



INFORME SOBRE LA SANIDAD EN LA COMUNIDAD DE MADRID (julio 2009)

Índice

- 1. Situación general de la Sanidad Pública en la Comunidad de Madrid**
- 2. La evolución poblacional, los recursos financieros y asistenciales existentes y los necesarios**
- 3. La atención hospitalaria y especializada en la CM.**
- 4. Situación de la Atención Primaria en la Comunidad de Madrid**
- 5. La Salud Pública en la Comunidad de Madrid**
- 6. La opinión de los ciudadanos: la sanidad madrileña en el Barómetro Sanitario 2008**
- 7. Conclusiones**
- 8. Propuestas de mejora**

1. Situación general de la Sanidad Pública en la Comunidad de Madrid

Se puede considerar de la aplicación local de las políticas económicas e ideológicas del neoliberalismo a la sanidad pública y que se caracterizan por:

- PRIVATIZACIÓN DEL SECTOR PÚBLICO
- DISMINUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO
- DESMANTELAMIENTO DEL ESTADO DEL BIENESTAR
- INTRODUCCIÓN DEL MERCADO Y LA LIBRE COMPETENCIA
- AUMENTO DE LA BENEFICIENCIA
- RECHAZO A LA PLANIFICACION Y LA PREVENCIÓN.

En lo concreto, la situación actual de la Sanidad Pública en la Comunidad de Madrid es el resultado intermedio de los planes de **desmantelamiento premeditado y a plazos** de este servicio insertado en la **estrategia privatizadora** de los Servicios Públicos de Madrid impulsada por el gobierno del Partido Popular.

La situación de partida

Hasta el año 2002 en el que se producen las transferencias sanitarias era referencia para el resto del país, poseía unas adecuadas instalaciones y profesionales con un gran prestigio social.

Su funcionamiento se basaba, y aun lo hace en gran medida, en las siguientes características:

- Busca cubrir necesidades de salud y rentabilidad social.
- Cobertura universal y equitativa.
- Financiado vía impuestos y gratuito en el momento del uso
- Gestión y provisión públicas
- Con un fuerte carácter redistribuidor: mas para los que mas lo necesitan.

Sin embargo, desde entonces las políticas seguidas por el gobierno del Partido Popular han ido erosionando esta situación y en el momento actual se han producido diversos procesos de desmantelamiento y privatización que han ido ganando intensidad y extensión y que en el momento actual están tensionando fuertemente a la Sanidad Pública de la CM y acercándola peligrosamente a formas generalizadas de gestión y provisión privadas.

El escenario actual

Las políticas antes descritas han conducido a una situación definida por

- Inexistencia de un plan de Salud creíble: pues lo que actualmente así se denomina por parte de la Consejería de Sanidad no es un plan de salud, sino los restos de previos
- Acentuado aumento de la insuficiencia financiera.

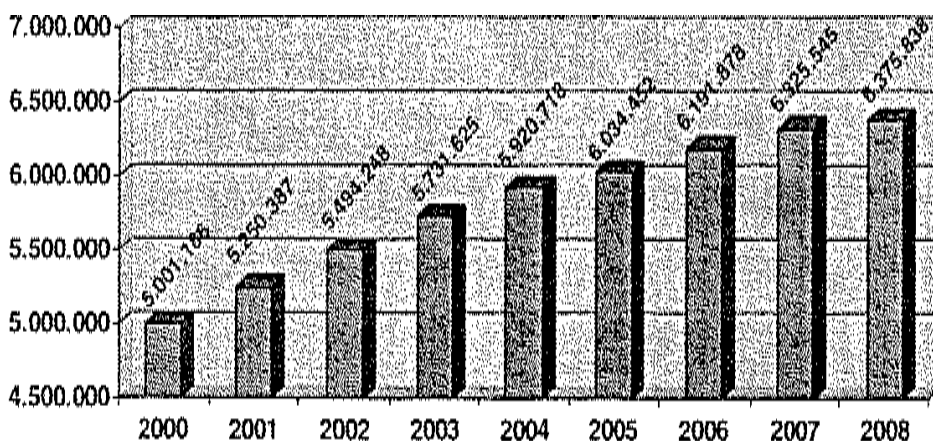
- Destrucción organizativa e introducción del mercado y la competencia :
Nuevos hospitales y proyecto **Área única de Salud**

Como consecuencia asistimos a un escenario caracterizado por:

- Falta de inversión en lo público y derivación de recursos hacia la privada: descapitalización y mercantilización.
- Fuerte tendencias hacia la ausencia de planificación y destrucción organizativa (Área única) .
- Masificación y Listas de espera
- Desaparición de valores propios de los publico y sustitución de los mismos por los del mercado y la libre empresa:
 - competencia versus colaboración para los profesionales
 - Intentos repetidos por parte de la Administración regional para convertir a los ciudadanos y a los pacientes en **consumidores** de servicios y **clientes** de los mismos
- Nula participación de ciudadanos o profesionales en las decisiones o en la organización.

2. La evolución poblacional, los recursos financieros y asistenciales existentes y los necesarios

Como se observa en el cuadro siguiente la población en la comunidad de Madrid ha aumentado de manera muy importante en los últimos años, en cifras redondas un millón mas de personas en aproximadamente 6 años



Fuente: Comunidad de Madrid.

Sin embargo, esto no ha sido acompañado por el incremento de recursos financieros ni asistenciales necesario. En las tablas siguientes se dan algunos datos que muestran nuestra situación en cuanto a recursos respecto a otras CC. AA, y el incremento **mínimo** de recursos necesario para igualarnos a la media.

