

EMERGENCIA

**SANIDAD MADRILEÑA
UNA MIRADA SINDICAL**



SANIDAD MADRILEÑA

Una mirada sindical

2007-2010

UGT- MADRID.

Secretaría de Políticas Sectoriales

Avda. de América, 25 8º planta

28002 Madrid

28 de febrero de 2011

Indice

Presentación	7
Introducción	11
Capítulo 1. Atención Primaria	29
Capítulo 2. Atención Especializada	43
Capítulo 3. La Lista de Espera en la Comunidad de Madrid	71
Capítulo 4. Urgencias y Emergencias	89
Capítulo 5. Transporte sanitario	97
Capítulo 6. Salud mental	105
Capítulo 7. Área única	125
Capítulo 8. Evolución de la percepción ciudadana 2003-2009	135
Capítulo 9. Resumen situación sanitaria madrileña	139
Capítulo 10. Propuestas de UGT-Madrid	149

Presentación

La sanidad es lo más importante para los ciudadanos, por delante de áreas como educación, vivienda, pensiones o seguridad, así lo pone de manifiesto, año tras año, el estudio de opinión -Barómetro Sanitario- que elabora el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad por medio del Consejo de Investigaciones Sociológicas.

Al mismo tiempo, en la Comunidad de Madrid más del 26% de ciudadanos cree que el Estado gestiona la sanidad mejor que las Comunidades Autónomas y más del 62% prefiere la sanidad pública a la privada. Asimismo, más del 78% de quienes van al médico lo ha hecho con mayor frecuencia a consultas de la sanidad pública y, por último, más del 43% creen que la Consejería de Sanidad no está llevando a cabo acciones para mejorar las listas de esperas médicas.

Sin embargo, la contundente respuesta y preferencia de los ciudadanos madrileños, no ha contado, sobre todo en esta última legislatura, con una respuesta política acorde del Gobierno Regional en la gestión de lo relacionado con la sanidad, más bien al contrario, se ha configurado un modelo basado en una ideología liberal radical, que ha incorporado principios y mecanismos de mercado a la financiación y gestión del sistema, cuya consecuencia inmediata e inevitable es la subordinación del derecho fundamental a la protección de la salud al interés y rentabilidad económica de las empresas privadas que se han incorporado a la gestión de los servicios sanitarios.

En efecto, la promesa de Esperanza Aguirre en campaña electoral (año 2003): “ningún madrileño esperará más de 30 días para ser operado”, es un punto de inflexión porque coloca la sanidad en el centro del debate político y sobre ella se ha basado en muchas ocasiones -demasiadas- la confrontación entre gobierno y oposición. Por otro lado, la transformación del modelo apoyado,

como decíamos, en el liberalismo más radical y articulado legalmente durante la legislatura actual desde el prepotente rodillo de la mayoría absoluta del Partido Popular en el Parlamento Regional, con un desprecio total a toda aportación políticas ajena y también a toda aportación sindical y profesional, ha configurado un contexto de gestión del sistema sanitario en el que solo cabe la pérdida de eficacia, eficiencia y calidad.

El sentido común nos indica, que toda transformación del modelo organizativo y de gestión de un sistema tan sensible y complejo como el sanitario, fracasará en sus objetivos si se implanta, como hace el Gobierno de la Comunidad de Madrid, de espaldas a profesionales y usuarios.

En otro orden de cosas, el nuevo modelo de financiación y gestión de la sanidad ha sido silenciado a los programas electorales con los que Esperanza Aguirre se ha presentado a las elecciones autonómicas de 2003 y 2007. Su origen es la ponencia sobre servicios públicos aprobada en el XIV Congreso del Partido Popular de Madrid (septiembre de 2008) y se ha ocultado tras distintos eufemismos: “colaboración público privada”, “posibilitar la competencia en la prestación de servicios públicos”, “profundizar en la devolución a la sociedad del protagonismo en la gestión de lo que es suyo”, etc. En consecuencia, una privatización de soslayo que carece de legitimación social. El PP ya publicitaba unas jornadas sobre Nuevas Infraestructuras en las que participaban altos cargos de la Consejería como “Una gran oportunidad de negocio para su empresa”.

Las similitudes de la financiación y gestión de la sanidad madrileña con un sistema propio de mercado son evidentes. La eliminación de las áreas de salud es el factor desregulador que, a su vez, aumenta el territorio del negocio; la libertad de elección de profesional o centro sanitario -según planteamiento del Gobierno Regional- es el equivalente a la libre circulación de personas, bienes y mercancías, y por último, el “call center” o la centralización de las citas médicas actúa canalizando y catalizando la demanda sanitaria, orientándola y precipitándola hacia donde interese económica o políticamente en cada momento.

En definitiva, en tanto que es la Administración quien propone el profesional o el centro para atender la demanda sanitaria y de no aceptar queda cancelado el compromiso político de espera máxima, podemos afirmar que en Madrid no hay libertad cierta para poder elegir profesional o centro sanitario, porque elegir el profesional o centro sanitario de toda la vida o uno distinto al propuesto, por ejemplo, no es contemplado ni admitido por la administración y conlleva la exclusión de la lista de espera considerada estructural u oficial, para pasar a otra denominada “en espera tras rechazo”.

El cambio de modelo de financiación y gestión de la sanidad de Madrid se basa en la descapitalización de lo público y en la privatización, e incorpora criterios de mercado. Las razones sobre las que se apoya son, por un lado, una supuesta superioridad en eficiencia de la gestión privada sobre la pública, y por otro, que es una medida de ahorro para las arcas públicas. Sin embargo, la superioridad de la gestión privada nunca es acreditada y está permanentemente refutada por los hechos, cada vez son más las personas que rechazan ser atendidos en clínicas privadas. Asimismo, más que un ahorro, es un extraordinario negocio para las empresas privadas que se incorporan a la gestión sanitaria, ya que en los próximos 30 años, según estudio de UGT-Madrid, por cada mil euros invertidos obtendrán unos ingresos de 5.400. Además, blindados por contratos administrativos muy costosos y difíciles de modificar.

Al modelo de financiación y gestión de la sanidad de Madrid se le añade otro problema, que pone de manifiesto respecto del modelo inglés, Sally Ruane, economista profesora de la University Montfort, y que puede ser trasladable al modelo madrileño. El reducido número de empresas que pueden participar en proyectos de gestión tan especializados y costosos es escaso, lo que conlleva una falta de competencia que se traduce en un excesivo poder de éstas en la negociación con las Administraciones Públicas. Así las condiciones económicas y financieras que consiguen tienen tantas ventajas para las entidades privadas como sobre coste para los presupuestos público y es causa directa de la descapitalización de lo público.

Por tanto, si la participación privada en la gestión de la sanidad no es más eficiente ni de mayor calidad, cabe preguntarse: ¿Dónde está el beneficio de la gestión privada? En consecuencia, un modelo que solo aporta deterioro a la calidad general de las prestaciones y atención sanitaria, quiebra la equidad en su calidad de mandato constitucional y es rechazado ampliamente, debe ser rectificado de manera inmediata, sobre todo en un contexto económico como el actual que puede empeorar la situación recortando prestaciones para mantener los beneficios empresariales.

Cuando hablamos de sanidad, en un marco constitucional que mandata en términos de igualdad y equidad, la responsabilidad política es homogeneizar la eficacia y la calidad entre los centros, servicios y prestaciones sanitarias; mejorar la colaboración y continuidad en los cuidados; y la prevención de enfermedades. Dicho de otra manera, la eficacia y calidad sanitaria tiene que generalizarse para la mejor protección de la salud pública por su categoría de derecho constitucional, ser próxima y accesible, y no se puede proponer que cada cual vaya a buscar la mejor oferta en un sistema de mercado basado en la competencia.

En definitiva, estas reflexiones desde distintos enfoques de la sanidad son las que se abordan, en términos cualitativos y cuantitativos, en esta mirada sindical a la sanidad en el periodo de 2007 a 2010, con el único ánimo de ser una opinión de parte y contribuir desde el análisis crítico y la propuesta a que mejore aquello a lo que la ciudadanía otorga mayor importancia.

Jose Ricardo Martínez Castro
Secretario General
UGT-Madrid

Introducción

El modelo sanitario del Gobierno de Esperanza Aguirre se ha caracterizado por una financiación deficiente, falta de transparencia en la gestión y una progresiva descapitalización de los servicios públicos (PRIVATIZACIÓN).

1. FINANCIACIÓN

Para comprender la situación actual de la sanidad madrileña, es preciso analizar las actuaciones realizadas por el Gobierno de la Comunidad de Madrid desde el momento en que le fueron transferidas las competencias sanitarias. En esta línea analizaremos los acontecimientos que han sido los principales determinantes en la falta de financiación de la Comunidad de Madrid.

1.1 Negociación transferencial.

El 31 de diciembre de 2001, culmina la descentralización del SNS con la transferencia de la Gestión sanitaria a las CC.AA que formaban el extinto Insalud, a excepción de Ceuta y Melilla, que pasan a depender del INGESA (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria).

El Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre, traspasó a la Comunidad de Madrid la gestión de los centros pertenecientes al INSALUD, continuando la dependencia patrimonial de los mismos de la Seguridad Social.

La incompetente negociación que realizó el Gobierno de la Comunidad de Madrid en este proceso, llevada claramente por fines partidistas, se resolvió con una financiación insuficiente para garantizar el futuro de la sanidad pública

madrileña. La valoración de las cargas financieras de los medios que se traspasaron fue de 2.989,39 millones de Euros, que sumados a los 30,2 millones de Euros del "Programa de Incapacidad Temporal", significó que la Comunidad de Madrid recibió 3.017,6 millones de Euros, cantidad insuficiente para financiar el gasto real del antiguo INSALUD en Madrid, que superaba los 3.726.85 millones de Euros. Es decir, el déficit se situaba en 707.25 millones de Euros.

Recordemos que en el momento de las transferencias, el Gobierno Central lo ostentaba el Partido Popular, al igual que los Gobiernos Regionales de las Comunidades de Madrid y Murcia, a la postre las Comunidades Autónomas que peor negociación realizaron en las transferencias. Estas Comunidades Autónomas recibieron un menor porcentaje de recursos financieros y sanitarios que el peso de su población.

Si observamos la tabla siguiente, podemos concluir que la Comunidad de Madrid es la peor parada en el proceso transferencial al compararla con el resto de Comunidades autónomas. Ésta obtiene menor porcentaje de recursos financieros que el peso de su población.

Relación Población – Recursos Sanitarios			
CC.AA.	% Población Total nacional 2001	% Rec. Sanit. Total nacional 1999	Diferencia
Madrid	14,2	12,8	-1,4
Valencia	10,9	10,6	-0,3
Murcia	3,1	2,9	-0,2
Galicia	7,1	7,4	0,3
Castilla y León	6,5	6,9	0,4
Extremadura	2,8	3,0	0,2
Cataluña	16,7	17,0	0,3

Esta situación deficitaria de la Comunidad de Madrid no es corregida en los años posteriores.

El actual sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y de las ciudades con Estatuto de Autonomía se ha configurado sobre la base del Acuerdo 6/2009, de 15 de julio, del Consejo de Política Fiscal y Financiera. Su transposición legal se ha realizado a través de la Ley Orgánica 3/2009 de modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas, y de la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común y Ciudades con Estatuto de Autonomía y se modifican determinadas normas tributarias.

La Comunidad de Madrid aceptó formalmente el nuevo sistema en el seno de la Comisión Mixta de Transferencias Estado-Comunidad Autónoma, en reunión celebrada el 21 de diciembre de 2009.

Finalmente, el 16 de julio de 2010, fue promulgada la Ley 29/2010 del régimen de cesión de tributos del Estado a la Comunidad de Madrid y de fijación del alcance y condiciones de dicha cesión.

En total, los recursos vinculados al Sistema de Financiación Autonómica previstos por la Comunidad de Madrid para el año 2011, ascienden a la cifra de 14.651 millones de Euros, un 4,7 % más que en el año 2010. La Comunidad de Madrid incrementará sus ingresos por la nueva financiación autonómica en 4.500 millones de Euros en tres años.

1.2 El gasto sanitario.

El gasto sanitario en la Comunidad de Madrid se encuentra por debajo de la media nacional. En concreto el gasto sanitario/ per cápita durante los años 2008, 2009 y 2010 fue de los más bajos del territorio nacional, solo superada por la Comunidad Valenciana y Baleares.

Para la comprensión de la situación de la Sanidad Madrileña hay que tener en cuenta que partimos en el año 2001, de un déficit presupuestario que no ha hecho más que incrementarse con los sucesivos presupuestos aprobados por el Gobierno Regional, relegando a la Comunidad de Madrid a las últimas posiciones en cuanto al gasto por ciudadano madrileño.

PRESUPUESTOS POR PERSONA PROTEGIDA E INCREMENTOS 2007-2010

GASTOS CORRIENTES	2007	2008	2009	2010	08/07	09/08	10/09
Andalucía	1.096,82	1.171,11	1.189,68	1.182,65	6,77	1,59	-0,59
Aragón	1.252,41	1.324,19	1.418,70	1.436,54	5,73	7,14	1,26
Asturias (Principado)	1.236,27	1.268,77	1.453,28	1.540,10	2,63	14,54	5,97
Baleares (Islas)	1.040,93	1.096,12	1.129,14	1.045,56	5,30	3,01	-7,40
Canarias	1.203,05	1.334,84	1.402,23	1.371,91	10,95	5,05	-2,16
Cantabria	1.215,25	1.254,63	1.311,01	1.337,73	3,24	4,49	2,04
Castilla y León	1.197,97	1.279,00	1.316,61	1.361,86	6,76	2,94	3,44
Castilla-La Mancha	1.105,75	1.177,64	1.255,31	1.271,70	6,50	6,59	1,31
Cataluña	1.196,73	1.240,42	1.249,92	1.306,89	3,65	0,77	4,56
Comunidad Valenciana	1.032,99	1.076,68	1.104,47	1.103,12	4,23	2,58	-0,12
Extremadura	1.326,28	1.443,95	1.558,18	1.528,46	8,87	7,91	-1,91
Galicia	1.216,28	1.299,60	1.342,22	1.339,95	6,85	3,28	-0,17
Madrid (Comunidad de)	1.084,18	1.134,55	1.145,63	1.164,28	4,65	0,98	1,63
Murcia (Región de)	1.125,53	1.243,66	1.288,47	1.393,77	10,50	3,60	8,17
Navarra (Comunidad Foral de)	1.287,73	1.360,67	1.393,27	1.443,71	5,66	2,40	3,62
País Vasco	1.338,39	1.479,88	1.604,68	1.662,19	10,57	8,43	3,58
Rioja (La)	1.219,07	1.372,76	1.433,48	1.278,15	12,61	4,42	-10,84
TOTAL CCAA	1.152,15	1.221,86	1.261,48	1.279,14	6,05	3,24	1,40

Fuente Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad

Presupuestos Sanitarios

CC AA	Millones euros				% Variación		
	2007	2008	2009	2010	08/07	09/08	10/09
Andalucía	8.730,59	9.565,46	9.826,54	9.827,38	9,57	2,73	0,01
Aragón	1.635,88	1.746,82	1.879,31	1.907,64	6,78	7,58	1,51
Asturias	1.338,67	1.368,39	1.559,04	1.639,96	2,22	13,93	5,19
Baleares	1.086,68	1.197,30	1.257,53	1.176,35	10,18	5,03	-6,46
Canarias	2.522,35	2.803,52	2.929,88	2.857,01	11,15	4,51	-2,49
Cantabria	721,33	754,22	793,57	795,93	4,64	5,22	0,30
C y León	3.048,02	3.333,42	3.408,75	3.518,64	9,37	2,26	3,22
C La Mancha	2.406,31	2.634,19	2.852,56	2.918,50	9,47	8,29	2,31
Cataluña	8.683,93	9.165,24	9.426,53	9.888,28	5,54	2,85	4,90
C Valenciana	5.089,96	5.454,53	5.659,74	5.720,26	7,16	3,76	1,07
Extremadura	1.459,77	1.599,92	1.717,68	1.664,31	9,60	7,36	-3,11
Galicia	3.388,13	3.639,00	3.767,12	3.728,81	7,40	3,52	-1,02
Madrid	6.500,45	6.948,95	7.122,47	7.081,23	6,90	2,50	-0,58
Murcia	1.571,20	1.765,66	1.853,66	1.984,83	12,38	4,98	7,08
Navarra	807,27	873,25	906,94	986,76	8,17	3,86	8,80
País Vasco	2.925,46	3.267,86	3.546,44	3.630,28	11,69	8,52	2,36
Rioja (La)	467,39	493,40	452,57	411,98	-3,15	-8,27	-8,97
Total	52.383,37	56.611,12	58.960,31	59.738,14	7,99	4,15	1,32

Fuente Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad

Como se puede observar en la tabla el incremento del presupuesto en la Comunidad de Madrid es reiteradamente inferior a la media de las Comunidades Autónomas.

1.3 Falta de previsión ante el crecimiento poblacional.

El crecimiento poblacional desde que la Comunidad de Madrid asumió las transferencias sanitarias (2001-2010) ha sido muy importante. Al 1 de enero de 2010, se eleva la población madrileña a 6.445.499 habitantes lo que supone un crecimiento de 1.073.066 (20%) sobre los 5.372.433 habitantes del 2001.

Este crecimiento no ha ido acompañado de un crecimiento similar ni en infraestructuras ni en recursos humanos, lo que ha incidido aún más en el aumento de las cargas de trabajo de los profesionales de la sanidad pública.

Desde el inicio de las transferencias sanitarias se hizo patente la necesidad de una reestructuración del mapa sanitario. La propuesta de zonificación sanitaria se demoró hasta finales del 2006 donde fue presentada con un proyecto de 15 áreas sanitarias. Paradójicamente, desde el mismo gobierno gobernado por el PP y Esperanza Aguirre en 2009, se plantea el proyecto de Área Única enlazándolo con la implantación de Libre Elección del ciudadano.

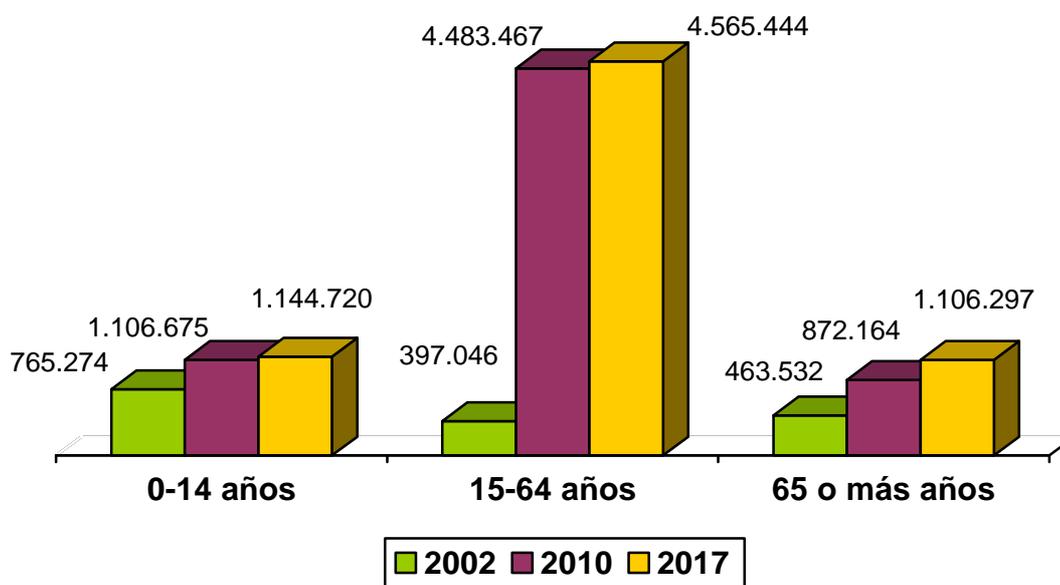
Esta propuesta no viene a resolver los problemas de inequidad en el acceso a las prestaciones sanitarias, más bien al contrario, ya que deposita en su elección la responsabilidad de las demoras y aplazamientos a los que se vea sometido, y sólo consolida y promueve la presencia de las empresas privadas en la prestación de la asistencia sanitaria financiada públicamente.

Según los estudios de proyección que realiza el Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid y que entre otras cuestiones se puede resumir en los siguientes datos:

Evolución del crecimiento poblacional Comunidad de Madrid		
Área	% crecimiento 2002-2009	% crecimiento 2002-2017
Área 1 Sur-Este	16,70	18,64
Área 2 Centro-Norte	6,82	6,21
Área 3 Este	20,12	34,36
Área 4 Noreste	11,29	11,92
Área 5 Norte	17,39	19,96
Área 6 Oeste	32,02	51,12
Área 7 Centro	1,44	1,87
Área 8 Sur-Oeste I	14,99	25,76
Área 9 Sur-Oeste II	14,23	17,02
Área 10 Sur I	24,40	30,50
Área 11 Sur II	18,95	18,42

Este crecimiento ha de suponer un cambio no sólo cuantitativo, sino además cualitativo de los recursos necesarios. La distribución de las edades de la población evoluciona hacia un crecimiento de los grupos menores de 14 años (atención pediátrica) y los mayores 65 años (atención geriátrica).

Gráficamente el crecimiento experimentado desde el proceso transferencial ha sido el siguiente:



Se puede observar como durante el periodo 2002- 2010 el grueso del crecimiento ha correspondido a adultos en edades productivas, sin embargo, el crecimiento estimado para los próximos años experimenta unos crecimientos más importantes para los grupos menos productivos, menores de 14 años y mayores de 65 años, por lo que las políticas de adecuación de los recursos se deberán desarrollar en las especialidades de pediatría y geriatría, sin descuidar el aumento en medicina de familia que asumirá un crecimiento estimado de medio millón de habitantes.

2. FALTA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL

La falta de Diálogo social ha sido absoluta durante esta legislatura. Lo que ha convertido la política sanitaria en fuente recurrente de conflicto, dada la falta de transparencia de la misma.

Analicemos las actuaciones de la Comunidad de Madrid al respecto. El ordenamiento jurídico deja claro que:

1. *"Corresponde a los poderes públicos facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social" (art. 9.2 de la Constitución española).*
2. *"Los Servicios Públicos de Salud se organizarán de manera que sea posible articular la participación comunitaria a través de las Corporaciones territoriales correspondientes en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución " (art. 5.1 de la Ley General de Sanidad).*
3. *"A los efectos de dicha participación se entenderán comprendidas las organizaciones empresariales y sindicales. La representación de cada una de estas organizaciones se fijará atendiendo a criterios de proporcionalidad, según lo dispuesto en el título III de la Ley Orgánica de Libertad Sindical (art. 5.2 de la Ley General de Sanidad).*
4. *"Las Comunidades Autónomas ajustarán el ejercicio de sus competencias en materia sanitaria a criterios de participación democrática de todos los*

interesados, así como de los representantes sindicales y de las organizaciones empresariales" (art. 53.1 de la Ley General de Sanidad).

5. *"Con el fin de articular la participación en el ámbito de las Comunidades Autónomas, se creará el Consejo de Salud de la Comunidad Autónoma. En cada Área, la Comunidad Autónoma deberá constituir, asimismo, órganos de participación en los servicios sanitarios, "(art. 53.2 de la Ley General de Sanidad).*
6. *"En ámbitos territoriales diferentes de los referidos en el apartado anterior, la Comunidad Autónoma deberá garantizar una efectiva participación", (art 53.3 de la Ley General de Sanidad).*

La propia LOSCAM (Ley de ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid) recoge en el artículo 40 que:

1. *"Los ciudadanos de la Comunidad de Madrid tendrán derecho a participar en la política sanitaria y en la actividad de los organismos públicos cuya función afecta directamente a la calidad de la vida o al bienestar general.*
2. *"La participación, tanto en la formulación de la política sanitaria como en su control, es un derecho del ciudadano y de la sociedad en general, un valor social, una garantía de estabilidad y un instrumento de cooperación e información del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, para la mejora de la salud."*

A pesar de las obligaciones jurídicas que acabamos de reseñar, observamos que de los órganos de participación que deberían existir en la Comunidad: el Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid y los Consejos de Salud de Área.

Los Consejos de Salud de Área sólo están constituidos y funcionan en algunas ciudades grandes, pero la información y control que se recibe es territorial, y la responsabilidad sobre la gestión, salvo excepciones, es subsidiaria, pues la política sanitaria realizada viene determinada desde

órganos superiores, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

El Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid ni funciona ni está constituido. El anterior órgano de participación el *Consejo Asesor de Salud de la Comunidad de Madrid* está derogado por el *Decreto 174/2002 de 31 de octubre*, existe por tanto, un vacío en la Comunidad de Madrid en lo que respecta a la participación social, concretamente desde el 14 de noviembre de 2002, más de 8 años sin participación social en la Consejería de Sanidad.

El Consejo de salud de la Comunidad de Madrid es un órgano de control que entre sus competencias está la de "*Verificar que las actuaciones en materia Sanitaria se adecuen a la normativa y se desarrollen de acuerdo con las necesidades sociales y las posibilidades económicas del sector público*". Dicho Consejo hubiera dificultado la publicación del *Decreto 62/2004 de 15 de abril* y la *Orden 602/2004 de 14 de junio*, mediante los cuales, la Consejería de Sanidad ha regulado el registro de los pacientes de las listas de espera, interpretación "torticera" y alegal del *Real decreto 605/2003 de 23 mayo*, por el que se establece las medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, como ya ha denunciado el Consejo Interterritorial, y que ha motivado su exclusión del registro del SNS sobre listas de espera quirúrgicas. A su vez, se hubiera visto obligado a facilitar a los agentes sociales una información que está siendo sustraída incluso al Consejo Económico y Social para realización de los informes anuales sobre el estado de salud de los madrileños. La información es poder, y en este caso, para no perderlo, el Gobierno Regional opta por la opacidad.

Existe un tercer órgano de participación, **el Consejo de Administración del SERMAS** que a pesar de ser un órgano de gobierno y no de participación, funciona como órgano de participación social. La composición del mismo viene establecida directamente por la propia Consejería. De este órgano ha sido excluido UGT por su manifiesta oposición a la implantación del modelo PFI para el hospital de Majadahonda, acuerdo que sin embargo, firmaron los sindicatos CC.OO, CEMSATSE, CSIT, CSIF y SAE.

Durante el debate sobre el estado de la Región, en septiembre de 2005, todas las fuerzas políticas estuvieron de acuerdo en la necesidad de llegar a un gran Pacto sobre la Sanidad. Hasta el momento, no ha habido desde el Gobierno Regional, iniciativa alguna de llevarlo a cabo. Una vez más, los compromisos del Gobierno Regional se quedan en declaración de intenciones, que en ningún caso tienen el propósito de cumplir.

3. MODELO PRIVATIZADOR

Durante los últimos años, la búsqueda de formulas de gestión más eficientes que garanticen la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público ha estado encima de la mesa de todas las Administraciones Sanitarias. Esta búsqueda lícita y necesaria, ha sido utilizada torticeramente por algunos sectores para abogar por la desaparición de la sanidad pública, a favor de una sanidad privada, con el pretexto de conseguir una mayor eficiencia en cuanto a los resultados contables, resintiéndose la calidad de la asistencia sanitaria prestada (resultados de salud).

De la misma manera, se aprovecha esta circunstancia para empeorar las condiciones laborales de los profesionales sanitarios, haciendo recaer en ellos la responsabilidad sobre la sostenibilidad del sistema, a pesar de que el gasto de personal en la Comunidad de Madrid ha pasado de ser el 46.05%, del total del gasto sanitario en el año 2003, al 45,20 % en el año 2010, lo que supone una disminución del peso de este gasto.

