

DESMANTELAMIENTO DE LA SANIDAD PÚBLICA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Carmen San José Pérez
Médica de Familia
carmen@sanjoseperez.es

OBJETIVOS Y MECANISMOS DE LA REFORMA

- * Imponer un NUEVO MODELO que CONTEMPLE LA LEY DE MERCADO
- * Orientar la ATENCIÓN SANITARIA a la RENTABILIDAD ECONÓMICA
- * Separar FINANCIACIÓN DE LA GESTIÓN Y LA PROVISIÓN DE LOS SERVICIOS
- * Hacer COMPETIR A LOS PROFESIONALES, CENTROS Y SERVICIOS para atraer a los "CLIENTES"

CINCO MEDIDAS ESTRATÉGICAS

PROFUNDIZACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE RECORTE DEL GASTO
PÚBLICO

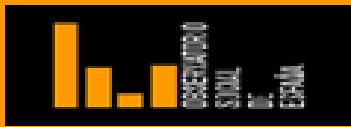
IMPULSO A LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS PRIVADOS
(CONCIERTOS)

VARIACIÓN DE LA PROPIEDAD PÚBLICA DE LAS
INFRAESTRUCTURAS
(CONCESIÓN DE OBRA PÚBLICA, CONCESIÓN ADMINISTRATIVA,
CONCIERTOS SINGULARES)

DESMANTELAMIENTO DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS
(PLANES FUNCIONALES Y REFORMAS INTEGRALES)

INTRODUCCIÓN DE LA COMPETENCIA
(DESMANTELAMIENTO DE LA AP)

Porcentaje del PIB en gasto público por CCAA. 2002-2006



	Porcentaje del PIB 2002	Porcentaje del PIB 2003	Porcentaje del PIB 2004	Porcentaje del PIB 2005	Porcentaje del PIB 2006
Andalucía	19,70	19,65	19,67	19,43	19,91
Aragón	13,86	14,45	14,73	14,86	15,55
Asturias	17,64	16,88	17,16	17,27	17,87
Baleares	8,34	10,89	11,03	13,14	12,14
Canarias	15,28	14,38	15,58	15,41	16,56
Cantabria	15,27	15,77	16,04	16,30	16,54
Castilla y León	17,16	16,96	17,15	17,63	17,80
Castilla La Mancha	19,98	21,46	22,39	22,11	23,24
Cataluña	12,08	11,99	13,20	14,14	13,85
Comunidad Valenciana	12,49	12,44	12,62	12,97	12,72
Extremadura	26,32	27,36	26,46	26,07	27,51
Galicia	19,97	20,07	19,78	20,48	20,36
Madrid	8,04	8,44	8,91	9,26	9,60
Murcia (R. de)	13,86	13,93	14,28	14,58	14,90
Navarra (C. Foral de)	20,60	20,20	19,71	21,57	22,46
País Vasco	13,35	13,30	13,04	13,08	12,81
Rioja (La)	13,33	14,42	14,44	14,56	15,91
Ceuta	13,69	12,47	12,62	12,40	12,25
Melilla	17,79	17,13	:	15,44	15,02

Fuente: Elaborado por el Observatorio Social de España, 3 de diciembre de 2008

Ministerio de Economía y Hacienda Liquidación de los presupuestos de las CCAA, PIB: INE.

