

PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE LA SANIDAD PÚBLICA MADRILEÑA

ATENCIÓN PRIMARIA

Secretaria de Políticas Sociales y Sector Público UGT Madrid.





Índice

1. Introducción

- 1.1. Percepción ciudadana de la sanidad pública.
- 1.2. Gestión profesional y financiación.
- 1.3. Recursos sanitarios privados versus recursos públicos.
 - 1.3.1. Modelos de gestión de provisión privada.
 - 1.3.2. La Comunidad de Madrid y la Sanidad Privada.
 - 1.3.3. Inversión pública en la sanidad privada.
- 1.4 Zonificación sanitaria.

2. Atención Primaria.

- 2.1. Financiación.
- 2.2. Infraestructuras.
- 2.3. Recursos Humanos.
 - 2.3.1. La ratio por profesional
- 2.4. La lista de espera en atención primaria.
 - 2.4.1. Reducción de la Demanda/Frecuentación.
 - 2.4.2. Incremento de la Oferta.
 - 2.4.2.1. La actividad asistencial: consultas
 - 2.4.2.2. La Presión Asistencial

3. Resumen de Propuestas



1. Introducción

1.1. Percepción ciudadana de una sanidad pública.

Según el barómetro sanitario 2018, la percepción que tienen los madrileños del sistema sanitario es buena, el 19,8% estima que funciona bastante bien y el 48,9% piensa que funciona bien, aunque son necesarios algunos cambios.

Existe, por tanto, una percepción por parte de los madrileños de que la asistencia sanitaria pública es buena, pero mejorable. La contribución de los profesionales sanitarios en el mantenimiento de la calidad asistencial es decisiva, ya que, a pesar de que la prestación sanitaria se realiza con recursos escasos (presupuestos, ratio de profesionales, cama hospitalaria o infraestructuras de atención primaria), los indicadores de salud y satisfacción son en general equiparables al resto de CC.AA.

El objeto de este estudio es atender esta demanda de los ciudadanos, contribuyendo con el análisis de los recursos y actividad sanitaria a identificar las carencias del servicio de salud madrileño y proponiendo mejoras que ayuden a solventar los principales problemas que reclaman sus usuarios (listas de espera para será atendidos, la masificación de las urgencias, la carencia de recursos o el poco tiempo de dedicación, entre otros), todo ello, garantizando unas condiciones de trabajo adecuadas para todos profesionales de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.

1.2. Gestión Profesional y Financiación.

La calidad de la prestación de cualquier servicio, de los públicos también, y de la asistencia sanitaria en particular, depende de manera determinante de una financiación suficiente y una gestión eficaz y eficiente de los recursos.

En cuanto a la gestión, será eficaz en la medida en que se consiga la consecución de las metas y objetivos establecidos y eficiente cuando se maximicen los objetivos dado un determinado presupuesto. Esta gestión eficaz y eficiente de los recursos es una obligación establecida en la normativa vigente para los gestores públicos:

- La artículo 103.1 de la CE establece que "La Administración Pública sirve con objetividad los intereses generales y actúa de acuerdo con los principios de eficacia, jerarquía, descentralización, desconcentración y coordinación con sometimiento pleno a la ley y al Derecho".
- Artículo 31.2 de la CE establece que "El gasto público realizará una asignación equitativa de los recursos públicos y su programación y ejecución responderán a los criterios de eficiencia y economía".
- Artículo 53 de la ley 7/2007, de 12de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público establece en su punto 8 que los empleados públicos "Actuarán de acuerdo con los principios de eficacia, economía y eficiencia, y vigilarán la consecución del interés general y el cumplimiento de los objetivos de la organización".

Las políticas sanitarias no pueden ser ajenas a este criterio de eficacia y eficiencia. Cualquier gestión, ya sea por acción u omisión, que suponga el menoscabo o deterioro de los recursos sanitarios públicos, debería considerarse un incumplimiento de facto del ordenamiento jurídico, y por tanto, susceptible de considerarse como infracción.



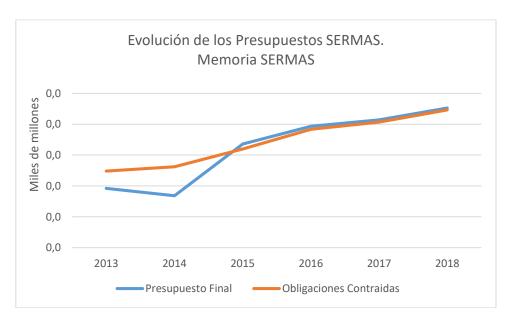
Por tanto, dada la importancia de la gestión en la calidad de los servicios públicos, y para evitar injerencias ideológicas, proponemos que la selección de los gestores públicos se realice con criterios de capacidad y mérito, eliminando la práctica de la libre designación en la cobertura de estos puestos de trabajo.

Para que estos profesionales puedan realizar una gestión eficaz y eficiente han de contar con recursos suficientes: materiales, humanos y financieros.

En cuanto a los recursos materiales y humanos, como veremos más adelante, en cada nivel asistencial, es necesario implementar planes de mejora.

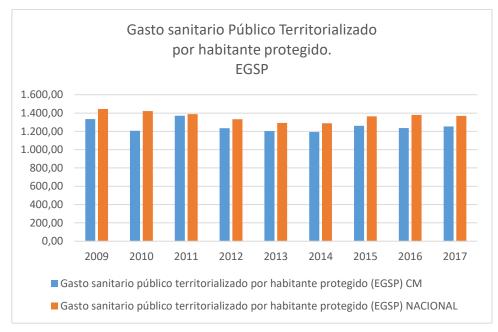
Respecto a los recursos financieros, a pesar de que los presupuestos sanitarios de la Comunidad de Madrid se han incrementado anualmente, excepto durante el año 2014, estos siguen siendo deficitarios.

Hasta el año 2015 las obligaciones contraídas eran superiores al gasto presupuestado, a partir de este año el gasto presupuestado y el contraído se han ido equiparando. Siguen registrándose grandes diferencias en inversión sanitaria con el resto de CC.AA.

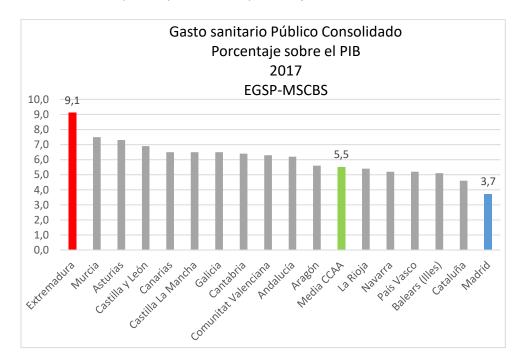


Los recursos financieros de la Comunidad de Madrid se han mantenido desde que se transfirieran las competencias de la gestión sanitaria con una dotación presupuestaria por habitante por debajo de la media nacional, únicamente la Comunidad Autónoma de Andalucía destina menos gasto sanitario por habitante.





Además, la Comunidad de Madrid es la que menos porcentaje de PIB destina a gasto sanitario público (3,7%), casi dos puntos porcentuales por debajo de la media nacional (5,5%).



Desde hace tiempo, las CC.AA. están reclamando más financiación al Estado. Hay que destacar que la financiación sanitaria no es finalista, por tanto, lo que se solicita es más financiación para la Comunidad Autónoma, no una financiación exclusiva de la prestación sanitaria, aunque esta sea el gasto más importante en cuantía. Por tanto, aunque la financiación de las CC.AA. se mejore, esto no garantiza una mejora de la financiación de la prestación sanitaria, ya que, en el libre ejercicio de sus competencias, cada comunidad autónoma podrá destinar el gasto que considere necesario a este o a cualquier otro servicio público.



Por ello, consideramos indispensable que se determine una financiación finalista de los Servicios Públicos de Salud.