El conjunto de recursos sanitarios que el INSALUD transfirió a la Comunidad de Madrid eran los de mayor importancia a nivel nacional, no sólo por la cantidad, sino por la calidad de los mismos, destacando la cualificación de sus profesionales y la tecnología de sus instalaciones. Desde entonces, y muy especialmente durante la última legislatura del PP, esta herencia se ha ido dilapidando por la vía de la privatización. Los servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid que eran referente nacional del resto del Estado están siendo paulatinamente relegados por servicios privados de baja calidad. Planes como el "Plan de Infraestructuras Sanitarias (2004-2007)", "Plan Carrasco",

"Plan Integral de reducción de la Lista de Espera Quirúrgica" o el "Plan especial para la reducción en la espera en mamografías", y por último, el "Plan de Infraestructuras sanitarias 2007-2011" han servido como excusa para traspasar ingentes cantidades de dinero al sector privado, mientras que el sector público se deteriora por la falta de inversiones para su mantenimiento y mejora.

Respecto a los modelos de gestión-privatización del Servicio Regional de Salud, seis han sido las experiencias instauradas en la Comunidad de Madrid, que se suman a la ya existente de la Fundación H. de Alcorcón.

a) Ente Público Hospital de Fuenlabrada y Fundación Hospital de Alcorcón.

Una de las primeras actuaciones privatizadoras del Gobierno Regional de Esperanza Aguirre fue el desarrollo y puesta en marcha del Ente Público Hospital de Fuenlabrada. Este nuevo modelo de gestión persigue principalmente la laboralización de sus trabajadores, para reducir los gastos de personal y reducir los controles de las Consejerías de Hacienda sobre sus actuaciones, lo que dificulta la transparencia de las mismas. En este sentido es ilustrativo "El informe de fiscalización del Tribunal de Cuentas (2003)" sobre la contratación celebrada por cuatro fundaciones (Alcorcón, Manacor, Calahorra y Son Llátzer) en el cual, se identifican deficiencias, aunque de carácter no homogéneo en relación al cumplimiento de los requisitos de publicidad, concurrencia, objetividad y transparencia. Asimismo, el informe pone de manifiesto la falta de criterios uniformes de obligada aplicación en el ámbito de la actividad contractual de cada Fundación Pública.

En un estudio realizado por Sánchez Bayle y Martín García sobre las fundaciones sanitarias en Galicia llegan a las siguientes conclusiones:

- Las fundaciones sanitarias comparativamente con los centros del modelo tradicional tienen menor número de camas, de profesionales y de quirófanos por cada 1.000 habitantes.
- Los ingresos, intervenciones quirúrgicas, consultas y urgencias atendidas por 1.000 habitantes son también menores en el caso de las fundaciones.

- La estancia hospitalaria es menor, se da antes de alta.
- La espera media para intervenciones quirúrgicas es superior en las fundaciones.
- Son fuente de inequidad al ofertar las fundaciones menos servicios a la población asignada.
- Se producen mayor derivación a centros de referencia en las fundaciones, para reducir el gasto y disminuir el riesgo.
- El coste por habitante es menor en el caso de las fundaciones, sin embargo, el coste por unidad ponderada hospitalaria (UPH) ajustada es mayor, lo que evidencia que la reducción de costes no se debe a una mayor eficiencia.
- Las políticas de personal en las fundaciones generan una gran desincentivación profesional superior a la de gestión tradicional.

La falta de controles favorece las irregularidades y la utilización de fondos con criterios de afinidad e influencia política.

Es decir, se comprueba que el modelo de fundaciones no es más eficaz y eficiente que el modelo tradicional, y la reducción del gasto se centra en políticas de personal restrictivas y en falta de transparencia en la gestión.

b) Modelo PFI

Especialmente preocupante es la política de inversiones hospitalarias acometida por el Gobierno Regional, Plan de infraestructuras Sanitarias (2004-2007), la elección de PFI (Private Finance Initiative) como modelo de financiación para siete de los ocho hospitales, (H. del Tajo (Aranjuez), H. del Sureste (Arganda del Rey), H. del Henares (Coslada), H. de Majadahonda, H. del Sur (Parla), H. del Norte (S.S. de los Reyes) y H. de Vallecas, va a suponer la hipoteca de los servicios sanitarios por más de 30 años.

Este modelo que surge en los años 90 en el Reino Unido, tienen como finalidad posibilitar la participación del sector privado en la financiación y gestión de proyectos públicos que impliquen una fuerte inversión y gestión futura para acometer inversiones de capital para las que no se tiene liquidez. La rentabilidad política se garantiza a corto plazo, ya que se ponen en funcionamiento centros sanitarios sin necesidad de incrementar los impuestos ni tener que endeudarse (aparentemente). No se contabiliza como deuda.

Sin embargo, ninguna empresa privada invierte en proyectos deficitarios, es decir, que por este adelanto de capital hay que abonar una serie de intereses, a través de la compra monopolista de servicios no clínicos, y dada la cuantía de los proyectos que se han puesto en funcionamiento simultáneamente, va a suponer una hipoteca de 3.482.592.975 Euros. El coste de construcción es de 640.780.073 Euros, lo que supone multiplicar por 5 el coste de la construcción, y una rentabilidad de 2.841.812.902 Euros en 30 años. Cantidad nada despreciable, y es que nadie da duros a pesetas cuando se da participación al capital privado.

Este modelo que fue impulsado por el gobierno británico que está generando una importante polémica en este país. Las principales críticas son:

- Genera el traslado de la responsabilidad de planificación y control a la empresa privada.
- Existe un superior coste de la PFI frente a su equivalente público (superiores costes de financiación de la construcción, por ejemplo).
- Inexistencia de traslado efectivo de riesgo al sector privado, siguen siendo asumidos por el sector público.
- Impacto negativo en los niveles de servicio prestado: se supedita la calidad de las prestaciones a la rentabilidad de la inversión.
- Traslado de la deuda a generaciones futuras, al inexistente aparente endeudamiento. Supone una pesada losa que hay que pagar justamente

después de construidos los hospitales, cuando la rentabilidad política ya se ha obtenido. Esto imposibilitará en el futuro embarcarse en las inversiones necesarias para resolver la obsolescencia de los hospitales públicos con el resultado de un deterioro irreversible y con la única solución, dada la falta de liquidez, de nuevos endeudamientos.

- Riesgos de descapitalización y obsolescencia tecnológica. Las condiciones de las contrataciones se garantizan por 30 años, lo que supone que los hospitales necesitarán innovaciones y renovaciones tecnológicas y de infraestructuras que deberá cubrir el sector público mediante nuevas inversiones.
- Poca orientación a las necesidades de los pacientes. La máxima de cualquier empresa privada es la rentabilidad económica.
- La sanidad privada obtiene una posición monopolística, pasando de ser regulada y controlada por el sector público, a controlar a este.

Dado que en un mismo hospital existen dos sistemas gerenciales, uno para los servicios clínicos (públicos) y otro de carácter privado (instalaciones y servicios no clínicos), ya están surgiendo numerosos problemas por un claro conflicto de intereses fruto de esta interacción, donde los objetivos, sino antagonistas, si son muchas veces incompatibles (paciente- rentabilidad económica).

c) Hospital de Valdemoro

Para el H. de Valdemoro el modelo escogido supone una drástica privatización de la asistencia. Este modelo consiste en la construcción del hospital por una UTE encabezada por la empresa **CAPIO SANIDAD**, comprada por la empresa APAX Partners, propietaria de la empresa PANRICO, y con importantes inversiones en el transporte aéreo (VUELING), moda, etc. y ahora vendida a su vez a CVC otra empresa capital riesgo propietaria de Abertis y el grupo Cortefiel por 900 millones de Euros. A Capiro se le asigna la externalización completa de la prestación de la asistencia sanitaria especializada, a cambio de una cantidad per cápita (por habitante de la zona), 330 Euros (sin considerar el

acuerdo de Consejo de Gobierno sobre actualización de la capita de 8 de abril de 2010), que se incrementará anualmente por encima de IPC en dos puntos porcentuales. En los presupuestos presentados para el 2011 esta cápita está ya en 470 Euros (pendiente del acuerdo de Consejo de Gobierno sobre actualización de la capita), se ha incrementado un 44% desde el 2007.

Cualquier cambio introducido en el hospital, tecnológico o de infraestructuras, dará lugar a nuevos pagos desde el sector público. Recordemos que este tipo de contrato tiene una duración de 30 años, y por ejemplo, el Hospital 12 de octubre que fue construido hace 30 años se está remodelando completamente. Se trata de un negocio redondo para el sector privado. Se le garantizan monopolísticamente los ingresos por 30 años, con revisiones en la cuantía por encima del IPC. Se les pone a su disposición un hospital y una red sanitaria pública.

Otra de las cuestiones que plantean problemas son las relacionadas con la coordinación con atención primaria, con la red de hospitales públicos y con el SUMMA112. Estos hospitales disponen de un sistema informático compartido entre ellos, lo que supone una política aislacionista con el resto, que necesariamente perjudican la prestación sanitaria de los usuarios al dificultar la continuidad de la prestación entre niveles.

d) Hospitales 2007-2011

En esta legislatura la política privatizadora ya se plantea sin ambages. Los concursos que se presentan para los nuevos hospitales, se ofrecen con la asistencia sanitaria por medio de concesiones administrativas que se financian por cápita más PFI. Esta fórmula permite a empresas privadas como Capio y Ribera Salud, asociadas con aseguradoras y constructoras, hacerse con el negocio de la asistencia sanitaria, mantenimiento y hostelería durante 30 años de una buena parte de la población madrileña, a cambio, los ciudadanos van a pagar un precio muy superior por una asistencia con poco o nulo control por parte de la administración.

La Cámara de Cuentas de Madrid en su informe de fiscalización del programa 750 (Atención Especializada) del ejercicio 2007, presentado en Junio del 2010 alerta sobre la falta de control de calidad en los contratos y conciertos de los hospitales privados y con convenios.

e) Laboratorio Central 2009

Dentro del planteamiento de nuevas infraestructuras, visto desde una política liberal, el gobierno de Esperanza Aguirre, centraliza la realización de pruebas analíticas por medio de un concurso de concesión administrativa por 8 años. Dicho concurso es otorgado a Ribera Salud y Balagué, y contempla, en principio, las pruebas de la población de referencia de los hospitales abiertos en 2008 para posteriormente ir ampliando su cobertura. A consecuencia de la puesta en marcha del Laboratorio Central se comienzan a cerrar los laboratorios públicos como Vicente Soldevilla, Aranjuez y otros.

f) CAP, Centro Atención Personalizada o “Call Center”

El sistema de citas de consultas y pruebas diagnósticas también ha sido privatizado mediante concurso de contrato de servicios ganado en este caso por INDRA. Dicho concurso salió en 40 millones de Euros aunque finalmente fue adjudicado en 27 millones para 4 años. Una vez más, se ofrece a empresas privadas servicios que se estaban ofreciendo desde los centros públicos, probablemente con la intención de dar este servicio tan sensible para los ciudadanos con la máxima opacidad y poder “manejar” las demoras y el concepto de la libre elección y todo ello añadiendo mayores dificultades para las personas mayores que se ven obligadas a hablar con “maquinas” y a repetir varias veces sus llamadas por la dificultad que ofrecen.

En resumen, la política de privatización en la producción de servicios sanitarios abre la puerta a propuestas de ruptura del aseguramiento único o de control del regulador público por parte de las empresas privadas reguladas. Si se quiere evitar la privatización como resultado hay que impedir la descapitalización del sector público y que acabe siendo complementario del sector privado.

Capítulo 1

Atención primaria

La Atención Primaria es el primer nivel asistencial, la entrada al Sistema Nacional de Salud, tal y como recoge el art. 15 de la Ley General de Sanidad *"sólo una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria, los usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen derecho, en el marco de su Área de Salud, a ser atendidos en los servicios especializados hospitalarios"*.

De esta manera, la Ley quiere dejar claro que la atención primaria debe ser la puerta de acceso al derecho a la protección de la salud, y de sus posibilidades de diagnóstico y tratamiento, va a depender en gran parte la saturación del siguiente nivel, Atención Especializada.

El art. 56.2.a de la Ley General de Sanidad además atribuye las siguientes actividades a la atención primaria: *"mediante fórmulas de trabajo en equipo, se atenderá al individuo, la familia y la comunidad; desarrollándose, mediante programas, funciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación, a través tanto de sus medios básicos como de los equipos de apoyo a la atención primaria"*.

Con los recursos, en estos momentos destinados a los Equipos de Atención Primaria, solo es posible asumir con grandes cargas de trabajo las funciones de curación. La totalidad de la función del personal sanitario de atención primaria está destinada a la atención directa en consulta, no dedicando tiempo exclusivo para el resto de funciones: rehabilitación, promoción de la salud y prevención de enfermedades.

De esta manera, este nivel sólo responde ante la demanda y no actúa sobre ésta para modificarla, por lo que siempre se verá desbordado y no se podrá atajar uno de los principales problemas de este nivel, la frecuentación.

Según los datos de personal y frecuentación que facilita la Consejería de Sanidad, cada médico de familia ve una media de 50.8 consultas al día, lo que supone 5.9 minutos por paciente.

Las actividades de Promoción y Prevención, a parte de una mejora de la salud de los madrileños, podrían suponer, de realizarse adecuadamente, un ahorro considerable. Muchas de las patologías crónicas de la población madrileña tienen su origen y mantenimiento en malos hábitos sanitarios (obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia, consumo de alcohol y tabaco, etc.) y otro tanto, mejoraría con prácticas más saludables.

1.1 Problemas con los que se enfrenta la atención primaria

Los problemas más importantes con los que se enfrenta la atención primaria de la Comunidad de Madrid son los siguientes:

- **Área Única y exceso de burocracia**
- Escasez de RR.HH.
- Falta de infraestructuras.
- Falta de coordinación con Atención Especializada y Servicios Sociales.
- Mala atención domiciliaria.
- Desmotivación de los profesionales.

1.1.1 . Atención primaria

A pesar de la presentación de una zonificación que dividía la comunidad en 15 áreas en 2006, el mismo gobierno idea en 2009 un cambio organizativo drástico con el planteamiento de un área única para 6.445.000 ciudadanos.

Este cambio va a suponer numerosos problemas de coordinación y cuenta con el rechazo de todas las organizaciones sociales, sociedades científicas de atención primaria y sindicatos.

1.1.2. Escasez de RR.HH.

Según los datos que facilita la propia Comunidad de Madrid la evolución de la ratio por profesional en atención primaria entre el periodo 2000-2010 es la siguiente:

Evolución de la ratio en Asistencia Primaria 2000-2010				
Categoría	Ratio 2000 (Datos CES)	Ratio 2004 (Datos CES)	Ratio 2010 (Datos Consejería)	Incremento 2000-2010
Médico de familia	1.640	1.647	1.546	-5,7 %
Pediatra	970	973	1.001	3,1%
Enfermero	1.690	1.830	1.942	14,9%

Lo que supone el siguiente crecimiento de tarjetas sanitarias por profesional y, por tanto, de cargas de trabajo.

De los datos anteriores, se desprende que las ratios por profesional no sólo no han disminuido sino que han aumentado. La ratio de enfermeras ha empeorado aumentando de 1.690 tarjetas sanitarias a 1.942. El crecimiento de profesionales por tanto, ha sido claramente insuficiente, no ha supuesto ninguna mejora, a pesar de contemplarse reiteradamente la reducción de las ratios por profesional como objetivo específico en los presupuestos de la Consejería de Sanidad.

Ratios por Areas 2009 (MSPSI)				
Áreas	M. F.	Ped.	Enfermería	Aux. administrativo
1	1.505	1.056	1.881	4.104
2	1.622	999	1.973	3598
3	1.404	917	1.871	3.980
4	1.518	1.058	1.954	4.222
5	1.622	1.116	2.057	3.996
6	1.801	1.200	2.283	4.760
7	1.475	978	1.810	3.341
8	1.477	954	1.849	3.905
9	1.444	896	1.891	3.570
10	1.571	1.033	1.984	3.548
11	1.526	1.101	1.882	4.698
Media Madrid	1.541	1.044	1.948	4.006
Media SNS	1.410	1.063	1.626	2.908

Puede observarse en estos datos que la Comunidad de Madrid está muy por encima de la media nacional, especialmente en lo que respecta a Enfermeros y Auxiliares Administrativos.

La presentación agregada de las ratios del total de la Comunidad o por áreas sanitarias no posibilita evidenciar que muchos equipos de atención temprana (EAP), tienen ratios superiores a la recomendada por el Ministerio en el documento AP-21.

Otra de las lagunas en las inversiones en RR.HH. es la de los equipos de apoyo, menos importantes cuantitativamente, pero cualitativamente esenciales. De ellos depende entre otras la salud buco dental, salud mental, rehabilitación o la preparación y atención posparto así como la orientación socio-sanitaria.

Todas las ratios son claramente insuficientes. Como ejemplo valga que la OMS recomienda 1 fisioterapeuta por cada 25.000 habitantes; la media en atención primaria para la Comunidad de Madrid está en casi 43.893 hab/fisioterapeuta y hay áreas, como el área 10 y 8, con más de 60.000 hab/fisioterapeuta.

La Comunidad de Madrid ha destinado hasta 8.000.000 de Euros a conciertos para tratamientos de rehabilitación. Con un objetivo claramente privatizador, el Gobierno Regional mantiene los centros públicos con mínimos RR.HH., intolerables e insuficientes para canalizar la demanda, para dejar margen de negocio a la sanidad privada.

No hay presencia de psicólogos en los EAP, a pesar de que un alto porcentaje de la población atendida en Atención Primaria tiene un componente psicopatológico (depresiones, trastornos de ansiedad, trastornos psicósomáticos, etc.).

Aunque la experiencia de los facultativos de atención primaria en este tipo de patologías es amplia, su formación es escasa, lo que produce frustración a los profesionales y un largo peregrinar hasta el diagnóstico y tratamiento de estos enfermos, que en ocasiones concluye con la cronificación de sus patologías.

En cuanto a la ratio de matronas, hay que tener en cuenta las proyecciones del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid que prevén un crecimiento de 263.223 habitantes en la población menor de 14 años.

La escasez de recursos incide en la calidad percibida por la población, produciendo deficiencias, como el aumento de los tiempos de espera para entrar en consulta. Es una de las quejas reiteradas por los usuarios en los barómetros sanitarios. Surge como consecuencia directa del aumento del número de consultas por facultativo y la escasez de recursos.

Estos aumentos en la actividad no permiten a los facultativos dedicar tiempo a la educación (prevención y promoción de la salud), uno de los objetivos de la atención primaria.

Para una mejora de la calidad, UGT-Madrid solicita un aumento de la dotación en recursos humanos hasta conseguir ratios de un máximo de 1.200 tarjetas sanitarias individuales (TSI) por médico de familia; 900 TSI por pediatra; 1 DUE por 1200 TSI, ratios todas ellas que pueden variar en función del área de influencia, por nivel socioeconómico, distribución etaria; dispersión geográfica y otros, así como el incremento proporcional de auxiliares de enfermería.

Son necesarios también el aumento en la dotación, en recursos humanos y materiales de las Unidades de Apoyo en Atención Primaria: (ESADs, Equipos de Salud mental, salud buco dental, matronas, fisioterapia y servicios sociales). Cada Área debería contar un centro de orientación familiar. Con respecto al personal no sanitario hay que incrementar la dotación de Auxiliares Administrativo, celadores y Trabajadores Sociales.

1.1.3. Infraestructuras

En enero del año 2009 existían en la región 258 Centros de Salud y 162 consultorios, cuya cobertura de TSI era de 97,1%.

AÑO 2009						
Area	Población	% Pob. Cubierta	Consultorios Locales	Centros de Salud	SUAP ⁽¹⁾	PAC ⁽²⁾
1	769.230	97,7	19	31	4	4
2	451.708	97,7	2	20	3	1
3	366.757	98,2	11	18	2	2
4	605.961	96,6	0	21	3	0
5	775.360	96,9	77	33	3	11
6	672.594	98,9	25	25	5	8
7	546.262	89,1	2	21	3	0
8	490.387	97,1	14	22	2	6
9	414.776	98,8	2	17	3	1
10	350.912	100	6	15	6	4
11	890.719	98	4	35	6	4
TOTAL	6.334.696	97,1	162	258	37	38

(1) Servicio de urgencia de Atención Primaria
Memoria 2009 SMS y publicaciones institucionales

(2) Punto Atención continuada

El Gobierno Regional estimó a través del programa electoral del PP en el 2003, que las necesidades en infraestructuras en atención primaria eran de 50 centros de salud. En esta legislatura en sus promesas electorales del 2007, amplió este objetivo a 56 nuevos centros de salud más. Sin embargo, de los nuevos 50 centros de salud que aparecían en el programa del PP del 2003:

- 33 ya estaban proyectados antes de las elecciones, 13 en 2002 y 20 en 2003.
- 33 son de sustitución y no de creación nueva.
- 14 no son Centros de Salud, sino consultorios sin dotación de personal.

En el programa electoral del 2007-2011, el PP vuelve a prometer la construcción de otros 55 nuevos centros de salud que podrían ser 76, si hubiera posibilidad de suelo. A fecha de este informe, solo se han inaugurado 13 centros, de los cuales, solo dos son nuevos, el resto sustituye a otros que se cierran y alguno como el de Morata de Tajuña y Arroyo de la Vega de Alcobendas, se construyen gracias a la utilización de los planes estatales de incentivación del empleo, a pesar de que estos fondos estaban destinados a obras de competencia municipal y no autonómica. Con estos fondos también se están construyendo los centros de salud de Valdelasfuentes, de Alcobendas y el de Galapagar.

Como resumen, en lo que respecta a las infraestructuras de Atención Primaria el esfuerzo se materializa en el siguiente cuadro:

Centros de Salud 2004/2010								
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Diferenc. 04/10
C. Salud	245	250	249	257	257	267	262	17
Consultorio	160	158	159	162	162	158	158	-2
Total Centros	405	408	408	419	419	425	420	+15
Población	5.804.829	5.964.143	6.008.183	6.081.689	6.271.638	6.360.241	6.445.499	640.670

Memorias SMS

Desde el 2004 solo se han creado 15 nuevos centros de salud, el resto sustituye a otros que se cierran, la población se ha incrementado en estos años en casi 650.000 personas. Conclusión: la promesa de Esperanza Aguirre ofertaba la ampliación de la red de centros de salud, por tanto, no cabe la sustitución de unos por otros, resultando finalmente incumplido el compromiso de construcción de entre 55 y 76 nuevos centros de salud.

1.1.4 La Accesibilidad.

La accesibilidad a los centros sanitarios está relacionada directamente con la localización de los mismos. La Consejería de Sanidad y Consumo ha realizado conjuntamente con el Consorcio Regional de Transportes, un estudio de accesibilidad y cobertura de las redes de transporte público y asistencia sanitaria de la Comunidad de Madrid.

En dicho estudio se analizan los tiempos medios de acceso en transporte público de la población a los centros sanitarios de referencia. El tiempo de acceso al centro se define como el tiempo ponderado según cada componente del viaje en transporte público (espera, trayectos a pie, tarifa) que invierte el usuario desde el punto de origen, su domicilio, hasta el punto de destino, el centro de salud.

Dicho estudio ponía de manifiesto que:-

- En las áreas 5 y 6, en zonas urbanas se dan tiempos máximos superiores a los 30 minutos, tiempo máximo que establece el Art.1.5 RD 137/83 *"la Zona de Salud que esté constituida por varios municipios se fijará un municipio cabecera cuya ubicación no será distante del resto de los municipios un tiempo superior a treinta minutos con los medios habituales de locomoción, y en el que se ubicará el Centro de Salud"*.
- En zonas rurales los tiempos máximos se extienden a todas las áreas por encima de los 30 minutos, a excepción del área 9 por su superficie menor, llegando en el área 5 a los 73 minutos.

1.1.5. Mala distribución sanitaria

La L.G.S. establece en el Art. 56.5 que *"Como regla general, el Área de Salud extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000"*.

La realidad de la Comunidad de Madrid es la siguiente: **el planteamiento de un área única incumple lo establecido en la Ley General de Sanidad.**

La Salud Pública es recogida como prestación sanitaria en el *Real Decreto 1030/2006 por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud*, lo que incluye todos los recursos relacionados con:

- La información y vigilancia epidemiológica.
- Protección de la salud: diseño e implantación de políticas de salud y ejercicio de la autoridad sanitaria.
- Promoción de la salud y prevención de las enfermedades y de las deficiencias.
- Protección y promoción de la sanidad ambiental.
- Vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías de tráfico internacional de viajeros por parte de la administración sanitaria competente.
- Protección y promoción de la salud laboral.

Se debería por tanto, incluir los recursos anteriormente especificados, con el fin de realizar una autentica ordenación de los recursos sanitarios, y no una mera relación de centros de salud.

El PP ha optado por denominar en toda su propaganda como centros de salud a los consultorios cuando el cambio nominal de los consultorios locales en centros de salud requiere una equiparación previa.

Esta equiparación debería realizarse tanto en la cartera de servicios como en dotación de personal. Las principales diferencias entre los centros de salud y los consultorios locales son las siguientes:

- a. En los Centros de salud la atención es integral, permanente y continuada. En los Consultorios locales la atención es dependiente de un centro de cabecera que atenderá las prestaciones que no tenga el Consultorio local (en la mayoría no existen pediatras, no tienen unidades de apoyo (fisioterapia, matrona, trabajador social, odontólogo, etc.)
- b. En los Consultorios Locales no se atienden urgencias, en los centros de salud rurales sí.
- c. Los Consultorios Locales no tienen asignada dotación de personal.
- d. Los profesionales que prestan sus servicios en los Consultorios Locales están asignados a los Centros de Salud de Cabecera de Zona.

1.1.6 Falta de coordinación con Atención Especializada y Servicios Sociales.

La continuidad asistencial entre atención primaria y atención especializada es muy deficitaria, siendo origen a su vez de deficiencias en cada uno de los niveles repercutiendo en la calidad global del sistema y en un encarecimiento de la asistencia.

El modelo de Área Única va a deteriorar aún más la coordinación entre niveles.

Hasta la llegada del Área Única había habido tímidas experiencias gestoras "gerencialistas" para atajar el problema (pacto oferta-demanda; elaboración e implantación de protocolos de ciertas enfermedades, etc.), pero no se habían llegado a establecer líneas de actuación que hubieran demostrado buenos resultados para la continuidad asistencial, según reconoció la propia Consejería de Sanidad en el análisis de la situación de la sanidad madrileña que realiza en el Plan de mejora de la Atención Primaria.

Algunas experiencias como la implantación de las gerencias únicas, garantizando la importancia de la Atención Primaria, están teniendo buen resultado en algunas Comunidades Autónomas (Castilla la Mancha o Extremadura), no terminan de implantarse en la Comunidad de Madrid.

En el origen del fracaso de estas medidas están las siguientes cuestiones:

- Las políticas sanitarias no se centran en el paciente sino en la gestión del presupuesto.
- Existen tantos presupuestos como centros de gastos. Los de atención especializada y atención primaria son distintos y por tanto, sus prioridades también lo son.
- No se exige responsabilidad por la mala gestión con consecuencias en otro nivel asistencial.
- No se comparte información entre niveles.
- No existe aún la Historia Única para toda la red.
- Para mejorar la coordinación se han de tener las siguientes premisas:
 - Si no se comparte información no se pueden establecer objetivos comunes.
 - Si no hay corresponsabilidad entre niveles no se pueden establecer objetivos comunes.
 - Si no hay historia única, no se pueden establecer objetivos comunes.

La prestación de la atención socio sanitaria definida como el cuidado a los ciudadanos que por sus especiales características pueden, o más bien deberían, beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, debe gozar de los caracteres de universalidad y equidad en el acceso y la prestación.

Es imprescindible para ello que esta atención coordinada, en ambos aspectos, el social y el sanitario, sea de carácter público. La atención socio sanitaria debe vincularse a los Equipos de Atención Primaria, en cuanto a nivel asistencial, y pivotar sobre la enfermería, que es el Profesional Experto en cuidados por excelencia.

