

# **LA SITUACION SANITARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

## **BALANCE DE UN AÑO DE LA NUEVA LEGISLATURA**

### **6º Informe del Observatorio Madrileño de Salud**

*Junio de 2016*

*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.*

Un año después de las últimas elecciones municipales y autonómicas, conviene efectuar un balance de lo realizado en materia sanitaria por el nuevo Gobierno de la Comunidad de Madrid, que aunque sigue estando en manos del PP, es cierto que carece de mayoría en la Asamblea de Madrid y que gran parte de los municipios de la región han cambiado sus equipos de gobierno y se encuentran regidos por grupos progresistas y/o de izquierdas.

El objetivo de nuestro Informe es analizar las repercusiones, positivas o negativas que ha tenido sobre el sistema sanitario este nuevo periodo de Gobierno en la Comunidad de Madrid, siendo conscientes de que algunas cuestiones no dependen de la misma sino que vienen derivadas de fenómenos relacionados con la crisis económica y las salidas que se le están dando y con los distintos niveles de gobierno (central, UE, etc) que influyen sobre la salud y el sistema sanitario público.

## **1. Los problemas de salud**

Los principales problemas de salud de la Comunidad de Madrid tienen que ver con los de las sociedades con un elevado grado de desarrollo, como son el envejecimiento de la población y los derivados de un entorno altamente urbanizado, aunque existen algunas cuestiones que entendemos que conviene resaltar.

### **1.1 El entorno urbano: contaminación /salud medioambiental**

Uno de los problemas de salud de los territorios muy urbanizados y con una elevada densidad de población, como es la Comunidad de Madrid, es la contaminación medioambiental producida tanto por las industrias como por los medios de transporte, especialmente los automóviles, debido a los numerosos desplazamientos que se realizan desde las zonas donde reside la población a los centros de trabajo, estudios y lugares de ocio. La Comunidad y la ciudad de Madrid son en este aspecto el paradigma de una mala planificación de los medios de transporte, y de una política destinada a propiciar el uso de los vehículos movidos por combustibles fósiles y de uso individual, frente a los que utilizan fuentes de energía no contaminantes y son de utilización colectiva.

El resultado es que los niveles de contaminación superan con mucha frecuencia los establecidos por la legislación europea que señala topes máximos para algunos contaminantes (Directiva 2008/50/CE) y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (WHO air quality guidelines 2005), de esta manera los niveles de dióxido de nitrógeno (NO<sub>2</sub>), ozono (O<sub>3</sub>) y partículas en suspensión (PM<sub>10</sub> y PM<sub>2,5</sub>) son superadas con frecuencia, tanto en la ciudad de Madrid donde en 2015, un total de 8 estaciones rebasaron los límites horarios de NO<sub>2</sub> en 18 ocasiones, lo que supone un aumento notable porque en 2014 fueron 5 estaciones, y 3 en 2012 y 2013. Otros lugares dentro de la Comunidad donde se produjeron valores superiores a los límites de los contaminantes atmosféricos son Leganés y Coslada (NO<sub>2</sub>) y 11 municipios en cuanto al O<sub>3</sub> (entre ellos Alcalá, Torrejón, Alcobendas, Majadahonda y Arganda son los más poblados).

Es bien conocida la influencia de la contaminación atmosférica con las patologías cardiovasculares y respiratorias, habiéndose demostrado un aumento de morbilidad y mortalidad por las mismas cuando se producen incrementos de los niveles de contaminación.

El reciente incendio del cementerio de neumáticos de Seseña es un buen índice de esta despreocupación por el medio ambiente, ya que se trata de un serio problema de contaminación que afecta a la Comunidad de Madrid y sobre el que se han tomado pocas o ninguna medidas, más allá del control del incendio. El resultado del mismo según un Informe de Ecologistas en Acción, puede ser de una emisión de partículas de menos de 10 micras, PM<sub>10</sub>, de nada menos que 7.945 toneladas, mientras que de compuestos orgánicos volátiles y semivolátiles se emitirían otras 1.470 toneladas. Por su parte, las emisiones de hidrocarburos aromáticos policíclicos, HAP (incluido el cancerígeno benzo(a)pireno, BaP) llegarían a 238 toneladas. Las emisiones de los cancerígenos benceno y benzo(a)pireno (BaP) alcanzarían respectivamente 150 y 5,6 toneladas, por citar sólo los contaminantes con límites legales. En otros siniestros similares, a 300 metros del incendio se han medido 121 microgramos por metro cúbico de benceno (cuando el valor límite anual es de 5 µg/m<sup>3</sup>) mientras que en la pluma del incendio se han detectado 3.000 ng/m<sup>3</sup> de BaP (el valor objetivo anual es 1 ng/m<sup>3</sup>). No parece pues razonable la inacción tanto de la Consejería

de Medio Ambiente como de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad.