Tabla 1. Panorama general de la situación de recursos asistenciales actual en la Comunidad de Madrid respecto al conjunto del Estado.

	Madrid	Media CC.AA	Diferencia
*Presupuesto sanitario per capita 2009 (€)	1.135	1.351 €	-19 %
Médicos del SNS por 1000 habitantes	2	2,26	-13 %
Enfermeras del SNS por 1000 habitantes	2,9	3,43	-18,3 %
Camas por 1000 habitantes	3,46	3,63	-4,9 %

*Corregido según padrón de habitantes INE 2009
Fuente: Ministerio Sanidad y elaboración propia

Tabla 2. CCAA Presupuesto per capita 2009*

CCAA	Presupuesto per capita 2009
Andalucía	1215,62
Aragón	1451,12
Asturias	1354,30
Baleares	1217,33
Canarias	1364,05
Cantabria	1381,57
Castilla y León	1335,34
Castilla la Mancha	1381,70
Cataluña	1282,39
Comunidad Valenciana	1158,63
Extremadura	1580,84
Galicia	1366,25
Madrid	1170,56
Murcia	1299,17
Navarra	1490,67
País Vasco	1607,34
La Rioja	1445,47

*Con datos de padrón de habitantes INE 2008

Como conclusiones a este respecto puede decirse que:

- Los presupuestos de la CM para 2009 representan una subida del 2,6% para Sanidad, es decir están por debajo de la inflación, suponiendo por lo tanto una disminución en términos reales de los mismos.
- Como se observa en los cuadros anteriores la Comunidad de Madrid tiene unos presupuestos sanitarios per capita comparativamente muy bajos, los penúltimos de todas las CCAA, y que estos presupuestos han sido los responsables de parte de las insuficiencias sanitarias de la Comunidad de Madrid.
- Por otro lado la manía privatizadora de la Comunidad de Madrid ha derivado cantidades crecientes de estos presupuestos hacia las empresas privadas y se ha embarcado en operaciones como las de los nuevos hospitales y la cesión de recursos a la empresa privada (laboratorios, locales, etc.) que agravan aun más los gastos de la sanidad madrileña.
- Es bien conocido que la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid esta en una situación prácticamente de quiebra: demoras en el pago a los proveedores de hasta 6 meses, problemas con el pago de las nominas, congelaciones de plantillas, anulación de los planes de necesidades de los hospitales, etc. Estos presupuestos no hacen sino agravar esta situación.
- Aunque es obvio que existe una crisis económica, no lo es menos que la respuesta del gobierno de Madrid empeora la situación y evidencia su falta de sensibilidad social
- por tanto para igualarnos a la media sería necesario, al menos:
 - **Incrementar el presupuesto sanitario en 1.011,48 millones de € en euros constantes.**
 - **Aumentar el nº de médicos del sistema público en 1.560.**
 - **Incrementar el nº de profesionales de enfermería en 3.180.**
 - **Mejorar los recursos de las áreas administrativas**
 - **Aumentar en 1.200 las camas hospitalarias**

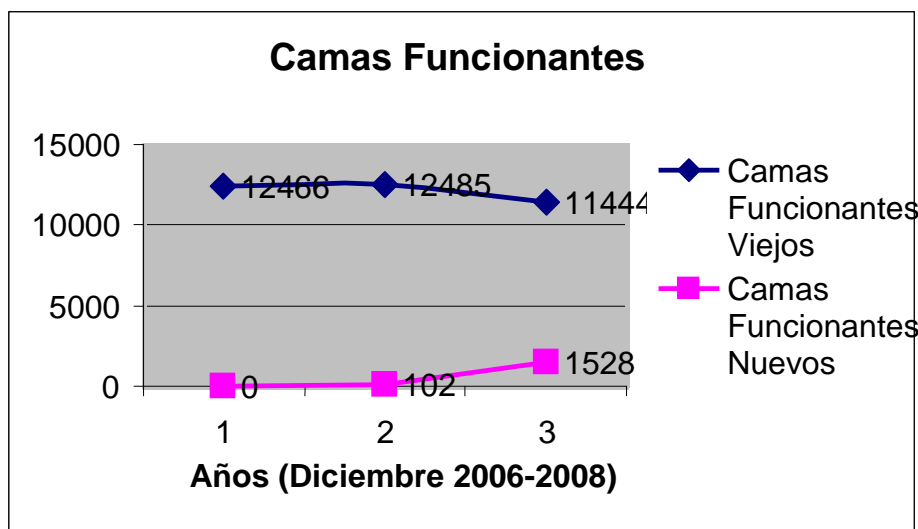
3. La atención hospitalaria y especializada en la CM.

Actualmente la situación de la atención en los hospitales en la Comunidad de Madrid esta determinada por dos factores:

- la apertura de nuevos hospitales de gestión mixta o privada: H. del sureste, Valdemoro....
- el deterioro y el desmantelamiento progresivo de los hospitales y centros de especialidades tradicionales de gestión y provisión totalmente publica: La Paz, Doce de Octubre

- la progresivamente mayor insuficiencia general de recursos asistenciales y camas con su correlato de masificación y listas de espera crónicas y crecientes.

En el cuadro siguiente se aprecia la evolución del número de camas seguido en los últimos años.