1.1.7 Falta de recursos para la atención domiciliaria.

Debido a la excesiva presión asistencial de los Equipos de Atención Primaria (EAPs) la prestación de las visitas domiciliarias se dificulta, intentándose, siempre que sea posible, gestionar esta demanda desde los propios centros de salud. Existe, sin embargo, una población que precisa cuidados domiciliarios permanentes y que por razones de salud no puede desplazarse a los centros de salud. Este tipo de pacientes necesita cuidados específicos, seguimiento y control.

Para la atención de los pacientes inmovilizados se crearon los ESADs, equipos de soporte domiciliario, a pesar de ello, hay multitud de áreas en los que no se han creado. Es necesario también, prestar especial atención a los cuidados paliativos de enfermos terminales.

Existe gran inquietud en los profesionales por las consecuencias de la libre elección en lo que respecta a la atención domiciliaria, ya que tendrán que asumir ésta, aunque los pacientes estén adscritos a otro profesional, con la pérdida de información y calidad asistencial que pueda suponer.

1.1.8 Desmotivación de los profesionales.

El principal patrimonio de los servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid lo constituyen sus profesionales. Cada año, el barómetro sanitario constata la alta valoración que hacen los ciudadanos de la calidad de la atención que reciben, que se contrapone con las críticas a los aspectos más burocráticos de esa atención. Si la sanidad madrileña sigue funcionando, es gracias a la dedicación vocacional de estos profesionales, cuyo ejercicio profesional en muchos casos, se realiza en condiciones pésimas (saturación de los servicios y falta de profesionales).

¿Que obtienen los trabajadores a cambio? Desprecio en el sentido literal de la palabra. Son concebidos por el Gobierno Regional como parte del problema y no como parte de la solución. Un problema que hay que evitar. La política privatizadora tiene como objetivo eludir la responsabilidad de la gestión del empleo en la provisión de las prestaciones sanitarias.

Factores que han contribuido a la desmotivación de los profesionales:

- Sobrecarga asistencial.
- Limitaciones en el libre ejercicio profesional. La imposición desde la Administración Sanitaria de constantes cambios e imposiciones es vivido por el colectivo sanitario como una intromisión. Las políticas de uso racional de los recursos (farmacéuticos y sanitarios) deben surgir del consenso y no desde la imposición.
- Escándalos como el conflicto del Hospital Severo Ochoa no ayudan en este sentido. Orientan las actuaciones sanitarias a conductas defensivas, no hacia el paciente, disminuyen el poder de resolución y aumentan los costes del sistema, además de contaminar la relación sanitario-paciente con desconfianza.
- Ausencia de programas formativos específicos adaptados a las necesidades de los profesionales.
- Carencia de sustituciones por enfermedad para la asistencia a programas formativos, o disfrute de permisos con las consiguientes denegaciones o sobrecarga de trabajo de compañeros.
- Incumplimientos reiterados de los acuerdos sindicales en lo que respecta a condiciones laborales y reconocimiento como la carrera profesional.

1.2 Plan de mejora de la atención Primaria

Este plan no dejó de ser un catálogo de buenas intenciones. Como lo fueron el Plan de Urgencias y Emergencias, el de la lista de espera, el de infraestructuras sanitarias, etc. Todos ellos incumplidos. Una vez publicitado y rentabilizado políticamente, quedan en el olvido. En particular, este plan no profundiza en el fondo del problema. La sobrecarga asistencial, el exceso de burocracia y el gasto farmacéutico.

Capítulo 2

Atención especializada

Artículo 68 Ley General de Sanidad *"Los centros hospitalarios desarrollarán, además de las tareas estrictamente asistenciales, funciones de promoción de salud, prevención de las enfermedades e investigación y docencia, de acuerdo con los programas de cada Área de Salud con objeto de complementar sus actividades con las desarrolladas por la red de atención primaria"*.

La privatización de este nivel asistencial ha sido el oscuro objeto de deseo del Gobierno de Esperanza Aguirre. Sin ningún pudor, es más jactándose de ello, ha ido relegando el patrimonio recibido del Insalud por servicios privados de menor calidad. Esta privatización descarada va a dejar una deuda a la Comunidad de Madrid, solo por la elección del modelo PFI para la construcción de siete de los ocho hospitales construidos de 3.482 millones de Euros. A ellos habrá que sumar otros 6.850 millones de Euros de los tres nuevos hospitales entregados en su totalidad a empresas privadas. En total, más de 10.000 millones de Euros que deberán asumir los Gobiernos venideros.

La ejecución de las Listas de Espera ha supuesto, después del escándalo del hospital Severo Ochoa, el episodio más bochornoso de este gobierno. Que hayan excluido a la Comunidad de Madrid del registro del sistema nacional de salud de listas de espera por "manipular" los datos, sobre todo teniendo en cuenta que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud está compuesto por todos los Consejeros de Sanidad de las Comunidades Autónomas, incluidas las gobernadas por el PP, es una autentica vergüenza.

Los responsables de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid han actuado respecto a las listas de espera como auténtico tahúres. Se las han

ingeniado para, burlando la legislación estatal, confeccionar un sistema de registro que les permite excluir a los pacientes que convenga y retrasar la contabilización de la espera.

El coste del "blanqueo" de las listas de espera ha sido de más de 500 millones de Euros en seis años, para el 2010 se ha presupuestado otros 63 millones de Euros y 58,5 millones para el 2011. Lo mismo que costaría, por ejemplo, construir 4 hospitales como los que se están edificando en Móstoles o Villalba.

Este plan de reducción de la lista de espera quirúrgica ha tenido graves efectos colaterales. Por una parte, nunca se tuvo en cuenta el efecto que podía provocar sobre las urgencias hospitalarias.

La reserva de camas para intervenciones quirúrgicas, en muchas ocasiones banales, ha provocado que patologías graves hayan tenido que permanecer durante días en los pasillos de las urgencias. Se ha experimentado un aumento en la espera diagnóstica y de consultas utilizada ésta como filtro para llegar a la lista de espera quirúrgica, lo que supone un grave riesgo para el enfermo, pues se retrasan los diagnósticos graves, para los que el tiempo en la aplicación del tratamiento es vital.

Por último, la derivación de enfermos de forma masiva a centros privados, en muchos casos inadecuados para el tratamiento integral del enfermo ha provocado, en el mejor de los casos, demoras en alguna de la fases de la atención, por ejemplo, en la rehabilitación o aumento de las cargas de las familias con enfermos dependientes al obligarles a realizar largos desplazamientos para atender a sus familiares.

Una Ley de Garantías de los tiempos de espera hubiera sido más eficaz para la reducción de la citada lista de espera, a la vez que hubiera ofrecido al ciudadano la oportunidad de exigir sus derechos. Esta Ley de Garantías fue propuesta y votada a favor por una Proposición no de Ley en el 2006 por la Asamblea de Madrid sin que hasta el momento se haya llevado a cabo ninguna acción en este sentido.

2.1 Infraestructuras hospitalarias.

2.1.1 Camas hospitalarias

La cama hospitalaria es un elemento importante en la gestión de los hospitales, y se ha utilizado frecuentemente para el control del gasto. Por este motivo, se ajusta su utilización a los objetivos asistenciales que se pretenden conseguir.

El Plan Integral de Reducción de las Listas de Espera Quirúrgica introdujo una nueva variable en la utilización de la cama hospitalaria, por orden de la Consejería, se dio prioridad a la reducción de la lista de espera en perjuicio de otros pacientes, principalmente los que llegan a través de la urgencia hospitalaria.

De esta manera, se dan situaciones Kafkianas en las que las urgencias actúan de zonas de hospitalización, albergando en sus pasillos y aledaños durante días, a pacientes pendientes de ingreso, en multitud de ocasiones con patología graves o irreversibles (pacientes terminales) mientras que, en la planta de hospitalización permanecen camas sin utilizar, reservadas para intervenciones quirúrgicas de patología banal.

A este hecho, hay que añadir que ciertos hospitales, emblema de la política sanitaria del Gobierno Regional por abogar por formas de gestión distintas a la del modelo tradicional, por ejemplo, el ente público Hospital de Fuenlabrada, está realizando una infrautilización de las camas instaladas, hasta un 60% del total, para obtener buenos resultados económicos a costa de que otros hospitales del mismo área de salud o limítrofes a ésta tengan colapsado los servicios de urgencias por la falta de camas.

Nuevos Hospitales: evolución 2007-2009					
Hospital	Localidad	Población	Camas instaladas 2007	Camas funcionantes 2009	Ratio/1000
I Sofia	S S Reyes	250.000	283	229	0.9
I Leonor	Vallecas	324.000	269	205	0.6
I Cristina	Parla	150.000	240	148	1
Tajo	Aranjuez	70.000	98	92	1.3
Sureste	Arganda	160.000	125	102	0.6
Henares	Coslada	170.000	202	187	1.1
P. Hierro	Majadahonda	500.000	613	563	1.1
I Elena	Valdemoro	100.000	102	83	0.8

Promedio camas funcionantes 2009 SIAE

Respecto al incremento en camas hospitalarias que puede suponer la apertura de estos hospitales hay que tener en cuenta que hay hospitales que sustituyen a otros como es el caso del Hospital de Majadahonda y Puerta de Hierro, con lo que el incremento es el resultado entre la apertura de las nuevas camas y el cierre de las antiguas.

La apertura de los nuevos hospitales ha ido acompañada del cierre de camas de los hospitales que actualmente atienden esas poblaciones, como ya ocurriera por ejemplo, con el Hospital de Fuenlabrada y el Hospital Severo Ochoa.

A continuación, se muestra la diferencia entre lo real y lo que manifiesta la Consejería.

Diferencias entre camas instaladas y funcionantes¹ 2009		
HOSPITAL	CAMAS INSTALADAS	CAMAS FUNCIONANTES
La Paz	1.441	1.310
Doce de Octubre	1.380	1.311
FJD	654	428
H. Clínico	952	872
V Torre	97	76
Fuenfría	230	193
Ramón y Cajal	1.155	1.072
Getafe	621	450
Móstoles	421	384
S. Ochoa	412	371
P. Asturias	601	550
S. Cristina	192	119
Carlos III	79	77
Niño Jesús	180	167
Princesa	568	471
Cruz Roja	190	156
Alcorcón	448	416
G. Marañón	1.728	1.453
El Escorial	94	87
Guadarrama	160	145
V. de la Poveda	200	189
R. Lafora	450	321
I. Cardiología	44	34
José Germain	176	174
Fuenlabrada	406	292
Infanta Elena	102	83
Puerta de Hierro	613	563
Infanta Sofía	283	229
Henares	202	187
Infanta Leonor	269	205
Sureste	125	102
I. Cristina	240	148
Tajo	98	92
TOTAL	14.811	12.727
Ratio	2,2	1,99

Datos SIAE 2009

¹ Hay que diferenciar entre camas instaladas, que son las camas que hay en teoría y las camas funcionantes que son las utilizadas realmente..

El Gregorio Marañón pierde 275 camas, 170 camas Getafe, o 130 La Paz o FJD 120. En total, la diferencia se cifra en 2000 camas menos sobre las instaladas. Habría que añadir casos como el del hospital de Cantoblanco que desaparece de los datos de la Consejería y definitivamente en los programas de los Presupuestos del 2011.

UGT ha realizado un estudio sobre camas funcionantes desde el 2003 a 2009 que pone en evidencia que durante estas dos legislaturas no se ha mejorado la oferta hospitalaria, ya que el ratio por mil habitantes ha empeorado.

Diferencia Promedio camas funcionantes			588
Año	Camas	Población	Ratio/mil
2003	11.553	5.723.333	2.01
2007	12.143	6.081.689	1.99
2008	12.621	6.271.638	2.01
2009	12.727	6.386.932	1.99

Fuente: SIAE

Después de dos legislaturas de grandes ofertas publicitarias los ciudadanos están en peores circunstancias en cuanto a la oferta de camas hospitalarias en la región.

La Consejería de Sanidad encargó un amplio informe de planificación sanitaria de la Comunidad de Madrid a la consultora Mensor en 2004, este estimaba en 1.481 camas el excedente que se produce por la apertura de los nuevos hospitales.

Pérdida de recursos públicos por la apertura de los nuevos hospitales según estimaciones de la Consejería			
Hospital	Camas	Consultas externas	Quirófanos
Gregorio Marañón	549	76	10
La Princesa	93	37	1
La Paz	62	65	8
Getafe	38	35	0
Niño Jesús	20	30	1
Santa Cristina	63	46	2
Carlos III	57	5	2
Cruz Roja	61	6	2
Virgen de la Torre	57	69	4
Puerta de Hierro	481		13
TOTAL	1481	369	43

Informe Mensor 2005

2.1.2 Despilfarro de recursos públicos.

La política llevada a cabo por el gobierno en materia sanitaria ha sido de fuegos de artificio, grandes promesas expansivas sin gasto inmediato. Ello condiciona que las nuevas infraestructuras no hayan costado grandes cantidades pero se conviertan en un gasto constante desproporcionado.

En los cuadros que se presentan a continuación se compara el gasto que suponen los hospitales aportados por la política liberal de Esperanza Aguirre, en función de las camas que aportan a los ciudadanos de la Comunidad de Madrid.

COSTE CAMA AÑO HOSPITALES NUEVA CONSTRUCCIÓN más FUNDACIÓN JIIMÉNEZ DÍAZ			
HOSPITAL	PRESUPUESTOS 2010	CAMAS	COSTE CAMA AÑO
FJD	288.203.865 ⁽¹⁾	428	673.374
I Elena	51.373.962 ⁽²⁾	83	618.963
Leonor	93.500.000	187	500.000
Tajo	44.990.373	92	489.026
Sureste	47.271.093	102	463.442
I.Cristina	64.314.255	148	434.556
I Sofia	97.613.696	229	426.260
P. Hierro	227.510.960	563	404.105
Henares	66.395.656	187	355.057
Total	981.173.860	2.019	485.970

Elaboración propia a partir de los Presupuestos 2010 con el promedio de camas funcionantes SIAE 2009 (incluye el pago mediante las cláusulas adicionales)

(1) Presupuesto más acuerdo Consejo de Gobierno de 18 de marzo de 2010. Cláusula adicional 4ª del concierto.

(2) Presupuesto más actualización de la capita, acuerdo Consejo de Gobierno de 8 de abril de 2010.

Estos hospitales resultan extraordinariamente caros. Proporcionan hipotecas a largo plazo que condicionan las inversiones futuras para varias generaciones. Otras fuerzas políticas que pudieran llegar al gobierno tendrán que asumir los contratos ya que sus cláusulas gravan con gastos desorbitados sus rescisiones o posibles modificaciones.

A continuación se expone el coste cama año de los hospitales tradicionales.

COSTE CAMA AÑO HOSPITALES TRADICIONALES			
HOSPITAL	PRESUPUESTO	CAMAS	COSTE CAMA AÑO
Clínico	333.177.363	872	382.084
Escorial	32.509.450	87	373.671
Niño Jesús	60.904.362	167	364.696
Fuenlabrada	103.000.000	292	352.739
Alcorcón	140.500.000	416	337.740
La Paz	437.671.849	1.310	334.100
Santa Cristina	39.579.729	119	332.602
Princesa	147.469.874	471	313.099
Ramón y Cajal	332.600.487	1.072	310.261
Severo Ochoa	114.656.623	371	309.047
Doce de Octubre	401.861.395	1.311	306.530
Gregorio Marañón	435.678.322	1.453	299.847
Móstoles	116.425.903	389	299.295
Getafe	124.895.980	450	277.546
Cruz Roja	40.914.383	156	262.271
Príncipe de Asturias	124.314.199	550	226.025
Virgen de la Poveda	15.412.543	189	81.547
Fuenfría	15.691.579	193	81.303
Guadarrama	13.749.378	181	75.963
Rodríguez Lafora	28.576.277	321	89.022
J. Germain	18.939.286	174	108.846

Elaboración propia a partir de los Presupuestos 2010 con el promedio de camas funcionantes SIAE 2009

Puede apreciarse las importantes diferencias económicas entre unos y otros sin que pueda justificarse la diferencia por algún incremento en calidad o cartera de servicios.

2.1.3 Medicina Privada

Según datos del Catalogo Nacional de Hospitales la evolución de camas de hospitales privados, en nuestra Comunidad Autónoma ha sido la siguiente:

Recursos Hospitalarios Privados			
Año	Camas Privadas Benef	Camas Privadas no Benef	Hospitales
2005	2.732	3.888	47
2010	2.291	4.324	44

Se observa un incremento en el número de camas privadas no benéficas a costa de las camas de los hospitales privados benéficos (iglesia), ello puede explicarse en parte por el incremento de las derivaciones de procesos de lista de espera.

2.1.4. Hospitales

La Comunidad de Madrid arranca el periodo postrasferencial en una situación de clara ventaja sobre el resto de la Comunidades por su capitalidad y disposición de las dependencias hospitalarias que habían sido de referencia nacional en múltiples especialidades. A ello había que añadir que al encontrarse la sede de los Ministerios y resto de la administración estatal tiene un alto porcentaje de funcionarios (MUFACE), así como un porcentaje muy elevado de población con seguros privados (23%).

El PP negó la necesidad de nuevos hospitales hasta las elecciones del 2003, donde Esperanza Aguirre plantea la apertura de siete nuevos hospitales como promesa electoral.

La realidad de estos hospitales ha sido que se han construido pequeños, con dotación insuficiente, por constructoras a cambio de cánones que los hacen extraordinariamente caros para generaciones venideras y con personal que es reordenado del resto de los hospitales con consecuencias de resoluciones judiciales adversas, que dejan a los trabajadores en una situación de inseguridad laboral.

Se presenta a continuación la serie de hospitales en Madrid por su dependencia y localización.

Dependencias hospitalarias por dependencia funcional			
Dependencia funcional	2002	2005	2009
Admón. central			
Comunidad Autónoma	10		
Admón. local	2	1	
Otros Públicos	1	1	2
Mutuas Patronales	3	3	3
Cruz Roja			
Iglesia	11	11	11
Privadas Benéficas	1	1	1
Privadas	28	20	33
Otras no públicas			
C. Autónoma IMS (desde 2002)	17	27	33
TOTAL	73	74	84

Dependencias hospitalarias por áreas de salud			
Área de Salud	2002	2005	2009
Área 1 Sur-Este	6	5	7
Área 2 Centro-Norte	13	12	13
Área 3 Este	2	2	2
Área 4 Noreste	6	7	8
Área 5 Norte	9	9	10
Área 6 Oeste	15	17	19
Área 7 Centro-Oeste	13	12	11
Área 8 Sur-Oeste I	3	4	4
Área 9 Sur-Oeste II	2	3	3
Área 10 Sur I	1	1	2
Área 11 Sur II	3	3	5
TOTAL	73	75	84

2.2 Nuevas fórmulas de gestión de la asistencia sanitaria especializada en la Comunidad de Madrid.

2.2.1. Legislación reguladora.

- **GESTIÓN DIRECTA:** LOFAGE.
- **CONCIERTOS:** Art. 67 de la LEY GENERAL DE SANIDAD (Convenio Singular para la prestación de servicios sanitarios).
- **FUNDACIÓN HOSPITAL ALCORCÓN:** Creado en 1997. Ley 15/97, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión.

- **ENTE PUBLICO HOSPITAL DE FUENLABRADA:** Creado en diciembre de 2002, a través de la Ley de Medidas Fiscales y Administrativas de la Comunidad de Madrid para 2003 (Ley de Acompañamiento).

- **HOSPITALES MODELO PFI:**

- Real Decreto Legislativo 2/2000, Ley de contratos de las Administraciones Públicas.
- Ley 13/2003, de 23 de mayo, Reguladora del Contrato de Concesión de Obras Públicas.
- Decreto 49/2003, de 3 de abril Reglamento General de Contratación de la Comunidad de Madrid.
- Ley 3/2001 de 21 de junio de Patrimonio de la Comunidad de Madrid.

- **HOSPITAL DE VALDEMORO Y HOSPITALES TORREJÓN: MOSTOLES Y VILLALBA:**

- 2/2000, Ley de contratos de las Administraciones Públicas.
- Real Decreto 1098/2001 de 12 de octubre, Reglamento General de la Ley de Contratos de la Administración Pública.
- Decreto 49/2003, de 3 de abril Reglamento General de Contratación de la Comunidad de Madrid.

- **EMPRESAS PÚBLICAS:** (E.P. "Hospital del Sur", E.P. "Hospital del Norte", E.P. "Hospital del Sureste", E.P. "Hospital del Henares, E.P. "Hospital del Tajo", E.P. "Hospital de Vallecas").

- Ley de Medidas Fiscales y Administrativas para el año 2007.
- Art 2.2 c) 2 de la Ley 1 /1984, de 19 de enero, Reguladora de la Administración Institucional de la Comunidad de Madrid.

- Ley 9/1990, de 8 de noviembre, Reguladora de la Hacienda de la Comunidad de Madrid.

2.2.2. Introducción

Desde la transferencia de la gestión sanitaria a la Comunidad de Madrid se ha puesto sobre la mesa la necesidad de conseguir una mayor eficiencia de los centros hospitalarios. Esta búsqueda lícita y necesaria ha sido utilizada torticeramente por algunos sectores para abogar por la desaparición de la sanidad pública, a favor de una sanidad privada, que con el objetivo de conseguir una mayor eficiencia en cuanto a resultados contables, sacrifica la calidad de la asistencia sanitaria prestada (resultados de salud). Recordar en este sentido las buenas valoraciones que se obtienen en los barómetros sanitarios sobre la opinión de los usuarios al respecto.

De la misma manera, se aprovecha esta circunstancia para empeorar las condiciones laborales de profesionales sanitarios haciendo recaer en ellos, la responsabilidad sobre la sostenibilidad del sistema.

España ocupa el último lugar de la Europa de los 15 en cuanto a retribuciones de su personal. Sin embargo, el aumento en el gasto farmacéutico, aunque en el último año gracias a las medidas estatales esté más controlado, sigue una curva de crecimiento exponencial.

En este ámbito, el Gobierno de la Comunidad de Madrid se ha decantado claramente por sustituir progresivamente la sanidad pública por una sanidad privada de menor calidad.

El conjunto de recursos sanitarios que el INSALUD transfirió a la Comunidad de Madrid eran los de mayor importancia a nivel nacional, no sólo por la cantidad sino por la calidad de los mismos, destacando la cualificación de sus profesionales y la tecnología de sus instalaciones.

Desde entonces, esta herencia se ha ido dilapidando por las ansias privatizadoras del gobierno del PP. Los servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid que eran referente nacionales del resto del Estado, están siendo

paulatinamente relegados por servicios privados de baja calidad. Planes como el "Plan de Infraestructuras Sanitarias (2004-2007)", "Plan Carrasco", "Plan Integral de reducción de la Lista de Espera Quirúrgica" o el "Plan especial para la reducción en la espera en mamografías" y más recientemente el Plan de Paliativos o el concierto singular de finales del 2006 y el Plan de Infraestructuras (2007-2011) o el Plan de Salud Mental 2010-2014 han servido como excusa para traspasar ingentes cantidades de dinero al sector privado, mientras que el sector público se deteriora por la falta de inversiones para su mantenimiento y mejora.

La sanidad madrileña con la apertura de cada hospital profundiza más en el galimatías gestor de sus centros, careciendo de un modelo gestor único, lo que indica que ninguno de los experimentados hasta el momento es satisfactorio.

En año 2011 con la apertura de los nuevos hospitales de esta legislatura tendremos en la RED SANITARIA DE UTILIZACIÓN PÚBLICA, al menos siete modelos distintos de gestión de hospitales:

- FUNDACIÓN:
 - Fundación Hospital de Alcorcen.
- ENTE PÚBLICO:
 - Empresa pública Hospital de Fuenlabrada.
- MODELO PFI o PPP (PARTICIPACIÓN PÚBLICA PRIVADA)
 - Hospital del Tajo (Aranjuez).
 - Hospital del Sureste (Arganda del Rey).
 - Hospital de Henares (Coslada).
 - Hospital de Majadahonda-Puerta Hierro (Majadahonda).
 - Hospital del Norte (S.S. de los Reyes)

- Hospital de Vallecas (Madrid).
- Hospital del Sur (Parla)
- MODELO ALCIRA (PRIVADO POR PAGO CAPITATIVO):
 - Hospital de Valdemoro
- MODELO ALZIRA +PFI (PRIVADO POR PAGO CAPITATIVO Y PFI)
 - Hospitales Torrejón, Móstoles y Villalba
- MODELO TRADICIONAL:
 - Hospitales de Gestión directa
- HOSPITAL CONCERTADO:
 - Fundación Jiménez Díaz, etc

a) *Fundación Hospital de Alcorcón y Ente Público Hospital de Fuenlabrada.*

Una de las Primeras actuaciones privatizadoras del Gobierno Regional de Esperanza Aguirre fue la CONFIRMACIÓN, su predecesor RUIZ-GALLARDON ya lo instauró, del modelo de gestión del hospital de Fuenlabrada como Ente Público Hospital de Fuenlabrada (estatutos aprobados el 15/01/2003).

Este nuevo modelo de gestión persigue principalmente la laboralización de sus trabajadores, para reducir los gastos de personal, así como, reducir el control del gasto por las Consejerías de Hacienda, lo que dificulta la transparencia de las mismas.

En este sentido es ilustrativo "El informe de fiscalización del Tribunal de Cuentas (2003)" sobre la contratación celebrada por cuatro fundaciones (Alcorcón, Manacor, Calahorra y Son Llátzer) en el cual se identifican deficiencias, aunque de carácter no homogéneo, en relación al cumplimiento

de los requisitos de publicidad, concurrencia, objetividad y transparencia. Asimismo, el informe pone de manifiesto la falta de criterios uniformes de obligada aplicación en el ámbito de la actividad contractual de cada Fundación Pública.

Se comprueba que el modelo de fundaciones no es más eficaz y eficiente que el modelo tradicional, y la reducción del gasto se centra en políticas de personal restrictivas y en falta de transparencia en la gestión.

b) Modelo PFI o PPP

Especialmente preocupante es la política de inversiones hospitalarias acometida por el Gobierno Regional, Plan de infraestructuras Sanitarias (2004-2007), la elección de PFI (Private Finance Initiative) o contrato PPP (Participación Pública- Privada) como modelo de financiación para siete de los ocho hospitales comprometidos en la campaña electoral de Esperanza Aguirre: (Hospital del Tajo (Aranjuez), Hospital del Sureste (Arganda del Rey), Hospital del Henares (Coslada), Hospital de Majadahonda, Hospital del Sur (Parla), Hospital del Norte (San Sebastián de los Reyes) y Hospital de Vallecas) excepto el Hospital de Valdemoro que tiene un modelo similar al Hospital de Alzira.

La distribución de estos hospitales corresponde más a criterios de afinidad política con los municipios beneficiados o con presiones políticas, que a una planificación de distribución de los recursos.

Es significativo, en este sentido, lo recogido en el informe realizado por la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid sobre el impacto que tendría la apertura de los nuevos hospitales en los hospitales existentes. Se deja claro que la promesa electoral de la Presidenta Aguirre se realizó sin ningún estudio de necesidades y que la decisión de su ubicación se realizó al margen de la propia Consejería de Sanidad.

Con el modelo PFI, la sanidad madrileña da un paso más hacia un modelo claramente privatizador, en el que, y esto es lo más preocupante, los servicios

sanitarios públicos pasan a depender de empresas constructoras, verdaderas propietarias de los hospitales construidos en suelo público.

Con una población protegida de 1.800.000, 30% del total de la Comunidad, pasan claramente de ser regulados por la Consejería de Sanidad a controlar gran parte de las prestaciones, por un periodo, no nos olvidemos, de 30 años.

Estas empresas no tienen motivaciones filantrópicas, buscan la rentabilidad económica a costa incluso de la calidad. Si alguna de las constructoras en algún momento tiene pérdidas, presionará para la renegociación de las condiciones contractuales, como ya pasó en Alzira, y conseguirá un aumento de la rentabilidad, o lo que es lo mismo, un aumento del coste de las prestaciones.

