

Area de Políticas Públicas, Sociales y Estado del Bienestar

# OBSERVATORIO

## POLÍTICAS DE SALUD

2010  
OCTUBRE  
15

La situación de los hospitales  
en España

MARÍA LUISA LORES



Fundación 1º de Mayo | Centro Sindical de Estudios  
C/ Arenal, 11. 28013 Madrid. Tel.: 913640601. Fax: 913640838  
[www.1mayo.ccoo.es](http://www.1mayo.ccoo.es) | [1mayo@1mayo.ccoo.es](mailto:1mayo@1mayo.ccoo.es)

Observatorio Medios de Comunicación y Sociedad. ISSN: 1989-6050

# La situación de la Salud en España

Este documento forma parte de un amplio informe que lleva como título “La situación de la Salud y el Sistema Sanitario en España” elaborado por el Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1º de Mayo, y se acompaña de algunos datos clave para su lectura, así como de una batería de propuestas que se consideran necesarias para la mejora del Sistema Sanitario en España.

Los distintos capítulos del informe serán publicados periódicamente en la página Web de la Fundación 1º de Mayo ([www.1mayo.ccoo.es](http://www.1mayo.ccoo.es)):

1. LA SITUACION DE SALUD EN ESPAÑA  
Manuel Martín
2. DESIGUALDADES EN SALUD  
Manuel Martín
3. FINANCIACION SANITARIA  
Marciano Sánchez Bayle
4. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
Joan Canalls
5. EL PAPEL DE LAS CCAA Y LA COHESION DEL SNS  
Joan Canalls
6. EL DESARROLLO LEGISLATIVO DE LAS CCAA  
Joan Canalls
7. LA ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO  
Manuel Martín
8. LAS MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS  
Santiago Porras
9. LA SALUD LABORAL  
Carmen Mancheño
10. SALUD Y GENERO  
Mercedes Boix
11. LA SITUACIÓN DE LOS HOSPITALES EN ESPAÑA  
María Luisa Lores
12. La ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD EN ESPAÑA  
Javier Gonzalez
13. CRISIS Y PERSPECTIVAS DEL MERCADO FARMACÉUTICO  
Carlos Ponte
14. INVESTIGACION EN SALUD  
Luis Palomo
15. LOS PROFESIONALES DE LA SALUD: NECESIDADES Y FORMACION  
Marciano Sánchez Bayle
16. PARTICIPACION SOCIAL Y PROFESIONAL  
Carmen Sánchez

## Situación de los hospitales en España

María Luisa Lores

Parece existir acuerdo en la necesidad de un cambio en la gestión de nuestros hospitales, que debería ser integral, con el objetivo de incrementar la eficiencia, la transparencia y la calidad.

### Realidad actual

#### Recursos:

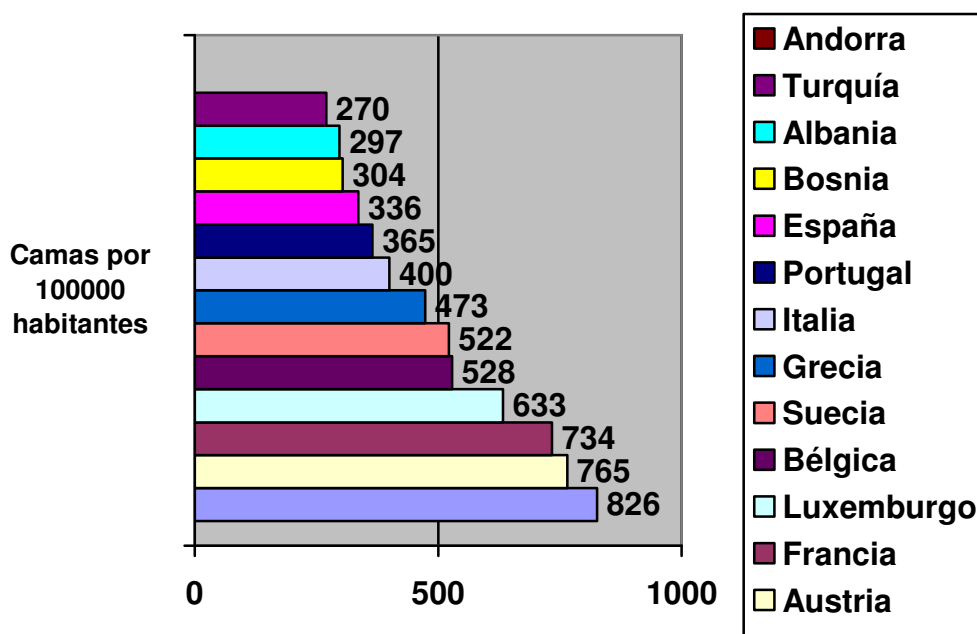
#### A) Número de Camas hospitalarias en el SNS-

