

La salud y la situación sanitaria en la Comunidad de Madrid

Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid
C/ Arroyo de la Media Legua, 29. L - 49. 28030 Madrid
Tel.: 91 333 90 87. Fax: 91 437 75 06
E-mail: fadspu@gmail.com
www.fadsp.org

www.observatoriosanitariomadrid.org



Asociación para la Defensa
de la Sanidad Pública de Madrid

Edita: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de
Madrid

Madrid, julio 2010

Depósito legal: M- -2010

Informe

LA SALUD Y LA SITUACIÓN SANITARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Índice

La salud en la Comunidad de Madrid	3
Marco legislativo	8
Financiación y gasto sanitario	10
La privatización de la sanidad pública en la Comunidad de Madrid	12
Atención hospitalaria en la Comunidad de Madrid	27
La Atención Primaria en la Comunidad de Madrid	32
Nuevo modelo de Salud Mental en la Comunidad de Madrid	40
Salud Pública	44
Política farmacéutica	47
Propuestas para mejorar la sanidad de la Comunidad de Madrid	49

La salud en la Comunidad de Madrid

La Comunidad de Madrid se caracteriza por tener una elevada población (más de 6,5 millones de habitantes) en continuo crecimiento y con una alta densidad (796,2 habitantes/km²) que es aún mayor en el área metropolitana (2.625,27/km²) lo que la hacen la comunidad autónoma más densamente poblada de España (densidad 91,13 habitantes/km²).

Madrid tiene el mayor PIB per cápita del país (130,9% considerando 100 la media española), pero existen numerosas desigualdades en el nivel socioeconómico, mediadas entre otras circunstancias por la emigración (el 16,65% de la población madrileña nació en el extranjero, frente al 12,08% del conjunto del país).

La proporción de personas que se encuentran por debajo del nivel de pobreza es otro importante indicador socioeconómico, ya que se da una estrecha relación entre pobreza y mala salud: las personas pobres padecen más enfermedades y hacen un menor uso de los recursos, especialmente de la atención especializada. Un 14,5% de los habitantes madrileños son pobres, con mayor porcentaje en la zona sur.

En Madrid se ha detectado que en los grupos más pobres la mortalidad en los hombres es hasta un 48% superior respecto a los más ricos, siendo sólo del 14% superior en el caso de las mujeres. También que este exceso de mortalidad se acumula en las zonas más deprimidas económicamente en la ciudad de Madrid (sur, centro y este) y en la comunidad (sur y este).

Con todo, la situación de salud medida por los grandes indicadores no es mala en la Comunidad de Madrid, como se ve en la tabla siguiente:

	Madrid	Media España
Esperanza de vida al nacer	81,4	75,6
Tasa de años potenciales de vida perdidos por 100.000 habitantes	3.584,0	3.968,3
% de población con expectativa de mala salud al nacer	22,9	24,8

Fuente: MSPS.

Las esperanza de vida al nacer, la tasa de años potenciales de vida perdidos y el porcentaje de población con expectativa de mala salud al nacer es mejor en Madrid que en el promedio del país, lo cual es congruente con un mayor nivel socioeconómico y con una población menos envejecida gracias a la inmigración.

En la mortalidad general, la intervención de los servicios de salud tiene un papel limitado (explican alrededor del 14% de la misma), aunque su orientación a la promoción y la prevención de salud gracias a un buen desarrollo de los servicios de Atención Primaria puede contribuir a mejorar la tasa de mortalidad evitable, estrechamente relacionada con la esperanza de vida.

La diferencia en esperanza de vida al nacer es de 2 años y medio entre la CC.AA. de mayor esperanza, que es Navarra con 81,5, años y la que menos, Canarias con 79,1. En la tasa de años potenciales de vida perdidos que alcanzan los 961 años por cien mil habitantes (21%) entre Canarias y Castilla y León. Las CCAA que ocupan los peores puestos son las menos desarrolladas.

En cuanto a las tasas de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardiaca, cáncer (bronquial, colon y próstata) y enfermedad hipertensiva, la situación de Madrid es en general favorable comparada con la media española. Lo mismo sucede con la tasa de accidentes de tráfico, que en parte tiene que ver con el

pequeño tamaño de la comunidad que hace que la mayoría de los accidentes de la población madrileña se produzcan fuera de las fronteras de la comunidad autónoma.

	Madrid	Media España
Cardiopatía isquémica	70,33	95,50
Enfermedad cerebrovasc.	54,30	90,03
Insuficiencia cardíaca	37,77	45,73
Cáncer bronquial	40,24	44,79
Cáncer colon	20,13	22,45
Accidentes tráfico	8,06	14,02
Cáncer próstata	10,77	13,93
Enfermedad hipertens.	9,94	12,86

Fuente: INE.

	Madrid	Media España
Mortalidad por cáncer. Tasa estandarizada por edad por 100.000 habitantes menores 75 años	102,0	108,3
Mortalidad por enfermedades coronarias . Tasa estandarizada por edad por 100.000 habitantes menores 75 años	43,7	53,0
Mortalidad por suicidio. Tasa estandarizada por edad por 100.000 habitantes menores 75 años	4,7	7,2
Mortalidad por accidentes de tráfico. Estandarizada por edad por 100.000 habitantes 15-49 años	9,4	16,6

Fuente: MSPS.

En las tasas de mortalidad prevenibles la situación de Madrid también es razonablemente buena. Sin embargo, los madrileños no tienen tan buena opinión de su salud, de manera que el porcentaje que opina que su

salud es buena o muy buena es inferior al promedio del conjunto del país.

	Madrid	Media España
Total población	72,8	75

Fuente: Encuesta Nacional de Salud.

En cuanto a los factores de riesgo, los problemas de la Comunidad de Madrid son similares a los del resto del país.

	Madrid	Media España
% población fumadora	26,5	26,5
% de bebedores excesivos más 16 años	2,1	2,0
% más 16 años no hacen actividad física en tiempo libre	52,5	57,0
% de obesos más 20 años	38,4	38,4

Fuente: MSPS y Encuesta Nacional de Salud.

Los principales problemas de salud de la comunidad están relacionados con:

- Ámbito urbano con elevada densidad de población, lo que genera muchos problemas medioambientales.
- Grandes desigualdades socioeconómicas, lo que favorece las desigualdades en salud.
- Unido a lo anterior, elevada proporción de inmigrantes entre los que se concentran las peores condiciones socioeconómicas y a lo que hay que añadir los inmigrantes no regularizados, que tienen además dificultades en el acceso al sistema sanitario.
- Envejecimiento de población, más acusado en determinadas zonas.

- El perfil de riesgo general de las sociedades desarrolladas (alimentación inapropiada, hábitos inapropiados, toxicomanías...).
- Tasa de paro elevada (14,68%).

Marco legislativo

El marco legislativo del sistema sanitario madrileño está basado en la LOSCAM (Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Madrid), publicada en 2002, tras recibir la comunidad las competencias en materia sanitaria.

La LOSCAM debería desarrollar y regular el derecho a la protección de la salud. No obstante, desde su inicio tiene serias carencias porque diseña un sistema sanitario para Madrid caracterizado por su falta de funcionalidad, dispersión y disgregación de las redes sanitarias y las facilidades para la privatización, fomentando la provisión por entidades privadas y la empresarización de la red pública.

Con la aprobación de la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos de 2007 se avanza de manera implacable en esa privatización, permitiendo convertir en “entidades de derecho privado”, es decir, pasar a la gestión privada, no sólo los centros o servicios de nueva creación, sino todos y cada uno de los centros o servicios que ya están funcionando con el modelo tradicional en la red sanitaria pública. En esta misma dirección avanza en el desarrollo de la gestión privada de los 6 hospitales que estaba construyendo en la comunidad con el modelo de financiación privada (PFI), creando 6 empresas de derecho privado para gestionar la parte sanitaria de estos hospitales.

La Ley de Área Única es el tercer elemento en el que se sustenta la actuación de la Administración autonómica. Como se verá posteriormente, éste es abiertamente contradictorio con el preámbulo de la LOSCAM, en la que apuesta por “la descentralización, desconcentración, autonomía y responsabilidad en la gestión de los servicios, con una organización sanitaria basada en los principios de racionalización...”.

Cada nueva actuación de la Administración de la comu-

nidad en materia legislativa bordea la legalidad anterior, crea confusión de funciones y contribuye a formar un entramado que violenta la legalidad vigente y encuentra mecanismos opacos con el único fin de legítimar la privatización del sistema sanitario público.

Financiación y gasto sanitario

El presupuesto sanitario de la Comunidad de Madrid en 2010 disminuyó por primera vez en términos reales. Se presupuestó un gasto de 7.077,60 millones de euros (42 menos, un -0,6%, respecto a 2009). De hecho, el gasto realmente reconocido en 2009 fue de 7.227 millones de euros.