## **1.2 La crisis económica**

La crisis económica ha supuesto un empeoramiento notable de las condiciones de vida en la Comunidad de Madrid, la tasa de empleo pasó del 75,4% en 2008 al 67,3% en 2014, y la tasa de paro se colocó en el 19,58% en 2013 (16,5% en diciembre de 2015). En todo caso y como es conocido las tasas de desempleo de la Comunidad de Madrid se han situado siempre por debajo de la media nacional, situación que también se producía antes de la crisis.

Esta situación ha producido un incremento de la población en riesgo de pobreza (el 19,2% de la población), también inferior a la media nacional (29,2%), en todo caso un valor muy elevado (1 de cada 5 habitantes de la Comunidad de Madrid), lo que ha producido que un 63,57% de las familias han reducido sus gastos de ocio, un 39,97% sus gastos en alimentación y un 20,52% tengan dificultades para comprar los medicamentos prescritos por sus médicos.

Por otro lado la propia situación de crisis (el desempleo, el miedo a perder el trabajo, las dificultades económicas, etc) provocan problemas de salud en las personas lo que se detectó en el 38,8% de los casos.

## **1.3 Las desigualdades en salud**

Sin embargo este deterioro de la situación económica y social no afecta por igual a todas las personas ni a todos los territorios. Así esta claramente identificada una peor situación en las poblaciones situadas geográficamente al Sur y al Este de la región respecto a las colocadas al Norte y Oeste de la misma. Por ejemplo mientras que la tasa de desempleo promedio al área metropolitana se encontraba en el 22,9% en 2011, las poblaciones del NE tenían tasas inferiores al

20% (mínimo Boadilla 16%), y las del SE estaban por encima del 25% (máximo Parla 31,6%).

Pero en las desigualdades influyen además la edad, el género y el nivel socioeconómico, de manera que las mujeres mayores de 65 años son las que tienen un mayor riesgo de pobreza (30,1%), seguidas por los hombres de la misma edad (25,7%) y los menores de 16 años (23,1%) sobre un promedio del 19,2%.

La crisis ha incrementado estas desigualdades porque ha aumentado la diferencia de renta entre el 10% con mayores ingresos y el 10% con menores ingresos, enviando a un grupo importante de población a la pobreza y la exclusión social.

Por otro lado es bien conocido que estas desigualdades socioeconómicas generan desigualdades en la utilización de los recursos sanitarios, así como en la salud percibida, la morbilidad y la mortalidad (por ejemplo en Madrid hay una diferencia en la esperanza de vida de 3,49 años en los hombres y 2,49 en las mujeres entre los barrios de mayor y menor nivel socioeconómico).

#### **1.4 El cuarto mundo**

Otro aspecto de la Comunidad de Madrid es la existencia de lo que se ha denominado “cuarto mundo”, es decir marginados sociales, sin techo, inmigrantes no regularizados, etc, que están presentes en nuestras calles y a veces se asientan en determinadas zonas de infraviviendas como la Cañada Real, etc. Es un grupo heterogéneo pero con grandes necesidades sociales y en una situación de riesgos elevados para la salud (la suya y la ajena), que tiene serios problemas para el acceso a la atención sanitaria, a veces por sus propias condiciones de marginalidad.

## **2. El sistema sanitario**

El sistema sanitario madrileño sigue teniendo importantes problemas que conviene recordar.

