



Informe 2012

# SITUACIÓN SANITARIA EN MADRID

Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid  
C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid  
Tel.: 91 333 90 87. Fax: 91 437 75 06  
E-mail: [fadspu@gmail.com](mailto:fadspu@gmail.com)  
[www.fadsp.org](http://www.fadsp.org)  
facebook /fadsp  
twitter @fadspu



Asociación para la Defensa  
de la Sanidad Pública de Madrid  
(ADSPM)

Edita: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de  
Madrid (ADSPM)

Madrid, marzo 2012

Depósito legal: M-10420-2012

## Introducción

La Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid (ADSPM) viene realizando periódicamente informes sobre la situación sanitaria de la Comunidad de Madrid, desde que ésta asumió las transferencias del INSALUD a finales de 2001; el último de estos informes se produjo en julio de 2010.

En este informe nos vamos a centrar en los aspectos que tienen más relevancia para el sistema sanitario madrileño, la continuación del proceso privatizador y los recortes que se están realizando con la excusa de la crisis económica.

## Los presupuestos

	Presupuesto sanitario (€/habitante y año)		
	2010	2011	2012
Mínimo	1.066,37	1.003,32	974,82
Máximo	1.623,08	1.563,68	1.557,58
<b>Media</b>	<b>1.343,95</b>	<b>1.288,58</b>	<b>1.203,82</b>
<b>Madrid</b>	<b>1.108,14</b>	<b>1.103,16</b>	<b>1.104,52</b>

Los presupuestos sanitarios de la Comunidad de Madrid continúan estando por debajo de la media de los de las CCAA, lo que es más llamativo ya que se trata de la comunidad autónoma con más elevado PIB por habitante y año, lo que hace que el gasto sanitario en % sobre el PIB sea el menor de todo el país. Si se hubiese presupuestado el promedio del gasto sanitario de todas las CCAA, se habría gastado en sanidad 2.178,21 millones de euros más. Esta infrapresupuestación crónica de la sanidad madrileña es una de las causas principales de los problemas que tiene la sanidad pública de la región.

Por otro lado existe una desviación al alza en la liquidación (el último dato conocido, el de 2010, se liquidó 418 millones de euros por encima de lo presupuestado).

Si analizamos los presupuestos, vemos que el incremento presupuestario se dirige en exclusiva a la privatización: 93,3 millones de euros para los hospitales de Móstoles y Collado-Villalba, y un aumento del 34% para los convenios con el sector privado. Además, los centros de gestión privada y semiprivada tienen un aumento del 9% y los centros de Alcorcón (fundación) y Fuenlabrada (empresa pública) tienen un incremento del 5,7% y el 3,6%, respectivamente. Por el contrario, los hospitales de gestión tradicional ven disminuir sus presupuestos en un 1,5% que se suma a la disminución del 9,5% en 2011. Es una evidencia más de que las privatizaciones no ahorran gastos al sistema público y que van en detrimento de los centros públicos.

La Atención Primaria es sistemáticamente postergada con una disminución del 3,7% real en 2012, y un descenso de 10 millones de euros en personal. Se recortan también las inversiones en AP y el presupuesto del SUMMA.

El presupuesto de personal en 2012 disminuye en 53 millones, lo que supone una disminución de las plantillas ya afectadas por disminuciones consecutivas en los presupuestos desde 2007. En 2012 habrá 2.000 trabajadores menos en la sanidad pública comparada con 2008.

Es llamativo el que esta política restrictiva en los centros sanitarios públicos se produzca en un momento en que la Comunidad de Madrid tiene previsto un aumento de los ingresos en 3.274,4 millones de euros debido al nuevo modelo de financiación autonómica, lo que hace que el peso de los presupuestos sanitarios en el conjunto de los presupuestos disminuya al 30,55%.

Los presupuestos diseñan un panorama de privatiza-

ción progresiva de la sanidad en el que los fondos públicos se dedican cada vez en mayor cuantía a favorecer los intereses privados, infrapresupuestando y deteriorando los centros públicos.

