

# **INFORME BALANCE DE LA LEGISLATURA 2015-2019**

*Observatorio Madrileño de Salud*

*Mayo de 2019*

*Entidades que componen el Observatorio Madrileño de Salud*

***Ayuntamientos: FUENLABRADA, RIVAS VACIAMADRID, SAN FERNANDO DE HENARES, LEGANES, COSLADA, ALCALA DE HENARES, GETAFE, MADRID, MOSTOLES, ARANJUEZ, SAN SEBASTIAN DE LOS REYES, ARGANDA, SAN MARTIN DE VALDEIGLESIAS, EL ATAZAR, EL BOALO, BUSTARVIEJO, HORCAJO DE LA SIERRA, LOZOYA DEL VALLE, MANZANARES EL REAL, MIRAFLORES DE LA SIERRA, RASCAFRIA, ROBREGORDO, LOS SANTOS DE LA HUMOSA, SOMOSIERRA, TORRELAGUNA, VILLAMANTA, VILLANUEVA DE PERALES, ORUSCO DE TAJUÑA.***

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

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

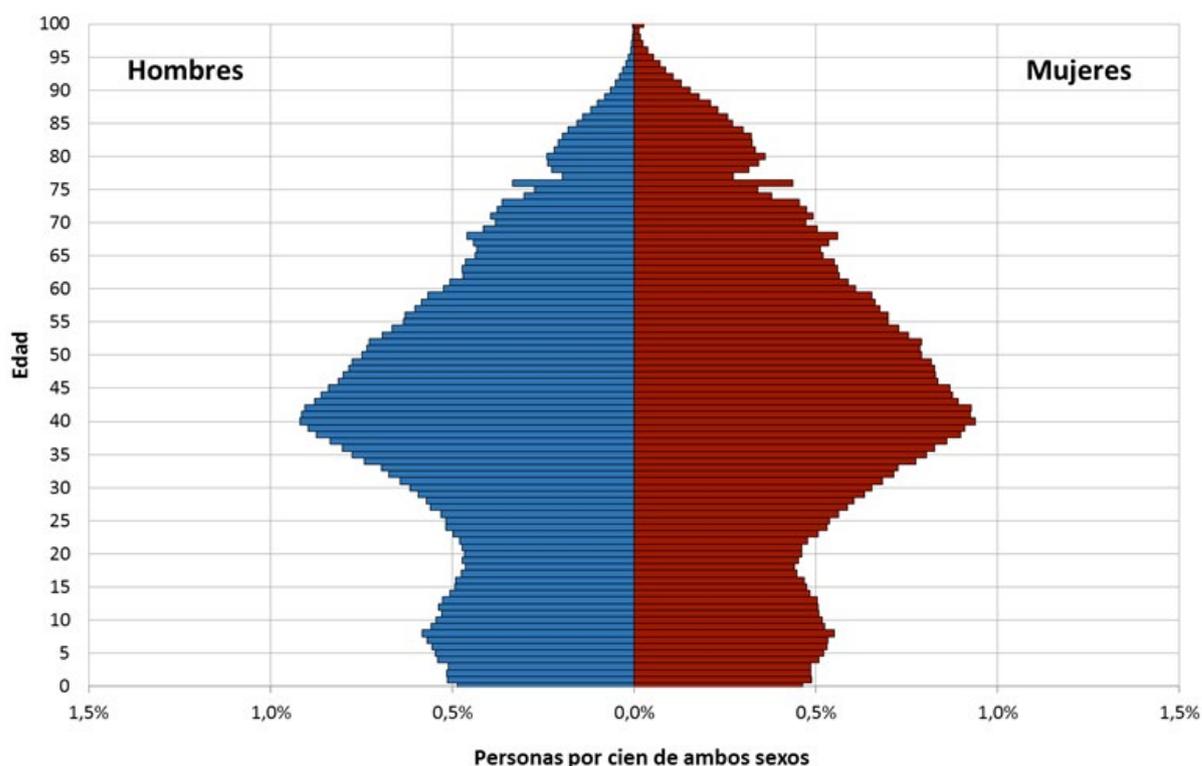
***Entidades sociales: FEDERACION REGIONAL DE ASOCIACIONES DE VECINOS, PLATAFORMA CONTRA LOS RECORTES Y POR LA DEFENSA DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE FUENLABRADA, PLATAFORMA POR LA MEJORA Y DEFENSA DE LA SANIDAD PUBLICA DE HENARES, FEDERACIÓN ESTATAL DE ASOCIACIONES DE REFUGIADOS E INMIGRANTES EN ESPAÑA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

## Introducción

El próximo 26 de mayo se celebran las elecciones autonómicas y municipales, entre ellas las de la Comunidad de Madrid. Entendemos que este es un buen momento para hacer un balance de la actuación del Gobierno y de la Consejería de Sanidad en los últimos 4 años.