Características del Modelo:

Este modelo que surge en los años 90 en el Reino Unido, tiene como finalidad posibilitar la participación del sector privado en la financiación y gestión de proyectos públicos que impliquen una fuerte inversión y gestión futura para acometer inversiones de capital para las que no se tiene liquidez.

La rentabilidad política se garantiza a corto plazo, ya que se ponen en funcionamiento centros sanitarios sin necesidad de incrementar los impuestos, ni tener que endeudarse (aparentemente) no se contabiliza como deuda.

Sin embargo, ninguna empresa privada invierte en proyectos deficitarios, es decir, que por este adelanto de capital hay que abonar una serie de intereses, con la compra monopolista de servicios no clínicos, y dada la cuantía de los proyectos que se han puesto en funcionamiento simultáneamente, va a suponer una hipoteca de 3.482.592.975 Euros.

El coste de construcción es de 640.780.073 Euros, lo que supone multiplicar por 5 el coste de la construcción, y una rentabilidad de 2.841.812.902 Euros en 30 años, cantidad nada despreciable, y es que nadie da duros a pesetas cuando se da participación al capital privado.

¿En qué consiste?

- La formula concesional es el contrato de concesión de obra pública (Ley 13/03).
- La duración es de 30 años desde la fecha de formalización del contrato.
- Las justificaciones que argumenta la Consejería de Sanidad son las siguientes:
 - Aprovechamiento de la experiencia del sector privado en el desarrollo/ gestión de infraestructuras y servicios, (¿y qué han estado haciendo hasta ahora nuestros gerentes, Directores Generales, etc?).
 - Transmisión de riesgos al sector privado y no consolidación de deuda dentro del balance de la Administración.
- La empresa concesionaria asume:
 - Ejecución y Dirección de la Obras de Construcción.
 - Dotación del equipamiento Mobiliario General.
- La empresa concesionaria NO asume:
 - Prestación de servicios médicos sanitarios y actividades de diagnóstico, que seguirá siendo responsabilidad de la administración sanitaria (a través del SERMAS).
 - Provisión y mantenimiento del equipamiento clínico y de alta tecnología (TAC, radiodiagnóstico, hemodiálisis, laboratorios).
 - Provisión y mantenimiento de las tecnologías de la información (TIC).
 - Mobiliario general y clínico cuyas características están directamente determinadas por la tipología del equipamiento

clínico (desde el instrumental a las mesas de quirófano o de exploración, etc).

Respecto a las prestaciones sanitarias, que al parecer, corren a cargo de la propia Consejería de Sanidad, hay datos preocupantes:

- A excepción del Hospital de Majadahonda, no se contempló en ninguno de los hospitales, muchos de ellos de área, las especialidades de laboratorio clínico, radiodiagnóstico o anatomía patológica.

Es conocida la maniobra posterior de la creación de un Laboratorio Central privado que poco a poco va haciéndose con la actividad de gran parte de las necesidades de los nuevos hospitales y de los centros periféricos.

Casualmente, el concurso de este laboratorio central fue adjudicado a Ribera Salud, patrocinador de las Jornadas organizadas por la Consejería en la que se ofertaban las nuevas infraestructuras sanitarias de Madrid como “una oportunidad de negocio” y ganador posteriormente del concurso del nuevo Hospital de Torrejón.

- Servicios sensibles como: archivo de historias clínicas, traslado de pacientes, secretarías de planta y almacenes también son gestionados por empresas privadas.

Nuevos Hospitales. Adjudicaciones y Costes.				
Hospital	Empresas adjudicatarias	Coste construcción	Coste total	Diferencia
H. del Tajo	Constructora Hispanica, Construcciones Domínguez-Sando, Instalaciones Inabensa	43.343.171	252.493.283	209.150.112
Arganda del Rey	FCC Construcciones, OHL, Caja Madrid	49.328.301	277.897.590	228.569.289
Coslada	Sacyr, Testa Inmuebles en Renta, Valoriza Facilities SAU	65.705.486	424.003.915	358.298.429
Majadahonda	Dragados, Boris Lend Lease, Sufi	221.192.202	1.199.291.717	978.099.515
Parla	Sacyr, Testa Inmuebles en Renta, Valoriza Facilities SAU	64.384.075	386.776.053	322.391.978
S. Sebastián de los Reyes	Acciona Crespo y Blanco	98.173.327	505.229.135	407.055.808
Vallecas	Iniciativa de Infraestructuras y Servicios, Begar, VectrinSA Gestión, Ploder, Fuensanta	98.653.510	436.901.279	338.247.769
TOTAL*		640.780.072	3.482.592.972	2.841.812.900

*Gasto aprobado en Consejo de Gobierno

- La falta de profesionales sanitarios llevó a la Consejería a habilitar una reordenación de efectivos (traslados encubiertos), que tuvo como consecuencia inmediata la descapitalización de profesionales en los hospitales públicos y que en el momento actual se encuentra recurrida y ganada para todas las categorías por parte de UGT y otros sindicatos. Habiéndose declarado nulo el proceso en 1ª Instancia.
- La empresa obtiene a cambio la explotación monopolista durante 30 años de los siguientes servicios:

- Mantenimiento Integral del Edificio
- Gestión de Residuos Urbanos y Sanitarios.
- Seguridad
- Lavandería
- Transporte ext./int. y gestión auxiliar.
- Desinfección y desratización
- Archivo de Documentación Clínica y Administrativa.
- Gestión de Personal Administrativo de Recepción/ Información y Centralita telefónica.
- Conservación de viales y jardines.
- Limpieza.
- Servicio Integral de Esterilización.
- Gestión de Almacenes y Distribución
- Gestión de Restauración.
- Explotación de:
 - o Aparcamiento
 - o Cafetería
 - o Vending
 - o Teléfonos y televisores en habitaciones
 - o Cabinas telefónicas
 - o Varios:
 - Sucursales bancarias
 - Peluquería
 - Puesto de prensa
 - Floristería, etc..

Críticas:

Este modelo que fue impulsado por el gobierno británico. Está generando una importante polémica en este país, las principales críticas son:

- Genera el traslado de la responsabilidad de planificación y control a la empresa privada.
- Existe un superior coste de la PFI frente a su equivalente público (superiores costes de financiación de la construcción, por ejemplo).

Costes:

- Inexistencia de traslado efectivo de riesgo al sector privado, siguen siendo asumidos por el sector público.
- Impacto negativo en los niveles de servicio prestado. La rentabilidad de la inversión supedita a la calidad de las prestaciones. En este sentido, la ratio cama/población atendida supone para los nuevos hospitales una pérdida del 50% en relación con la ratio de los hospitales tradicionales.
- Traslado de la deuda a generaciones futuras, el aparente inexistente endeudamiento, supone una pesada losa que hay que pagar justamente después de construidos los hospitales, cuando la rentabilidad política ya se ha obtenido. Esto imposibilitará en el futuro embarcarse en las inversiones necesarias para resolver la obsolescencia de los hospitales públicos con el resultado de un deterioro irreversible y con la única solución, dada la falta de liquidez, de nuevos endeudamientos.

Coste anual de los servicios no sanitarios más amortización de los nuevos hospitales aprobado en Consejo de Gobierno			
Hospital	Canon máx. anual	Canon primer año	Canon último año
H. del Norte	17.856.968	13.541.770	9.468.229
H. de Vallecas	15.448.178	10.975.965	8.824.507
H. del Sur	13.792.400	13.972.400	13.792.400
H. del Tajo	9.006.528	9.006.528	9.468.229
H. Sureste	9.912.708	4.591.983	5.662.465
H. del Henares	14.964.000	12.042.945	7.932.969
H. Pta. de Hierro	44.548.550	44.548.550	44.548.550
H. de Valdemoro		31.350.000 ^(*)	
TOTAL	160.879.332		

(*) Incluye atención sanitaria

En los presupuestos para el 2011 esta cifra ya supone 185.517.837€ un incremento del 15% de lo proyectado.

A este coste aprobado hay que añadir anualmente:

- Inversiones en infraestructuras.
- Incrementos IPC + 2% anual.
- Revisiones anuales por reequilibrio financiero (si hay pérdidas hay que compensarlas).
- Coste de la atención sanitaria.
- Coste de las inversiones tecnológicas.
- Riesgos de descapitalización y obsolescencia tecnológica. Las

condiciones de las contrataciones se garantizan por 30 años, lo que supone que los hospitales necesitarán innovaciones y renovaciones tecnológicas y de infraestructuras que deberá cubrir el sector público, mediante nuevas inversiones.

- Poca orientación a las necesidades de los pacientes. La máxima de cualquier empresa privada es la rentabilidad económica.
- La sanidad privada obtiene una posición monopolística, pasando de ser regulada y controlada por el sector público, a controlar a este.

c) Hospital de Valdemoro

Para el Hospital de Valdemoro el modelo escogido supone una drástica privatización de la asistencia. Este modelo consiste en la construcción del hospital por una UTE encabezada por la empresa CAPIO, vendida a finales 2006 a la empresa APAX Partners, a la que se le asigna la externalización completa de la prestación de la asistencia especializada. A cambio se le asigna una cantidad per cápita (330 Euros en 2007), que se incrementará anualmente por encima de IPC en dos puntos porcentuales.

Cualquier cambio introducido en el hospital, tecnológico o de infraestructuras, dará lugar a nuevos pagos desde el sector público. Recordemos que este tipo de contrato tiene una duración de 30 años, y por ejemplo, el Hospital 12 de octubre que fue construido hace 30 años se está remodelando completamente. Se trata de un negocio redondo para el sector privado.

Se le garantiza el monopolio de los ingresos por 30 años, con revisiones en la cuantía por encima del IPC. Se les pone a su disposición un hospital y una red sanitaria pública.

El ajuste del gasto de la prestación sanitaria va a provocar seguramente lo siguiente:

- Aumento del número de Tarjetas Sanitarias asignadas, probablemente de poblaciones limítrofes, pues el pago es capitolativo.

- Incrementos constantes en la cápita: en 2011, ya se encuentra en 426 Euros (sin considerar el acuerdo de Consejo de Gobierno sobre actualización de la capita), lo que supone un incremento del coste de la capita desde 2007 (año de puesta en marcha del centro hospitalario), superior al 29%.
- Prestaciones por debajo de lo contratado, hasta que ocurra lo anterior (apertura de menor número de camas).
- Riesgo de extenderse a otros servicios (Atención Primaria) Como ocurrió en Alcira, cuando empezó a acusar pérdidas. Este punto es esencial pues ninguna empresa puede realizar un control efectivo de las prestaciones en atención especializada sin controlar previamente la Atención Primaria. Ya existe algún movimiento en este sentido.

d) Hospitales 2007- 2011. CONCESIONES DE SERVICIO PÚBLICO

En la campaña electoral del 2007, Esperanza Aguirre vuelve a prometer la construcción de hospitales, cuatro en esta ocasión: Torrejon, Móstoles, Villalba y Carabanchel. El Hospital para Carabanchel se ha olvidado a cambio de un posible contrato con la administración central de uso conjunto del Hospital Gomez Ulla (esta posibilidad ya existía en el 2007 y no se quiso utilizar).

Para la construcción de los otros tres, se opta por un nuevo sistema aún más gravoso y exento de todo control público. La fórmula elegida es una mezcla de “modelo Alzira” con PFI. Es decir, se entrega la asistencia sanitaria de la población de un territorio a una compañía privada (Capiro o Ribera Salud), a cambio de una cápita, y se paga otra cantidad también como cápita (equivalente al canon) por la construcción, mantenimiento y servicios no sanitarios a una constructora o empresa concesionaria.

Este modelo privatiza totalmente la asistencia de un buen número de ciudadanos de Madrid.

e) Coordinación de los nuevos hospitales.

Otra de las cuestiones que plantean problemas es la relacionada con la

coordinación de atención primaria, con la red de hospitales públicos y con el SUMMA112. Los hospitales abiertos en la anterior legislatura disponen de un sistema informático compartido entre ellos, que supone una política aislacionista con el resto, que necesariamente perjudica la prestación sanitaria de los usuarios al dificultar la continuidad de la prestación entre niveles.

Los hospitales venideros, al ser totalmente privados, dispondrán de sus propios sistemas informáticos que deberán conectarse con el resto y con los centros de salud que correspondan a su población. Al disponer de un sistema caputivo es difícil creer que vayan a ser proclives a relacionarse con el resto por el riesgo económico que supone la pérdida de población.

En resumen, estas políticas de la privatización en la producción de servicios sanitarios abre la puerta a propuestas de ruptura del aseguramiento único, o de control del regulador público por parte de las empresas privadas reguladas. Si se quiere evitar la privatización como resultado hay que impedir que el sector público acabe siendo controlado por el sector privado.

Capítulo 3

Lista de espera en la Comunidad de Madrid

El derecho a la protección de la salud es un derecho rector de la política social y económica, reconocido en el art. 43 de la Constitución Española. Responsabiliza a los poderes públicos de organizar y tutelar este derecho a través de las prestaciones y los servicios necesarios.

La dificultad más importante para hacer efectivo este derecho probablemente sea la problemática de la lista de espera en atención especializada, fuente permanente de inequidad.

Durante el tiempo en el que paciente permanece en estas listas de espera su derecho a la protección de la salud permanece en suspenso.

Por este motivo, se encomendó al Defensor del Pueblo que realizará un informe monográfico al respecto, en el que se hacía constar la falta de homogeneidad e información veraz sobre las listas de espera.

Fruto de este informe se aprobó en el año 2003 el RD 605/2003 sobre medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre la listas de espera en el SNS (Sistema Nacional de Salud).

Todas las Comunidades Autónomas se comprometieron a remitir al Ministerio de Sanidad la información sobre sus servicios de salud que se requería en el citado Real Decreto, con el objeto de obtener el conocimiento indispensable de esta problemática en el conjunto del SNS que permitiera su resolución.

En el mismo año, se publicó la Ley de Cohesión Social y Calidad que contemplaba una serie de garantías entre la que destacan la garantía de

información y la garantía de tiempos máximos de acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Durante el año 2004, la Comunidad de Madrid aprobó una batería normativa destinada al cumplimiento de estas normas básicas.

Las previsiones y mandatos que establecía el RD 605/2003 eran las siguientes:

- a) La implantación de un sistema de información en materia de listas de espera para consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas en el Sistema Nacional de Salud.
- b) La definición de los criterios e indicadores básicos, mínimos y comunes para una adecuada indicación y priorización de los pacientes en lista de espera en el Sistema Nacional de Salud.
- c) La información que deba facilitarse a los ciudadanos en materia de listas de espera.
- d) Las garantías de información sobre demora en el acceso a consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas en el Sistema Nacional de Salud.

La Comunidad de Madrid para dar cumplimiento a estos mandatos del RD 605/2003 inicia un Plan Integral de Reducción de la Lista de Espera Quirúrgica con el siguiente desarrollo normativo:

- Decreto 62/ 2004, de 15 de abril por el que se crea la Unidad Central de Gestión, los Comités Técnicos, La Comisión Central de Seguimiento y Evolución y el Registro Unificado de pacientes del Plan Integral de Reducción de la Espera Quirúrgica.
- Orden 478/ 2004 de 14 de Mayo del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se establecen la composición y funciones de los Comités Técnicos Hospitalarios y del Comité Central para el asesoramiento y apoyo a la gestión de listas de espera quirúrgica.

- Orden 602/2004, de 14 de junio, por la que se aprueban las instrucciones de gestión del Registro de Pacientes en lista de espera quirúrgica de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.
- Orden 676/2004, de 24 de junio por la que se crea el fichero que contiene datos de carácter personal para la gestión de pacientes en lista de espera quirúrgica. En ese ejercicio se registraban a 31 de diciembre 38.908 pacientes pendientes de intervención quirúrgica, y se realizaban en el INSALUD unas 280.100 intervenciones anuales.

La promesa de la Presidenta de la Comunidad de Madrid de reducir los tiempos de espera para una intervención quirúrgica a menos de 30 días, ha condicionado el desarrollo normativo del RD 605/2003, incluyendo una serie de "sutilezas" contables, que afectan principalmente a los indicadores de medida y al cómputo de espera, impidiendo así la homogeneización que buscaba el citado R.D.

Por este motivo, la Comunidad de Madrid fue expulsada del Registro de Listas de Espera Quirúrgicas que publica el Ministerio de Sanidad, siendo hasta el momento, la única comunidad que no cumple los requisitos estatales.

El Plan integral de reducción de la lista de espera quirúrgica traspone parte de los criterios establecidos en el RD 605/2003, pero introduce diferencias esenciales que influyen de manera decisiva en el registro y cómputo de pacientes. Son las siguientes:

3.1 Prestaciones que se excluyen

La Comunidad de Madrid excluye los procedimientos quirúrgicos relacionados con la reproducción humana y las intervenciones quirúrgicas para las que se requieren técnicas o tratamientos específicos que no forman parte de la práctica habitual de los centros, alterando de esta manera la redacción del RD 605/2003, que no contempla ninguna de los dos procesos clínicos. Cuando se refiere a prestaciones comunes se refiere a las básicas y comunes según el RD 63/95.

Estos procesos, que se excluyen únicamente en la Comunidad de Madrid, son procesos con pocos pacientes, es decir, no influye en los tiempos medios de espera, pero sí en los tiempos máximos de espera, su no inclusión evita registrar pacientes con demoras de más de 30 días.

Fecha de entrada en registro

Se realiza desde el mismo momento de la prescripción por el especialista, la diferencia está en que para el RD 605/2003, el cómputo comienza en este momento, mientras que para el Plan Integral, comienza desde la fecha de notificación al paciente de la intervención (unos 30 días después).

Clasificación de pacientes

La Comunidad de Madrid habilita una categoría nueva: pacientes transitoriamente no programables o pendientes de estudio preoperatorio.

Indicadores de medida

Tanto el cálculo de los tiempos medios de espera, como de la espera media de pacientes en espera estructural, se ven alterados por las anteriores medidas, es decir, se empieza a contar desde la fecha de notificación. Estos indicadores vienen determinados por el número de pacientes en espera estructural, menor en la Comunidad de Madrid, a consecuencia de incluir gran parte de ellos en la lista de espera de transitoriamente no programables.

Se establecen también tramos de espera distintos, condicionados por la promesa de garantizar una demora máxima de 30 días.

En la Comunidad de Madrid ha sido objeto de controversia desde su puesta en marcha en el año 2004, el cumplimiento del plazo de 30 días para ser intervenido. La Consejería de Sanidad no ha ayudado a poner luz en este asunto, imponiendo en sus actuaciones y en la facilitación de la información sobre las listas de espera, una falta de transparencia que ha provocado en el tejido social de la Comunidad una merecedora desconfianza.

El análisis de los datos publicados en la web de la Consejería de Sanidad, únicos datos oficiales a los que se puede tener acceso, nos permiten concluir que no se ha cumplido la promesa de la Presidenta de la Comunidad, pues existen pacientes con esperas superiores, hasta de un año, que por supuesto, por estrategias contabilizadoras, no se incluyen en el listado considerado oficial "EN ESPERA ESTRUCTURAL", pacientes a los que se empieza a contar la espera prácticamente cuando entran por la puerta de quirófano, nunca antes.

Datos que demuestran el incumplimiento de la promesa de la Presidenta de la Comunidad de Madrid Esperanza Aguirre.

a) La sustracción de los estudios preoperatorios del cómputo de espera máxima y media.

La demora de los estudios preoperatorios es de un máximo de 30 días, aunque pueden llegar a ser superiores por la fecha de corte. En dicho cómputo nos se contabilizan los festivos, con lo cual la demora mínima será de 34 días.

Si los datos de la Comunidad de Madrid se contabilizarán con los criterios del resto de comunidades autónomas, los que establece el RD 605/2003, no habría dudas de que no se habría cumplido la promesa de espera máxima de 30 días.

b) La exclusión del registro del Sistema Nacional de Salud por falta de homogeneidad en la contabilidad con el resto de CC.AA. incluidas las gobernadas por el PP.

Es la única Comunidad que incluye a los pacientes pendientes de estudios preoperatorios como "pacientes transitoriamente no programables", lo que produce una reducción en los días de demora de hasta 34 días con respecto al resto de CC.AA.,. motivo que ha provocado la expulsión de la Comunidad de Madrid del registro del SNS.

c) Existencia de pacientes con esperas superiores a 30 días.

Existen pacientes con esperas, no sólo superiores a 30 días, sino hasta de 365

días. Los pacientes pendientes "tras rechazo de centro alternativo" que superaban la espera de 30 días, alcanzaban la cifra de 19.351 a 31 de diciembre de 2010. Para estos pacientes el tiempo máximo de espera, de 30 días, no se ha cumplido.

El incremento de los pacientes que rechazan intervenir en un centro privado es exponencial. En los dos últimos años el incremento ha sido del 23%, y en el periodo diciembre 2004- diciembre 2010, del 400%.

Rechazar la propuesta de centro alternativo, generalmente privado de la Consejería de Sanidad, conlleva la cancelación individual del compromiso político de Esperanza Aguirre de 30 días de espera máxima y padecer esperas hasta 6 veces mayor. Es decir, se nos bombardea con proclamas a favor de la libertad para elegir profesional sanitario u hospital y sin embargo, ejercer esta libertad es penalizado con esperas 6 veces superiores si se elige médico o centro distinto al propuesto por la Consejería de Sanidad.

En la oferta de centros alternativos no se tienen en cuenta las siguientes cuestiones:

a) *No se contemplan ni las complicaciones ni la rehabilitación.*

Cuando surgen complicaciones, los centros concertados no son responsables de su tratamiento, con lo que el hospital de origen es el encargado de su resolución. Ello conlleva múltiples problemas para los profesionales por falta de información que claramente repercuten en los usuarios.

Hay patología, sobre todo las traumatológicas y neurológicas, en las que tras la intervención quirúrgica es necesaria rehabilitación, incluso durante el ingreso hospitalario, y esta no se garantiza en mucho de los centros ofertados, derivándolos a los de origen, donde deben incluirse en una nueva lista de espera. En este sentido, es lógico que exista, por estos pacientes, un rechazo a intervenir en estos centros.

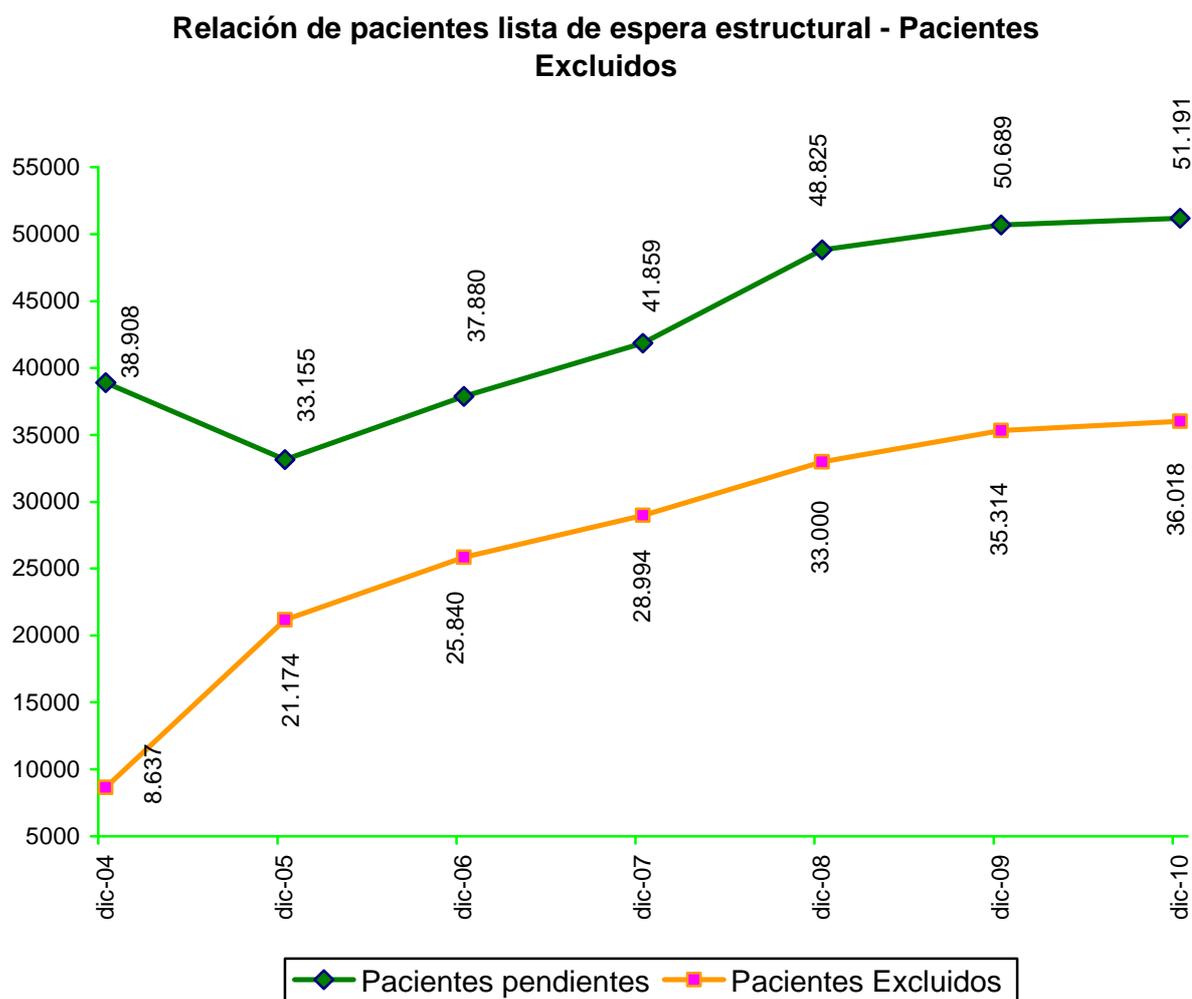
b) *Los desplazamientos suponen costes extras.*

La Comunidad de Madrid no incluye dentro de sus garantías el reintegro de gastos por desplazamiento, ni por dietas para los enfermos, ni para los acompañantes, como el resto de comunidades autónomas que tienen garantizado los tiempos máximos de respuesta. En ocasiones estos desplazamientos son considerables.

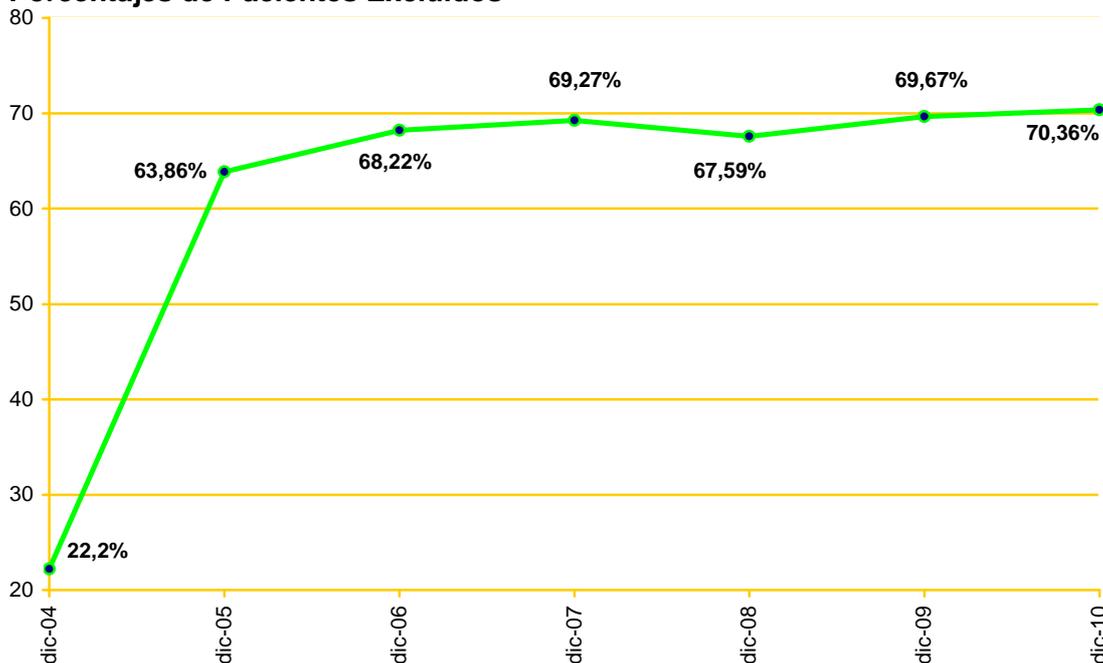
c) *Dificulta el acompañamiento de las personas dependientes*

La situación de las personas dependientes en las que el alejamiento del domicilio supone un aumento de las cargas de la familia, y dificulta el acompañamiento de los mismos, provoca rechazo en este colectivo.

e) *El aumento de pacientes excluidos.*



Porcentajes de Pacientes Excluidos



El pico máximo de pacientes en lista de espera se registró en marzo de 2010 con 51.947, de los cuales 35.523 se encontraban excluidos de la lista oficial o denominada estructural, representando los pacientes excluidos un 68,38% del total.

