salud2000

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

Junio 2024 · nº 165

DIFÍCILMENTE APRENDEREMOS ATENCIÓN PRIMARIA EN CONSULTAS SUBESPECIALIZADAS DEL HOSPITAL

SANTI ARANA

PROFESIONALISMO DE SALUD EN EUROPA

JEAN PIERRE UNGER

EL MUTUALISMO ADMINISTRATIVO ES UNA FUENTE DE DESIGUALDADES

FADSP

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

salud2000

Junio 2024 Nº 165

03 **EDITORIAL**
Después de las elecciones europeas. Tareas claves para que frenar el deterioro y desmantelamiento del Sistema Sanitario Público

07 **ENTREVISTA**
Difícilmente aprenderemos Atención Primaria en consultas subespecializadas del hospital
Santi Arana

12 **SALUD PÚBLICA**
Profesionalismo de salud en Europa
Jean Pierre Unger

23 **SALUD INTERNACIONAL**
La Salud en Europa; en Portugal
Isabel do Carmo

26 **POLÍTICA SANITARIA**
La Atención Primaria en las Comunidades Autónomas también es desigual (Informe 2024)
FADSP

32 **La privatización sanitaria en las Comunidades Autónomas 2024. X Informe**
FADSP

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

41 **COMENTARIO BIBLIOGRÁFICO**
El Mutualismo administrativo es una fuente de desigualdades

43 **NOTICIAS**
Murcia: Listas de espera

44 **Listas de espera: FADSP**

45 **La fadsp ante la publicación de la estadística de gasto sanitario público 2022**

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

47 **BOLETINES**

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. 5º 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.**

Después de las elecciones europeas Tareas claves para que frenar el deterioro y desmantelamiento del Sistema Sanitario Público

El resultado de las últimas elecciones europeas es preocupante, en el conjunto de la UE y por supuesto en España. Ha habido un crecimiento de la ultraderecha y de la derecha. Si bien es cierto que comparado con lo sucedido en otros países (Francia, Italia, Alemania…) en nuestro país las cosas han ido significativamente mejor, no lo es menos que los planteamientos más reaccionarios han avanzado en estas elecciones en contraste con algunos otros países (los nórdicos) donde la ultraderecha ha disminuido su peso. En cualquier caso, los resultados globales no parecen propiciar grandes cambios en las políticas de la UE y los que se produzcan previsiblemente irán a peor (disminución del gasto público, más trabas a las políticas medioambientales y aumento de los modelos privatizadores).

En este contexto la situación del Sistema Sanitario Público en España es preocupante, tras los recortes de recursos en las sucesivas crisis para reducir gasto público, y la pandemia COVID. El Sistema se enfrenta ahora a una ofensiva del sector privado por penetrar en el mismo, proceso liderado por multinacionales, grupos hospitalarios, aseguradoras sanitarias, laboratorios farmacéuticos, muchos de ellos controlados por la banca y fondos de inversión, y empresas informáticas interesadas en el control de la información sanitaria de la población.

La llegada del PP y VOX a los gobiernos de Andalucía, Valencia, La Rioja, Cantabria…, y el mantenimiento del poder en Madrid o Galicia, ha desatado un aumento de la ofensiva privatizadora

que ha cerrado Centros de Salud y Servicios de Urgencias, aumentado los conciertos, paralizado los procesos de recuperación de concesiones hospitalarias, cedido la asistencia en áreas sanitarias a centros privados, construido hospitales fantasma (Zendal en Madrid), intensificado la Colaboración Público Privada para construir y gestionar centros sanitarios, externalizado servicios, etc., lo que supone un acelerón en el proceso de privatización y desmantelamiento del sistema sanitario público de los últimos años sin apenas respuesta desde la administración central, que parece sumida en la inacción.

La última ministra de Sanidad produjo una cierta expectativa de cambio y mejora en sus políticas que se ha ido enfriando con el paso del tiempo y la constatación de que, aparte de una actividad mediática de marketing muy potente, el Ministerio de Sanidad en manos progresistas parece estar sumido en una política tímida y medrosa, incapaz de frenar la destrucción del sistema.

En este contexto, ¿qué habría que exigir al Ministerio de Sanidad? Sin ánimo de ser exhaustivos creemos que se deberían de abordar con urgencia las siguientes cuestiones:

1º.- Atención Primaria

Hay que recuperar sus funciones de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y trabajo comunitario para intervenir sobre los determinantes de la salud porque actualmente está obsoleta, centrada en la consulta médico-asistencial. La AP sigue sin ser el eje del sistema y continúa sometida a la Atención Especializada, con escasa presencia en las universidades y carece del prestigio profesional y social o el poder necesario para liderar los procesos asistenciales.

2º.- Privatización del sistema

• Sigue sin derogarse la Ley 15/97 de Nuevas Formas de Gestión que permitió la entrada de las empresas privadas en la Sanidad Pública mediante diversas fórmulas jurídicas (consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica) y acuerdos o convenios con personas o entidades públicas o privadas, y formas de gestión compartida. La gestión empresarial de los recursos sanitarios ha sido un completo fracaso que solo ha beneficiado al sector privado al que facilita enormes ganancias, le permite seleccionar pacientes y patologías, sin la transferencia de riesgo ni la transparencia que pretendían justificarlas

• Los Centros Hospitalarios Públicos siguen trabajando a medio gas, generando grandes listas de espera. Y carecen de Política de Personal Incentivadora basada en la estabilidad y unas condiciones laborales justas y estimulantes.

• La Colaboración Público Privada ha permitido al sector privado entrar en el corazón

del sistema, en el que controla la información, la planificación, la investigación, la construcción y gestión de hospitales, la atención de los pacientes en lista de espera, los servicios de apoyo hospitalarios, la formación del personal controlada en gran parte por laboratorios y escuelas de negocios, o la evaluación y control del Sistema a través de las consultoras. Es urgente crear una Agencia de Salud Pública que se ocupe de estas funciones y una Nueva Ley de Gestión del Sistema Nacional de Salud que blinde al Sistema Sanitario Público.

3.- Incremento de las barreras de acceso al sistema tanto en Atención Primaria consecuencia de los recortes de recursos, la masificación y las graves deficiencias organizativas y funcionales, como en la Especializada con listas de espera cada vez más elevadas y opacas que almacenan a miles de personas necesitadas de consulta, diagnóstico y cirugía. La población con mayor capacidad económica está huyendo del sistema público y recurriendo cada vez más a la atención privada y a la contratación de seguros privados complementarios. Debe garantizarse una Sanidad Pública accesible en el tiempo adecuado a las necesidades asistenciales.º

4.- Mantenimiento artificial de compañías aseguradoras privadas, gracias a la persistencia del modelo MUFACE, MUJEGU e ISFAS que atiende a quienes trabajan en la administración pública, fraccionando el sistema, encareciendo costes, permitiendo la selección de riesgos (envía a la sanidad pública la atención compleja y costosa) y la desigualdad en la atención. Las aseguradoras mantienen un gran poder de presión e influencia sobre el Gobierno en manos del Ministerio de Función Pública en lugar del de Sanidad como sería lógico y cuentan con apoyo de sindicatos corporativos de funcionarios. Es urgente reintegrar MUFACE, MUJEGU e ISFAS al sistema público para acabar con la irracionalidad y la desigualdad.

5.- Incremento exponencial del gasto farmacéutico por la falta de control de la influencia de los laboratorios sobre los prescriptores; la aparición de nuevos medicamentos innovadores y biotecnológicos de elevado coste y resultados inciertos; la presión de la industria para la autorización y financiación pública de nuevos fármacos y fijar los precios de referencia; la baja utilización de fármacos genéricos; la ausencia de una ***Central de Compras centralizada*** y de estructuras públicas sin presencia privada que evalúen sin presiones los nuevos fármacos; la inexistencia de una empresa farmacéutica pública para la investigación y producción de nuevos fármacos. Por otro lado, es muy importante regular estrictamente los conflictos de interés en el sector, y la financiación de los medicamentos debe estar libre de copagos para evitar discriminaciones por nivel de renta.

6.- Adquisición intensiva y sin planificación de nuevos recursos tecnológicos que favorece la utilización irracional de los mismos, impulsada desde la Unión Europea con los Fondos Next Generation para la recuperación del sistema tras la pandemia que han ido casi en exclusiva a financiar la compra de los mismos. Es urgente crear un Centro Público para la evaluación y control de su difusión de las Nuevas Tecnologías en el sistema.

7.- Penetración de la industria farmacéutica en los centros de Investigación hospitalarios mediante ensayos clínicos en los que el sector público pone el dinero, los recursos, los pacientes y la industria orienta la investigación a sus intereses y patenta los resultados que vende luego al sistema público a precios exorbitados. Es urgente parar esto mediante el control de los ensayos clínicos y evitar la financiación con fondos públicos de los que tengan carácter privado.

8.- Incumplimiento de la Ley de Incompatibilidades del personal que trabaja en el Sistema Sanitario Público. Aunque la legislación es clara a la hora de impedir la atención de pacientes de su misma área sanitaria al personal médico que trabaja en la pública y señala la imposibilidad de percibir dos sueldos públicos (los centros concertados lo son a efectos asistenciales), la misma se incumple sistemáticamente con distintas artimañas legales que podrían ser perfectamente combatidas por el sistema público si hubiera voluntad de hacerlo. Conviene también recuperar de forma inmediata la dedicación exclusiva de los profesionales.

9***.- Garantizar el Derecho a la Cobertura Sanitaria Universal*** que integre a toda la población y esté vinculado a la residencia.

10.- Incorporar a la Cartera de Servicios del Sistema Público la Salud Bucodental para acabar con una inaceptable discriminación que padecen las personas de menor renta.

11.- Desarrollar las Áreas Sanitarias dotadas de órganos de gestión que permita la coordinación

de Servicios Asistenciales con los de Salud Pública, atención a la Dependencia, instituciones locales y organizaciones de la comunidad para garantizar la intervención sobre los determinantes de la salud con una participación social real (desarrollar los Órganos de Participación Social y Profesional).

12.- Garantizar una Financiación finalista del gasto sanitario y unos Fondos de Cohesión Interterritorial que acaben con las desigualdades sanitarias entre Comunidades Autónomas y garanticen la equidad en el derecho a la atención sanitaria y a la salud.

13.- Elaborar el Plan Integrado de Salud para que marque los objetivos comunes de todo el sistema sanitario.

14.- Asegurar la atención en Salud Mental para lo que se precisa de una financiación específica y de un aumento significativo de los recursos profesionales disponibles.

Todos estos temas deben y pueden desarrollarse desde el Ministerio de Sanidad, que en algunos de ellos, deberá contar con la colaboración de las CCAA, lo que obviamente lo hace más difícil de lograr. Pero no debe olvidarse que la garantía de la protección constitucional al derecho a la salud es una competencia compartida entre el Ministerio y las CCAA y en modo alguno puede ser una excusa para una actitud pasiva ante los problemas que atañen a nuestra Sanidad Pública.

“Difícilmente aprenderemos Atención Primaria en consultas subespecializadas del hospital”

Santi Arana

- Estamos viviendo un desplazamiento del ideario colectivo hacia lo individualista y neoliberal.
- El trabajo de la MFyC es, por sí mismo, un desafío intelectual muy estimulante.
- El desmantelamiento de la AP supone una amenaza a la sostenibilidad del propio sistema sanitario.

Santi Arana Ballestar (Pamplona, 1997), actualmente R2 de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) en Zaragoza, es un caso especial. Su singularidad proviene de una elección paradójica en estos tiempos donde la especialidad de MFyC es la última prioridad, donde se quedan muchas plazas de residente por cubrir o donde muchos residentes se vuelven a presentar para dejar MFyC y elegir otra especialidad. Santi Arana había elegido cardiología en 2022, se volvió a presentar al MIR en 2023 para pasarse a MFyC y empezó de nuevo la residencia en Zaragoza.

Sr Arana: ¿Qué le ofrece MFyC que no tuviera Cardiología? ¿Qué le hizo «cambiar de pareja»?

Desde mucho antes de mi primer MIR sabía que la MFyC era la especialidad más afín a mis intereses. No obstante, pensaba que como opción laboral debía elegir una especialidad hospitalaria y que podría relegar mi interés por la MFyC a mi tiempo libre. Me equivoqué con los cálculos.