GASTO CONSOLIDADO DEL SECTOR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. EVOLUCIÓN % PIB 1999-2005

COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS	Porcentaje						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Andalucía	6,02	6,27	6,05	6	6,05	6,08	6,01
Aragón	4,75	4,67	4,8	4,79	5,07	5,28	5,18
Asturias (Principado de)	6,09	6,06	6,06	6,18	6,54	6,56	6,44
Baleares (Islas)	3,37	3,18	3,27	3,72	4,06	4,13	4,69
Canarias	5,21	5,28	5,14	5,36	5,62	5,58	5,89
Cantabria	5,38	5,45	5,59	5,76	6,29	6,3	6,34
Castilla y León	5,04	5,21	5,21	5,21	5,6	5,56	5,65
Castilla-La Mancha	5,47	5,55	5,6	6,04	6,08	5,7	6,8
Cataluña	4,01	3,96	3,92	4	4,25	4,2	4,25
Comunidad Valenciana	4,79	4,85	4,78	4,91	5,25	5,27	5,29
Extremadura	7,27	7,45	7,34	8,03	8,17	8,06	8,05
Galicia	6,12	6,28	6,38	6,26	6,39	6,6	6,37
Madrid (Comunidad de)	3,42	3,23	3,23	3,27	3,33	3,55	3,55
Murcia (Región de)	5,47	5,39	5,39	5,46	5,74	5,95	6,09
Navarra (Comunidad Foral de)	4,68	4,5	4,45	4,5	4,6	4,65	4,53
País Vasco	4,34	4,3	4,3	4,35	4,41	4,4	4,46
Rioja (La)	4,14	4,14	4,18	4,5	4,64	5	5,32
Ceuta	4,88	4,96	4,97	5,09	5,13	5,27	5,25
Melilla	5,2	5,68	5,93	5,86	5,73	5,94	6
PROMEDIO ESTATAL	4,72	4,71	4,68	4,76	4,95	4,99	5,05

Nota: la distribución territorial del PIB en 1999 es una estimación basada en el PIB regional base 1995.MSC 2007

GASTO PER CÁPITA de las CCAA

	2006	2007	2008	2009	2010
Andalucía	1036,45	1089,25	1181,08	1194,46	1180,09
Aragón	1203,28	1282,22	1349,91	1418,77	1419,37
Asturias	1170,31	1235,03	1296,8	1456,43	1507,15
Baleares	1048,69	1087,51	1158,7	1169,45	1066,37
Canarias	1132,46	1212,02	1333,1	1411,33	1295,36
Cantabria	1372,91	1471,59	1317,64	1359,47	1347,47
Castilla León	1133,08	1160,11	1314,4	1280,24	1360,62
Castilla La Mancha	1145,31	1249,31	1299,8	1337,2	1346,52
Cataluña	1136,2	1198,73	1261,5	1255,65	1298,84
C.Valenciana	982,21	1058,68	1116,6	1125,33	1122,79
Extremadura	1233,53	1349,44	1652,5	1575,04	1509,72
Galicia	1142,93	1224,19	1312,5	1360,54	1333,39
Madrid	1017,41	1093,69	1143,4	1135,58	1108,14
Murcia	1061,54	1176,37	1237,6	1358,87	1334,25
Navarra	1228,36	1339,48	1403,31	1455,82	1543,12
País Vasco	1224,55	1342,27	1475,1	1595,98	1623,08
Rioja	1411,56	1525,57	1461,3	1486,6	1443,94
MEDIA CCAA	1157,69	1224,19	1312,66	1359,37	1343,95

Fuente : Presupuestos de las CCAA. Elaborado por la FADSP.

GASTO CONSOLIDADO. EVOLUCIÓN 2002-2007. MSC.