El número de "pacientes en espera tras rechazo de centro alternativo" se ha triplicado, y casi quintuplicado los "transitoriamente no programables". En total, los pacientes excluidos se han multiplicado casi por seis.

Con la exclusión de pacientes de la lista de espera estructural, se consigue un menor número de pacientes que computen, y por tanto, al ser estos lo que más demoras acumulan se reducen las demoras máximas y esperas medias.

3.2 Infrautilización de los recursos propios

El plan integral de reducción de la lista de espera quirúrgica contemplaba como objetivos estructurales el asegurar el adecuado uso de los recursos y la optimización de la utilización de los quirófanos de la red sanitaria de utilización pública.

Se mantienen camas cerradas en los nuevos hospitales y Fuenlabrada, y se van cerrando en grandes y medianos hospitales como Getafe, 170 camas menos, Gregorio Marañón, 275 camas menos, y La Paz, 110 camas menos, y se cierran quirófanos como todo el bloque quirúrgico del hospital Virgen de la Torre.

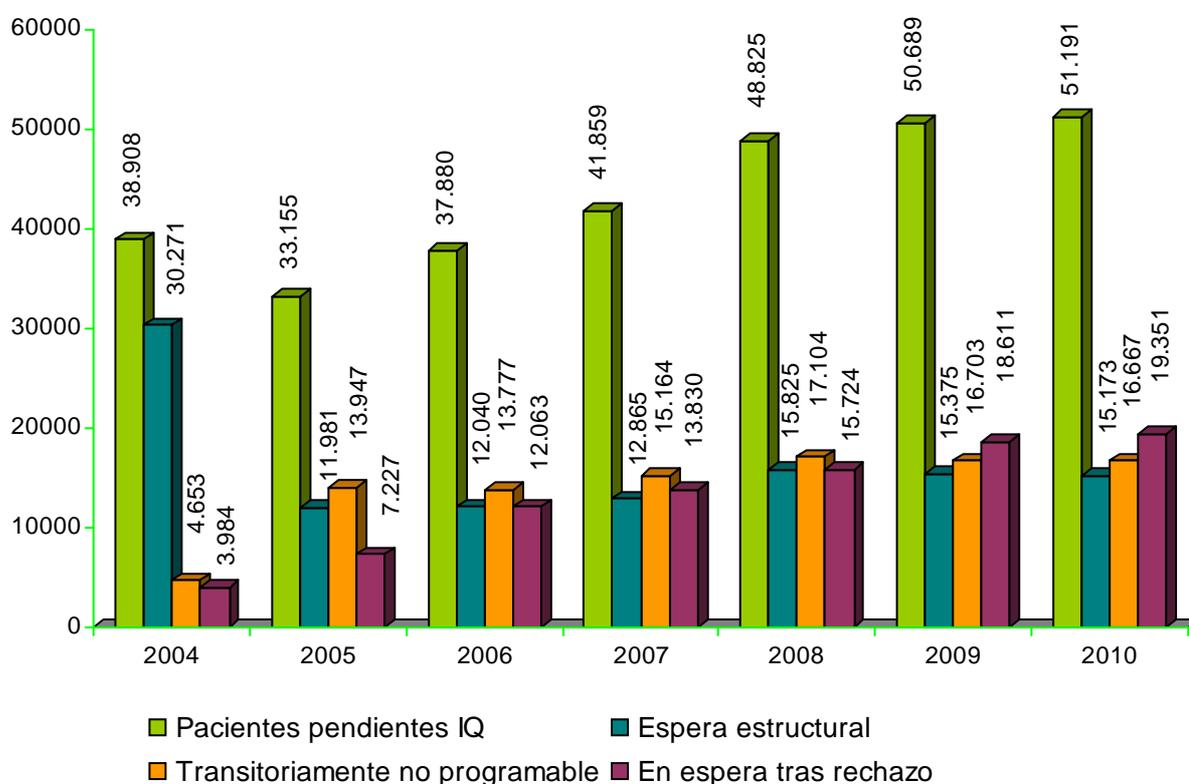
Los quirófanos de los hospitales públicos no disponen de turnos de tarde fijos, sino que funcionan a base de peonadas, sistema perverso en si mismo, que incentiva la cirugía de tarde, a costa de la actividad reglada de la mañana. Estas peonadas funcionan con los profesionales del turno de mañana que prolongan sus turnos sin que se conviertan en personal estable, como hubiera sido deseable.

No hay voluntad política clara de cambios estructurales que permitan la solución de las listas de espera, sin que esto no sea una razón más de otorgar negocio a las empresas privadas.

UGT-Madrid, considera que los recursos privados han de ser siempre subsidiarios de los públicos, temporales y circunstanciales en su utilización. La Consejería de Sanidad, sin embargo, pretende convencer de que son indispensables aunque para ello tenga que infrautilizar los propios.

Es claro que se han forzado y maquillado los datos para seguir manifestando que la presidenta ha cumplido su promesa.

Evolución de la lista de espera quirúrgica



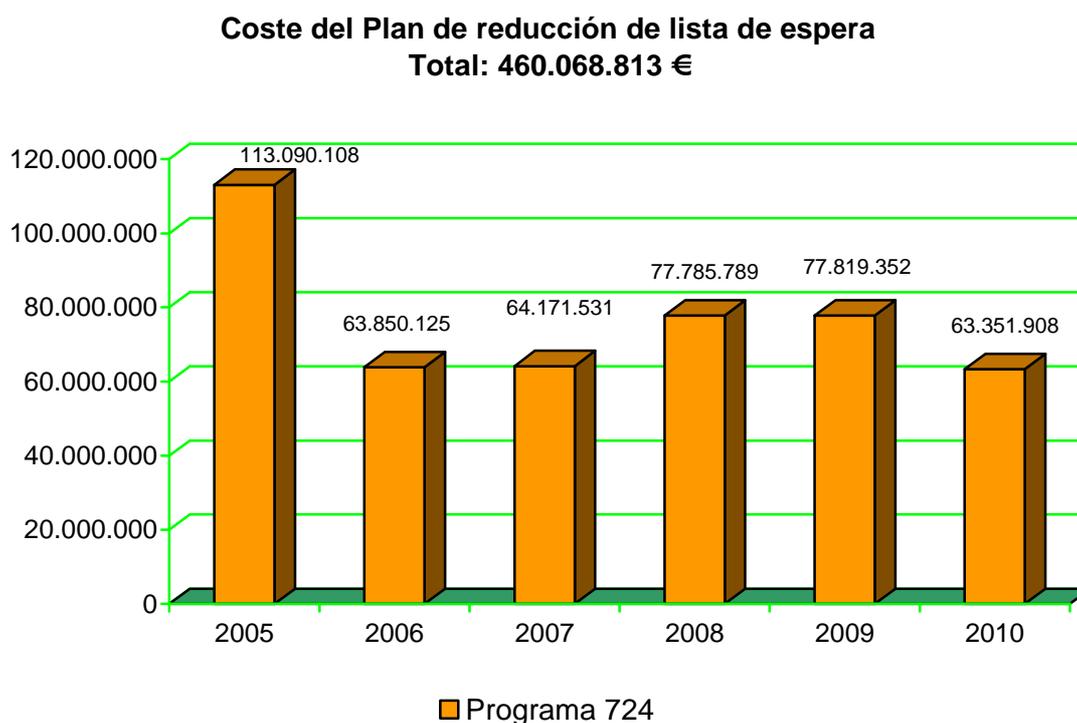
3.3. Situación de la lista de espera a 31/12/2010, después de 6 años de aplicación del plan integral de reducción de la lista de espera quirúrgica.

Los últimos datos publicados en el mes de febrero de 2011 hacen referencia al estado de las listas de espera a fecha 31/12/2010. De los mismos podemos destacar las siguientes conclusiones:

1.- *Incremento del número de pacientes pendientes de intervención quirúrgica.*

Desde que el 21 de noviembre de 2005, la Presidenta de la Comunidad de Madrid anunciara cumplida la promesa de espera menor de 30 días para una intervención quirúrgica, hasta el 31 de diciembre de 2010, el número de pacientes pendientes de intervención quirúrgica ha aumentado en 20.488 pacientes un 66,73%.

El número de pacientes pendientes de intervención quirúrgica es el más alto desde marzo de 2004, cuando comenzó el Plan Integral de Reducción de la Lista de Espera Quirúrgica, desde entonces se han gastado:



Presupuestos CAM

Desde 2005 la Consejería de Sanidad ha gastado del presupuesto público 460 millones de euros, en un plan cuyo objetivo era reducir el número de pacientes a la espera de una operación, pero ofrece el de siguiente resultado:

- 38.908 pacientes en lista de espera en diciembre del 2004
- 51.191 pacientes en lista de espera en diciembre del 2010

COMPARATIVA DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA ENTRE COMUNIDADES (LEQ) 2009 Tasa por mil habitantes			
Comunidad	Población 2009	Pacientes en LEQ	Ratio por mil
Madrid	6.386.932	50.689	7,9
Cataluña	7.475.420	52.927	7,1
Andalucía	8.302.923	49.154	5,9
País Vasco	2.152.000	28.681	5,5
Valencia	5.094.675	27.388	5,3
Castilla León	2.563.521	19.607	7,6

Madrid es una de las Comunidades con una tasa de pacientes en lista de espera mas elevada.

2.- *Se excluye de la contabilidad del tiempo de espera a la mayoría de los pacientes pendientes de intervención quirúrgica.*

El 70,36% pacientes pendientes de intervención quirúrgica no se incluyen en la lista de espera (36.018 de los 51.191 pendientes).

3.- *Existen reconocidos por la Comunidad de Madrid 13.112 pacientes con esperas entre 30 días y 6 meses y 76 pacientes con esperas que llegan incluso al año.*

A pesar de no contabilizar el tiempo que pasa desde que el facultativo prescribe la intervención quirúrgica, hasta que se le incluye en la lista de espera (hasta 40 días). Según los propios datos de la Comunidad de Madrid existen 19.351 personas con esperas superiores a los 30 días (pacientes que no quieren intervenir en hospitales privados). Otros 16.667 no computan a efectos de espera (pacientes transitoriamente no programables).

4.- Existe un claro rechazo a las intervenciones en hospitales privados.

El número de pacientes que rechazan intervenir en centros privados ha aumentado progresivamente. En diciembre de 2004, 3.984 pacientes sobre 38.908 figuraban con rechazo de centro alternativo (10,2%). En 2010, 19.351 pacientes sobre 51.191 (37,8%). Sólo el 29,64 % de los pacientes pendientes de intervención quirúrgica están incluidos en la lista de espera oficial.

5.- Existe más dificultad para ser intervenido quirúrgicamente en su centro de referencia

Prácticamente, todas las intervenciones quirúrgicas que no son preferentes o tienen patología asociada se intentan derivar a otros centros con el objetivo de adelgazar la lista de espera. Esta circunstancia, significa una gran falta de respeto hacia pacientes y profesionales, ya que se obvia toda relación de confianza médico paciente.

Conclusiones.

Hay una involución clara hacia las cifras en espera del inicio del plan de reducción de las listas de espera (año 2004) y existe un rechazo claro a la opción del Gobierno Regional de derivar pacientes a centros privados.

Por tanto, desde UGT-Madrid exigimos al Gobierno Regional, que pare la política privatizadora y realice un auténtico plan de reducción de las listas de espera, en el que no se penalice a ningún paciente por ejercer su derecho a elegir médico o centro hospitalario (aunque su elección conlleve rechazar la propuesta de la Consejería de Sanidad), y tampoco se excluya a ningún paciente de su derecho a garantizarle un tiempo máximo de espera para ser atendido.

3.4 Análisis de la lista de espera en consultas externas y pruebas diagnósticas.

Informes ajenos a la Comunidad de Madrid, ya que ésta no facilita ningún dato, como el realizado por la FADSP o del Grupo Socialista de la Asamblea de

Madrid, parecen coincidir en que no se ha reducido el tiempo que tarda el paciente en ser intervenido desde que es remitido por su médico de familia a la consulta del especialista, al contrario ha aumentado. Se habría utilizado las esperas en consultas externas y en pruebas diagnósticas para regular la demanda de intervenciones quirúrgicas, es decir, esperas que antes se producían para ser intervenidos, se producen ahora para llegar al registro de pacientes en espera de intervención quirúrgica.

Valoración de la lista de espera diagnóstica y de consultas externas.

1) La lista de espera diagnóstica mantiene unos tiempos de espera inaceptables como ya manifestó el Defensor del Pueblo en su informe sobre la lista de espera.

2) Es necesario la aprobación de una Ley de Garantía de Tiempos de Respuesta para las intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y consultas externas.

La Comunidad de Madrid, es de las pocas Comunidades Autónomas, que aún no ha garantizado normativamente este derecho que se recoge tanto en la normativa comunitaria (Art 10 de la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid), como en la estatal (Ley de Cohesión Social y Calidad).

El Plan Integral de Reducción de la Lista de Espera Quirúrgica contemplaba la aprobación antes de septiembre de 2004, de la normativa necesaria para establecer la garantía asistencial de las intervenciones quirúrgicas.

3) Es necesario garantizar los tiempos de respuesta asistencial de consultas al mismo tiempo que los de pruebas diagnósticas. De otra manera, se corre el riesgo de que la demora en el tiempo que transcurra entre la realización de la prueba diagnóstica y la consulta con el especialista, sea tan grande que pierdan su validez.

4) Las medidas que se han tomado hasta el momento desde la Comunidad de Madrid para resolver la problemática de las listas de espera quirúrgicas y las de las pruebas diagnósticas, han sido de carácter coyuntural. Estas medidas

no garantizan el mantenimiento de los resultados en el tiempo, para ello, es necesario la inversión en medidas estructurales. Es decir, crear las estructuras suficientes para absorber la demanda y no limitarse a derivarla fuera del Sistema.

5) La disminución de los tiempos de espera en pruebas diagnósticas va a provocar un aumento de las cargas de los servicios encargados de realizarlos en atención especializada (laboratorios, radiodiagnóstico, anatomía patológica, pruebas especiales, alergias, etc).

Será necesario por tanto, dotar con los recursos humanos suficientes a estos servicios, aumentando el número de radiólogos, anatomopatólogos, técnicos especialistas, personal de enfermería y personal administrativo.

Desde atención primaria se prescribe y cita para pruebas diagnósticas. Estos servicios se encuentran saturados. Desde hace tiempo vienen solicitando un tiempo mínimo de atención al paciente de 10 minutos, por lo que deberán ser reforzadas las consultas y las unidades administrativas (son necesarios más médicos de familia, personal de enfermería, personal administrativo, fisioterapeutas, etc).

6) Para facilitar la transparencia en la gestión de las listas de espera es necesaria la participación ciudadana a través de sus órganos de participación, que según Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid es el Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid, que no ha sido convocado nunca desde su creación en el año 2003 (por lo que se solicita su inmediata convocatoria).

7) Las demoras de la lista de espera quirúrgica es probable que aumenten. Si se disminuyen los tiempos que tarda el paciente en ser incluido en esa lista, es previsible que aumente el número de pacientes pendientes. Las listas de esperas diagnósticas y de consultas se han utilizado frecuentemente para regular el número de pacientes pendientes de intervención quirúrgica, en el sentido de retrasar su llegada a la misma.

Por otra parte, la prescripción de pruebas diagnósticas por los médicos de atención primaria es positiva, siempre que sirva para reducir burocracia asistencial y no la calidad.

Conclusión el Informe del Defensor del Pueblo correspondiente al 2009, manifiesta esperas de tres años y medio para pruebas de alergia en el Hospital Príncipe de Asturias; diez meses para electromiogramas; ocho meses para traumatología en el Hospital de Móstoles.

Capítulo 4

Urgencias y emergencias

4.1 Recursos disponibles.

Los recursos para la atención de las urgencias y emergencias se encuentran dentro de los dos niveles asistenciales (Atención especializada y Atención primaria) prestándose el servicio desde tres estructuras distintas:

1. Atención especializada

- Servicios de urgencias hospitalarios.

2. SUMMA 112

- U.V.I móviles y V.I.R..

El Servicio de Urgencia Médica de Madrid, SUMMA 112, cuenta en la actualidad con 26 UVI móviles, también llamadas UME -Unidades Móviles de Emergencia. Estos recursos cuentan con una dotación permanente de 4 personas: médico, DUE y 2 Técnicos en Emergencias Sanitarias, que rotan por turnos para cubrir las 24 horas del día los 365 días del año.

- Unidad de asistencia domiciliaria, UAD

Estas unidades prestan atención a las urgencias domiciliarias en toda la Comunidad de Madrid. El SUMMA cuenta con UAD médicas y UAD de enfermería. En la actualidad, existen 38 unidades operativas.

- Vehículo de intervención rápida, VIR

Se trata de un vehículo asistencial equipado con la tecnología e instrumental sanitario similar al de una UVI móvil, con una dotación de

médico, DUE y Técnico en Emergencias Sanitarias. Su función es la asistencia "in situ" de urgencias y emergencias extrahospitalarias, determinando posteriormente, si es necesario el traslado del paciente y en qué tipo de vehículo debe realizarse. El SUMMA cuenta con 17 de estas unidades, operativas los 365 días del año.

- Helicópteros

La Comunidad de Madrid cuenta con dos helicópteros sanitarios, uno con base en Las Rozas y otro en Lozoyuela. Estas unidades están dotadas exactamente igual que una UVI móvil.

3. Atención Primaria

- SUAPS Servicio de Urgencia de Atención Primaria:

Madrid Capital	C.S. Los Ángeles – Totanes, 1 – Villaverde
	C.S. Embajadores – Cardenal Solís, 6
	C.S. Espronceda – Espronceda, 24
	C.S. Mar Báltico – Mar Báltico 2
	C.S. Hnos. García Noblezas – Hnos. García Noblejas, 168
	C.E.P. Portugal – Avda. Portugal, 155
	C.E.P. Aguacate – Aguacate, 9
	C.S. Moratalaz – Hacienda de Pavones, 271
	C.S. Ángela Uriarte – Candilejas, 66
	C.E.P. Orcasitas – Cestona, 3
	C.S. Las Águilas – José de Cadalso s/n
	C.S. Barajas – Avda. De Logroño, 319
	C.E.P. Federica Montseny – Avda de la Albufera, 285
Norte	C.S. Reyes Católicos – Avda. de España, 20 (S.S. de los Reyes)
	C.S. Collado-Villalba estación – Los Madroños, 5 (Villalba)
	C.S. Tres Cantos – Sector Oficios, 12 (Tres Cantos)
	C.S. Colmenar Viejo sur – Dr. Cecilio de la Morena s/n (Colmenar)

C.S. Las Rozas – Principado de Asturias, 30 (Las Rozas)
C.S. Cerro del Aire – Avda. de España, 7 (Majadahonda)
C.L. El Escorial – Juliana, 1 (El Escorial)

Sur | C.E.P. M^a Ángeles López Gómez , 2 (Leganés)
C.E.P. Getafe – Avda. de los Ángeles, 57 (Getafe)
C.E.P. El Arroyo – Comunidad de Madrid, 10 (Fuenlabrada)
C.S. Pinto – Marqués s/n (Pinto)
C.S. Parla – Isabel II s/n (Parla)
C.S. El Restón– Avda. del Mediterráneo (Valdemoro)
C.S. Aranjuez – Abastos, s/n (Aranjuez)
C.S. Marie Curie – San Bernardo, 13 – La Fortuna (Leganés)

Este | C.S. Luis Vives – Luis Vives, 16 (Alcalá de Henares)
C.S. San Fernando – Plaza de Ondarrieta, s/n (S. F. de Henares)
C.S. La Paz – Avda. Parque de Asturias, s/n (Rivas Vaciamadrid)
C.S. Veredillas – c/ Turín, 37 (Torrejón de Ardoz)
C.E.P. Jaime Vera – Avda. De España, s/n (Coslada)

Oeste | C.S. Ramón y Cajal – Jabonería, 67 (Alcorcón)
C.S. Pozuelo Estación – Emisora, s/n (Pozuelo)
C.E.P. Móstoles – Coronel de Palma s/n (Móstoles)

4.2 Situación de las urgencias de los hospitales de la Comunidad de Madrid.

La situación de las urgencias de los hospitales de la Comunidad de Madrid recurrentemente se convierte en caótica en cuanto se registran aumentos en la demanda. Los enfermos de los hospitales madrileños soportaban situaciones tercermundistas:

1.- Hacinamiento de enfermos en los pasillos de las urgencias con ocupaciones en estos servicios del doble de enfermos para los que tienen capacidad.

2.- Falta de personal para atenderlos. Se duplica el número de pacientes por profesional, lo que conlleva necesariamente a una incapacidad para asumir correctamente las cargas de trabajo lo que provoca que en muchas ocasiones el paciente no tenga las prestaciones adecuadas. Los propios profesionales del servicio realizan sus labores en un clima de continuo estrés.

3.- Falta de camas, incluso camillas, en las mismas urgencias, lo que provoca que los enfermos esperen, incluso días, en sillas de ruedas.

4.- Falta de intimidad, los enfermos hacen sus "necesidades" y son aseados en medio de pasillos, delante de familiares y enfermos.

La falta de voluntad política para resolverlo, el deficiente número de camas, la falta de coordinación entre niveles, utilización deficitarias de los recursos propios y el incumplimiento del Plan Integral de Urgencias y Emergencias, se erigen como causa del colapso de las urgencias. Parece que el problema se resuelve aumentando el espacio para que los pacientes sigan estando horas, e incluso días, esperando un diagnóstico y posteriormente una cama para ingresar.

Aunque venga siendo habitual que todos los años se produzcan denuncias sobre el colapso de las urgencias hospitalarias, resulta lamentable que no se tome ningún tipo de medida para resolverlas y lo que es aún peor, que se realicen actuaciones que empeoran la situación.

Desde hace tiempo, UGT-Madrid, viene denunciando que el plan integral de reducción de las listas de espera no tiene en cuenta que la reserva de camas para intervenciones quirúrgicas, en muchas ocasiones banales, provoca que enfermos graves, incluso terminales, tengan que permanecer durante días en los servicios de urgencias, pendientes de que quede una cama libre.

La reducción paulatina del número de camas hospitalarias y el incumplimiento en la ejecución del plan integral de urgencias, firmado con los sindicatos, según el cual se deberían haber tomado medidas para disminuir la frecuentación, para favorecer el drenaje de pacientes. Dar autonomía como servicio a las urgencias

hospitalarias o definir y nombrar la coordinación de las urgencias son muestras de la dejadez de la Consejería en este tema que deben considerar poco rentable electoralmente.

4.3 Plan integral de urgencias y emergencias de la Comunidad de Madrid.

Respecto a la gestión del SUMMA 112 no ha cumplido con las expectativas del Plan Integral de Urgencias y Emergencias:

- No ha conseguido erigirse como centro coordinador. La falta de aplicación del Plan Integral de Urgencias y Emergencias ha dejado fuera de su ámbito las urgencias hospitalarias y la coordinación en caso de catástrofes, siendo continuas las desavenencias en este sentido con el SAMUR.
- La teórica ampliación orgánica de los recursos humanos no se ha producido, realizándose una fraudulenta utilización de los contratos de acumulación de tareas continuada en el tiempo.
- La mala planificación de los recursos:
 - Obliga a los profesionales a sobrepasar las horas semanales con el consiguiente riesgo para la salud de los profesionales de las urgencias.
 - Provoca situaciones de riesgo de desatención asistencial, al mantener parte de los recursos inactivos por falta de personal hasta el 30% de las UMEs (unidades móviles de emergencia) y VIR (vehículos de intervención rápida). Ambos dispositivos, tienen como ámbito de actuación las emergencias cuando hay riesgo vital para el enfermo.
- No se ha conseguido el objetivo de atender el 39% de los avisos emergentes en menos de 12 minutos, a pesar de contemplarse como objetivos presupuestarios en los últimos años.

En junio de 2004, entró en vigencia el Plan integral de Urgencias y Emergencias sanitarias de la Comunidad de Madrid para el periodo 2004-2007. Dicho plan tenía como objetivos:

1. Normalizar la estructura organizativa de la atención urgente en el ámbito extrahospitalario.
2. Implantar una organización normalizada de los servicios de urgencia hospitalaria.
3. Establecer una estructura jerárquica funcional con autoridad sobre la organización de la atención urgente en la Comunidad de Madrid.
4. Diseñar e implantar los CUE (centros de urgencia extrahospitalario).

Este acuerdo que pretendía implantar un nuevo modelo de la atención de urgencias y emergencias, no ha funcionado, entre otras cuestiones, por falta de voluntad política.

La disminución de la frecuentación hospitalaria exige necesariamente una coordinación de los distintos recursos de las urgencias de toda la Comunidad. Todas las medidas contempladas en el Plan Integral de Urgencias y Emergencias han sido obviadas, por lo que año tras año, se viene registrando un aumento de la frecuentación de las urgencias hospitalarias.

A excepción de las primeras fases del Plan en las que se transfirieron al SUMMA 112 los SUAPs, dependiente en ese momento de las G.A.R (Gerencias de Atención Primaria), se integró operativamente el SERCAM al SUMMA 112 y se aumentaron teóricamente ciertos recursos, se han incumplido plazos y objetivos esenciales.

4.4 Medidas incumplidas respecto a la estructura necesaria para la coordinación

1. Definir la estructura jerárquica funcional con autoridad sobre la coordinación de la atención urgente en la Comunidad de Madrid.
2. Definición y nombramiento del jefe del Sistema Integral de urgencias y emergencia de la Comunidad de Madrid.
3. Homogeneizar la estructura organizativa de los servicios de urgencia hospitalaria.
4. Constitución de los servicios de urgencia hospitalaria como servicios autónomos dentro del hospital.
5. Diseñar estrategias para frenar el crecimiento de la frecuentación de los servicios de urgencia hospitalaria.
6. Implantación de un sistema informático con Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), codificación de diagnósticos y sistema de clasificación común a todo el sistema.

Capítulo 5

Transporte sanitario

5.1 Transporte sanitario urgente

Teniendo en cuenta el concepto actual de "URGENCIA" ("aparición fortuita por cualquier causa de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o su familia"), y de "EMERGENCIA" ("urgencia en la que existe una situación de muerte potencial para el individuo si no se actúa de forma inmediata y adecuada), se considera "TRANSPORTE DE EMERGENCIA" al que debe realizarse con prioridad absoluta y sin demora, dado el riesgo que supone para el enfermo un retraso en el diagnóstico o tratamiento. Este tipo de transporte se utiliza para pacientes críticos, con riesgo actual o potencial para la vida de forma inmediata por compromiso de las funciones vitales.

En cambio, conceptualmente por "Transporte Urgente" entendemos el traslado de un paciente que, tras la valoración efectuada de su situación por profesionales sanitarios, deba recibir asistencia sanitaria, tanto diagnóstica como terapéutica, en un centro sanitario. Se considera que el traslado debe realizarse en el menor tiempo posible sin que suponga un riesgo para la vida del paciente, en vehículo de transporte sanitario, independientemente de necesitar apoyo asistencial durante el mismo.