La insuficiencia financiera de la comunidad es crónica y hace que Madrid sea de las CCAA que menos euros por habitante destina a Sanidad; en 2010 se destinan 1.108,14 per cápita, 27,44 € per cápita menos (el promedio per cápita de las CCAA para 2010 es de 1.343,954 €). Si tenemos en cuenta el gasto sanitario como porcentaje sobre el PIB regional éste alcanza el 3,6%, mientras la media de las CCAA es del 5,3%.

El análisis del gasto presupuestado es todavía peor: sólo crece el capítulo de gastos corrientes en bienes y servicios el 1,31%, capítulo que refleja el gasto en medios ajenos, es decir la privatización creciente de la sanidad.

En Atención Primaria la disminución es también la regla (47 millones de €, un 2,39% menos), y sólo se incrementa en este apartado lo que tiene que ver con arrendamientos y cánones (1.000 millones de €) y en material sanitario (3.000 millones).

El programa de equipamientos sanitarios disminuye un 30,59% y se demuestra también que la creación de 56 nuevos centros prometida por Esperanza Aguirre ha sido un engaño (415 centros de salud en 2008 frente a 403 en 2003).

El presupuesto de Atención Especializada se incrementa un 1,59%, que sin embargo esconde la trampa que los centros que realmente tienen crecimiento son los de gestión totalmente privada (15,73%) y los de gestión indirecta (PFI, fundación de Alcorcón, empresa pública de Fuenlabrada y concierto con el Hospital Gómez Ulla), un 40,21%.

Un fenómeno muy importante que se deduce de los presupuestos es que la atención hospitalaria privada es cada vez mayor, ya que crece el porcentaje de población que es atendida por estos centros, como se ve en la tabla:

Otros aspectos relevantes como salud mental y atención a las drogodependencias también sufren recortes (- 1,9% y -6,8%, respectivamente).

	2007	2010
Hospitales públicos	85,4%	74,30%
Gestión mixta público/privada	6,6%	5,68%
Privados	8,0%	10,20%

Conclusiones

- 1) La Comunidad de Madrid parte de unos presupuestos notoriamente bajos que favorecen el deterioro del sistema sanitario público.
- 2) Además es creciente el porcentaje que se dedica a financiar al sector privado, con lo que la insuficiencia es mucho mayor en los centros públicos.
- 3) Todo ello evidencia una intención continuada del Gobierno del PP de dismantelar y deteriorar la sanidad pública madrileña.

La privatización de la sanidad pública en la Comunidad de Madrid

Al hilo de las políticas neoliberales imperantes, la privatización de los servicios públicos es ya una constante en la mayoría de los países de la Unión Europea y en España tenemos múltiples ejemplos a lo largo de todo el territorio.

En la Comunidad de Madrid, la privatización de los servicios públicos, y en concreto de la sanidad, lleva un recorrido de más de una década y fundamentalmente ha sido llevada a cabo por el Partido Popular de una manera progresiva y constante desde su llegada al Gobierno regional, y de manera más intensa en las dos últimas legislaturas, coincidiendo con el final de las transferencias sanitarias en el año 2002. Es preciso recordar que hasta entonces la Comunidad de Madrid se encontraba entre las que tenían las mejores dotaciones tanto en profesionales como en instalaciones.

El proceso ha seguido inicialmente la misma tónica general, es decir, una serie de lentas e insensibles transformaciones, pero en estos últimos años ha tenido una gran aceleración, que se pone de manifiesto en múltiples aspectos.

Paralelamente a este proceso, la Comunidad de Madrid es de las regiones que menos dinero público dedican a gasto sanitario por habitante desde hace años, y puesto que una parte importante de éste, entre un 40 y un 60%, termina en manos privadas con ánimo de lucro, la situación de deterioro en el servicio provocada por la insuficiencia financiera es cada vez más evidente y así lo reflejan incluso las encuestas de la propia Consejería de Sanidad.

Por otra parte, el Gobierno regional del PP no oculta sus objetivos y ha declarado explícitamente su intención de

externalizar/privatizar todos los servicios no estrictamente sanitarios dependientes de la sanidad madrileña, a pesar de que se dejan de utilizar recursos ya disponibles por la sanidad pública, con lo que se encarece notablemente su coste y, como ya se ha demostrado en anteriores ocasiones, no garantiza la mejora de los servicios prestados, ya que no existe un control de calidad efectivo.

Esta estrategia ha venido acompañada de una enorme y costosa propaganda por parte del Gobierno regional, que intenta permanentemente vender la idea de que siempre es mejor lo privado o que en el fondo qué más da que sea público o privado: lo importante es poder elegir “libremente” y ser atendido por los “mejores”. Todo ello en una peculiar mezcla de fe neoliberal y catolicismo reaccionario con el que se intenta impregnar a la población y convertirla en clientes del nuevo mercado sanitario, al tiempo que se predicán las supuestas bondades y la necesidad del copago para la sostenibilidad del sistema público.

Principales aspectos de la privatización de la sanidad en la Comunidad de Madrid

Los nuevos hospitales

Desde el año 2007 todos los nuevos hospitales construidos para dar servicio público a los ciudadanos de la comunidad han sido construidos siguiendo un modelo privatizador y con ánimo de lucro.

En una primera oleada, el Gobierno regional optó por un modelo experimentado en Inglaterra desde unos años antes: la iniciativa privada de financiación (PFI) o concesiones de obra pública y que supone la construcción del hospital en terrenos públicos por parte de la empresa privada, que además gestiona la parte no sanitaria de todos ellos.

El otro modelo más reciente y por el que ahora opta la Comunidad de Madrid es el denominado de concesión administrativa y que fue inaugurado en la legislatura pasada con el hospital de Valdemoro y ha continuado en ésta con la concesión de tres nuevos proyectos a otras tres empresas privadas en régimen de gestión y explotación total de los servicios sanitarios hospitalarios de su zona de influencia durante los próximos 30 años, que es aproximadamente la vida útil de un hospital, por lo que en la práctica estos hospitales nunca volverán al patrimonio público y a la gestión directa como ahora la conocemos.

Además, y como ha sido repetidamente denunciado, la construcción de estos hospitales ha sido muy cara, pues ha sido financiada por créditos bancarios a alto interés con lo que el resultado final es que por cada uno de estos nuevos hospitales los madrileños vamos a pagar a través de nuestros impuestos 6 o 7 veces más de lo que hubiesen costado si la propia comunidad hubiese financiado su construcción. Además, las propuestas de futuro pretenden avanzar en este camino con la creación de tres hospitales mediante concesiones administrativas: Móstoles, Villalba y Torrejón de Ardoz, que ya han sido adjudicados: Móstoles a la multinacional Capiro y Torrejón a la UTE Ribera Salud y FCC, y se encuentra en fase de adjudicación el de Villalba.

Por otra parte, los planes funcionales de los centros tradicionales han sido adjudicados a consultoras privadas ninguneando a los propios servicios de la Comunidad de Madrid que realizaban hasta ahora estas tareas y pagando por ellos cantidades importantes de dinero público y se ha propuesto por parte de la Consejería de Sanidad que esta remodelación de los centros hospitalarios tradicionales (Gregorio Marañón, Ramón y Cajal, La Paz y 12 de Octubre) se haga mediante el sistema de PFI.

Las concertaciones y externalizaciones con el sector privado

Tanto las concertaciones de servicios con el sector privado como las externalizaciones se han incrementado de una manera notable en la Comunidad de Madrid. Se ha producido un crecimiento de ambos epígrafes del presupuesto que se dedican a financiar al sector privado.

La concertación ha tenido un gran impulso con el programa de atención a las listas de espera, que propicia la derivación de enfermos del sector público al privado. A pesar de los más de 400 millones de euros invertidos desde 2005 la situación ha empeorado en los últimos años, de manera que si en diciembre de 2004 la lista de espera quirúrgica era de 38.908, este número había pasado a 51.947 en el primer trimestre de 2010 y cuenta con una tasa de 8,1 personas por cada mil en lista de espera, mientras que en Andalucía es de un 6,1, en Cataluña del 7,1 y en el País Vasco del 5,5. Además, en diciembre de 2004 un 9% de los pacientes rechazaba un centro privado alternativo para ser operado; en marzo de 2010 ya son un 37%.

Por otro lado, de los 51.947 madrileños en la lista de espera quirúrgica, solamente 16.424 pacientes, el 31,6% del total, esperan menos de 30 días para ser operados. Además, por rechazar la oferta de acudir a un centro privado, 12.588 personas sufren esperas hasta de 6 meses y 43 tienen que pasar por esperas de hasta un año.

Y todo ello a pesar de la política de propaganda y opacidad de los datos que lleva a cabo la Consejería de Sanidad de Madrid y que ha provocado su expulsión de la contabilidad de la lista de espera del Ministerio de Sanidad desde el año 2005.