CLASIFICACIÓN FUNCIONAL

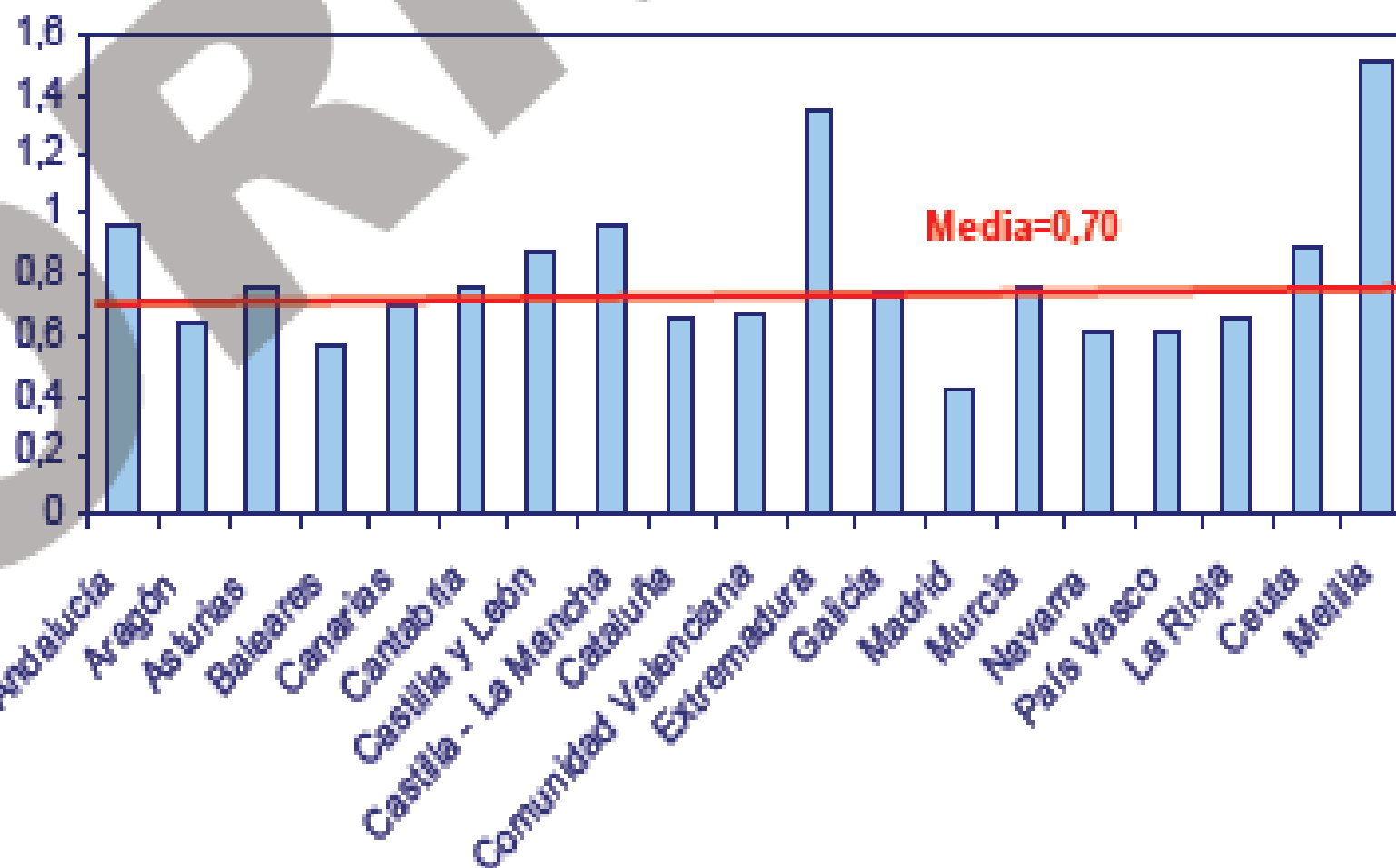
	Miles de euros corrient / porcentaje sobre el total					
	2.002	2.003	2.004	2.005	2006 (*)	2007 (**)
Servicios hospitalari	20.142.303	22.502.542	24.576.854	27.004.400	30.043.254	32.503.175
	52,2	52,4	53,0	53,4	54,0	54,0
Servicios primarios c	5.879.320	6.561.856	7.148.588	7.824.212	8.443.846	9.438.423
	15,2	15,3	15,4	15,5	15,2	15,7
Farmacia	8.487.170	9.611.402	10.152.795	10.757.586	11.303.003	11.901.950
	22,0	22,4	21,9	21,3	20,3	19,8

PRESUPUESTOS SANITARIOS COMUNIDAD DE MADRID

AÑO	2005	2006	2007	2008	2009	2010
GASTO SANITARIO TOTAL	5.510	6.068	6.571	6.931	7.119	7.078
ATENCIÓN PRIMARIA	843	851	713	739	740	706
% de AP sobre GST	15,3	14	10,9	10,7	10,4	10
FARMACIA	849	911	1.173	1.195	1.233	1.295
ATENCIÓN ESPECIALIZADA	3.486	3.428	3.780	4.117	4.167	4.231

