

# **INFORME**

## **LA SITUACION SANITARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

**Observatorio Madrileño de Salud**

### **UNA VISIÓN GENERAL: UNA SANIDAD PUBLICA EN RETROCESO DESDE LAS TRANSFERENCIAS**

La Sanidad Pública madrileña estaba considerada como una de las mejores del país antes de que la Comunidad de Madrid recibiera las transferencias sanitarias y se hiciera cargo de la gestión de los servicios sanitarios públicos.

Este retroceso puede ser resumido en 4 cuestiones claves:

#### **1- Una Sanidad pública progresivamente desfinanciada**

Se ha ido progresivamente descapitalizando el sistema sanitario público, dedicando de manera continuada una menor cantidad per capita al sistema sanitario, y ello se hizo precisamente en un momento en que se producía un gran incremento de población y como consecuencia de ello un aumento de la riqueza de la región y de la recaudación fiscal

Los presupuestos sanitarios de la Comunidad de Madrid han estado por debajo de la media de los de las CCAA, lo que es más llamativo ya que se trata de la comunidad autónoma con más elevado PIB por habitante y año, lo que hace que el gasto sanitario en % sobre el PIB sea el menor de todo el país. Si se hubiese presupuestado el promedio del gasto sanitario de todas las CCAA, se habría dedicado a sanidad 2.178,21 millones de euros más en 2012. Esta infrapresupuestación crónica de la sanidad madrileña es una de las causas principales de los problemas que tiene la sanidad pública de la región.

Por otro lado existe una desviación al alza en la liquidación (el último dato conocido, el de 2010, se liquidó 418 millones de euros por encima de lo presupuestado).

Al final esta situación puede expresarse en los datos de la siguiente tabla que indican que no solo los recursos sanitarios de la Comunidad de Madrid están por debajo de la media de las CCAA sino que además los niveles de satisfacción de la población con el sistema sanitario también lo están.

	Madrid	Media CCAA
Presupuesto sanitario per capita 2012	<b>1104,52</b>	1246,01
Camas/1000 habitantes	<b>3,41</b>	3,467
TAC/millón habitantes	<b>14,79</b>	15,65
Médicos Atención Especializada /1000 habitantes	<b>1,82</b>	1,67
Médicos Atención Primaria /1000 habitantes	<b>,65</b>	,85
Enfermería Atención Especializada /1000 habitantes	<b>3,32</b>	3,93
Enfermería Atención Primaria /1000 habitantes	<b>,63</b>	0,92
Índice satisfacción	6,64	6,67
Elección Sanidad Pública	<b>59,67</b>	62,11
Valoración global	<b>81,56</b>	85,99
Mejora Global	<b>33,58</b>	39,11
Mejoro gestión CCAA	<b>18,58</b>	27,76

Elección SP = % de ciudadanos que eligen la Sanidad Pública para urgencias y hospitalización

Valoración Global= % de personas que haciendo sido atendidas en AP, consulta del especialista, urgencias y hospitalización consideran que la atención recibida fue buena o muy buena

Mejora Global = % de personas que opinan que mejoro la AP, consultas de especialista y hospitalización

Mejoro gestión CCAA = porcentaje de personas que opinan que la Sanidad funciona mejor al ser gestionada por las CCAA

Otra muestra de este retroceso de la sanidad madrileña es que se sitúa en los 4 últimos puestos en los 8 informes sobre los servicios sanitarios de las CCAA realizados por la FADSP.

## **2- Un proceso privatizador de largo recorrido.**

Desde que se produjeron las transferencias sanitarias en 2002 se ha llevado a cabo un proceso de privatización creciente de la sanidad madrileña que ha producido un aumento de los costes y una progresiva y continuada derivación de los fondos de los centros públicos al sector privado. Es importante señalar que la estrategia privatizadora no ha sido una respuesta coyuntural a un problema de financiación por la actual crisis económica, como señala el Consejero actual, sino que ha sido el vector ideológico que ha guiado la dirección de la política sanitaria en la última década. La crisis una vez más ha sido la excusa para justificar el salto cuantitativo actual.

### **2.1 Cambios normativos:**

Amparados en la Ley 15/97 que instauró el marco legal para el desarrollo de las nuevas formas de gestión las diferentes leyes y ordenamientos sanitarios de Madrid han estado dirigidos a preparar este proceso de desmantelamiento de una Sanidad Universal, Pública y Gratuita.:

- La Ley de Ordenación de la Sanidad de la Comunidad de Madrid (**LOSCAM**) de 2002 introduce la separación de la financiación y de la

provisión de servicios, permitiendo así la entrada de proveedores privados y la creación de un mercado interno.