Se denomina externalizaciones a la derivación a empresas del sector privado de parte de los procesos ligados o no directamente a la atención sanitaria de los centros públicos. El proceso de externalizaciones comenzó en los años

80 con algunos servicios no sanitarios (limpieza, cafetería, comedores, cocina, etc.) y se ha ido ampliando a una gama cada vez más extensa de los servicios prestados: todo tipo de pruebas diagnósticas, rehabilitación, atención domiciliaria, etc. Un tema de especial relevancia son los archivos de historias clínicas, por la cesión a empresas privadas de datos confidenciales especialmente protegidos.

La utilización creciente de este mecanismo de externalización se debe a la ausencia de transparencia y publicidad de la misma, de manera que resulta imposible cuantificar exactamente el fenómeno, apareciendo los gastos producidos dentro de los presupuestos de los hospitales y gerencias de Atención Primaria. En todo caso, el último informe de la OCDE reflejaba un incremento de la provisión privada en España que se acercaba a los 7 puntos porcentuales en los últimos cinco años.

El caso de la Fundación Jiménez Díaz es un caso especial. La Fundación tenía un concierto especial con el INSALUD amparándose en el carácter no lucrativo de la entidad, de manera que, aunque no tenía asignada un Área de Salud, sí tenía adscrita la asistencia sanitaria de un colectivo importante de población proveniente de las Áreas del Hospital Clínico y 12 de Octubre. Los problemas económicos de la FJD son bien conocidos y se arrastran desde hace más de 30 años, y la Sanidad Pública ha reflatado en varias ocasiones su deuda, a cambio de la presencia del INSALUD en el patronato. Después de las transferencias sanitarias, la Consejería de Sanidad ha sustituido a éste, y coherentemente con su política de privatización ha favorecido y casi impuesto la entrada de la FJD en el Grupo Capiro, una multinacional sueca que gestiona 14 hospitales en España (la mayoría por la compra de los que tenían las Hermanas Recoletas) y que está posicionándose en la comunidad, donde tiene la FJD, un hospital en Alcalá proveniente de la compra antes mencionada, el Hospital Sur en Móstoles de nueva construc-

ción y donde ha conseguido las concesiones administrativas del hospital de Valdemoro y el nuevo hospital de Móstoles, y la cesión para su uso de los centros de especialidades de Pontones y de Quintana.

Evidentemente la presencia de Capiro en la FJD tenía que haber cambiado sustancialmente la situación de concierto singular que tenía con la comunidad, al tratarse de una entidad comercial con ánimo de lucro, no obstante la Consejería de Sanidad no sólo no alteró el concierto, sino que lo renegó con más ventajas (por un importe de 106.749.000 € en 2004). Por otro lado se adjudicó a la FJD un Área sanitaria con 373.500 habitantes, y además, con la apertura del nuevo Hospital de Majadahonda, con una parte de la población, el distrito de Moncloa, que atendía la Clínica Puerta de Hierro.

Una nueva incertidumbre apareció con la compra de Capiro por la multinacional Apex Partners, una empresa inversora especializada en invertir en empresas de alto riesgo. Como es obvio no sólo se aleja el control empresarial de la atención sanitaria, sino que se expone la cobertura de la atención sanitaria financiada con fondos públicos a los vaivenes del mercado y a los intereses empresariales de una multinacional que puede decidir en cualquier momento cerrar sus empresas en España si considera que no obtiene la rentabilidad esperada, como ya ha sucedido en el caso de la empresa Ploder, que formaba parte de la UTE del nuevo hospital de Vallecas.

Otro índice de la política privatizadora es la expansión de los centros sanitarios privados, que cuentan ya con el 47% de los centros y el 37% de las camas hospitalarias de la Comunidad de Madrid (suponen el 15% del total de la facturación privada en España), y la apertura de nuevos hospitales privados en Madrid. Algunas empresas, como Sanitas y Quirón (que ya tiene varios centros y una dilatada experiencia en Cataluña), están incrementando su presencia en Madrid, contando con un claro apoyo del Gobierno de la Comunidad.

La privatización de la informática sanitaria y las citas médicas

Los sistemas de información

Desde el año 2005 se han ido privatizando progresivamente los sistemas de información de la sanidad pública madrileña. Esta maniobra tuvo un gran impulso cuando se publicó la convocatoria del concurso “Dotación y puesta en marcha de los sistemas de información de los nuevos hospitales de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid: Cuatro lotes”, que con una duración de cuatro años y una dotación inicial de 77 millones de euros dio lugar a la externalización absoluta en unas pocas empresas y de forma centralizada de TODOS los sistemas informáticos de los nuevos hospitales, menos el de Valdemoro.

Ello ha supuesto un importante quebranto económico de las arcas públicas y se ha dejado en manos privadas información confidencial y muy sensible sobre la salud de los ciudadanos de la comunidad atendidos en el Servicio Público de Salud, sin posibilidad de control ni acceso por parte de personal técnico “público” propio de la Consejería.

La empresa adjudicataria fue la multinacional Siemens, la cual no sólo tiene el control total sobre todos los programas y datos de carácter asistencial, sino que además tiene todos los servidores con los datos centralizados de los pacientes (historia clínica, informes e imágenes médicas, etc.) que se ubican en instalaciones de la propia empresa Siemens (el Centro Tecnológico principal en Tres Cantos y el de Respaldo en Getafe) a las que no tiene acceso ningún empleado público técnico.

Probablemente este último aspecto, falta de control y supervisión públicos, es el que ha dado lugar a los múltiples problemas cotidianos de lentitud y baja eficiencia, aún no resueltos, de estos programas y de mantenimiento en los centros donde están instalados y ha dado lugar a

caídas completas del sistema, como la acaecida en diciembre de 2008 que dejó a los 7 nuevos hospitales sin sistemas de información electrónica durante tres días consecutivos.

Por otra parte, la gestión y el mantenimiento de la informática de los hospitales tradicionales están siendo trasladadas también a manos privadas por sucesivos concursos de adjudicación y explotación adjudicados en los últimos años (Atos Origin, etc.).

El último paso en este camino, y ya en fase de implantación, es la adjudicación de la gestión y mantenimiento de los sistemas informáticos y de historia clínica de Atención Primaria (AP-Madrid) a una empresa privada, en este caso Stacks-Cegedim.

Este programa, ahora totalmente centralizado y mucho más rígido, menos versátil y con menos utilidades que el anterior descentralizado, OMI-AP, se ha impuesto contra viento y marea y a pesar de las fuertes críticas recibidas y las continuas caídas y fallos de la aplicación porque es la herramienta fundamental para la aplicación del proyecto de Área. Su diseño e implantación llevan años de retraso, de manera que en 2006 se anunció que estaría operativo en toda la región en 2007 y se adjudicó a la empresa concesionaria Stacks por 6,3 millones de euros.

A día de hoy su tasa de instalación no llega al 40% de los centros (a pesar de que Sanidad tuvo que contratar a otra empresa (Everis) por 2,4 millones de euros para acelerar la implantación de AP-Madrid), aunque ya se ha anunciado por enésima vez por parte de la Consejería su “completo despliegue antes de octubre de 2010”. Para completar el desastre y el negocio, la empresa concesionaria Cegedim, una multinacional francesa, está especializada en almacenar, elaborar y vender datos a la industria farmacéutica, lo que deja abierta la posibilidad de que los datos sanitarios personales de más de seis millones de madrileños (sus enfermedades, los fármacos

que toman, los médicos que se los recetan...) lleguen a manos de la industria farmacéutica, siempre ávida de este tipo de información.

El volumen económico de todas estas transacciones y privatizaciones hasta la fecha es al menos de 300 millones de euros, aunque nunca ha sido publicado oficialmente de manera pormenorizada. Además ha supuesto la amortización de un número importante de puestos de trabajo y la cancelación de contratos o la no renovación de los mismos de gran parte del personal informático propio contratado por la Consejería de Sanidad.

Privatización del servicio de citas médicas y atención telefónica con los centros de salud

La Consejería de Sanidad ha puesto en marcha los mecanismos para privatizar los servicios de atención telefónica de los centros de salud, que dan las citas con el médico de familia, el pediatra o enfermería, a pesar de que cuenta con personal administrativo cualificado y suficiente para ello. La empresa adjudicataria del concurso ha sido INDRA, por 26 millones, que contratará a sus propios operadores, que inicialmente serán unos 300. Esto supone un sobrecoste de más de 20 millones de euros que si lo hiciese con sus propios recursos el SERMAS, y supone la externalización de varios cientos de puestos de trabajo desde el servicio público a la empresa privada.

Como es habitual su implantación está siendo complicada y en la práctica ha disminuido la accesibilidad (al contrario de la propaganda esgrimida por la Consejería como excusa para su implantación), pues en muchas ocasiones los usuarios, especialmente los más ancianos, no aciertan con las farragosas instrucciones telefónicas que se realizan por medio de mensajes pregrabados y les obliga a acudir al propio centro para conseguir una cita o realizar cualquier gestión que antes se podía realizar telefónicamente con los propios administrativos o sanitarios del centro. Esto está provocando grandes colas y esperas

considerables para ser atendidos en los mostradores del área administrativa de muchos centros de salud, situaciones que no se veían con tal intensidad desde hacía años.