Este tipo de transporte comprende las siguientes modalidades:

- Traslado a los Servicios de Urgencia de los Centros Sanitarios de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid.

- Traslados que deban ser realizados con personal sanitario de apoyo adscrito a unidades u organismos con responsabilidad en la asistencia sanitaria urgente.
- Todos los traslados solicitados por la unidad responsable del transporte sanitario terrestre del Servicio Madrileño de Salud, así como todos los traslados solicitados por el Servicio de Coordinación de Urgencias del SUMMA 112.

En el mes de Junio del 2010, se anuncia que en la Comunidad de Madrid se va a restringir el servicio de las ambulancias para transporte urgente en un 40 %, por la rescisión voluntaria del contrato firmado tres años antes por una empresa, sin experiencia previa en el sector, Isolux Corsan, por no resultarle rentable económicamente.

A la gravedad del incumplimiento hay que añadir el beneplácito de la Consejería que autorizó tal rescisión por una mala previsión del Gobierno regional, que no presentó un nuevo concurso para garantizar el servicio, a pesar de que a Isolux se le extinguía el contrato en junio. Según se dijo desde la Consejería, la reducción no causaría problemas porque "durante el verano el número de avisos es menor".

La irresponsabilidad de la administración autonómica en este caso ha sido manifiesta, los traslados urgentes han tenido que ser asumidos en muchas ocasiones por recursos inapropiados por exceso o por defecto.

En Septiembre, se adjudica un nuevo contrato a Euroлимп-Ferrovial por los próximos cuatro años, por un importe de 74,6 millones de Euros. Una cantidad inferior a la que había previsto la Comunidad (79,1 millones), aunque superior a la que cobró Isolux, que se quejó de la poca rentabilidad del servicio (15,1 millones de Euros anuales). El número de vehículos pasará de 80 a 92.

5.2 Transporte sanitario no urgente

Es aquel traslado que debido a imposibilidad física u otras causas clínicas del

paciente, no pueda llevarse a cabo en transporte ordinario, teniendo que realizarse en medio especial, siempre que su duración no suponga riesgo vital o daño irreparable para su salud.

Este tipo de transporte comprende las siguientes modalidades:

- Traslado desde el domicilio a centro sanitario, siempre que pertenezca a la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid para cualquiera de los siguientes servicios:
 - A. Ingreso Hospitalario
 - B. Consulta Externa
 - C. Prueba Diagnóstica o Terapéutica
 - D. Tratamiento

- Traslado desde centro sanitario, siempre que pertenezca a la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid, a domicilio procedente de los siguientes servicios:
 - A. Alta Hospitalaria
 - B. Consulta Externa
 - C. Prueba Diagnóstica o Terapéutica
 - D. Tratamiento
 - E. Alta Servicio de Urgencias Hospitalario

- Traslado entre centros sanitarios de Atención Especializada, pertenecientes ambos a la Red Sanitaria Única de utilización Pública de la Comunidad de Madrid, para cualquiera de los siguientes servicios:
 - A. Ingreso Hospitalario
 - B. Consulta Externa
 - C. Prueba Diagnóstica
 - D. Tratamiento

A su vez, el Transporte Sanitario No Urgente se puede clasificar en:

No Programado

Necesidad de traslado de un paciente desde un centro sanitario de manera no prevista, que debe realizarse en un plazo breve de tiempo. Con carácter normativo, se define como aquel en el que existe una diferencia de tiempo inferior a 12 horas entre la solicitud de traslado y su realización.

Programado

Necesidad de traslado de pacientes desde un Centro Sanitario con imposibilidad para el uso de transporte ordinario por imposibilidad física u otras causas médicas. No se contemplan motivos sociales o de incompatibilidad horaria con los medios de transporte ordinarios. Con carácter normativo, se define como aquel en el que existe una diferencia de tiempo superior a 12 horas entre la solicitud del traslado y su realización.

Individual

Cuando el paciente debe ser trasladado solo en ambulancia individual.

Colectivo

Cuando se trasladan varios pacientes que no necesitan asistencia técnico-sanitaria en ruta, no aquejados de enfermedades infecto-contagiosas ni puedan originar perjuicios evidentes al resto de usuarios.

Ha habido y sigue habiendo una gran dejadez en la prestación de transporte sanitario durante estos años. En el año 2006, la Comunidad de Madrid duplicó el presupuesto en este capítulo, pasó de 36 a 50 millones de Euros, lo que nos da una idea de la situación tan deficiente en la que se ha mantenido. A finales del 2010 se aprueba un concurso por un gasto pruriano de 66.434.400 para transporte no urgente de 2011 a 2014. En este concurso se establece lo siguiente: *“En lo referente a tiempos máximos de traslado, cuando la distancia entre los puntos de origen y destino sea igual o inferior a 35 kilómetros, e*

tiempo de traslado deberá ser inferior a 40 minutos en ambulancia individual y a 60 minutos en ambulancia colectiva". A pesar de ello en Febrero de 2011 se siguen produciendo demoras de hasta 3 horas para la recogida de pacientes, ante ello los responsables de la Consejería alegan que las empresas no cumplen.

El transporte sanitario en la Comunidad de Madrid está prácticamente externalizado, a excepción de las emergencias.

La planificación y organización de estas últimas, a través de la Gerencia del SUMMA112 como hemos visto anteriormente, ha sido muy deficiente.

Medidas como la habilitación de taxis para los traslados sanitarios no urgentes son incomprensibles fuera de una política demagógica y populista. Se duplican los presupuestos. Igualmente la propia Comunidad Autónoma incumple la normativa autonómica sobre requisitos mínimos de los vehículos destinados al transporte sanitario.

Antes de instaurar cualquier medida es necesario el reconocimiento de las carencias, la cuantificación de los recursos necesarios y el establecimiento de una buena planificación. Nada de ello se ha hecho.

5.3 Traslados de pacientes en taxi.

La Comunidad de Madrid, hizo público a mediados del 2010 un acuerdo de colaboración entre el Gobierno de la Comunidad de Madrid y las cuatro Asociaciones de Auto-Taxi de Madrid, para la prestación de este nuevo sistema de transporte no urgente. Tele-Taxi de Madrid, Alcalá Radio-Taxi S.C.L, Asociación Gremial de Auto-Taxi de Madrid y Radio Taxi de Madrid Sociedad Cooperativa Madrileña con una dotación económica de 1.430.000 euros por año, por el cuál se posibilita cubrir los traslados solicitados por el Servicio de Urgencias Médica regional, SUMMA 112, con taxis, entendiendo este medio como un sistema de transporte complementario no urgente

Estos traslados se realizarían a pacientes que reciben algún tipo de rehabilitación o personas que periódicamente se deben trasladar a un centro médico para seguir algún tipo de tratamiento específico.

La revisión de la normativa autonómica y estatal lleva a las siguientes conclusiones:

- 1.- El transporte en TAXI no puede contemplarse como transporte sanitario por los siguientes motivos:
 - a. No reúne las características técnicas-sanitarias para ello.
 - b. Su personal no está cualificado para su ejercicio.
- 2.- No es una prestación ni servicio sanitario reconocido en la Comunidad de Madrid, no se encuentra dentro de su cartera de servicios. Aunque ésta, tiene competencias para establecerlo, pero exigiría un desarrollo normativo.
- 3.- No se contempla en el catálogo de prestaciones de servicios de naturaleza sanitaria susceptibles de ser retribuidos por la Comunidad.
- 4.- El transporte sanitario debe ir dirigido a pacientes que por criterios exclusivamente médicos no puedan desplazarse por medios ordinarios de transporte, lo que incluye a los taxis. Al resto de los pacientes no se debería prescribir esta prestación. De lo contrario, se estaría costeando los desplazamientos de los pacientes a los centros sanitarios, lo que debería definirse para evitar la discrecionalidad (A quién se va a costear y porqué).
- 5.- La Ley sólo contempla el reintegro de gastos, en este caso el desplazamiento en taxi, cuando concurren las siguientes causas:
 - En casos de asistencia sanitaria urgente, inmediata y de carácter vital.
 - Cuando hayan sido atendidos fuera del Sistema Nacional de Salud.
 - Una vez comprobado que no se pudieron utilizar oportunamente los

servicios SNS.

- Cuando no constituyan una utilización desviada o abusiva de esta excepción.

No se cumplen ninguna de las condiciones.

6.- La atención ha de garantizarse mediante transporte sanitario que debería ser suficiente para atender todos los casos. De lo contrario, ¿en qué situación se nos ha mantenido durante estos años?

Taxistas haciendo las veces de ambulancieros. Es un síntoma claro de la falta de planificación en el servicio de ambulancias no urgentes de Madrid. Es el reflejo de una planificación poco realista y desequilibrada.

Cada año, la Comunidad de Madrid gasta **casi de un millón y medio de euros** en el pago de un convenio, renovado en 2010, por el que los taxis hacen de ambulancias en el traslado de pacientes que no requieren equipo médico. En teoría, esta prestación, según el Gobierno regional, es un complemento al servicio de ambulancias que mejora la calidad del mismo, pero en la práctica, está sirviendo de parche para las carencias en el traslado de enfermos.

Proponemos:

1.- El transporte sanitario se realice en los vehículos que reúnen las condiciones técnico-sanitarias que establece legalmente la propia Comunidad de Madrid y la normativa Estatal.

2.- Si se quieren abonar los desplazamientos, se haga con los de los pacientes que se ven obligados a intervenir en hospitales alejados de su residencia. Práctica que realizan la mayoría de las CC.AA. que garantizan los tiempos de respuesta para intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y consultas, por Ley.

Capítulo 6

Salud mental

Los trastornos mentales son una de las causas principales de enfermedad y discapacidad en todo el mundo. Los trastornos depresivos son ya la cuarta causa más importante de la carga mundial de morbilidad, y se prevé que para 2020 figurarán en el segundo puesto, por detrás de la cardiopatía isquémica.

Según la OMS, una de cada cuatro personas se verá afectada por trastornos mentales o neurológicos en algún momento de su vida, pero casi las dos terceras partes de estas personas, no acudirán nunca a un profesional de la salud.

Cerca del 50% de las personas que sufren trastornos mentales en los países desarrollados. No reciben tratamiento, una cifra que alcanza el 80% en los estados más pobres, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), que reclama a los Gobiernos que incluyan la salud mental en su **"agenda de sanidad pública"**.

En España constituyen la octava causa de muerte, siendo causantes de forma directa del 3,2% de las defunciones totales. En las mujeres este porcentaje es ligeramente superior, alcanzando el 4,4% del total de defunciones y situándose como la sexta causa de muerte

En la Comunidad de Madrid alrededor de 1.500.000 personas sufrirán a lo largo de sus vidas algún trastorno mental. Las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la población madrileña. El componente de mala salud tiene un peso mucho mayor que el de la mortalidad. Ésta se produce a edades elevadas debido a las demencias y a la enfermedad de Alzheimer.

En Atención Primaria la patología mental representó un 3,9% de los episodios atendidos en los últimos años. La hospitalización por este motivo se produce sobre todo en las edades medias de la vida y a partir de los 75 años. En los hombres las mayores tasas de morbilidad hospitalaria fueron para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguida por los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, mientras que en mujeres predominaron los trastornos del estado de ánimo.

Según la encuesta de salud, la patología mental es más frecuente en mujeres y aumenta con la edad. Se observaron diferencias en la presencia o riesgo de sufrir ansiedad o depresión, según país de nacimiento, nivel socioeconómico y estado civil.

El Plan de Atención Social a las Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica, estimaba en el 0,3% de la población de Madrid, sufrían algún tipo de enfermedad mental grave y crónica, lo que supondría que más de 19.000 personas que actualmente viven en la Comunidad de Madrid estarían en esta situación.

Para estas personas la vida no es fácil por el hecho de padecer una enfermedad mental, por ser etiquetados como enfermos mentales. Sufren una serie de reacciones sociales negativas para su bienestar, adaptación y participación social.

Las líneas estratégicas y objetivos en salud mental surgen en la Comunidad de Madrid del Plan de Salud Mental 2003-2008. Se realizó sin consenso ni participación social o política. No fue aprobado por la Asamblea de Madrid, ni siquiera surgió como un acuerdo del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid. Se realizó directamente desde la Administración, y fue objeto de numerosos incumplimientos en sus objetivos y plazos y no ha habido una evaluación de sus resultados.

La elaboración del nuevo **Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014** ha estado condicionada por múltiples dificultades, fundamentadas en su mayoría

por las discrepancias entre los profesionales implicados y los responsables de la Consejería (Director General de Hospitales) para la elaboración de dicho plan, en esta ocasión tampoco fue presentado en la Asamblea.

Las sociedades y asociaciones muestran su rechazo en primer lugar a su tendencia hospitalocentrista que desde la administración se quiere dar a la salud mental quedando en segundo plano la visión comunitaria, social y rehabilitadora que pretenden los profesionales, paciente y familiares.

La elaboración de este último plan ha sido bastante accidentada con múltiples borradores y distintos plazos para publicar en 2010 el nuevo plan y hacerlo coincidir con el área única y la libre elección ya que el objetivo claramente es incorporar la salud mental a la nueva planificación.

En salud mental, la desaparición de las Área Sanitarias, de sus estructuras organizativas y de gestión, se hace efectiva en un primer momento, con la Orden de la Consejería de Sanidad del 28 de enero de 2010, por la que se reordenan los centros y dispositivos asistenciales de salud mental adscritos al Servicio Madrileño de Salud, y se les adscribe a las “Gerencias de Atención Especializada”. Poco después la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria publica una resolución en junio en la se adscribe esta red de dispositivos a las gerencias de los distintos hospitales. La reorganización supone la creación de 21 Unidades Funcionales Asistenciales, alrededor de las Gerencias Hospitalarias, con distintos modelos de gestión y provisión de servicios (19 de provisión pública y 2 de provisión privada).

La desaparición de las Áreas condiciona que las redes de atención sigan existiendo y con ellas las Comisiones de Asistencia y coordinación entre dispositivos. Aun no se sabe cómo y dónde van a funcionar las redes de dispositivos de rehabilitación, quién formará parte de las Comisiones de Rehabilitación de Área y cuales serán sus funciones. Los Centros de Salud Mental continúan aunque con distinta dependencia, dejan de estar a cargo de los jefes de servicios de Psiquiatría de los hospitales para pasar a depender

directamente de las direcciones médicas (puestos de libre designación, elegidos en su gran mayoría por criterios políticos y no profesionales).

En definitiva, la implantación del Área Única y la Libre elección no ayuda si no que, dificulta en gran medida la organización de los recursos de atención en la salud mental. ¿Qué puede pasar con los pacientes con trastornos mentales crónicos graves y la libre elección? ¿Pueden elegir o van a ser relegados por su incapacidad a centros poco adecuados y atendidos por profesionales poco “elegibles”? El panorama para la salud mental en Madrid resulta desalentador, quizá por eso el colectivo de profesionales y pacientes han distribuido recientemente el comunicado que aparece a continuación:

Con motivo del Día Mundial de la Salud Mental, la Comisión Pro Salud Mental de la Comunidad de Madrid, compuesta por la Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAM), la Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM-AEN), Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP) y la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM), quiere poner en conocimiento de las autoridades sanitarias y de la opinión pública:

- 1. Que el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 que la Consejería de Sanidad ha aprobado este año no es el Plan de Salud Mental que va a resolver los problemas que tiene la atención a la salud mental en Madrid.*
- 2. Que es más una guía de recomendaciones que un auténtico Plan de Salud Mental, al carecer de respaldo legislativo, compromisos presupuestarios, plazos de aplicación e instrumentos de implementación, seguimiento y evaluación.*
- 3. Que el cambio en las formas de gestión se está llevando a cabo poniendo en riesgo el modelo comunitario de atención a la salud mental, pues la desaparición de las áreas sanitarias dificulta cuando*

no impide una ejecución eficaz de los programas de continuidad de cuidados, considerados un instrumento imprescindible para atender los problemas de salud mental en general y a los más graves en particular.

4. Que dicho modelo comunitario de atención es un sistema reconocido e implantado en todos los países desarrollados, que permite conseguir la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y no debe permitirse la introducción de criterios de coste-beneficio que dificulten dicha labor.

5. Que el derecho a la salud en general y a la salud mental en particular tiene carácter público y gratuito y debe ser hecho efectivo por nuestras autoridades públicas de acuerdo a criterios de equidad, universalidad y accesibilidad.

6. Que la centralización de la atención en torno a las gerencias hospitalarias y la adscripción de la atención ambulatoria a las mismas, está poniendo en peligro la Red de Centros de Salud Mental y su modelo de atención basado en la asignación de profesionales de referencia para cada paciente, abordaje integral de los problemas psiquiátricos, psicológicos y sociales que cada paciente presenta e intervenciones domiciliarias y socio-familiares. Ya existe el precedente de los Centros de Salud Mental de Valdemoro y Moncloa, convertidos en meras consultas externas hospitalarias, y lo mismo puede estar ocurriendo con el Centro de Salud Mental de Coslada.

7. Que el acceso a las unidades de hospitalización de media y larga estancia se está haciendo cada vez con más frecuencia al margen de los programas de rehabilitación de los Centros de Salud Mental creando graves situaciones de inequidad.

8. Que la Consejería de Sanidad desatiende la rehabilitación psicosocial, prestación sanitaria incluida en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, considerando como sociales todas las intervenciones que se llevan a cabo en los dispositivos de rehabilitación y apostando, para el abordaje a medio y largo plazo de los trastornos mentales graves, exclusivamente por la hospitalización prolongada en detrimento de la potenciación de los programas de rehabilitación de los Centros de Salud Mental, de las intervenciones socio-comunitarias y de la rehabilitación laboral y psicosocial.

6.1 Infraestructuras

6.1.1 Recursos ambulatorios

Centros de Salud Mental

Moratalaz SERMAS C.E.P

Puente Vallecas SERMAS MONOGRÁFICO

Vallecas SERMAS C.A.P

Retiro SERMAS MONOGRÁFICO

Arganda SERMAS C.E.P

Rivas Vaciamadrid SERMAS C.A.P

Chamartin SERMAS MONOGRÁFICO

Coslada SERMAS C.A.P

Salamanca I SERMAS C.A.P

Salamanca II (U.Infan.Juv.) SERMAS MONOGRÁFICO

Torrejón SERMAS C.A.P

Alcalá de Henares SERMAS C.E.P

Ciudad Lineal SERMAS MONOGRÁFICO

San Blas MUNICIPAL MONOGRÁFICO

Hortaleza CONS. FAM..MONOGRÁFICO

Barajas ALQUILER MONOGRÁFICO
Tetuán SERMAS MONOGRÁFICO
Fuencarral I SERMAS C.A.P
Fuencarral II(U I Juv) SERMAS CAP
Alcobendas SERMAS C.A.P
San Sebastian de los Reyes SERMAS C.A.P.
Colmenar Viejo SERMAS C.E..P
Moncloa SERMAS C.E.P.
Majadahonda SERMAS C.A.P.
Collado Villalba SERMAS C.A.P
Centro SERMAS MONOGRAFICO
Latina I SERMAS C.A.P
Latina II MUNICIPAL MONOGRAFICO
Chamberi SERMAS C.E.P
Alcorcon MUNICIPAL MONOGRAFICO
Mostoles SERMAS C.A.P
Navalcarnero SERMAS C.A.P
Leganes SERMAS Complejo Hospitalario Psiquiátrico
Fuenlabrada SERMAS C.E.P
Getafe SERMAS C.E.P
Parla SERMAS MONOGRAFICO
Arganzuela SERMAS C.E.P
Carabanchel SERMAS C.A.P
Carabanchel SERMAS C E P
Usera SERMAS C.A.P
Aranjuez ALQUILER MONOGRAFICO
Ciempozuelos Hnas Hospitalarias Complejo Hospitalario Psiquiátrico
Villaverde SERMAS C.A.P

Plan Salud Mental 2010/2014

Centros Salud Mental en C. Especialidades (C.E-P-)	10
Centros Salud Mental Atención Primaria (C.A.P.)	17
Complejo Hospitalario Psiquiátrico	2
Centros monográficos	14
TOTAL	43

6.1.2 Recursos hospitalarios y de otro tipo

Los recursos disponibles para la asistencia psiquiátrica y salud mental son muy diversos y distribuidos en toda la Región, con dependencia patrimonial diferente, incluso alguno de ellos es de tipo concertado, pero con coordinación funcional desde la Oficina Regional.

Hospitales de Día

Vallecas Quijorna s/n Complejo Hospital I .Leonor SERMAS
Moratalaz y Retiro Hospital General Universitario Gregorio Marañón Hospital
SERMAS
Chamartín, Salamanca y Coslada Marqués de Ahumada, 11 Monográfico CSM
SERMAS
Alcalá Henares Alfonso de Alcalá, s/n Alcalá de Henares Monográfico (Adultos
y adolescentes) Consejería de Educación, cesión de uso
Hospital U. Ramón y Cajal Hospital SERMAS
Alcobendas Hospital Infanta Sofía Hospital SERMAS
Majadahonda / Collado Villalba Hospital U. Pta de Hierro-Majadahonda.
Hospital SERMAS
Chamberí Ponzano, 70 Monográfico SERMAS
Móstoles Independencia, 8 Monográfico SERMAS
Alcorcón y Navalcarnero Hospital Fundación Alcorcón Hospital SERMAS
Leganés Instituto P. «Jose Germain» Hospital SERMAS
Getafe Galicia n.º 6, 8 y 10 Monográfico Municipal, cesión de uso
Villaverde Rocafor, 3 Monográfico

Hospitales de día niños y adolescentes

Vallecas Hospital de Día Adolescentes Rafael Fdez. Hijicos, 32 Monográfico
SERMAS

Alcalá Henares Hospital de Día Adultos y adolescentes Alfonso de Alcalá, s/n
Monográfico Consejería de Educación

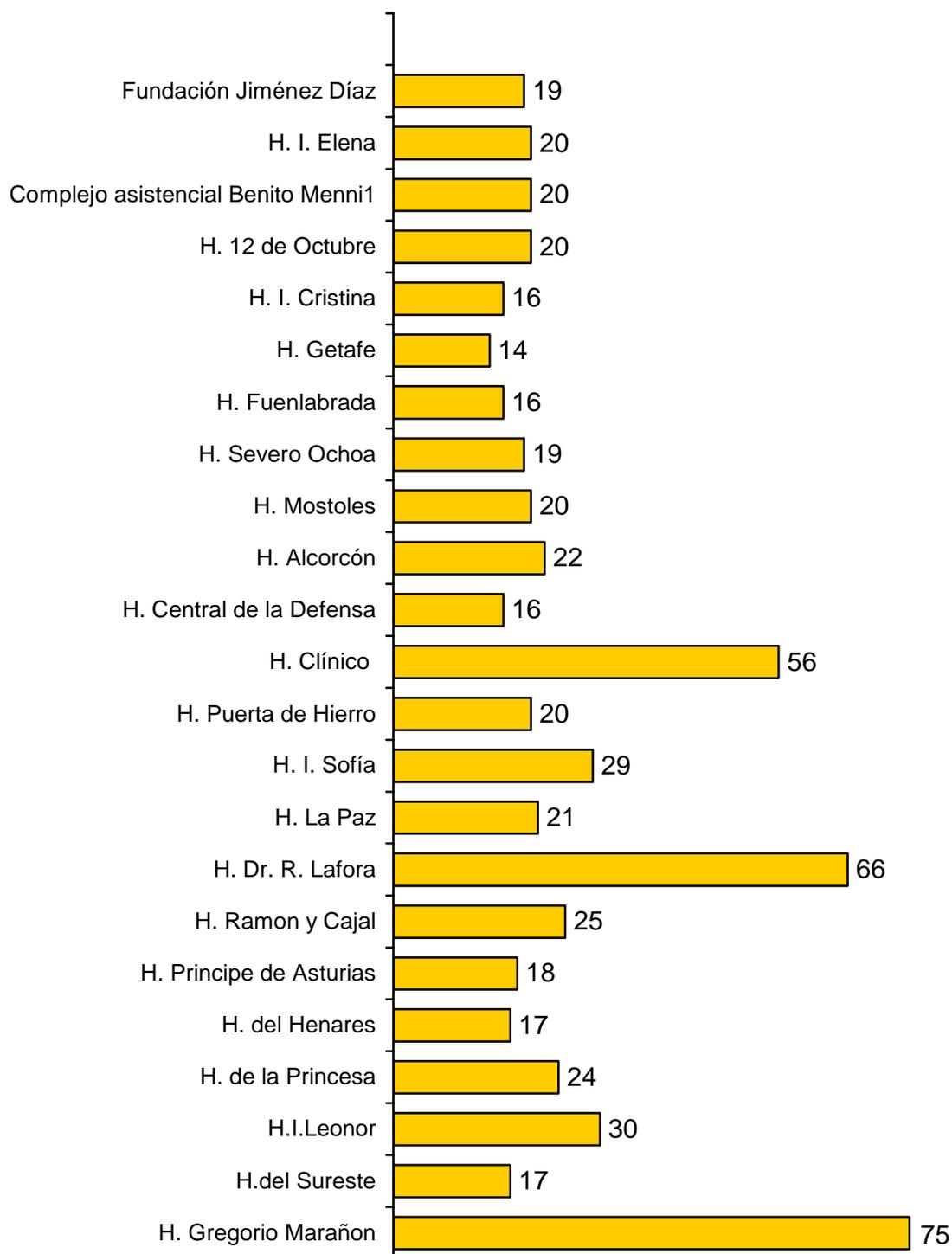
Hospital de Día Niños y Adolescentes Av. Cardenal Herrera Oria Monográfico
Serv. Contratado

Leganés Hospital de Día Niños y Adolescentes Avda. Los Pinos s/n.
Monográfico Serv. Contratado Consejería de Educación, cesión de uso

Carabanchel Hospital de Día Niños y Adolescentes Gorrión, 2 Monográfico
Serv. Contratado Consejería Educación, en cesión de uso

Hospital de Día Niños y Adolescentes Hospital Infantil «Niño Jesús» Hospital
SERMAS

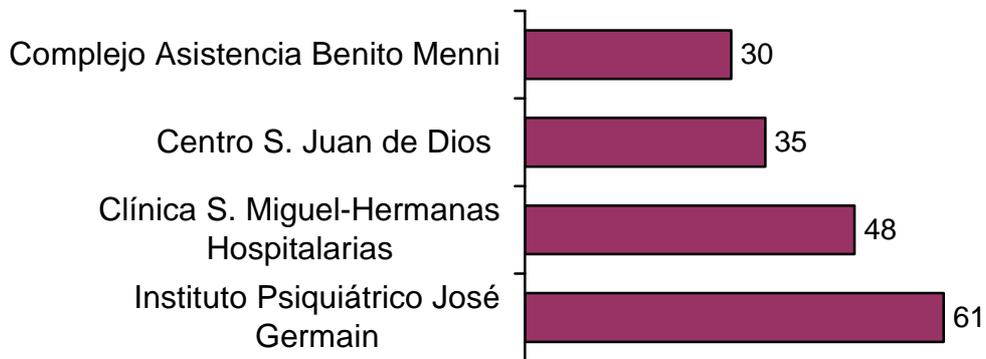
Camas Hospitalización breve TOTAL 596



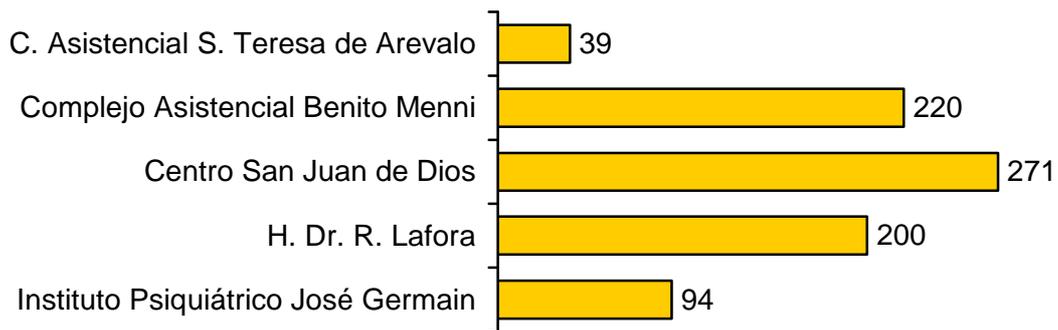
Camas de Hospitalización niños y adolescentes
TOTAL 39



Camas Hospitalización unidades media estancia
TOTAL 174



Camas Hospitalización unidades larga estancia
TOTAL 824



RR.HH. Red Salud Mental y Hospitales de Día 2010
TOTAL 1039



Todos los datos proceden del Plan de Salud Mental 2010/2014.