- **El decreto de Área única y libre elección.** El 15 de octubre de 2010 fueron “desmanteladas” las 11 áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid. ¿Y que ha supuesto esto para los madrileños? Ni un mayor ahorro ni un aumento de la calidad asistencial. Esta medida fue una imposición del gobierno autonómico, ya que no fue una demanda de los profesionales ni de los usuarios y si un claro **incumplimiento** de lo regulado en la Ley General de Sanidad que contempla la implantación de Áreas por cada 250.000 habitantes en base a criterios de buen funcionamiento, equidad y eficiencia y otros factores demográficos y lo que la propia Consejería propuso en 2006.

Con una clara propaganda demagógica donde se publicitaba la eliminación de más de 400 puestos directivos y que lo único que ha servido es para crear una estructura mas piramidal que aleja a los centros de Atención Primaria y a los Ayuntamientos en su relación con los responsables de la Sanidad en nuestra comunidad y a estos del conocimiento de la realidad de la necesidades de la población y desde luego no ha supuesto ningún ahorro en puestos directivos.

La oferta estrella era regular la “libre elección de médico” cuando era un derecho que los madrileños ya tenían establecido desde 1.993 y la “libre elección de hospital” no ha quedado ni siquiera en una promesa incumplida, ya que nunca más se supo. Además ninguna de estas medidas justifican la implantación del Área Única.

Este cambio de organización lo que persigue es establecer un marco normativo de competencia de mercado en el que los distintos proveedores privados puedan orientar sus carteras de servicios aquellos procesos que sean más rentables, terminado así con la planificación basadas en las necesidades de salud y tratar la salud y a los ciudadanos como meros objetos mercantiles donde “El dinero sigue al paciente”.

## **2.2 Creación de hospitales con nuevas formas de gestión.**

El proceso privatizador de la Sanidad madrileña ha avanzado de manera continuada desde las transferencias. El resultado es un maremagnum de modelos de gestión y el deterioro de los centros sanitarios (los privatizados porque priman los intereses económicos y empresariales, y los públicos porque están descapitalizados para poder sufragar el elevado coste de las privatizaciones).

Se fueron creando de forma caótica nada menos que 5 modelos de gestión privada o semiprivada: Modelo PFI (iniciativa de financiación privada) con una empresa pública gestionado la parte pública: 5 hospitales; Modelo PFI con gestión tradicional de la parte pública:1 hospital; modelo concesiones administrativas (conocido como modelo Alzira) : 4 hospitales; gestión privada y titularidad pública:2 (1 fundación, 1 empresa pública), y concierto especial con adscripción de un área:1.

La principal característica de estos centros es su **gestión con ausencia total de transparencia**, la falta de evaluación y una sobredotación presupuestaria respecto a los centros públicos. Por poner un ejemplo, en 2010 el presupuesto cama/año de los centros de gestión pública era de 277.375 €/año de media, y el de los centros de gestión privada suponía 434.686 €/año de media, y en 2011 el de los hospitales públicos era de 307.187€/año mientras que el de los hospitales privados y PFI fue 485.970 de euros, lo que contradice la supuesta mejora de la eficiencia de estos centros. Otro hecho a tener en cuenta es que, siendo el coste de construcción de los 7 hospitales que se abrieron en primer lugar de 701 millones de euros, al acabar 2011 las empresas concesionarias han recibido 763,1 millones de euros, quedando una deuda de 4.284,7 millones €, por lo que es evidente que podrían haberse construido escalonadamente a un precio netamente inferior sin incurrir en la exorbitante deuda actual. También es conocido que las concesionarias han reclamado a la Comunidad de Madrid 80 millones de euros en concepto de perdidas y un aumento del canon anual de 9,2 millones de euros (sobre una rentabilidad esperada del 11,5%, declaran haber obtenido *¡¡solo!!* el 9%). En este mismo ámbito de cosas se conoció en 2012 que en 2010 la Comunidad de Madrid, sin darle publicidad, había aumentado el canon en 1,9 millones € anuales. Por otro lado las empresas concesionarias se están concentrando en 2 (Capiro y Ribera Salud).

La informática esta privatizada y a pesar de que han destinado más de 400 millones € el funcionamiento es caótico, existiendo distintos sistemas informáticos que impiden la interconexión entre centros. Además, existe un macrolaboratorio privado que realiza la analítica de estos centros y un anillo radiológico (empresa pública), los costes de ambos no se contabilizan en los gastos de los nuevos hospitales. Por fin la Fundación Jiménez Díaz, propiedad de CAPIO gestiona un área de salud con unos elevados presupuestos que se han ido ampliando a pesar de la crisis con lo que el coste /cama anual de este centro es el mas elevado de la Comunidad.