La Comunidad de Madrid, independientemente de que el modelo de financiación de la misma sea deficitario o no, ha dedicado menos esfuerzo financiero al mantenimiento de su Servicio Público de Salud, lo que ha contribuido al mantenimiento estructural de las carencias en recursos humanos e infraestructuras, estas últimas se han incrementado con la obsolescencia y la falta de planificación ante los crecimientos de los nuevos núcleos poblacionales.

Para equiparar el gasto por habitante, la Comunidad de Madrid tendría que incrementar el presupuesto en torno a los 750 millones de euros (9,2%).

Mucho mayor sería la inversión para equiparar el esfuerzo en inversión sanitaria a la riqueza generada (PIB), ya que el presupuesto sanitario tendría que incrementarse hasta los 12.072 millones de euros (48,6%).

Por ello, es necesario establecer un Plan de Convergencia en inversión sanitaria ejecutable en los próximos ejercicios presupuestarios (2020-2024) que garantice suficiencia financiera para acometer los planes de mejoras necesarios.

1.3 Recursos sanitarios privados versus públicos

1.3.1 Modelos de gestión de provisión privada

En la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid coexisten diferentes modelos de gestión y proveedores públicos y privados:

- Gestión Directa:
- Empresa Pública con forma de Entidad de Derecho Público:
 - Hospital de Fuenlabrada

Creada como empresa pública por la Ley 13/2002, de 20 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas de la Comunidad de Madrid).

O Unidad Central de Radiodiagnóstico.

Inicia su actividad el 30 de junio de 2008.

Proporciona técnicas radiológicas de diagnóstico y tratamiento a los hospitales PFI. A partir de 2019 puede prestar sus servicios a cualquier hospital del SERMAS.

Fundación:

- Fundación Hospital de Alcorcón (Constituida por el INSALUD el 22 de noviembre de 1996 y transferida a la Comunidad de Madrid el 1 de enero de 2002)
- Concesión de obra pública para la construcción y explotación del hospital, Iniciativa de Financiación Privada (PFI), sin constitución de empresa pública:
 - Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda.



- Empresas públicas creadas por Ley 4/2006, de 22 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas (PFI):
 - O H. Infanta Cristina
 - H. Infanta Sofía
 - H. Sureste
 - H. del Henares
 - H. del Tajo
 - H. Infanta Leonor.

A partir de 2018 su modelo de gestión es tradicional (directa).

- Concesión Administrativa. Gestión Privada.
 - H. de Valdemoro

Inicio actividad 2007.

Desde el año 2013 participa en el programa de reducción de lista de espera quirúrgica y desde 2014 en la reducción de la lista de espera diagnóstica.

H. Torrejón

Inicio actividad 22 de septiembre 2011.

Desde el año 2013 participa en el programa de reducción de lista de espera quirúrgica y desde 2014 en la reducción de la lista de espera diagnóstica.

H. Rey Juan Carlos

Inicio actividad 22 de marzo de 2012.

Desde el año 2013 participa en el programa de reducción de lista de espera quirúrgica y desde 2014 en la reducción de la lista de espera diagnóstica.

o H. de Villalba

Inicio actividad 13 de octubre de 2014.

Laboratorio Clínico Central

Inicio de la actividad 11 de diciembre de 2008.

Presta servicio a los hospitales PFI.

Convenios de colaboración

o Fundación Jiménez Díaz

(Concierto Singular de Vinculación de carácter Marco desde el año 1993, prestando asistencia sanitaria a los pacientes beneficiarios de la Seguridad Social mediante conciertos desde 1954. Desde 2008, tras el cierre del antiguo Hospital Puerta de Hierro, se incorporó a este hospital la población de los distritos de



Moncloa y el Pardo. El 3 de marzo de 2011 se autorizó un Acuerdo de Novación al Convenio Singular Marco, modificado nuevamente el 21 de noviembre de 2013.

H. Central de la Defensa Gómez Ulla

(Convenio General de colaboración entre el Ministerio de Defensa y la Comunidad de Madrid, 13 de abril de 2007). El 21 de diciembre de 2010 fue incorporado a la Red Sanitaria de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid, con entrada en vigor el 1 de enero de 2011. Desde 2019 su financiación es capitativa.

Conciertos de atención especializada.

- Para camas de media y larga estancia de cuidados continuados, cuidados con tratamientos de escaras, con cuidados especiales y con rehabilitación (Contrato adjudicado en 2016).
- Para camas de Daño Cerebral adquirido y patologías degenerativas para rehabilitación de adultos (Contrato adjudicado en abril de 2018).
- Atención para cuidados de atención paliativa (Contrato adjudicado el año 2017).
- Prestación de Rehabilitación en daño cerebral sobrevenido y la prestación de terapias respiratorias domiciliarias y otros tratamientos de ventilación asistida. (Contratos adjudicados en 2018).
- Conciertos para camas hospitalarias, asistencia ambulatoria y hospitales de día para la prestación de asistencia psiquiátrica, así como para la rehabilitación psicopedagógica para niños y adolescentes en hospital de día.
- 9 Contratos de Asistencia Sanitaria concertada para el tratamiento de Adicciones de Asistencia Sanitaria.

Servicio Concertado de Ambulancias para el traslado urgente y no urgente de enfermos

1.3.2. La Comunidad de Madrid y la sanidad privada

Según el Barómetro sanitario:

- ❖ La Comunidad de Madrid es la comunidad con el mayor porcentaje de población con seguros privados, ya sea contratados individualmente (26,8%), o través de la empresa (8,9%.).
- ❖ El principal motivo que argumentan los madrileños para la contratación de un seguro privado es porque atienden con más rapidez (75,1%, por debajo de la media nacional). Por tanto, las aseguradoras privadas son las principales interesadas en la existencia y el mantenimiento de listas de espera en el servicio sanitario público madrileño.
- Sólo el 7,3% de la población madrileña con seguro piensan que los servicios privados atienden mejor que los servicios públicos.



Los madrileños preferirían ser atendidos en un centro público ante la necesidad de ser atendidos por una enfermedad grave (65,3%) o una urgencia médica (53,8%), por encima de la media nacional, 50,2% y 43,4% respectivamente.

Que los ciudadanos consideren necesario un aseguramiento privado es un indicador claro de la existencia de ineficiencias en los Servicios Públicos de Salud, además de ser una fuente de inequidad, ya que se establecen diferencias según la recta en el acceso a la sanidad y al cuidado de la salud.

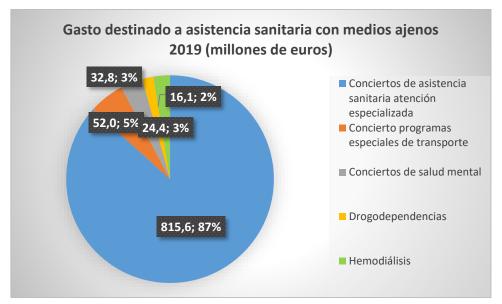
1.3.3 Inversión en sanidad privada

Sobre datos de 2016, Madrid era la comunidad con el segundo mayor porcentaje del Gasto Sanitario destinado a la provisión privada (42,9%), solo por detrás de Cataluña (49,7%). De estos 5.264 millones destinados a provisión privada, el 32% corresponde a seguros privados, el 16% a conciertos y un 52% a gastos directos de las familias (gasto de bolsillo).



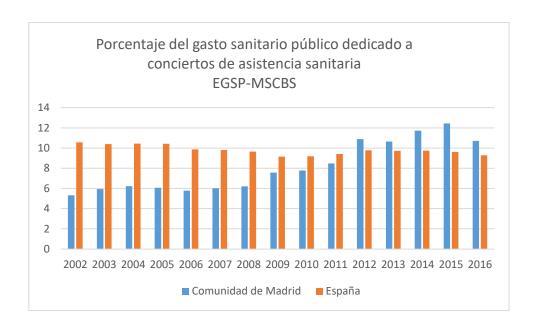
Así mismo es la segunda comunidad que más gasto sanitario público destina a conciertos (10,7%). En 2019 las partidas destinadas a asistencia sanitaria con medios ajenos ascendieron a 978 millones de euros, de ellos el 83,4% correspondió a conciertos de asistencia sanitaria en atención especializada, el 5,3% a programas especiales de transporte y el 3,4% a conciertos de salud mental.