Como se ve se van cerrando camas funcionantes en los hospitales tradicionales a la par que se abren en los nuevos hospitales, sin embargo el resultado neto es de una ratio progresivamente menor por habitante, de manera que en el año 2006 la disponibilidad media durante el año en la red pública de la Comunidad de Madrid de camas funcionantes era de 2,077/1000 habitantes y en 2008 de 2,068/1000 habitantes (con datos poblacionales del INE).

En estos años se han producido importantes cambios en la atención hospitalaria de la sanidad pública madrileña que podríamos resumir en:

- ➊ POTENCIACIÓN DE CAPIO
 - área de 500.000 hab. distrito centro
 - área de 160.000 hab. Valdemoro
 - área del distrito de Moncloa 150.000 hab.
 - Utilización de los centros de especialidades de Pontones y de Quintana
- ➋ Construcción
 - 7 hospitales modelo PFI
 - 1 concesión administrativa (Valdemoro)
 - Externalización de todos los servicios no sanitarios
- ➌ Empresa pública de radiología
- ➍ Empresa de informática
- ➎ Nuevo laboratorio (Ribera-Salud)

3.1 Los nuevos hospitales

Se caracterizan por:

- Una mayor insuficiencia en el número de camas que ofrece a su población de referencia: en ningún caso superan 1,5/1000 habitantes.
- Estructuras inadecuadas: Inexistencia servicios respecto a los tradicionales: laboratorio de análisis y hematología, radiología.
- Realmente son más similares a centros de urgencias con camas de corta estancia y limitaciones asistenciales para patologías complejas o con necesidades de recursos diagnósticos sofisticados (sala hemodinámica, quemados, trasplantes, etc.)
- Plantillas reducidas e insuficientes.
- Gestión y dependencia mixta público-privada lo que origina graves problemas a la hora del funcionamiento coordinado
- Su apertura ha provocado el cierre de camas de los hospitales públicos tradicionales: unas 100 al mes (ver arriba).
- Su funcionamiento está muy lastrado por estas insuficiencias, lo que les obliga a derivar un importante porcentaje de enfermos a los hospitales de referencia, que son en esencia los actuales, con lo que no se habrá mejorado nada o casi nada, en la práctica.

En los cuadros siguientes se muestran algunos datos respecto a estos nuevos hospitales

Características de los nuevos hospitales



- 1 por cesión administrativa (CAPIO)
 - Pago de una cuota por la población asignada
- 7 construidos por el sistema PFI (iniciativa de financiación privada)
 - Externalización de todos los servicios no sanitarios
 - Canon
 - alquiler de las infraestructuras
 - Pago por los servicios no sanitarios
 - Concesión administrativa
 - cuota por paciente atendido
- centralización y gestión privada de:
 - Análisis clínicos
 - Informática
 - Radiología

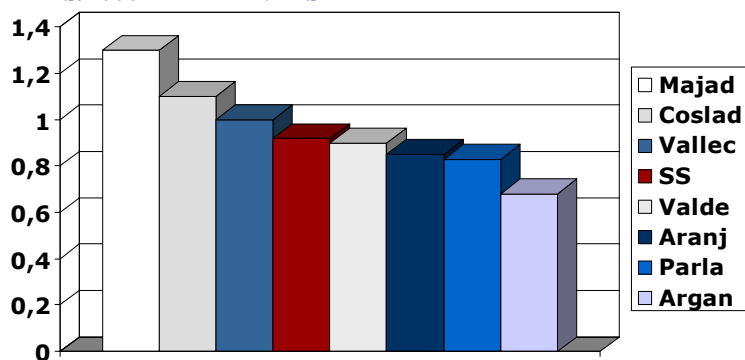
Nuevos hospitales

Nuevo hospital	Número camas	Camas/1000 hab.
Majadahonda	794	1,32
Vallecas	324	0,76
Parla	180-276	0,83
Aranjuez	60-115	0,85
Coslada	187-240	1,10
Arganda	110-148	0,68
Hospital del Norte	230-350	0,92
Valdemoro	133-169	0,90

Como se ve, en todos los casos por debajo de la media de la Comunidad de Madrid que se sitúa alrededor de 2,1 camas /1000 habitantes).

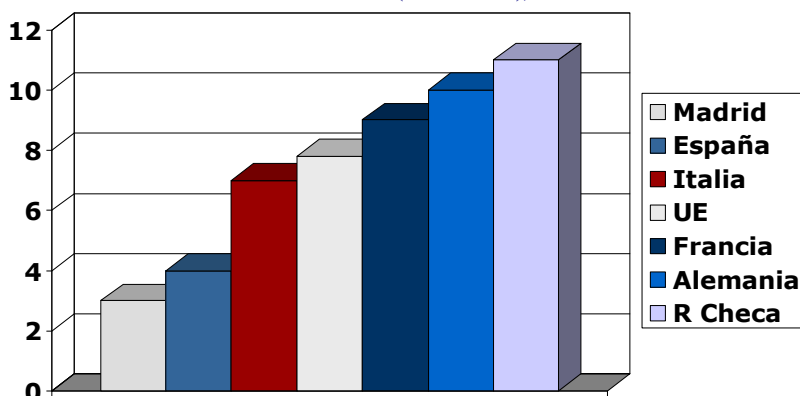
La "oferta" de los nuevos hospitales: ratios de camas muy insuficiente.