Todo ello explica la deuda sanitaria de la Comunidad, mas de 1.700 millones € en diciembre de 2011, que también se oculta sistemáticamente en un ejercicio mas de ausencia de transparencia.

### **2.3 Descapitalización de los centros sanitarios públicos tradicionales:**

Si analizamos los presupuestos del año anterior vemos que el incremento presupuestario se dirige en exclusiva a la privatización: en 2012 93,3 millones de euros para los hospitales de Móstoles y Collado-Villalba, y un aumento del 34% para los convenios con el sector privado. Además, los centros de gestión privada y semiprivada tienen un aumento del 9% y los centros de Alorcón (fundación) y Fuenlabrada (empresa pública) tuvieron un incremento del 5,7% y el 3,6%, respectivamente. Por el contrario, los hospitales de gestión tradicional vieron disminuir sus presupuestos en un 1,5% que se sumó a la disminución del 9,5% en 2011. Es una evidencia más de que las privatizaciones no ahorran gastos al sistema público y que van en detrimento de los centros públicos.

La Atención Primaria es sistemáticamente postergada con una disminución del 3,7% real en 2012, y un descenso de 10 millones de euros en personal. La Atención Primaria como ya se ha señalado ha sufrido importantes recortes presupuestarios y en personal e infraestructuras. Madrid es una de las CCAA con mayor porcentaje de cupos de medicina general con más 1.500 tarjetas sanitarias, lo que hace que la asistencia este saturada y que las labores de prevención y promoción estén hace tiempo casi totalmente abandonadas.

Los hospitales públicos madrileños han sufrido un doble proceso de deterioro, por un lado han visto disminuir su personal y sus presupuestos y por el otro se ha incrementado la demanda de pacientes de alta complejidad que son derivados desde el sector privado y semiprivado. El número de camas disponibles no se ha incrementado a pesar de la apertura de nuevos centros porque esta se ha seguido de un cierre de camas en los centros de gestión tradicional. El próximo presupuesto incide en un nuevo recorte en centros que llevan ya 3 presupuestos con disminuciones de fondos, lo que produce una situación insostenible a medio plazo.

Se han recortado prestaciones, disminuyendo sustancialmente los presupuestos por ejemplo en el plan antidroga, han desaparecido la dirección general y la agencia de salud pública, se han disminuido los puntos de atención continuada, incrementando las listas de espera por falta de recursos, etc.

La descapitalización progresiva del sistema sanitario público se ha notado especialmente estos años en su principal valor: el capital humano. El presupuesto de personal disminuyó en 2012 en 53 millones, lo que supuso una reducción de las plantillas ya afectadas por recortes consecutivos en los presupuestos desde 2007. En 2012 habrá 2.000 trabajadores menos en la sanidad pública comparada con 2008. Además desde el 2007 las nuevas contrataciones de personal han sido mediante contrataciones eventuales, es decir personal que viene renovando sus contratos cada tres o seis meses desde hace años. Esto supone alrededor de un tercio de los profesionales. El efecto de esta política de personal se ha notado especialmente en la sobrecarga de trabajo y la desmotivación del personal sanitario. Su objetivo ha sido intentar crear una bolsa de trabajadores precarizados de los que pueda prescindirse más fácilmente cuando se produjeran las privatizaciones.

En definitiva se ha ido produciendo un deterioro continuado de los centros sanitarios públicos, en presupuestos, personal, equipamientos, etc, lo que produce un empeoramiento de la calidad asistencial y una ruptura del modelo sanitario público para favorecer su privatización que sume a la sanidad madrileña en un caos organizativo.

### **3. Desaparición de los órganos de participación ciudadana.**

Todo este proyecto de desmantelamiento primero, y venta después, de la sanidad pública, que está llevando a cabo el Gobierno de la Comunidad de Madrid, no sería posible, o al menos no con la misma impunidad, si desde el momento mismo en el que se recibieron las transferencias en materia sanitaria,

no se hubiera planificado la total y sistemática desaparición de los órganos de participación ciudadana, que aunque escasos y en muchos casos incipientes, habían ido surgiendo en la etapas anteriores.