En total, 1039 profesionales integran la Red, de éstos, 340 son psiquiatras y 193 son psicólogos.

Actividad	2003	2007
Asistencias realizadas	605.706	886.421
Casos tratados	113.959	159.881
Casos nuevos	43.576	58.340
Número de altas	23.442	6.875

En estos últimos años se ha producido un aumento de la actividad en salud mental, lo que ha incrementado la presión asistencial y las cargas de trabajo.

El análisis de la patología tratada nos permite concluir que entre el 30 y el 40% de las citas en los centros de salud mental se corresponden con trastornos menores, la mayoría susceptibles de ser tratados en los equipos de atención

primaria, si previamente se disminuye la presión asistencial este nivel (disminuye el número de TIS/profesional y la frecuentación) y se les forma y entrena en el diagnóstico y tratamiento de estos enfermos. La presión asistencial en atención primaria y especializada tiene una relación directa y proporcional al aumento del número de derivaciones a los centros de salud mental.

6.2 Principales problemas y necesidades en salud mental

6.2.1 Discriminación del enfermo mental respecto al resto de enfermos.

La rehabilitación funcional de estos enfermos está reconocida como una prestación sanitaria desde la publicación del RD 1030/2006, de 15 de septiembre, aunque el factor no tiene la misma garantía de protección al ser considerada todavía una prestación social, y por lo tanto, no financiada obligatoriamente por la Comunidad Autónoma. Desde la publicación del RD 1030/2006 todas las prestaciones de salud mental, incluidas la relacionada con la rehabilitación de déficit funcional recuperable, deben depender totalmente de la Consejería de Sanidad, y ser financiadas íntegramente por la Comunidad de Madrid.

6.2.2 Falta de formación y saturación de los Equipos de Atención Primaria.

Entre el 30 y 40% de las citaciones en los centros de salud mental corresponden a trastornos menores susceptibles de ser tratados desde los equipos de Atención Primaria.

La falta de programas formativos en atención primaria sobre afrontamiento del estrés, psicofarmacología, técnicas de comunicación, entrevista, terapia y orientación de apoyo y prevención de enfermedades mentales, unidos a la gran presión asistencial de los EAPs, provoca aumento en el número de derivaciones a los centros de salud mental, en muchas ocasiones, evitables.

6.2.3 Déficit de recursos tanto humanos como materiales.

El aumento de la presión asistencial de los centros de salud mental no se ha acompañado del aumento correspondiente de los recursos humanos. El bicefalismo de las prestaciones sanitarias en salud mental viene provocando que parte de los hospitales estén dificultando las nuevas contrataciones de personal estatutario, ya sea retrasando las mismas, o destinando los recursos a objetivos distintos a los aprobados o planificados por la Oficina de Salud Mental.

Por otra parte, existe dificultad para la contratación de psiquiatras. La escasez de especialistas, en breve, va a exigir la toma de decisiones en este ámbito para evitar la desatención de los enfermos. La apertura de los nuevos hospitales y la imagen hospitalocentrista mostrada por la Consejería se evidencia por la dependencia del Director General de Hospitales de todos los asuntos de salud mental y agrava aún más el problema ya que los hospitales abiertos recientemente han absorbido una gran cantidad de psiquiatras por estar concebidos todos ellos con unidades psiquiátricas desproporcionadas a su tamaño. Una de las opciones a valorar será el incremento del número de psicólogos clínicos.

Otra variable a tener en cuenta, son las tensiones políticas entre Ayuntamiento y Comunidad de Madrid. Esta falta de entendimiento está provocando que las políticas que antaño fueron de colaboración, hoy sean de entorpecimiento.

Respecto, a la prestación sanitaria en salud mental el Ayuntamiento de Madrid ha anunciado la retirada de los recursos que prestaba a la Comunidad, esto va a obligar a la Comunidad de Madrid a un desembolso presupuestario no previsto que va a detraerse con toda seguridad de las partidas destinadas a los crecimientos de personal futuros.

Si tenemos en cuenta que la Comunidad de Madrid tiene un alto crecimiento poblacional, un alto incremento tanto en el número de asistencias realizadas, como en el número de casos tratados, y especialmente, en el de casos

nuevos; así como una disminución en el número de altas y por tanto, una mayor duración de los procesos, las cargas asistenciales, ya muy altas, se van a disparar, aumentarán los ratios por profesional sanitario, la presión asistencial y la espera sobre todo en segundas y sucesivas citaciones, por lo que se pueden dar situaciones de desatención o atención inadecuada por aumento en la cadencia de las sesiones.

Respecto a los recursos materiales existe un déficit (lista de espera) de más de 100 camas de larga estancia.

Por último, otra variable a tener en cuenta en la planificación de los recursos necesarios es el aumento de la inmigración en la Comunidad de Madrid. Las condiciones de trabajo, habitabilidad e higiene de los inmigrantes originan una mayor predisposición a la morbilidad, incluidas las enfermedades mentales y dado el carácter multicultural y multilingüista de este segmento poblacional se hace necesaria la contratación de nuevos recursos como son los traductores y mediadores.

6.2.4 Discriminación en el ámbito laboral del enfermo mental.

Según algunos estudios sólo el 5% de las personas con enfermedad mental tienen un empleo regular.

6.2.5 Aislamiento de los enfermos mentales.

Sólo el 14% de las personas con enfermedad mental crónica tiene pareja estable y un 18% afirma no tener ningún amigo. El rechazo social, les lleva a incrementar el aislamiento y la desesperanza.

Las relaciones sociales se limitan, en ocasiones, a otras personas con su mismo problema por lo que se crea una especie de gueto que perpetua el auto-aislamiento social.

La estrategia más frecuentemente empleada por las personas con enfermedad mental crónica y sus familiares es el ocultamiento de la enfermedad mental. La razón: no ser rechazados para que ello no les afecte en los diferentes ámbitos

de su vida laboral, social, etc.

Muchas de las personas con enfermedad mental crónica y sus familiares utilizan el asociacionismo como estrategia de superación de barreras. El 28% de los usuarios de los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) y de los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) y un 37% de los familiares pertenecen a alguna entidad asociativa.

6.2.6 Desconocimiento sobre las enfermedades mentales.

Las personas con enfermedad mental crónica sufren, además de las discapacidades y dificultades de integración derivadas directamente de la enfermedad, las consecuencias del prejuicio social que existe hacia las enfermedades mentales y quienes las padecen.

El desconocimiento y estigmatización de las enfermedades mentales provocan la aparición de ciertos estereotipos que son el origen de las conductas de rechazo y marginalización de este colectivo. Algunos ejemplos:

Los estereotipos más frecuentes son:

- Peligrosidad y relación con actos violentos. El 18% de la población general, el 28% de los familiares e incluso el 20% de las personas con enfermedad mental crónica creen que las personas con enfermedad mental suponen un riesgo si no se las hospitaliza. De forma contraria y contundente, el 99% de los profesionales creen que no.
- Responsabilidad. Se hace responsable al enfermo ya sea del padecimiento de la enfermedad o de no ser capaz de ponerle remedio mediante tratamiento.
- Incompetencia e incapacidad para tareas básicas de la vida.
- Impredecibilidad de su carácter y sus reacciones y la falta de control.
- Un 39% de la población siente pena por los enfermos mentales
- Un 56% confunde la enfermedad mental con el Retraso Mental.

Es frecuente el incorrecto tratamiento de la enfermedad mental en la prensa y los informativos de radio y televisión. Uso de términos relacionados con enfermedad mental crónica aplicados a situaciones o cosas, o un mal uso de los mismos para referirse a personas que padecen este tipo de trastornos. Los datos indican que aunque la información no suele ser imprecisa o errónea, sin embargo, mantiene un tono general negativo.

6.3 Propuestas

- Aprobación de una Ley que ordene y regule la prestación de la atención en salud mental en la Comunidad de Madrid.
- Es necesario vigilar la salud mental de la Comunidad para lo cual se debe incluir la salud mental en los sistemas generales de información y notificación sanitaria. Los índices empleados deben reflejar tanto el número de personas con trastornos mentales como la calidad de la asistencia que reciban, esto ayudará a vigilar las tendencias y detectar los cambios que se produzcan a fijar las prioridades y evaluar las necesidades y la eficacia de los programas de tratamiento y prevención.
- Incremento presupuestario en Salud Mental que se traduzca en incremento de los recursos humanos e infraestructuras, teniendo en cuenta para ello los incrementos demográficos tanto cuantitativa como cualitativamente.
- Establecer políticas de incentivación y mejora de las condiciones laborales de los profesionales de salud mental que evite la emigración de estos profesionales sobre todo médicos especialistas, a servicios de salud de otras Comunidades, y a su vez resulte atractivo a profesionales de otras CC.AA que quieran trabajar en nuestra Comunidad.
- Establecimiento de programas formativos dirigidos a los profesionales de los EAPs en afrontamiento del estrés, psicofarmacología, técnicas de comunicación, entrevista, terapia y orientación de apoyo y prevención de enfermedades mentales y en general todos aquellos temas que favorezcan la atención de los enfermos mentales en este nivel.

- Disminución de las ratios de TIS por profesional en Atención Primaria que permita mayor tiempo de dedicación por paciente.
- Aumento de los programas de educación para la salud dirigidos a la prevención de las enfermedades mentales.
- El establecimiento de la Rehabilitación Psicosocial como prestación sanitaria, transferencia de la prestación, por tanto, a la Consejería de Sanidad.
- Profundización e incremento de las medidas de apoyo a la integración laboral y social de las personas con enfermedad mental crónica.
- Apoyo a los familiares, cuidadores principales de estos enfermos. Aplicación inmediata para este colectivo de la Ley de dependencia.
- Mejora en la información de la enfermedad mental a través de la siguientes medidas:
 - Mejora de las estrategias de afrontamiento del estigma en personas que padecen una enfermedad mental y sus familiares mediante intervenciones específicas generadas desde los propios recursos y las entidades asociativas.
 - Mejora de la información para los familiares acerca de la enfermedad mental, especialmente en lo referente a las posibilidades de autonomía e independencia y opciones de rehabilitación y tratamiento.
 - Mejora de la información a la población a través de campañas generales y específicas, centradas en la divulgación de la realidad actual de la enfermedad mental y las posibilidades de rehabilitación, tratamiento e integración social, diferenciando adecuadamente la enfermedad mental de otras condiciones de dependencia.
 - Elaboración y difusión de manuales de estilo y normas específicas destinados a medios de comunicación para el tratamiento de los términos relacionados con la enfermedad mental.

- Control del cumplimiento de estas normas mediante campañas de seguimiento mediante la creación de un Observatorio de seguimiento de su uso.
- Apoyo a la difusión social de noticias positivas relacionadas con la enfermedad mental y su tratamiento.
- Aumento de la Participación Social en la Planificación y desarrollo de políticas, programas y servicios de salud mental. Esta participación es necesaria para asegurar que los servicios se ajustan a las necesidades de la población y favorece la utilización de los servicios por las personas con trastornos mentales y por sus familias. La participación social se hace especialmente decisiva para propiciar cambios de actitudes en contra de la estigmatización de la enfermedad.
- Establecimiento de políticas de coordinación con sectores distintos de la salud. Es necesario involucrar a los sectores de educación, trabajo, servicios sociales, etc, en la mejora de la salud mental.
- Aumento de la capacidad de investigación sobre los aspectos biológicos y psicosociales de la salud mental para poder comprender mejor las causas, la evolución y los resultados de los trastornos mentales y para conseguir servicios terapéuticos más eficaces.

Capítulo 7

Área única

El Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid, en su art, 27:

“En el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que la misma establezca, corresponde a la Comunidad de Madrid el desarrollo legislativo, la potestad reglamentaria y la ejecución de las siguientes materias:

4. Sanidad e higiene.

5. Coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social. “

Añadiendo en su art. 28 que:

“Corresponde a la Comunidad de Madrid la ejecución de la legislación del Estado”.

Las decisiones sobre la planificación, la organización y la gestión sanitaria se deben fundamentar, de una forma u otra, sobre la normativa vigente y **mantener el espíritu y los principios que se establecen en la normativa básica.**

La constitución de un Área Única en un ámbito territorial autonómico genera dudas fundadas en la legislación y rompe los principios y funciones sobre los que se ha conformado el Sistema Nacional de Salud.

La organización y la gestión de los servicios, y las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social es de titularidad compartida; de forma que la legislación básica, corresponde al Estado mientras que a las Comunidades Autónomas les

corresponde la legislación de desarrollo, siempre que así lo haya previsto su respectivo Estatuto de Autonomía (así lo podemos inferir del art. 149.3 de la CE).

Con respecto a la Ley General de Sanidad:

El art. 2 de la Ley General de Sanidad (LGS), determina el carácter de básico de la misma, el significado de “básico” nos indica que se trata de una competencia exclusiva del Estado, con referencia a unos principios que inspiran la Ley, tales como: **universalidad del sistema, equidad, atención integral del sistema, coordinación del mismo, participación democrática...**

El concepto de Área Única es contrario a la Ley General de Sanidad. El Artículo 56 de la LGS, determina que las Comunidades Autónomas delimitarán y constituirán en su territorio, demarcaciones denominadas Áreas de Salud, debiendo tener en cuenta a tal efecto, los principios básicos que establece la Ley para organizar un sistema sanitario coordinado e integral; mientras define las Áreas de Salud como las estructuras fundamentales del sistema sanitario responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y de las prestaciones sanitarias y programas en su demarcación territorial.

En el mismo artículo se definen las actividades que las Áreas de Salud deben desarrollar, tanto en el ámbito de la atención primaria de salud mediante fórmulas de trabajo en equipo, como en el ámbito de atención especializada. Se establece que las Áreas de Salud serán dirigidas por un órgano propio, donde **deberán participar las Corporaciones Locales en ellas situadas con una representación no inferior al 40 por 100.**

La delimitación de las Áreas de Salud, se realizará teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del Área.

En este sentido, aunque la ley tiene previsto que puedan variar en cuanto a la extensión territorial y el contingente de población, deberán quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde ellas los objetivos que la LGS establece.

“Como regla general, y sin perjuicio de las excepciones a que hubiera lugar, atendidos los factores expresados en el apartado anterior, el Área de Salud extenderá su acción a una población no inferior a 200 mil habitantes ni superior a 250 mil. Se exceptúan de la regla anterior las Comunidades Autónomas de Baleares y Canarias y las ciudades de Ceuta y Melilla, que podrán acomodarse a sus específicas peculiaridades. En todo caso, cada provincia tendrá, como mínimo, un Área”.

En este sentido, la Ley 6/2009, ni cumple la regla general, ni cumple las excepciones, y justifica el Área Única en su preámbulo con el siguiente argumento:

“En la actualidad existen barreras administrativas y de organización territorial que impiden de facto la libre elección de hospital o centro de salud dentro del territorio de la Comunidad de Madrid.

En una Comunidad Autónoma uniprovincial, como es la Comunidad de Madrid, carece de sentido una división territorial en múltiples áreas sanitarias pues dificulta la accesibilidad plena y libre al sistema público sanitario propiciando su fragmentación.

En consecuencia, todo el territorio de la Comunidad de Madrid se identifica con un Área de Salud Única, en coherencia con su carácter uniprovincial, y sobre esta demarcación instrumental al ejercicio de los ciudadanos de la libertad de elección, se organiza su sistema público sanitario”:

- Como Comunidad Autónoma uniprovincial, la Comunidad de Madrid, en términos comarcales, presenta distintas características geográficas, socioeconómicas, demográficas, laborales, epidemiológicas, culturales, etc. que **justifican sobradamente su división en distintas áreas sanitarias.**

En especial, porque su población de más de 6,5 millones de habitantes supera, con mucho, la población de todas las provincias y de la mayoría de las Comunidades Autónomas, además de superar las limitaciones establecidas con carácter general para cada Área de Salud (entre 200 mil y 250 mil habitantes).

- La afirmación de que “Carece de sentido una división territorial en múltiples áreas sanitarias pues dificulta la accesibilidad plena y libre al sistema público sanitario y propicia su fragmentación”, establece una relación causal entre división territorial y la dificultad en el acceso. Afirmación que, por extensión, podría entenderse para todo el Sistema Nacional de Salud, en el que predomina el modelo de división en Áreas de Salud, en cumplimiento de los criterios de igualdad en el acceso que establece la normativa.
- Establece que “todo el territorio de la Comunidad de Madrid se identifica con un Área de Salud Única, en coherencia con su carácter uniprovincial, y sobre esta demarcación, instrumental al ejercicio de los ciudadanos de la libertad de elección, se organiza su sistema público sanitario”. En este sentido la Ley contradice lo establecido en la normativa superior estatal básica que establece el ámbito poblacional que debe abarcar un área sanitaria y lo justifica instrumentalmente para el ejercicio de la libertad de elección.
- Por último, y volviendo al primer párrafo, afirma que: “En la actualidad existen barreras administrativas y de organización territorial que impiden de facto la libre elección de hospital o centro de salud dentro del territorio de la Comunidad de Madrid”; sin embargo el artículo 14 de la LGS, recoge el derecho al cambio de médico dentro de un municipio cuando este supera los 250 mil habitantes (por ejemplo Madrid), lo que supone de facto, también, el derecho al cambio de área de salud. Además, las áreas sanitarias están definidas por la LGS y son estructuras de gestión que favorecen la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias y el desarrollo de un sistema sanitario coordinado, integral, integrado y participativo.

7.1 Las contradicciones del Gobierno de la Comunidad de Madrid.

La Resolución de 25 de julio de 2006, de la Secretaría General Técnica de la Consejería de Sanidad, por la que se sometía a trámite de información pública el Proyecto de Decreto sobre la zonificación sanitaria de la Comunidad de Madrid, afirmaba que se habían producido importantes cambios en el escenario sanitario madrileño desde la entrada en vigor del Decreto 187/1998, de 19 de noviembre, que aprobó la relación de Zonas Básicas de Salud, Distritos Sanitarios y Áreas de Salud de la Comunidad de Madrid.

La misma resolución argumentaba su propuesta diciendo que “Por un lado, se han llevado a cabo modificaciones en la división administrativa territorial y en los seccionados censales municipales; se han producido cambios en la estructura poblacional, nuevos asentamientos e importantes desarrollos urbanísticos. Por otro, se están incorporando numerosos recursos de atención primaria y atención especializada a la red sanitaria pública que modifican de forma importante los actuales ámbitos territoriales y poblacionales para la prestación de la atención sanitaria”. En consecuencia y en ese momento, la Consejería de Sanidad y Consumo propuso pasar de 11 a 15 Áreas de Salud, en la Comunidad de Madrid.

En aquel momento, UGT Madrid presentó las alegaciones que consideramos oportunas. Muchas de ellas son igualmente válidas para este caso.

Lo que no se argumenta en la Ley 6/2009 ni en el Proyecto de Decreto de desarrollo sobre el establecimiento del Área Única, es la coexistencia o compatibilidad de ésta con la anterior propuesta de zonificación sanitaria del año 2006, ni la evolución de las causas y criterios políticos que han hecho cambiar, en dos años, una propuesta organizativa de multiplicación de demarcaciones territoriales hacia otra completamente opuesta y única.

Para UGT Madrid la Ley 6/2009 de Área Única contraviene la Ley General de Sanidad.

El Gobierno Regional incurre en contradicción permanente puesto que hemos pasado de proponer pasar de 11 a 15 Áreas a un Área Única.

7.2 Reforma innecesaria.

Entendemos que esta reforma es innecesaria y está mal planteada, puesto que el Área Única creará desigualdades y quebrará por tanto los principios de igualdad efectiva y equidad entre la población; así como, la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales y no atenderá a las necesidades de salud, preventivas, curativas o rehabilitadoras, de cada zona. No es una demanda de la población que mayoritariamente está satisfecha con la atención sanitaria recibida y que mayoritariamente quiere accesibilidad y cercanía en los servicios y centros sanitarios.

7.3 El Área Única evita el derecho a la participación.

El Artículo 53 de la LGS establece sobre la participación democrática de todos los interesados en materia sanitaria:

1. Las Comunidades Autónomas ajustarán el ejercicio de sus competencias en materia sanitaria a criterios de participación democrática de todos los interesados, así como de los representantes sindicales y de las organizaciones empresariales.

2. Con el fin de articular la participación en el ámbito de las Comunidades Autónomas, se creará el Consejo de Salud de la Comunidad Autónoma. En cada Área, la Comunidad Autónoma deberá constituir, asimismo, órganos de participación en los servicios sanitarios. Los Consejos de Salud de Área deberán estar compuestos por:

a) La representación de los ciudadanos a través de las Corporaciones Locales comprendidas en su demarcación, que supondrá el 50 por 100 de sus miembros.

b) Las organizaciones sindicales más representativas, en una proporción no inferior al 25 por 100, a través de los profesionales sanitarios titulados.

c) *La Administración Sanitaria del Área de Salud*".

7.4 Aspectos concretos

Direcciones Asistenciales

Ejercerán la responsabilidad sobre grupos homogéneos de zonas básicas de salud.

El texto justifica la creación de Direcciones Asistenciales para los "grupos homogéneos de Zonas Básicas de Salud", concepto éste que no explica el propio texto, pero determina como necesario funcionalmente.

¿Este concepto supone que un grupo homogéneo de Zonas Básicas de Salud puede constituirse con zonas básicas dispares geográficamente?, de no ser así, la cercanía entre las zonas básicas de salud, la población, los recursos, etc. parecen dibujar algo parecido a las actuales Áreas de Salud. Necesarias aunque se les cambie el nombre.

Directores del Centro de Salud.

Nada se dice si el Director ha de ser un facultativo de la medicina o puede ser un profesional destinado en el Centro de Salud, aunque no sea sanitario, pensemos en un psicólogo, trabajador social, etc...

Tampoco se aclara quien ha de evaluar la labor del Director del Centro, ni el tiempo en que se va a desempeñar el puesto, las posibles prorrogas, ni las causas de destitución.

Siembra una serie de dudas, relativas a la evaluación de los profesionales, los incentivos, de los que no se fijan criterios quedando, entendemos, a la libre decisión del Director de turno, con el evidente riesgo de arbitrariedad.

No hay una relación de competencias de coordinación de los Equipos de Atención Primaria, organización fundamental para el buen funcionamiento, eficaz y eficiente de los Centros de Atención Primaria.

Parece evidente que la nueva estructura organizativa va a afectar de forma directa a los trabajadores, no se especifica las situaciones en las que quedarán, condiciones de trabajo, criterios y posibilidad de movilidad forzosa y voluntaria, y demás circunstancias laborales que se puedan dar en los distintos Centros de Atención Primaria.

7.5 Propuestas.

Que se proceda a realizar una organización administrativa más descentralizada, con una participación ciudadana que se tenga en cuenta a la hora de tomar decisiones en el marco de la salud, puesto que en definitiva son los ciudadanos los destinatarios de la misma.

En relación a los Directores de los Centros de Salud, se ha de concretar los requisitos mínimos para ser Director, si ha de ser facultativo o puede ser otro profesional. Se ha de especificar quien ha de evaluar al Director, tiempo a permanecer en el cargo, prórroga y causas de destitución.

Los criterios para la evaluación de los profesionales, y la manera de repartir los incentivos debieran estar claros, sin dejar todo a la discrecionalidad del Director.

Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de cada Área de Salud deben permanecer, ya que si este cometido también es centralizado, perderá toda su eficacia.

Debiera establecerse un órgano donde se aborden todos los cambios de carácter laboral en las relaciones de trabajo, por efecto del nuevo modelo organizativo que prevé este modelo

7.6 Conclusión.

La Ley de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid, un texto breve, aparentemente inocuo, que apoyado en una solemne declaración a favor de la libertad, se reitera en un derecho ya legislado como la elección de profesional médico o de enfermería y centro de salud u hospital, incorpora una

transformación organizativa: supresión de las 11 áreas sanitarias actuales y creación de una única, organización contraria a la Ley General de Sanidad; por tanto, factor que ataca la calidad general del sistema y, por consiguiente, generador de desigualdades.

Por tanto, hemos de convenir que la supresión de la Áreas Sanitarias, impide la planificación sanitaria basada en las necesidades de salud de la población y la sustituye por el marketing y la mercadotecnia.

Plantea una situación de desorganización general que es absurda e ineficiente facilitándole tener los distintos miembros del equipo de salud que atiendan a un mismo paciente en lugares diferentes.

En realidad, el nuevo modelo organizativo, pretende introducir relaciones de mercado en el sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid, en el que la competencia será la base de la relación entre profesionales y centros sanitarios, y la persona enferma es presentada como una mercancía para ser manejada por las empresas como una oportunidad de negocio y, al tiempo, proporciona una coartada al Gobierno Regional para eludir su responsabilidad de proporcionar una asistencia sanitaria equitativa y de calidad, que busque como fin primordial la restitución de la salud.

Para UGT Madrid, en definitiva, no es moral que la necesidad de salud de la población pueda formar parte del negocio empresarial, según patologías y servicios sanitarios previamente protocolarizados. Por tanto, en un marco de libre mercado, desregulado por el Área de Salud Única, la libertad de elección de profesional y centro sanitario, tal y como la plantea el Gobierno de Esperanza Aguirre, es un mecanismo de libre circulación de personas con necesidades sanitarias, que permitirá a las empresas poder captar y seleccionar clientes en todo el territorio de la Comunidad de Madrid y a su vez, rechazar aquellos que no interesen, quebrando finalmente los principios constitucionales de igualdad efectiva y equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias.

En consecuencia, el área de salud única es uno de los principales exponentes de mercantilización de las personas enfermas y del progresivo y escandaloso deterioro del sistema público de salud de la Comunidad de Madrid.

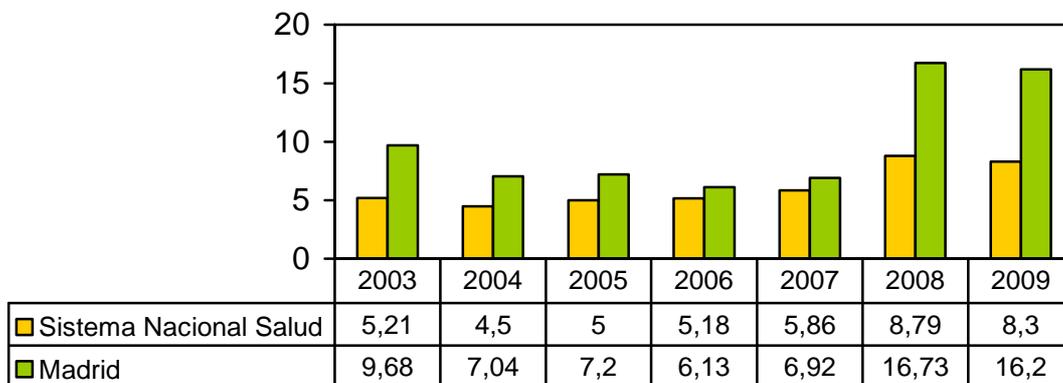
Por tanto, libertad de elección en la sanidad si, pero sin una vinculación necesaria a la supresión de las áreas de salud, regulada y ordenada para que la circulación de pacientes por el sistema no provoque pérdidas en la calidad y eficacia promedio del mismo.