CAMAS/1000 HABITANTES



Situación respecto a otros ámbitos

CAMAS/1000 HABITANTES (EUROPA)



Precio de los nuevos hospitales

Hospital	Costes obra (1)	CANON alquiler 2008 (1)	Costes 30 años (1)(aproximado)	propietarios
Aranjuez	58	9,7	300	Hispanica
Arganda	63	10,7	330	FCC, caja madrid
Coslada	93	16	480	Sacyr vallehermoso
Majadahonda	250	45	1350	Dragados
Norte	114	20	600	Acciona
Parla	84	15	450	Sacyr vallehermoso
Valdemoro	72	25	990	Apax partners
Vallecas	107	16,8	510	Begar, ploder
Total	701	158,2	5.010	

(1) millones de euros

EL EJEMPLO DEL HOSPITAL DE PARLA (180 Camas)

1.- Pago total (Hasta 2037).....	413.772.000 Euros
2.- Coste de la construcción.....	71.987.000 “
3.- Pago anual.....	13.792.400 “
4.- Pago anual por 2.....	2.399.567 “
5.- Pago anual por serv. no sanitario	11.392.833 “
6.- Tiempo para amortizar	6 años

HOSPITAL CRUZ ROJA (180 Camas, público)

7.- Pago anual por serv. no sanitario.	3.364.000 Euros
8.- Diferencia (5 - 7).....	8.028.833 Euros
9.- $5 : 7 =$	3,37 veces más caros por Servicios no sanitarios.


Consecuencias:

Se hipoteca el desarrollo de infraestructuras sanitarias pues

- La concesión PFI o a Capió es a 30 años
- El pago es mensual
- Tienen un coste 6-7 veces superior a la construcción por la Administración Pública, según datos del Reino Unido (4-5), debido a:
 - Intereses mayores de préstamos
 - Lucro de accionistas
 - El ánimo de lucro predispone al fraude

En definitiva: **Cada año** se paga en concepto de “canon” lo que costaría hacer y dotar un nuevo hospital si se hiciera de forma directa por parte de de la Administración, a la manera en que se han construido los tradicionales.

Plantillas nuevos hospitales



Hospital	Médicos /1.000 habitantes	Enfermeras /1.000 habitantes	Personal sanitario /1.000 habitantes
Vallecas	0,55	1,07	1,86
Sur	0,46	1,14	1,99
Tajo	0,68	1,7	3,06
Henares	0,67	1,69	2,96
Sureste	0,63	1,16	2,08
Norte	0,73	2,47	2,56
Mostoles (Tradicional)	1,4	4,5	

Como se observa en el cuadro, las plantillas de los nuevos hospitales son muy inferiores a las de un hospital tradicional como el de Mostotes que se incluye para comparación.

La eficiencia asistencial de estos nuevos dispositivos

A pesar de que la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid presentó en su Balance 2008 una pretendida mejora en la asistencia especializada y sostiene empecinadamente que la atención especializada en la Comunidad de Madrid ha mejorado de manera espectacular gracias a la apertura de los nuevos hospitales, la realidad es bien diferente.

En la tabla siguiente se han recogido los ingresos, consultas, urgencias atendidas e intervenciones quirúrgicas de la Sanidad Pública madrileña por 1.000 habitantes realizadas en los años 2007 y 2008, en el conjunto de la Sanidad Pública madrileña (es decir considerando el total de los hospitales públicos “nuevos y antiguos”) utilizando

solo los datos facilitados por la Consejería de Sanidad de Madrid, a pesar de que es muy probable que hayan sido convenientemente “maquillados”

	2007	2008
INGRESOS Por 1.000 habitantes	75,28	75,17
CONSULTAS Por 1.000 habitantes	1677,42	1666,02
URGENCIAS Por 1.000 habitantes	401,78	413,52
INTERVENCIONES QUIRURGICAS Por 1.000 habitantes	58,19	58,23

Se puede evidenciar que no ha habido cambios relevantes en las tasas por 1.000 habitantes, ni en cuanto a los ingresos, ni a las consultas ni a las intervenciones quirúrgicas y solo un pequeño aumento en las urgencias atendidas lo que es lógico ya que se han incrementado los puntos de urgencia hospitalaria (nuevos hospitales). Es decir que se ha trasladado una parte de la actividad desde los hospitales antiguos a los nuevos sin que se haya producido un incremento global. Ello explica que las demoras en consulta externa, en intervenciones quirúrgicas y que los colapsos en la hospitalización ante cualquier pico de la demanda (por ej la gripe) continúen igual.

Es evidente que se ha desaprovechado una oportunidad de un incremento significativo de los recursos asistenciales con la apertura de unos nuevos hospitales de tamaño diminuto que a duras penas consiguen absorber el incremento de población del último año y que continúan situando a la sanidad madrileña en uno de los últimos lugares en cuanto a recursos hospitalarios por habitante del conjunto del país.

El Impacto sobre la red pública actual

- Cierre de camas y disminución de recursos asistenciales en los hospitales tradicionales.
- Cierres de ambulatorios de especialidades (Coslada, Aranjuez) y traslado de la asistencia a los nuevos hospitales.
- Utilización privada de centros públicos: CEP de Pontones y Quintana
- Traslado del bloque quirúrgico del Hospital Virgen de la Torre a Vallecas
- Pérdida de trabajo de los laboratorios : derivación hacia la privada
- Desaparición Planes de Necesidades en los centros sanitarios
- Externalizaciones masivas en todos los centros sanitarios tradicionales
 - Laboratorios
 - Almacenes y distribución
 - Documentación clínica y administrativa
 - Mantenimiento integral
 - Lavandería
 - Esterilización
 - Limpieza
 - Alimentos/Restauración
 - Residuos urbanos
 - Transporte interno-externo y gestión auxiliar
 - Apoyo administrativo, recepción y centralita
- Concurso de reordenación de efectivos, es decir el pretendido aumento en el número de plazas hospitalarias: mas de 5000 según la Consejería se ha quedado en realidad en una disminución de trabajadores sanitario de alrededor de 2000 (según datos de la altas en Seguridad social) y en realidad lo que ha habido es un traslado dentro del Servicio Madrileño de Salud y una no cobertura de las vacantes en los centros tradicionales
- Pago inicial por parte de los centros antiguos de las plantillas de los nuevos centros a través de la figura de la comisión de servicios.
- Jefaturas nombramientos libre designación: afinidad política sin tener en cuenta los curriculum y sin tribunal alguno
- Anulación concurso facultativos
- Coacción por parte de la Consejería de Sanidad para que el personal sanitario de reciente incorporación lo haga en los centros nuevos.