En cualquier caso, la «singularidad» de mi caso se reduce a que me di cuenta tarde de lo que verdaderamente quería hacer: todos los años, muchas compañeras, pudiendo elegir entre otras tantas especialidades, eligen MFyC y lo hacen a la primera.

Para mí no fue un simple cambio de una especialidad a otra, sino un salto desde el modelo de la medicina hospitalaria hacia el paradigma de la MFyC. De una disciplina médica más enfocada en lo biológico y lo técnico hacia otra disciplina también médica, desde luego, pero que incluye además pinceladas de otras tantísimas perspectivas sin las que me resulta difícil conceptualizar la salud, la enfermedad y la medicina.

Hablo, por ejemplo, de salud pública, salud mental, determinantes sociales de la salud, gestión y sostenibilidad del sistema sanitario, medicina basada en la evidencia, sus limitaciones, perspectiva crítica ante la industria farmacéutica, etc. En este sentido, en mi decisión creo que el peso de lo intelectual y lo ideológico fue mayor que el de los motivos estrictamente laborales o profesionales.

¿Conoció la especialidad y fundamentos de MFyC y de la Atención Primaria durante la carrera?

Estudié en la Universidad de Zaragoza, donde la enseñanza de MFyC forma parte del programa obligatorio, aunque el peso que tiene es pequeño. La perspectiva utilizada en las clases sintonizaba bien con la concepción de la medicina que por aquel entonces empezaba a forjar.

Casi a la vez, desde el otro lado de la mesa, conocí la Atención Primaria a través de mi experiencia como paciente y familiar de paciente. Tendré siempre como referentes profesionales a nuestra médica y enfermera de familia por la impresionante labor que desarrollaron durante un proceso muy difícil.

Desde la perspectiva profesional, conocí la realidad de esta especialidad durante mis prácticas de sexto de medicina. Tuve la suerte de poder aprender con una tutora excepcional, tanto a nivel técnico como humano. También conocí, con pena y rabia, las deficientes condiciones de trabajo en AP.

En cualquier caso, me encantó ver cómo mi tutora desarrollaba una combinación de dominio clínico en problemas de salud infinitamente variados, con un sólido conocimiento crítico de la evidencia, capacidad de sintonía y vínculo con sus pacientes, sin olvidar la perspectiva comunitaria.

A todo ello debo añadir la influencia en mi entorno cercano de excelentes médicos y médicas de familia apasionados por su especialidad.

¿Hasta qué punto es estratégico en el fortalecimiento de la especialidad contar con departamento propio en la Universidad?

Creo que la MFyC debe estar en la universidad, pero no como una asignatura más. La universidad debería estar organizada para responder a las necesidades del sistema sanitario. Si de verdad queremos un sistema sanitario público eficaz y eficiente, la medicina familiar debe constituir el eje vertebrador en ambas instituciones.

No lo digo pensando solamente en la formación de futuros médicos de familia, que también (recordemos que la mayoría de problemas de salud pueden resolverse en Atención Primaria y que un tercio de las plazas MIR son de MFyC). Eso de «eje vertebrador» creo que hay que entenderlo también como la orientación general, principios y actitudes del sistema sanitario en su conjunto. Creo que ampliar la docencia del paradigma de la MFyC podría influir positivamente en la labor de todas las especialidades.

En cualquier caso, no creo que una reforma universitaria de estas características por sí misma solucionara los problemas de la MFyC. Aunque pueda ayudar, los determinantes principales son otros.

En relación al programa de formación MIR: ¿qué sobra y que falta en contenidos y en filosofía asistencial?

Creo que el programa actual sufre limitaciones importantes. Por un lado, da demasiado peso a las rotaciones hospitalarias, que se comienzan excesivamente pronto: al cuarto mes de residencia, te despides del Centro de Salud al que no volverás definitivamente hasta dos años después.

Desde luego, hay rotaciones esenciales donde aprendemos de grandes profesionales. Pero otras veces, la perspectiva con la que se orientan reproduce la idea de que la MFyC no es más que una versión limitada del resto de especialidades. Pero nuestra labor, enfoque, ámbito de actuación y medios son distintos: difícilmente aprenderemos Atención Primaria en consultas subespecializadas del hospital.

" excelentes médicos y médicas de familia apasionados por su especialidad."

Al llegar a R4, el residente de MFyC tiene más de hospitalario que de Atención Primaria, y eso tiene consecuencias. Creo que la exposición tan precoz e intensiva a una perspectiva de la MFyC en la que sus competencias parecen limitarse a las de derivadores, intermediarios y administrativos al servicio de la atención hospitalaria, puede afectar al autoconcepto y la motivación de los residentes: sensación de falta de pertenencia, rechazo hacia la especialidad por creer que carece de conocimientos propios e, incluso, asimilación de una posición subordinada al hospital.

Por otro lado, el programa formativo vigente, que proporciona una formación mixta entre Atención Primaria y Urgencias hospitalarias, supone ciertas limitaciones desde la perspectiva de la MFyC. Las guardias de urgencias, a las que el tiempo dedicado llega a superar el invertido en el Centro de Salud, comienzan precozmente y son más numerosas en los primeros años de residencia. Dado que durante las rotaciones se nos suele relegar a un papel pasivo, y hasta mitad de R3 no se vuelve al Centro de Salud, es en las guardias de urgencias donde cada uno va construyendo su propio estilo asistencial.

Si bien la adopción precoz de un rol activo, con autonomía progresiva, fomenta enormemente el aprendizaje, el estilo de medicina que suele practicarse en estos servicios difiere de muchas características de la MFyC: manejo de la incertidumbre, herramientas de la longitudinalidad y el vínculo, énfasis en la prevención cuaternaria, racionalización del gasto sanitario, etc.

¿Los médicos jóvenes actuales priorizan valores como la disponibilidad de tiempo, el rendimiento económico y la ausencia de vínculos fuertes con el paciente, en vez del elevado compromiso que exige la longitudinalidad de la atención médica primaria?

Si los juzgamos desde el contexto socioeconómico dominante, quizá los valores de la MFyC no tienen demasiado caché.

Por un lado, creo que estamos viviendo un desplazamiento del ideario colectivo hacia lo individualista y neoliberal: crece la devoción por el enriquecimiento, la exaltación del emprendedor independiente y el culto a la falaz meritocracia. Este movimiento podría explicar parcialmente ciertas tendencias en la elección MIR, la fascinación por lo tecnológico, la industria farmacéutica o la sub-subespecialización.

En el extremo opuesto encontramos a la Atención Primaria que, como decía Gemma Torrell recientemente, «va a contracorriente de la lógica de mercado». La sanidad pública es un esfuerzo colectivo para brindar atención sanitaria de calidad al mayor número de personas y al menor coste posible. La Atención Primaria reivindica enérgicamente estos principios, exactamente opuestos a la mercantilización de la salud.

Al mismo tiempo, en un mundo cada vez más líquido, dinámico y efímero, la AP se empeña en defender conceptos tan sólidos, arduos y pesados como longitudinalidad, vínculo o comunidad.

¿Qué necesita MFyC para ser más atractiva? ¿Cómo se prestigia una profesión?

La MFyC es muy atractiva, el problema es que en las condiciones actuales es difícil desarrollarla. La pregunta del millón es cómo reformar el sistema para que sea posible. Por su complejidad, la derivo mediante interconsulta virtual a autores de referencia como Juan Simó, Amando Martín Zurro, Rafael Bravo, Juan Gérvas, Gemma Torrell...

En cualquier caso, y relacionado con la pregunta anterior, leía hace unos meses a un médico de familia en Twitter (@TrueColorao) que decía: «Creo que en algunos ámbitos no se es consciente de que hay mucha gente currando en AP que lo hace por militancia». No puedo estar más de acuerdo, y estoy convencido de que de este concepto salen muchas claves.

Un primer objetivo en el camino hasta conseguir una MFyC atractiva sería, simplemente, que dejara de ser aversiva. Que, aunque siempre vaya

a tener cierto carácter activista, no dependa de militantes para subsistir. Que los MIR puedan pensar en ella como una opción más, un trabajo más, una especialidad más. Una alternativa que no provoque miradas de sorpresa, decepción o tristeza cuando alguien verbaliza que se quiere dedicar a ella.

Para lograrlo creo que hay varios aspectos básicos. En primer lugar, si en el hospital se trabaja con más tranquilidad y se cobra mejor, ¿quién va a querer trabajar en AP? Y me refiero tanto a MIR como a especialistas en MFyC.

Por otro lado, el trabajo tiene que ser interesante. Aquí tenemos la ventaja de que el trabajo de la MFyC es, por sí mismo, un desafío intelectual muy estimulante: clínica infinitamente variada, prevención y promoción de la salud, comunitaria, etc. Pero tenemos que poder dedicarnos a él, a formarnos y a investigarlo. Para ello, podríamos empezar revirtiendo el expolio de competencias que se produce desde hace años y, aprovechando la inercia, potenciarlas y aumentarlas.

"Que los MIR puedan pensar en ella como una opción más, un trabajo más, una especialidad más."

Si en AP «no hay tiempo» para hacer domicilios, atender a pacientes terminales o realizar un estudio diagnóstico ágil de la patología potencialmente grave, en lugar de parchear el problema mediante unidades externas, (contradiciendo así los valores del generalismo o la longitudinalidad) quizá habría que enfocarse en el tratamiento etiológico.

Para concretar cómo conseguir todo esto me remito, de nuevo, a los especialistas de referencia ya citados. Por supuesto, estos cambios requerirán, además de un grandes esfuerzos, medios e innovación, una reorganización integral del funcionamiento de todo el sistema... Con los obstáculos y resistencias que supone un SNS que parece guiarse más por electoralismo y corporativismo que mediante una planificación imparcial a largo plazo.

¿Si los médicos de familia ganaran el doble de lo que ganan, MFyC sería la especialidad más elegida?, ¿Hay otros incentivos, además del dinero?

No sería la especialidad más elegida. Desde luego que la retribución es un incentivo importante que hay que revisar, pero hay otros igual de esenciales como lo es trabajar con tranquilidad y que el trabajo sea estimulante e interesante, como acabamos de ver.

En cualquier caso, es preciso señalar las connotaciones tan explícitas que tiene el hecho de que la retribución de las especialidades hospitalarias sea superior a la de los MFyC que trabajan en AP. Cuando esto se combina con diferencias a la inversa en la carga de trabajo, como ocurre tan frecuentemente, la situación resulta indignante.

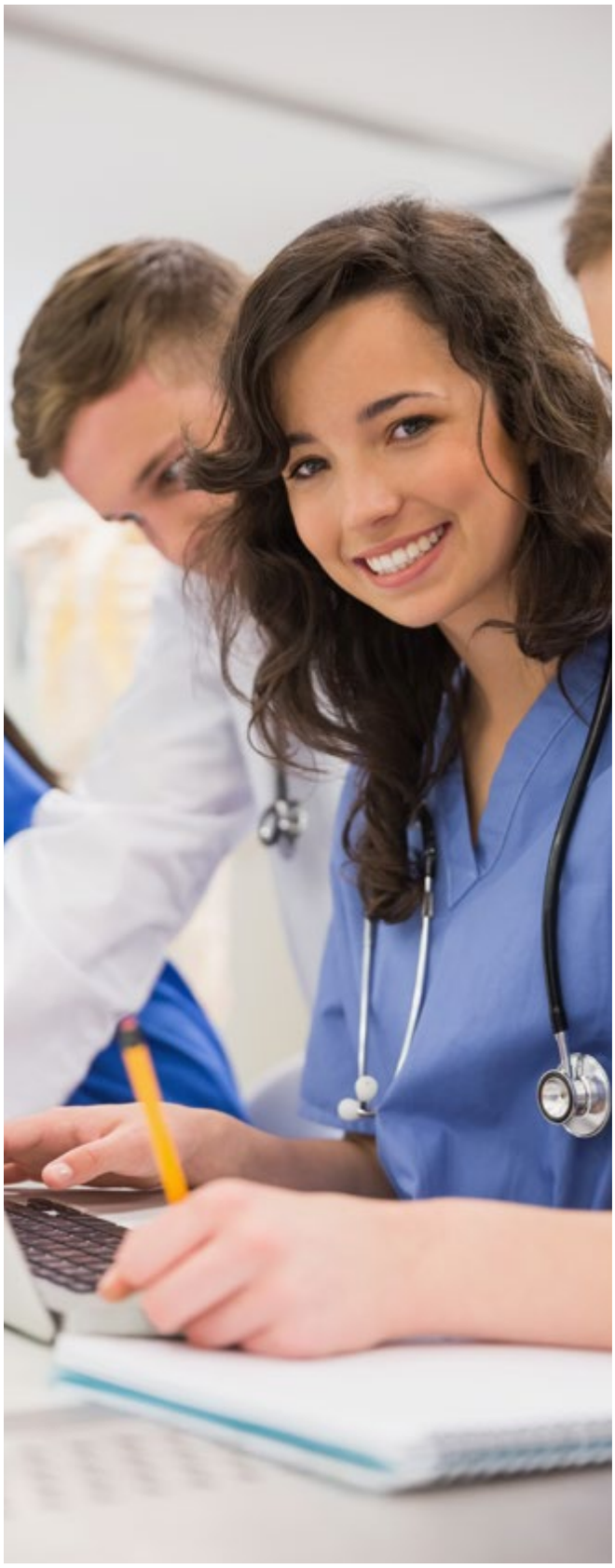
No solo resulta indignante, sino que supone un sinsentido dado el contexto actual de la AP. Siguiendo el típico ejemplo que enfrenta igualdad con equidad, si al sistema le resulta especialmente difícil atraer y retener médicos en AP, quizá debería ensayar incentivos especialmente atractivos para conseguirlo. Más aún cuando el desmantelamiento de la AP supone una amenaza a la sostenibilidad del propio sistema.