Privatización de los laboratorios de análisis clínicos

Como es sabido, la Consejería de Sanidad cerró los laboratorios existentes en Vallecas y Aranjuez para conceder la analítica dependiente de los nuevos centros semiprivados y de los centros de salud de su área de influencia a un macrolaboratorio que gestiona la empresa Ribera Salud. El denominado Laboratorio Clínico Central de la Comunidad de Madrid está situado en el Hospital Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes; desde su apertura en junio de 2009 hasta marzo de 2010 había atendido un total de 808.011 peticiones e informado 11.543.342 pruebas.

Desde el principio de su puesta en marcha se han detectado graves problemas en su funcionamiento y ha sido denunciado en diferentes ocasiones por los profesionales sanitarios que envían a él las peticiones analíticas, como son:

- Analíticas que llegan incompletas, faltando determinaciones que se han solicitado, a pesar de que se envió la muestra.
- Cultivos que no se llegan a procesar: es muy significativo el número de cultivos, en especial de hongos, de los que no se recibe resultado.
- Dificultad para conocer si un resultado sufre una demora o definitivamente no se va a recibir.
- Pérdida de capacidad diagnóstica: con el nuevo laboratorio, los médicos han dejado de tener acceso a pruebas diagnósticas con las que anteriormente contaban:
 - Anticuerpos citrúleados para el diagnóstico de artritis reumatoide.

- Grupo sanguíneo y test de Coombs en el primer trimestre de embarazo.
 - Exudados linguales o faríngeos para el diagnóstico de infecciones micóticas de la boca.
 - Determinación de proteína S para valorar riesgo de TVP en tratamientos con anticonceptivos.
 - Imposibilidad de pedir estudios del semen.
- Ausencia de test en cascada: existía con el anterior laboratorio de referencia test en cascada de modo, por ejemplo, que si el sedimento de una orina estaba alterado se procesaba el cultivo, aunque no se hubiese solicitado. Actualmente la ausencia de ese protocolo obliga a pedir un gran número de cultivos, muchos de ellos innecesarios, o a segundas analíticas para completar el estudio.
- Además, se ha perdido la posibilidad de solicitar analíticas urgentes a lo largo del día y gasometrías, salvo que se derive al paciente al hospital, con la consiguiente saturación de los servicios de urgencia y molestias para el paciente.

La situación genera una intolerable pérdida de calidad de la atención sanitaria y molestias a los ciudadanos a los que se realizan muchas más extracciones y visitas a los centros, así como una demora injustificable en el diagnóstico que puede tener repercusiones importantes sobre la salud.

Esta situación es una prueba evidente de cómo la política de la Consejería de Sanidad, lejos de ahorrar costes y mejorar la asistencia, se ha convertido en un factor de deterioro continuo de la Sanidad Pública para fomentar los intereses económicos de algunas empresas privadas.

La privatización de la enseñanza y la formación sanitarias

En la Comunidad de Madrid se viene produciendo de

manera cada vez más intensa una privatización de la enseñanza, utilizando los centros públicos por las universidades privadas en detrimento de las públicas para la formación de estudiantes de Medicina e incluso de la formación MIR para médicos licenciados (este año varios residentes se han comenzado a formar en el grupo privado Hospital Madrid).

De la misma manera, la formación de posgrado a cargo de la institución pública ha casi desaparecido, con la desaparición en la práctica operativa de la Agencia Laín Entralgo, y está más que nunca en manos de las multinacionales de farmacia y tecnología sanitaria.

Otras áreas privatizadas

Desde hace años, el transporte sanitario está cedido a empresas privadas con conciertos anuales y gestión absolutamente opaca. En algunos casos se ha dado la concesión a asociaciones de pacientes, como es el caso del transporte para enfermos de diálisis cedido a ALCER (asociación de enfermos renales), con lo que se intenta hacer cómplices a los propios pacientes de la privatización de la gestión sanitaria.

Los cuidados paliativos, especialmente tras el acoso al que sometió el ex consejero Lamela al hospital Severo Ochoa, han recaído en manos del Opus Dei y la Iglesia católica, que también ha conseguido tener a los capellanes hospitalarios dentro de los comités éticos de los hospitales públicos.

La Comunidad de Madrid ha mantenido durante años conciertos con entidades sanitarias privadas para la atención a sus trabajadores, la conocida como UPAM o colaboradora, pagados desde el erario público y que constituye una discriminación y un trato privilegiado a parte de los empleados públicos y contribuye a crear un ambiente favorable a la privatización entre este colectivo. En el último año no ha podido mantener económicamente

esta situación y la asistencia de una parte importante de este colectivo ha retornado a los centros públicos de una manera soterrada.

Los servicios de inspección sanitaria de las Áreas de Salud han sido desmantelados en gran parte y sus competencias recortadas, de manera que el control sobre el servicio público y la sanidad privada ha quedado gravemente resentido. Parte de las competencias se le ha pasado a las mutuas laborales, como es el caso del control y supervisión de las bajas por enfermedad común, o directamente se les ha apartado de otras tareas como el control de aspectos de salud pública o auditorías e informes sobre situación de servicios o establecimientos sanitarios, que desde hace tiempo se encargan regularmente a consultoras privadas.

Por otra parte, la Comunidad de Madrid gasta enormes cantidades de dinero público en campañas de publicidad y autopropaganda que regularmente adjudica a la empresa privada, ninguneando los servicios de la propia Consejería de Sanidad, y que anualmente suponen varias decenas de millones de euros. Una de las últimas ha sido la aprobación, más chocante aún si cabe porque ha coincidido con la rebaja generalizada de sueldos del personal empleado por la Comunidad de Madrid, de la concesión del contrato de servicios denominado “Servicio de producción y difusión de las campañas y acciones informativas de la Consejería de Sanidad durante el año 2010” por un precio de 1.345.600 euros. Es evidente que para transferir dinero a la empresa privada es buena cualquier vía y no existen limitaciones.

Las consecuencias

Esta política viene produciendo efectos deletéreos sobre la situación de la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid desde hace años y cada vez más intensamente sobre varios aspectos:

- En primer lugar, la opinión de los ciudadanos que uti-

lizan el Servicio Público Sanitario de la región es cada vez más negativa como lo han ido poniendo de relieve diversos estudios. El último de ellos, el Barómetro Sanitario estatal 2009, arroja como resultados que los madrileños consideran que la gestión de la comunidad ha empeorado el servicio sanitario desde las transferencias y siguen valorando más los recursos públicos que los privados. De la misma forma, la satisfacción con el servicio es peor que la que tienen los de otras CCAA y piensan en un mayor porcentaje que los servicios empeoraron en los últimos cinco años. Por otra parte tanto las organizaciones profesionales como vecinales y sindicales de la Comunidad han exteriorizado en múltiples ocasiones su rechazo a esta política mediante escritos, firmas de protesta, documentos, manifestaciones, concentraciones y actos de repulsa cuyo número se ha multiplicado en los últimos años.

- El porcentaje de personas con seguro sanitario privado en la Comunidad de Madrid es muy superior a la media, un 27,6% frente al 19,7% del conjunto nacional, lo que pone de relieve la búsqueda cada vez más imperiosa, incluso en tiempos de crisis económica, de alternativas ante el galopante deterioro al que se encuentra sometida la sanidad pública en Madrid.
- El grado de privatización de la sanidad pública madrileña ya es muy elevado, como lo pone de relieve el número de personas que están siendo atendidas de alguna manera por dispositivos privados contratados por la Consejería de Sanidad de la Comunidad, fundamentalmente a través de la asignación de su asistencia a los nuevos hospitales y centros de especialidades privatizados; ronda actualmente los 2.100.000 habitantes y con la apertura de los tres nuevos hospitales ya licitados (Villalba, Torrejón y Móstoles II) llegará próximamente a los 3 millones, es decir un 47% del total de habitantes de la región.

- El flujo económico desde la sanidad pública madrileña hacia las arcas privadas no ha dejado de crecer en los últimos años y hemos pasado de una transferencia de capital que no llegaba al 30% del total del presupuesto en el año 2001 hasta el 60% (incluyendo el gasto en farmacia) en la actualidad. Esta descapitalización y traspaso brutal de dinero hacia manos privadas han tenido como consecuencia la aparición de una importante falta de liquidez y serias dificultades económicas de pago por obligaciones contraídas, caso de la factura de farmacia o pago a proveedores, y, junto a otros aspectos, ha hecho que la calificación de la solvencia de la Comunidad de Madrid haya caído de manera importante según las agencias internacionales de calificación de riesgo.

Atención hospitalaria en la Comunidad de Madrid

La red de hospitales públicos madrileños está sufriendo una parte muy importante de los resultados de la campaña de desprestigio de lo público, así como una política sistemática de falta de financiación que está produciendo un deterioro de sus instalaciones.

