



Federación de Asociaciones  
para la Defensa  
de la Sanidad Pública



**INFORME**  
**SITUACION ACTUAL Y EVOLUCIÓN**  
**DE LA ATENCION ESPECIALIZADA**  
**EN LAS COMUNIDADES**  
**AUTONOMAS**  
**Conclusiones y Recomendaciones**

*Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad  
Pública  
Enero de 2020*

## CONCLUSIONES

### I. Financiación y gasto

- 1) El porcentaje de gasto sanitario dedicado a AE es muy elevado (61,44% en 2010 y 69,97% en 2017), habiéndose incrementado en un 8,53% durante el periodo
- 2) Se ha producido un aumento del gasto sanitario público en AE entre 2010 y 2017, que ha superado los recortes previos que paso de 893,72 € en 2010 a 975,93 € por habitante y año en 2017, un 8,42% de aumento.
- 3) Este aumento se debe tanto al incremento del gasto farmacéutico como al coste de las privatizaciones, y se ha producido pese a una disminución concomitante del gasto sanitario por habitante (- 3,77%).
- 4) Se ha evidenciado entre 2010 y 2016 una disminución del gasto global en conciertos del 0,58% pero con grandes variaciones según las CCAA (desde un aumento del 44,65% en Baleares a la disminución del 46,84% en Valencia)
- 5) Entre los años 2010 y 2017 se produjo un aumento de un 2,97% del total de altas hospitalarias, sobre todo a costa de las que están a cargo de la financiación privada que aumentan un 13,92% en el conjunto del país (que aumentan en todas las CCAA excepto en 5) frente a un incremento de solo el 0,08% en aquellas con financiación pública.
- 6) Todo ello evidencia una mayor privatización la financiación de la AE, con gran variabilidad según las distintas CCAA, aunque hay que tener en cuenta que no considera aquellos centros que tienen formulas de gestión privada o semiprivada (concesiones, etc).

### II. Recursos

- 1) Se ha producido una disminución en el número de camas por 1000 habitantes entre 2010 y 2017 ( $0,12/1000 = 12.079$  camas menos), disminución que ha sido mas acusada en las camas en funcionamiento ( $0,17 = 14.862$  menos). Se trata de una tendencia del sistema sanitario español desde hace años, que explica en gran parte el colapso de camas en urgencias en los momentos de mayor demanda de ingresos (gripe, etc).
- 2) Se evidencia una gran dispersión en la dotación de camas hospitalarias que en 2017 fue desde 2,46 en Andalucía hasta 4,16 en Cataluña (promedio de España 3,3, promedio OCDE 4,7, promedio UE 5,21).
- 3) El número de quirófanos ha permanecido prácticamente estable (aumento de  $0,01/1000$  en el periodo), con una gran variabilidad ( $0,07$  La Rioja;  $0,12$  Navarra).
- 4) Existe una preocupante carencia de camas de media y larga estancia que han disminuido en este tiempo ( $0,32/1000$  en 2010 versus  $0,29$  en 2017). Lo que contrasta con los estándares internacionales de referencia ( $1,25/1000$  UE;  $0,6$  OCDE).
- 5) Las camas privadas han disminuido porcentualmente en este periodo, pasando del 20,77% al 19,90% del total de camas hospitalarias. Pero este dato puede ser engañoso. En el mismo

periodo el número de camas de gestión privada con financiación pública, que se incluyen en las públicas, se incremento (pasando del 8,74% al 9,92%). Por otro lado se produjo una disminución de las camas privadas en centros de media y larga estancia y salud mental, aumentando las camas de privadas en hospitales de agudos.