## Una población envejecida

La población de la Comunidad de Madrid era en junio de 2018 (ultima cifra oficial) de 6.587.711 habitantes (163.436 personas mas que en 2015). Se trata de una población con un perfil envejecido según se observa en la pirámide de población de 2018:



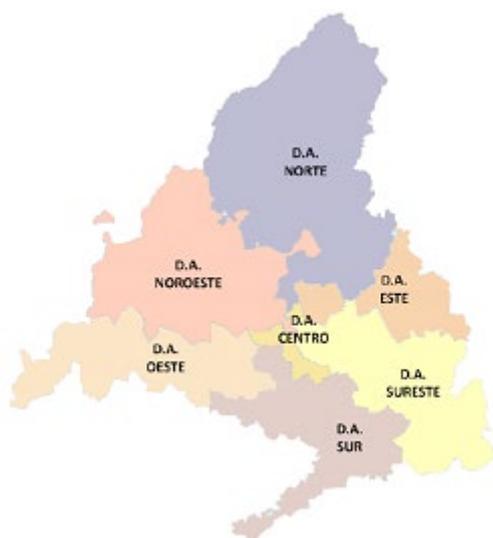
Las personas con menos de 15 años suponían en 2017 el 15,67% mientras las mayores de 65 son el 17,31%, siendo extranjeros el 12,22% y habiendo presentado la población un crecimiento del 0,62% en ese último año. El número de nacidos vivos en 2017 fue de 60.555, número que está en disminución desde 2008 (78.741), habiéndose producido una disminución del 7,14% entre 2015 y 2017 y del 7,17% en el primer semestre de 2018 (último dato disponible).

El número de tarjetas sanitarias individuales (TSI) era en 2017 de 6.333.319 (6.334.656 en 2009).

## Recursos y organización

La AP madrileña tiene un total de 430 centros (Memoria SERMAS 2016) de los cuales 265 son Centros de Salud y 163 Consultorios Locales, además tiene adscritos 2 centros más, la Casa de Socorro de Alcalá de Henares y el Centro especializado en tratamiento de enfermedades sexuales de Sandoval.

La organización de la AP después de la *Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid* a partir de la que desaparecen las áreas sanitarias se establece en 7 Direcciones Asistenciales (DA), cuyo alcance geográfico se puede verse en la siguiente figura:



La red hospitalaria consta de 34 hospitales según la Memoria del SERMAS, pero hay que tener en cuenta que en ellos se incluye un hospital privado con adscripción de un área sanitaria (Fundación Jiménez Díaz), 4 centros que son concesiones administrativas, y por lo tanto de gestión totalmente privada (Torrejón, Collado- Villalba, Mostotes-RJC y Valdemoro) y 6 de gestión mixta, correspondientes al modelo PFI (Arganda, Vallecas, Coslada, Aranjuez, San Sebastián de los Reyes y Majadahonda), así como una empresa pública (Fuenlabrada), una fundación (Alcorcón) y un convenio de utilización de un hospital que pertenece al Ministerio de la Defensa (Gomez Ulla).

## Una Sanidad Pública con financiación insuficiente

La Comunidad de Madrid ha estado crónicamente subfinanciada desde la asunción de las transferencias sanitarias.

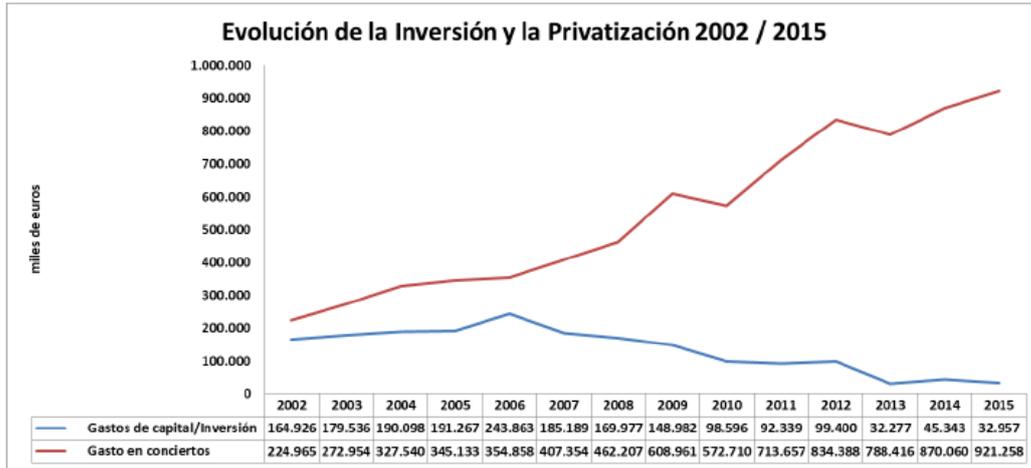
Por eso el gasto sanitario per capita se ha situado por debajo de la media del de las CCAA. Esta situación continúa en la actualidad, tal y como puede verse en el cuadro siguiente y no se ha mejorado en esta legislatura:

	Gasto total per capita 2015	Gasto total per capita 2017	Presupuesto per capita 2019
Madrid	1.233,1 €	1.254 €	1.236 €
Promedio CCAA	1.299,9 €	1.370 €	1.444,42 €
Diferencia	- 5,13%	- 8,46%	- 14,42%

Para entender la tabla hay que tener en cuenta que las 2 primeras columnas recogen gasto liquidado, es decir el que se ha producido y la última gasto presupuestado. La tendencia es a que se produzca una desviación del gasto (en 2017 fue del + 8,96%) en parte obligada por la propia confección de los presupuestos que suelen presupuestar para un año menos dinero del que realmente se ha gastado en el año anterior (lo que por ejemplo ocurre en 2019). En todo caso esta claro que el diferencial negativo con la media de las CCAA se ha incrementado entre 2015 y 2017, en 3,33 puntos y si se cumplen las previsiones de 2019 lo hará mucho más.

Un aspecto a señalar es que si el presupuesto sanitario madrileño alcanzara en 2019 el promedio per capita de las CCAA tendría que haber sido de 9.514 millones € y el realmente aprobado fue de 8.106 millones €, es decir 1.400 millones menos de lo necesario para igualarse al gasto per capita promedio de las CCAA.

