes de refuerzo de recursos propios y de reducción progresiva de conciertos y externalizaciones, con objetivos cuantificados y seguimiento en el Consejo Interterritorial del SNS.

3. Utilizar el informe estatal sobre experiencias de gestión desde 1997 para diseñar, con participación social, una hoja de ruta de reversión de los modelos privatizadores y de recuperación de la gestión pública directa en el conjunto del SNS.

4. Reforzar el carácter público y homogéneo de las condiciones laborales en consorcios y entidades públicas de gestión, garantizando la subrogación y la equiparación de derechos del personal en los procesos de reversión, y evitando nuevas bolsas de precariedad.

5. Abordar de forma explícita el papel de las mutualidades de funcionarios (MUFACE, MUGEJU, ISFAS), incorporando el compromiso de avanzar hacia su integración progresiva en la sanidad pública para eliminar circuitos asistenciales paralelos financiados con fondos públicos y reforzar un único sistema público, universal y solidario.

6. Garantizar la participación de organizaciones defensoras de la sanidad pública, como la FADSP, y de la ciudadanía en el grupo de trabajo que analizará las experiencias de gestión, en los comités de evaluación de la gestión indirecta y en la definición de los indicadores de evaluación del sistema.

La FADSP considera que este Anteproyecto abre una ventana de oportunidad para avanzar hacia un verdadero blindaje de la sanidad pública y se pone a disposición del Ministerio y de las fuerzas políticas para contribuir a mejorar el texto y asegurar que el Sistema Nacional de Salud sea plenamente público, universal, equitativo y de calidad, al servicio del interés general.

FADSP: Sin paz, sin ciencia y sin Sanidad Pública no hay salud



El 7 de abril se conmemoró el Día Mundial de la Salud, una fecha establecida en 1948 coincidiendo con la creación de la Organización Mundial de la Salud, para recordar la importancia de la salud y la necesidad de garantizar el acceso universal y equitativo a los servicios sanitarios, un objetivo que décadas después sigue sin estar plenamente garantizado.

En este contexto conviene recordar algo que a menudo se intenta ocultar y es que la salud no depende solo de los avances médicos ni de la tecnología, sino de las condiciones en las que viven las personas, de las decisiones políticas y del modelo de sociedad que construimos.

No puede hablarse seriamente de salud en un mundo atravesado por guerras, conflictos armados, bloqueos y violencia. Allí donde se comenten estas atrocidades desaparecen los sistemas sanitarios, se destruyen hospitales, se interrumpen los tratamientos y se condena a millones de personas a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte. Pero incluso más allá de sus efectos inmediatos, se deterioran las condiciones de vida durante generaciones.

Lo estamos viendo hoy de forma dramática en Ucrania y Oriente Medio, lugares como Palestina donde sufren un genocidio, donde la destrucción del sistema sanitario y el ataque a la población civil

han generado una crisis humanitaria de enormes dimensiones, habiendo más de 14 millones de personas refugiadas afectadas en toda la región.

Y lo sufren también en otros contextos menos visibles mediáticamente, donde las sanciones económicas y los bloqueos prolongados, como el que sufre Cuba desde hace décadas, limitan gravemente el acceso a medicamentos, tecnología sanitaria y recursos básicos, afectando directamente a la salud de la población.

Por eso, no es una exageración afirmar que sin paz no hay salud.

Tampoco puede hablarse de salud sin ciencia. El conocimiento científico ha permitido avances decisivos en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades. Sin embargo, conviene no olvidar que la ciencia, por sí sola, no garantiza el derecho a la salud. Cuando se subordina a intereses económicos o se orienta prioritariamente

al beneficio, sus resultados dejan de responder a las necesidades reales de la población. La ciencia necesita políticas públicas, financiación suficiente y estructuras que permitan que sus beneficios lleguen a todas las personas y no solo a quienes pueden pagarlos.

Y ahí es donde cobra todo su sentido la defensa de los sistemas sanitarios públicos y la importancia de fortalecer los mismos.

Porque sin servicios públicos sólidos, universales y bien financiados, la salud se convierte en un bien de mercado y, como ocurre siempre en estos casos, termina generando desigualdades e inequidades. Lo que estamos viendo desde hace años respecto al deterioro del sistema sanitario es el resultado de decisiones políticas que han favorecido la infrafinanciación, el debilitamiento de la Atención Primaria, el abandono de la Salud Pública y el crecimiento de la privatización.