### **2.1. El área única**

La ley 6/2009 y el decreto 51/2010 establecen y regulan la libre elección de médicos, de profesionales de enfermería y centro sanitario, y establece el área única para el conjunto de la región. Ya se ha señalado en anteriores Informes que la aprobación de esta norma producía efectos muy negativos sobre la necesaria integración territorial de los recursos asistenciales y la coordinación entre niveles asistenciales. La experiencia demuestra que, como era de prever, se ha empeorado la coordinación, y se han favorecido las derivaciones a los centros privados y semi-privados. Por otro lado el número de movimientos acogidos a la libre elección ha sido limitado (538.831) de los que la mayoría lo han sido dentro del mismo centro (410.885), y un elevado porcentaje de los demás corresponden a cambios de domicilio, es decir que los cambios no amparados por la legislación anterior no llegan al 1% de la población

Además y a manera de semi-rectificación se han creado 7 direcciones asistenciales que en la práctica sustituyen en sus funciones a las antiguas áreas, y que no han supuesto casi disminución del personal directivo que continúa siendo básicamente el mismo.

### **2.2. Las exclusiones sanitarias**

La aprobación del RD 16/2012 dejó sin atención sanitaria entre otros a los inmigrantes irregulares. Según datos de la Comunidad de Madrid un total de 55.792 personas se quedaron sin tarjeta sanitaria en la región, estando documentados numerosos casos de desatención, incluyendo algunos casos que estaban contemplados en las excepciones que señala el RDL.

Con el nuevo gobierno la situación ha cambiado aunque dentro de un marco de gran confusión. La Consejería de Sanidad ha realizado una circular a los centros sanitarios señalando la necesidad de garantizar la atención sanitaria en todos los casos, pero no se ha desarrollado una normativa de rango legal apropiado como se ha hecho en otras CCAA, y tampoco se ha dado tarjetas sanitarias a la población inmigrante no regularizada, que se encuentra así en un limbo legal que genera muchos problemas concretos y casos de desatención.

También hay que tener en cuenta que un porcentaje importante de la población madrileña no puede acceder a los medicamentos prescritos por problemas económicos (el 15,76% de los reciben una prescripción médica en 2014 y el 3,3% de la población total en 2015, es decir 214.000 personas no acceden a medicamentos prescritos por falta de dinero). A pesar de ello los copagos de los usuarios en las recetas en la Comunidad de Madrid pasaron del 6,09% en 2011 al 10,11% del en 2015.

### **2.3. Los recortes**

La Sanidad de la Comunidad de Madrid se ha caracterizado por una infrafinanciación crónica, con unos presupuestos per capita, desde que se asumieron las transferencias, siempre por debajo del promedio de las CCAA. No obstante los recortes económicos producidos desde 2009 han sido muy importantes (un -18,5% menos de presupuesto per capita en 2013 respecto a 2009). Los últimos años (2015 y 2016) los presupuestos han tenido un ligero incremento, pero muy lejos de recuperar los niveles de 2009, por ejemplo los de 2016 tienen un presupuesto 600 millones € menos que la liquidación de los de 2014.

Por otro lado la desviación del gasto farmacéutico, supone un serio problema presupuestario. Así en 2015 el gasto en recetas se incremento en un 4,33% en Madrid y el gasto farmacéutico hospitalario creció un 37,5% (un 70,8% de este crecimiento fue debido a los tratamientos para la hepatitis C), con lo que desviación presupuestaria fue muy importante, haciendo aún mas insuficientes los presupuestos. Esta tendencia se mantiene este año con un incremento del gasto farmacéutico en recetas interanual de 3,79% a marzo de 2016.

Todo ello en un entorno en el que el gobierno central está limitando seriamente los recursos de las CCAA y en el que las instrucciones de la UE pretenden una disminución del gasto público de alrededor de 4.000 millones €.

#### **2.4. El personal sanitario**

No cabe duda de que una gran parte de los recortes en el gasto de la Sanidad Madrileña se han llevado a cabo reduciendo las plantillas y precarizando las condiciones laborales de los profesionales de los Centros Sanitarios, que en la actualidad tienen globalmente, una tasa de temporalidad del 33%, es decir que aproximadamente unos 25.000 profesionales tienen un contrato temporal, situación que se agravará en los próximos años, ya que en muchas categorías más del 50% de los trabajadores tienen entre 60 y 65 años y otras como facultativos o DUEs en las que el 41% de sus activos se encuentran en esta franja de edad.

La Moción aprobada por la Asamblea de Madrid, con el voto favorable del PP, Cs y PSOE, en la que instaba al Gobierno de la Comunidad de Madrid, entre otras medidas, a incrementar las plantillas del Sermas, de forma gradual a lo largo de la legislatura, a favorecer la estabilidad en el empleo reduciendo la tasa de temporalidad al 10% y a convocar con periodicidad anual ofertas públicas de empleo y concursos de traslados, se ha quedado en papel mojado.