El alejamiento de los ciudadanos y los profesionales de la política sanitaria, eliminando los órganos a través de los cuales se podía, aún cuando fuera mínimamente, conocer y fiscalizar la situación de la sanidad madrileña, no ha sido, como burdamente se ha querido dar a entender, un problema de racionalidad económica (el presupuesto destinado a estos órganos era irrelevante) o de ineficacia, sino un instrumento puesto al servicio de la privatización y venta de la sanidad (un negocio redondo en un mercado prácticamente cautivo). Es indudable que la participación social en materia sanitaria, que la mayoría de los expertos consideran beneficiosa porque aumenta la calidad, cercanía y credibilidad en la toma de decisiones, está en las antípodas de las políticas privatizadoras de servicios básicos, como es el caso de la sanidad. Por el contrario, necesitan del desconocimiento público y la opacidad social para cumplir sus objetivos.

#### **4- Un cambio del modelo sanitario: el Real Decreto 16/2012**

EL RD Ley 16/2012 supone la aplicación de una verdadera contrarreforma sanitaria que se establece en base a 5 aspectos:

##### **4.1. Cambio del modelo sanitario**

Tanto en el RD Ley como en el *Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud*, que es uno de sus desarrollos se vincula el derecho a la atención sanitaria con el aseguramiento. Esta vinculación del derecho, es contradictoria tanto con la universalización del derecho a la atención sanitaria, que deja de ser un derecho ciudadano, vinculado a los derechos humanos básicos tal y como lo señalan la ONU y la OMS, sino que además entra en contradicción con lo aprobado en la reciente Ley General de Salud Pública (2011), en la que precisamente se articulaban los mecanismos para que, por fin se llevara a efecto la universalización del derecho a la atención sanitaria, que es uno de los principios de la Ley General de Sanidad(LGS) de 1986.

Se produce pues un retroceso sobre el modelo sanitario, un viraje hacia el modelo basado en el aseguramiento que no es muy explicable, primero porque el Sistema Nacional de Salud (SNS) desde el Pacto de Toledo (1995) tiene su financiación independiente de la Seguridad Social y vinculada a los impuestos, lo que se ha desarrollado posteriormente en los acuerdos sobre financiación de las CCAA, donde, además, han ido tomando un protagonismo cada vez mayor los impuestos sobre el consumo (IVA e impuestos especiales), resulta por lo tanto contradictorio que se vincule la atención sanitaria al aseguramiento cuando no se financia por este medio y que personas que mediante sus impuestos financian la sanidad no tengan derecho a ella por no estar aseguradas. Además va contra la tendencia del SNS hacia su progresiva

universalización iniciada en la LGS y, como se ve en teoría, finalizada por la LGSP.

Este cambio pretende volver a un modelo de seguros, fragmentando el aseguramiento para favorecer a los seguros privados (lo que es mas evidente con el RD 1192/2012) de manera que se avance hacia una situación en la que muy probablemente se establezca un sistema de seguros privados para los sectores económicamente mas poderosos ( probablemente favorecidos por desgravaciones fiscales, con lo que todos subvencionaremos estos seguros), un sistema de seguridad social pública de baja calidad y prestaciones limitadas para los trabajadores y un sistema de beneficencia de calidad ínfima para el resto de la población. Este proceso de transformación de sistemas públicos universales en modelos de seguros es desde hace tiempo uno de los objetivos de la globalización neoliberal, tal y como se ha señalado en numerosas publicaciones.

#### **4.2 La exclusión de los inmigrantes irregulares y colectivos vulnerables.**

En medio de esta transformación del sistema de salud se ha producido la exclusión de la atención sanitaria de los inmigrantes irregulares y colectivos vulnerables, como los mayores de 26 años en situación de desempleo. En el caso de los inmigrantes se ha hecho, a pesar de las declaraciones oficiales, no tanto por sus efectos económicos (los inmigrantes están disminuyendo por el efecto de la crisis y consumen pocos recursos sanitarios) ni por el hecho de que no contribuyan a la financiación sanitaria (como se ha señalado antes todas las personas la financian con el consumo, independientemente de su situación administrativa), sino sobre todo por la ideología xenófoba de los sectores mas conservadores.

Los resultados de esta exclusión son bien conocidos, por un lado un serio problema humanitario con algunos casos especialmente dramáticos; problemas de salud pública al desaparecer el control, diagnóstico y tratamiento precoz de un grupo significativo de población; problemas de funcionamiento del sistema sanitario porque al dejarles las urgencias como única vía de atención saturaran un dispositivo asistencial ya de por si saturado: y en fin previsiblemente escasos o nulos resultados económicos dado que el coste de atender las enfermedades mas evolucionadas en urgencias superara el coste actual de la atención normalizada. Algunas CCAA (País Vasco, Andalucía, etc) no van a aplicar esta exclusión y en otros casos se aplican normativas para paliar el efecto.

Lo relevante del caso es que la Ley permite está exclusión y el establecer mecanismos para flexibilizar su aplicación o mitigar su efecto es una prerrogativa arbitraria que establece cada administración autonómica. Es decir un derecho se transforma en una concesión que en cualquier momento puede ser retirada.