Las consecuencias son bien conocidas como el aumento de las listas de espera, dificultades de acceso, fragmentación de la atención y un incremento de las inequidades en salud. Porque la enfermedad no afecta a todas las personas por igual,

y las condiciones sociales siguen siendo el principal determinante de la salud. Cuando se debilita lo público, quienes más lo necesitan son quienes más pierden.

Frente a esta situación, resulta imprescindible recuperar una idea básica que nunca debió ponerse en cuestión y es que la salud es un derecho, no una mercancía. Como tal, debe garantizarse desde lo público, con financiación suficiente, con planificación y con criterios basados en la evidencia científica y en las necesidades de la población, no en la rentabilidad económica.

Defender la sanidad pública es una cuestión democrática. Tiene que ver con el tipo de sociedad en la que queremos vivir, con la igualdad de oportunidades y con la cohesión social. Tiene que ver, en definitiva, con la dignidad de las personas.

En un momento como el actual, atravesado por la creciente desigualdad, la crisis climática, los conflictos armados y la desinformación, la defensa de la salud exige más que nunca una apuesta clara por la paz, por la ciencia y por los servicios públicos. Todo lo demás es, en el fondo, secundario.



La FADSP ante el barómetro sanitario de 2025

1.- SATISFACCIÓN CON EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

Se mantiene el nivel de aprobación social (6,02 sobre 10), pese a las estrategias de descredito, desmantelamiento y privatización de los gobiernos de algunas Comunidades Autónomas. Sin embargo, se reduce la satisfacción con el funcionamiento del sistema tanto con la Atención Primaria como con la hospitalaria. El nivel de satisfacción ha descendido un 10,6% desde el año 2019 cuando se inició la COVID.

El 18,7% de la población considera que ha empeorado el sistema sanitario público, el 38% considera que sigue igual y el 20,3% que ha mejorado. La mejor valoración la reciben el equipamiento y la dotación de recursos del sistema con un 25,6% y la peor como su financiación con un 27,6%.

2.- FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS

La valoración cayó en picado desde el 2019 pasando de un 72,1% de valoración positiva, al 51,6% en 2025 (una caída del 28,4%). La población que considera que funciona mal y necesita cambios profundos alcanza el 20%, un 79.7% más.

La valoración media por servicios alcanza el aprobado: La mejor valoración la obtienen los servicios de urgencias y emergencias (112 y 061) con un 7,2, seguidos de los ingresos hospitalarios 7,02, en ambos la valoración es de notable, seguidos de las urgencias de AP (6,3) y las consultas de AP (6,2) que reciben aprobados altos. La peor valoración la reciben las consultas de atención especializada con un aprobado más bajo (5,7).

3.- ATENCIÓN RECIBIDA

Todos los niveles asistenciales han empeorado: La mejor valorada es la atención recibida durante los ingresos hospitalarios con 81,4 puntos (empeoro

un 10,8%) , seguido de la Atención Primaria 80,4 puntos (empeoro un 7,1%), la atención hospitalaria 79,2 puntos (empeoro un 6,2%) y la de urgencias 72,4 puntos (empeoro un 8,6%).

Sin embargo, mejora el nivel de satisfacción de la población con la atención recibida durante los ingresos hospitalarios, mientras que el empeoramiento de la asistencia en especialidades hospitalarias reduce la distancia de estas con el sistema privado.

En Atención Primaria la mejor valoración es para la confianza y seguridad que trasmite el personal de enfermería con 8 puntos y el personal médico con 7,83. Lo peor valorado es el tiempo dedicado a cada paciente con 6,96 puntos. En la Atención Hospitalaria la mejor valoración la reciben los cuidados y atención del personal de enfermería con 8,2 y el personal médico 8,1 y la peor el número de personas que comparten habitación con un 6,4%. Parece que las deficiencias estructurales, organizativas y funcionales del Sistema son compensadas por la dedicación y cuidados del personal sanitario.