## Las privatizaciones

El proceso privatizador en Madrid lleva ya muchos años de rodaje y, como una gran parte está descrito en el Informe de 2010 ([http://www.fadsp.org/pdf/SituacionSanitMADRID%20\(1\).pdf](http://www.fadsp.org/pdf/SituacionSanitMADRID%20(1).pdf)), sólo haremos un breve recordatorio:

### 1) Hospitales: hay 5 modelos

- Hospitales PFI (iniciativa de financiación privada), seis hospitales inaugurados en 2007, gestionados por una empresa privada en lo no sanitario y por el sector público en lo sanitario; de ellos, 5 se constituyen en empresas públicas.
- Majadahonda es un hospital PFI que sigue perteneciendo a la red del Servicio Regional de Salud.
- Concesiones administrativas: 1 en 2007 (Parla) y posteriormente Torrejón, ya abierto, y Móstoles, cuya apertura está prevista en este año.
- Centros de titularidad pública con gestión privada: la fundación de Alcorcón y la empresa pública de Fuenlabrada.
- Concierto especial con la adscripción de un área, la Fundación Jiménez Díaz, actualmente propiedad de CAPIO.

La principal característica de estos centros es su gestión con ausencia total de transparencia y una sobredotación presupuestaria respecto a los centros públicos. Por poner un ejemplo, en 2010 el presupuesto cama/año de los centros de gestión pública era de 277.375 €/año de media, y el de los

centros de gestión privada suponía 434.686 €/año de media, y en 2011 el de los hospitales públicos era de 307.187 € mientras que el de los hospitales privados y PFI fue 485.970 de euros, lo que contradice la supuesta mejora de la eficiencia de estos centros.

Otro hecho a tener en cuenta es que, siendo el coste de construcción de los 7 hospitales que se abrieron en primer lugar de 701 millones de euros, al acabar 2011 las empresas concesionarias han recibido 763,1 millones de euros, quedando una deuda de 4.284,7 millones €, por lo que es evidente que podrían haberse construido escalonadamente a un precio netamente inferior sin incurrir en la exorbitante deuda actual. También es conocido que las concesionarias han reclamado a la Comunidad de Madrid 80 millones de euros en concepto de pérdidas y un aumento del canon anual de 9,2 millones de euros (sobre una rentabilidad esperada del 11,5%, declaran haber obtenido *¡¡solo!!* el 9%). Por otro lado las empresas concesionarias se están concentrando en 2 (Capio y Ribera Salud) y es conocido que existen negociaciones para la compra de Ribera Salud por CAPIO, con lo que esta multinacional de capital- riesgo se quedaría con un cuasi monopolio.

## 2) Informatización

La informatización ha quedado prácticamente en manos privadas mediante la compra de varios sistemas de información sanitaria, a veces con serios problemas de compatibilidad y funcionamiento a pesar de que se han gastado más de 400 millones de euros, aparte de los problemas de confidencialidad que tiene el dejar en manos privadas los datos de salud de la población.

## 3) Laboratorios y radiología

Se ha privatizado el laboratorio de los nuevos hospitales, en manos de Ribera Salud, y se ha creado un anillo radiológico (empresa pública) en uno de

los nuevos centros. El resultado ha sido el cierre de los laboratorios que antes atendían a la población y la ausencia de radiólogos a partir de las 15 h en los nuevos centros.

## 4) Conciertos y externalizaciones

La política de conciertos y externalizaciones de la prestación de servicios ha ido en aumento en Madrid, aunque su cuantificación es muy difícil porque en muchos casos aparece en los presupuestos de los centros. En todo caso es obvio que en esta línea se han utilizado los planes de reducción de listas de espera quirúrgica.

De resultas de todo ello, el peso del sector privado en la Comunidad de Madrid ha ido en aumento y ya atiende a más del 30% de la población, con un peso creciente impulsado por la política privatizadora del Gobierno del PP que desvía sistemáticamente fondos de los centros públicos hacia el sector privado.

## Los recortes

En este contexto se han producido los recortes incluidos en la última Ley de Acompañamiento de los Presupuestos para 2012. En lo esencial, hasta ahora, estos recortes están dirigidos a políticas de personal con un aumento de las horas trabajadas (2,5 horas semanales más) que van a repercutir en una disminución de personal de todas las categorías, cuya cuantía es difícil de conocer de antemano (hay previsiones que lo fijan en 3.000 trabajadores menos). Los recortes producirán un aumento de la presión asistencial sobre cada profesional y es bien conocido que un incremento de los pacientes atendidos y del número de horas de trabajo se asocian a un mayor número de errores en la atención y a una disminución de la calidad de la misma.