¿Qué opina de propuestas como vincular mediante contrato a los MIR que terminan durante un mínimo de años para que ejerzan en AP en la Comunidad Autónoma donde se han formado?, para minimizar la fuga de médicos de familia a otras Comunidades Autónomas o a ocupaciones como urgencias o atención continuada.

Me remito al razonamiento anterior, y reivindico la utilidad del análisis contextual. Si las nuevas promociones de MFyC se alejan sistemáticamente de la AP, será porque las condiciones en el resto de opciones son, sistemáticamente, mucho más gratificantes.

Si las CCAA quieren aumentar el atractivo de la AP, tendrán que estudiar de qué condiciones se tratan (¿jornada? ¿salarios? ¿carga de trabajo? ¿otros estímulos?) y diseñar incentivos en AP capaces de equipararlos.

E insisto, si las CCAA tienen una necesidad excepcional de reforzar la AP, que tengan valentía para incentivarla excepcionalmente. Por supuesto,



si los contratos a los que se refiere la pregunta implican cadenas, probablemente consigan el objetivo contrario.

¿Cómo animaría a los médicos recién licenciados a que se preparen el MIR para hacer MFyC?

El mejor reclamo será conseguir una MFyC atractiva. Que cuando roten durante la carrera, conozcan unas condiciones de trabajo agradables, una actividad interesante, una retribución equivalente a la hospitalaria.

Actualmente, no sé si MFyC se coge menos de lo que el sistema necesitaría porque no se conoce o, al contrario, porque se conoce. Las condiciones de trabajo actuales son, en general, peores que las de otras especialidades. Esto lo escuchamos constantemente en medios de comunicación y redes sociales, y lo vivimos en primera persona durante las prácticas de la carrera.

Entiendo perfectamente que quien se plantea la MFyC desde una perspectiva más laboral que militante tenga dudas. En mi caso, el temor a las condiciones de trabajo y a sus consecuencias a largo plazo fue uno de los factores que me hicieron decantarme por una especialidad hospitalaria en mi primera elección, a sabiendas de que renunciaba a lo que mejor sintonizaba con mi concepción de la medicina.

Estoy convencido de la importancia de la labor de la MFyC en el sistema sanitario y en la sociedad. Creo que, si queremos mantener un sistema sanitario público sostenible, en el futuro jugará un papel aún más esencial. Pero esta labor tan significativa debe poder apreciarse en el día a día del trabajo en Atención Primaria.

"Un último asunto que me da vergüenza tener que señalar es la contratación en AP de médicos sin la especialidad. Su influencia en el prestigio y atractivo de la MFyC es evidente, pero además supone un atentado contra la seguridad del paciente y la costo-eficacia del sistema. Tiene gracia que lo hagan las mismas CCAA que se quejan de «falta de médicos» o de las plazas sin coger de MFyC en el MIR..."

Profesionalismo de salud en Europa

Jean Pierre Unger, https://jeanpierreunger.be

Si se admite que la calidad de la atención es ante todo el profesionalismo humano, los sistemas y los servicios de salud deberían cultivarlo.

El 9 % del PIB europeo podría cambiar de mano en caso de privatización de los seguros de salud.

Este artículo, extraído de un libro en preparación, ofrece orientaciones a los profesionales para actuar sobre las políticas de atención sanitaria en Europa y sobre su cooperación internacional en África. Cuando se piensa en la propia salud o en la de la familia, todos sabemos que la calidad de los cuidados depende, ante todo, del profesional. Pero parece que no es así como lo ve la Comisión Europea.

Los pacientes tienen todo que ganar si los profesionales reciben una parte suficiente del presupuesto nacional de atención sanitaria y si se aseguran de que el profesionalismo sea objeto de una política. Y todo que perder con la reducción del gasto público en salud en el período que precede a la privatización del financiamiento del cuidado. Pero la Comisión es el centro de un intenso cabildeo, que apunta a dos cosas: maximizar la transferencia del gasto público en salud a la industria y a los bancos de seguros; y desfinanciar la salud hasta que se privatice el seguro médico. Después (en 1996 en Suiza, en 2006 en Holanda), skyisthelimit: los gastos públicos y privados naveganhacia las alturas de Estados Unidos, para el mayor beneficio de los inversores . Es así como los bancos de seguros y la industria reducen el paquete para los profesionales de la salud y los pacientes. La Comisión Europea quizá no tenga competencia en materia de asistencia sanitaria (según el artículo 168 del Tratado de Roma), pero las condicionalidades de los préstamos y donaciones comunitarias le permiten imponer su programa de salud a los Estados miembros. La OCDE es la encargada de explicarles el por qué con argumentos tecno-políticos y el cómo.

[a]Unger, J.-P., & De Paepe, P. (2019). Unger, J.-P., & De Paepe, P. (2019). CommercialHealth Care Financing: The Cause of U.S., Dutch, and Swiss HealthSystemsInefficiency? International JournalofHealthServices, 49(3), 431–456. https://doi.org/10.1177/0020731419847113

[b]30,000 lobbyists and counting: isBrusselsundercorporatesway?Ian Traynor, the Guardian; BartłomiejKura , GazetaWyborcza; Philippe Ricard, Le Monde; Ignacio FarizaSomolinos, El País; Javier Cáceres, SüddeutscheZeitung; Marco Zetterin, La Stampa. The Guardian, jueves 8 de mayo de 2014A

[c]R.E.Gross.La insoportable vaguedad del "profesionalismo" médico. The New York Times, 19 de marzo de 2024. https://www.nytimes.com/2024/03/19/health/medical-students-professionalism.html?unlocked_article_code=1.eE0.eOt0.9eltFS08miLV&smid=wa-share

[d]Unger et al. BMC HealthServicesResearch 2020, 20(Supl 2):1068 https://doi.org/10.1186/s12913-020-05885-0

El profesionalismo médico, el de todos los profesionales de la salud

Rachel Gross criticó recientemente, en el New York Times, la relevancia epistémica del concepto de profesionalismo médico . Se le objetará que la falta de profesionalismo de los médicos y profesionales tiene consecuencias epidemiológicas (como la resistencia a la tuberculosis) e incluso demográficas , como el déficit asiático de decenas de millones de mujeres; y que, como tal, la falta de profesionalismo médico merece ser portada en la prensa general y la prioridad de los programas de salud.

La economía neoclásica parte del hecho de que el médico, como cualquier ser humano, actúa racionalmente para maximizar su beneficio (su 'utilidad'). Por el contrario, todas las versiones del juramento hipocrático incluyen una cláusula de benevolencia desinteresada. Esta disposición tiene por objeto proteger al paciente de la mayor asimetría de información: entre un médico omnisciente y un paciente que está ansioso por la enfermedad. Los supuestos de Hipócrates y León Walras son radicalmente incompatibles.

" Todas las versiones del juramento hipocrático incluyen una cláusula de benevolencia desinteresada."

El profesionalismo médico condiciona la posibilidad de un modelo humano de atención a la salud. Tales modelos son numerosos en todo el mundo. En la medicina occidental moderna, es biopsicosocial y centrado en el paciente; en la medicina ayurvédica, es la Ayurveda Chikitsa; en la medicina Han, es el Zhongyi ( ); o el modelo Tibb e Unani, de la antigua medicina greco-árabe, aún practicada por los curanderos Unani de Irán, India y Pakistán. Incluso los modelos de atención de la medicina chamánica y la medicina tradicional africana tienen cada uno una cierta unidad, aunque no tengan nombre. Lo que todos los modelos humanos de atención de la salud tienen en común es que no someten la toma de decisiones clínicas a una estandarización radical y dejan que surjan de la experiencia del cuidador y del paciente, así como de su comunicación. En medicina convencional, los médicos deben adaptar las recomendaciones científicas al caso de cada paciente[e] y proporcionar asistencia psicosocial. Esto requiere cierta libertad de acción y, por tanto, la interiorización de una ética. El papel de las facultades de medicina y de los servicios de salud es transmitir el profesionalismo médico y convencer a los profesionales de aceptar su disciplina. En este caso, la ascesis médica se caracteriza por una actitud reflexiva; la búsqueda de la mejora; trabajo en equipo; coordinación de la atención; la transmisión de conocimientos; y una sumisión inteligente a un complejo de normas éticas y deontológicas. Para apoyar esta ascesis, Pellegrino y Thomasma habían formulado una ética socrática convincente de las virtudes del profesional[f].

El profesionalismo médico concierne a todas las profesiones sanitarias y a su enseñanza. No nos equivocamos cuando hablamos del profesionalismo médico de una matrona: en primer lugar, porque la reflexividad, la perfección y la superación de uno mismo conciernen a todos los cuidadores; en segundo lugar, porque en el ámbito de la salud no es una ética profesional que no tiene sus raíces en una u otra tradición médica: hipocrática, ayurvédica, han, unani o chamánica.

Una teoría de la desfinanciación de la atención médica

Hace cuatro años, la Comisión Europea publicó un informe con la OCDE titulado «Health at a Glance 2020», que pretendía demostrar, entre otras cosas, que para la salud de las poblaciones europeas, la prevención primaria de las enfermedades era más importante que la atención[g]. En

[e]Greenhalgh T., Howick J. &Maskrey N. Evidencebased medicine: a movement in crisis? BMJ 2014;348:g25. doi: 10.1136/bmj.g3725 (Published 13 June 2014)
[f]Pellegrino E.D. &Thomasma D.C. Thevirtues in medical practice. Oxford UniversityPress, New York, 1993
[g]OCDE/Unión Europea (2020), Health at a Glance: Europe 2020: StateofHealth in the EU Cycle, OECD Publishing, París, https://doi.org/10.1787/82129230-en.

este documento, la CE y la OCDE explicaban a los gobiernos de la UE lo que hacer, comparando:

- La mortalidad vulnerable a la atención clínica.

- La mortalidad vulnerable a lo que los autores denominaron "prevención primaria", término que se refería al control epidemiológico de tóxicos industriales de uso humano (tabaco, alcohol, comida rápida, gaseosas y alimentos industriales altamente procesados), así como a la promoción del ejercicio físico.