La situación de las plantillas en los centros es actualmente muy deficitaria, se siguen restringiendo las sustituciones por permisos, vacaciones o ITs, se siguen cerrando camas en los Hospitales o generando lista de espera quirúrgica o diagnóstica, por falta de profesionales, sin que en la actualidad haya visos de que esta situación pueda mejorar o haya una voluntad real de elaborar un plan estratégico para abordar y adecuar los recursos humanos a las necesidades de salud de la población.

## **2.5. Las privatizaciones: directas e indirectas**

El proceso privatizador empezó en la Comunidad de Madrid hace muchos años, mucho antes de la crisis, y fue a partir de 2008 cuando se intensificó, de manera especial con el llamado “Plan de sostenibilidad” que evidentemente trataba de dar un golpe de gracia a la Sanidad Pública madrileña.

Aunque se logro paralizar esta ofensiva, la realidad es que la deriva privatizadora ha continuado, aunque de una manera más silenciosa y menos visible, los hospitales de gestión privada o semi – privada continúan (un total de 11 centros, 4 de ellos totalmente privados), y las derivaciones de consultas con especialistas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas continúan existiendo de una manera general aprovechando el centro de llamadas, y ello a pesar de las promesas en contra de la Consejería.

La Consejería no solo incumple su compromiso de revertir a la gestión pública el Centro de Llamadas, sino que sigue sacando a Concurso Publico la limpieza de la mitad de los hospitales de Madrid con un coste similar o equivalente al de hace 4 años y sin las garantías necesarias y suficientes para garantizar los recursos necesarios para la prestación de un servicio de calidad por parte de las empresas adjudicatarias

También está en fase de adjudicación a entidades privadas, 448 camas de hospitalización de Cuidados Continuados, que aunque inicialmente se adjudicaran para 4 años, por un valor de 85 millones de €, en los pliegos se contempla la posibilidad de prorrogar la concesión hasta una total de 10 años, con un coste de 10 millones de €. Conviene recordar que en la Comunidad de Madrid hay un déficit muy acusado de camas de media y larga estancia y que en este contexto se han cerrado 47 camas del Hospital de la Poveda y esta sin utilizar y deteriorándose el edificio del antiguo hospital de Puerta de Hierro.

Continúa la privatización total de la extracción de sangre periférica, en manos de Cruz Roja, y de programas preventivos como el DEPRECAM (prevención del cáncer de mama), en el que no se permite una alternativa pública en aparente contradicción con la propia ley de libre elección.

Esta situación confirma el hecho de que Madrid ocupe el primer lugar como la comunidad autónoma más privatizada, con un elevado porcentaje de camas privadas (el 33,5% del total), de recursos de alta tecnología en centros privados (el 30% en centros privados), de gasto sanitario público en conciertos (10,6%, a pesar de que es un dato infraestimado). También, como resultado del deterioro del sistema público, son muy elevados los gastos sanitarios de bolsillo per capita (244 €) y los que se realizan en seguros privados per capita (449 €), aunque obviamente ambos los realiza el grupo de población que tienen recursos económicos suficientes, lo que aumenta las desigualdades en salud.

## **2.6. Atención Primaria**

La Atención Primaria en la Comunidad de Madrid ha sufrido un continuado proceso de disminución de sus recursos técnicos y profesionales: el promedio de médicos de AP por 1.000 TSI se sitúa en 0,69 frente a 0,79 del promedio de las CCAA, y el de profesionales de enfermería en 0,51 versus 0,66 de promedio de las CCAA.

Estos datos explican que solo el 32,50% de los que solicitaron una cita en AP la consiguieran en las primeras 24 hs y también que se haya producido un aumento del 19,28% de las reclamaciones en AP entre 2014 y 2015, y que el porcentaje de urgencias haya atendidas en los hospitales se haya incrementado en el 6,2% en el mismo periodo.

Por supuesto las tareas de promoción y prevención se encuentran sistemáticamente postergadas y/o totalmente ausentes en un entorno

que se caracteriza por la elevada presión asistencial y la escasez de recursos.

El cambio de modelo organizativo, el paso al área única, ha repercutido de forma negativa en la organización y coordinación de los profesionales con los responsables de Centro o de las Gerencia, al implantarse, *de facto*, una estructura vertical, con una deficiente información, comunicación y trabajo en equipo.

