

De: D. Julián Ezquerro Gadea.
Secretario General de AMYTS

A: Excmo. Sr. D.: Javier Fernández-Lasquetty y Blanc.
CONSEJERO DE SANIDAD DE C. Madrid



Madrid, 8 de enero de 2012

Estimado Consejero:

Adjunto remitimos documento alternativo, al PLAN DE MEDIDAS DE GARANTÍA DE LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

Aceptando la oferta que desde la Presidencia y Consejería de Sanidad se nos hace.

La alternativa entendemos cumple con los requisitos que se piden.

Un saludo.



Fdo. Julián Ezquerro Gadea
Secretario General de AMYTS.

AMYTS ha manifestado su rechazo al **PLAN DE MEDIDAS DE GARANTÍA DE LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID**, y en consecuencia con ello ha sido partícipe de todas las medidas de presión que se han desarrollado en las últimas semanas, encaminadas a poner de manifiesto nuestro rechazo al plan presentado por la Consejería de Sanidad. Representa un cambio de modelo sanitario tan drástico, que ha concitado la mayor unanimidad en su rechazo por parte todos los sectores sanitarios y no sanitarios de la sociedad madrileña.

Una vez hemos llegado a la aprobación en la Asamblea de Madrid de la Ley de Presupuestos y la Ley de medidas fiscales y administrativas, que dan soporte a la aplicación del citado plan, se nos dice desde la Presidencia de la Comunidad que siguen abiertos al dialogo y valoración de alternativas que supongan en todo caso el "ahorro" de 533 millones de euros.

El pasado día 28 de diciembre de 2012, fue convocada la Mesa Sectorial de Sanidad y en ella se comunica por parte del Director General de Recursos Humanos que sigue abierta la posibilidad de presentar alternativas al plan. Dichas alternativas deben ser presentadas ante la citada Dirección General. Entendemos que no es este el interlocutor válido para su análisis dado que su función no abarca la totalidad de las iniciativas que se presentan.

Por otro lado, nos resulta del todo punto rechazable que los interlocutores que desde la Consejería se ofrecen ante los diferentes grupos que presentan alternativas, sean distintos. Una vez vista la nula receptividad a las propuestas presentadas por todas las organizaciones sindicales presentes en Mesa Sectorial, desde AMYTS entendemos que el interlocutor válido debe ser el Consejero y el Presidente de la Comunidad. Por otra parte, viendo el tratamiento recibido por parte de las autoridades de la comunidad, nos vemos obligados a pedir la mediación del Ministerio de Sanidad, al que también hacemos entrega de la presente propuesta.

Por ello, AMYTS, organización profesional más representativa de los facultativos, sin renunciar a cuantas medidas de presión pueda ejercer, hace la siguiente propuesta a la Administración Sanitaria en relación al citado plan de garantía de la sostenibilidad del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid.

Del documento alternativo que se presentó por parte de las Organizaciones Sindicales, extraemos aquellos puntos en los que había plena coincidencia y de los que no es necesario volver a debatir. Solo haremos mención de los que suponen una valoración económica, y aquellos que suponen rechazo por nuestra parte. Dejamos por supuesto que otros eran compartidos plenamente al ser meras declaraciones de principios.

Las medidas

1. Reformas estructurales en la gestión sanitaria

Externalización de la actividad sanitaria en 6 hospitales, utilizando el modelo de concesión. Se ha comprobado que el modelo de concesión es más eficiente, da buenos resultados clínicos y alta satisfacción a los pacientes.

De media, el coste total de la asistencia sanitaria especializada de la población de los hospitales de gestión mixta es de unos 600 euros por habitante, mientras que en los hospitales con modelo capitativo más recientes, este coste medio anual es de 441 euros.

Entendemos que esta medida carece de fundamento contrastado y lo que es peor, del análisis de los datos proporcionados por la propia administración podemos concluir que la privatización de la asistencia sanitaria es más costosa.