Invertir en prevención no implica necesariamente desfinanciar la atención clínica, dirá, pero el informe se presta a esta lectura, ya que compara la "prevención primaria" con la atención de la salud por sus méritos de evitar la muerte. Afirma que uno de los dos componentes de la mortalidad evitable -la mortalidad vulnerable a la "prevención primaria"- era mucho mayor en la Unión Europea (64%) que el otro, la "mortalidad vulnerable a la atención" (36%): «En 2017, se podrían haber evitado más de un millón de muertes prematuras en los países de la UE con mejores intervenciones de prevención y asistencia sanitaria. Esto representa alrededor de dos tercios de las muertes que ocurrieron antes de los 75 años.[h] De estas muertes, la mayoría (644.000, o alrededor del 64% del total) se consideraron prevenibles a través de la prevención primaria eficaz y otras medidas de salud pública, *mientras que* (énfasis añadido) poco más de un tercio (372.000, o alrededor del 36%) se consideraron tratables con intervenciones de atención de salud más eficaces y oportunas.»

Según este informe, si estos programas de prevención primaria fueran 100% efectivos, reducirían la mortalidad evitable europea en un 66%. Y si fueran capaces de controlar los accidentes, la obesidad, la hipertensión y por tanto, las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares así como los canceres, estos programas reducirían la mortalidad evitable europea en el doble de lo que lo hace hoy la atención clínica. La CE y la OCDE daban a entender que la atención clínica de la salud podría ser sustituido en parte por la prevención primaria, es decir, por leyes, reglamentos y programas de salud pública que salvarían más vidas y ahorrarían más finanzas públicas que la atención de la salud.

[h]Lo que los especialistas llaman mortalidad prematura.
[i]Porejemplo, en Bélgica, hubo un caso de fallecimientopor tos ferina en 2015. El siguienteocurrió en 2023. La AgenciaValona para una Vida de Calidad, AVIQ, citadapor la Radio Televisión Belga Francófona, RTBF. (https://www.rtbf.be/article/la-coqueluche-est-de-retour-en-wallonie-faut-il-s-en-inquieter-11331134)

En última instancia, para la CE y la OCDE, las dos opciones disponibles para los gobiernos serían los programas de salud pública que permitan actuar sobre los tóxicos industriales de uso humano antes de la aparición de enfermedades; y la atención clínica de la salud, que se utiliza después de la aparición de los síntomas o mediante el cribado.

Obviamente, la solución al tabaquismo, al sobrepeso, a la obesidad y, más allá de eso, a la alta prevalencia de neoplasias y enfermedades cardiovasculares, radica en prohibir el tabaco, las gaseosas y los alimentos industriales altamente procesados. Sin embargo, la mortalidad vulnerable a la atención es probablemente mayor que el control de los tóxicos industriales para uso humano, por varias razones.

Pasemos por alto el hecho de que Health at a Glance 2020 descuida la prevención secundaria y terciaria, así como la utilidad de los cuidados para aliviar el sufrimiento y calmar la ansiedad. Su principal problema es que malinterpreta el significado epidemiológico de la mortalidad evitable. A diferencia de la terapia, la prevención primaria solo modifica la mortalidad evitable de forma negativa mientras la mortalidad vulnerable a la atención indica prioridades para la atención y el acceso al tratamiento. Los gobiernos europeos mantienen alta la cobertura de vacunación, aunque la tos ferina y la poliomielitis han cuasi-desaparecido de las estadísticas de mortalidad prevenible desde hace mucho tiempo[i] .Cuando el sarampión está ausente de los datos de mortalidad vulnerable a la vacunación, significa que su tasa de cobertura debe mantenerse. El informe subestima el impacto de la atención en la mortalidad evitable en Europa porque no distingue entre cómo la prevención primaria y el tratamiento cambian las tasas de mortalidad vulnerable y olvida la existencia de la prevención clínica primaria, mientras que todo cuidado incluye necesariamente una parte de prevención y educación sanitaria.

El caso del tabaco revela otro error por parte de los autores del informe. Si el control del tabaco fuera 100% efectivo, según los datos del informe, reduciría la mortalidad prematura en un 31,5%, es decir, en Europa, el 23% del cáncer de pulmón, el 6% de la EPOC y el 2,5% de la cardiopatía isquémica (el 21% de las cardiopatías coronarias está ligada al tabaco). [j]Pero con si, embotellaríamos París! LaCE y la OCDE sobreestiman la capacidad de la legislación y de los programas de "prevención primaria" para eliminar estas sustancias tóxicas. El tabaquismo sigue siendo obstinadamente la principal causa de mortalidad por las enfermedades vulnerables a la prevención primaria. Si hoy aparece en las estadísticas de mortalidad evitable es porque, por el contrario, el tabaquismo ha acabado siendo bastante resistente a los programas de control de tóxicos industriales de uso humano: la eficacia del control antitabaco se ha estancado desde hace décadas (y la obesidad es más epidémica que endémica):

" El tabaquismo, la principal causa de mortalidad por enfermedades vulnerables a la prevención primaria."

Los responsables políticos se equivocarían al invocar la mortalidad vulnerable para aumentar la financiación de lo que la Comisión denomina 'prevención primaria' porque la cuestión de fondo es la regulación del tabaco y de los alimentos industriales altamente elaborados. En el caso de las sustancias tóxicas industriales de uso humano, la tasa de mortalidad vulnerable es una tasa de mortalidad invulnerable, una tasa de mortalidad no evitada durante decenios. Esto no significa que los programas de control sean inútiles: si se eliminan, la mortalidad se recuperará. Pero en ausencia de una regulación represiva, se establece un equilibrio entre las molestias y los programas de control, alcanzan una velocidad de crucero. Su eficacia es limitada.

Una política de profesionalismo médico, el de todos los profesionales de la salud.

He aquí algunos análisis y propuestas políticas, dirigidas a los profesionales de la salud y a los

[i]WHO, OMS, TheUniversityof Newcastle (Australia) and theWorld Heart Federation. Tabac et cardiopathiescoronariennes (septembre 2020).
[k]Ernest L. Wynder et Evarts A. Graham, « Tobacco smoking as a possibleetiologic factor in bronchiogenic carcinoma », JAMA, 1950;143 (4):329-336
Observatoirefrançais des drogues et des tendancesaddictives. Juin 2019. Usageactuel (occasionnelourégulier) de tabacparmi les 18-75 ans. Évolutionsdepuis 1974
https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/tabac-evolution-de-lusage-occasionnel-ou-regulier-parmi-les-18-75-ans/

partidos cuyas preocupaciones son sociales. Conciernen a la asistencia sanitaria en Europa, pero también en África, ya que la cooperación sanitaria europea tiene un impacto decisivo en ella. Amigo lector, usted tendrá que hacer una lectura cruzada, imaginar soluciones africanas a problemas europeos y viceversa. Algunas soluciones podrían tener validez universal. A juzgar por ustedes.

Una política educativa: la transmisión de una cultura en la facultad y en los servicios de salud.

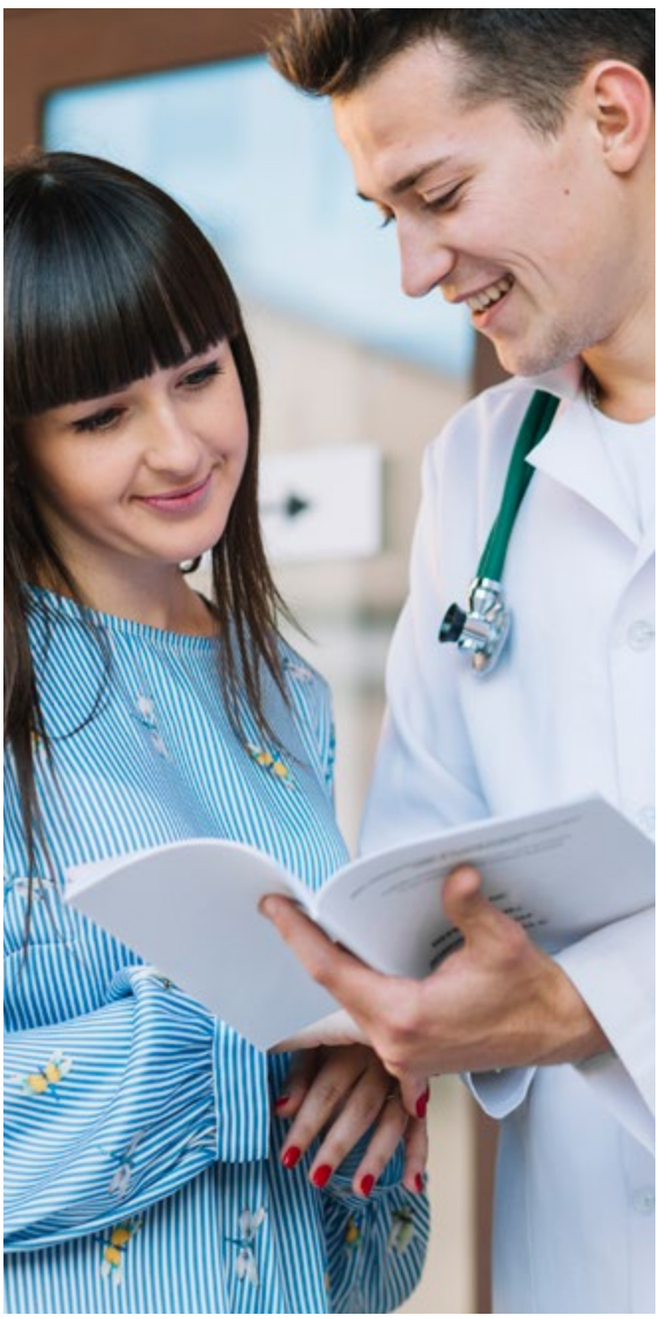
¿Cómo se promueve el profesionalismo médico? Para saberlo, hay que echar un vistazo al espejo retrovisor y observar las universidades y hospitales europeos del siglo XX. En esa época, había una variedad de herramientas para desarrollar el profesionalismo médico de estudiantes y profesionales. Los docentes y los directivos utilizaban las pasantías y las formaciones en el curso de la carrera para mejorar la capacidad resolutiva de los profesionales; el cuestionamiento filosófico sobre los casos clínicos, para estimular la reflexión ética; la supervisión psicológica de un equipo multidisciplinar, en aras de la eficacia; y el coaching y la supervisión pedagógica para la educación continua. Algunas técnicas fueron diseñadas para favorecer la reflexividad clínica. Su objetivo era que el cuidador nunca cometiera el mismo error dos veces. Aquí están algunos ejemplos: la técnica del incidente crítico, la discusión de los indicadores de la producción del cuidado, las presentaciones del caso clínico, la auditoría, la investigación-acción, los grupos Balint, el Intervision, la lectura crítica

de la literatura médica, la coordinación clínica interinstitucional y otras. No interesa a ningún paciente que estas técnicas desaparezcan, pero en un contexto marcado por la creciente eficacia de la industria para captar los gastos públicos[m], las mejoras de eficiencia del sector asistencial se logran acelerando el ritmo de los cuidadores y suprimiendo sus actividades no clínicas. Deberían financiarse de manera adecuada. Los docentes de la facultad y los responsables de los servicios de salud tienen una responsabilidad moral en la difusión de las metodologías del profesionalismo y la ética médica.

El marco de referencia para la educación biomédica es la competencia. Transmitir una competencia es dar a un individuo la capacidad de aplicar y utilizar en situaciones concretas, un conjunto de conocimientos y habilidades prácticas. La transmisión de competencias es el paradigma de la educación industrial. Aplicado a la educación médica, su desventaja es que no deja espacio para la ética en la toma de decisiones clínicas. La educación médica basada en la transmisión de competencias no abre a la práctica de la medicina, ni siquiera fáctica: Archibald Cochrane, fundador del llamado movimiento de la Medicina Basada en la Evidencia, consideraba que las decisiones clínicas deben adaptarse a la condición del paciente, a sus convicciones y a las del profesional.

" la enseñanza de la medicina adquiere un enfoque cuantitativo, probabilístico."