Otras tres cuestiones relativas a los presupuestos son por un lado la insuficiencia de lo dedicado a AP y su decrecimiento en relación a los presupuestos sanitarios, ya que se ha pasado del 12,67% del presupuesto total en 2010 al 11,63% en 2016 y continúa bajando, llegando en 2019 al 10,9%. Por otro, las cantidades dedicadas a la privatización se han incrementado notablemente mientras que por ejemplo las partidas para infraestructuras han ido descendiendo, tal y como puede observarse en el grafico siguiente, lo que explica el mal estado de las mismas que se ha expresado en numerosos incidentes (techos caídos, rotura de cañerías, etc).



Fuente: CCOO Madrid

Finalmente esta el gasto farmacéutico que ha seguido una deriva incrementalista muy superior al crecimiento de los presupuestos (21,51% en el gasto farmacéutico público en los últimos 4 años). Así entre 2014 y 2018 se ha producido un crecimiento del gasto hospitalario del 27,68% y del gasto en recetas del 17,48%, este ultimo a pesar de los copagos farmacéuticos (aproximadamente 400 millones € anuales que aportan los ciudadanos directamente de su bolsillo) y de que 169.000 personas señalan no tener acceso a los medicamentos prescritos por problemas económicos.

## La Atención Primaria marginada y deteriorada

Ya se ha señalado la progresiva desfinanciación de la Atención Primaria. Esta se ha trasladado a aumentos de la presión asistencial y de las demoras en las citas de AP.

En la tabla siguiente se recoge el número de tarjetas sanitarias individuales (TSI) por profesional de AP y su comparación con el promedio de las CCAA en 2017 (último año disponible en el portal estadístico del Ministerio de Sanidad)

	Madrid	Media CCAA
Medicina Familia	1.557	1.357
Pediatría	1.162	1.016
Enfermería	2.016	1.547
Administrativos	3.462	2.876

Como se ve Madrid se encuentra por encima de la media en todos los casos, en enfermería y pediatría con el valor mas alto de todas las CCAA, que es el segundo en el caso de medicina de familia.

Además los promedios pueden ser engañosos porque encubren situaciones intolerables, así en 2017 el porcentaje de médicos de familia con mas de 1.500 TSI era del 56,95% y del 7,81% los que tenían mas de 2.000 (en este ultimo caso el mayor de todas las CCAA).

En este contexto las medidas del gobierno del PP han avanzado en el sentido de mantener el deterioro de la AP, no abriendo los nuevos centros prometidos, manteniendo los recortes de personal y a la vez introduciendo medidas que empeoran y privatizan la AP, como los llamados centros en transición y los recortes horarios en 14 centros de salud.

La ciudadanía sigue teniendo buena opinión de su funcionamiento, tal y como se expresa en el porcentaje de personas que piensa que la atención recibida fue buena o muy buena (87% en 2018) y en la nota que dan a sus profesionales (que supera el 7), siendo el mayor problema detectado las demoras en las citas que se han generalizado en AP y que van en aumento.

Con todo en 2016 (ultima vez que se realizo la pregunta en el Barómetro Sanitario) un porcentaje muy elevado creen que el funcionamiento de la AP empeoro en los últimos 5 años.

PIENSAN QUE MEJORO/EMPEORO LA AP EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS

	2010 (%)	2016 (%)
Madrid	36,77 / 12,08	18,2 / 29
España	42,73 / 7,87	30,9 / 21,2

En 2018, solo un 47,1% señala que le atendieron en 48 horas y un 14,7% que le dieron cita para más de 6 días (Barómetro Sanitario = BS). La situación ha empeorado en este último año, así el porcentaje que recibió cita en más de 24 horas ha aumentado (del 67,64 al 68,87% en medicina de familia; del 26 al 47,4% en pediatría y del 38,18 al 42,8% en enfermería), a lo que hay que sumar importantes demoras en la extracción de analítica y en las unidades de apoyo. Lógicamente un 61,6% piensa que la demora en la cita fue excesiva (BS).

Esta situación puede empeorar significativamente si se generaliza la reducción horaria tal y como se ve en esta comparación entre las demoras en las citas entre la mañana (que no ha tenido reducción del horario de atención) y la tarde (que si la ha tenido) en los centros piloto (Estudio CCOO febrero 2019).

		Mañana	Tarde
<b>Medicina de Familia</b>	<b>Promedio días de citaciones</b>	<b>2,54</b>	<b>4,72</b>
	<b>Porcentaje de citas &gt;24 horas</b>	<b>36,36%</b>	<b>72,72%</b>
<b>Pediatría</b>	<b>Promedio días de citaciones</b>	<b>1,35</b>	<b>1,63</b>
	<b>Porcentaje de citas &gt;24 horas</b>	<b>27,27%</b>	<b>36,36%</b>

En resumen la AP esta desfinanciada, con gran presión asistencial, poco personal y demoras en aumento, y las medias que ha tomado la Consejería van en la línea de empeorar la situación.