Análisis de lo que supone la privatización, utilizando los datos que la propia administración nos ha proporcionado:

- Cifras de partida 1:
 - 461.000.000 es lo que cuestan los 6 hospitales de gestión mixta.
 - 363.000.000 son lo correspondiente a la asistencia sanitaria y 98.000.000 al canon de las empresas concesionarias.
 - Se imputan 52.000.000 de gastos centralizados.
 - También se imputan otros 280.000.000 de “facturación intercentros”.

- Cifras de partida 2:
 - La suma de 363.000.000 más 52.000.000 da un total de 415.000.000 de euros al año.
 - La población asignada es de aproximadamente 1.130.000 habitantes.
 - Por tanto la cápita es de 367 euros/hab/año.
 - Los otros “supuestos” 280.000.000 corresponde a una factura teórica que se haría y no se cobra.
 - Estos 280.000.000 suponen un aumento de cápita de aproximadamente 247 euros/hab/año.
 - Es decir, la suma darían la cifra de la Consejería siempre dice, unos 614 euros/hab/año.

- Cifras de partida 3:
 - Volvemos a la cifra de 367 euros/hab/año. Apartamos los otros 247 de momento.
 - La administración anuncia que se licitará el concurso a razón de 441 euros/hab/año y que con ello deben hacer frente a todos los gastos, incluyendo la facturación que le emitan los centros públicos si les derivan pacientes.
 - Es decir, se asignan 74 euros/hab/año más de lo que tienen actualmente estos hospitales.
 - 74 euros por 1.130.000 habitantes representan aproximadamente **83.500.000**.
- Cifras de partida 4:
 - Los 280.000.000 que se supone cuesta la asistencia a los pacientes derivados actualmente de estos hospitales a los “tradicionales”, pero que no se factura, ocasionan el mismo gasto, ya contabilizado en estos últimos. Es decir, es gasto que ya tenemos, que se imputa a los hospitales que dan la asistencia y no se facturan a los de origen.
 - Contabilizar a afectos de cápita esta “facturación” es una trampa. Se produce una “competencia por el espacio que ocupa la actividad”, que en el marco de mayor demanda que oferta, siempre estará ocupado. Por tanto, por este concepto no se genera ahorro. La actividad que se deje de realizar por pacientes de estos 6 hospitales, no es ahorro nunca toda vez que en su lugar entraran otros pacientes.
- Escenario de privatización 1:
 - Los hospitales de gestión mixta entregan su gestión asistencial a empresas privadas. Cada una de ellas recibe 74 euros más por habitante que lo que actualmente se percibe por parte de los hospitales. Hemos dicho que esto supone 83.500.000 más.
 - Las derivaciones desde estos hospitales ya privatizados al hospital público tradicional, ocasionará facturas según precios públicos de la orden del 2009, que según dicen, en estos casos sí se cobran mediante el descuento de la liquidación final. Pedimos se nos muestren los datos de facturación del año 2011 al Hospital de Valdemoro, única forma de asegurar que esto es así.
- Escenario de privatización 2:
 - Estos hospitales públicos tradicionales que actualmente hacen actividad por valor de los 280.000.000, seguirán haciéndola para las nuevas empresas.

- La previsión es que derivarán mucho menos y entonces el gasto imputable por esta partida será menor, dando un supuesto ahorro a la administración. ESTO NO ES CIERTO.
- Los llamémosles “huecos” que dejen estos pacientes por descenso de derivación, serán ocupados por otros. Por tanto EL GASTO SERA EL MISMO EN LOS HOSPITALES PUBLICOS TRADICIONALES. NO AHORRAN NADA.

- Escenario de privatización 3:
 - Ahora suponemos que efectivamente se facturará y esto origina un “ingreso extra” a la consejería.
 - Este ingreso extra no sería real hasta alcanzar la mágica cifra de 83.500.000 de euros, cifra “neutra”.
 - Por tanto, si las empresas derivan por debajo de este valor, GANAN ELLAS.
 - Si las empresas derivan por encima de ese valor, GANA LA CONSEJERIA, aunque esto hay que matizarlo.