4.- PROBLEMAS DE ACCESIBILIDAD Y DE ESPERA PARA RECIBIR ASISTENCIA

En Atención Primaria el tiempo de espera para ser atendido en Atención Primaria es de 9,15 días, un 36,6% superior al del 2019 que era de 4,7 día. Estas cifras son incompatibles para un sistema accesible y basado en nivel primario. La espera media para acceder a las consultas hospitalarias es de 54 días lo que representa un 32% más que en el 2019.

El 25% de la población no pudo acceder a la consulta de Atención Primaria: El 40,2% por que pasaron muchos días y buscó otras soluciones (privada, seguros), un 30% por que cuando dieron la cita ya no la necesitaba y un 11,4% por que ni siquiera se pudo contactar con su Centro de Salud



El 80% de las consultas de Atención Primaria se realizan presencialmente en los centros, el 18% son telefónicas el 0,9% por correo electrónico o chat y tan solo un 0,5% en los domicilios a pesar el aumento del envejecimiento, la cronicidad y la discapacidad funcional (algo que es urgente solucionar).

5.- LA POBLACIÓN SIGUE APOSTANDO POR EL SISTEMA PÚBLICO A LA HORA DE ELEGIR DONDE QUIERA SER ATENDIDA

Ha aumentado la población que elegiría los hospitales públicos hasta el 73,9%, lo que supone un 67,9% más de la que elegiría los hospitales privados. En la AP la población que elegiría la pública es de un 69% (un 58,1% más que la privada). Estas distancias se reducen en la atención especializada hospitalaria donde la diferencia baja al 27,5% (la elección pública desciende un 4,8% mientras que crece en la privada un 20,1%).

Sin embargo, avanza la privatización dado que el 30,7% de la población tiene contratados seguros privados. Un 20,4% son seguros personales (crecieron un 31,8%) y un 10,3% de empresa (crecieron un 66,7%).

6.- HAY PROBLEMAS DE COORDINACIÓN ENTRE LA ATENCIÓN PRIMARIA, LA HOSPITALARIA Y OTROS SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD

Casi el 50% de la población (47,4%) considera la comunicación y coordinación entre Atención Primaria y Hospitales es regular o mala (pese a que esta es uno de los valores esenciales de un sistema integral e integrado). Sin embargo, se ha revertido la tendencia negativa creciendo hasta el 50% (49,4%) la población que considera que ha mejorado.

En resumen, el Barómetro Sanitario refleja un Sistema Sanitario Público resiliente, que goza del apoyo y confianza de la población, a pesar de la políticas de desmantelamiento, privatización y el abandono y obsolescencia de la Atención Primaria (uno de los pilares del sistema⁹). Parece necesario y urgente frenar y revertir la privatización e introducir cambios estructurales, organizativos y funcionales para mantener su carácter universal, accesible, equitativo y de calidad, antes de que sea demasiado tarde.

La FADSP en el 40 aniversario de la Ley General de Sanidad (LGE) de 1986

Se cumplen 40 años de la aprobación de una ley que ha configurado los servicios sanitarios públicos de este país haciendo realidad el derecho constitucional a la salud y colocándonos en la cabeza de los mejores y más eficientes servicios sanitarios públicos del mundo.



En contra de la idealización de la transición política como un tiempo de consenso hay que recordar que los que se oponen hoy a la redacción del nuevo Estatuto Marco y a la universalización de la asistencia, la derecha política y los intereses corporativos médicos, ya se oponían en ese momento a la LGE, amenazando con fantasmas de desorden y caos. Sin embargo, el apoyo político y social a la Ley permitió su aprobación parlamentaria y el desarrollo posterior. Nosotros ya estábamos allí junto con los sindicatos de clase.

Queremos resaltar en este aniversario el conjunto de valores promovidos por la ley : la salud como derecho social, la cobertura universal, la gratuidad en el momento de uso, la financiación pública a través de los impuestos, la orientación a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, la prioridad de la atención primaria...

Es especialmente importante la apertura de espacios de innovación que permitieron la configuración de nuevos servicios y una forma de gestionarlos. Aparecen los Centros de Salud como instituciones sanitarias, se habla de atención más allá de la asistencia, se consolidan equipos multiprofesionales de trabajo, se vinculan los servicios y las instituciones al territorio y la población, aparece la gestión autónoma, participativa y demo-

crática, se introduce la evaluación y la garantía de calidad...