El número de camas hospitalarias de la red pública, a pesar de la apertura de 8 nuevos hospitales (de los cuales 1 es privado y 7 semipúblicos) está en unos índices bajísimos que no paran de disminuir (1,91 camas/1.000 habitantes) porque la apertura de los nuevos centros ha sido seguida del cierre de camas en los hospitales tradicionales, operación que aún no ha finalizado porque está contemplada en los nuevos planes directores que pretenden remodelar estos centros. El número global de camas hospitalarias (incluyendo las privadas) también es bajo (3/1.000 habitantes) incluso en comparación con la media española (3,56/1.000 habitantes, la menor de la UE 27).

La dotación de profesionales sanitarios es también baja, con una diferencia significativa en los centros públicos respecto a los privados y semiprivados, tanto en médicos (menos de 1/cama en los privados/semiprivados frente a 1,7 de los públicos), enfermería (1,53 versus 2,93) y personal sanitario (2,41 versus 5,4). Y de una manera paradójica el coste cama anual es muy superior (un 56,71% más) en los centros privados/semiprivados respecto a los públicos tradicionales (434.686 €/año versus 277.375). De todas maneras hay que tener en cuenta que está prevista una disminución de 1.000 trabajadores en los centros del modelo tradicional.

Respecto de las fundaciones, como es el Hospital Fundación Alcorcón, anterior a la Ley 15/97 y sujeto a la normativa legal sobre fundaciones, la evaluación del mismo

esta dificultada por la falta de publicación de datos, desconociéndose el porcentaje de derivaciones o las listas de espera, lo que dificulta su comparación. Por los datos conocidos se puede concluir que su gestión se traduce en un gasto algo superior a los hospitales públicos, a pesar de tener un número inferior de personal fundamentalmente de médicos, o menor número de camas/1.000 habitantes, con un aprovechamiento de quirófanos menor y suponiéndosele una mejora de sus rendimientos con una selección de pacientes, por los procedimientos al alta que son casi el doble que en los centros públicos.

Los hospitales de gestión pública, como el de Fuenlabrada, con resultados similares a la Fundación Alcorcón, dificultad para obtener datos, menores plantillas y camas, a pesar de ello coste similar y resultados menos eficientes.

Asimismo, la falta de camas es una de las causas de la existencia de lista de espera quirúrgica, ya que en ocasiones los quirófanos no pueden ser utilizados convenientemente en turno de mañana y de tarde si no hay camas disponibles en el centro para poder ingresar a los pacientes.

El bajo número de camas condiciona la necesidad de mantener una estancia baja de los pacientes ingresados, y es la causa de frecuentes reingresos en aquellos pacientes que se dieron de alta prematuramente, lo que aumenta la morbi-mortalidad de los mismos.

Esta falta de camas es una de las causas de las aglomeraciones en las urgencias hospitalarias con el colapso de las mismas, no sólo cuando se producen causas coyunturales como las epidemias de gripe común, sino en cualquier época del año, incluida la época veraniega en la que baja la demanda asistencial.

El supuesto aumento de profesionales contratados es falso. La oferta de empleo de personal sanitario para cubrir las plazas de los nuevos centros se realizó con la condición de que los aspirantes a las mismas tuvieran ya una plaza. Es evidente la intención de disminuir los efec-

tivos en los hospitales de gestión tradicional para cubrir los nuevos centros, en muchos casos las nuevas plazas se han cubierto con traslados desde los centros antiguos, en los que, salvo escasas excepciones, no se ha contratado a nadie para cubrir las vacantes.

El número de profesionales es mucho menor del de los centros tradicionales y esto se ha visto denunciado por los mismos profesionales en actos como la dimisión del servicio entero de Ginecología del hospital de Arganda o las múltiples protestas de los profesionales del hospital de Majadahonda, donde se trasladaron los profesionales sanitarios del antiguo hospital Puerta de Hierro. Esta disminución de personal va a tener como consecuencia una sobrecarga de trabajo y con el consiguiente aumento del estrés de los mismos o/y una disminución de la calidad en la atención a los pacientes.

Todo lo anteriormente expuesto supone un deterioro del sistema público por la falta de inversiones, lo que repercute en un envejecimiento de las instalaciones, con la consecuente disminución de la calidad de las prestaciones comparativamente con aquellas instalaciones más modernas. Hay que señalar que los planes de necesidades, que eran el mecanismo de reposición y/o compra de nueva tecnología, han desaparecido en los últimos años.

Estas condiciones afectan a los nuevos centros que ya se crean con estas condiciones de trabajo y que no parece previsible que vayan a mejorar, sino más bien al contrario, la situación económica y de restricciones de los derechos laborales actual va a favorecer el despido fácil y la explotación de los recursos para disminuir costes.

Esta transformación de un servicio sanitario público, de gestión centralizada con los necesarios controles de calidad que garantizan una atención óptima de los pacientes y cuyo único objetivo era mejorar la salud de los ciudadanos, se convierte en un conjunto de centros dependientes de diferentes propiedades privadas, con ánimo de lucro una parte importante de las mismas, con diferentes dere-

chos administrativos y por tanto con gran variedad de contratos de sus profesionales, con ocultación de datos y con la imposibilidad de planificar la atención sanitaria de los ciudadanos, con diferentes condiciones de trabajo y de retribuciones por trabajos iguales, pero con un fin común a todos ellos, el enriquecimiento de todos los propietarios de estos nuevos centros y un gran interés en aumentar las ganancias obtenidas a costa de cualquier cosa, bien sea las condiciones laborales de sus trabajadores y/o deteriorando la asistencia prestada.

Consecuentemente, las listas de espera tampoco consiguen mejorar, sino todo lo contrario; un 25% de las primeras citas de consulta de atención especializada se dan con una demora mayor de 2 meses y sólo el 20,3% fue atendido a os 15 días, que se considera la demora máxima aconsejable. Por otro lado, las listas de espera quirúrgica continúan sometidas a una sistemática ocultación y maquillaje por parte de la Administración sanitaria, a pesar de ello se conoce que el número de personas en lista de espera quirúrgica se ha incrementado, que la mayoría está fuera del cómputo oficial y que la demora de los pacientes que se niegan a ser intervenidos en los centros privados (más del 35%) se sitúa por encima de los 60 días.

Con todo, el sistema público sigue siendo el que ofrece una mayor calidad asistencial en la Comunidad de Madrid. El sector privado tiene una calidad muy irregular y una notoria falta de control.

El resultado es que la opinión de los ciudadanos sobre el funcionamiento de la atención especializada es peor que en la media de las CCAA. Así, la opinión de que la atención recibida en la consulta del especialista fue buena o muy buena es del 80,1% (media de España del 82%) y de que la atención durante la hospitalización fue buena o muy buena alcanza el 81,3% (87,5% media de España). El 30,1% de los madrileños piensa que las consultas del especialista mejoraron (35,8% en España) y el 33% que lo ha hecho la atención hospitalaria (37,6% en España),

lo mismo sucede con la percepción de que se han producido errores, que son más frecuentes en Madrid.

	Madrid	Media CCAA
Personas que dicen haber sufrido un error en la consulta del especialista	14,2%	10,2%
Personas que dicen haber sufrido un error en un ingreso hospitalario	13,6%	12,0%

Lógicamente, el porcentaje de personas que piensan que el servicio sanitario mejoró desde que lo gestiona la comunidad autónoma es bajo, claramente inferior al del conjunto del país (18,8% Madrid, 28,7% media de España).

No obstante, hay que resaltar que la mayoría de la población elegiría la sanidad pública ante una enfermedad grave (63,2%) y un centro hospitalario público a la hora de un ingreso (62,9%) en un porcentaje superior al conjunto del país (57,9% y 58,4%, respectivamente), probablemente porque ya tiene la experiencia de los problemas de funcionamiento del sector privado.

La Atención Primaria en la Comunidad de Madrid

La Atención Primaria (AP) en la Comunidad de Madrid ha sufrido un deterioro importante en los últimos años.

Los centros de salud madrileños están masificados (el número de cupos con más de 1.500 TSI es un 40% superior a la media de las CCAA) y de resultas de ello se están produciendo listas de espera para las citas en las consultas de medicina general, pediatría y enfermería, especialmente en los momentos en que se producen picos en la demanda, que pueden llegar hasta los 10 días.

La tabla siguiente recoge la situación de los recursos de AP en Madrid comparándolos con la media de las CCAA.

Recursos de Atención Primaria en Madrid en comparación con la media de las CCAA

	Madrid	Media CCAA	Diferencia
Habitantes / médico AP	1.541	1.410	131
Habitantes/ enfermería	1.948	1.663	285
Habitantes /administrativo	4.006	3.102	904
Menores de 15 años/ pediatra	1.044	1.029	15
Gasto sanitario público / habitante y año (euros)	123,4	156,6	- 33,2

Se puede observar que el número de habitantes por médico, por profesional de enfermería, por administrativo y por pediatra es claramente superior al promedio de las CCAA. Siendo necesarios los siguientes incrementos de profesionales para adaptarse a la situación de estas:

- 600 profesionales de enfermería.
- 400 médicos generales.
- 400 administrativos.
- 60 pediatras.