## Atención Primaria

Como se ha comentado, la Atención Primaria en Madrid continúa su postergación con una disminución del presupuesto real, en personal y en inversiones. El incremento horario y disminución de plantillas busca deteriorar definitivamente el modelo solidario y equitativo que supone la atención primaria de salud, a lo que se suma la falta de desarrollo de la Ley de Dependencia, que sobrecarga una atención primaria ya de por sí sobrecargada.

El aumento del horario de los profesionales sanitarios, pretende atender con menos personal las mismas prestaciones (agravado por la existencia de un alto porcentaje de cupos médicos y enfermeros claramente masificados), sin tener en cuenta los problemas asistenciales que van a producir, con una más que previsible reducción de la calidad asistencial y efectos sobre la formación continuada y la ya de por sí escasa investigación, además de influir negativamente en los aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo que determinará un aumento de costes.

También es previsible que en este escenario no se beneficie la imprescindible coordinación con Atención Especializada, ya suficientemente afectada por la implantación del "área única", y que favorecerá la duplicación y realización de pruebas innecesarias.

Además se han eliminado los escasos residuos de participación ciudadana y profesional que existían aún como consejos de salud y que se desarrollaban de un modo casi exclusivo en el marco de la Atención Primaria.

Y, por fin, la llamada libre elección, que no sólo ha desestructurado el funcionamiento organizativo del sistema sanitario, sino que además ha supuesto un

importante incremento de costes (los nuevos programas informáticos, las citaciones centralizadas, etc.) y que ha constituido un fracaso porque, como era previsible, sólo ha sido utilizada por un número muy reducido de ciudadanos (menos del 1% de los cambios han tenido relación con la nueva normativa).

Por último, prácticamente han desaparecido los postulados enmarcados en la Estrategia de Atención Primaria AP21 que preveía medidas destinadas a mejorar la calidad, la orientación y la capacidad resolutoria de la misma.

Esta situación conlleva un creciente olvido de la Atención Primaria como eje del sistema al reducir sus recursos económicos y de personal, impidiendo que se capacite para controlar a los pacientes en su circulación por el sistema.

## Atención Especializada

La atención hospitalaria globalmente se ha deteriorado en la Comunidad de Madrid como efecto de la descapitalización de la red pública en beneficio de unos hospitales privados y semiprivados de escasa capacidad de resolución que, en la mayoría de los casos, carecen de medios para atender los casos de mayor complejidad. La política del Gobierno del PP ha sido el cierre de camas en los grandes centros de modelo tradicional a medida que se iban abriendo los nuevos centros, de manera que el número de camas global ha permanecido prácticamente intacto y la ratio por habitante ha disminuido, con lo que la presión asistencial ha ido en aumento (conviene recordar que Madrid tiene un número de camas/1.000 habitantes por debajo de la media de España, que es el país de la UE27 que tiene una ratio menor). En esta situación las listas de espera

han crecido, tanto para intervenciones quirúrgicas (como siempre maquilladas sacando de las mismas el número creciente de pacientes que se niegan a ser intervenidos en los centros privados, y contabilizando sólo el tiempo desde que los enfermos son vistos por el anestesista) como para especialistas y pruebas diagnósticas, que en algún caso llegan a alcanzar el año, sin que la libre elección y el área única hayan servido para mejorar la situación.

## Conclusiones

- 1) La Comunidad de Madrid está realizando una política sistemática de recortes en la sanidad pública que se basan en la infrapresupuestación sanitaria y en la disminución progresiva de los recursos del sistema sanitario público.
- 2) A ello hay que unir un incremento de la privatización del sistema sanitario, tanto en lo que se refiere a provisión de servicios (hospitales, centros diagnósticos, etc.) como en la informática y en el aumento de las concertaciones y externalizaciones de la mayoría de las actividades.
- 3) Esta política se está llevando a cabo de manera progresiva y desde hace años, aunque es previsible que tenga una agudización a partir de marzo.
- 4) La disminución de personal del sistema sanitario público, tanto en atención primaria como en los hospitales, ha deteriorado la atención sanitaria.
- 5) A ello hay que sumar medidas organizativas como el área única y la libre elección que desarticulan el sistema sanitario y dificultan la atención integral a los problemas de salud.