Fuente: Consejería de Hacienda CM

% DEL PIB DEDICADO A GASTO SANITARIO PÚBLICO EN AP - 2006



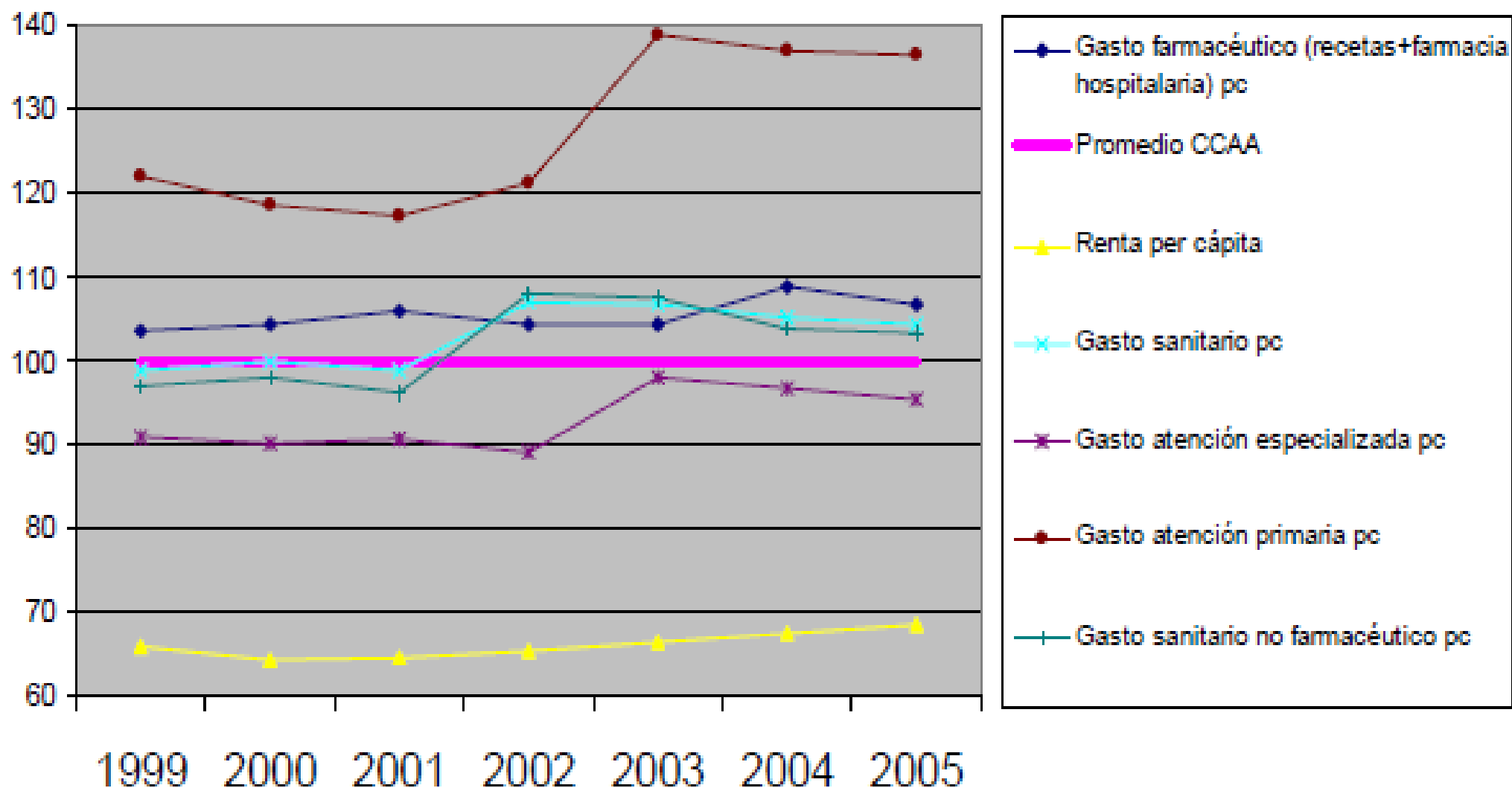
Fuente: EGSP-MSPS.