Las previsiones de disminución de la necesidad de camas hospitalarias, que se ha repetido insistentemente como una verdad incuestionable en muchos foros, incluyendo las Consejerías de Sanidad de las CCAA, no se está cumpliendo.

En el año 2007 se dieron de alta en los hospitales españoles 5.239.410 pacientes, 390.000 más que en 2001, lo que supone un incremento de un 7,5% y la estancia media únicamente ha disminuido discretamente, pasando de 8,80 a 8,19, así que las estancias totales se incrementan en 244407<sup>i</sup>, esto se explica porque:

1º-Disponemos de 336 camas hospitalarias por 100.000 habitantes en el SNS, ocupando el 5º lugar por la cola de los países de la OCDE, tras Bosnia, Albania, Turquía y Andorra<sup>ii</sup> -Tabla I-

**TABLA I**



2º-Tenemos una población envejecida y un alto índice de patologías crónicas y únicamente contamos con un 3,8% de camas de larga estancia en los hospitales públicos.

3º- No se han articulado estrategias conjuntas para mejorar la gestión de las camas en todos los hospitales del SNS, disminuir las estancias inadecuadas y potenciar la ambulatorización de procesos, y los cambios en el Sistema Sanitario, en particular en los hospitales, no ocurren por generación espontánea, requieren de una gran implicación institucional, que no se ha producido.

La consecuencia es una preocupante y en ocasiones, poco transparente, lista de espera.

### **B) Gasto en salud en España con respecto a los otros países de la OCDE:**

El gasto en salud por persona en España se sitúa por debajo de todos los países de UE-15, excepto Portugal (2004).

El gasto en salud como porcentaje del PIB, es de 8,1 en España, Similar al de RU, Luxemburgo y Grecia, pero inferior al de Alemania, Francia y Austria, (superior al 10% del PIB) y el de Portugal, Bélgica, Holanda, Suecia, Italia y Dinamarca (entre 8,5 y 9% del PIB).

### ***La medicalización de la sociedad y el hospitalocentrismo-***

Desde el acuerdo internacional en Alma-Ata, que situaba a la Atención primaria como eje de la asistencia para lograr el objetivo de salud para todos en el año 2000, ya han pasado más de 30 años. Se desarrollaron iniciativas, que en España se traducen en la reforma de la atención primaria y la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, pero no solo no hemos conseguido los objetivos pactados sino que hemos tomado la dirección contraria, con incremento progresivo de la frecuentación hospitalaria en detrimento de la AP:

En el año 2007 se han atendido más de 26 millones de urgencias en los hospitales españoles, con un incremento de un 23% (6 millones más que en el año 2000), urgencias cada vez más banales, con disminución de los pacientes ingresados (10,5%).

Se han atendido 77 millones de consultas totales, 12 millones más que en el año 2001<sup>iii</sup>.

Una de cada 10 consultas hospitalarias ocurre en el S de Obstetricia y Ginecología de los hospitales, y una gran parte de las mismas son "consultas de salud" o de embarazo normal, con la consiguiente medicalización de la población femenina.