### **4.3. Cambio de la cartera de servicios**

El RDL dedica su artículo II a lo que denomina “de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud” que desarrolla los planes del Gobierno para el recorte de las prestaciones sanitarias, aunque el REAL DECRETO 1030/2006, ya establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

El RDL confirma lo esperado. La cartera de servicios se fragmenta en 3 modalidades: básica, accesoria y suplementaria, y se señala que solo la básica tendrá carácter gratuito en el momento del uso, introduciendo mecanismos de copago en las otras dos. Y el RDL faculta al Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial, para que, en el plazo de 6 meses, promulgue una orden ministerial que fije las prestaciones incluidas en la cartera básica, y las que salgan de ella estarán sujetas a copagos o deberán ser sufragadas íntegramente por el bolsillo de quienes necesiten estas prestaciones.

Estamos pues ante otra importante agresión a los derechos de los ciudadanos a los que se les recortan aún más sus derechos a las prestaciones asistenciales, y todo ello en un contexto en que se aumentan los copagos por los medicamentos y se establecen por temas tan importantes como el transporte sanitario, dietas, prótesis, etc. La medida tendrá unos efectos económicos dudosos y desde luego producirá una importante desatención a las personas mas enfermas y con menos recursos, así como un efecto de incentivo a la contratación de seguros sanitarios, aunque solo sea para poder hacer frente a este aluvión de exclusiones y copagos.

### **4.4 Los copagos**

El RDL cambia el copago de los medicamentos, aumentándolo e incluyendo a los pensionistas. Se establecen 3 tramos para los trabajadores activos (ojo: trabajador activo no quiere decir con trabajo, por lo que se incluyen los parados) que suponen una aportación del 40% para los de rentas menores de 18.000€, 50% para rentas entre 18.000 y 100.000€ y 60% para las rentas superiores, y una aportación del 10% para los pensionistas con topes máximos de aportación mensual (8€ para las rentas menores de 18.000 €, 18€ para las rentas entre 18.000 y 100.000€ y 60€ para las rentas superiores a 100.000€.

Lo segundo es la forma en que se establecen los topes máximos de aportación, es decir que los pensionistas tendrán que pagar el 10% de los medicamentos y 6 meses después se le devolverán los excesos de gasto. En Madrid se ha organizado un sistema de “cartillas de racionamiento” muy engorroso para los centros sanitarios, farmacéuticos y pensionistas que elimina en parte este problema pero de todas maneras muchos pensionistas seguirán adelantando dinero a la Comunidad autónoma.

La formula utilizada para el cobro también tiene sus problemas. Desde las oficinas de farmacia se accede a los tramos de renta de los ciudadanos, la

renta de 2009 (es decir una renta muy superior a la real en la mayoría de los casos),

Conviene recordar algunos aspectos básicos que hacen que el copago sea ineficaz e ineficiente. El primero y fundamental es que es incapaz de discriminar entre la demanda adecuada e inadecuada y por lo tanto su capacidad de influencia sobre el consumo de recursos esta mediatizada por el nivel de renta de las personas, además penaliza a las personas mas enfermas que son las que mas necesitan utilizar el sistema sanitario. Por otro lado tiene costes de transacción que pueden ser elevados y produce aumento de utilización, muchas veces inapropiada de recursos en aquellas partes del sistema sanitario que no están sujetas a copagos (el caso de las urgencias y las hospitalizaciones está bien estudiado). Al final es injusto, insolidario y fomenta la inequidad.

En el RDL no solo se introduce el copago de los pensionistas en la prestación farmacéutica, tal y como se había anunciado por el Gobierno, sino que además se hace también con el transporte sanitario, las dietas y las prótesis y ortesis. Por supuesto todos estos copagos comparten con el de farmacia su carácter injusto e insolidario, y por tanto las graves consecuencias para la equidad, en este caso ampliados, porque el RDL señala que no habrá topes para su aplicación, y que, como consecuencia, no se podrá esperar recuperación de lo abonado, aunque sea tarde, y que se establecerá teniendo en cuenta el coste real.

El copago en el transporte penalizará especialmente a las personas que viven en el medio rural y a las que tengan alguna discapacidad, y limitara la tendencia de ambulatorización de los procesos de diagnostico, tratamiento, y rehabilitación de los enfermos. En la idea de que esta actuación disminuía los costes y favorecía una mejor calidad de la atención sanitaria, estos copagos pueden fomentar una tendencia inversa en la que a muchas personas para garantizar su diagnostico y tratamiento se les prolongara la hospitalización con los costes que ello representa.