## La Atención especializada: menos camas y mas privatizada

La evolución de las camas hospitalarias ha seguido la tendencia a la disminución de las camas de financiación pública, basada en un importante descenso de las camas de gestión exclusivamente pública a la vez que se aumentaban las camas en los hospitales de gestión semipública (PFI) y los de gestión privada (concesiones administrativas y Fundación Jiménez Díaz, FJD), tal como puede verse en la tabla siguiente que recoge los datos a 31 de diciembre de 2014 y en la misma fecha de 2018

### Evolución camas hospitalarias con financiación pública

	2014	2017	Diferencia
Gestión pública	11.832	10.825	- 1.007 (- 8,51%)
Gestión mixta	1.794	1.910	+ 116 (+ 6,56%)
Gestión privada	1.506	1.604	+ 98 (+ 6,57%)
Total	15.132	14.339	- 793 (- 5,24%)

Se ve claramente la apuesta de la Consejería por los centros privados y semiprivados y el paralelo desmantelamiento de aquellos de gestión totalmente pública (el mejor ejemplo es la FJD que ha tenido un aumento presupuestario del 76,25% entre 2011 y 2018), lo que también puede observarse en los presupuestos que aumentan la financiación de los centros privatizados en detrimento de los públicos, así como en la utilización del centro de llamadas para la sistemática derivación hacia estos centros (113.807 en 2017).

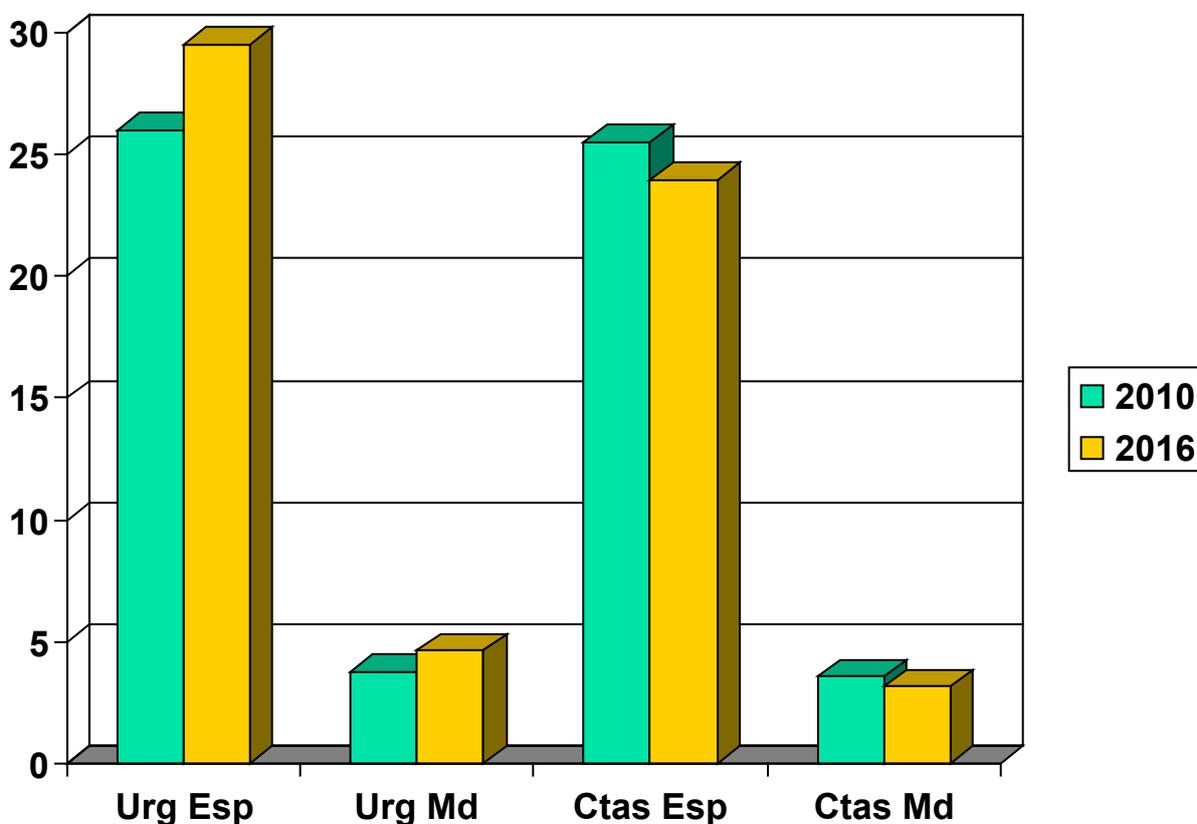
Pese a ello las listas de espera siguen estando en una situación extremadamente preocupante. Recogemos los últimos datos publicados por la Consejería de Sanidad (marzo de 2019) y aunque deben ser vistos con prudencia, pues existe la tendencia a maquillarlos sistemáticamente, dan una idea de la situación.

	Numero (porcentaje)	Demora media (días)
Lista espera quirúrgica (LEQ)	73.898	41,92
LEQ rechazaron derivación	(13,82%)	129,68
LE consultas externas	401.151	32,79
LE pruebas diagnosticas	115.468	39,83

Es decir que hay 590.517 personas en listas de espera reconocidas (el 8,96% de la población) y que la demora real para atender una patología sumando las 3 listas y asumiendo que debe producirse como mínimo una segunda consulta para establecer el diagnóstico, se sitúa en 148 días, aunque se ha detectado que la Consejería lleva tiempo priorizando las primeras consultas y postergando las sucesivas (en las que se dan los resultados) de forma que estas pueden habitualmente situarse en varios meses, lo que prolonga mucho más el proceso. Por otro lado destacar el “castigo” al que se somete a quienes se niegan a ser derivados a un centro privado, lo que sucede en el 13,82% de los casos.