Han pasado 40 años y la sociedad española y sus profesionales han cambiado. Los servicios y las normas que los amparan deben adaptarse a la nueva situación. Aplaudimos como FADSP ejemplos de ello como el nuevo Estatuto Marco, el decreto de universalización de la asistencia y los proyectos Ley de gestión pública e integridad del SNS y el Real Decreto por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

Pero como en su inicio el Sistema Público Nacional de Salud tiene sus enemigos sociales y políticos que pretenden hacer del sufrimiento y la enfermedad un negocio y que anteponen sus intereses corporativos y particulares al bien general de la sociedad creando unos servicios públicos de salud a medida de sus intereses, privatizando la sanidad pública. Ejemplos de ello vemos todos los días.

Como lo era en su momento es la hora de la toma de conciencia y de la movilización social en defensa de la sanidad pública. Allí estuvimos y aquí estamos.

La FADSP celebra la concesión de la Cruz de la Orden Civil de Sanidad a Marciano Sánchez Bayle



La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) quiere expresar su reconocimiento y satisfacción por la concesión de la Cruz Sencilla de la Orden Civil de Sanidad a Marciano Sánchez Bayle, distinción otorgada por el Ministerio de Sanidad y publicada en el Boletín Oficial del Estado del 9 de marzo de 2026.

Este reconocimiento, concedido tras su fallecimiento, supone un merecido homenaje a una vida dedicada a la defensa de la sanidad pública, del derecho a la salud y de un sistema sanitario universal, equitativo y de calidad.

Marciano Sánchez Bayle fue una de las figuras más relevantes en el análisis crítico de las políticas sanitarias en España y una voz firme y constante frente a los procesos de privatización y mercantilización de la sanidad. Como pediatra, investigador y activista social, desarrolló una intensa labor profesional y científica, combinada con un compromiso permanente con la defensa del sistema sanitario público.

Su papel en la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, de la que fue miembro fundador y en la que ha ocupado di-

versos cargos, fue fundamental para consolidar un espacio de análisis, reflexión y movilización social en defensa del Sistema Nacional de Salud.

A lo largo de su trayectoria publicó numerosos artículos, informes y libros, tanto nacionales como internacionales, sobre política sanitaria, gestión del sistema de salud y desigualdades en salud, contribuyendo de manera decisiva a generar conocimiento crítico y a impulsar el debate público sobre el futuro de la sanidad pública en España.

Desde la FADSP, en el año de nuestro 45 aniversario, queremos expresar nuestro agradecimiento y reconocimiento a la figura de Marciano Sánchez Bayle. Este galardón honra su trayectoria y su compromiso con la defensa del derecho a la salud, y constituye también un reconocimiento al trabajo colectivo de quienes, desde distintos ámbitos profesionales y sociales, continúan luchando por fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

La FADSP traslada asimismo su cariño y recuerdo a su familia, amistades y a todas las personas que compartieron con él su compromiso por una sanidad pública de calidad para toda la población.

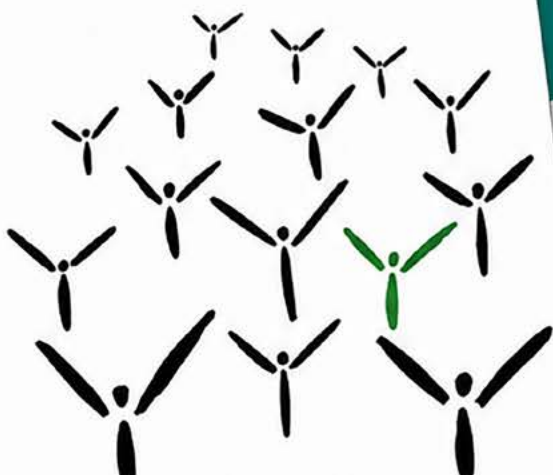
MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE
(COORD.)

PRIVATIZACIÓN SANITARIA

Análisis y alternativas

LA **SANIDAD PÚBLICA**
EN LA ERA
POST-COVID

MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE
MADALENA GRIELLANSKY
(COORDS.)



Sergio Fernández Ruiz.
Marciano Sánchez Bayle
Carlos Sánchez Fernández

**SALUD,
PANDEMIA
Y SISTEMA
SANITARIO**

FOCA