Enquistada en un programa de educación médica, la transmisión de competencias puede ser útil. Pero han pasado más de 20 años desde que la enseñanza biomédica reemplazó a la educación médica hipocrática y el programa de las facultades se reduce cada vez más a una suma de competencias para transmitir. Los responsables académicos ven cada vez menos la medicina como un fin ético en sí mismo, la medicina como una ascética y la facultad como un lugar de educación, si no de capacitación. ¿Biomédicina o medicina humana? Esta es la cuestión pedagógica que condiciona todas las demás y que se plantea en todas las universidades. Y parece que está resuelto: la dirección de las facultades de medicina está pasando de los clínicos a médicos bioingenieros, epidemiólogos e informáticos. Dado que la práctica médica solo interesa a la investigación biomédica en la idea de reemplazar al profesional por una máquina, la enseñanza de la medicina adquiere un enfoque cuantitativo, probabilístico, que descuida todo lo relacionado con el profesionalismo médico: la intuición semiológica[n]; la obediencia a una ética; el arte de la negociación terapéutica; la asistencia médica psicosocial; habilidades de comunicación y comportamiento; psicoterapias no conductuales; trabajo en equipo; reflexividad; y transmisión. Si queremos evitar que la atención empeore aún más en Europa, deberíamos rehabilitar estas actividades, tanto en la universidad como en los servicios de salud. Se trata de humanizar la atención mientras se la racionaliza.



[m]Todas estas técnicas se siguen utilizando en la Oficina de Nacimiento e Infancia, el organismo público de medicina preventiva de la Federación Valonia-Bruselas, Bélgica.
[n]La intuición semiológica se refiere a la detección precoz, la comprensión holística, la orientación diagnóstica, la toma de decisiones clínicas rápida y la relación médico-paciente.

En cuanto a la medicina de salud pública, la investigación biomédica se centra en la epidemiología clínica y en la aplicación de equipos médicos y productos farmacéuticos. En las escuelas y en los programas de salud pública financiados con fondos públicos, se trata de rehabilitar todo lo demás: la maximización del impacto del médico sobre la salud del individuo, de la familia y de la comunidad; la reflexión estratégica, el análisis sociológico y antropológico, la intervención en los sistemas de salud; la gestión de los servicios con finalidad social y profesional; las relaciones entre salud pública y medicina clínica, la investigación-acción profesional y comunitaria, entre otros.

Gestión participativa de los servicios de salud públicos y no comerciales.

La organización del trabajo basada en el equipo interdisciplinario de profesionales es un criterio para la calidad de la atención. Un grado de cogestión de los servicios públicos, cuando existe, permite responsabilizar colectivamente a los profesionales de la calidad de la atención. Este efecto se ve reforzado por la creación de flujos ascendentes de conocimientos y decisiones en los servicios y sistemas de salud. Esto sólo es posible en hospitales y servicios con finalidad pública, es decir, social y profesional, porque no es la cooperación interpersonal sino la competencia la que rige a aquellos servicios de salud cuya finalidad es comercial e industrial.

Una dirección del profesionalismo médico en los hospitales y las redes asistenciales.

Si se admite que la calidad de la atención es ante todo el profesionalismo humano, los sistemas y los servicios de salud deberían cultivarlo. Mediante la creación de una Dirección de Profesionalismo Médico, los hospitales (y los ministerios de salud) podrían mejorar las condiciones de trabajo de los cuidadores y su poder sobre el entorno laboral. Podrían estimular la reflexividad de los cuidadores difundiendo metodologías adecuadas; velar por que el tiempo de comunicación sea suficiente durante la consulta; organizar el trabajo en equipo; garantizar el acompañamiento psicológico de los profesionales; desarrollar los flujos ascendentes de conocimiento, información y decisiones; generalizar la investigación-acción; estructurar la educación médica continuada para transmitir el profesionalismo médico; y fomentar la participación de los profesionales en la gobernanza del hospital.

PARA UNA COOPERACIÓN EUROPEA EN PROFESIONALISMO MÉDICO, EL DE TODOS LOS CUIDADORES.

Las políticas de salud africanas, las políticas exteriores europeas y la cooperación internacional parecen ignorar hasta qué punto las enfermedades endémicas psicosociales y la aculturación son desestabilizadoras, y hasta qué punto influyen en la mortalidad y la migración[o]. Y pocos líderes se dan cuenta del potencial de la asistencia médica psicosocial, la terapia familiar sistémica y el aprendizaje de la antropología social y cultural en medicina para prevenir la violencia de género, doméstica y comunitaria.

El modelo de atención biopsicosocial y centrada en el paciente surge como referencia teórica indiscutible de los médicos, pero los pacientes africanos siguen esperando que las políticas, la cooperación multilateral y algunos organismos bilaterales de cooperación difunden este modelo entre ellos. Pueden esperar mucho tiempo. El contexto geopolítico no se presta a ello: los Estados están sobreendeudados, implosionan lentamente, los programas multilaterales de salud pública pesan mucho en sus cuentas[p]. Aquí es porque se puede pensar que su lógica comercial no es compatible con un modelo humano de asistencia sanitaria.

Los programas internacionales de salud pública constituyen la espina dorsal de la cooperación multilateral. Están organizados en asociaciones públicas/privadas llamadas Iniciativas Globales de Salud (IGS, o en inglés, Global HealthInitiatives) y sus dos misiones son epidemiológicas y comerciales. La primera consiste en controlar en un territorio la frecuencia de una enfermedad o de un grupo de enfermedades y reducir la mortalidad que le (les) es atribuible. La segunda es el beneficio y, para hacerlo, las IGS venden productos que distribuyen a la población - medicamentos, equipos y asesoramiento adquiridos a precio reducido por un gobierno europeo o americano a sus empresas. Estas últimas son las grandes beneficiarias de la operación: la ayuda internacional les abre mercados que de otro modo no existirían; y pone a disposición de la industria participante, el personal y la infraestructura de la primera línea de servicios públicos africanos. Así, sin tener que financiar los costes de funcionamiento, la industria europea utiliza los centros de salud africanos como tiendas de salud pública y centros repartidores de su cadena de distribución[q]; y por iniciativa de la cooperación internacional, los africanos subvencionan la industria europea con sus servicios públicos, su acceso a la atención médica y su mortalidad[r].

Maltrato institucional en los servicios públicos: una absoluta prioridad de salud pública.

La organización de programas de salud pública, que caracteriza la cooperación multilateral, no es compatible con la práctica de la medicina en los servicios de salud en los que interviene - la primera línea de los sistemas de salud africanos. No lo es porque su doble misión, epidemiológica y comercial, determina una estructura nociva para el profesional. Es típica de las asociaciones público/privado en materia de salud, con una cadena de suministro integrada en las consultas de los servicios públicos, pero una administración independiente de los servicios de salud. Está diseñada para permitir que las IGS dicten las actividades de los profesionales paramédicos de los servicios públicos africanos. Esto sólo es posible porque los Estados son incapaces de pagarles decentemente, estrangulados por las condicionalidades de los préstamos internacionales. Así, los algoritmos de los programas de salud pública definen con mucha precisión el trabajo de los paramédicos del servicio público, al menos los de la primera línea - y hacen imposible la comunicación terapéutica, la obediencia a una ética profesional y la medicina humana. Allí, la salud pública libra una guerra despiadada contra la medicina clínica.

El maltrato institucional prevalece en los servicios públicos africanos y, de hecho, en los de los países de ingresos bajos y medianos. Los pacien-

---

[o] Menjivar, SD Walsh. Gender, violence and migration. In HandbookonCriticalGeographiesofMigration. EditedbyK.Mitchell, R Jones, JL Fluri. Edward Elgar Publishing, 2019.

[p] Se estima que los programas de lucha contra el paludismo, el sida y la vacunación superan por sí solos el 10% del presupuesto sanitario de varios países africanos.

[q] Esta es la razón por la que la privatización de los centros de salud pública nunca ha estado en la agenda del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.

[r] International Health and Aid Policies. Editors: J.-P.Unger, P.DePaepe, K.Sen, W.Soors. Cambridge UniversityPress, 2010 (275 pages).

tes y las víctimas de la violencia tienen las peores dificultades para recibir tratamiento. Su tragedia es una acusación contra las políticas internacionales y la cooperación multilateral, que exacerban el maltrato al convertir los centros de salud en tiendas repartidoras de productos biomédicos. Las consecuencias son de orden epidemiológico e incluso demográfico.

Tomemos la mortalidad obstétrica. La OMS pide a los países miembros que midan la proporción de partos en medio profesional, ya que se trata de un factor clave de mortalidad materna. Pero entre sus determinantes se encuentra la violencia de algunas matronas del servicio público. Esta violencia es tal que disuade a las mujeres embarazadas de venir a dar a luz. Así, el maltrato institucional es una causa eficaz, aunque indirecta, de mortalidad materna. Es así como el maltrato institucional impulsa al alza la tasa de mortalidad general: limitando el acceso a los cuidados, retrasando los diagnósticos, agravando el pronóstico de numerosas enfermedades y perturbando la continuidad de la atención a las personas que padecen enfermedades crónicas.

Antes, los enfermeros tenían un supervisor, un médico. Hubiéramos preferido un entrenador, un médico, pero tenían uno. Luego la cooperación multilateral lo reemplazó por una serie de supervisores de salud, uno por programa de salud pública, que velaban porque sus decisiones clínicas coincidieran con las normas del programa de salud publica. Y así es, en contradicción con el abc de la dirección y el principio de unidad de mando, que el enfermero se encontró frente a varios responsables, en competencia unos con otros por su tiempo de trabajo, sus decisiones, y que no veían en él un profesional sanitario, si no un obrero. Para imaginar la violencia de la negación, hay que recordar que estos enfermeros habían estudiado movidos tanto por un ideal como por el deseo de mantener a su familia, ya que es también, así como se ven las cosas por el lado de los profesores, en las escuelas de enfermería. Pero cuando el paramédico descubre la función pública, el despertar es doloroso. Los programas de control de enfermedades deterioran la comunicación terapéutica al salpicar lo que comprende de la experiencia de la víctima o del paciente. Y al abolir la autonomía profesional, los programas de salud pública le impiden obedecer a su ética médica. ¿Por qué los paramédicos no ven la necesidad de hablar con sus pacientes? La ven tanto menos cuanto que saben, por el contrario, que su escucha puede ser dolorosa si siente un poco de empatía. Se llama trauma vicario o secundario, un estrés agudo ('Post-traumatic stress syndrome') relacionado con la escucha empática del relato traumático de una víctima primaria.

Las indignas condiciones de vida y de trabajo de los paramédicos los hacen inaptos para la comunicación clínica y la práctica médica. El abuso que sufren los vuelve violentos. Los que pagan el precio son los pacientes más débiles: las mujeres más que los hombres, los indigentes, los miembros de las minorías étnicas y de las castas inferiores, los nómadas, algunas familias de antiguos esclavos, los homosexuales, los discapacitados y los analfabetos. Comúnmente, el maltrato institucional de los servicios públicos adopta una forma racista.

Es hora de que los gobiernos africanos y la cooperación internacional aborden el problema. Para poner fin a este escándalo, pueden influir en las condiciones de vida y de trabajo de los cuidadores de primera línea; pero también es necesario darles sentido a la práctica profesional. Mediante la inclusión de la asistencia psicosocial en el programa de educación médica permanente, los gobiernos y la cooperación podrían mejorar la calidad y la accesibilidad de la atención a bajo costo. Tal enseñanza es una prioridad de salud pública absoluta porque da al cuidador una razón para hablar con su paciente y porque los cuidados biopsicosociales tienen en los territorios un extraordinario efecto estabilizador, como lo demuestra la experiencia costarricense.

Un programa nacional para las enfermedades endémicas psicosociales.

¿Para qué podría servir un programa nacional o regional de endemias psicosociales y violencia de género? En primer lugar, formar a los profesionales de primera línea en la clínica de violencia y en la asistencia psicosocial en medicina. En segundo lugar, capacitarlos a la lucha contra la aculturación, el patriarcado y la endogamia urbana - en las zonas rurales, es pena perdida. Con este fin, es útil generalizar la enseñanza de los principios de la terapia familiar sistémica en las facultades, las escuelas de enfermería y los servicios de salud; desarrollar la medicina comunitaria; y estimular la investigación-acción en estos ámbitos.

Organizar en sistema el sector de los servicios de salud con finalidad pública.

El sistema de salud pública debería articular los servicios de salud del Estado, las regiones, los municipios, los organismos de seguridad social, las ONG y las iglesias de manera que formen un sistema integrado. Con financiación pública, cada gobierno puede promover el propósito social, profesional y cultural de la atención de salud. Es antitético e incompatible con su lógica comercial e industrial.

Por una alianza política inusual: profesionales de la salud e industriales (cuya actividad no es la salud).