De nuevo las personas que acuden a consultas externas de atención especializada y/o son hospitalizadas siguen teniendo buena opinión de la atención recibida y de los profesionales.

Las urgencias hospitalarias han tenido un gran aumento en la Comunidad de Madrid, tal y como se ve el gráfico adjunto que compara los valores entre 2010 y 2016 de urgencias hospitalarias y consultas de AP



Ur= urgencias x millón y año  
Ctas = consultas AP x 10 millones y año  
Esp = España  
Md = Comunidad de Madrid

En el gráfico se observa que las consultas de AP han disminuido en el país y algo más en la Comunidad de Madrid (- 6,09 versus - 7,04%) a la vez que las urgencias han aumentado también en ambos casos pero mucho más en Madrid (13,65 versus 24,67%). En el año 2017 se mantiene este crecimiento de las urgencias (+ 2,11%), aunque las consultas de AP crecieron ligeramente (+0,37%).

La situación de las urgencias es realmente preocupante porque al incremento de la población que acude, muy probablemente favorecida por las demoras en AP, se une la persistencia de los recortes de personal y la disminución de las camas disponibles (recuérdese hay 800 camas hospitalarias menos), lo que provoca situaciones de saturación y de permanencia prolongada de enfermos en el área de urgencias que deberían haberse ingresado y que esperan camas libres en el hospital.

Por otro lado hay una evidente carencia de camas de media y larga estancia (0,15 /1.000 habitantes frente a 0,35 del conjunto del país y 1,1 del promedio de la OCDE) lo que favorece la utilización inapropiada de las camas de agudos.

La privatización y los sobrecostos de la misma han sido reconocidos por el Informe de la Cámara de Cuentas publicado este año.

### **Recortes de personal**

Si en el conjunto del sector público los recortes y la precarización en el empleo fueron el pretexto para ir deteriorando los servicios públicos y preparando las condiciones objetivas para los procesos de privatización, en el caso de la sanidad madrileña el gobierno regional nunca ocultó sus objetivos de externalizar/privatizar los servicios sanitarios y una gran parte de los recortes presupuestarios han ido a cargo de la disminución de las partidas presupuestarias de personal.

Un menor número de profesionales trabajando, además del incremento de la jornada laboral de 35 a 37,5 horas semanales y su cálculo en cómputo anual, ha supuesto que cualquier profesional trabaje 19 días más al año que 10 años antes. El impacto que esta medida tuvo en la pérdida de empleo y la no renovación de contratos eventuales es directa, pero difícil de cuantificar en su totalidad, pero lo que es incuestionable es que no solo se ha producido un déficit estructural de recursos humanos, sino que el empleo que se genera es

de peor calidad, abundando las contrataciones temporales que se hacen por media jornada o incluso a 1/3 de jornada o a días sueltos.

El entorno sanitario es de por si, uno de los sectores donde más riesgos laborales y de diferente naturaleza se concentran en un lugar de trabajo: riesgos biológicos, químicos, físicos, ergonómicos, y a estos hemos de añadir, que los recortes en plantilla, el aumento de cargas de trabajo porque no se suplen las jubilaciones, bajas, los permisos o la vacaciones y la precariedad han incrementado exponencialmente los riesgos psicosociales en clara relación con la organización del trabajo y desencadenando multitud de trastornos de salud mental, musculoesqueléticos y cardiovasculares entre otros.

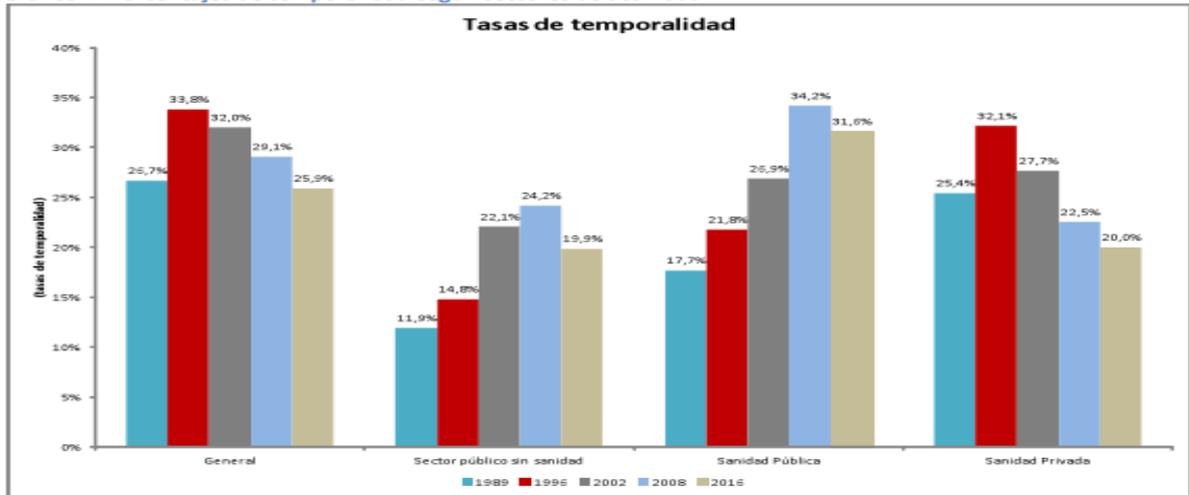
	LICENCIADOS SANITARIOS	DIPLOMADOS SANITARIOS Y FORMACION PROFESIONAL	PERSONAL DE GESTION Y SERVICIOS	PERSONAL DIRECTIVO	TOTAL	LISTA DE ESPERA QUIRURGICA	POBLACION TSI
2010	16.656	38.777	19.753	303	75.489	50.653	6.328.106
2011	16.690	38.496	19.598	290	75.074	54.790	6.303.454
2012	16.415	37.361	18.764	284	72.824	57.722	6.299.275
2013	15.880	36.146	16.941	272	69.242	65.913	6.331.352
2014	16.003	36.446	16.796	265	69.510	77.069	6.419.675
2015	-----	-----	-----	----		72.755	-----
2016	15.873	37.016	17.010	272	70.171	78.928	6.660.471
2017	16.146	37.571	17.083	270	71.070	73.834	6.633.319
2018					71.338	78.255	
TOTAL	-510	- 1206	-2.670	-33	-4.151	+27.602	+305.213 + EX. TSI