Además existe una amplia variabilidad en la frecuentación hospitalaria en las distintas CCAA que no parece explicarse únicamente por las

características de la población de cada CA, ya que acuden al S de urgencias 440 de cada 1000 habitantes de La Rioja y Castilla y León y casi el doble (800) en Baleares y Ceuta y Melilla. Con respecto a las consultas, acuden 885 personas de cada 1000 habitantes del País Vasco y el doble (1775) en Aragón y Asturias.

### ***La privatización de la asistencia:***

\*Una de cada tres camas hospitalarias instaladas lo está en un centro privado (45531 de 112775, y están subestimadas, ya que el Instituto de Información Sanitaria incluye como públicas las camas de los hospitales de gestión privada de Cataluña y las de los hospitales privados que tienen adscrita un área sanitaria como Alzira en Valencia o Povisa en Vigo (privatización encubierta), privando al sistema de la capacidad de comparación público-privada y distorsionando los indicadores del SNS.

Por otra parte la ocupación de los Centros Privados (64,4%) es muy inferior a la de los Hospitales Públicos (82% de media y 93% de ocupación en los servicios médicos), así que tienen margen para incrementar su actividad.

\*Las estancias de pacientes crónicos y psiquiátricos disminuyen en 424618 en los centros públicos, entre el año 2000 y el año 2005, o más bien se privatizan ya que estas estancias sufren un incremento de 441164 en los centros privados en este intervalo de tiempo.

\*En el año 2007 ya están privatizadas el 56% de las camas de larga estancia psiquiátricas y el 65% de las camas de larga estancia generales.

\*Uno de cada cinco partos y una de cada tres cesáreas ocurre en los centros privados, a pesar de unos indicadores de calidad inferiores, con una tasa de cesáreas de un 38% en los centros privados (2007), frente a 22% en los hospitales públicos y a una tasa máxima de un 15% recomendada por la OMS.

\*Los actos quirúrgicos suman 3026130 en el año 2007 en los hospitales públicos, únicamente el doble que en los centros privados (1423696).

El 52% de los actos quirúrgicos de Baleares, el 52% de Canarias y el 42% de Madrid se realizan en centros privados.

\*Las urgencias en los centros privados sufren un incremento de 35% (2 millones más de urgencias) entre los años 2001 y el 2007, frente a un incremento de un 20% en los hospitales públicos, con una alta proporción de urgencias banales (solo ingresan el 6% de pacientes que acuden a los Servicios de Urgencias de los centros privados, la mitad que en los hospitales públicos).

Con respecto a la alta tecnología, el 44% de las Resonancias Magnéticas se encuentran en manos privadas, pero el 82% de los equipos de RM del País Vasco, el 81% de los de Canarias, 69% de Baleares, 59% de Castilla León y el 65% de la Comunidad Valenciana (sin contar las RM de hospitales de utilización pública

Más de la mitad de todas las exploraciones de RM realizadas en el año 2007 lo fueron en centros privados, originando disfunciones en la coordinación, erosión de la capacidad estratégica del hospital público y una tendencia al uso indebido e inapropiado<sup>iv</sup> .

Sorprende esta deriva privatizadora dadas las características de los centros sanitarios privados españoles y no parece deberse a "motivos de salud" de la población: sus centros e instalaciones se encuentran en las comunidades más ricas o con mayores posibilidades de negocio, no en las más necesitadas: Islas Baleares, Islas Canarias, Cataluña, Valencia y Navarra, frente a 0 instalaciones en Ceuta y Melilla y entre un 10-20% en Aragón, Castilla la Mancha y Extremadura.

Ahorran sobre todo en RRHH, cuya diferencia de dotación con respecto a los HP es escandalosa:

6620 médicos 15611 enfermeras en los 429 centros privados<sup>v</sup>

69742 médicos y 124894 enfermeras en los 335 hospitales público.

15 médicos y 36 enfermeras de media en los centros privados.

208 médicos y 372 enfermeras de media en los hospitales públicos.

4 veces menos médicos/100 camas en los hospitales privados.

13,5 veces menos médicos y 10 veces menos enfermeras por cada centro privado.