- Escenario de privatización 4:
 - El peligro evidente es que si se supera esa cifra mágica de facturación, las empresas no obtienen los beneficios deseados, lo que ocasiona dos salidas:
 - Descenso en el gasto de personal
 - Descenso en gasto corriente
 - Descenso consecuente en calidad

- Escenario de privatización 5:
 - Pero hay un riesgo mayor muy evidente: NO GANO DINERO, ENTRO EN PERDIDAS, PASO EL PROBLEMA A LA ADMINISTRACION, ME RESCATAN (ALZIRA, MANISES..) O ABANDONO EL HOSPITAL.
 - POR TANTO SIEMPRE GANAN.

- Escenario de privatización 6:
 - Si no llegan a los 83.500.000 en facturación, gana la empresa y pierde la administración.
 - Si pasan de los 83.500.000 en facturación, comienza el beneficio de la administración y se pone en riesgo la viabilidad de la empresa...rescate...de nuevo gana la empresa y pierde la administración.

- CONCLUSIONES:
 - LA EMPRESA SIEMPRE GANA.
 - LA ADMINISTRACION SIEMPRE PIERDE.

Por tanto, la privatización cuesta 83.500.000 euros más al año. Y por tanto, no privatizar genera en ahorro de esta misma cuantía.

Concesión de la prestación de la asistencia sanitaria de Atención Primaria de un 10% de los Centros de Salud, dando prioridad en su gestión a la participación de los profesionales sanitarios que quieran constituir sociedades.

Es un modelo más habitual en Europa, y en nuestro país ya se ha implantado en Cataluña desde hace más de quince años, con resultados clínicos y económicos positivos. Otro aspecto importante es que este modelo genera mayores incentivos y motivación a los profesionales.

La medida afectará aproximadamente 27 Centros de Salud, que seguirán siendo públicos, bajo financiación y garantía pública.

Hemos manifestado nuestra propuesta para los Centros de Salud, en el sentido de entender que la solución a los problemas de la gestión está en el desarrollo de un modelo de autogestión de los centros, en el actual marco público, desarrollando y potenciando de forma decidida la descentralización de la gestión mediante la implementación de la figura del Equipo Directivo, al que debe dotarse de la mayor de la autonomías. La ruptura unilateral del modelo de áreas sanitarias con estructura de gerencias, al amparo del Real decreto 521/87, pasando al modelo de área única y creación de la figura del director de centro, ha supuesto un cambio radical de modelo. Ahora, dando la razón a quienes criticamos abiertamente este modelo, la propia Administración Sanitaria hace un nuevo cambio de modelo, y de nuevo lo hace de forma unilateral y sin consenso con los profesionales.

Creemos que en el ámbito de la Atención Primaria la posibilidad de reducción presupuestaria es francamente complicada. Si es cierto que dar más autonomía a los centros y una mejora de las condiciones de trabajo con autogestión hace viable la obtención de recursos. Potenciar una AP basada en el uso adecuado de los recursos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, fomentando el autocuidado y la promoción de la salud es la mejor garantía para conseguir una mayor eficiencia del sistema. Así mismo, el aumento de la capacidad de resolución y el acceso a pruebas complementarias más amplio, dará un valor añadido a este nivel, produciendo en el mismo un mayor número de resolución de patologías dependientes actualmente de derivaciones a hospital, que por definición ocasionan mayor coste.

La puesta en marcha de medidas ampliamente contrastadas como eficientes, tales como la receta electrónica, la receta multiprescripción y la modificación de los trámites de IT, y burocracia en general, dando más tiempo a los profesionales para realizar funciones asistenciales, proporciona un nuevo valor añadido que se plasma en un menor consumo de pruebas complementarias y fármacos.

Adecuación de la estructura directiva de Atención Primaria, manteniendo sólo aquellos puestos eficientes: órganos de gestión centralizados.

Con las medidas de mejora de la gestión propuestas, se puede conseguir un ahorro del coste de toda la Atención Primaria **basándose exclusivamente en farmacia**, de un total 126.000.000 euros, cuantía que se obtienen del menor gasto en receta. El previsible "ahorro" que supere esta cuantía se debe invertir en incremento de presupuesto a este nivel, con el objetivo de alcanzar lo antes posible al 25% del gasto total. Este objetivo, ampliamente demandado desde este nivel, hace más eficiente el sistema y supone un valor añadido de difícil cuantificación, pero desde luego indiscutible.