La Comunidad de Madrid, al contrario que la mayoría de las CC.AA., desde que asumió las competencias sanitarias en el año 2002, ha ido incrementando el porcentaje de presupuesto destinado a conciertos sanitarios, hasta duplicar este porcentaje, se ha pasado del 5,32% al 10,71% del presupuesto total. Mientras que, desde que se produjeron las transferencias, el conjunto de las CC.AA. ha optado por incrementar los recursos propios (públicos) asistenciales y reducir la dependencia de los recursos privados, en la Comunidad de Madrid se ha optado por financiar a servicios ajenos (privados) aumentando la dependencia de los mismos.

Proponemos que el nuevo Plan de Infraestructuras del SERMAS incluya medidas de optimización de recursos e inversiones públicas con el objetivo de minimizar la dependencia actual de los servicios sanitarios privados.





1.4 Zonificación sanitaria

El Art. 56.5 de la L.G.S. establece que "Como regla general, el Área de Salud extenderá su acción a una población no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000".

La Disposición adicional única de la Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid, mediante la cual se modifica el artículo 4 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid establece que "El Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid se organiza en un Área Sanitaria Única integrada por el conjunto del territorio de la Comunidad de Madrid.". De esta manera, la Comunidad de Madrid pasó de gestionar la atención primaria a través de 11 Áreas de Salud, a gestionarla a través de una Área Única que, según la Memoria del SERMAS 2018, contaba con 6,8 millones de personas con derecho a asistencia sanitaria y 6,7 millones de Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI).



Ante la imposibilidad de gestionar toda la Comunidad de Madrid, a través de un área única, se establecieron 7 Direcciones Asistenciales, cuya población asignada, según el Observatorio de Resultados del SERMAS, superaban todas ellas los 250.000 habitantes, triplicando o quintuplicando esa cantidad.

Número de Tarjetas Sanitarias según Dirección Asistencial

Ámbito	Población
DA Centro	1.261.190
DA Este	982.327
DA Noroeste	1.059.084
DA Norte	876.773
DA Oeste	748.412
DA Sur	791.984
DA Sureste	987.946
Total CM	6.707.716

Fuente: Memoria y Observatorio de Resultados

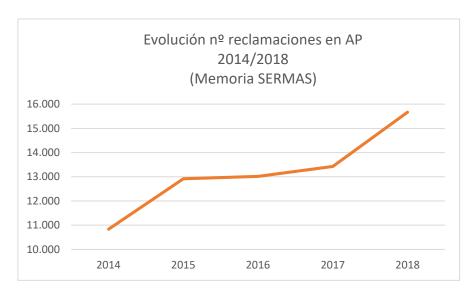
SERMAS



2. Atención Primaria

La Atención primaria es la entrada al sistema de salud, tal como recoge el art. 15 de la Ley General de Sanidad "sólo una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria, los usuarios del Sistema Nacional de Salud tienen derecho, en el marco de su Área de Salud, a ser atendidos en los servicios especializados hospitalarios". Además, el coste de la asistencia sanitaria en atención primaria es menor que en atención especializada. Por ello, del buen funcionamiento de este nivel asistencial depende tanto la demanda de asistencia especializada, como de los servicios de urgencias, y, por tanto, el control las listas de espera y la saturación de las urgencias hospitalarias, sin olvidar la viabilidad financiera de la totalidad del Servicio de Salud Madrileño. Es incomprensible por ello, que sea este un nivel asistencial infradotado tanto presupuestariamente, como en recursos humanos y materiales.

A pesar de que, según el barómetro sanitario, el 73,4% de los madrileños concede puntuaciones por encima de 6 sobre 10 a la hora de valorar la asistencia sanitaria recibida en atención primaria (medicina de familia y pediatría), el número de reclamaciones sobre este nivel asistencial se ha incrementado un 44,7% entre 2014 y 2018.



Cuando en el mismo estudio, se pregunta a los madrileños sobre cuáles son sus principales preocupaciones, las listas de espera para ser atendidos, la masificación de las urgencias, el copago de los medicamentos y el poco tiempo de dedicación son los principales problemas que identifican. La disconformidad con la asistencia sanitaria es el principal motivo de reclamación, aunque el motivo de reclamación que más se ha incrementado durante este periodo han sido los recursos materiales (70,86%).

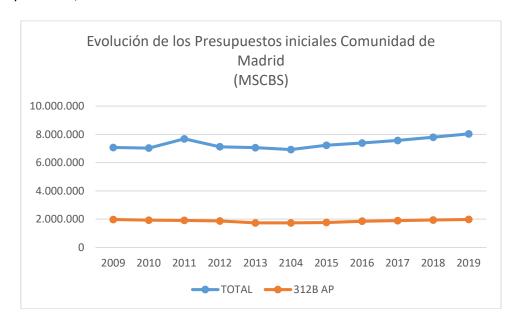
A tenor de los datos de este estudio, parece percibirse por los madrileños un deterioro de este nivel asistencial, prioritario para el control de la demanda asistencial y del gasto sanitario, conviene, por tanto, detectar sus deficiencias y necesidades.



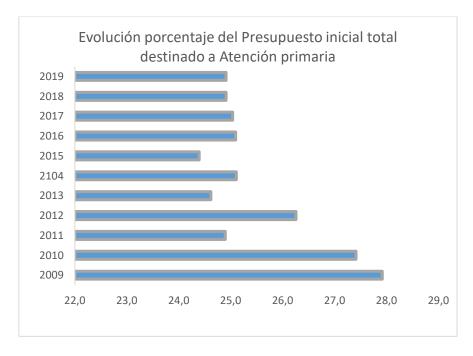
2.1 Financiación

Los presupuestos de la Comunidad de Madrid se han ido incrementando desde 2014, anteriormente, entre 2012 y 2014, se habían producido las mayores reducciones presupuestarias.

Durante el período de crisis el presupuesto sanitario se incrementó un 13,6%, sin embargo, en ese mismo periodo el programa 312B Atención Primaria que incluye el gasto por receta médica disminuyó en un 0,3%.



Desde el punto de vista del porcentaje de gasto sanitario total, también el gasto destinado a Atención Primaria (incluido el destinado a receta médica) se ha reducido, del 27,9% al 24,6% del total. Es decir, ha perdido peso específico en los presupuestos.

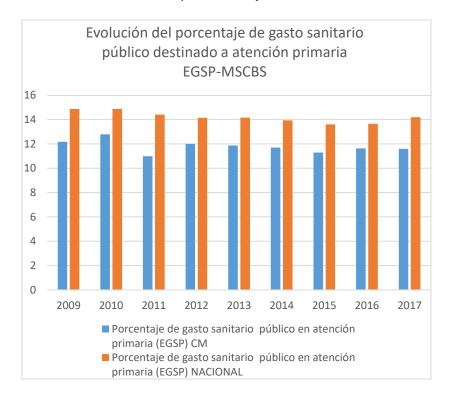


Según la Estadística de Gasto Sanitario Público del MSCBS, el gasto sanitario público destinado exclusivamente a asistencia sanitaria en atención primaria, desvinculado del gasto por receta

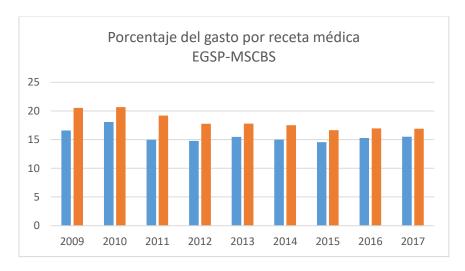


médica, pasó de 12,18% (2009) a 11,6% (2017), por tanto, la reducción presupuestaria afecta a los recursos para la asistencia sanitaria (materiales y humanos).