A partir del año 2015 se ha recuperado la plantilla levemente, y como observamos en el cuadro han ido aumentando año tras año. Según las Memorias del SERMAS en al finalizar el año 2009 había 75.490 profesionales, al finalizar el año 2017, último año disponible, había, a 31 de diciembre, 70.171 efectivos lo que significa todavía una reducción de 5.319 efectivos. Aunque en los presupuestos de 2017 había comprometidos 73.567 plazas que a la vista de las Memorias no se cumplió, o se trató de personal eventual que ya no tenía contrato al finalizar el año. Para el año 2019 se prevé cubrir el gasto de 75.688 trabajadores, que incluyen el personal directivo, personal funcionario, laboral, estatutario y residentes (personal en formación) y del personal con nombramientos de carácter eventual,

Pero frente a la necesidad de profesionales comprometidos con proyectos a medio y largo plazo, con estabilidad en sus empleos se ha promovido un modelo basado en la búsqueda de una mayor flexibilidad basada en la precariedad, pero la precariedad en el empleo conlleva sentimiento de

provisionalidad, nula motivación e incentivación, relaciones de miedo vs relaciones profesionales, practica imposibilidad de trabajo en equipo o cooperativo, nula gestión por competencias, evaluación del desempeño prácticamente inviable, dificultades para impulsar investigación de calidad.

Gráfico 1. Porcentajes de temporalidad según sectores de actividad



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EPA, con promedios anuales. \*Los datos de 2016 corresponden al promedio de los últimos doce meses: último trimestre de 2015 y tres primeros de 2016.

**En definitiva y a modo de conclusión sobre los efectos de una carga laboral inadecuada en sus dos vertientes física y mental, la política de precarización de los empleos en la sanidad pública madrileña , que no sólo ha conllevado la destrucción masiva de empleo público, sino la priorización durante este último lustro del trabajo temporal frente al estable en el sector público, está ocasionando un relevante daño sobre la salud del personal.**

Frente a la necesidad de profesionales comprometidos con proyectos a medio y largo plazo, con estabilidad en sus empleos se ha promovido un modelo basado en la búsqueda de una mayor flexibilidad basada en la precariedad. La precariedad en el empleo conlleva sentimiento de provisionalidad, nula motivación e incentivación, relaciones de miedo vs relaciones profesionales, practica imposibilidad de trabajo en equipo o cooperativo, nula gestión por competencias, evaluación del desempeño prácticamente inviable, dificultades para impulsar investigación de calidad.

## Otros dispositivos asistenciales: entre el deterioro y la privatización

El deterioro también se ha extendido a otros dispositivos asistenciales como las unidades de apoyo, con prolongadas e injustificables demoras, la salud mental que esta perdiendo progresivamente su carácter comunitario, la salud sexual y reproductiva marginada por motivos ideológicos, la salud pública sin recursos ni desarrollo, la salud laboral privatizada y ajena al sistema público, los cuidados paliativos infradotados y externalizados, etc.

### La opinión de la ciudadanía

La ciudadanía lo tiene claro, los principales problemas del sistema sanitario que señala la población madrileña son por este orden (BS 2018): las listas de espera (85,7%) , la masificación de las urgencias (75,8%), los copagos (48,2%) y el poco tiempo de atención (40,8%), similares a los que consideran el conjunto de la población del país, con diferencias importantes en cuanto al copago (12 puntos más) y la masificación de las urgencias (8 puntos mas), lo que corrobora lo señalado sobre el deterioro del sistema y sobre todo su gran presión asistencial y demoras excesivas.

Pese a ello la mayoría de la población opina que prefiere la Sanidad Pública, tanto para AP (68%), consultas externas (55,3%), urgencias (60,6%) y hospitalización (64,5%), y como ya se ha señalado considera que la atención recibida fue buena o muy buena y da un notable a los profesionales de la salud, señalando las demoras como el principal problema.

### La ciudadanía expulsada de la Sanidad Pública

El deterioro de la Sanidad Pública y el aumento de las listas de espera propicia que las personas con recursos busquen una alternativa en el sector privado, lo que se evidencia por el crecimiento del número de consultas en el sector privado para el medico de cabecera y para las consultas del especialista, tal y como se ve en la tabla siguiente

Evolución del número de consultas/año en la Sanidad Pública/ sector privado

	2010	2018
Consultas año AP Sanidad Pública (SP)	4,16	4,21 (+ 1,2%)
Consultas año medico cabecera privado	0,42	0,61 (+ 45,23%)
Consultas año Especialista SP	2,17	2,29 (+ 5,52%)
Consultas año Especialista privado	0,70	1,39 (+ 98,57%)

Como se observa el crecimiento de la utilización del sector privado en consultas externas ha experimentado un importante crecimiento, mas en atención especializada, pero también en el medico de cabecera, probablemente por el aumento de las demoras en AP.