Contribución a la calidad de la atención

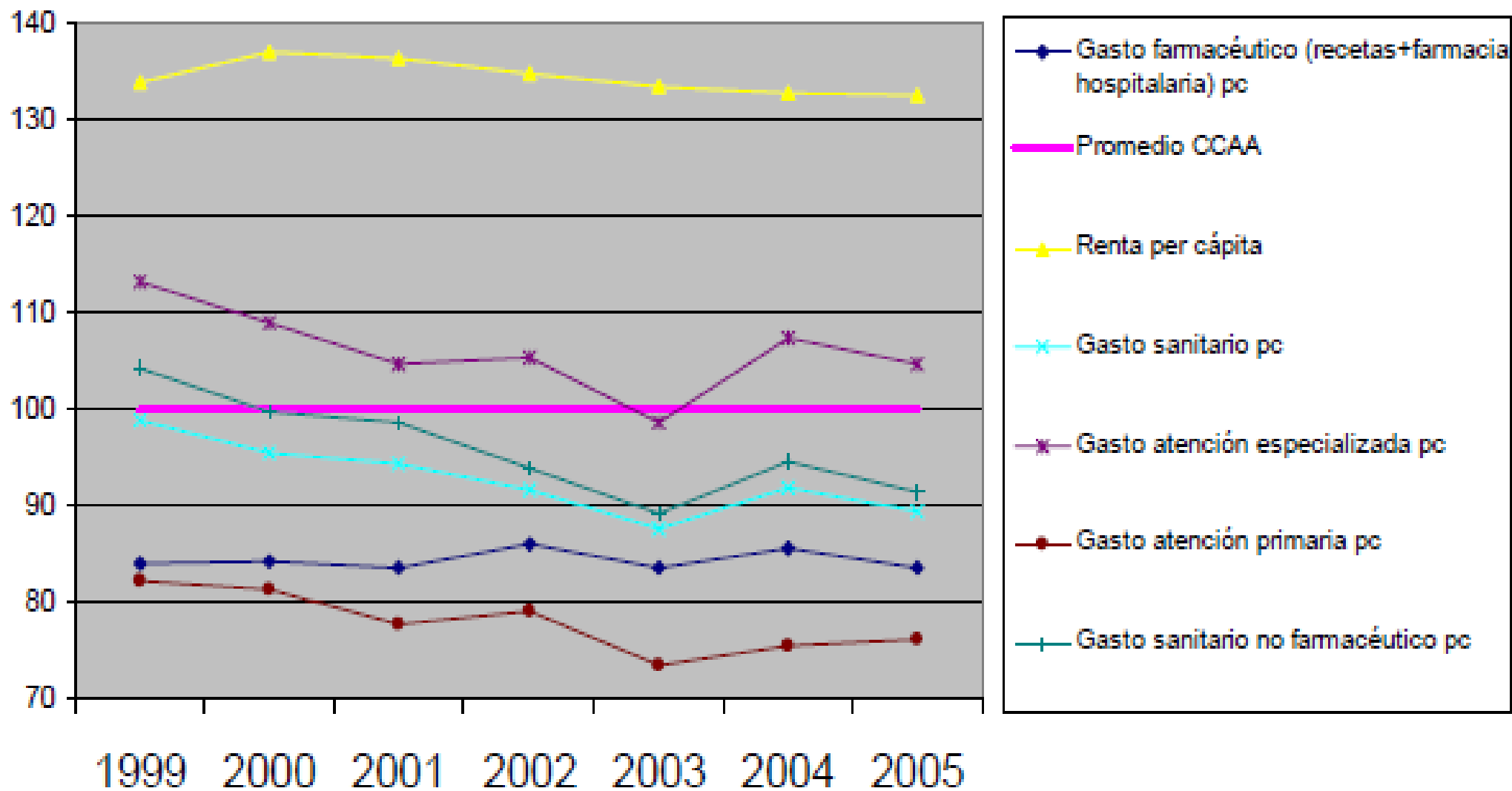
Integralidad	Continuidad de atención	Punto entrada habitual
Mejora resultados sanitarios: Forrest (1996), Chande (1996), Starfield (1998)	Menor mortalidad por todas las causas: Shi (2003), Franks (1998), Villalbi (1999), OPS (2005)	Mayor satisfacción por servicios recibidos: Weiss (1996), Rosenblatt (1998), Freeman (1997), Miller (2000)
	Menor acceso a la atención: Weinick (2000), Forrest (1998)	Mayor observancia del tratamiento y menor tasa de hospitalización: Weiss (1996), Rosenblatt (1998), Freeman (1997), Mainous (1998)
Menor número pacientes ingresados por complicaciones prevenibles de afecciones crónicas: Shea (1992)	Menos rehospitalizaciones: Weinberger (1996)	Menor uso de especialistas y servicios urgencias: Starfield (1998), Parchman (1994), Hurley (1989), Martin (1989)
	Menor n.º consultas con especialistas: Woodward (2004)	Menor n.º consultas a especialistas: Hurley, Martin (1989 ambos)
	Menor uso de servicios urgencias: Gill (2000)	Aprovechamiento más eficiente de los recursos: Forrest (1996, 1998), Hjortdahl (1991), Roos (1998)
Mayor recurso a la atención preventiva centrada en enfermedades (p. ej., cribado presión arterial, mamografías, citología vaginal): Bindman (1996)	Mejor detección efectos indeseables de intervenciones médicas: Rothwell (2005), Kravitz (2004)	Mejor comprensión aspectos psicológicos de problemas de pacientes: Gulbrandsen (1997)
		Mejor utilización de atención preventiva por parte de adolescentes: Ryan (2001)
		Menor riesgo de sobretatamiento: Schoen (2007)

Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2008: La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud, 2008.

Extremadura



Madrid



EVOLUCIÓN DE LOS CONCIERTOS EN LOS PRESUPUESTOS

(Evolución de la Sanidad Madrileña 2003-07. UGT)

	2003	2007	Δ 2003-07
GS per cápita	923,8	1093,7	18,40%
Conciertos	531	936	76,27%

CONCESIÓN DE OBRA PÚBLICA

- Empresas privadas construyen y explotan durante 30 años los hospitales.
- La Administración paga un canon -fondos públicos- por la asistencia sanitaria.
- El personal sanitario depende de la Admón. a través de EP de derecho privado
- A partir de los 7 años obtienen beneficios

CONCESIÓN ADMINISTRATIVA

- Empresas privadas, en suelo público, construyen y explotan durante 30 años los hospitales.
- La Administración paga un canon -fondos públicos- por la población asistida por estas empresas.
- Todo el personal depende de la concesionaria.
- Se calcula que cuestan aprox. 4 veces más que si lo construyese la Admón. sanitaria.

Camas instaladas por mil habitantes

Asistencia especializada 2006

	POBLACIÓN ADSCRITA	CAMAS INSTALADAS	CAMAS INSTALADAS (mil / hab.)
Área I	728.482	1.845	2,53
Área II	445.414	991	2,23
Área III	347.788	592	1,70
Área IV	580.995	1.196	2,06
Área V	723.121	2.255	3,12
Área VI	618.653	827	1,34
Área VII	555.566	1.193	2,15
Área VIII	473.277	852	1,80
Área IX	397.948	992	2,49
Área X	319.066	632	1,98
Área XI	834.230	1.369	1,64
Área VII - XI*		508	
TOTAL	6.024.540	13.252	2,20

* Datos de la Fundación Jiménez Díaz, que tiene adscrita población de las áreas VII y XI

RECURSOS DE LOS NUEVOS HOSPITALES

camas/1000hab medicos/1000hab enferm/1000hab

HOSPITAL VALLECAS	0,76	0,55	1,07
HOSPITAL DEL SUR	0,83	0,46	1,14
HOSPITAL DEL TAJO	0,85	0,68	1,7
HOSPITAL DE HENARES	1,1	0,67	1,69
HOSPITAL SURESTE	0,68	0,63	1,16
HOSPITAL NORTE	0,92	0,73	2,47
HOSPITAL MÓSTOLES	1,92	1,34	4,5

Diferencia de costes entre Hospitales COP y PÚBLICOS

(Evolución de la Sanidad Madrileña 2003-07. UGT)