2. Aprovechamiento de los recursos para mejorar la atención de la población mayor

Transformación del Hospital de La Princesa en un hospital de alta especialización para la patología de las personas mayores

Nos oponemos tajantemente a este cambio, y lo hacemos por entender que no es necesario bajo ninguno de los aspectos de gestión. Este Hospital, como otros de la Comunidad de Madrid, ya tiene una estructura integral en la que se atiende un porcentaje elevado de pacientes de edad avanzada.

Incrementar los planes de actuación, protocolizar las patologías más prevalentes de estos pacientes y proporcionarles los mejores cuidados, no requiere este cambio. No hay justificación alguna, como bien han manifestado las Sociedades de Geriátrica, para tal cambio, ni en este hospital y ni en ningún otro.

Mantener los servicios de referencia, la docencia, la investigación y la estructura de hospital general es compatible con el objetivo de ahorro.

Transformación del Hospital Carlos III en un hospital de estancia media.

Cada vez existe una mayor demanda de plazas hospitalarias para atender la convalecencia de pacientes en media y larga estancia. Los hospitales que están preparados para ello se encuentran fuera de Madrid.

Por eso, creemos que es bueno cambiar las funciones de apoyo que hasta ahora prestaba el Hospital Carlos III y convertirlo en un hospital específicamente preparado para pacientes de media y larga estancia.

La actividad de las unidades y servicios que nos sean propias de un hospital de media estancia (como por ejemplo la unidad de enfermedades infecciosas y la consulta del viajero) de este hospital serán desarrolladas en otros hospitales de la red.

Esta medida es absolutamente rechazada, y lo es por ser el resultado de la total improvisación e imprevisión por parte de los responsables de la Consejería.

Argumentar ahora la mayor necesidad de camas de media y larga estancia es reconocer la ceguera de esta Administración. Todos los estudios de planificación sanitaria ya hace años preveían esta necesidad, pero la Consejería de sanidad apostó por nuevos hospitales de agudos y olvidó esta circunstancia. Ahora, de nuevo de forma unilateral y sin acuerdo con los profesionales, pretenden hacer un cambio en la estructura de todo un hospital. Compartimos la necesidad de este tipo de camas y su incremento, pero desde luego no hacerlo de este modo.

Mantener los servicios de referencia, la docencia, la investigación y la estructura de hospital general es compatible con el objetivo de ahorro.

3. Mejora de la eficiencia, utilización racional de los recursos y ahorro

Reducción del gasto medio por receta farmacéutica

Esto no puede ser de otra forma. Establecer protocolos de tratamiento en las patologías más prevalentes y de mayor gasto en farmacia es una necesidad que no solo avalamos como profesionales, si no que entendemos es obligación como trabajadores públicos. La eficiencia y la relación coste/efectividad no es algo nuevo. Hace años que en Madrid nos comprometimos claramente con estas premisas.

El gasto en prestación farmacéutica cerrado en el año 2011 fue de 1.996.040.745 euros. De este importe el correspondiente al gasto por receta fue de 1.240.998.285.

La política del ministerio en relación a farmacia está ocasionando una continua bajada de precios y gasto medio por receta. Este descenso, añadido al permanente compromiso de los profesionales en la contención de gasto, puede representar a su vez un descenso del gasto en 15%. También tiene cabida ahora en este contexto la introducción del modelo de "subasta".

En este apartado es importante que contemos la reducción de gasto de farmacia hospitalaria que se puede y debe obtener de la protocolización y gestión clínica, así como de la compra centralizada. Descontando ya el ahorro previsto en receta a nivel de atención primaria, entendemos que en el nivel de atención hospitalaria es previsible un ahorro del 10 % sobre los aproximados 750.000.000 de gasto, es decir 75.000.000.

Implantación de la tasa de un euro por receta

No compartimos esta medida, por ser injusta y representar una doble imposición de un copago a la prestación farmacéutica. Tiene un claro componente recaudatorio y puede suponer la falta de cumplimentación de tratamientos por dificultades económicas.

La administración ha decidido su implantación, por lo que su previsión de ingresos es de unos 83.000.000 de euros. Este importe debe ser considerado a efectos de los 533 millones de ahorro que se piden.