Cuando se piensa en la palabra competencia, se suele pensar en la que enfrenta a las empresas unas con otras. Y a veces se olvida la existencia de otra, intersectorial, cuyo teatro de operaciones es la economía política. Ahora esta competencia intersectorial es particularmente intensa en salud. ¡Cuando el 18% del PIB va a la salud, el 82% no va!

8,8% es el promedio en los países de la OCDE; 18% es en los Estados-EE.UU. El 9 % del PIB europeo podría cambiar de mano en caso de privatización de los seguros de salud. Los riesgos son colosales.

Los industriales que no invierten en salud tienen, en el campo de la atención y de la cooperación, intereses opuestos a los de las industrias médicas y farmacéuticas: necesitan paz y estabilidad, y la asistencia médica psicosocial y la medicina comunitaria contribuyen eficazmente a ello. Y necesitan eficiencia en el uso del presupuesto público. Ahora bien, la financiación pública de la medicina biopsicosocial es garantía de estabilidad, de calidad de los cuidados y de funcionalidad de la mano de obra. Por el contrario, esta financiación es un coste de oportunidad para las empresas médicas y farmacéuticas. En materia de acceso a la atención sanitaria, los intereses de la mayoría de los industriales coinciden con los de los profesionales de la salud y esta convergencia podría dar lugar a una coalición política inusitada. Con excepción de las empresas médicas y farmacéuticas, así como de los bancos de seguros, ningún sector industrial europeo tiene interés en descuidar el potencial de la asistencia médica psicosocial.

Los ministerios de salud y de cooperación internacional pueden hacer una contribución contundente a la estabilización de un territorio, si están dispuestos a seguir una lógica médica y antropológica y no solo responder a preocupaciones epidemiológicas, a una agenda socioeconómica y a criterios ecológicos. Por ello, la Europa conservadora tendría interés en que la cooperación internacional se dedique al tratamiento clínico de los sufrimientos psicosociales y humanice la atención en los servicios públicos, derogando la doctrina neoliberal que establece que los servicios públicos no tienen derecho a responder a la demanda de atención clínica para no competir con el sector médico privado. Después de una serie de reveses en África Occidental y una pérdida de influencia en el Sur Global, ¿comprenderán finalmente los líderes europeos el papel desestabilizador de las enfermedades endémicas psicosociales y la aculturación, así como la importancia de la asistencia psicosocial en la primera línea de atención? ¿Descubrirá un partido político la importancia de acabar con el maltrato institucional en los servicios públicos de la salud?

La Salud: en Europa; en Portugal

Isabel do Carmo, médica, Professora da Faculdade de Medicina de Lisboa.

La escasez de medios y los bajos salarios en el Servicio Nacional de Salud coinciden con la expansión de la industria de la Salud privada.

Los países de la Unión Europea, además del Reino Unido, constituyen la región del mundo donde la cobertura universal por servicios de Salud dependientes del Estado es universal. No obstante los respectivos funcionamientos no son uniformes porque hay tres sistemas diferentes. Los sistemas salidos del "Espíritu del 45" son servicios mayormente gratuitos, basados en una parte de los Presupuestos Generales del Estado y por lo tanto derivados de los impuestos. Es el caso de los países escandinavos, del Reino Unido, de Portugal y de España. Otro sistema se basa en los Seguros Obligatorios, bismarquiano, donde cada ciudadano descuenta directa y proporcionalmente un porcentaje de su salario asignado a las compañías de seguros de salud que son contratadas directamente por el Ministerio de Salud, que discute los límites. Cada persona puede consultar un servicio privado, cubierto por el seguro. Es el caso de Alemania, Países Bajos y Suiza. También está el sistema francés, en el que está el sistema de Salud cubierto por la Seguridad Social (Sécurité) El ciudadano consulta servicios privados o públicos (hospitales) y la Sécurité paga total o parcialmente.

Reflejos del neoliberalismo en los servicios sanitarios europeos.

La estructura de la sociedad en cuanto a la evolución de la salud de los ciudadanos, en cuanto a riesgos y en cuanto a recursos técnicos, no ha ido acompañada de recursos equivalentes en Salud Sanitaria, en ninguno de los sistemas.

Hay un aumento de la esperanza de vida en todos los países, dada la mejora de las condiciones sanitarias y el uso de antibióticos y medicamentos cardiovasculares. Pero también hay un aumento de las enfermedades osteoarticulares y sus consecuencias en términos de movilidad y autonomía. También ha aumentado la prevalencia

de algunos cánceres, así como la obesidad y la diabetes. Aparecen las consecuencias de las olas de calor y de las sequías. Por otro lado, la industria ha invertido en la fabricación de nuevos medicamentos y nuevos equipos. En Portugal el mayor gasto presupuestario en los medicamentos se da en inmunoterapia.

Actualmente, la política de la Unión Europea no se ha centrado en incrementar los presupuestos sanitarios, sino en lo que llaman "economía". De esta forma, el Banco Central Europeo y los Bancos Centrales de cada país han "vigilado" los Presupuestos de los Estados, los bancos y las deudas públicas, de modo que los Estados invierten poco en el sector público.

Cuando ha pasado tiempo desde el fin de la epidemia, se detecta el cansancio de los profesionales y su protesta porque no ha sido reconocido su papel, ni en sus salarios, ni en la estructura asistencial, ni en las inversiones de los Estados.

Las consecuencias se observan en todos los países, independientemente de los sistemas de salud. En todos hay problemas con los tiempos de espera en las salas de urgencia, incluso en países "fuertes" como Alemania, donde en el hospital Charité de Berlín hay que esperar varias horas en urgencias. En Francia incluso se llegó a multar a los pacientes que acudieron a urgencias sin consultar primero al "médecin en ville". Algunos servicios de urgencia cerraron por turnos. En el Reino Unido, el sistema se caracterizó por la subcontratación de los servicios clínicos. Según Siva Anandasiva, analista del King`s Fund, con los recortes realizados por Sunak, además de los que ya se habían hecho en los últimos 10 años;" La lista de espera hospitalaria es de 7,5 millones de personas en marzo, lo que significa que 6,5 millones sufren dolores o no pueden trabajar".

En Portugal, el principal problema es el bajo nivel de los salarios, especialmente de los médicos. Por otro lado, hay una escasez de médicos especialistas, debido también a los numerus clausus del pasado, que sólo se recuperarán en 10 años. La escasez de medios y los bajos salarios en el Servicio Nacional de Salud coinciden con la expansión de la industria de la Salud privada. En una sociedad de mercado significa una fuga de médicos especialistas hacia los cuatro grandes grupos económicos que venden servicios clínicos.

En las discusiones sobre Europa se ha dicho poco sobre la Salud, lo que es sintomático del escaso valor que se da al tema.

Concello
de Pontevedra

Pontevedra
Calidade de vida

pontevedra.gal

La Atención Primaria en las Comunidades Autónomas también es desigual

Informe 2024

El Informe es una actualización de los 5 anteriores (realizados en abril de 2019 junio de 2020, julio de 2021, abril de 2022 y enero 2023, disponibles en las webs *www.fadsp.org y www.fadsp.es*). En este se han incorporado los cambios en los datos que son públicos y homogéneos para todas las CCAA. Hay que resaltar que sigue habiendo una ausencia de muchos datos actualizados por lo que hay que referirse a los disponibles correspondientes a 2021 y 2022, alguno de 2023 y 2024. En todo caso, creemos que permite tener un amplio panorama de la situación de la Atención Primaria y explica, en parte, sus problemas durante la pandemia y en el momento actual, así como las dificultades para abordarla. La Atención Primaria (AP) es el primer nivel asistencial que, siendo el más importante para el funcionamiento del sistema sanitario, permanece enmascarado ante la opinión pública, que no ante la población, ya que la AP es la que más habitualmente utiliza y, por lo tanto, a cuyo empeoramiento es más sensible. Sus problemas y deterioro han supuesto importantes movilizaciones en todo el país, y a pesar de ello sigue sin recibir la atención necesaria (presupuestaria, de recursos, etc.) por parte de las administraciones sanitarias. Como en los informes anteriores este se encuentra estructurado en 7 apartados: evolución de la financiación y el gasto sanitario; recursos; actividad; gasto farmacéutico por recetas; opinión de la ciudadanía; conclusiones y recomendaciones.

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

CONCLUSIONES

Gasto sanitario

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

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

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

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

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

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

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

El personal administrativo disminuye ligeramente con respecto al año 2021. Aunque la disminución ha sido ligera con respecto a años anteriores, la cantidad de TSI administrativo en 2022 es inferior a 2019, año en que se dio la primera disminución considerable.

Actividad

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

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

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

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

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

Gasto farmacéutico

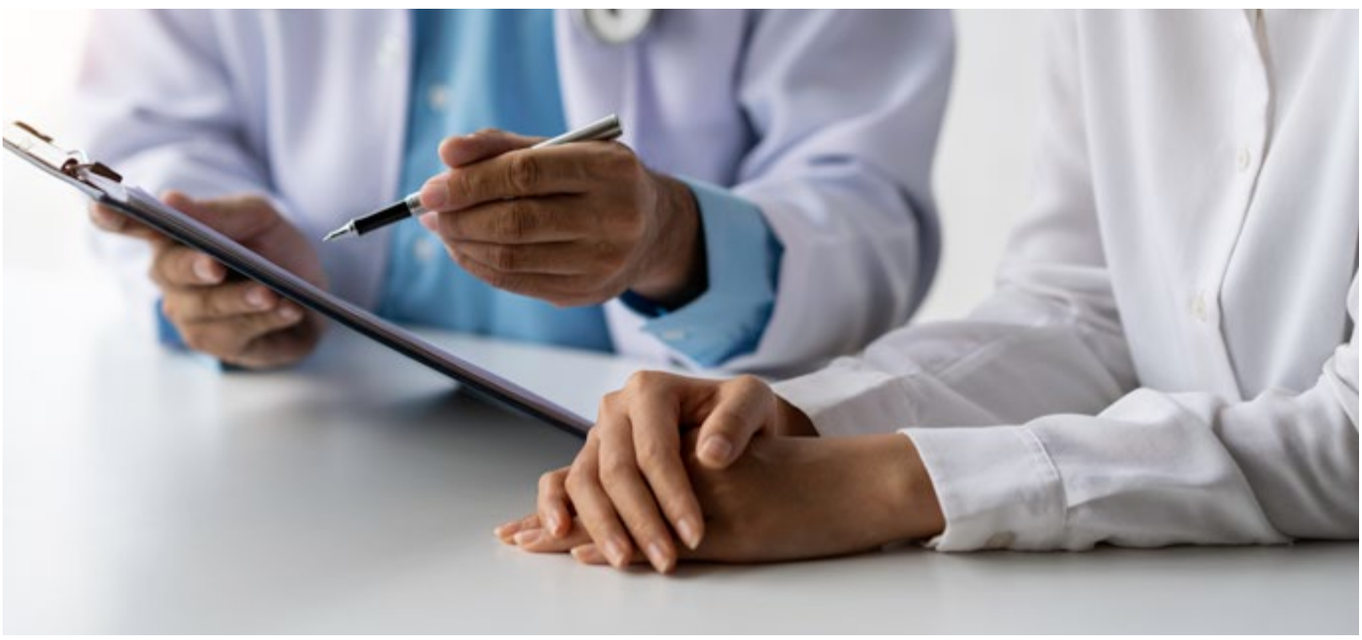
El gasto farmacéutico por recetas es el que depende mayoritariamente de AP, aunque la primera receta del especialista debe de computarse en atención Especializada los datos no están desagregados. El gasto en números absolutos: 43 de recetas farmacéuticas aumenta considerablemente entre 2014 a noviembre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

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

Opinión de la ciudadanía

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

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



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

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

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

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

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

Un 24,1% de los encuestados piensan que la comunicación y coordinación entre la AP y las especialidades y hospitales es mala o muy mala. Y un 22,3% piensan que la situación de la AP les afecta mucho o bastante en su vida personal.

RECOMENDACIONES PARA MEJORAR Y CONSOLIDAR LA ATENCIÓN PRIMARIA.

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

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

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

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

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

Quinta. Asimismo, hay que realizar aumentos en el personal administrativo para lograr una ratio de 1.700 TSI /administrativo (unos 10.000 más en todo el país) y el compromiso de recuperar las citaciones desde los centros de salud.