HOSPITALES COP	CAMAS	CANON ANUAL	HOSPITAL PÚBLICO	COSTE SERVICIOS	CAMAS
HOSPITAL DEL NORTE	238	17.857			
			H. SEVERO OCHOA	8.500	375
HOSPITAL DE VALLECAS	204	15.449			
HOSPITAL DEL SUR	180	13.792	H. CRUZ ROJA	3.364	180
HOSPITAL DEL HENARES	187	14.964			
			H. EL ESCORIAL	1.500	84
HOSPITAL DEL SURESTE	110	9.913			
HOSPITAL DEL TAJO	90	9.006			

DESMANTELAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

LIBRE ELECCIÓN

- Introduce la competencia entre profesionales y centros. "El dinero sigue al paciente"
- Profesionales y Centros a la "caza" de "clientes" para el presupuesto de sus centros...y sus salarios
- Imposibilidad de planificar y organizar los recursos según necesidades
- Peores condiciones laborales

LAS CONSECUENCIAS SANITARIAS I

En el terreno de las infraestructuras:

Pérdida de control por ser Hospitales de titularidad privada mientras dura la concesión.

Déficit de camas totales. No aumentan las camas hospitalarias totales, porque de forma paralela se reducen las de los antiguos hospitales.

Hospitales explotados privadamente que podrán realizar derivaciones de las patologías complejas a los públicos, que podrán hacer selección de pacientes y que orientarán su cartera de servicios a una medicina curativa altamente dependiente de la tecnología.

No contarán con servicios centrales esenciales como Análisis Clínicos, Microbiología, Inmunología y Radiodiagnóstico, por estar externalizados.

LAS CONSECUENCIAS SANITARIAS II

En el terreno de la financiación:

Detraerán grandes cantidades de los presupuestos públicos - el canon - durante los próximos 30 años.

Dinero público sobre el que la Administración Sanitaria perderá todo poder de gestión y control.

LAS CONSECUENCIAS SANITARIAS III

En el terreno del personal:

En las COP el personal no sanitario depende de las respectivas concesionarias, y el resto de personal sanitario depende de las Empresas Públicas que para tal fin se han constituido y que se rigen por el derecho privado, lo que podría suponer la aplicación del Estatuto de los Trabajadores.

En las CA todo el personal depende de la concesionaria.

También se podrá contratar personal en otros países (D. Bolkestein) con condiciones "más favorables".

LAS CONSECUENCIAS SANITARIAS IV

En el terreno de la política sanitaria:

La orientación de los servicios no se hará en base a las necesidades en salud de l@s madrileñ@s, sino que responderá a la mayor rentabilidad. Tanto las COP como las CA tienen que repartir beneficios entre sus accionistas. Esto afectará a la calidad asistencial y la equidad.

Los ejes sobre los que pivotaba el SNS de promoción y prevención se ignoran porque lo rentable es una medicina de tipo curativo gran consumidora de tecnología y fármacos: mercantilización de la salud.

La autoridad sanitaria no tendrá información sobre buena parte del desarrollo de los servicios porque las empresas privadas dueñas del hospital no están obligadas a darla. Sin embargo nadie asegura que no pueda ser usada con otros fines.

LAS CONSECUENCIAS SANITARIAS V

En el terreno de la participación:

El predominio del sector privado hace inviable la participación ciudadana en la toma de decisiones de la política sanitaria.

Se rompe el vínculo entre los pacientes y la administración sanitaria, la cual debería ser el proveedor público que asegurase el derecho a una atención sanitaria de calidad.

ALTERNATIVAS I

AUMENTO del gasto sanitario per cápita. Carácter finalista de la financiación sanitaria para garantizar su destino.

AUMENTO del gasto sanitario per cápita en AP hasta alcanzar como mínimo la media de las CCAA.

Partida de fondos para **RECUPERAR**:

- + los nuevos hospitales con ánimo de lucro.
- + todos los centros bajo las NFG.

ALTERNATIVAS II

- + Las reformas de los antiguos hospitales tienen que adecuarse a las nuevas necesidades de salud de la población.
- + Ley básica que preserve la propiedad pública de los bienes, servicios y centros sanitarios.
- + Ley que garantice la participación y el control social en la toma de decisiones.