Paralelamente ha crecido el aseguramiento privado en la región. Otra vez según los datos del BS 2018 el porcentaje de población con cobertura de seguros privados dobla la media española, especialmente mediante seguros individuales aunque el seguro privado tiene mayor presencia en todos los segmentos, como son los seguros contratados por la empresa y MUFACE (se refiere solo a aquellos cubiertos por las Mutualidades que han optado por el aseguramiento privado)

	Madrid (%)	Total (%)
Seguro privado	38,8	19,6
MUFACE	3,1	2,4
Empresa	8,9	3,5
Individual	26,8	13,7

### **Una actividad legislativa enfocada a privatizar**

La actividad legislativa y reglamentaria de la Comunidad de Madrid, está claramente encaminada a la privatización de la sanidad madrileña, unas veces con más ímpetu que otras, sobre todo por la presión social que se ejerce en la calle e institucionalmente por las entidades sociales, así como por la presión de los profesionales de la sanidad madrileña.

El repaso de la normativa no tiene como finalidad un análisis jurídico-técnico y sí el justificar nuestra opinión a través de algunos ejemplos que ponen de manifiesto el uso de la norma que hace el gobierno de la Comunidad de Madrid para privatizar la sanidad, o si se prefiere favorecer claramente a la sanidad privada, queriendo

dejar claro que en ningún momento pretendemos posicionarnos en contra de la sanidad privada, pero sí en contra de la privatización de los servicios públicos.

Para comenzar debemos iniciar en una Ley de 1997, que aunque se sale del periodo que queremos analizar es más fácil de comprender las facilidades legislativas que se encuentran las comunidades autónomas a la hora de acometer privatizaciones en sanidad, y que por supuesto, es utilizada por la Comunidad de Madrid. La Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, que permite entre otras cuestiones "la prestación y gestión de servicios sanitarios y sociosanitarios llevarse a cabo, además de por medios propios, mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas, en los términos previstos en la Ley General de Sanidad".

La Ley citada anteriormente no supone la privatización de la sanidad en sí misma, pero abre las puertas a quienes quieran tomar ese camino, como sucede en la Comunidad de Madrid. Por ejemplo el Consejo de Gobierno de 18 de diciembre de 2018, toma un acuerdo para la contratación, por procedimiento abierto con pluralidad de criterios y tramitación urgente, del servicio de laboratorio clínico correspondiente a la población incluida en el área de influencia de los Hospitales Infanta Sofía, Infanta Cristina, Infanta Leonor, Sureste, Henares y el Hospital del Tajo, por un periodo de 4 años y un gasto de más de 78 millones de euros.

Como referencia legislativa en la Comunidad de Madrid podemos tomar la Ley 12/2001 donde dedica el Título tercero a la iniciativa privada, no siendo por el contenido del citado título una privatización por Ley, pero si el uso que permite la Ley nos lleva a ver una privatización de la sanidad madrileña. Como ejemplo tomamos el servicio de donación de sangre, que se prestaba directamente por la Consejería de Sanidad, pasa a un concierto con la Cruz Roja, de forma que se externaliza un servicio prestado de forma directa por la Comunidad de Madrid.

Otro ejemplo, en este caso, de intento de privatización por parte del Partido Popular en Madrid, sería la privatización completa de seis hospitales y 27 centros de salud en el año 2012, mediante Ley, aprobada en solitario por el Partido Popular. Este ejemplo es significativo ya que la presión de los ciudadanos de la Comunidad de Madrid, consiguió parar esta privatización, pero no se puede bajar la guardia, ya que la intención es claramente privatizadora, como hemos visto con la norma que, como experiencia piloto, ponía en marcha la reducción horaria en la atención primaria, nuevamente frenada por la presión social.

## **Dos graves problemas de salud pública: la contaminación y las desigualdades**

La contaminación medioambiental es un serio problema de la Comunidad de Madrid que no ha sido abordado ni desde la Consejería de Sanidad ni tampoco desde la Medio Ambiente y Ordenación del Territorio que lejos de hacer actuaciones para mejorar la situación se ha dedicado a entorpecer las medidas adoptadas por el Ayuntamiento de Madrid.

Por otro lado las desigualdades sociales y económicas de la Comunidad tienen un gran impacto sobre la salud de la población. Disminuir la inequidad y las desigualdades en salud tiene que ser una tarea prioritaria.

### **La participación inexistente**

En la Comunidad de Madrid los organismos de participación comunitaria diseñados por la LOSCAM se eliminaron con la excusa de los recortes económicos, aunque mayoritariamente no habían funcionado.

En esta última legislatura se aprobó la *LEY 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud* que abre alguna participación a nivel de las direcciones asistenciales, y en los órganos de gobierno hospitalarios, no en los centros de salud, pero en todo caso conviene recordar que más de un año después de su publicación no ha tenido efectos prácticos concretos.