- 6) El porcentaje de camas privadas sobre el total tiene una gran variabilidad según las CCAA (27,72% en Madrid versus 5,13% en La Rioja)
- 7) El porcentaje de camas hospitalarias en funcionamiento sobre las instaladas disminuyó (92,1% en 2010 versus 90,3% en 2017). Existe un mayor porcentaje de camas en funcionamiento respecto a las instaladas en los hospitales públicos (90,84 versus 88,33%) en todas las CCAA excepto en Madrid (86,77 versus 89,89%) y Cataluña (93,21 versus 95,26%).
- 8) Durante este periodo se ha producido un aumento de la dotación tecnológica tanto en los centros públicos como en los privados, que ha sido más importante en los primeros.
- 9) El personal total (de 11,41 a 11,77/1000), el médico (de 79 a 1,93/1000), de enfermería (3,18 a 3,38/1000) y de técnicos sanitarios (3,04 a 3,12), se han incrementado durante el tiempo analizado.
- 10) La variación entre las CCAA en cuanto a dotación de personal es excesivamente amplia en 2017: Personal total (desde 9,56 de Valencia a 15,97 de Navarra), médicos (de 1,59 de Andalucía a 2,6/1000 de Navarra), enfermería (de 2,84 de Valencia a 4,7 Navarra) y técnicos (de 2,47 de Valencia a 4,43 de Aragón).
- 11) El personal del sector privado es significativamente menor que en la Sanidad Pública. Los centros públicos tienen 2,51 veces más profesionales médicos, 2,26 de enfermería, 1,65 más auxiliares de enfermería y 1,59 trabajadores no sanitarios por cama que el sector privado.
- 12) Las cifras tan bajas de dotación de Valencia pudieran estar relacionadas con el importante peso de los hospitales concesionarios en esta Comunidad autónoma, ya que se caracterizan por bajas ratios de personal.
- 13) Los MIR y el personal en formación han tenido un pequeño incremento (3 y 5 centésimas/1000 habitantes respectivamente) y con gran dispersión en 2017, desde 0,65 y 0,69 respectivamente de Madrid hasta 0,3 y 0,33/1000 en La Rioja.
- 14) El personal colaborador se ha incrementado en este tiempo pasando de 0,56 a 0,74, también con una gran variabilidad (desde 1,34 en Madrid a 0,34 en Extremadura)
- 15) En todos los datos analizados llaman la atención 2 cuestiones fundamentales, una disminución del número total de camas y de las camas por habitante, también en las de media y larga estancia en un país con una ratio muy baja de ambas, y por otro lado una excesiva dispersión de la dotación de camas y personal entre las CCAA.

### **III. Actividad y funcionamiento**

- 1) Existe un aumento en el número de consultas externas/1000 habitantes en el periodo analizado (13,43% más), en todas las CCAA

excepto en Aragón. La tasa oscila en 2017 entre 2.834,04 en Madrid y 1.651,51 en Cantabria. Un 34,77% de las consultas son primeras consultas.

- 2) Los centros privados atienden un 19,66% de las consultas, en ellos el 47,29% son primeras consultas.
- 3) En hospitalización se evidencia un ligero aumento del número de altas (1,71%) y una disminución de las estancias/1000 habitantes (- 6,54%), a la vez se ha producido una disminución de la estancia media (de 8,31 días a 7,29). La tasa de estancias en 2017 va desde 1195,48 en Cataluña a 561,45 en Andalucía y en cuanto a las altas/1000 entre 136,49 en Baleares hasta 92,51 en Andalucía.
- 4) En el sector privado se produjeron el 19,5% de las estancias y el 23,5% de las altas con una menor estancia media.
- 5) Los datos sobre consultas externas e ingresos abonan la hipótesis de la menor complejidad de los enfermos atendidos en el sector privado.
- 6) La mayor proporción de altas en los centros privados respecto al total se dan en Baleares (42,97%) y Canarias (41,2%) y la menor en Extremadura (9%) y Castilla la Mancha (9,1%)
- 7) La distribución y la evolución de las altas entre la Sanidad Pública y el sector privado evidencia 3 patrones: 10 CCAA donde aumentan las altas en centros públicos y disminuyen en los privados; 5 en las que aumentan en los privados mientras disminuyen en los públicos, y 2 en las que aumentan en ambos (ver página 25)
- 8) El número total y la tasa/1000 habitantes de intervenciones quirúrgicas aumento entre 2010 y 2017 tanto programadas (14,19%) como urgentes (1,07%)
- 9) El porcentaje de intervenciones por quirófano y año presenta una gran dispersión ( de 706,7 a 1454) aunque el dato puede estar sesgado por la complejidad de las mismas
- 10) La cirugía mayor ambulatoria (CMA) ha presentado un aumento significativo entre 2010 y 2017, incrementándose en un 4,5% su proporción sobre el total de intervenciones, con una gran dispersión interautonómica (entre el 37,08% en Castilla la Mancha y el 33,05% en Aragón).
- 11) El porcentaje de CMA sobre el total de intervenciones su claramente menor en los centros privados (30,52%) respecto a los públicos (34,18%) en 2017.
- 12) La tasa de cesáreas por 100 partos ha disminuido ligeramente entre 2010 y 2017, el 0,74% pero lejos aún de los objetivos señalados por la OMS que solo se alcanza en el País Vasco (14,81%), oscilando en el último año analizado entre el 28,17% (Valencia) y el País Vasco. Se constata una gran diferencia entre los centros privados (36,57%) y los públicos (21,43%).
- 13) Tenemos una elevada tasa de donación de órganos que va en aumento. En 2017 oscilaba entre el 74,1/millón en Cantabria y el 35,5 en Madrid y Castilla la Mancha).
- 14) Todas las CCAA realizan algún tipo de trasplante, siendo el renal el más generalizado. Cataluña, Andalucía y Madrid son las CCAA son mas trasplantes realizado en 2017.