Debido a este hecho, gran parte de los profesionales son compartidos por los hospitales públicos y los centros privados en la misma Área Sanitaria, incluyendo jefes de servicio, infringiendo la ley de incompatibilidades y frenando innovaciones en gestión que requieren de responsables altamente comprometidos con el hospital público.

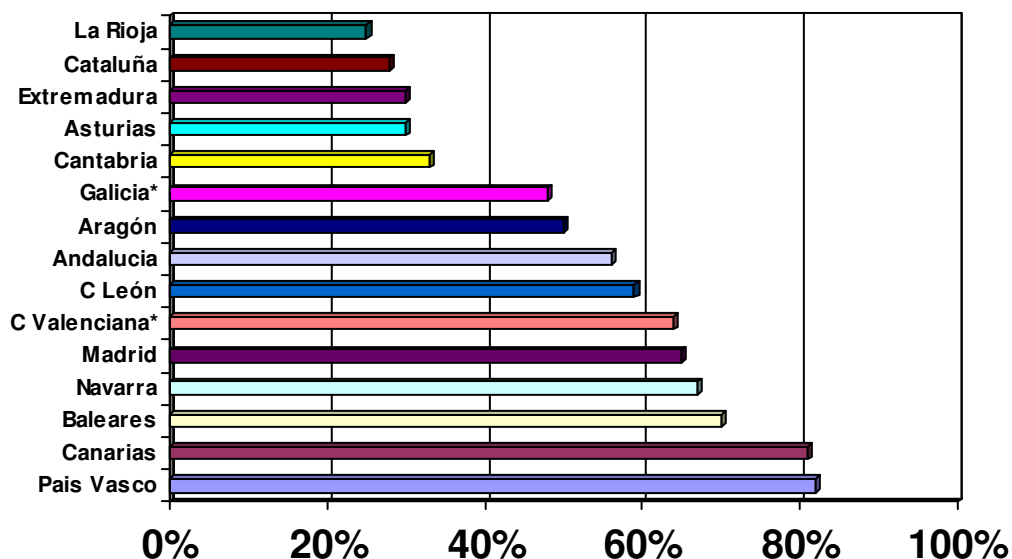
Existen datos que apoyan la existencia de mayor riesgo de inadecuación de exploraciones y de ensañamiento terapéutico en los centros privados (el doble de posibilidades de que se realice a los pacientes una RM o una cesárea inapropiadas, con las consecuencias que ello conlleva).

Una gran parte de los Centros Sanitarios Privados carecen de docencia e investigación, por lo que no son verdaderos hospitales según la definición de la OMS.

La privatización creciente de la asistencia hospitalaria incumple además la LGS, cuestiona la legitimidad de la provisión pública e hipoteca la necesidad de integración funcional, base de la calidad en la prestación de servicios.

TABLA II

## %RM privadas por CA



\*En Cataluña, Galicia, C. valenciana y la Rioja no se incluyen los equipos de RM con gestión privada.

### **La Calidad de la Asistencia hospitalaria**

Mientras se consume tiempo y energía pretendiendo justificar lo injustificable, como la externalización de servicios y la financiación privada de los centros públicos, rechazada por múltiples organismos internacionales incluyendo al banco mundial<sup>vi</sup> y se utilizan cursos y master en reorientar a los profesionales y a sus directivos hacia el mercado sanitario, utilizando su lenguaje, como cliente en vez de paciente y beneficio empresarial en vez de resultados en salud, se está perdiendo la oportunidad de implantar la gestión de la calidad en los hospitales del SNS.

Para lograrlo debemos saber de donde partimos, conocer la realidad de nuestros hospitales. Registrar para comparar y evaluar. Pero el registro de las actuaciones es limitado, está obsoleto o es inadecuado.

1- No existe registro de indicadores de calidad de gran parte de los procesos asistenciales hospitalarios, y por lo tanto esta se desconoce: pongamos como ejemplo el cáncer rectal. Para valorar la gestión de este proceso en un Servicio de Cirugía de un hospital público no es tan importante comprobar si se realizan 100 ó 200 intervenciones quirúrgicas, ya que dependerá esencialmente de su Área de referencia, como conocer una serie de indicadores clave: el número de intervenciones por cirujano, si se ha aplicado tratamiento preoperatorio o si el margen radial está libre,

pero no registramos estos datos, esenciales para evaluar la calidad de la cirugía de recto y el pronóstico del paciente, en la mayoría de los hospitales del SNS.