El origen de esta situación está en los bajos presupuestos que se dedican a la AP en Madrid, que, aun teniendo en cuenta que en todo el país los fondos que se dedican a AP son muy bajos e insuficientes, en Madrid se sitúan además 33,2 € por habitante y año por debajo de la media, siendo necesario un incremento de 250 millones de euros anuales en el presupuesto de AP para alcanzar esta media. Todo ello en una comunidad autónoma que se sitúa en el primer lugar de España en renta per cápita. Y a pesar de que la AP atiende al 80% de la demanda, lo que explica el deterioro asistencial en los centros y la limitada capacidad resolutoria de los mismos. Esta situación contribuye, entre otros factores, a incrementar la enorme presión que soportan los hospitales, especialmente sobre los servicios de urgencias, algo irracional e insoportable a medio plazo, y es consecuencia directa del escaso esfuerzo inversor en este nivel asistencial (el gasto en AP creció en Madrid en 2008 un 2,5% el último año, menos de la mitad de la media española que fue del 5,6%).

En las sucesivas evaluaciones realizadas por la FADSP utilizando 19 indicadores que reflejan el nivel de desarrollo, la racionalidad, la eficiencia y la calidad de la Atención Primaria en España, la Comunidad de Madrid se encuentra ubicada en el grupo de CCAA con peores resultados (percentil 25), con un total de 38 puntos sobre un máximo posible de 100 y en la posición 13 sobre 17.

La situación en 2008 y en 2009 ha ido a peor, como lo evidencia el conflicto con las nuevas promociones de pediatras de los centros de salud a los que la Consejería de Sanidad impone una dedicación mixta hospital/centro de salud rompiendo aún más el modelo y la continuidad asistencial en Atención Primaria.

Lógicamente la opinión de los ciudadanos no es muy buena, tal como se ve en la tabla siguiente en la que el porcentaje de personas que opinan que la AP en Madrid ha empeorado en los últimos cinco años duplica la media nacional y en la que los ciudadanos que piensan haber

recibido una atención buena o muy buena en la consulta de los médicos generales está por debajo de la media.

Opiniones de los ciudadanos sobre la Atención Primaria

	Madrid	Media CCAA
Creer que en los últimos 5 años empeoró	16,2%	8,3%
La atención recibida en AP fue buena o muy buena	83,6%	86,1%

La ley de libre elección y Área única: una huida hacia el modelo privado de mercado y competencia

Como “solución” a la situación descrita y dando un paso más en el camino de la privatización y el desmantelamiento de la Sanidad Pública de la región, la Comunidad de Madrid y la Asamblea, con el único apoyo del PP aprobaron la Ley de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid (Ley 6/2009, de 16 de noviembre) con la intención de abandonar definitivamente el modelo comunitario de AP creado por la Ley General de Sanidad y recomendado cada vez más firmemente por la propia Organización Mundial de la Salud en sus últimos documentos, para imponer un nuevo modelo basado en el mercado y la competencia sin importarle que este esquema haya fracasado en otros países de nuestro entorno.

Todo ello a pesar del rechazo unánime de todos los sectores sociales y profesionales.

La ley, bajo la falacia de la “libre elección”, destruye el modelo de equipos de Atención Primaria que ofrece sus servicios de manera equitativa y homogeneizada a una población acotada a un territorio cercano al mismo, y cuyo funcionamiento interno fomenta la cooperación, la continuidad de los cuidados y la accesibilidad de los ciu-

dadanos al centro de salud y a los servicios sanitarios, y lo cambia por un modelo en el que desaparecen las gerencias de AP, quedando los centros de salud y sus componentes aislados y “compitiendo” unos con otros por los pacientes más rentables económicamente a través de incentivos perversos en los que se remunera a los profesionales sanitarios según el ahorro conseguido en el gasto en los servicios proporcionados a los ciudadanos.

La demagogia de la ley queda patente cuando se habla como novedad de libre elección, pues es un derecho ya reconocido en la Ley General de Sanidad en 1986 y legislado desde 1993 para todo el país. Por otra parte, cualquier persona comprende que es imposible que 6 millones y medio de ciudadanos puedan elegir el mismo médico de AP, el mismo profesional de enfermería, el mismo especialista e incluso el mismo hospital, porque ninguno de ellos tiene capacidad para asegurar la atención sanitaria a todos los habitantes de la región, y será imprescindible establecer mecanismos que limitaran esta supuesta libre elección, y sólo se conocen tres sistemas: cupos máximos (más o menos la situación actual), pagos por los usuarios copagos) y entonces sería la capacidad económica de estos la que primaria (quienes tengan muchos ingresos podrán en la práctica elegir y quien no los tenga no podrá elegir nada) y capacidad de los profesionales/centros para aceptar o denegar la elección, lo que supone selección de riesgos (el incentivo estará en favorecer la elección de los ciudadanos sanos, discriminando a los enfermos no rentables). Por supuesto puede realizarse una combinación de los tres sistemas; en cualquier caso, las promesas de libre elección prometida no serán ciertas y producirán efectos negativos sobre ciudadanos y profesionales.

En realidad, lo que el Gobierno regional del PP persigue con este cambio es seguir introduciendo los mecanismos de mercado en la Sanidad Pública y la consiguiente creación de un escenario que permita la privatización paula-

tina de la AP madrileña a corto plazo y la obtención de beneficios económicos a costa de acabar con la idea de que la salud es un derecho igual para todos y que puede pasar a ser tratada como una mercancía.

Todo ello apoyado en el “fundamentalismo ideológico”, los intereses particulares y las oportunidades de hacer negocio con los servicios públicos de los actuales dirigentes políticos del Gobierno regional y sus amigos, y a pesar de que estos planteamientos han fracasado cuando se ha aplicado en otros países, van en contra de las últimas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y se basan en políticas económicas neoliberales que son la causa de la actual crisis económica.

Esta ley de la Comunidad de Madrid debería de cambiarse por los siguientes motivos:

- 1) Es contraria a la Ley General de Sanidad vigente desde 1986 que recomienda, en base a criterios de buen funcionamiento, equidad y eficiencia, la organización territorial de la Sanidad Pública en Áreas sanitarias de aproximadamente 250.000 habitantes.
- 2) El proyecto de la CM anula las 11 Áreas actuales y las transforma en una sola de más de 6 millones de habitantes. Esto impedirá una atención sanitaria integral, dificultará la planificación de los recursos y la coordinación con otros niveles asistenciales, como son la atención especializada y hospitalaria.
- 3) Abre la posibilidad de elección de centro de salud por toda la comunidad, siendo la atención a domicilio responsabilidad del centro donde resida el paciente, dificultando el trabajo coordinado, continuado y en equipo.
- 4) Pretende la elección asistencial en cualquiera de los hospitales de la comunidad, siendo el médico el responsable de programar y solicitar la consulta, aceptada o no por el hospital o el centro de especialidades según las circunstancias, provocando la marginali-

dad (rechazo de pacientes “no rentables”, como ancianos, enfermos con patologías crónicas o demasiado costosas).

- 5) La libertad de elección de médico, pediatra y enfermera sin restricciones imposibilita el trabajo en equipo y fomenta la competencia entre profesionales, en vez de su colaboración, lo que se traduce en una disminución de la calidad asistencial. Además, el derecho de elección de médico de familia y pediatra ya existe dentro del Área de salud (RD 1575/93).
- 6) Pérdida de confidencialidad de la información sobre la salud y enfermedad de las personas por el sistema de información privatizado y centralizado con el que este proyecto cuenta.
- 7) Ignora, desde su propio diseño y concepción, los objetivos, recursos y planes de salud necesarios para la población de la Comunidad de Madrid.
- 8) Anula y destruye la actual orientación y organización de la Atención Primaria, centrada en las necesidades de salud de la población atendida, la atención comunitaria, la accesibilidad y la cercanía geográfica a los usuarios, y la sustituye por criterios de mercado en los que prevalecen los aspectos económicos y la dispersión.
- 9) Deteriora la calidad asistencial y el desempeño profesional de los equipos de Atención Primaria sustituyendo la colaboración por la competencia, y el trabajo en equipo por el individualismo profesional.
- 10) Lesiona gravemente la equidad y los intereses sanitarios de los ciudadanos, especialmente de los más necesitados desde el punto de vista de la salud, al fomentar la selección adversa de los pacientes poco rentables (bajo este nuevo esquema), como son los enfermos crónicos, los ancianos y los pobres, que es la población más vulnerable desde el punto de vista de la salud y la menos interesada en elegir médicos y

centros lejanos y que lo que realmente necesita es cercanía y accesibilidad para solucionar sus problemas de salud.

- 11) Acaba con la atención comunitaria, los programas de promoción y prevención y centra toda la atención en los servicios asistenciales hospitalarios, ya de por sí masificados y alejados, por sus propias características, de la realidad y las necesidades sociosanitarias de los barrios.
- 12) En lugar de plantearse la necesidad de aumentar los recursos profesionales de la Comunidad de Madrid se plantea su disminución.
- 13) Impide la participación comunitaria y el funcionamiento de los consejos de salud.