- 15) Se constata un aumento de la realización de las pruebas diagnósticas de imagen analizadas entre 2010 y 2017 con gran variación interautonómica. En 2017 las tasas por 1000 habitantes oscilaban para TAC entre 124,36 (La Rioja) y 84,72 (Murcia); para SPECT entre 7,9 (Galicia) y 0,4 (Murcia); para RM entre 124,73 (Madrid) y 31,69 (Murcia); para PET desde 5,33 (Navarra) y 0 (Murcia); mamografías entre 101,1 (Asturias) y 20,47 (Murcia); angiografías digitales entre 5,92 (Canarias) y 0,29 (Extremadura) y gammagrafías entre 12,55 (Canarias) y 4,71 (Castilla la Mancha). Los datos son difíciles de valorar porque se desconocen datos sobre la adecuación y/o sobreutilización de estas exploraciones.
- 16) La mayoría de las pruebas son realizadas en la Sanidad Pública: 89% angiografías, 87% SPECT, 85% gammagrafías, 83% TAC, 81% PET, 73% mamografías y 61% RM.
- 17) Las tasas de las exploraciones diagnósticas analizadas / 1000 habitantes aumentaron en todas ellas entre 2010 y 2017 constatándose una gran variabilidad entre CCAA. En 2017 las tasas van: para colonoscopias entre 35,44 (Madrid) y 4,84 (País Vasco), para bronoscopias entre 2,81 (Valencia) y 0,26 (País Vasco) y en ERCP entre 1,4 (Castilla y León) y 0,14 (País Vasco). Como en las pruebas diagnósticas de imagen faltan datos de adecuación de las exploraciones.
- 18) En otras áreas asistenciales analizadas se objetiva un pequeño aumento de las tasas globales excepto en radioterapia. Las tasas por 1000 habitantes oscilan : para fisioterapia entre 1.335,89 (Baleares) y 349,97 (Andalucía); para terapia ocupacional entre 151,62 (Baleares) y 5,83 (La Rioja); para logopedia entre 31,7 (Extremadura) y 7,10 (Andalucía); para radioterapia entre 71,69 (Navarra) y 17,38 (Castilla la Mancha) y en hemodiálisis entre 128,89 (Galicia) y 13,98 (Cantabria).
- 19) En fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia se constata un evidente deficiencia, especialmente en algunas CCAA, mientras que las diferencias en radioterapia probablemente están relacionadas con el acceso a esta tecnología y en hemodiálisis con la prevalencia de insuficiencia renal y/o la actividad transplantada.
- 20) Las urgencias se han incrementado en un 14,74% entre 2010 y 2017 (la tasa /1000 habitantes) , aumento que se produce en todas las CCAA, pero especialmente en alguna como Madrid (23,63%). En 2017 va desde 767,45 en Baleares hasta 462,84 en Navarra.
- 21) La lista de espera quirúrgica (LEQ) ha aumentado entre 2016 y 2019 en la tasa de pacientes en LEQ (1,2/1000 más), se mantiene el número de días de demora media y disminuye el porcentaje que espera más de 6 meses en un 3,9%.
- 22) Cataluña es la que presenta una tasa mayor de personas en LEQ (23,32) y Madrid (8) y País Vasco (8,34) las que menos. La demora media va desde 149 días en Castilla la Mancha hasta 46 en Madrid y el porcentaje que espera más de 6 meses desde el 29,4% en Castilla la Mancha hasta el 0% en La Rioja y País Vasco.
- 23) La lista de espera en primera consulta (LEC) ha empeorado tanto en la tasa de pacientes /1000 habitantes (16,28 más) como en la

demora media (9 días), reduciéndose ligeramente los pacientes que esperan mas de 60 días (3,8% menos).