En resumen, estamos asistiendo a la crónica de un desastre anunciado pues:

Cuando se planteó la construcción de los nuevos hospitales de la Comunidad de Madrid, algunos ya señalamos que se trataba de un verdadero desastre anunciado, porque el modelo elegido para ello (la iniciativa de financiación

privada, PFI según sus siglas en inglés) tenía una larga experiencia de fracasos en el Reino Unido y que existían numerosos estudios científicos que demostraban su inadecuación para la puesta en funcionamiento de hospitales, en ese momento el más reciente, de la Organización Mundial de Salud señalaba que era un modelo que generaba más problemas que ventajas.

Desgraciadamente por el empecinamiento de la Comunidad de Madrid ya tenemos nuestra propia experiencia, que ha sido peor incluso que la recogida en la bibliografía por los méritos propios de los responsables de la gestión sanitaria madrileña. Se podría resumir en los siguientes hechos:

Uno: Coste desproporcionado. La Consejería de Sanidad madrileña está pagando un canon anual por los hospitales de tal cuantía que cada año podría haberse construido con el mismo uno de ellos. Así en 8 años se podrían haber acabado de pagar unos hospitales que con la fórmula actual costarían más de 7 veces su precio real. Además con la crisis se da la paradoja de que la Administración Pública da dinero a los bancos, estos lo prestan a las constructoras y estas a la Comunidad de Madrid que devuelve el dinero que todos los españoles le damos a banca, pero después de pagar unos jugosos intereses: lo que se dice un negocio redondo.

Dos: una infraestructuras inadecuadas, tal y como ha quedado demostrado en el reciente informe de la inspección de trabajo. Los centros no han sido diseñados como hospitales y han premiado el diseño sobre la función que deben ejercer, y por eso unos edificios nuevos están llenos de problemas: señalización, puertas de socorro sin salidas, pisos deslizantes, estanterías sin anclajes, gestión inapropiada de residuos, etc.

Tres: personal y camas insuficientes. Los centros han nacido con una estructura de camas y de personal médico y de enfermería por 1.000 habitantes notablemente bajo, a lo que hay que sumar la escasez de personal de las empresas concesionarias. El resultado es un desastre asistencial, con una incapacidad permanente para asegurar una atención de calidad a la población asignada. Existen numerosas pruebas de ello, desde los problemas con ginecología en Arganda y Coslada hasta el reciente informe sobre las urgencias de Majadahonda. Los hospitales responden al esquema tradicional de los centros privados: mucha imagen y poco personal cualificado. Lógicamente su capacidad de respuesta ante problemas importantes está significativamente reducida

Cuatro: Poca capacidad de respuesta ante la presión asistencial, que se debe tanto a estas insuficiencias de dotación como al efecto de su apertura sobre los centros tradicionales (traslados de personal, cierres de camas, menos dotación económica, etc.). La realidad es que desde su apertura los nuevos centros han presentado problemas que les hacen incapaces de mejorar la atención sanitaria de los madrileños: pese a la propaganda oficial la actividad total del sistema sanitario madrileño no ha aumentado (se ha trasladado en parte de unos centros a otros), los nuevos centros tienen esperas prolongadas en consultas (hasta 174 días, numerosas agendas cerradas, etc.).

Cinco: Aumento de la privatización. Los laboratorios de los nuevos hospitales están privatizados, “casualmente” en manos de una empresa con la que tuvo relaciones uno de los directivos de la Consejería de Sanidad y que parece va a construir el próximo hospital en Torrejón. Claro está que ello se ha hecho disminuyendo el trabajo de los laboratorios públicos que antes atendían a esta población (se hace ineficiente lo público para seguir favoreciendo la privatización).

Seis: Problemas continuos en la relación entre las empresas públicas y las privadas en los nuevos centros, que fomentan la descoordinación, impide la normal reposición del material y que viene potenciada por la subcontratación que las empresas privadas hacen de los servicios que deben prestar (hasta 17 empresas han sido subcontratistas en uno de estos hospitales).

Siete: La incompetencia flagrante de los responsables sanitarios de la Comunidad de Madrid: es obvio que mucho de los problemas anteriores tienen que ver con el modelo elegido, pero otros solo se han producido en Madrid y están sobre todo relacionados con una gestión precipitada (había que abrir los hospitales antes de las elecciones, lo que finalmente no se consiguió aunque si se inaugurasen) y una falta total de planificación y una prepotencia que ha agravado los problemas. Un Ej.: la informática de los nuevos centros (naturalmente privatizada) es incompatible con la del resto de la red lo que aumenta la desconexión con la primaria.