Así mismo, según esta misma estadística, los recursos financieros sanitarios que destina la Comunidad de Madrid a la Atención Primaria están por debajo de la media nacional, por lo que desde el punto de vista presupuestario, podemos afirmar que este nivel asistencial es menos prioritario en la Comunidad de Madrid que en el conjunto de las CC.AA.

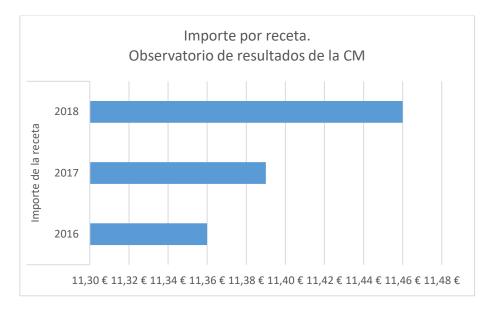


Como hemos comentado anteriormente, el gasto destinado a receta médica está incluido en el citado programa 312B Atención Primaria. El porcentaje de gasto sanitario destinado a este concepto fue en el año 2017 de 15,5%, por debajo de la media nacional (16,9%).

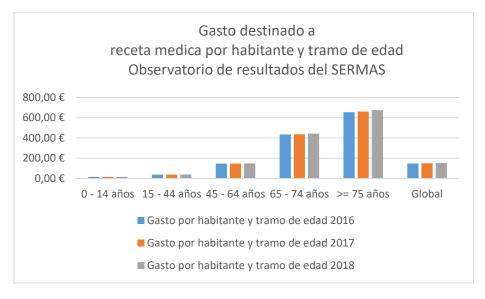


No obstante, se ha ido incrementando el número de recetas que se prescriben, el importe por receta y el gasto por habitante.





El gasto destinado a receta médica por habitante se ha incrementado un 3,86% entre 2016 y 2018.



En resumen, el gasto destinado a Atención Primaria ha disminuido durante el periodo de crisis, perdiendo peso respecto al gasto sanitario total y el gasto por receta médica, aunque más controlado que en la mayoría de la CC.AA. sigue incrementándose.

Por tanto,

Proponemos que el Plan de Conversión Presupuestaria contemple un incremento del peso del presupuesto destinado a asistencia sanitaria en atención primaria, al menos hasta alcanzar la media nacional, lo que supone incrementar en 2,6 puntos porcentuales el presupuesto destinado a este nivel asistencial (del 11,6% al 14,2%).



2.2. Infraestructuras

En el año 2018, según el Observatorio de Resultados de la Comunidad de Madrid, existía una dotación de 262 centros de salud y 161 consultorios locales distribuidos en 286 zonas básicas de salud.

Los presupuestos sanitarios 2019 incluían una dotación para inversiones en Atención Primaria de Salud de 23,9 millones de euros destinados a la modernización de las infraestructuras, mediante la dotación de nuevos centros, reformas y mejoras en centros existentes.

El nuevo ejecutivo ha acordado el siguiente compromiso:

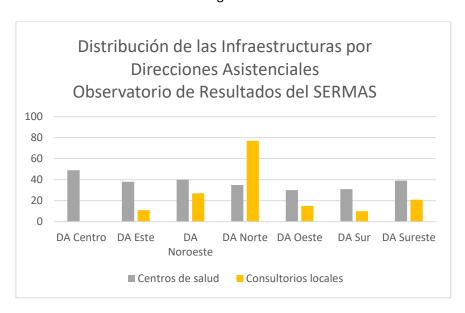
"Pondremos en marcha un nuevo Plan de Infraestructuras de Atención Primaria 2020-2024, con actuaciones en más de 30 Centros de Salud de nuestra región y un Plan Regional de Infraestructuras de los Servicios de Urgencias."

La tasa de centros de salud y consultorio locales de la Comunidad de Madrid es la más baja de todo el territorio nacional (7 centros por cada 100.000 hab.), solo superada por la Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, siendo esta tasa una cuarta parte de la media nacional (28).

La dispersión geográfica de su población no justifica una tasa tan baja. Dado el crecimiento y creación de nuevos núcleos poblacionales, así como la obsolescencia de los centros existentes, se hace necesario un estudio detallado de las necesidades existentes (reforma o creación de nuevos centros), así como la aprobación y dotación financiera de un Plan de Infraestructuras en el que se establezcan plazos razonables de ejecución.

La participación de los profesionales en la mejora de las instalaciones es indispensable para la lograr la eficiencia y adecuación de las reformas.

La distribución de las infraestructuras es desigual en las distintas Direcciones Asistenciales (DA)

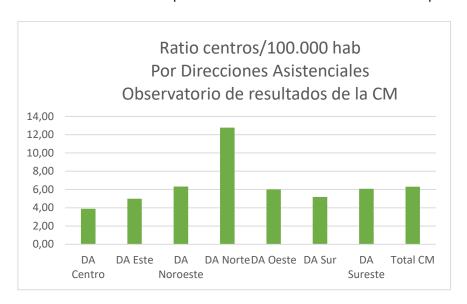


La Dirección Asistencial Centro y Noroeste son las que mayor población tienen asignada, sin embargo, no son las que tienen el mayor número de infraestructuras, ya que sus zonas básicas de salud tienen menor dispersión geográfica y por tanto, requieren de menor número de centros, en particular de consultorios locales. Estas infraestructuras tienen una ratio centro/población asignada más alta que las zonas rurales y metropolitanas de la periferia de la



Comunidad de Madrid. Estas últimas zonas, además, son generalmente las que presentan mayores dificultades para la cobertura de profesionales sanitarios (están más alejadas y las retribuciones son menores).

Existen grandes diferencias entre las distintas Direcciones Asistenciales en la ratio de centros por cada 100.000 habitantes. Mientras que en la zona centro es baja (3,89 centros por cada 100.000 hab.), por la poca dispersión geográfica y la inexistencia de consultorios locales, en la Dirección Asistencial Norte es muy alta (12,77 centros por cada 100.000 hab.). Por ello, es necesario una planificación adecuada de las necesidades que evite inequidades provocadas la residencia geográfica de los madrileños. Debe garantizarse un acceso a las prestaciones sanitarias en igualdad de condiciones. Para habrá que ser más solidario con las zonas más despobladas.



La población asignada por Zona Básica de Salud (ZBS), aparentemente no supera lo contemplado en el Art.1 del Real Decreto 137/84, sobre estructuras básicas de salud (entre 5.000 y 25.000 hab.), aunque se acerca extremadamente en la DA Centro y Sur, por lo que, a pesar de no tener la información sobre la distribución de población en cada ZBS, con toda probabilidad en estas zonas geográficas existan ZBS sobresaturadas de población asignada.

Población por ZBS

Ámbito	Población	Zonas básicas de Salud	Hab por Zona Básica de Salud	
DA Centro	1.261.190	51	24.729	
DA Este	982.327	41	23.959	
DA Noroeste	1.059.084	44	24.070	
DA Norte	876.773	41	21.385	
DA Oeste	748.412	33	22.679	
DA Sur	791.984	32	24.750	
DA Sureste	987.946	44	22.453	
Total CM	6.707.716	286	23.454	

Fuente: Elaboración propia a partir de la Memoria SERMAS y Observatorio de resultados de la Comunidad de Madrid



Por todo ello,

Proponemos un Plan de Infraestructuras consensuado con los trabajadores, a través de sus representantes, y las corporaciones locales, y sustentado en un estudio previo de necesidades sometido a consulta pública.



2.3. Recursos Humanos

La Comunidad de Madrid tiene un grave problema de lista de espera en atención primaria. El abordaje de la reducción de esta lista de espera hace necesaria la implementación de políticas que reduzcan la ratio de tarjetas sanitarias/profesional, lo que a su vez mejoraría la presión asistencial y los tiempos de dedicación por paciente, así como permitiría el incremento del número de consultas.