En muchos municipios madrileños, los gobernados por la izquierda existen organismos de participación (consejos de salud, etc) con un funcionamiento bien establecido y numerosas actividades en el ámbito de la salud, que tienen como principal limitación la ausencia de competencias municipales sobre los servicios sanitarios públicos

## Conclusiones

Podemos resumir la evolución de la Sanidad Pública en la última legislatura en las siguientes cuestiones:

1. El presupuesto sanitario de la Comunidad de Madrid es crónicamente insuficiente, estando por debajo del promedio per capita de las CCAA y siendo habitual que se presupueste para cada año una cantidad menor de la realmente gastada el año anterior con lo que la situación se empeora progresivamente.
2. Resulta llamativo el escaso peso presupuestario de la AP, el menor de todo el país y en continuad disminución.
3. Por el contrario el gasto farmacéutico no para de crecer, y lo hace muy por encima del aumento de los presupuestos, entre 2014 y 2018 creció un 21,51% (un 27,68% si consideramos solo el hospitalario)
4. A la vez ha aumentado la aportación de la población con los copagos y 169.000 no pueden acceder a medicamentos prescritos por problemas económicos
5. La Atención Primaria sufre un aumento del numero de personas por profesional situándose por encima de la media del país en todos los casos (en enfermería y pediatría en el primer lugar)
6. Las demoras en las citas en AP se han incrementado y son excesivas, solo un 47,1% recibe cita en 48 horas y hasta un 14,7% en mas de 6 días.
7. Los experimentos instaurados por la Consejería (centros en transición, recortes de horarios) no han mejorado esta situación y han aumentado las demoras.
8. Se ha producido una reducción del total de camas hospitalarias con financiación pública en la región (793 camas menos) que además tiene una de las ratios mas bajas por habitante.
9. Esta reducción se ha realizado en los centros de gestión totalmente pública mientras aumentaban en los centros de gestión privada y semiprivada
10. Las listas de espera siguen siendo muy elevadas (590.517 personas, el 8,96% de la población están en las listas de espera oficiales)
11. Las urgencias hospitalarias han tenido un gran aumento en la región y se encuentran saturadas debido a la política de recortes y a la mala gestión
12. Hay una manifiesta carencia de camas de media y larga estancia en la región
13. La ciudadanía pese a ello sigue apostando por la Sanidad Pública que considera que la atención recibida fue buena o muy buena y que da un notable a sus profesionales
14. El deterioro intencionado de la Sanidad Pública ha conllevado un aumento muy importante de la utilización de las consultas (tanto en medicina de cabecera como en el especialista) del sector privado, así como del aseguramiento privado.
15. La actividad legislativa de la Comunidad de Madrid ha ido dirigida a la privatización y al deterioro de la Sanidad Pública

16. Existe un grave problema de contaminación ambiental en la Comunidad que hay que atajar de manera urgente
17. Hay una ausencia casi total de participación social y profesional en la Sanidad Pública, que incluye la no aplicación de la legislación aprobada al respecto.

### **Recomendaciones**

En esta situación desde el Observatorio Madrileño de Salud entendemos que hay que adoptar medidas urgentes para garantizar una Sanidad Pública de calidad para toda la población y que deben de pasar por:

1. Presupuestos suficientes para la Sanidad madrileña, que debería de situarse al menos en 9.500 millones € para alcanzar el promedio de presupuesto por habitante del país
2. Elaborar un Plan de Salud de la Comunidad de Madrid que aborde entre otros la salud medioambiental, salud laboral y eliminar las desigualdades
3. Garantizar un 20% del presupuesto para AP
4. Control del gasto farmacéutico para que el aumento del mismo se sitúe al menos un punto menos del crecimiento presupuestario
5. Desaparición de los copagos asegurando que ninguna persona en la Comunidad se queda sin los medicamentos que precisa por motivos económicos.
6. Plan de infraestructuras consensuado en la Asamblea que actualice las necesidades de los centros sanitarios de la CAM
7. Reducir el número de TSI máximo por profesional a 1300 en medicina de familia y enfermería, 1000 en pediatría y 2000 en personal administrativo
8. Compromiso del 98% de las citaciones en AP en 48 horas
9. Recuperar la atención domiciliaria, la atención comunitaria y las labores de promoción y prevención de la AP
10. Aumentar las camas hospitalarias para alcanzar una ratio de 5 camas /1000 habitantes (1,1 de ellas de media y larga estancia)
11. Realizar este incremento en los centros de gestión pública
12. Acabar con las privatizaciones y revertir lo privatizado a la Sanidad Pública
13. Recuperar las áreas de salud como instrumento de gestión, coordinación y planificación integrada de los recursos sanitarios.
14. Disminución de las listas de espera mediante un plan específico que integre todos los recursos sanitarios y que favorezca la utilización intensiva de los recursos del sistema sanitario público
15. Potenciar la dedicación exclusiva en la Sanidad Pública

16. Plan de empleo que recupere el empleo perdido y que potencie los recursos humanos de la Sanidad Pública
17. Potenciar la salud mental comunitaria, las unidades de apoyo y la salud sexual y reproductiva
18. Integración de la salud laboral en la Sanidad Pública
19. Derogación de la LOSCAM, ley de área única y Plan de Sostenibilidad
20. Aprobación de una nueva Ley de Salud de la Comunidad de Madrid que responda a los retos asistenciales y de salud de la población
21. Desarrollar sistemas efectivos de participación social y profesional

Desde el Observatorio Madrileño de Salud entendemos que hay que parar la política de recortes, deterioro, desmantelamiento y privatización de la Sanidad Pública ejecutada por los distintos gobiernos del PP en la Comunidad, a veces de una manera muy agresiva y otras de manera mas solapada. En estas circunstancias creemos que debe de producirse un cambio radical de la política sanitaria de la región, y por eso pensamos que es urgente y necesario un cambio de Gobierno para que se ponga el foco en la salud de las personas y no en los beneficios de las multinacionales.

***Mayo de 2019***