- 24) En 2019 la tasa de pacientes en LEC oscila entre 86,19 de Andalucía y 15,51 del País Vasco, la demora media entre 130 días en Andalucía y 23 del País Vasco y el porcentaje que espera más de 60 días entre el 87,1% de Canarias y el 5,7% del País Vasco.
- 25) En ambas, LEQ y LEC , Andalucía es la comunidad autónoma que mas ha empeorado en el periodo analizado.

#### **IV. Opinión ciudadanía**

- 1) El grado de satisfacción de la población con la Sanidad Pública no ha cambiado prácticamente en el periodo analizado (ha bajado una centésima) con gran variabilidad entre CCAA (desde 7,28 de Aragón a 6,15 de Andalucía en 2018).
- 2) Se ha producido un aumento de la frecuentación de las consultas de especialistas (CE) en el periodo, con un incremento muy superior en el sector privado (10% en la Sanidad Pública versus 33,94%).
- 3) La frecuentación de las consultas del sector privado aumenta en 10, de manera mas importante en Cantabria, Cataluña y Madrid.
- 4) En 2018 la frecuentación a las CE en la Sanidad Pública oscila entre 3 consultas/persona/año en Navarra y 1,63 en Baleares, la del sector privado entre 1,34 en Madrid y 0,34 en Castilla y León.
- 5) La opinión sobre la asistencia de quienes acudieron a CE es bastante buena y mejoro en el periodo: la opinión sobre el tiempo dedicado, la confianza en el médico, el trato recibido por el personal sanitario y la información. Asimismo los que consideraron que la atención recibida fue buena o muy buena paso del 81,5%(2010) al 84% (2018).
- 6) El porcentaje de personas que elegirían ser tratados por la Sanidad Pública se incremento entre 2010 y 2018 tanto para consultas externas (de 47,97 a 56%) como para hospitalización (de 58,79 a 67%), fenómeno que se comprobo en todas las CCAA.
- 7) En 2018 la elección de la Sanidad Pública para CE oscilaba entre el 67,8% de Aragón y el 41,3% de Canarias, y para hospitalización entre el 86,6% de Asturias y el 52,8% de Baleares.
- 8) La opinión sobre la atención recibida en el hospital también mejoro en los cuidados asistenciales médicos y de enfermería, en la información y en el número de personas que comparten habitación y empeoro en 2 centésimas en cuanto al equipamiento. La percepción de la asistencia como buena o muy buena también mejoro (85,7% en 2010 y 88,6% en 2018)
- 9) La percepción de la mejora de las listas de espera (LE) en el último año disminuyo de manera muy importante (el 269,13%) a la vez que aumento igualmente la de que habían empeorado en el mismo tiempo (207,51%).
- 10) El porcentaje que piensa que mejoro la LE en 2018 variaba entre el 12,5% de Navarra y el 5,7% de La Rioja, y que empeoraron entre el 30,9% de La Rioja y el 15,5% del País Vasco.

- 11) Parece claro que el principal problema que detectan los usuarios son las listas de espera y que el crecimiento de las mismas esta relacionado con el aumento de la frecuentación en el sector privado

## **RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA**

Después del análisis realizado y de los problemas detectados en el mismo, entendemos que conviene realizar una serie de recomendaciones y propuestas de mejora que, en nuestra opinión, son imprescindibles para superar la situación actual y para asegurar la sostenibilidad de la Sanidad Pública. Vamos a exponerlas organizadas de acuerdo a los apartados del análisis previo.

### **1. Financiación y gasto**

- 1.1. El gasto sanitario en Atención Especializada (AE) no debería superar el 65% del gasto sanitario público, siempre y cuando se cumplan 3 condiciones: un aumento del gasto sanitario público en relación al PIB (situándolo en torno al 7% del mismo); reducción del gasto farmacéutico hospitalario (para colocarlo por debajo del 14% del total del gasto en AE, ahora esta en el 16,5%); y disminución del gasto en privatizaciones.
- 1.2. Hay que disminuir de manera significativa el gasto en conciertos para que no supere el 5% en 2023
- 1.3. Deben de paralizarse las privatizaciones en AE e iniciar un proceso de recuperación de lo privatizado hasta el presente. Para ello habría que realizar cambios legislativos como la derogación de la Ley 15/97 y el blindaje de la provisión sanitaria pública.