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

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

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

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

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

Undécima. Hay que restablecer las áreas sanitarias como espacio geográfico, poblacional donde planificar y asignar recursos y coordinar la actividad de los dos niveles asistenciales en función de las características y necesidades de la población.

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

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

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

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

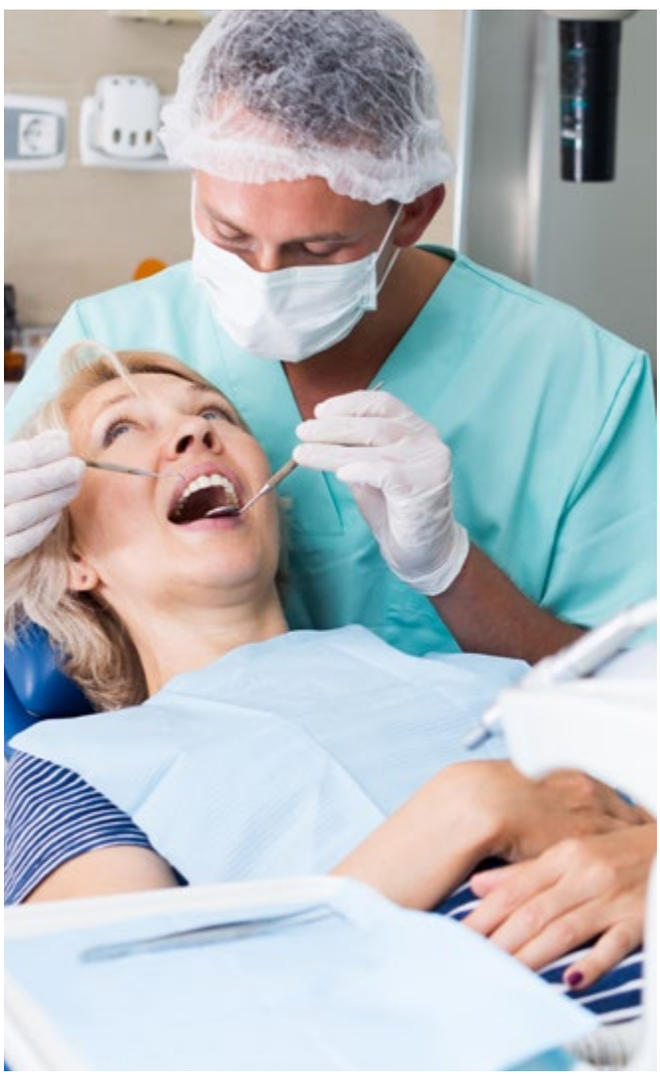
Decimosexta. LA AP debe de tener un mayor protagonismo en el abordaje de los determinantes de salud, de la salud medioambiental y de la salud laboral.

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

Decimoctava. Hay que aumentar los profesionales de las Unidades de Apoyo de AP (fisioterapeutas, odontología, protésicos, psicología, matronas, etc.) estableciendo criterios homogéneos de dotación de las mismas.

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

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



La privatización sanitaria de las CCAA 2024

Décimo informe

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

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

VARIABLES ANALIZADAS

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

Las variables analizadas han sido las siguientes:

1. Porcentaje de población total que estando cubierta por las Mutualidades de Funcionarios (Barómetro Sanitario) elige la atención sanitaria por seguros privados.

2. Gasto sanitario per cápita en seguros privados (€/habitante/año) (IDIS).

3. Gasto sanitario de bolsillo per cápita (€/año) (INE).

4. Porcentaje del gasto sanitario dedicado a concertación con centros privados (Ministerio Sanidad).

5. Porcentaje de camas hospitalarias privadas sobre el total (MS).

6. Porcentaje del equipamiento de alta tecnología en hospitales privados sobre el total (MS).

7. Número de consultas anuales a especialistas del sector sanitario privado por 1000 habitantes (MS).

8. Porcentaje de personas que han acudido al médico general privado en el último año (Barómetro Sanitario).

9. Presencia de modelos de colaboración público-privada.

10. Existencia de dedicación exclusiva.

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

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

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

RESULTADOS

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

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

CCAA con un mayor grado de privatización:

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

CCAA con un grado intermedio de privatización:

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

CCAA con menor grado de privatización:

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

COMENTARIOS

- Merece la pena señalar varias cuestiones:
- La primera es que los datos se corresponden mayoritariamente a 2023 y solo alguno a 2022, siendo los últimos disponibles.
- Se ha producido un aumento de la privatización, en la provisión y en la financiación de nuestro sistema sanitario en general, especialmente importante a partir de 2009. Conviene recordar que según los últimos datos de la OCDE (noviembre de 2023) el gasto sanitario privado en España es del 28% del total del gasto sanitario (media OCDE 24%) y el gasto de bolsillo se sitúa en el 21% del total (media OCDE 18%), datos que han empeorado desde 2022, y que además se ha incrementado de manera importante el aseguramiento privado.
- La tabla siguiente recoge la clasificación en 5 informes, el primero, el de este año y los de 2019, 2020, 2022 y 2023, (en los 5 primeros años se analizaron las mismas variables, en 2019 se incluyeron 2 más, en 2020 no se pudo incluir una, en 2022 vuelve a recuperarse una más, aunque proveniente de una fuente distinta y en 2023 se mantienen las mismas variando la fuente en 2 de ellas y en 2024 se cambia la fuente de 1). Se observa que 3 de las 4 primeras CCAA con más privatización en 2024 ya estaban en 2014 en este grupo donde han permanecido con algún cambio de posición. La primera es la misma en todos los informes (Madrid) y las otras 2 (Cataluña y Baleares) han ido cambiando de posición.
- En el grupo con menor nivel de privatización sólo se mantiene Extremadura en todos los informes, que hace 2 años dejó de ser la Comunidad Autónoma con menor grado de privatización. Este año en este grupo están también Castilla - La Mancha y Navarra que se incorporan en este informe.
- Los movimientos más llamativos en cuanto a mayor privatización entre los dos últimos informes son el de Cantabria que aumenta 6 puestos, Murcia y Aragón que aumentan 4 , Asturias 3 , Andalucía y Valencia que aumentan 2 y Baleares y País Vasco que aumentan 1.
- Bajan Navarra 12 puestos (el año anterior había aumentado 8), Galicia 5, Canarias 4, La Rioja 2, y Cataluña 1. Solo 3 CCAA mantienen la misma posición que en 2023 (Madrid a la cabeza y Castilla - La Mancha y Extremadura en las últimas posiciones).

- Es importante tener en cuenta que la privatización ha aumentado en todas las CCAA, lo que se evidencia con el aumento de la puntuación media de 1,41 puntos, y por lo tanto el resultado y los movimientos en la clasificación solo recogen la mayor o menor intensidad que ha alcanzado en cada Comunidad Autónoma en concreto.

- Como suele ser habitual en los estudios sobre los sistemas sanitarios de las CCAA se objetiva una gran desigualdad entre las mismas, la ratio entre la puntuación máxima y mínima es de 1,75 (que ha disminuido desde 2,46 en 2023), lo que evidencia que en la privatización de los servicios sanitarios, hay diferencias excesivas que suponen una falta de cohesión del Sistema Nacional de Salud.

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

- 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.

- ºLa principal limitación del estudio está en la ausencia de transparencia de las administraciones sanitarias que dificulta enormemente el encontrar datos homogéneos para todas las CCAA, lo que es un fraude a la ciudadanía que es la que las sufraga con sus impuestos y un incumplimiento notorio de la denominada “ley de transparencia”, que desgraciadamente no ha mejorado de manera sustancial la información sanitaria disponible.

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

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

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

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

Antonio Escolar Pujolar

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

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

El 3 de mayo de 2022 la Comisión Europea dirigió una comunicación al Parlamento Europea y al Consejo con el título de "Un Espacio Europeo de Datos Sanitarios: aprovechar el potencial de losdatos sanitarios en beneficio de las personas, los pacientes y la innovación"1. Aunque sin nombrarlos, los beneficiarios ocultos tras la habitual cortina de humo del bien común serían fundamentalmente: 1º) las compañías que están dando soporte al desarrollo de sus respectivas IA, 2º) las compañías del complejo industrial fármaco-tecnólogico y 3º) los conglomerados asistenciales privados y sus inversores asociados (compañías de seguros, bancos y fondos de inversión) implicados en los procesos de privatización parasitaria de los servicios públicos de salud. Estos últimos, bancos y fondos de inversión actuando como principales facilitadores de la financiación correspondiente. Todo ello aliñado con la complicidad activa o pasiva de nuestros respectivos des-gobiernos nacionales, regionales y europeos.

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

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

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

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

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

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

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

Es harto difícil imaginar que una compañía privada como REPSOL permitiera el acceso a su Sistema de Información a un ingeniero, economista o abogado de una compañía competidora como IBERDROLA. Sin embargo, en nuestras "compañías" públicas de salud se consiente sin problemas queunacompetidoradefactocomoASISAlohagadeformaindirectaatravésdeundirectivocomo MAG, con un CV repleto de compromisos en defensa de los intereses privados sanitarios.

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

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

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

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

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

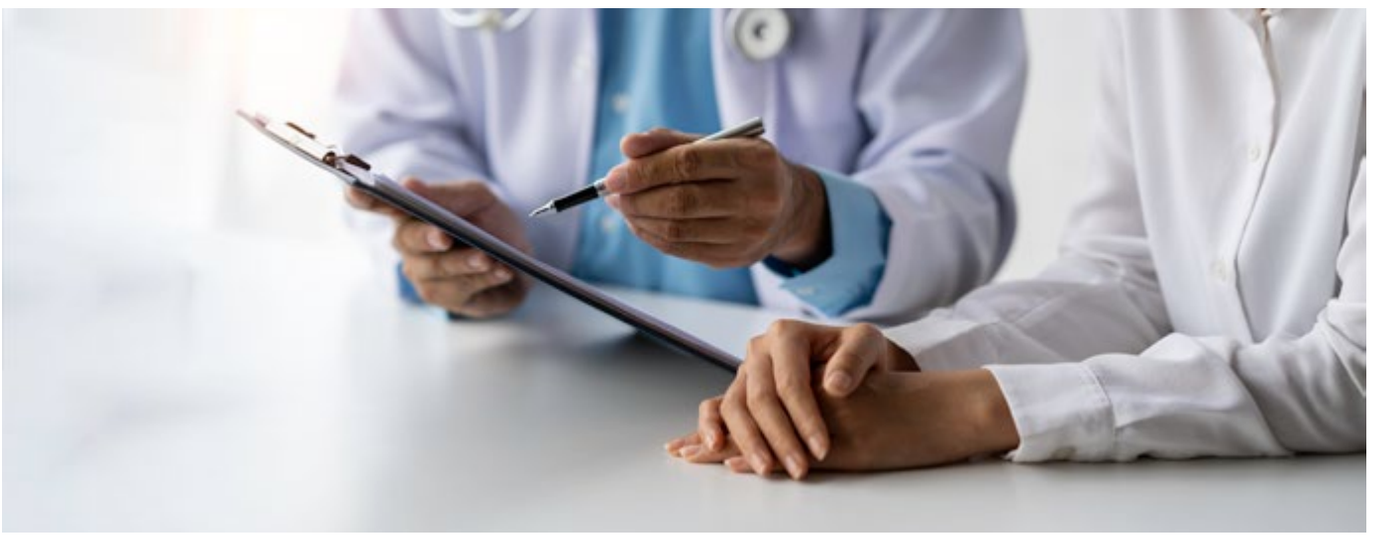
La defensa de la sanidad pública pasa también por incorporar estos elementos en el catálogo de reivindicaciones, además de la necesidad de extremar la vigilancia en el posible expolio de los DATOS públicos y la exigencia de presión sobre los representantes políticos copartícipes de la defensa de NUESTRO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

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

El Mutualismo administrativo es una fuente de desigualdades

La persistencia del mutualismo administrativo es una fuente de desigualdad entre mutualistas y el resto de ciudadanos en lo que a prestaciones sanitarias se refiere, como vienen denunciando hace años distintos colectivos, la propia FADSP, y estudiosos del tema, como Juan Simó

(https://saludineroap.blogspot.com/2024/02/desentranando-la-seleccion-de-riesgos.html)



Ahora se ha publicado un trabajo de investigadores españoles que pone negro sobre blanco con datos empíricos estas desigualdades . El estudio está realizado por Jaime Pinilla y Beatriz González López-Valcárcel, de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC) y por Enrique Bernal-Delgado, del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, y proporciona datos sobre el modelo MUFACE que permite a los empleados públicos elegir entre la prestación pública o privada de servicios de salud.