El capítulo I, gastos de personal, es el gasto más importante de los presupuestos sanitarios, representa el 47,7% del total.

Según datos del MSCBS los recursos de la Comunidad de Madrid en el año 2018 eran los siguientes:

RR.HH. ATENCIÓN PRIMARIA a 31 de diciembre de 2018

CATEGORIA	Nº PROFESIONALES
MEDICINA DE FAMILIA	3.627
PEDIATRIA	923
ENFERMERIA	3.319
AUXILIAR DE ENFERMERIA	393
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	1.948
TOTALES	10.210

Fuente: SIAP. MSCBS

Para valorar la suficiencia de los recursos humanos revisaremos la ratio de tarjetas sanitarias por profesional en este nivel asistencial.

2.3.1 Ratio por profesional

RECURSOS ATENCIÓN PRIMARIA 2018

112001000 71121101011 1 11111/11117 2010				
CATEGORIA	RATIO C. MADRID	RATIO NACIONAL	% DIFERENCIA	
MEDICINA DE FAMILIA	1.557	1.359	12,7	
PEDIATRIA	1.151	1.007	12,5	
ENFERMERIA	2021	1.508	25,4	
AUXILIAR DE ENFERMERIA	17.063	10.341	39,4	
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	3.443	2.840	17,5	
TOTALES				

Fuente: SIAP. MSCBS

Según el SIAP (Sistema de Información de Atención Primaria) del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, en 2018:

❖ La ratio de tarjetas asignadas por <u>Médico/a de Familia</u> se situaban en 1.557 TSI/profesional, un 12,7% superior al conjunto del Sistema Nacional de Salud (1.359



TSI/profesional). La Comunidad de Madrid era la segunda Comunidad Autónoma con la ratio más alta, sólo superada por Baleares, Ceuta y Melilla. Estas últimas Comunidades y Ciudades Autónomas encuentran muchos problemas para contratar profesionales dado las particularidades geográficas de las mismas.

En cuanto a la evolución de los recursos, durante el año 2018 se aumentó la plantilla de medicina de familia en 33 profesionales, pero en ese mismo año la población asignada aumentó en 48.584 personas, por lo que la ratio se mantuvo en los mismos valores que en 2017 (1.557 TSI/profesional).

Distribución de Recursos de Medicina de Familia. 2018

1010						
Ámbito	Población	nº profesionales	Ratio			
DA Centro	1.085.886	734	1.479			
DA Este	818.870	543	1.508			
DA Noroeste	895.974	505	1.774			
DA Norte	734.462	451	1.629			
DA Oeste	626.290	423	1.481			
DA Sur	649.206	424	1.531			
DA Sureste	834.807	547	1.526			
Total CM	5.645.495	3.627	1.557			

Fuente: SIAP. MSCBS

Respecto a la distribución geográfica de los médicos de familia, la DA Noroeste presentaba la ratio más elevada (1.774 TSI/profesional) y la DA Oeste y DA Centro las más bajas, 1.481 y 1.479 TSI/profesional respectivamente.

❖ La ratio de tarjetas asignadas por <u>Pediatra</u> (1.151 TSI/profesional), también superaba la media nacional (1.007 TSI/profesional) en un 12,5%. La ratio de la Comunidad de Madrid era la más alta de todo el territorio nacional, sólo superada por las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

Durante el año 2018 se aumentó la plantilla de pediatría en 5 profesionales, en ese mismo año la población asignada disminuyó en 4.635 personas, lo que la permitido que la ratio se ha reducido en un 0,9%.

Distribución de Recursos de Pediatría. 2018

2018						
Ámbito	Población	nº profesionales	ratio			
DA Centro	175.304	142	1.235			
DA Este	163.457	144	1.135			
DA Noroeste	163.110	137	1.191			
DA Norte	142.311	116	1.227			
DA Oeste	122.122	114	1.071			
DA Sur	142.778	127	1.124			
DA Sureste	153.139	143	1.071			
Total CM	1.062.221	923	1.151			

Fuente: SIAP. MSCBS



Respecto a la distribución geográfica de los pediatras, la DA Centro (1.235 TSI/profesional) es la que presenta la ratio más alta, seguida de la DA Norte (1.227 TSI/profesional). En el polo opuesto encontramos que la DA Sureste y Oeste (1.071 TSI/profesional) son las que registran las ratios más bajas.

Hay que destacar que, aunque la DA Centro es la que incluye más población, también es la que incluye una población más envejecida, lo que implica cierta complicación a la hora de ajustar la asignación de pediatras por Zonas Básicas de Salud.

❖ La ratio de tarjetas asignadas por profesional de Enfermería en 2018 era la más alta de toda España (2.021 TSI/profesional), muy por encima de la media nacional (1.508 TSI/profesional), un 25,4% superior.

Durante el año 2018, a pesar de que se aumentó la plantilla de enfermería en 13 profesionales, a consecuencia del aumento de la población asignada en 43.949 personas, la ratio siguió incrementándose (0,2%).

Distribución de Recursos de Enfermería. 2018

Ámbito	Población	nº profesionales	ratio
DA Centro	1.261.190	664	1.899
DA Este	982.327	474	2.072
DA Noroeste	1.059.084	464	2.283
DA Norte	876.773	408	2.149
DA Oeste	748.412	396	1.890
DA Sur	791.984	398	1.990
DA Sureste	987.946	515	1.918
Total CM	6.707.716	3.319	2.021

Fuente: SIAP. MSCBS

En el ámbito territorial, vuelve a ser la DA Noroeste la que presentaba la mayor ratio (2.283 TSI/profesional), seguida por la DA Norte (2.149 TSI/profesional). Las DA Oeste y Centro, 1.890 y 1.899 TSI/profesional respectivamente, eran la que registraban las ratios más bajas.

❖ En 2018 la ratio de tarjetas asignadas por **Auxiliar de Enfermería** (17.068 TSI/profesional) era muy superior a la media nacional (10.341 TSI/profesional), un 39,4% superior.

Durante el año 2018 se perdieron 13 puestos de trabajo y aumentó la población asignada en 43.949 personas, lo que tuvo como consecuencia el incremento de la ratio en un 10,9%.



Distribución de Recursos de Aux. Enfermería. 2018

Ámbito	población	nº profesionales	Ratio
DA Centro	1.261.190	68	18.547
DA Este	982.327	57	17.234
DA Noroeste	1.059.084	61	17.362
DA Norte	876.773	54	16.237
DA Oeste	748.412	45	16.631
DA Sur	791.984	50	15.840
DA Sureste	987.946	58	17.034
Total CM	6.707.716	393	17.063

Fuente: SIAP. MSCBS

En el ámbito territorial la DA Norte era la que presenta la ratio más alta por auxiliar de enfermería (18.546 TSI/profesional) y la DA Sur la que registraba la más baja (15.840 TSI/profesional).

Por último, la ratio de tarjetas asignadas por Auxiliar Administrativo (3.443 TSI/profesional) era muy superior a la media nacional (2.846 TSI/profesional), un 17,5% superior.

Durante el año 2018 la plantilla de auxiliares administrativos se incrementó en 23 profesionales, al mismo tiempo la población asignada aumentaba en 43.949 personas, por lo que la ratio finalmente experimentó un exiguo 0,5% de reducción.