## Propuestas

Para remediar esta situación es preciso de manera urgente:

- 1) Una financiación suficiente, que como mínimo debe de suponer el asegurar unos presupuestos en la media de los de las CCAA.
- 2) Acabar con el proceso privatizador, frenando las iniciativas en marcha y reintegrando los hospitales privados y semiprivados a la red pública.
- 3) Garantizar la dotación de camas hospitalarias y de personal suficiente en los centros públicos.
- 4) Potenciar la Atención Primaria, dotándola de los recursos humanos e infraestructuras necesarios para una atención de calidad.
- 5) Derogar el área única y reorganizar el sistema sanitario madrileño con áreas de salud de no más de 300.000 habitantes, favoreciendo la atención integral a los problemas de salud de la población.

Además habría que avanzar en los aspectos ya señalados en el informe anterior, y que se resumen en:

- 1) Aumento de la financiación pública de la sanidad madrileña para situarnos en el promedio sobre el PIB de la región, lo que supondría un incremento de 4.000 millones de euros, lo que podría realizarse en un plazo de 3 años, y de manera inmediata al menos homologarnos con el promedio de presupuesto por habitante de las CCAA, lo que supondría un incremento presupuestario de 645 millones de euros para 2012.

- 2) Elaboración de un Plan de Salud de la Comunidad de Madrid que evalué las necesidades de salud de la población y los recursos necesarios para su atención.
- 3) Derogación de la Ley de Área Única y establecimiento de nuevas áreas de salud que no superen los 300.000 habitantes.
- 4) Reformar la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM), en los siguientes aspectos:
  - Asegurar el carácter público, en la financiación, gestión y provisión, de la sanidad madrileña.
  - Crear una red sanitaria pública única de la Comunidad de Madrid.
  - Fijar el papel subsidiario de los centros sanitarios privados.
  - Implantar sistemas de acreditación y control de los centros privados para garantizar la calidad de sus prestaciones.
  - El compromiso con la Estrategia Salud 21 de la Organización Mundial de la Salud, fomentando la prevención y promoción como bases del sistema de salud.
  - Establecer demoras máximas en la atención sanitaria: un día en Atención Primaria, 15 en la consulta del especialista, y demoras quirúrgicas según patología. Derogación de la normativa actual sobre listas de espera garantizando la contabilidad de las mismas desde el día en que se realiza la indicación y garantía de publicidad de las mismas.
  - Desarrollar la Red de Salud Pública, organizando un dispositivo propio con coordinación con Atención Primaria y Especializada.
  - Desarrollar una red de atención sociosanitaria pública en la Comunidad de Madrid.
- Establecer mecanismos reales de participación social y profesional en la gestión y control del sistema sanitario.
- Establecer una política de recursos humanos que fomenta el desarrollo profesional, potenciando la estabilidad en el empleo, la carrera profesional y la dedicación exclusiva.
- Dedicar a investigación al menos un 1% del presupuesto sanitario.
- Establecer garantías de confidencialidad e intimidad de los datos de la documentación clínica.
- 5) Detener el proceso de privatizaciones y realizar la recuperación e integración para el sistema sanitario público de las fundaciones, empresas públicas, los centros semiprivados (PFI) y de las concesiones administrativas. Mientras se realiza ésta, es preciso un estricto control del cumplimiento por parte de las empresas privadas de los contratos existentes.
- 6) Adecuar los recursos sanitarios a las necesidades de salud, para lo que es preciso:
  - Dotación de camas hospitalarias para alcanzar las 5/1.000 habitantes, lo que supone un incremento de 5.000 camas hospitalarias.
  - Incrementar los recursos de Atención Primaria en 600 profesionales de enfermería, 400 médicos generales, 400 administrativos y 60 pediatras.
  - Ampliar la red de salud mental: incrementar las unidades psiquiátricas de hospitalización, poner en funcionamiento 34 equipos de salud mental con dotación adecuada (9 psiquiatras y 8 psicólogos/1.000 habitantes) y redes específicas para rehabilitación y atención de niños y ancianos.
  - Cobertura de planificación familiar e IVE en la red sanitaria pública.

- Red de cuidados paliativos que cubra al 100% de la población.
- Unidades geriátricas en todas las áreas de salud.

Todas estas medidas estimamos son imprescindibles para garantizar una atención sanitaria de calidad a la población madrileña y para frenar el deterioro del sistema sanitario público de la Comunidad, lo que es fundamental en un momento de grave crisis económica en el que el sistema sanitario público es, más que nunca, un garante de la protección del derecho a la salud.

***ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD  
PÚBLICA DE MADRID***

Marzo de 2012