### **2. Recursos**

- 2.1. Deben incrementarse de manera importante el numero de camas hospitalarias con el objetivo de conseguir entre 4,5 y 5 camas por 1000 habitantes (entre 55.000 y 79.000 camas más en todo el país) y que en ninguna comunidad autónoma haya menos de 3 camas/1000.
- 2.2. Este incremento debe de realizarse especialmente en camas de media y larga estancia, para lograr al menos 1/1000 habitantes.
- 2.3. Las nuevas camas hospitalarias deberían de ser camas de titularidad y gestión pública.
- 2.4. Debería realizarse por parte de las administraciones sanitarias un análisis de la dotación tecnológica de los centros sanitarios y de su adecuación a las necesidades asistenciales, así como un plan para asegurar su actualización.
- 2.5. Debe garantizarse la dotación necesaria de personal en los centros sanitarios para garantizar una atención sanitaria de calidad. Debería también establecerse una dotación mínima de personal de los centros sanitarios privados para una adecuada atención sanitaria.

### **3. Actividad y funcionamiento**

- 3.1. Hay que evaluar las derivaciones hacia consultas de AE para valorar su idoneidad. En este sentido es importante proporcionar a la Atención Primaria de los medios necesarios para disminuir las derivaciones inapropiadas.

- 3.2. Hay que arbitrar mecanismos para controlar y disminuir las derivaciones a consultas externas y pruebas diagnosticas, con financiación pública, a los centros privados.
- 3.3. Tenemos que mejorar de manera sustancial la utilización de los quirófanos y la tecnología en los centros sanitarios públicos e incrementar las intervenciones por CMA
- 3.4. Deben de arbitrarse mecanismos y protocolos de actuación para disminuir la tasa de cesáreas, tanto en los centros públicos como en los privados para acercarnos al objetivo de la OMS de un 15% sobre el total de partos, realizando inspecciones en aquellos centros que se desvíen de manera muy significativa del objetivo marcado.
- 3.5. Deben de evaluarse las pruebas diagnosticas realizadas para analizar su pertinencia y adecuación, estableciendo planes para evitar la sobreutilización innecesaria.
- 3.6. Hay que incrementar de manera significativa en la Sanidad Pública las actividades de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia, implementando los recursos necesarios para ello.
- 3.7. Se deben de reducir significativamente las urgencias hospitalarias mediante una mejora de la accesibilidad tanto en Atención Primaria como en la Especializada y actuaciones de educación para la salud
- 3.8. Hay que reducir las listas de espera, tanto quirúrgica (LEQ) como en consultas externas (LEC). El objetivo debería ser que nadie espere mas de 6 meses en LEQ ni más de 60 días en LEC, y que las primeras consultas se realicen en 15 días en más del 90% de los casos.
- 3.9. Es muy importante una nueva política de recursos humanos para garantizar incentivos a los trabajadores sanitarios que primen la calidad de la asistencia sanitaria.
- 3.10. La formación continuada de los profesionales debe de estar garantizada por el sistema sanitario público y ser ajena a los intereses empresariales.
- 3.11. Por otro lado debería de primarse la dedicación exclusiva de los profesionales para evitar la competencia desleal y la colusión de intereses entre la Sanidad Pública y el sector privado

#### **4. Ciudadanía**

- 4.1. Deben incluirse en los estándares de calidad de la AE las opiniones de la ciudadanía, recogida tanto a través de las encuestas de opinión como de las expresadas por las organizaciones sociales
- 4.2. En este contexto es imprescindible la puesta en funcionamiento de organismos de participación social y profesional en los centros de AE, con capacidad real para intervenir en la planificación y gestión de los mismos.

Aparte de las medidas que deberían adoptarse a corto plazo, seria conveniente la realización de un acuerdo estratégico sobre la Atención Especializada que estableciera los objetivos e instrumentos para garantizar una AE de calidad en la Sanidad Pública, incluyendo un modelo de organización y gestión, así como de la configuración de las especialidades médicas y de enfermería.