En conclusión, se pretende introducir en nuestra comunidad un modelo puesto en marcha a comienzos de los noventa en Reino Unido y cuyo fracaso provocó su posterior retirada, suponiendo un paso más hacia la privatización completa de la AP y los servicios sanitarios públicos.

Esta ley, además, acabará con los valores que caracterizan a la AP, que han hecho que sea valorada entre las mejores a nivel internacional, como son la equidad, la accesibilidad o la continuidad asistencial.

Por otro lado, impide una serie de actuaciones para garantizar “el buen uso” y la eficiencia de los servicios, como son la coordinación entre AP especializada o la planificación por necesidades e incrementará las desigualdades entre centros, áreas y personas (desechando siempre los menos rentables económicamente).

La ley todavía está pendiente de la aprobación del reglamento que la desarrolle, pero este proyecto de reglamento no presenta modificaciones de la misma y no corrige los defectos que hemos señalado.

Por otro lado se están poniendo en marcha iniciativas que

son complementarias y que están resultando un tremendo fracaso. La puesta en funcionamiento de un nuevo programa informático que, aparte de derivar dinero público a empresas privadas y de volver a poner más datos de salud en manos de éstas, supone un claro retroceso sobre el sistema actual por sus múltiples y frecuentes “caídas”, por su lentitud y las dificultades para identificar las TSI de los usuarios. Y además se ha concedido a una empresa privada la gestión de un macrocentro de citas centralizadas para toda la comunidad con evidentes problemas de pérdida de confidencialidad y de dificultades de adaptación de las citas a la realidad cambiante y compleja del funcionamiento del sistema sanitario.

En resumen, desde la Comunidad de Madrid, desde hace tiempo, se vienen tomando decisiones que suponen el deterioro y desmantelamiento de la AP. Es necesario y urgente un cambio de rumbo que suponga:

- Aumento de los presupuestos sanitarios dedicados a AP.
- Incremento de recursos profesionales para asegurar unas ratios de profesional por habitante que permita una atención de calidad y sin demoras.
- Derogación de la ley de libre elección y redacción de una nueva ley que establezca la libre elección en unos márgenes que la hagan compatible con el buen funcionamiento de la AP.
- Establecer una zonificación basada en áreas de salud con un tamaño adecuado para asegurar una buena coordinación e integración de servicios (no superior a 400.000 habitantes).
- Paralizar/revertir las privatizaciones para mejorar el funcionamiento de la AP y consolidar su carácter de servicio público.

Nuevo modelo de Salud Mental en la Comunidad de Madrid

Después del fracasado Plan Estratégico de Salud Mental 2003-2008, se ha presentado el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 que surge con un año de retraso y utiliza gran parte del abortado plan 2009-2011. Un nuevo plan que ya ha sido criticado por sindicatos, colectivos profesionales, asociaciones de vecinos y asociaciones de enfermos de salud mental por considerarlo como “papel mojado” e incluso ha sido tildado de “un sueño diurno, la fantasía necesaria para poder sobrevolar la realidad que imponen los nuevos modelos de gestión, la entrada en vigor del Decreto de Área Única y la integración de los Servicios de Salud Mental de distrito en las Gerencias de los hospitales”.

En la Comunidad de Madrid se crea un nuevo marco sanitario tras el Decreto de Libre Elección y Área Única (presentado el 18/11/2009), donde se establece que los centros de salud mental que estén adscritos al SERMAS pasan a depender de las Gerencias de Atención Especializada (AE). Algunas gerencias de AE ya han respondido que no tienen presupuestos económicos suficientes como para hacerse cargo de todo el personal, mantenimiento y logística de los centros de salud mental.

El nuevo modelo nos ofrece una organización centrada en lo hospitalario. El modelo hospital centrista que se pretende implantar supone que las labores de coordinación y el trabajo en red sean muy difíciles de realizar (imposibles si se eliminan las áreas sanitarias) al abarcar cada hospital de referencia varios distritos. Cabe decir que el modelo comunitario funciona con el centro de salud mental como base, en coordinación con una red de profesionales con funciones diferenciadas y con vías de comunicación ya establecidas (reuniones con los profesionales que trabajan en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, con los equipos educativos, con los médicos

de Atención Primaria, con los centros de rehabilitación...) dentro de cada distrito y área sanitaria. La atención hospitalaria se contempla únicamente como una necesidad coyuntural, limitada a situaciones en las que el abordaje ambulatorio resulta imposible y hasta que éste pueda retomarse.

Este tipo de organización conlleva un riesgo de medicalización eludiendo la atención de los aspectos psicosociales de toda patología mental y las deficiencias en la atención a los pacientes con patologías mentales graves. Al desmantelarse el modelo comunitario, incrementará la probabilidad de que no se detecten situaciones de descompensación, aumentando así el riesgo de suicidio, violencia de género, marginalidad social, entre otras. La continuidad de los cuidados quedará dañada gravemente, al no existir coordinación con los recursos a los que se derivaría el paciente.

Es una hipocresía pensar que poder elegir profesional garantiza la elección del “mejor” profesional. En Salud Mental, como en el resto de las especialidades sanitarias, el éxito de una intervención lo es como resultado de un trabajo de equipo. Personal sanitario y no sanitario. Aunque sólo sea uno el profesional que trabaje directamente con un paciente, detrás de ese trabajo hay una decisión de equipo consensuada y garantizada por unos programas homogéneos. Un equipo formado, especializado, estable y coordinado es la mejor garantía de una buena intervención.

En los dos últimos años se han perdido más de 50 profesionales en Salud Mental y la Consejería de Sanidad de la CM ha incrementado, notablemente, sus políticas privatizadoras. Se nos intenta engañar argumentando que supondrá una mejor sanidad, más eficiente, pero es obvio que el único interés de la empresa privada será la obtención de beneficios económicos a través de la reducción de personal sanitario y no sanitario, sobre todo en los psicólogos clínicos, personal de enfermería y trabajadores

sociales, reduciendo la oferta terapéutica y perdiendo asesoramiento y ayuda. Todo esto repercute también en una pérdida de derechos laborales y una disminución de la calidad asistencial.

Conviene recordar

Cabe destacar que los exponentes y referentes que la sanidad madrileña debe tener presentes son, en primer lugar, la Constitución Española que en su art. 41 establece que: “Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos”. Es intolerable que la Administración esté cediendo la potestad de dirigir y gestionar los servicios de salud a multinacionales. Un modelo basado en la competencia entre centros, y la medición de la atención desde parámetros fundamentalmente económicos.

En segundo, la Ley General de Sanidad, que en su artículo 20 garantiza a los españoles una atención pública a la salud mental basada en el modelo comunitario: “Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

- 1) La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.
- 2) La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran, se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
- 3) Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención

integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

- 4) Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general”.

En los últimos años se ha ido imponiendo en Europa un modelo organizativo para la atención a la salud mental, el denominado Community based mental-health model. Numerosos estudios muestran que, a igualdad de gasto, el modelo comunitario es más eficaz, mejora más la calidad de vida y produce una mayor satisfacción en los usuarios y sus familiares que la asistencia en el hospital psiquiátrico. En nuestro país, el modelo de psiquiatría comunitaria está respaldado por la Ley General de Sanidad, (14/1986, de 25 de abril), por el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) y por la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, aprobada el 11 de diciembre de 2006 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Salud pública

Hace apenas dos años que el Gobierno del Partido Popular de la Comunidad de Madrid decidió unilateralmente, mediante el Decreto 22/2008, del 3 de abril, suprimir la estructura de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación y la eliminación del Instituto de Salud Pública de la CM, lo que dejó a nuestra región sin un servicio que a lo largo de los años había demostrado su competencia en la prevención y el cuidado de la salud de la población, y situó a nuestra comunidad como la única que carecería a partir de este momento de este esencial servicio. Un proceso de degradación del papel social y pérdida de influencia de las políticas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud dentro de nuestro sistema de salud, en particular, y de las políticas públicas, en general.

Esta decisión se ha tomado desoyendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y dando la espalda a la tendencia imperante en las naciones europeas socialmente más avanzadas, así como en las demás comunidades autónomas, que disponen de este tipo de organismos de coordinación.

La Dirección General de Salud Pública había servido, entre otras, para fomentar la evaluación de riesgos y la educación para la salud, unir en la misma organización a los servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, junto con los de epidemiología y los de sanidad ambiental, salud laboral e higiene alimentaria y, en definitiva, para fomentar la salud pública como un instrumento de transformación de la sociedad, mejora de su calidad de vida y protección de los más vulnerables.

Las consecuencias de esta medida se han reflejado de manera más notable con la epidemia del año pasado del virus H1N1, ya que ante la emergente epidemia y los casos de afectados que aparecieron en nuestra comunidad, se puso de manifiesto lo inadecuado y temerario de

esta decisión política que eliminó un servicio público esencial y para la que no se dieron explicaciones ni argumentos de peso en ningún momento por parte del gobierno de la CM.