Todos estos hechos son perfectamente demostrables y son “vox populi” por lo que han conseguido que la valoración de los nuevos centros sea la peor de la red hospitalaria pública y como efecto rebote el que sea la Comunidad de Madrid donde más se elegiría la Sanidad Pública porque hay ya la experiencia de lo que dan de sí los experimentos privatizadores.

3.2 La Lista de espera

La habitual lista de espera para especializada en la Comunidad de Madrid se ha disparado en los últimos tiempos a pesar de la propaganda de la Consejería y se han producido 2 hechos relevantes.

- Desde que la Comunidad puso en marcha el Plan Integral para la Reducción de la Lista de Espera Quirúrgica, en 2004- nunca ha habido tantos pacientes en la lista de espera global de Sanidad: 50.574 en Marzo de 2009.
- Nunca había habido tantos pacientes en lista de espera para operarse que rechazaran la primera opción que les ofrece Sanidad si esta es una clínica privada. A 31 de marzo de 2009 eran 16.576 y son el doble que hace tres años.

Es decir, que el compromiso de Esperanza Aguirre de no esperar más de 30 días para operarse se incumple de manera generalizada y los que en 2004 rechazaban el centro privado eran el 6,9% y ahora son el 32,8%.

Para agravar mas la situación han aparecido listas de espera de hasta 10 días en Pediatría y Medicina de Familia con lo que el “fenómeno” de la espera ya es un mal generalizado a todos lo niveles de la Sanidad Pública madrileña. Además, como es sabido, El Ministerio de Sanidad expulsó a Madrid del cómputo nacional de listas de espera por el *truco* del anestesista, con el la Administración madrileña intenta escamotear la apabullante realidad de las dilatadas esperas y la masificación asistencial.

4. Situación de la Atención Primaria en la Comunidad de Madrid

Aunque la Comunidad de Madrid ocupa el primer lugar de España en nivel de riqueza en términos económicos, la situación de la Sanidad Pública, y especialmente la de los servicios de Atención Primaria de Salud (APS/AP) están muy por debajo de la media de las 17 comunidades autónomas.

El número de médicos, enfermeras, y personal auxiliar que trabaja en los centros de salud de la región es desde hace años inferior al de la mayoría de la otras comunidades, al igual que los recursos diagnósticos-terapéuticos y la oferta de servicios ofrecidos a la población (Tabla1) según los datos del Mº de Sanidad.

La masificación de los centros de salud es la mayor de España (el número de cupos masificados es un 40% superior a la media), y su presupuesto de gasto es un 26% inferior a la media y está por debajo del 12% del total del gasto sanitario 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 resolutive de los mismos. Esta situación contribuye, entre otros factores, a incrementar la enorme presión que soporten 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%).

TABLA 1 Fuente: Datos 2007 SIAP. Mº Sanidad y Consumo y Presupuestos sanitarios CC.AA 2008

Servicios de Atención Primaria	Madrid	Media CCAA	Diferencia en %
Habitantes mayores de 14 años por medico general	1.571	1.426	10,2%
Habitantes menores de 14 años por pediatra	1.047	1.039	0,76%
Habitantes por enfermera de AP	1.968	1.658	18,7%
Habitantes por administrativo	4.407	3.091	42,6%
% de de médicos con más de 1.500 personas	65,9	47,2	39,7%
Gasto sanitario <i>per capita</i> en AP (€)	102	138,3	-26%
Porcentaje gasto sanitario total dedicado a AP	11,49	13,5	-14,8%

En las sucesivas evaluaciones realizadas por nuestra organización (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.

De manera que para situarnos en la media con el resto de las CC.AA ya en el 2007 hacía falta crear el siguiente número de plazas:

- 353 Médicos de familia
- 7 pediatras (además al menos un 20% de las plazas de pediatría ya existentes en este momento están vacantes, lo que supone unos 200 pediatras).
- 604 enfermeras
- 960 Auxiliares administrativos

La situación en 2008 y en 2009 ha ido a peor como lo evidencia el actual conflicto con las nuevas promociones de pediatras de los centros de salud a los que la Consejería de Sanidad pretende imponer una dedicación mixta hospital-centro de salud rompiendo aun mas el modelo y la continuidad asistencial en Atención Primaria.

La Propuesta 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 mas en el camino de la privatización y el desmantelamiento de la Sanidad Pública de la región, la Consejería de Sanidad lanzó en Febrero de 2009 el proyecto de Libre Elección y Área Única con la intención de abandonar definitivamente el modelo comunitario de AP creado por la Ley General de Sanidad y recomendado cada vez mas 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 y en el actual mes de Junio el Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid ha aprobado el Proyecto de Ley y su remisión protocolaria al Parlamento regional para su **imposición** a corto plazo en la región haciendo oídos sordos al sentir y la opinión de ciudadanos y profesionales, que ha generado un amplio rechazo y ha sido seguido por movilizaciones en su contra

El plan, 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 ciudadanos 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 mas 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 Consejería 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 solo se conocen 3 sistemas: cupos máximos (mas o menos la situación actual), pagos por los usuarios(copagos) y entonces sería la capacidad económica de estos la que primaría (quienes tengan muchos ingresos podrán en la practica 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 Publica y la consiguiente creación de un escenario que permita la privatización paulatina 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 a 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 ultimas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y se basan en políticas económicas neoliberales que son la causa de la actual crisis económica.

El proyecto de Área única de Salud de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid supone un retroceso y un deterioro en la asistencia sanitaria de la región y debe ser retirado por las siguientes razones

1º. **Es contrario 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 Publica en Áreas sanitarias de aproximadamente 250.000 habitantes, mientras que el proyecto de la CM **anula las 11 Áreas actuales y las transforma en una sola de mas de 6 millones de habitantes.** Esto impediría una atención sanitaria integral,

dificultaría la planificación de los recursos y la coordinación con otros niveles asistenciales, como son la atención especializada y hospitalaria.