Esa falta de recursos humanos y la elevada presión asistencial, que crece de forma continua, incide en que las funciones y actividades de promoción y prevención de la salud, se vean sistemáticamente postergadas y/o totalmente ausentes, siendo una función clave para propiciar estilos de vida saludables y para prevenir el desarrollo de patologías crónicas, entre otros beneficios.

Por otro lado y como viene siendo habitual la inconexión entre primaria y hospitalizada persiste, agravada por la libre elección que ha desestructurado las conexiones establecidas.

## **2.7. Red hospitalaria**

La red hospitalaria de la Comunidad de Madrid ha seguido un proceso continuado de disminución del número de camas instaladas y en funcionamiento. Las camas instaladas en 2013 eran 15.657, lo que supone 2,45 por 1.000 habitantes, ya en esta fecha llamaba la atención la menor dotación respecto a otras CCAA (2,64 camas /1.000 habitantes), así como un menor porcentaje de camas en funcionamiento respecto al total (2 por 1.000 habitantes versus 2,35), lo que supone que en Madrid solo el 81,42% de las camas instaladas estaban en funcionamiento frente al 89,09% del conjunto del Sistema Nacional de Salud.

En 2015 las cifras de camas instaladas vuelven a reducirse (un total de 15.035), es decir se han perdido 622 camas en 2 años, y de nuevo el número de camas funcionantes es significativamente menor (83,66%).

Pese a ello el número de ingresos totales se incrementó ligeramente (1,87%) debido a una disminución de la estancia media (-0,23 días), pero es evidente que este menor número de camas hospitalarias y el número aún menor de las que están en funcionamiento, es lo que explica los frecuentes problemas que se plantean en los momentos de mayor demanda en las urgencias con camas en los pasillos y enfermos que tardan días en conseguir una cama en hospitalización.

Por otro lado la actividad quirúrgica se ha incrementado, pero en congruencia con lo señalado anteriormente a expensas de la cirugía ambulatoria porque la cirugía con hospitalización está disminuyendo.

Por último señalar la iniciativa de la Consejería de implantar los denominados “pactos de gestión” que han sido anulados por los tribunales y que suponen una vía de favorecer la derivación a centros privados de los enfermos desde los hospitales públicos.

## **2.8. Salud Mental**

Desde que en el año 2008 los Centros de Salud Mental (CSM) se adscribieron a las Gerencias Hospitalarias no es posible conocer el presupuesto destinado a la Salud Mental, aunque sí es un hecho constatado el traspaso de inversión de los recursos comunitarios a la Atención Hospitalaria.

El axioma de que, el número de camas psiquiátricas es inversamente proporcional a la cantidad y calidad de los servicios extrahospitalarios, se cumple perfectamente en la Comunidad de Madrid, puesto que mientras se ha potenciado la hospitalización psiquiátrica, se crearon unidades de hospitalización en los Nuevos Hospitales y han ido aumentando progresivamente en los últimos años el número de camas de media y larga estancia, a través de diferentes conciertos con entidades privadas, han ido progresivamente disminuyendo los recursos y los profesionales de los programas de continuidad de cuidados (enfermería o trabajo social) o los psicólogos clínicos en los CSM .

Así pues, mientras que la demanda en los CSM, eje fundamental de asistencia, ha ido aumentando progresivamente, las plantillas de los profesionales han sufrido los mismos recortes en el resto del sistema sanitario Madrileño, provocando un efecto de sobrecarga en los centros, y la incapacidad para atender adecuadamente las crisis de los pacientes, que acaban en la hospitalización.

La falta de inversión en Políticas integrales de Salud Mental que instauren y desarrollen recursos comunitarios, está condenado a multitud de personas con problemas de salud mental a que no puedan mantener un nivel adecuado de autonomía y unas condiciones de vida dignas que minimicen los riesgos de exclusión social.

## **2.9. Listas de espera**

La situación de las listas de espera tampoco ha mejorado. En marzo de 2016 un total de 79.737 pacientes se encontraban en lista de espera quirúrgica con un aumento del 0,1% respecto a febrero del mismo año (en junio de 2005 eran 27.672). Asimismo el porcentaje de personas que señalaban que recibían una cita con el especialista en 15 días era solo del 18,5%, y los que conseguían cita en AP en las primeras 24 hs eran el 24,5%, y tan solo un 12,3% de la población refería que habían mejorado las listas de espera.