En una publicación reciente del Ministerio de Sanidad<sup>vii</sup> se describe la formación de equipos multidisciplinares con el fin de formar a cirujanos, patólogos y radiólogos en el manejo del cáncer de recto y auditar posteriormente los resultados obtenidos, iniciativa muy necesaria y que debe extenderse a todos los hospitales del SNS, pero que refleja claramente el desconocimiento de los resultados de los profesionales, y el retraso en la implantación de técnicas quirúrgicas y diagnósticas avaladas por la literatura científica desde hace muchos años ¿puede estar pasando actualmente en nuestro SNS lo que se describe en el Bristol Royal Infirmary, hospital británico que tarda años en detectar una tasa de mortalidad por cirugía cardíaca infantil dos veces mayor que en otros centros, entre 1984 y 1995? Sinceramente, creo que no lo podemos descartar.

2- En CCAA donde existen cribados poblacionales del cáncer, con el consiguiente consumo de recursos e incremento de la actividad hospitalaria, no existe registro poblacional, ni tan siquiera hospitalario, de pacientes con cáncer, por lo que no es posible evaluar la eficacia del cribado.

3- Muchos indicadores no indican demasiado: no hay datos de, por ejemplo, las tasas de sustitución en CMA, que informa de la proporción de pacientes a los que se realiza CMA sobre el total de procesos potencialmente ambulatorizables, disponemos de la tasa sobre el total de procesos quirúrgicos, que no es un indicador de calidad.

El peso medio de un servicio mide la gravedad de los pacientes ingresados, pero no es un indicador de calidad si no disociamos la complejidad de los pacientes al ingreso de las complicaciones ocurridas durante su estancia en la unidad, y únicamente se registran el 5% de efectos adversos<sup>viii</sup>.

4- No disponemos de estándares de referencia así, podemos conocer el número de prótesis o de actos quirúrgicos de túnel carpiano realizados en un servicio de traumatología, pero no disponemos de información para poder comparar con otros centros similares y comprobar la adecuación de la indicación quirúrgica. En un estudio realizado en 9 CCAA se han hallado importantes variaciones entre áreas, de hasta 62 veces más ingresos para intervención de túnel carpiano, de casi 18 veces más para procesos de hombro y 6 veces más para artroplastias de rodilla, entre las Áreas de mayor y menor actividad. Sin embargo, la fractura de fémur, no sometida a la discrecionalidad de los cirujanos ortopédicos, se comporta como un proceso de baja variación en las Áreas estudiadas<sup>ix</sup>.

El conocimiento de la realidad de nuestros hospitales es un punto de partida necesario para la implantación de la gestión clínica multidisciplinar basada en la evidencia, pero requiere gran implicación de los equipos directivos y de los responsables hospitalarios y neutralizar muchas resistencias:



Los servicios y profesionales que se implican en la gestión clínica, el trabajo en equipo o el consenso de protocolos para solicitud de pruebas y exploraciones “pierden” tiempo, dinero e incluso amigos...

Por el contrario, la realización de muchos procesos de escasa complejidad incrementa las listas de espera y como consecuencia, la autoconcertación y la derivación a la sanidad privada y muchos profesionales, incluyendo a jefes de servicio, pueden beneficiarse doblemente con el incremento de este tipo de actividad

### ***Docencia***

Así como la formación de los MIR en los hospitales dispone de programas para cada especialidad, de tutores responsables organizados en una comisión de docencia y se encuentra sometida a auditorias periódicas, la formación continuada de los profesionales no se encuentra organizada, no es obligatoria sino discrecional y está en demasiadas ocasiones orientada y financiada por la industria.

La ausencia de un Plan de Formación Continuada en muchos hospitales del SNS dificulta el reciclaje de profesionales menos dispuestos y la acreditación de la competencia en determinadas técnicas.