Distribución de Recursos de Aux. Administrativo. 2018

		_	
Ámbito	Población	nº profesionales	Ratio
DA Centro	1.261.190	387	3.259
DA Este	982.327	273	3.598
DA Noroeste	1.059.084	299	3.542
DA Norte	876.773	241	3.638
DA Oeste	748.412	220	3.402
DA Sur	791.984	230	3.443
DA Sureste	987.946	298	3.315
Total CM	6.707.716	1.948	3.443

Fuente: SIAP. MSCBS

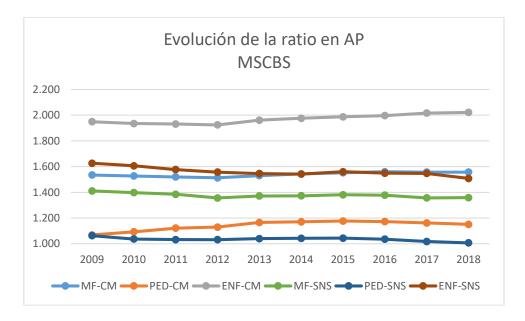
En el ámbito territorial es también la DA Norte la que presenta la ratio más alta por auxiliar de administrativo (3.638 TSI/profesional) y la DA Centro (3.259 TSI/profesional) la que registra la menor ratio.

Analizando los 10 últimos años, desde el inicio de la crisis económica:

- ❖ La ratio en medicina de familia ha registrado reducciones hasta 2012 y a partir de entonces la tendencia ha sido ascendente, al contrario de lo registrado a nivel nacional.
- En pediatría la tendencia ha sido ascendente hasta 2015 y en los últimos tres años se han registrado pequeñas disminuciones.



- En Enfermería y auxiliares de enfermería la tendencia ha sido ascendente.
- ❖ Para los auxiliares administrativos la ratio, en este mismo periodo, se ha incrementado un 18,3%.



Resumiendo, la ratio de tarjetas asignadas por profesionales en la Comunidad de Madrid está muy por encima de la media nacional, siendo prácticamente la Comunidad con la ratio más alta de todo el Sistema Nacional de Salud (SNS), para todos profesionales, lo que supone una demanda potencial muy superior a la del resto de CC.AA.

Por ello, es necesaria una nueva política de recursos humanos que tenga por objeto finalizar con la escasez de profesiones en el Servicio Madrileño de la Salud. El modelo basado en la optimización de los recursos y tareas se ha agotado, ha dejado de ser eficiente, y su mantenimiento sólo conseguirá incrementar las cargas asistenciales y desmotivar a los trabajadores.

2.4. La lista de espera en Atención Primaria.

En la Encuesta de Satisfacción a usuarios de los Centros de Salud del Servicio Madrileño de la Salud del año 2018, se registró un valor de satisfacción respecto a la facilidad para conseguir cita con médico de familia/pediatra de 72,41%, un mal dato, ya que supone una reducción de casi 7 puntos porcentuales respecto al año anterior, según el Observatorio de Resultados del SERMAS Este indicador pone en evidencia la preocupación/insatisfacción de los madrileños con el acceso a este nivel asistencial. Esta dificultad en el acceso que reclaman los usuarios es consecuencia del incremento de la lista de espera generada en este nivel asistencial. En cuanto a las dificultades en el acceso existen enormes diferencias intercentros. El rango de satisfacción se sitúa entre el 46,53% del Centro de Salud de. Ciempozuelos o Parque Loranca, al 96,4% del C.S. Príncipe de Vergara. Del análisis estadístico se puede concluir que existe una relación inversa entre la satisfacción con la facilidad para conseguir cita y la presión asistencial. Así entre el centro de salud con mayor satisfacción, el C.S Príncipe de Vergara y el de menor satisfacción Ciempozuelos, se duplica la presión asistencial (C.S. Príncipe de Vergara,24,87 consultas/día por profesional y C.S. Ciempozuelos 40,57 consultas/día por profesional).

¿Cómo es el acceso a las citas de medicina de familia y pediatría?

Según el Barómetro Sanitario 2018 en la Comunidad de Madrid:



- El medio más utilizado para conseguir cita es internet (26,1%), seguido de la llamada telefónica a través de contestador (25,5%), mientras que a nivel nacional este acceso se realiza principalmente a través de una llamada telefónica en la que la cita es facilitada por un profesional (35,1%), seguida del sistema de citas por internet (27,6%).
- El 61,6% de los pacientes hubiera preferido que se le atendiera antes.
- ❖ En el 56% de las ocasiones la cita se realiza para más de 3 días, frente al 44,1% a nivel nacional, y hasta el 16,5% de las ocasiones la cita se realiza para 7 o más días.

Por tanto, se constata que en la mayoría de las solicitudes de cita esta se da con posterioridad a lo esperado, por tanto, existe un alta la insatisfacción de los madrileños con dicha espera, y en un porcentaje significativo las esperas son superiores a los 7 días, lo que puede tener consecuencias sobre la salud de los madrileños y sobre otros recursos del sistema como son las urgencias (hospitalarias y de atención primaria).

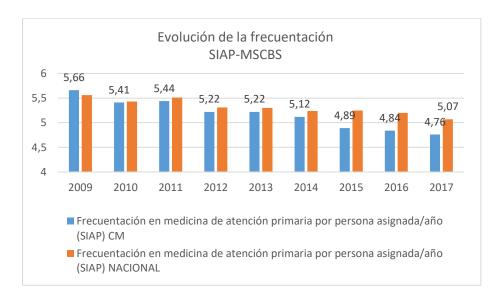
De lo que no cabe duda es que los recursos en atención primaria son insuficientes para canalizar la demanda de asistencia. La actividad asistencial es menor a la demandada. Por ello, la reducción de la lista de espera puede acometerse o desde la reducción de la demanda o desde el incremento de la oferta.

En la reducción de la demanda asistencial cabría dos posibles actuaciones: El incremento de políticas preventivas y de promoción de la salud o la reducción de la frecuentación (número de veces que cada madrileño utiliza este nivel asistencial).

Por otra parte, el incremento de la oferta implicaría necesariamente un incremento de la actividad asistencial manteniendo unos estándares de calidad que garanticen un tiempo mínimo de atención. Existe bastante consenso que este tiempo debería estar para la atención sanitaria de medicina de familia en al menos diez minutos. Por tanto, esta oferta inevitablemente tiene que suponer un incremento de los recursos humanos.

2.4.1. Reducción de la Demanda/Frecuentación

La frecuentación se define como el promedio de consultas al año por ciudadano con Tarjeta Sanitaria (TSI).

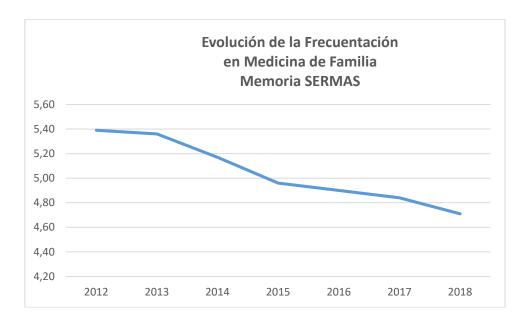




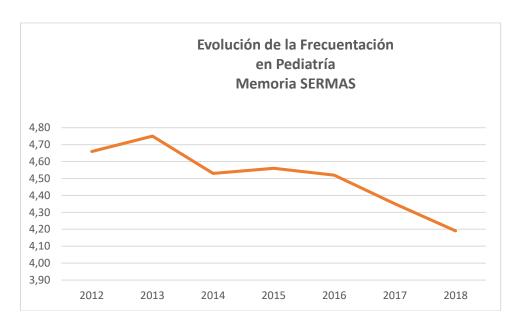
De estos resultados, cabe concluir, que los madrileños no sobreutilizan los recursos de atención primaria, o al menos, los utilizan menos que el promedio nacional.

Por tanto, la demanda excesiva parece no ser la causa de la generación de la lista de espera.

Evolución de la frecuentación por profesionales:

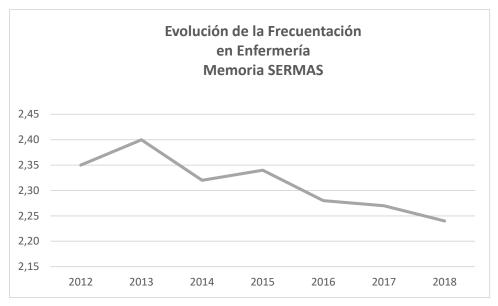


El número de consultas por paciente y año en Medicina de Familia mantiene una clara tendencia descendente desde el año 2012.