En este contexto la opinión de la población sobre el funcionamiento del sistema sanitario continua situando a la CM en mal lugar, así el porcentaje de personas que creen que empeoraron los servicios sanitarios supera claramente a los que piensan que mejoraron, y alcanza niveles elevados (creen que empeoró la AP en el último año el 29,4%, que lo hicieron las consultas del especialista el 29,7%, la hospitalización el 29,6% y las urgencias el 40,8%).

La situación es el resultado lógico de la insuficiencia de recursos agravada por los recortes, puesto que la Comunidad de Madrid es una de las CCAA con menor número de camas, que además van en progresiva disminución, en un país que tiene el promedio de camas de los menores de la UE (promedio 3,50 versus 5,26 /1000 habitantes) y

tiene unos ratios muy bajos de médicos y profesionales de enfermería de AP.

## **2.10. Salud Pública**

La salud Pública ha sido sistemáticamente postergada por la Comunidad de Madrid que desmantelo la Dirección General de Salud Pública y abandono la realización de un Plan de Salud para la región. La falta de una política de salud pública se puso de relieve en la actuación ante la crisis del ebola y en la ausencia de respuesta a los serios problemas de contaminación ambiental que sufre la región.

Con el nuevo equipo de la Consejería se recupero la Dirección General de Salud Pública, aunque no se conocen actividades relevantes de la misma cuya principal labora hasta el momento es volver a reconfigurar lo que se había destruido en la etapa anterior.

También recordar su falta de intervención en temas tan importantes como la contaminación atmosférica, el incendio del cementerio de neumáticos de Seseña o la plaga de mosquitos de la zona del Henares.

## **2.11. Ausencia de mecanismos de participación**

La ausencia de un mecanismo de participación ciudadana y profesional en la estructura sanitaria de la Comunidad de Madrid ha sido una constante en los últimos doce años, agravada por la desaparición de todos los organismos de participación en las leyes de acompañamiento, lo mismo que se hizo con la abolición del defensor del pacientes. Esta falta de participación social en una materia tan sensible como la salud de los ciudadanos ha sido deliberada, es decir forma parte de una decisión política motivada por cuestiones ideológicas. En resumidas cuentas las políticas neoliberales en materia sanitaria de los últimos veinte años, no sólo han cortado cualquier intento de incorporar a los ciudadanos y colectivos profesionales al proceso de gestión de la sanidad pública en la Comunidad de Madrid, sino que sencillamente no consideran que estos últimos tengan legitimidad o derecho alguno para tomar parte en

este proceso, ni que su participación pueda colaborar a la eficacia, sostenibilidad, eficiencia y racionalidad del modelo sanitario público.

En este sentido la participación ciudadana no puede ser algo que se da generosamente a los ciudadanos y que cada Gobierno interpreta al albur de sus intereses político sino que es un derecho fundamental y básico reconocido por la Constitución española cuando dice en su artículo Art. 9.2: "...facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural, social". Asimismo el artículo 23.1: "Los ciudadanos tienen el derecho a participar en los asuntos públicos, directamente o mediante representantes, libremente elegidos en elecciones periódicas por sufragio universal. Por último el artículo 51.2: "Los poderes públicos promoverán la información y la educación de los consumidores y usuarios, fomentarán las organizaciones y las escucharán en las cuestiones que los puedan afectar, en los temas que la ley establezca.

### **3. Los cambios en la consejería y sus efectos sobre las políticas sanitarias**

El nuevo consejero ha cambiado las formas, es aparentemente mas abierto y muy preocupado por la comunicación, pero poco o nada los contenidos. La Sanidad se intenta mantener en un perfil bajo pero continuando el proceso privatizador y de recortes, aunque con una menor intensidad y sobre todo poca visibilidad.

### **4. La articulación/desarticulación institucionales**

La reforma de la administración que se ha materializado con la Ley de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local (27/2013), en la que el gobierno del Partido Popular elimina a los municipios como entidades básicas en la organización territorial del Estado, como reconocía el art. 1 de la Ley7/1985 Reguladora de la Ley de Bases de Régimen Local,

suprimiendo competencias propias, pasando a ser meros ejecutores de competencias delegadas por otras administraciones.