Éstos, tan críticos usualmente con las actuaciones ministeriales, guardaron silencio y, ante la falta de herramientas en salud pública regional que ellos mismos provocaron, delegaron todas las decisiones referentes a esta emergencia sanitaria en ellos. Las únicas instrucciones recibidas por los profesionales de la Sanidad pública madrileña procedentes de la Consejería fueron notas simples y generalidades que derivaban a éstos a páginas y departamentos de instituciones ministeriales o de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Afortunadamente, se trató de una epidemia benigna, pero de no haberse tratado así, los ciudadanos madrileños hubieran estado desprotegidos debido a la incompetencia de los responsables de la Consejería, ya que éstos mantienen una política sanitaria más dirigida al economicismo incontrolado que a proteger la salud de la población.

Respecto al virus VIH-SIDA, la desaparición de esta visión más integral y social de la salud comprendió un enorme riesgo para la filosofía y estrategias comunitarias de prevención y transmisión del virus, así como la atención integral de las más de 34.000 personas afectadas en la CM.

La salud pública no puede convertirse en una mercancía ni ser rentable, por eso desaparece, poco importa que la Sanidad madrileña esté peor preparada para enfrentarse a las amenazas epidémicas, que existan menos garantías de que los alimentos que comemos sean higiénicos y seguros, esté peor informada sobre los riesgos para la salud, que sea más fácil ocultar los graves efectos de la contaminación ambiental sobre la salud producida por el tráfico de la CM, que sea más fácil para los promotores y constructores desentenderse de los efectos sobre la salud que implican sus obras, más fácil que el ambiente no esté

controlado y sea fuente de enfermedades, que los centros de trabajo sean menos higiénicos, que los más vulnerables frente a la enfermedad estén peor protegidos, que la enfermedad, la discapacidad y la muerte se sigan distribuyendo de forma diferente según el nivel socioeconómico, etc.

La salud de los ciudadanos madrileños está en serio peligro, ya que con esta medida nos encontramos ante un paso más de destrucción y privatización de nuestro sistema sanitario.

Política farmacéutica

El gasto farmacéutico por habitante de la Comunidad de Madrid se sitúa tradicionalmente en uno de los más bajos del país gracias a que hace años se realizó una política bastante efectiva de promoción de la prescripción de medicamentos genéricos y a que el crecimiento de población se ha realizado a expensas de la inmigración, lo que supone personas más jóvenes y con menos problemas de salud.

No obstante, hay que destacar algunas tendencias preocupantes:

- La primera es que, en los últimos años, el crecimiento del gasto farmacéutico está siendo superior en Madrid al que se produce en el conjunto de las CCAA (en 2009 el gasto creció en Madrid un 5,22% frente al 4,47% del total) y ello a expensas de un mayor crecimiento en el número de recetas (6,03% frente al 4,94%).
- La segunda es que Madrid ha pasado de ser la primera comunidad autónoma en la utilización de genéricos a situarse en el tercer lugar, que, aunque todavía sigue estando claramente por encima de la media, pudiera indicar un cierto estancamiento en su utilización.
- La última y más llamativa es que el presupuesto aprobado para 2010 incluye una disminución en el gasto farmacéutico del -1,05% sobre lo presupuestado para 2009, que como suele ser habitual fue superado por el gasto real, nada menos que en 20 millones de euros. Así se está presupuestando para 2010 un gasto farmacéutico 32 millones de euros inferior a lo gastado en 2009, lo que si se tienen en cuenta las consideraciones anteriores es prácticamente imposible que se cumpla.

La calidad de la prescripción no está bien estudiada, ni existen datos públicos sobre la misma en la Comunidad de Madrid. Con todo, lo que se conoce pone en evidencia que es manifiestamente mejorable.

El gasto farmacéutico hospitalario es un gran desconocido porque las Administraciones sanitarias no suelen informar sobre el mismo. No obstante, se calcula que está experimentando un crecimiento que dobla el del gasto farmacéutico por recetas. En 2009 se estima que el total del gasto hospitalario fue en torno al 30% del gasto farmacéutico total. En este crecimiento influyen tanto la aparición de nuevos fármacos para enfermedades muy graves (oncológicas, etc.) que son más caros como el hecho de que se hayan aumentado las especialidades denominadas “fármacos de diagnóstico hospitalario” que son dispensadas por las farmacias hospitalarias.

En resumen, Madrid tiene:

- Un gasto farmacéutico por habitante discreto.
- Un crecimiento del gasto farmacéutico por encima de la media.
- Estancamiento en el porcentaje de genéricos.
- Importante gasto farmacéutico hospitalario.

Propuestas para mejorar la sanidad de la Comunidad de Madrid

El resultado de la política del PP en la sanidad madrileña ha producido al final una subfinanciación del sistema sanitario, una insuficiencia de recursos materiales y profesionales (camas hospitalarias, médicos y profesionales de enfermería, etc.), además de un galimatías de modelos, con una información inexistente y nula transparencia por lo que no existe ninguna evaluación de los llamados nuevos modelos y sólo es constatable una privatización sistemática y progresiva del sistema sanitario y un deterioro de la red pública.

En esta coyuntura, desde la **Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid** creemos que son necesarias las siguientes medidas para responder a las necesidades de salud de la población:

- 1) Aumento de la financiación pública de la Sanidad madrileña para situarnos en el promedio sobre el PIB de la región, lo que supondría un incremento de 3.300 millones de euros, lo que podría realizarse en un plazo de tres años, y de manera inmediata, al menos, homologarnos con el promedio de presupuesto por habitante de las CCAA, lo que supondría un incremento presupuestario de 300 millones de euros para 2010.
- 2) Elaboración de un Plan de Salud de la Comunidad de Madrid que evalúe las necesidades de salud de la población y los recursos necesarios para su atención.
- 3) Derogación de la Ley de Área única y establecimiento de nuevas áreas de salud que no superen los 300.000 habitantes.
- 4) Reformar la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM) en los siguientes aspectos:
 - Asegurar el carácter público en la financiación, gestión y provisión de la sanidad madrileña.

- Crear una red sanitaria pública única de la Comunidad de Madrid.
- Fijar el papel subsidiario de los centros sanitarios privados.
- Implantar sistemas de acreditación y control de los centros privados para garantizar la calidad de sus prestaciones.
- El compromiso con la Estrategia Salud 21 de la Organización Mundial de la Salud, fomentando la prevención y promoción como bases del sistema de salud.
- Establecer demoras máximas en la atención sanitaria: un día en Atención Primaria, 15 en la consulta del especialista, y demoras quirúrgicas según patología. Derogación de la normativa actual sobre listas de espera garantizando la contabilidad de las mismas desde el día en que se realiza la indicación y garantía de publicidad de las mismas.
- Desarrollar la red de salud pública, organizando un dispositivo propio con coordinación con Atención Primaria y Especializada.
- Desarrollar una red de atención sociosanitaria pública en la Comunidad de Madrid.
- Establecer mecanismos reales de participación social y profesional en la gestión y control del sistema sanitario.
- Establecer una política de recursos humanos que fomente el desarrollo profesional, potenciando la estabilidad en el empleo, la carrera profesional y la dedicación exclusiva.
- Dedicar a investigación al menos un 1% del presupuesto sanitario.
- Establecer garantías de la confidencialidad e intimidad de los datos de la documentación clínica.

5) Detener el proceso de privatizaciones y realizar la

recuperación e integración para el sistema sanitario público de las fundaciones, empresas públicas, los centros semiprivados (PFI) y de las concesiones administrativas. Mientras se realiza ésta es preciso un estricto control del cumplimiento por parte de las empresas privadas de los contratos existentes.

- 6) Adecuar los recursos sanitarios a las necesidades de salud, para lo que es preciso:
- Dotación de camas hospitalarias para alcanzar las 5/1.000 habitantes, lo que supone un incremento de 5.000 camas hospitalarias.
 - Incrementar los recursos de Atención Primaria en 600 profesionales de enfermería, 400 médicos generales, 400 administrativos y 60 pediatras.
 - Ampliar la red de salud mental: incrementar las unidades psiquiátricas de hospitalización, poner en funcionamiento 34 equipos de salud mental con dotación adecuada (9 psiquiatras y 8 psicólogos/1.000 habitantes) y redes específicas para rehabilitación y atención de niños y ancianos.
 - Cobertura de planificación familiar e IVE en la red sanitaria pública.
 - Red de cuidados paliativos que cubra al 100% de la población.
 - Unidades geriátricas en todas las Áreas de salud.

Todas estas medidas estimamos son imprescindibles para garantizar una atención sanitaria de calidad a la población madrileña y para frenar el deterioro del sistema sanitario público de la comunidad, lo que es fundamental en un momento de grave crisis económica en el que el sistema sanitario público es más que nunca un garante de la protección del derecho a la salud.

**Asociación para la Defensa de la Sanidad
Pública de Madrid**

Julio de 2010