Incremento de las actividades de la central de compras

Esta medida es absolutamente compartida por todos. Lo que nos parece es que llega tarde y desde hace ya tiempo se hizo llegar a la consejería esta necesidad. Los planes estratégicos de las especialidades tenían que haber sido una apuesta decidida por la introducción de estas medidas. Un ahorro de 150.000.000 según la Administración.

Proponemos que la Administración haga copartícipe de las compras a los profesionales, que son quienes deben determinar los protocolos que definan las características técnicas de los productos y materiales a comprar, entendiendo que la calidad de los mismos debe ser una prioridad más.

Es este capítulo 2 el que puede y debe admitir nuevas aportaciones importantes. No es solo la central de compras lo importante. En gestión es conocido el "principio de Pareto o regla del 20/80", que de forma clara se cumple en sanidad. Hay que tener claro lo siguiente:

- 1.- El 20% de los ingresos, procedimientos, fármacos, etc. suponen el 80% del gasto.
- 2.- El Cap. II es aproximadamente el 27% del presupuesto total y supone un total de 1.996.000.000 millones de euros (Memoria SERMAS 2011), de los que descontando gastos corrientes y dejando material sanitario y farmacia, actuaríamos sobre unos 800.000.000.

3.- Actuar sobre el 20% representa una intervención directa sobre el 80% del gasto, es decir, sobre 640.000.000 millones de euros.

4.- Si estimamos el ahorro producto de una protocolización consensuada entre los profesionales conforme a criterios clínicos, y lo ciframos en el 5%, el resultado es un previsible ahorro adicional de aproximadamente 32.000.000 de euros.

4. Ordenación de equipos profesionales

Reordenación de la actividad de los profesionales en los hospitales

Hasta ahora, la actividad hospitalaria por la tarde se realizaba como jornada extraordinaria por parte de los profesionales.

Desde el Gobierno de la Comunidad de Madrid queremos que los hospitales también trabajen por la tarde para llevar a cabo pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas o consultas, pero no como algo extraordinario y que conlleva un sobrecoste para los ciudadanos, sino como parte de una jornada laboral normal.

Por ello, vamos a cambiar el modelo vigente, como ya ha sucedido en otras Comunidades Autónomas, mediante la contratación de profesionales cuya jornada laboral será de tarde, para que podamos seguir cumpliendo con los compromisos de la lista de espera quirúrgica y diagnóstica, pero a un coste al alcance de nuestras actuales posibilidades.

Compartimos y defendemos que el sistema público debe ser eficiente y rentabilizar los recursos. No hay duda que es una obligación de todos los que desarrollamos nuestra actividad en el sector público.

Ahora bien, hacer este cambio tan importante requiere establecer un serio proceso de negociación de las condiciones laborales de los profesionales que desarrollen esta nueva actividad. El respeto a los porcentajes de tiempos de asistencia, docencia e investigación debe mantenerse y así se exigirá.

El incremento de la actividad asistencial de los centros hospitalarios en turno de tarde, necesariamente debe realizarse de forma paralela a una disminución que del programa "plan integral de listas de espera", que sin contar el capítulo I, representan aproximadamente 23.000.000 de euros.

Cuantificar la repercusión en cap. 1 de esta medida se debe hacer con datos más concretos de plantillas. La propia administración anuncia que esta medida supondrá un ahorro de 30.000.000 de euros en jornadas extraordinarias.

Jubilación de profesionales mayores de 65 años

La prolongación del servicio activo a partir de los 65 años se limitará a un tercio de los profesionales, y se basará en criterios de desempeño de sus funciones y en el plan de ordenación de recursos humanos de cada centro. De este modo, los madrileños podrán disponer del talento y de la experiencia de sus facultativos más destacados, a la vez que se produce un necesario relevo generacional.

Los profesionales que actualmente tienen prorrogado su servicio activo, dispondrán de un plazo de tres meses para presentar su solicitud para continuar en el servicio, lo que se decidirá con arreglo a los criterios anteriormente indicados.

AMYTS se opone a esta medida, y lo hace por entender que la prolongación debe ser una decisión que recaiga sobre el profesional, voluntaria y sometida exclusivamente al mantenimiento de la capacitación necesaria.