Salvo leves incrementos en 2013 y 2015, la tendencia de las consultas por paciente anuales de pediatría es descendente.





Se registra una tendencia descendente en la frecuentación registrada para consultas de enfermería, salvo en 2013 y 2015 en cuyos años se produjeron leves incrementos.

En conclusión, la demanda excesiva no es la causa de la generación de la lista de espera, ya que la frecuentación de la Comunidad de Madrid está por debajo de la media, y su tendencia es ir reduciéndose sin necesidad de implementar nuevas actuaciones sanitarias.

Por tanto, respecto a la reducción de la demanda, y con el objetivo prioritario de mejorar la salud de los ciudadanos:

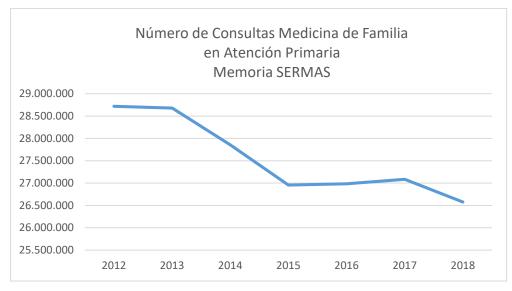
Es necesario que se sigan fomentando actuaciones preventivas y de promoción de la salud. Para incrementar el alcance de estas actuaciones es necesario aumentar los recursos de enfermería, de manera que por cada médico de familia y pediatría exista un enfermero, ya que este colectivo en atención primaria tiene entre sus competencias la ejecución y seguimiento de los numerosos programas de salud y además es el único colectivo en el que se ha ido incrementando el número de consultas y la presión asistencial.

2.4.2. Incremento de la Oferta.

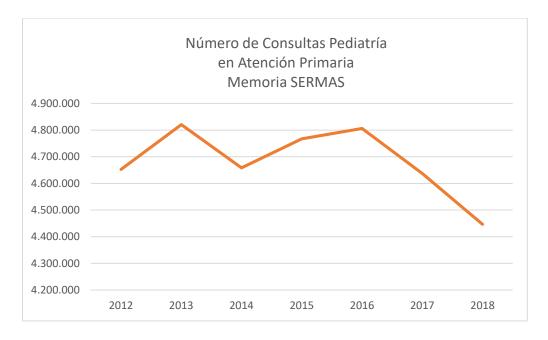
2.4.2.1 La actividad asistencial: Consultas.

El análisis de las Memorias del SERMAS indica que el número de consultas en atención primaria ha ido disminuyendo durante los últimos seis años, lo que claramente ha ido contribuyendo al mantenimiento estructural de la lista de espera. Todo ello, a pesar, de que ha aumentado la población asegurada. En ese mismo periodo, la población con derecho a asistencia sanitaria se ha incrementado en 412.756 personal y el número de tarjetas sanitarias en 375.526, según las memorias del SERMAS.



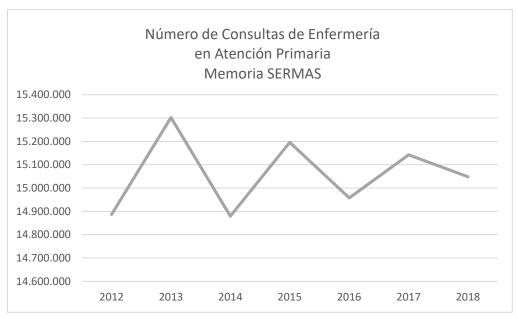


El número de consultas de Medicina de Familia en los últimos cuatro años registraron variaciones interanuales entre el 0,1% y 2,9%. Entre 2012 y 2018 la disminución en la actividad asistencial fue del 7,5%, destacando el descenso entre 2013 y 2014 (2,9%). En el último año fue del 1,9%.



En el periodo 2012/2018 las consultas en pediatría disminuyeron un 4,4%. Cabe destacar que en los dos últimos años (2016/2018) esta reducción ha sido de un considerable 7,5%.





Las consultas de enfermería presentan una evolución más cíclica, un año se incrementa y al siguiente desciende, con tendencia a reducir el rango de variación interanual, normalizándose en torno a las 15.000 consultas anuales. En el periodo estudiado entre 2012 y 2019, al contrario de lo que ocurre con el personal médico, se ha producido un incremento de las consultas (1,1%).

En conclusión, se evidencia una relación directa entre el mantenimiento de la lista de espera y la disminución de consultas, y se confirma la necesidad de reforzar las plantillas de enfermería.

2.4.2.2. La Presión asistencial

Se entiende por presión asistencial, a efectos estadísticos, como el promedio de pacientes atendidos por día de consulta por cada profesional. Desde 2017 en la Comunidad de Madrid se recoge otro indicador denominado presión asistencial ajustada, más precisa, ya que tiene en cuenta para su cálculo sólo a los trabajadores presenciales y días efectivamente trabajados en lugar del número de días y de plantilla teórica.

Es un hecho irrefutable que valores elevados de presión asistencial provocan incrementos en las sobrecargas de trabajo, dificulta unos tiempos de dedicación por paciente adecuados y genera estrés entre los profesionales, lo que finalmente puede tener como consecuencia el desarrollo de una medicina más "defensiva". Al carecer los profesionales de tiempo suficiente con los pacientes para recabar la información necesaria y realizar una exploración física detallada, suele ser frecuente que esta carencia se supla en pruebas diagnósticas y en tratamientos excesivos, lo que a su ven incrementa la demanda asistencial (consultas sucesivas), y, por tanto, contribuye al mantenimiento de la lista de espera.

El tiempo de dedicación y la presión asistencial son dos indicadores inversamente relacionados. A este respecto el barómetro sanitario 2018 indica que el 39,4% de los madrileños estima poco el tiempo que dedican los/las médicos/as a los/las pacientes en las consultas.

Por tanto, es necesario reducir la presión asistencial.

Uno de los compromisos de investidura del nuevo ejecutivo regional ha sido precisamente incrementar el tiempo de dedicación de los profesionales de atención primaria por paciente.

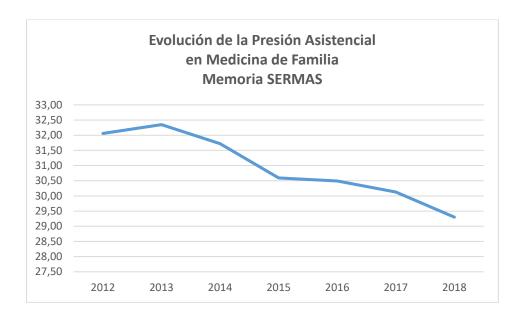


En concreto el acuerdo de Gobierno PP-CS es el siguiente:

"Modernizaremos y reorientaremos la Atención Primaria madrileña para ofrecer unos servicios más accesibles y orientados a los ciudadanos, con mayor tiempo de atención al paciente, con el reconocimiento e implicación de todos los profesionales que la hacen posible."

Adicionalmente reduciremos las tareas burocráticas para el personal sanitario, mejoraremos las instalaciones y **aumentaremos las ratios de médicos y enfermeros en los centros de salud más saturados.**"

Según los datos extraídos de la Memoria del SERMAS, la presión asistencial en la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria tiene una tendencia descendente.



Sin embargo, aunque el promedio de pacientes atendidos en las consultas de medicina de familia/día se ha ido reduciendo paulatinamente, esta es insuficiente, ya que, sigue siendo superior a la media nacional en más de dos pacientes/día y superior a los 28 pacientes/día por profesional recomendados.