El estudio comparó los ingresos de funcionarios en hospitales públicos de la Comunidad Valenciana con los de la población general en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2010 y el 31 de diciembre de 2015 diagnosticados de cáncer, unas enfermedades costosas de atender y que tiene una prevalencia similar entre los empleados públicos y el resto de la población. Analizaron 3 millones de episodios de altas hospitalarias.

Los ingresos en hospitales públicos por enfermedades oncológicas eran desproporcionadamente más prevalentes entre los mutualistas que entre los que no lo son. Por ejemplo, la probabilidad de que aparezca en el registro un carcinoma metastásico fue un 31% (OR= 1,3149) mayor entre los funcionarios hospitalizados que en el resto de la población. Para otros tumores sólidos no metastásicos la OR fue de 1,1341, para otros tipos de cáncer OR= 1,314. En el caso del linfoma se da la OR más alta: 2,6351.

Los servicios de las mutuas de funcionarios “seleccionan riesgos” para evitar a los pacientes que les supongan un alto coste, de manera que se vean abocados a acudir al sistema público de salud.

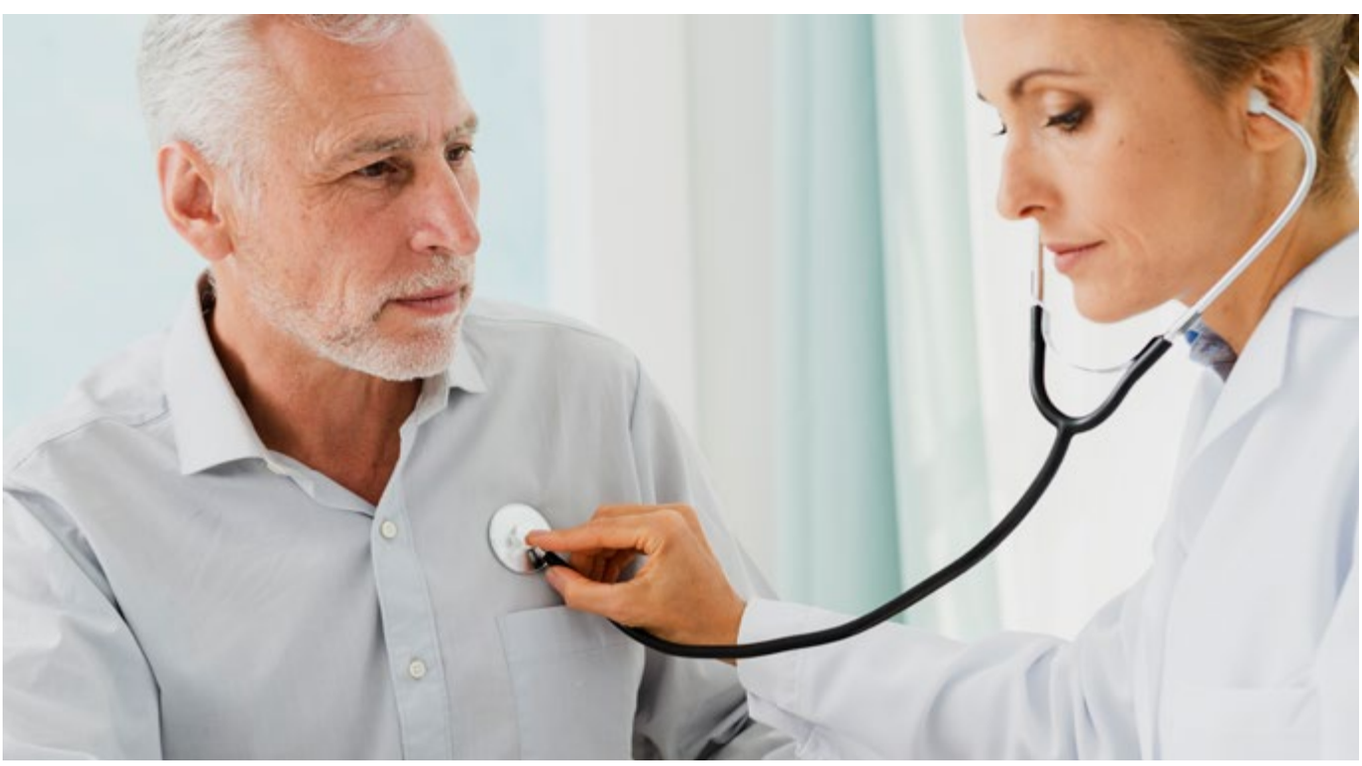
MUFACE proporciona algunos privilegios a los empleados públicos a la hora de elegir, cuando lo que interesa es un acceso más rápido a la asisten-

cia y a las pruebas especializadas o unas estancias hospitalarias más cómodas, sin embargo, podría no representar un privilegio para quienes padecen afecciones más graves, como el cáncer, porque para procesos complejos, la tecnología y los medios disponibles son superiores en el Servicio Nacional de Salud, lo que puede explicar que los empleados del gobierno elijan al sistema público cuando padecen enfermedades crónicas o cuando tienen aversión al riesgo de sufrir enfermedades graves.

Las aseguradoras de las mutuas (ASISA, ADESLAS, DKV) podrían estar atrayendo al máximo número de empleados públicos sanos y evitando al mismo tiempo al máximo número de empleados públicos no sanos o solicitantes de servicios costosos. En ocasiones imponiendo barreras a la hora del acceso a los servicios, mediante, por ejemplo, la deslocalización de prestaciones, o disuadiendo a los mutualistas rebajando sus expectativas sobre la tecnología disponible, o anunciando largas esperas.

Este estudio pone en cuestión la supuesta eficiencia de las aseguradoras privadas, porque los pacientes más costosos están saliendo de la privada para ser tratados en la sanidad pública. La rentabilidad de las aseguradoras de las mutuas se basa en ofrecer las prestaciones que le proporcionan mayores beneficios, rechazando las que originan mayor gasto, de manera que la selección de riesgos de las compañías aseguradoras se traduce en mayor coste al SNS.

Los autores concluyen afirmando que sus resultados pueden tener implicaciones importantes para la formulación de políticas públicas de salud en España. De hecho existe un debate social sobre la conveniencia de generalizar el modelo MUFACE a toda la población, cambiar radicalmente el sistema de salud hacia uno basado en las condiciones laborales, la ausencia de controles y la libre elección de proveedor, con un SNS en segundo plano como red de seguridad. El argumento por quienes defienden este modelo se basa en sus “menores costes” de atención médica en comparación con los costes en la población general. Sin embargo, como muestra este artículo, las diferencias, al menos en ingresos hospitalarios relacionados con el cáncer, parecen indicar definitivamente que hay selección de riesgos.



[1]Jaime Pinilla, Beatriz G. Lopez-Valcarcel, Enrique Bernal-Delgado. Unravelling risk selection in Spanish general government employee mutual funds: evidence from cancer hospitalizations in the public health network. The European Journal of Health Economics. https://doi.org/10.1007/s10198-024-01671-5

Murcia: Listas de Espera

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

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

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

3. En consultas externas es donde nos encontramos los peores resultados con solo tres áreas aprobando la gestión (IV, VI y VII). Hay que destacar el elevado número de personas en listas de espera colapsadas. 16 En la actualidad existen 27.066 pacientes en toda la región (22,3% del total) en alguna lista de espera de consultas externas colapsada, es decir, personas sin cita y sin esperanza de tenerla en un tiempo razonable ya que, al menos, esperan los citados más del doble del tiempo máximo comprometido (50 días) y más del 50% de pacientes están sin fecha asignada. Estos enfermos están en un limbo sin fecha a la vista de solución y, por tanto, en grave riesgo de sufrir retrasos extremos ya que no solo las demoras son ya excesivas, sino que la propia organización ignora cuando podrá resolverse la situación de la mayoría de las personas que esperan. Que esta situación se produzca en más de 1 enfermo de cada 5 que está en espera en la Región para consultas externas nos parece extremadamente grave y la consejería tendrá que dar cuenta lo antes posible con planes específicos iniciados y compromiso de evaluación urgente de la situación actual (recordemos que las listas analizadas corresponden a diciembre de 2023). En la tabla abajo destacamos las consultas externas que consideramos colapsadas y el número de enfermos afectados.

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

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

Listas de espera: FADSP

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Desde la FADSP hemos señalado reiteradamente que la privatización del sistema sanitario de nuestro país es un grave problema para el mismo, básicamente porque aumenta de manera exponencial los costes de la atención sanitaria, deteriora de manera complementaria los centros públicos que ven como los fondos correspondientes son derivados hacia el sector privado, lo que hemos denominado el círculo vicioso de la privatización, y suponen un empeoramiento de la atención sanitaria y de la salud de la población (ya hay muchas evidencias que señalan que la privatización aumenta la mortalidad evitable), a más de colocar en manos privadas la garantía del logro de un derecho fundamental como es el de la protección de la salud.

2. Por eso entendemos que cualquier paso que se de en el horizonte de blindar el sistema sanitario público potenciando la gestión pública y favoreciendo la detención de las privatizaciones y la recuperación de lo privatizado es un paso positivo que hay que apoyar.

3. No obstante el documento que ha hecho el Ministerio de Sanidad para una Consulta Previa es sumadamente inconcreto, y elige una vía de elaboración que tiene unos plazos excesivamente prolongados, que ni siquiera garantizan que la Ley llegue al Parlamento en esta legislatura, y mucho menos que se apruebe durante la misma.

4. En todo caso entendemos que esta Ley debería de seguir adelante y contemplar las siguientes cuestiones:

- Derogación expresa de la Ley 15/97 y las leyes autonómicas que se basan en ella.
- Garantía de la gestión pública de los centros y servicios sanitarios sufragados con los presupuestos públicos.
- Rechazo a cualquier nuevo contrato, concurso o concesión para la gestión privada de servicios sanitarios de financiación pública.
- Garantizar la reversión de los centros actualmente en manos privadas a la finalización de los contratos, así como imposibilitar la venta o transferencia de los mismos a empresas distintas de las que recibieron la concesión inicial.
- Bloquear los conciertos con entidades privadas si no se demuestra de manera fehaciente la imposibilidad de la Sanidad Pública para cubrir las prestaciones objeto de los mismos.
- Potenciar la dedicación exclusiva de los profesionales de la Sanidad Pública y la utilización intensiva de sus recursos.
- Integración de la asistencia sanitaria de las Mutualidades de funcionarios en la Sanidad Pública.

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

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

ADSP

Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública

SOLICITUD DE ADMISIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS .....

DOMICILIO .....

LOCALIDAD ..... CP .....

TELÉFONO ..... CORREO ELECTRÓNICO .....

PROFESIÓN/CATEGORÍA ..... DNI .....

CENTRO DE TRABAJO ..... TELÉFONO ..... CORREO ELECTRÓNICO .....

Cuotas: 52 € semestrales para los socios con trabajo y 63 € anuales para los socios que se encuentren en situación de desempleo.

BANCO/CAJA ..... OFICINA .....

CUENTA .....

DOMICILIO ..... LOCALIDAD ..... CP .....

Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la **Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública**

Fecha: ..... Firma

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

salud2000

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS .....

DOMICILIO .....

LOCALIDAD ..... CP .....

TELÉFONO ..... CORREO ELECTRÓNICO .....

PROFESIÓN/CATEGORÍA ..... DNI .....

CENTRO DE TRABAJO ..... TELÉFONO ..... CORREO ELECTRÓNICO .....

Cuotas: 52 euros semestrales para los socios con trabajo y 63 euros anuales para los socios que se encuentren en situación de paro.

BANCO/CAJA ..... OFICINA .....

CUENTA .....

DOMICILIO ..... LOCALIDAD ..... CP .....

Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la revista salud2000

Fecha: ..... Firma

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

MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE
(COORD.)

PRIVATIZACIÓN SANITARIA

Análisis y alternativas