Concentración de laboratorios para aprovechar economías de escala

Se prevé concentrar, en un número reducido de hospitales, la mayor parte de los procesos de laboratorio de rutina, aprovechando que dichos hospitales han modernizado su tecnología, y pueden absorber un volumen mucho mayor de pruebas de laboratorio, generando importantes ahorros. No está prevista la externalización de esta actividad, simplemente se trata de concentrarla.

No obstante, en todos los hospitales continuará habiendo servicios de laboratorio para atender la demanda interna.

No creemos adecuada esta medida y pedimos su retirada. Es fundamental garantizar la formación postgrado de las especialidades implicadas, de las que Madrid es responsable de la formación del 20% de los profesionales de España.

También es imprescindible garantizar el desarrollo profesional de los profesionales de los laboratorios, que quedaría mermada con el modelo del Plan.

Los principales argumentos que nos llevan a no compartir esta medida y que son la base de un ahorro no cuantificado por innecesario son los siguientes:

- Desde el punto de vista de la gestión clínica, la cercanía del referente de un laboratorio es fundamental y de ello se deriva Calidad, Seguridad y Ahorro. Su ausencia genera más gasto e incrementa en torno al 50% la petición de determinadas analíticas.
- La movilización masiva de muestras aumenta el número de resultados alterados que obliga a la repetición de las pruebas.
- Reordenar la ubicación interna de los laboratorios de un mismo hospital generaría ahorro derivado de la mayor eficiencia del uso de los equipos y compras, etc.
- Se han hecho recientes inversiones en equipos que es necesario amortizar.

Concentración de la complejidad.

Los procesos de muy alta complejidad requieren de unidades y de profesionales altamente cualificados que atiendan a un número importante de pacientes para obtener la destreza y experiencia necesarias para ofrecer a los pacientes la máxima seguridad y garantía.

Fruto de la evolución histórica del Sistema Nacional de Salud, en toda España y también en Madrid, hay actualmente procesos complejos que se llevan a cabo en muchos hospitales, alguno de ellos con un volumen anual de casos muy bajo.

Esta realidad significa un uso ineficiente de los recursos pero, sobre todo, ofrece menores garantías de éxito y de seguridad a los pacientes que son allí tratados.

Por eso, progresivamente y de común acuerdo con los profesionales, y lo previsto en los planes estratégicos de cada especialidad, se iniciarán los procesos para concentrar en diferentes hospitales los procesos de alta complejidad.

Es una medida que debe pasar por un exhaustivo estudio, y la previa consideración de los Planes estratégicos y de los Planes formativos postgrado de profesionales

Por último, recordamos que entre las medidas anunciadas se encuentra el cierre del Instituto Cardiológico y que no viene especificado en el plan de medidas. En este caso reiteramos lo dicho anteriormente en el sentido de no compartir y por ello rechazar de forma rotunda el cierre.

Así mismo, recordamos que entre las medidas también se anuncia que en el Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda, se procederá a la supresión del personal no sanitario que actualmente se encuentra prestando servicios en cualquiera de las condiciones de contratación públicas: estatutarios, laborales o funcionarios, sean fijos, interinos o eventuales. Esto se hace incumpliendo por parte de la Administración el acuerdo firmado que posibilitó el traslado. Se reitera su compromiso con lo acordado y exige el cumplimiento del acuerdo en su integridad.

Resumen de cifras contenidas en este documento:

La privatización cuesta **83.500.000 euros** más al año.
Ahorro en receta de Atención primaria, **126.000.000.**
Ahorro en farmacia hospitalaria, **75.000.000.**
Ingreso de la tasa 1 euro/receta, **83.000.000.**
Central de compras, **150.000.000.**
Gestión clínica y protocolización 20/80, **32.000.000.**
Reducción del “plan integral de listas de espera”, **23.000.000.**
Implantación de jornada de tarde, **30.000.000.**

TOTAL: 602.500.000 euros

En esta cifra no se incluyen “ahorros” en cap. I, gastos de personal, por ser del todo innecesarios y contrarios al buen funcionamiento de los servicios.