2º.- 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.**

3º.- 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 marginalidad** (rechazo de pacientes “no rentables”, como ancianos, enfermos con patologías crónicas o demasiado costosas).

4º.- 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).

5º.- **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.

6º.- **Ignora**, desde su propio diseño y concepción, los **objetivos, recursos y planes de salud** necesarios para la población de la Comunidad de Madrid.

7º. **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 **lo sustituye por criterios de mercado en los que prevalecen los aspectos económicos y la dispersión.**

8º. **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.

9º. **Lesiona gravemente la equidad** y los intereses sanitarios **de los ciudadanos**, especialmente de **los mas 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 mas 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.

10º. **Acaba con la atención comunitaria, los programas de promoción y prevención** y centra toda la atención en los servicios asistenciales hospitalarios, ya de por si masificados y alejados, por sus propias características, de la realidad y las necesidades sociosanitarias de los barrios.

11º. En lugar de plantearse la necesidad de aumentar los **recursos profesionales** de la Comunidad de Madrid se plantea su **disminución**.

12º. **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**.

Este proyecto, además, acabaría 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 incrementaría las desigualdades entre centros, áreas y personas (desechando siempre los menos rentables económicamente).

En resumen el Proyecto de Ley de Libre elección y Área Sanitaria Única de la Comunidad de Madrid se caracteriza porque:

- **Va contra la ley General de Sanidad y el concepto de servicio público.**
- **Destruye la actual planificación de Atención Primaria de Salud**
- **Rompe la continuidad y la coordinación en el seguimiento del enfermo**
- **Provoca la marginalidad de los mas necesitados sanitariamente**
- **Promueve el uso consumista de los recursos sanitarios**
- **Fomenta la competencia entre profesionales y centros en lugar de la colaboración.**
- **Lesiona gravemente la equidad y el derecho a la salud para todos.**
- **Acaba con los programas de prevención, promoción, integración y rehabilitación.**
- **Ningunea la dimensión social de la enfermedad.**
- **Facilita la disminución del número de profesionales y recursos asistenciales.**
- **Impide la participación ciudadana y los consejos de salud**
- **Se va a imponer de manera despótica y sin debate.**

Características del nuevo modelo

Si este proyecto se aprueba se configura un nuevo modelo sanitario para la Atención Primaria en la Comunidad de Madrid cuyas características serían:

- **Modelo de mercado centrado en los resultados económicos y que obvia la planificación y las necesidades de salud de la población.**
- **Libre competencia y desregulación.**
- **Ruptura de la articulación de la estructura sanitaria territorial.**
- **Modelo mixto: técnico-asistencialista/beneficencia:**
 - Medicalización
 - Baja calidad en ciertas áreas: crónicos, ancianos, dependientes, pobres, marginados-

- **Abandono de actividades económicas no rentables:**
 - Salud Pública
 - Actividades preventivas
- **Copago y libre mercado en el horizonte cercano.**
- **Exclusión e inequidad**

5. La Salud Pública en la Comunidad de Madrid

Hace ahora apenas 1 año que el Gobierno del PP de la Comunidad de Madrid decidió unilateralmente, suprimir la estructura de la Dirección General de Salud Pública y Alimentación y la eliminación el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, lo que dejó 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 ese esencial servicio.

Esta arbitraria, anacrónica y temeraria decisión de los responsables políticos del gobierno de la región ya ha tenido funestas consecuencias de manera inmediata como se ha demostrado entre en la desorientación, descoordinación y falta de liderazgo ante la nueva gripe, lo que ha contribuido a situar a Madrid

como la comunidad con mas altas tasas de infección y transmisión de toda España,

Además, la ausencia de estos dispositivos de alerta y vigilancia sanitarias afectará a medio plazo intensamente la calidad del control sanitario de la vida cotidiana y la salubridad general de nuestro entorno por lo que es evidente la acuciante necesidad de la reinstauración de los dispositivos de Salud Pública regional suprimidos ante la posibilidad de nuevas epidemias o emergencias alimentarias o de otro tipo en una sociedad avanzada como la nuestra, aunque nuestros responsables sanitarios tomen decisiones de corte tercermundista impidiendo a profesionales y ciudadanos tener un autoridad publica local adecuada que los oriente y permita manejar de manera adecuada los problemas de salud ambiental que nos afectan a todos.

La Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid cree que, una vez

mas, los responsables político-sanitarios de la región han puesto en evidencia su

desprecio hacia la salud de la población y en momentos como el actual se demuestra,

además, su absoluta incompetencia y frivolidad en la toma de decisiones que pueden

repercutir gravemente en la salud de los ciudadanos.

6. La opinión de los ciudadanos: la sanidad madrileña en el Barómetro Sanitario 2008

.

Recientemente la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid hizo públicas unas encuestas sobre el funcionamiento de los centros sanitarios públicos madrileños en los que destacaba las buenas valoraciones de hospitales y centros de salud, lo que fue utilizado por la Consejería como una demostración de la eficacia de su gestión.

Desde la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid, ya señalamos entonces que los datos facilitados por la Consejería eran poco congruentes con lo que se conocía y de incierta metodología lo unido a la actitud recurrente de los responsables sanitarios madrileños de “adaptar” la realidad a sus deseos, hacia sospechar un “maquillaje” de los mismos.