Resumiendo, un desastre que aumenta la desigualdad entre los mas pobres y los mas ricos, entre los enfermos crónicos y los que tienen patologías agudas, entre los que viven en las ciudades y los que lo hacen en el ámbito rural., en vulneración clara de los apartados 2 y 3 del artículo tres de la Ley General de Sanidad:

*2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.*

*3. La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales*

Es necesario recordar que, el RDL 16/2012 no ha derogado ni cambiado la Ley General de Sanidad, en clara contradicción con sus contenidos, en este y en otros muchos temas. Conviene recordar que estamos en el inicio de una

contrarreforma sanitaria en toda regla, que como muchas otras medidas, quiere colarse de contrabando.

#### **4.5 La política del medicamento**

EL RDL tiene un apartado muy importante, al menos en su extensión dedicado a la política del medicamento en el que establecen temas relevantes como la financiación de los medicamentos mas baratos, la sustitución en las oficinas de farmacia, las devoluciones de acuerdo con los niveles de ventas y la exclusión de medicamentos de la financiación pública.

Este último tema se recoge en el artículo 4.tres y en la *Resolución de 2 de agosto de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a la actualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud*. Que deja fuera de la financiación pública 417 medicamentos.

Si se analiza la lista se comprueba que junto a medicamentos claramente inútiles y de muy escaso consumo se han incluido otros de gran utilidad para el control de síntomas muy frecuentes, especialmente importantes para los enfermos crónicos (si bien es cierto que ante la presión de la opinión pública se abre la posibilidad del empleo de algunos de los excluidos en algunas enfermedades crónicas).

Estos medicamentos, que van a seguir usándose pasaran a ser financiados al 100% por los bolsillos de todos los ciudadanos (pensionistas, activos, parados, etc) independientemente de su nivel de renta y que el hecho de que pasen a ser de venta libre permite a la industria farmacéutica, como el propio RDL establece, que los precios pasen a renegociarse al alza.

#### **EL PLAN DE MEDIDAS DE GARANTIAS Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PUBLICO DE MADRID.**

Consecuentemente se ha producido una política de recortes en todas las prestaciones asistenciales, política que se ha recrudecido tras las últimas elecciones autonómicas y el gobierno del PP a nivel central, pero que encuentra su máxima expresión hasta el momento en las propuestas incluidas en el presupuesto de 2013 en el denominado *Plan de Medidas de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público* en el que la Comunidad de Madrid profundiza en las medidas para el desmantelamiento y la privatización del sistema sanitario público madrileño.

En 2013 el Presupuesto de la Sanidad madrileña asciende a 7.059 millones de euros esto supone un -0,9% respecto del año pasado.

La Sanidad pasa de pesar el 40% en 2012 a pesar el 45% en 2013, no por su evolución, sino por la disminución del resto de partidas de otras Secciones. La sanidad de Madrid está una vez más **infrapresupuestada** y con gasto sanitario/habitante bajo (el 3º por abajo entre las 17 CCAA, tras Valencia y

Baleares). Una vez más el presupuesto se dirige a privilegiar a los centros privados en detrimento de los públicos: en los Hospitales de gestión tradicional se produce una bajada del 16,19% mientras que los centros totalmente privados (4) tienen un aumento del 4%.

La Atención Primaria es la gran olvidada por el Gobierno Regional. En el programa la cuantía total es de 1.737 millones de euros, baja 132 millones, un 7,06% menos respecto al presupuesto inicial de 2012. Respecto a las obligaciones reconocidas a 31/12/2011 (1.914 millones de euros). El presupuesto de Atención Primaria bajo 177 millones de euros en 2012 y en 2013 continuara su caída

Además en el anteproyecto para 2013:

- Se propone una concentración de los laboratorios en 4 hospitales: Hospital La Paz, Hospital 12 de Octubre, Hospital Puerta de Hierro y otro por determinar.
- Para el personal eventual están previstos 168 millones de euros, una reducción de un 14% con respecto a 2012, entre otros 'ahorros' por cierre de SUAP (Servicios de Urgencia de AP)
- Disminuyen un 26% la Planificación Sanitaria.
- Disminuyen un 68% (105 millones de euros) las Infraestructuras y los Equipamientos Sanitarios.
- Disminución en Promoción salud y aseguramiento en 25 millones de euros, un 37% menos.
- Disminución en el Plan integral listas de espera: 8,1 millones de euros (15% menos).
- En la partida de inversiones reales caen un 31.8% respecto a lo presupuestado en 2012 pasan de 3.5 a 2.3 millones de euros.
- El presupuesto de la Agencia Antidroga disminuye en torno a 7,2 millones € (alrededor del 15,6%). En 2011 los presupuestos de la Agencia eran de 50.410.834 € frente a los 38.775.197 € previstos para 2013, lo que supone que en 2 años el presupuesto se ha recortado en un 23%.