Capítulo 8

Evolución de la percepción ciudadana

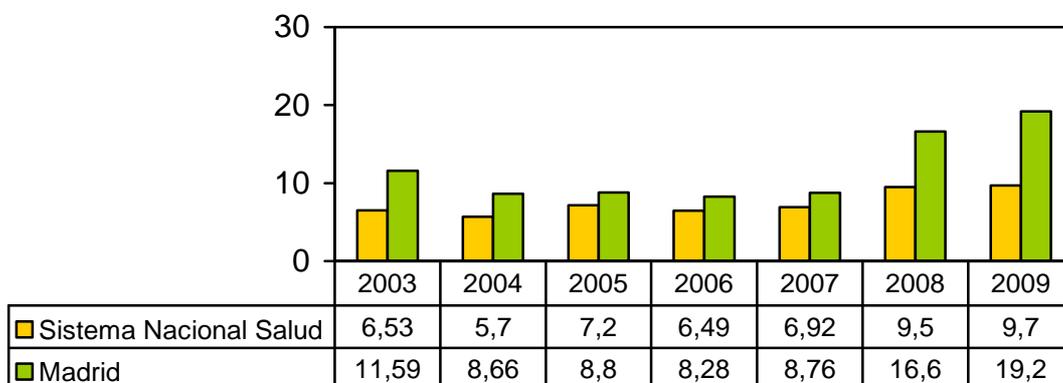
Serie basada en el Barómetro Sanitario que elabora anualmente el CIS para el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

8.1. Porcentaje que cree que la Atención Primaria ha empeorado



Fuente: Barómetro sanitario del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

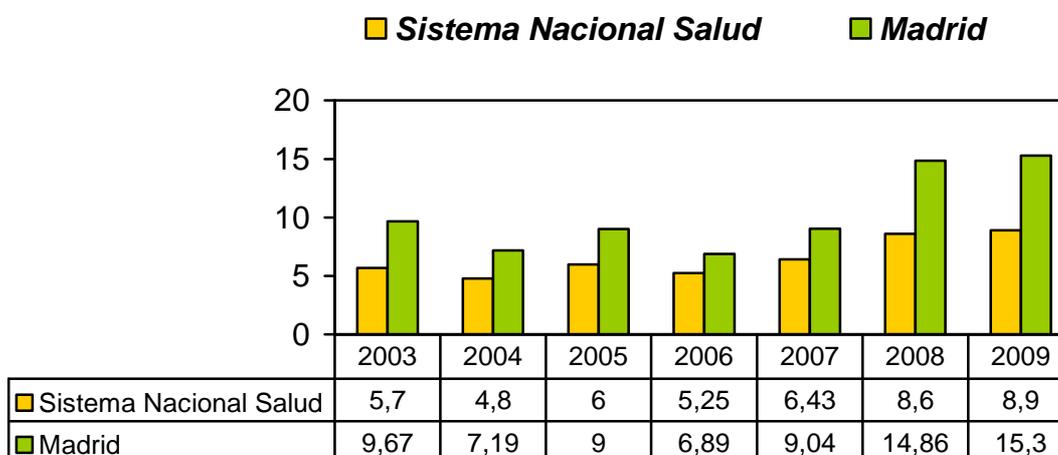
8.2 Porcentaje que cree que las consultas de Atención Especializada ha empeorado.



Fuente: Barómetro sanitario del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Madrid es la Comunidad Autónoma peor valorada de todas las encuestadas.

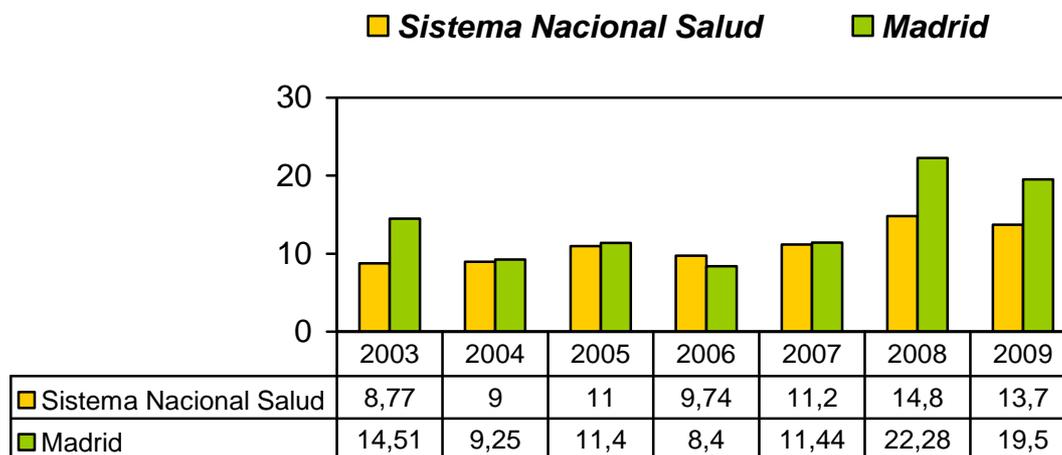
8.3. Porcentaje que cree que la hospitalización ha empeorado.



Fuente: Barómetro sanitario del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Madrid es la Comunidad Autónoma peor valorada de todas las encuestadas.

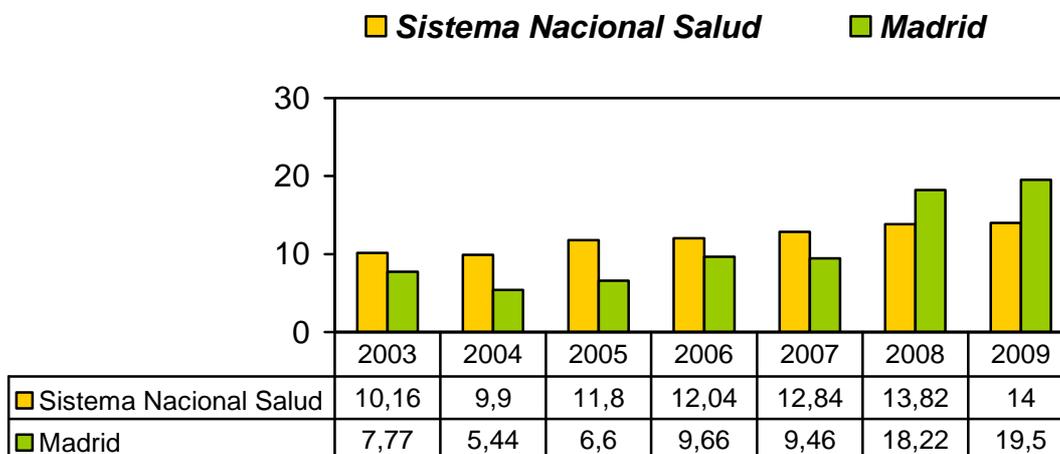
8.4 Porcentaje que cree que las listas de espera han empeorado en el último año.



Fuente: Barómetro sanitario del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Madrid es la Comunidad Autónoma peor valorada de todas las encuestadas.

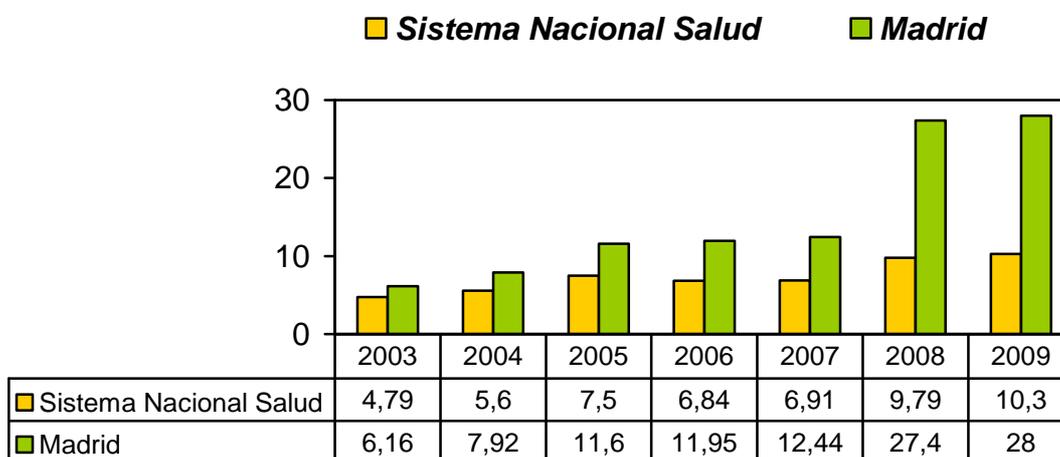
8.5. Porcentaje que cree que los servicios que recibe son peores que los de otras Comunidades Autónomas.



Fuente: Barómetro sanitario del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Madrid es la Comunidad Autónoma que peor valora la respuesta de todas las encuestadas

8.6 Porcentaje que cree que las CCAA gestionan peor que el Estado



Fuente: Barómetro sanitario del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Madrid es la Comunidad Autónoma que peor valora la respuesta de todas las encuestadas.

Capítulo 9

Resumen de la situación de la sanidad madrileña

9.1 Financiación deficitaria.

Esta financiación deficitaria es fruto de la mala negociación realizada en las transferencias sanitarias (el déficit se situaba en **707.25 millones de Euros**) y de la baja inversión sanitaria en la Comunidad de Madrid en el periodo 2007-2010. El presupuesto autonómico ha crecido un 9.48% frente al 13.46% que ha crecido el promedio del conjunto de comunidades autónomas; es decir, Madrid tiene un crecimiento un 4% menor. Lo que pone de manifiesto que la política sanitaria no ha sido una prioridad presupuestaria del Gobierno de la Comunidad de Madrid.

Así mismo, en el periodo 2007-2010, el gasto sanitario también ha sido inferior en la Comunidad de Madrid en términos per capita, cuyo incremento ha sido de 7,26% frente al 10.67% de media en el conjunto de las comunidades. Lo que ha provocado que la Comunidad de Madrid se sitúe entre las tres últimas posiciones en presupuesto y gasto sanitario per cápita

9.2 Falta de previsión ante el crecimiento poblacional.

Los incrementos poblacionales acaecidos en la Comunidad de Madrid han sido superiores a los incrementos en los recursos humanos y de infraestructuras sanitarias.

El crecimiento poblacional según estimaciones del instituto de estadística de la Comunidad de Madrid, será de 20.61 % en el periodo 2001 (transferencia sanitarias)-2017.

Las proyecciones que realiza el instituto de estadística de la Comunidad de Madrid para los próximos 10 años (658.634 personas más), demuestran que se están produciendo cambios en la estructura poblacional, observándose crecimientos significativos en los grupos menores de 14 años (atención pediátrica), que pasarán de representar el 14.5% actual al 16.89% del total de la población (237.065 menores más). Los mayores 65 años (atención geriátrica) pasarán de representar el 13.7% actual al 15.35% (211.120 mayores más).

El resto del estrato poblacional, es decir, mayores de 14 años y menores de 65 años reduce su porcentaje pasará de representar el 71.7% al 67.76" (210.450 personas más), lo que hace necesaria una política acorde a esta nueva realidad, desarrollando la atención pediátrica y la geriátrica.

9.3 Falta de participación social.

La falta de diálogo social ha sido absoluta durante esta legislatura. Lo que ha traducido la política sanitaria en fuente recurrente de conflicto dada la falta de transparencia de la misma.

Los órganos de participación contemplados en la propia LOSCAM no se han convocado, así el *Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid* ni funciona ni está constituido.

El anterior órgano de participación el *Consejo Asesor de Salud de la Comunidad de Madrid* está derogado por el *Decreto 174/2002 de 31 de octubre*, lo que deja a la Comunidad de Madrid sin participación social, que se extiende desde el 14 de noviembre de 2002.

9.4 Atención primaria.

Escasez de recursos humanos.

Las ratios de tarjeta individual sanitaria (TIS) por profesional, tanto en medicina de familia, como pediatría y enfermería han aumentado en esta legislatura, hasta 1.546 en medicina de familia, 1001 en pediatría y 1.942 en enfermería.

La escasez de RR. HH ha provocado aumento en el tiempo de espera para entrar en consulta y dificultades para obtener cita telefónica.

Es de destacar la aparición, por primera vez desde que se creara la atención primaria, de listas de espera en este nivel asistencial. Ya la atención no se garantiza en el día, programándose las consultas en función de la demanda, con esperas hasta de varios días.

Infraestructuras.

La promesa electoral en 2003 de construir 50 nuevos centros de salud es modificada para su cumplimiento, incluyendo 14 consultorios locales y los 33 centros de salud, proyectados y presupuestados con anterioridad a la toma de posesión del actual Gobierno Regional. Hasta 38 centros de los contemplados en el programa electoral del PP disponían con anterioridad de alguna partida presupuestaria para su ejecución.

Ante el incumplimiento igualmente de la promesa en 2007 de construir entre 55 y 76 centros de salud en esta legislatura el PP sigue la táctica de machacar el mensaje de que el gobierno de Esperanza Aguirre ha construido 69 centros de salud incluyendo los de la anterior legislatura para confundir a los ciudadanos.

Para el PP el concepto nuevos centros de salud incluye las remodelaciones y sustituciones de unos por otros, con esta confusión se pretende engañar a los ciudadanos que pueden pensar que se trata en realidad de ampliar la oferta pero no es así. Según datos de las Memorias de Servicio Madrileño de Salud, **en 2010 solo había 15 centros más que en 2004 ¿Dónde están los 69?**

9.5 Atención especializada

- Privatización de la atención sanitaria especializada a través de conciertos y formulas de gestión que incentivan la participación privada en la prestación de asistencia sanitaria pública.

- Camas hospitalarias:
 - Insuficientes. Las previsiones de crecimiento poblacional, indican que las necesidades de salud de esta población no han sido previstas.
 - Las diferencias de ratio camas/1.000 habitantes entre los hospitales y su población son significativas y lo seguirán siendo, con el Área Única.
- Falta de un modelo definido y válido de gestión para toda la Comunidad. La sensación que se percibe es que se quiere utilizar a la Comunidad de Madrid como un gran laboratorio donde realizar los experimentos gestores que según el resultado se exportarán a otras comunidades.
- Nuevos hospitales:
 - Falta de planificación.
 - Distribución por intereses políticos y no por necesidades asistenciales.
 - Peligro de traslado del control de la planificación al sector privado.
 - Superior coste.
 - Ausencia de traslado del riesgo al sector privado.
 - Supeditación de la calidad asistencial a la rentabilidad económica.
 - Reordenación de efectivos ilegal que conlleva una gran inestabilidad e inseguridad de los trabajadores
 - Traslado de la deuda a generaciones futuras. Peligro de obsolescencia.

9.6 Lista de Espera

- El sistema de gestión y registro de la espera quirúrgica no se ajusta a la legislación nacional:
 - Los indicadores no corresponden al mismo criterio que el que se utiliza en el SNS. ("transitoriamente no programable")

- Sustracción de los estudios preparatorios de la intervención quirúrgica del cómputo de la lista de espera. Demora en la contabilización del tiempo de espera.
- Se ha excluido a la Comunidad de Madrid del registro del Sistema Nacional de Salud.
- **El número total de pacientes en lista de Espera Quirúrgica ha aumentado de 38.908 a final del 2004 a 51.191 a final de 2010, y mientras el Gobierno de Esperanza Aguirre ha gastado 460 millones de Euros (más de 76.500 millones de pesetas).**
- Aunque no se reconozcan como tal, existen pacientes con esperas superiores a los 30 días.
- Aumento de pacientes que no quieren ser intervenidos en la sanidad privada. En 2004, 3.984 pacientes sobre 38.908, un 10,24% y en 2010 19.351 sobre 51.191, un 37,8 %.
- Los datos no cuadran. Las salidas de pacientes de la lista de espera no coinciden en el resultado con todos los pacientes que han sido efectivamente operados, sin que medie explicación alguna.
- Infrautilización de los recursos propios a favor de los externos-concertados.
- La lista de espera diagnóstica y en consultas ha aumentado.

9.7 Urgencia y emergencias

- Urgencias hospitalarias:
 - Falta de voluntad política para resolver el colapso de las urgencias hospitalarias. La solución no es ampliar el espacio sino agilizar los procesos y la coordinación con el resto del hospital.

- Incumplimiento de los objetivos y plazos del plan de urgencias y emergencias recogidos en el Plan de Urgencias previsto en la anterior legislatura:
 - a) Estructurales. Establecimiento como servicios únicos. Homologación de la estructura organizativa.
 - b) Jerarquía y funcionamiento. Jefaturas y responsables.
 - c) Regulación laboral de los facultativos. Plan de necesidades y contratación a jornada completa en lugar de por guardias.
- SUMMA112:
 - No ha conseguido erigirse como gran centro coordinador. La falta de aplicación del Plan Integral de Urgencias y Emergencias ha dejado fuera de su ámbito las urgencias hospitalarias y la coordinación en caso de catástrofes.
 - La teórica ampliación orgánica de los recursos humanos no se ha producido realizándose una fraudulenta utilización de los contratos de acumulación de tareas continuada en el tiempo
 - La mala planificación de los recursos:
 - a. Obliga a los profesionales ha sobrepasar las horas semanales que contempla la Directiva Europea, con el consiguiente riesgo para la salud de los profesionales de las urgencias.
 - b. Provoca situaciones riesgo de desatención asistencial, al mantener parte de los recursos inactivos por falta de personal hasta el 30% las UMEs (unidades móviles de emergencia) y VIR (vehículos de intervención rápida). Ambos dispositivos tienen como ámbito de actuación las emergencias, cuando hay riesgo vital para el enfermo.

- c. Sustitución de médicos coordinadores por personal de enfermería, altamente cualificado, pero sin competencias para este trabajo (diagnóstico, prescripción y tratamientos).
- d. No se ha conseguido el objetivo de atender el 39% de los avisos emergentes en menos de 12 minutos

9.8 Transporte sanitario

- Contratación deficitaria. El conflicto con Isolux Corsan demuestra la irresponsabilidad de la Consejería en este concepto, consiente y autoriza una reducción de las ambulancias en un 40 % por no haber previsto con tiempo la rescisión del contrato por parte de la empresa, por no resultarle rentable. **Habilitación reiterada en 2010 de taxis para los traslados sanitarios no urgentes.**
- 4.5 Millones de Euros en taxis.
 - Política demagógica y populista. Se duplican los presupuestos destinados al transporte sanitario, para a continuación reconocer que son insuficientes y aprovechar esta circunstancia para premiar a la Asociación Gremial de Auto- Taxi de Madrid, que sospechosamente fue la que firmó en agosto de 2005 el reglamento del taxi.
 - Incumplimiento de la normativa autonómica sobre requisitos mínimos de los vehículos destinados al transporte sanitario:
 - a. No reúne las características técnicas-sanitarias.
 - b. Su personal no está cualificado para su ejercicio

9.9 Salud Mental

- Financiación deficitaria.
- Discriminación del enfermo mental respecto al resto de enfermos. La rehabilitación funcional de estos enfermos está reconocida como una

prestación sanitaria desde la publicación del RD 1030/2006, de 15 de septiembre, aunque de facto no tiene las mismas garantías de protección al ser considerada todavía una prestación social y por lo tanto, no financiada obligatoriamente por la Comunidad Autónoma.

- Falta de formación y saturación de los Equipos de Atención Primaria.
 - Entre el 30 y 40% de las citaciones en los centros de salud mental corresponden a trastornos menores susceptibles de ser tratados desde los equipos de Atención Primaria.
 - Falta de programas formativos en atención primaria sobre afrontamiento del estrés, psicofarmacología, técnicas de comunicación, entrevista, terapia y orientación de apoyo y prevención de enfermedades.
- Déficit de recursos tanto humanos como materiales.
 - El aumento de la presión asistencial de los centros de salud mental no se ha acompañado del aumento correspondiente de los recursos humanos.
 - Retirada de los recursos que ayuntamiento de Madrid prestaba a la Comunidad, lo que va a obligar a la Comunidad de Madrid a un desembolso presupuestario no previsto que va a detraerse de partidas destinadas a los crecimientos de personal futuros.
 - Respecto a los recursos materiales existe un déficit (lista de espera) de más de 100 camas de larga estancia.
 - El aumento de la inmigración en la Comunidad de Madrid. Las condiciones de trabajo, habitabilidad e higiene de los inmigrantes origina una mayor predisposición a la morbilidad, incluidas las enfermedades mentales y dado el carácter multicultural y multilingüista de este segmento poblacional se hace necesario la contratación de nuevos recursos como son los traductores y mediadores.

- Discriminación en el ámbito laboral del enfermo mental. Sólo el 5% de las personas con enfermedad mental tienen un empleo regular.
- Aislamiento de los enfermos mentales:
 - Sólo el 14% de las personas con enfermedad mental crónica tiene pareja estable y un 18% afirma no tener ningún amigo. El rechazo social, les lleva a incrementar el aislamiento y la desesperanza.
 - La estrategia más frecuentemente empleada por las personas con enfermedad mental crónica y sus familiares es el ocultamiento de la enfermedad mental
- Desconocimiento sobre las enfermedades mentales:
 - Las personas con enfermedad mental crónica sufren las consecuencias del prejuicio social que existe hacia las enfermedades mentales y quienes las padecen.
 - El desconocimiento y estigmatización de las enfermedades mentales provocan la aparición de ciertos estereotipos que son el origen de las conductas de rechazo y marginación de este colectivo. Los estereotipos más frecuentes son:
 - a. Peligrosidad y relación con actos violentos. El 18% de la población general, el 28% de los familiares e incluso el 20% de las personas con enfermedad mental crónica creen que las personas con enfermedad mental suponen un riesgo si no se las hospitaliza. En sentido contrario, el 99% de los profesionales creen que no.
 - b. Responsabilidad. Se hace responsable al enfermo ya sea del padecimiento de la enfermedad o de no ser capaz de ponerle remedio mediante tratamiento.
 - c. Incompetencia e incapacidad para tareas básicas de la vida.

SINTESIS

La característica principal, por tanto, del modelo de organización y gestión de la sanidad en la Comunidad de Madrid es que carece de un modelo único claramente definido, que sustituya y acabe con el mosaico que constituyen la multitud de modelos de organización y gestión existentes en la actualidad: fundación, ente público, PFI, concierto especial, modelo tradicional, etc., y con ello, corregir el deterioro progresivo en términos de calidad, eficacia y eficiencia que provoca esta situación. De tal manera, que sea posible recuperar el prestigio de la sanidad madrileña antes de que el deterioro referido sea irreversible.

Capítulo 10

Propuestas

Frente al preocupante panorama de la Sanidad Pública Madrileña UGT-Madrid, considera prioritarias una serie de acciones para evitar el desmantelamiento de la sanidad pública en nuestra región y para asegurar a todas las madrileñas y los madrileños una atención sanitaria de calidad.

10.1 Generales

- Reforma de la LOSCAM, garantizando el carácter público de la sanidad madrileña y asegurando el carácter subsidiario de la sanidad privada.
- Revertir el proceso de privatización de servicios sanitarios por resultar más caros que la gestión pública tradicional y abandonar el slogan “la sanidad una oportunidad de negocio”.
- Articulación de un Pacto Social por la Sanidad Pública Madrileña que la saque de la confrontación política y profundice en la mejora de la sanidad en nuestra región.
- Financiación suficiente, incrementando las partidas presupuestarias, para que la universalización de servicios sanitarios y la extensión de sus prestaciones nunca incidan negativamente en la calidad promedio del mismo.
- Desarrollo del Plan integral de Salud de la Comunidad de Madrid que dé respuesta a las necesidades de la sociedad madrileña y que contenga prioritariamente las siguientes medidas: Incremento de las camas públicas hospitalarias; plan de listas de espera; fortalecimiento de la Atención Primaria y de la atención socio-sanitaria; potenciación de la docencia e investigación e incremento de los recursos hospitalarios.

- Eliminación del Área Única por el rechazo generalizado de los profesionales y la gran dificultad que añade a la organización de la asistencia sanitaria y continuidad de los cuidados, sin aportar ninguna ventaja al ciudadano.
- Organizar adecuadamente los recursos necesarios para permitir la libre elección con garantías para los ciudadanos, los profesionales y la calidad promedio del sistema, sin que ello haga necesaria el Área Única.
- Rediseño del mapa de áreas de salud de la Comunidad de Madrid, adaptando los recursos a las necesidades reales de atención a la población.

10.2 Atención Primaria

- Culminación de la red de Atención Primaria para garantizar la cobertura del 100% de la población.
- Evaluación de necesidades y creación de los centros de salud necesarios para garantizar un máximo de 25.000 hab. por centro.
- Garantía de un plazo máximo de citación para consulta en atención primaria de 24 horas.
- Limitación de la carga asistencial a través de la reducción de las ratios, hasta llegar a un máximo de un médico de familia y un DUE por cada 1.200 habitantes, y un pediatra por cada 900 habitantes menores de catorce años y el disfrute de permisos y periodos de formación con suplente. Lo que permitirá incrementar el tiempo dedicado a promoción y educación para la salud, así como a la prevención de enfermedades.
- Garantía de un tiempo mínimo de 10 minutos por paciente para los médicos de familia.
- Mejora de la coordinación con atención especializada a través de programas con objetivos comunes e incentivación de la corresponsabilidad entre niveles.

- Instauración definitiva de la historia clínica electrónica mediante sistemas informáticos ágiles (AP Madrid no está operativo y no resulta útil).
- **Creación y puesta en marcha de los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESADs) con el número de recursos suficientes.**

10.3 Atención Especializada

- Dotación a la Atención Especializada de recursos públicos suficientes para atender a los usuarios en condiciones adecuadas de calidad.
- Gestión, Financiación y Provisión pública de los hospitales PFI, y concesiones Valdemoro, Torrejón, Móstoles y Villalba; así como revisión del concierto singular de la FJD. Participación social en la gestión a través de los consejos de administración.
- Impulso de una Ley de Garantía de tiempos de Respuesta para las intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y consultas externas, y establecimiento de un verdadero plan de reducción de las listas de espera.
- **Creación de un Observatorio para el seguimiento y evaluación de todo tipo de actividad concertada o con concesión pública, que aporte transparencia en los procesos y garantice la equidad, igualdad efectiva y una atención sanitaria de calidad a todos los ciudadanos de la Comunidad de Madrid.**
- Potenciación de la red hospitalaria pública de la Comunidad, incrementando el número de camas hasta lograr una ratio de 5 camas por cada mil habitantes.
- Creación de una red geriátrica suficiente, teniendo en cuenta las previsiones de crecimiento del Instituto Nacional de Estadística para este colectivo.

10.4 Urgencias

- Dotación de un sistema de Urgencias y Emergencias ágil, bien coordinado y eficaz.
- Cumplimiento del Plan integral de Urgencias y Emergencias.
- Creación de "equipos de contingencias" de plantilla cuya función será garantizar las sustituciones de las bajas o disfrute de permisos que se produzcan, evitando de este modo que las UVI o VIR queden inoperativos por falta de personal.

10.5 Transporte sanitario

Refuerzo del transporte sanitario no urgente y traslados secundarios entre hospitales, debido al aumento que ha supuesto la escasez de servicios de los hospitales abiertos recientemente.

Eliminación de los taxis como transporte sanitario.

10.6 Salud Mental

- Aprobación de una Ley que ordene y regule la prestación de la atención en salud mental en la Comunidad de Madrid. Remodelación del Plan de Salud Mental consensuado y con participación Social.
- Incluir la salud mental en los sistemas generales de información y notificación sanitaria.
- Incremento presupuestario en Salud Mental que se traduzca en incremento de los recursos humanos e infraestructuras, teniendo en cuenta para ello los incrementos demográficos tanto cuantitativa como cualitativamente.
- Establecimiento de programas formativos dirigidos a los profesionales de

los EAPs en afrontamiento del estrés, psicofarmacología, técnicas de comunicación, entrevista, terapia y orientación de apoyo y prevención de enfermedades mentales.

- Aumento de los programas de educación para la salud dirigidos a la prevención de las enfermedades mentales.
- Establecimiento de la Rehabilitación Psicosocial como prestación sanitaria, gratuita, y por tanto su transferencia a la Consejería de Sanidad y Consumo.