Justamente ahora se ha publicado el estudio del Barómetro sanitario 2008 elaborado por el CIS periódicamente y que ofrece datos desagregados para todas las CCAA, y en el puede observarse que Madrid ofrece unos datos claramente distintos y peores que la media de las demás CCAA desmontando la falacia propagandística de Gúemes y Cia.

Las tablas siguientes ofrecen la media para el total de las CCAA y la obtenida en la comunidad madrileña, que se han separado para el total de los encuestados y para aquellos que utilizaron los servicios sanitarios públicos en el último año, porque ofrecen perspectivas diferentes y no siempre coincidentes .

Valoración del conjunto de encuestados

	Media CCAA	Madrid
Índice Satisfacción sanidad pública	6,29	6,23
Elegirían la sanidad pública	55,8%	61%
Se están llevando a cabo actuaciones para mejorar las listas de espera	42,3%	38,4%
Creen que en los últimos 12 meses empeoraron las listas de espera	14,1%	22,3%
Creen que los últimos 5 años empeoro:		
AP	8,8%	16,7%
Consultas especialista	9,5%	16,6%
Hospitales	8,6	14,9%
Considera que los servicios que recibe en su comunidad autónoma son peores que los de las otras	13,8%	18,2%
Cree que el servicio es peor al ser gestionado por la comunidad autónoma	9,8%	27,4%

Usuarios de los servicios sanitarios (% que consideran la atención recibida como buena o muy buena)

	Media CCAA	Madrid
AP	84,9	83,6
Urgencias	75,2	69,7
Consulta especialista	81,8	77,7
Hospitalización	85,6	84,1

Como se ve la percepción que tienen los ciudadanos en general y los usuarios del sistema sanitario en Madrid es claramente peor que la del conjunto de las CCAA (hay que tener en cuenta que en el cálculo de la media entra también Madrid, empeorándola). Es especialmente llamativa la situación de las listas de espera sobre las que la percepción de que no avanza sino que se retrocede prácticamente duplica al promedio de las CCAA. y casi lo mismo sucede con la creencia de que empeoraron AP, hospitales y consultas de especialistas y casi se triplica en la opinión de que el servicio empeora con la gestión autonómica.

La percepción de los que utilizaron los servicios es netamente mejor, pero siempre inferior a la media de las CCAA, situándose en todos los aspectos valorados en los últimos puestos de las 17 CCAA, lo que es llamativo en una comunidad autónoma que antes de las transferencias tenía uno de los sistemas sanitarios públicos más prestigiados del país.

Congruentemente en el único caso que supera a la media de las CCAA es en la elección de la sanidad pública para la atención sanitaria en casos de enfermedad grave, probablemente porque los ciudadanos tienen la experiencia, bastante negativa de los experimentos privatizadores de la sanidad madrileña.

El resumen es bien claro, se vuelve a comprobar aquello de “que las mentiras tienen las patas muy cortas” y que, como suele ser habitual, desde la Consejería de Sanidad madrileña solo sale propaganda y marketing con poca o ninguna relación con la realidad que se desmorona al contrastarse con estudios serios.

7. Conclusiones

- La sanidad es uno de los principales activos del Estado del Bienestar y de la Solidaridad social
- En la Comunidad de Madrid se está asistiendo a una ofensiva privatizadora de gran calado con actitudes claras de desmantelamiento del sistema sanitario público

- Su privatización supone imponer la lógica del mercado y la rentabilidad económica por encima de las necesidades de salud de la población y perjudica por igual a ciudadanos y a profesionales de la salud
- Frente a las políticas neoliberales y de potenciación del mercado hoy mas que nunca es preciso poner en valor lo público, como la única formula que garantiza la igualdad, la equidad, la calidad del sistema sanitario y que en contra de lo que machaconamente se nos repite ha demostrado ser mas barato y eficaz o sea mas eficiente que lo privado.
- Por otra parte es preciso recordar que en épocas de crisis como la que estamos inmersos solo la potenciación de los servicios públicos puede ayudar a aquellos sectores de la población que se van a ver mas afectados.

8. Propuestas de mejora

- **Detener el proceso de privatizaciones, retirar el proyecto de Libre elección y Área Única y reintegrar en la red pública a los nuevos centros.**
- Cambios en la LOSCAM para asegurar el carácter publico en su titularidad y gestión del servicio sanitario madrileño
- Incremento en la financiación sanitaria para alcanzar al menos el promedio de las CCAA
- Aumento en las dotaciones de infraestructuras y sobre todo de profesionales (médicos, enfermería, etc.) para proporcionar una atención sanitaria confortable, cercana y de calidad para todos.
- Participación social y profesional

En resumen, lo que la Sanidad Pública de nuestra región necesita no es un nuevo modelo con objetivo mercantilista y privatizador como el que desde el Gobierno regional y la Consejería de Sanidad se nos propone. Por el contrario es necesaria una apuesta decidida por el modelo de servicio sanitario público, basado en un Plan de Salud que aborde de manera equitativa las necesidades sanitarias de la población, que aporte los recursos suficientes para el desarrollo y mejora de su calidad, que elimine incertidumbres sobre su futuro entre los profesionales y ciudadanos y que se apoye en la negociación de las medidas necesarias para ello con todos los colectivos implicados.

Madrid, Julio 2009

Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid

*C/Arroyo de la Media Legua Madrid 29, local 49: Madrid 28030.
Teléfono 913339087/679119368*

www.Observatoriosanitariomadrid.org www.fadsp.org