Por otra parte, no se potencia el intercambio de profesionales entre distintos hospitales y entre distintas CCAA y es frecuente que estos permanezcan en los centros donde se han formado, lo que en muchas ocasiones merma la independencia profesional.

### ***Investigación***

Los ensayos con medicamentos no deben ser los únicos ensayos clínicos de nuestros hospitales, ya que además, estos pueden realizarse en cualquier hospital del mundo, pero la investigación sobre la gestión de la calidad y el conocimiento de nuestros indicadores sanitarios únicamente podemos realizarla en nuestro SNS.

La OMS, en un informe sobre el conocimiento y la investigación en servicios sanitarios reconoce el importante desfase que se detecta actualmente entre “lo que sabemos y lo que efectivamente ponemos en práctica” e insiste en la necesidad de incentivar la investigación sobre servicios sanitarios, ya que sólo el 1% de la investigación se dedica a este tema.

### ***Propuestas***

La reforma de los hospitales públicos depende del compromiso de la Administración en frenar la deriva privatizadora, que descapitaliza los hospitales y desvincula a los profesionales, y en implantar la gestión de la calidad en el SNS. No es suficiente con garantizar a la población los tiempos de espera sino que también debemos garantizar la calidad de la asistencia sanitaria.

Es necesario disponer de estándares de referencia para todo el SNS, que sirvan de base a los responsables sanitarios y a los profesionales, sobre todo en determinados procesos de alta variabilidad, gran frecuencia o especial gravedad.

Parece urgente un cambio del modelo retributivo, utilizando conceptos ya existentes, como la carrera profesional, que premie la calidad y la adecuación sobre la cantidad, regule la jornada de tarde en los hospitales y exija y pague adecuadamente la dedicación exclusiva a los jefes de servicio, para evitar las perversiones del sistema actual.

Sería conveniente articular un dispositivo de calidad en los hospitales, potenciando y llenando de contenido las comisiones de calidad, que deberán tener relación estrecha con el servicio de documentación clínica y con los servicios asistenciales a través de una figura a implantar, los responsables de calidad de cada servicio o proceso asistencial.

Debe existir además un Plan de Formación Continuada y una línea prioritaria de investigación dirigida a contrastar el valor de las estrategias de calidad en el SNS<sup>x</sup>.

---

<sup>i</sup> Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Intenado. (Indicadores Hospitalarios). Agencia de Calidad del SNS. Instituto de Información sanitaria. Año 2007.

<sup>ii</sup> Atlas of health in Europa 2end edition 2008. WHO Europe

<sup>iii</sup> Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Intenado. (Indicadores Hospitalarios). Agencia de Calidad del SNS. Instituto de Información sanitaria. Año 2007.

<sup>iv</sup> Repullo JR. Externalización, eficiencia y calida (segunda parte). Análisis de costes y efectos potenciales de las políticas de externalización. Rev. Calidad Asistencial.2008;23(3):131-5.

<sup>v</sup> Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Intenado. (Indicadores Hospitalarios). Agencia de Calidad del SNS. Instituto de Información sanitaria. Año 2007.

<sup>vi</sup> Hall D. ¿Crisis de la participación privada en servicios públicos?. Unidad Internacional de Investigación de Servicios Públicos (PSIRU). 2009

<sup>vii</sup> Ortiz H et al. Informe sobre el análisis de resultados y propuestas de mejora del proyecto: "Equipos seguros en la cirugía de cáncer de recto en España". Plan de Calidad para el Sistema nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política social .2009

<sup>viii</sup> Sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos. Agencia de calidad del SNS. MSC

<sup>ix</sup> *Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS ) Variaciones en cirugía ortopédica y traumatología en el Sistema Nacional de Salud..Atlas de VPM en el Sistema Nacional de Salud.2005-1(1)*

<sup>x</sup> Martín-Moreno JM. La importancia de generar evidencia invirtiendo en investigación sobre calidad asistencial- Rev calidad asistencial.2008;23(4):148-9.