Otras medidas regresivas en el presupuesto:

**Extensión del modelo de gestión puramente privada** tanto en el aspecto no sanitario como en el sanitario de los Hospitales. Se privatizan los servicios sanitarios de los 6 hospitales nuevos (H. del Tajo, H. del Henares, H. Infanta Leonor, H. Infanta Sofía, H. Infanta Cristina y H. del Sureste)

**Privatización de todos los servicios no sanitarios** en toda la red de Hospitales

**Privatización del 10% de los centros de salud de atención primaria.** Podrán ser gestionados por sociedades de profesionales

**Transformación del Hospital La Princesa.** Se convertiría en un hospital geriátrico cuando en la actualidad es un hospital terciario con varias áreas de excelencia. Se prevé que esta transformación tenga efecto en 2013, aunque todavía no está claro como se concretará.

**El Hospital Carlos III se convertirá en un hospital de “media y larga estancia”.** Se prevé tenga efecto los últimos 8 meses de 2013.

**Cierre del Instituto Cardiológico** que está previsto se realice a primeros de 2013.

**Los Hospitales 12 Octubre y Puerta de Hierro,** a pesar de la distancia entre ambos centros y de sus diferencias se plantea la unificación de servicios.

**La Unidad Central de Radiología (UCR) será también privatizada.** No se ha concretado con qué procedimiento.

**La tasa confiscatoria de un euro por receta.** A esta medida hay que sumarle el copago farmacéutico existente a los pensionistas por la aprobación del Gobierno del Real Decreto 16/2012, siendo además una medida que supera las competencias de la Comunidad de Madrid.

El personal sanitario de la Comunidad lleva ya una disminución de más de 5.000 trabajadores desde que se inició el proceso privatizador, pero con las nuevas medidas propuestas para 2013 parece que la disminución puede ser mucho mayor, porque están las 26 categorías que quedan externalizadas en manos de empresas privadas, a más de los trabajadores de los 6 centros que se privatizan totalmente, los profesionales mayores de 65 años que se van a jubilar obligatoriamente, etc. Por otro lado la pérdida de derechos y empeoramiento de las condiciones laborales es la misma que en resto del país.

Todas las experiencias en España y a nivel internacional (muy amplia en el Reino Unido) aportan datos de que lo que se llama colaboración público - privada (un eufemismo de privatización) incrementa notablemente los costes de los servicios sanitarios a medio plazo y empeora la calidad de la atención sanitaria (ver OMS, British Medical Journal, etc). También que el sector privado con ánimo de lucro tiene peores estándares de funcionamiento y calidad que el sector sin ánimo de lucro (Lancet, New England, JAMA). Por otro lado, las encuestas realizadas por entidades no dependientes ni financiadas por el sector privado, demuestran que la mayoría de la población ante una enfermedad grave prefiere la atención en un centro público, y que la mayoría de la población prefiere la Sanidad Pública como está viéndose en Madrid en

las movilizaciones y las firmas de apoyo masivo de la ciudadanía contra la privatización.

Existe una evidencia contrastable de derivaciones de enfermos complejos y/o que precisan tratamientos costosos de los centros privados a los públicos, el propio comunicado así lo reconoce cuando habla de derivaciones relacionadas “con el nivel de especialización del centro”, ya que como puede constatarse los centros privados se “especializan” en lo que es rentable y por lo tanto trasladan los enfermos con costes mas elevados al sistema sanitario público.

## **ALTERNATIVAS**

### **15 medidas para mejorar la Sanidad madrileña**

Las entidades que formamos parte del Observatorio Madrileño de Salud consideramos que ante esta situación hay alternativas que se concretan en los siguientes aspectos:

- 1) Cambio de la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid para garantizar el carácter público de la Sanidad madrileña y la utilización del sector privado solo de manera subsidiaria, así como la garantía de la universalidad, accesibilidad, gratuidad en el momento del uso y calidad de la atención sanitaria del sistema público. Derogación de los apartados de las leyes de acompañamiento que permiten al Gobierno de la Comunidad de Madrid la privatización de centros, unidades y servicios.
- 2) Financiación suficiente para la Sanidad madrileña, asegurando al menos unos presupuestos per capita en la media de los de las demás CCAA.
- 3) Desarrollar un Plan Integral de Salud de la Comunidad de Madrid que responda a las necesidades de la ciudadanía y que contemple al menos:
  - Plan de listas de espera
  - Desarrollo de la Atención Primaria
  - Atención sociosanitaria
  - Determinantes de salud y su abordaje
- 4) Volver a la estructura de Áreas Sanitarias, rediseñándolas para adecuarlas a la población, garantizando un hospital de titularidad y gestión pública en cada una de ellas.
- 5) Desarrollar la Atención Primaria de Salud (APS) como puerta de entrada del sistema, garantizando su carácter, titularidad y gestión públicas, asegurando la cobertura de toda la población y una dotación adecuada de medios y de profesionales ( 1 médico general y un profesional de enfermería por cada 1.200 habitantes y 1 pediatra por cada 1.000 menores de 14 años)
- 6) Garantizar la cobertura del servicio público de salud a la totalidad de la población en Salud mental, Planificación Familiar, Rehabilitación, Cuidados Paliativos, Salud Pública y Atención Sociosanitaria.
- 7) Dotar a la Atención especializada de recursos suficientes en el sistema sanitario público para permitir que las demoras máximas en primera

- consulta del especialista sean adecuadas para la gravedad y necesidades de salud de la población.
- 8) Realizar un Plan de reducción de las listas de espera que sea transparente y eficaz y que utilice los criterios definidos por el Consejo Interterritorial, así como la creación de un Observatorio para su seguimiento y evaluación.
  - 9) Potenciar la red hospitalaria pública, incrementando el número de camas para alcanzar las 5 por cada 1.000 habitantes y ampliando las camas geriátricas y de media y larga estancia.
  - 10) Paralizar la privatización de los centros sanitarios y recuperación de los centros privatizados
  - 11) Desarrollo de programas conjuntos entre APS y especializada para favorecer la continuidad del proceso asistencial y la atención integral.
  - 12) Creación de una Red de Atención sociosanitaria pública con cobertura del 100% de la población, con carácter gratuito.
  - 13) Dotación de sistemas de urgencias y emergencias con recursos suficientes y cobertura de la totalidad del territorio
  - 14) Mejora de las condiciones laborales y profesionales y de formación de los trabajadores de la salud porque son las que garantizan la calidad de la atención sanitaria. Por eso se precisa un aumento de plantillas, la no amortización de plazas y la incentivación de la dedicación exclusiva.
  - 15) Hay que regular, fomentar y favorecer la participación de profesionales y ciudadanos en el control y funcionamiento del Servicio Sanitario Público como garantía del necesario control social sobre una Sanidad que es de todos y mantenemos todos con nuestros impuestos.

Desde el Observatorio Madrileño de Salud nos comprometemos a trabajar activamente por la consecución de estos objetivos conscientes de que son fundamentales para asegurar una atención sanitaria de calidad y la salud de toda la población madrileña y para garantizar el derecho a la protección de la salud que recoge la Constitución.

## **Observatorio Madrileño de Salud Diciembre de 2012**

### ***Entidades y organizaciones que forman el Observatorio Madrileño de Salud***

***Ayuntamientos: FUENLABRADA, RIVAS VACIAMADRID, SAN FERNANDO DE HENARES, PARLA, SAN MARTIN DE VALDEIGLESIAS, EL ATAZAR, EL BOALO, BUSTARVIEJO, HORCAJO DE LA SIERRA, LOZOYA DEL VALLE, MANZANARES EL REAL, MIRAFLORES DE LA SIERRA, RASCAFRIA, ROBREGORDO, LOS SANTOS DE LA HUMOSA, SOMOSIERRA, TORRELAGUNA, VILLAMANTA, VILLANUEVA DE PERALES, ORUSCO DE TAJUÑA.***

***Sindicatos: CCOO DE MADRID, UGT DE MADRID***

***Asociaciones Profesionales: ASOCIACION PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA DE MADRID, ASOCIACION MADRILEÑA DE SALUD MENTAL. IFMSA COMPLUTENSE***

***Entidades sociales: FEDERACION REGIONAL DE ASOCIACIONES DE VECINOS, PLATAFORMA CONTRA LOS RECORTES Y POR LA DEFENSA DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE FUENLABRADA, PLATAFORMA POR LA MEJORA Y DEFENSA DE LA SANIDAD PUBLICA DE HENARES, FEDERACIÓN ESTATAL DE ASOCIACIONES DE REFUGIADOS E INMIGRANTES EN ESPAÑA (FERINE), CONFEDERACION DE CONSUMIDORES Y USUARIOS DE MADRID (CECU MADRID), FACUA-Madrid. FEDERACION LOCAL DE AA. VV. DE LEGANES, CEADE, FEDE.***