Con ella se eliminó la Participación en la gestión de la atención primaria de la salud, en contraposición con lo regulado en el artículo 42 de la Ley General de Sanidad (14/1986 de 25 de Abril) y con lo establecido en artículo 63 de la Ley 11/98 de la Ley de Protección de los consumidores de la Comunidad de Madrid.

Esta ley limita seriamente la independencia municipal que permitía desarrollar actividades complementarias y gestionar los recursos de participación en salud. Cauce que ya había sido cercenado con la creación del área única y la participación en los órganos de gestión. Con ello se pierde la información local pasando a ser territorial y la posibilidad de tener información detallada de lo que está pasando en tu municipio.

A pesar de estas limitaciones parece imprescindible, no solo el cambio de esta ley, sino también, y mientras tanto, el favorecer sistemas que permitan la articulación de políticas sanitarias comunes entre las distintas instituciones (Comunidad y Ayuntamientos) y arbitrar mecanismos eficaces de participación social y profesional en los que deben estar presentes las administraciones locales.

## **5. Las propuestas aprobadas por la Asamblea de la Comunidad de Madrid**

La composición de la Asamblea de Madrid, donde el PP carece de mayoría ha facilitado que los grupos de la oposición (Ciudadanos, Podemos y PSOE) consigan la aprobación de numerosas mociones y proposiciones no de ley que deberían de condicionar la política sanitaria y las actuaciones de la Consejería. Son muy numerosas y en general abordan de una manera positiva casi todos los temas relevantes de la sanidad madrileña, no obstante el Gobierno de la Comunidad de Madrid sigue su camino, desoyendo estas resoluciones en la mayoría de los casos ( por ejemplo la desprivatización del hospital de Collado-Villalba o

la no prorroga de la concesión al “centro de llamadas”,etc). En todo caso esta presión ha conseguido algún avance como la cobertura de los inmigrantes no regularizados, aunque sea con la confusa actuación que se ha comentado anteriormente.

## **Balance final**

En resumen esta nueva legislatura ha tenido pocos cambios para la sanidad madrileña, mas allá de las mejoras en la comunicación y una mayor facilidad para el dialogo. El sistema sanitario continúa su deriva de privatizaciones y la insuficiencia financiera sigue estando presente en el funcionamiento de la Sanidad Pública, por otro lado no se han logrado mejoras en la coordinación interinstitucional que es necesaria para el desarrollo de muchas políticas sanitarias.

## **Propuestas para mejorar la Sanidad Pública**

Desde el Observatorio Madrileño de Salud entendemos que para garantizar una Sanidad Pública de calidad y accesible para toda la población se precisaría un cambio en la política sanitaria que, además de la elaboración de un Plan de Salud y de una nueva Ley de Salud de la Comunidad de Madrid contemplase de manera urgente las siguientes medidas:

- 1) Programas y actuaciones para identificar y reducir las desigualdades en salud.
- 2) Adaptar medidas para reducir la contaminación medioambiental y planes de actuación cuando se producen picos de la misma.
- 3) Presupuestos suficientes para garantizar una atención sanitaria de calidad a toda la población de la Comunidad de Madrid. Se precisaría un presupuesto de al menos 9.000 millones €.

- 4) Garantizar el acceso a la atención sanitaria de todas las personas, prestando atención sanitaria a todos los grupos de población excluidos por el RDL 16/2012 y acabando con los copagos farmacéuticos.
- 5) Utilización intensiva de los recursos públicos, abriendo las camas, quirófanos y consultas cerradas, y asegurándose de la utilización intensiva (en régimen de mañana y tarde) de los recursos tecnológicos.
- 6) Recuperar el empleo en la Sanidad Pública para garantizar una atención sanitaria de calidad a la ciudadanía madrileña.
- 7) Acabar con las privatizaciones y recuperar lo privatizado, empezando por terminar con el envío sistemático de pacientes al sector privado (intervenciones quirúrgicas, consultas, pruebas diagnósticas), rescindiendo los contratos con entidades privadas que incumplen sus compromisos y poniendo en marcha un calendario de recuperación de los centros públicos privados y semiprivados.
- 8) Garantizar mecanismos efectivos de participación social y profesional, desarrollando órganos de gobierno con participación social y profesional que controlen el funcionamiento de los centros sanitarios públicos. Esto implica la creación de un marco jurídico y organizativo que garantice la participación responsable y crítica de los ciudadanos y los profesionales de manera estable y segura.

***Observatorio Madrileño de Salud***

***Junio de 2016***