Presión asistencial 2018

Categoría	Ámbito	Recursos	Consultas	Consultas/ profesional/ año
Madicina da Familia	CM	3.627	26.701.971	7.362
Medicina de Familia	SNS	29.086	202.204.897	6.952

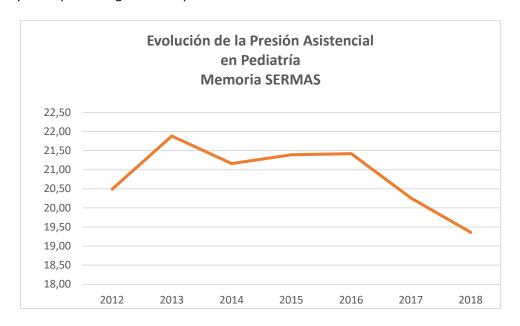
Fuente: SIAP 2018. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

Según los datos del Observatorio de Resultados del SERMAS la **presión asistencial ajustada** (número de consultas por profesionales y días efectivos) es de 33,78 pacientes/día.



Desagregando estos datos por centros de salud encontramos que en 2018 sólo 9 de los 262 centros de salud existentes en la Comunidad de Madrid tiene una presión asistencial menor 28 pacientes/día/ profesional de medicina de familia, 6 en Madrid capital: C.S. Castelló (27,19). C.S. El Pardo (24,86), C.S. Jazmín (27,58), C.S. Justicia (27,18). C.S Núñez Morgado (27,8) y C.S. Príncipe de Vergara (24,87), y 3 fuera la DA Centro: C.S. Rascafría (24,28) y C.S. Villaviciosa de Odón (27,27). 5 centros de salud superan los 40 pacientes al día: C.S. Ciempozuelos (40,57), C.S. Collado Villalba (40,83), C.S. Colmenar Viejo (41,05), C.S. El Soto (41,81) y C.S. Valdemoro (40,57).

Se constata, por tanto, a través de estos datos del Observatorio de Resultados del SERMAS, que la presión asistencial es mayor en la periferia y zonas rurales de la Comunidad. La diferencia entre unos y otros puede llegar a ser superior al 72%.



El promedio de consultas por día atendidas en pediatría ha tenido una evolución más errática que en medicina de familia, alternándose años en las que se incrementa con años de descensos. El incremento más importante se registró en 2013 (6,78%) y el descenso más importante entre 2016 y 2018 (9,61%).

Durante el año 2018 ha cambiado la situación respecto al resto de CC.AA, la presión asistencial en el Sistema Nacional de Salud ha pasado a ser un 3,8% superior a la de la Comunidad de Madrid.

Presión asistencial 2018

Categoría	Ámbito	Recursos	Consultas	Consultas/ profesional/ año
Pediatría	CM	923	4.377.506	4.743
reuiatria	SNS	6.415	31.585.437	4.924

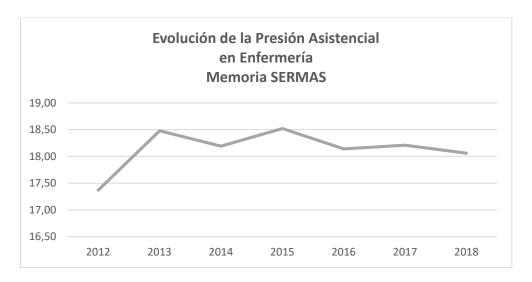
Fuente: SIAP 2018. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

Según datos del Observatorio de resultados del SERMAS 2018, la presión asistencial ajustada se situaba en 22,57 pacientes/día. Desagregando estos datos por centros de salud encontramos que aún se mantienen 10 de los 262 centros de salud existentes en la Comunidad de Madrid con una presión asistencial mayor a 28 pacientes/día/ profesional de pediatría: C.S. Aranjuez (28,72), C.S. Carabanchel Alto (29,08), C.S. Bercial (29,17), C.S. El Restón (29,32), C.S. La Plata



(28,7), C.S. Maqueda (29,89), C.S. M.J. Hereza (30,2), C.S. Parque Europa (29,73), C.S. Reyes Católicos (28,5) y C.S. Villa del Prado (28,86). Y 2 de los 262 centros de salud registraron una presión asistencial ajustada por debajo de los 10 pacientes al día: C.S. Rascafría (7,78) y C.S. Torrelaguna (9,25).

Se constata a través de estos datos, al igual que en Medicina de Familia, que **la presión** asistencial es mayor en la periferia de Madrid y zonas rurales de la Comunidad. La diferencia entre los centros con menor presión asistencial y los de presión asistencial más alta puede llegar a cuadriplicarse.



La evolución de la presión asistencial en las consultas de enfermería ha registrado desde 2012 un incremento, al contrario que en las consultas de medicina de familia y pediatría. El incremento más importante se registró en 2013 (6,39%).

La presión asistencial en enfermería en la Comunidad de Madrid es un 6,1% superior a la media del Estado.

Presión asistencial 2018

Categoría	Ámbito	Recursos	Consultas	Consultas/ profesional/ año
Enformento	CM	3.319	15.045.856	4.533
Enfermería	SNS	30.499	130.308.333	4.273

Fuente: SIAP 2018. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

Según datos del Observatorio de resultados del SERMAS, en 2018 la presión asistencial ajustada en enfermería era de 21 pacientes/día, desagregando estos datos por centros de salud no encontramos ningún centro con una presión asistencial superior a los 28 paciente/día/profesional. La diferencia entre los centros con mayor y menor presión asistencial, C.S. La Rivota (26,73) y del C.S. Buitrago de Lozoya (14,75) es del 81,2%.

No obstante, se constata a través de estos datos que al igual que en Medicina de Familia y Pediatría que la presión asistencial es mayor en la periferia de Madrid.

Propuestas:



Contratación de más profesionales.

El objetivo es que las cargas asistenciales se equiparen a las del resto del territorio nacional, para habría que converger con las ratios de población asignada por profesional del resto del SNS.

Implementación de un Plan de reducción de la presión asistencial

El objetivo es que situar la actividad asistencial por debajo de los 28 pacientes/día/profesional para permitir aumentar el tiempo de dedicación por paciente, hasta un mínimo de 10 minutos por paciente, evitando que se incremente la lista de espera. Este plan debe consensuarse con los representantes de los trabajadores.

Equiparación territorial de los recursos humanos

Tendría que aprobarse un Plan para incentivar la contratación en las zonas básicas de salud con mayores necesidades (periferia y zonas rurales), ya que a la escasez de recursos se une las dificultades para la cobertura de profesionales en estos ámbitos geográficos.



3- Resumen

El objetivo de este estudio es atender la demanda de los ciudadanos que considera que en la sanidad pública a pesar de funcionar bien son necesarios unos cambios, contribuyendo con el análisis de los recursos y actividad sanitaria a identificar las carencias del servicio de salud madrileño y proponiendo mejoras que ayuden a solventar los principales problemas que reclaman sus usuarios (listas de espera para será atendidos, la masificación de las urgencias, la carencia de recursos o el poco tiempo de dedicación, entre otros), todo ello, garantizando unas condiciones de trabajo adecuadas para todos profesionales de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.

Propuestas Generales

1- Profundizar en una gestión de la sanidad pública eficaz y eficiente.

Para ello, dada la importancia de la gestión en la calidad de los servicios públicos, y para evitar injerencias ideológicas, proponemos que la selección de los gestores públicos se realice con criterios de capacidad y mérito, eliminando la práctica de la libre designación en la cobertura de estos puestos de trabajo.

2- Incrementar los esfuerzos presupuestarios

Se avecina, según todos los pronósticos, una nueva crisis económica cuando aún no se han recupera las inversiones en sanidad anteriores a la última crisis.

La Comunidad de Madrid es una de las Comunidades que menos prioriza, desde el punto de vista financiero, los servicios sanitarios, el gasto por habitante está muy por debajo de la media nacional y el porcentaje de PIB que destina es el más bajo de todo el territorio nacional, casi dos puntos porcentuales menos que la media nacional. Sólo la equiparación en gasto por habitante supondría un incremento presupuestario del 9,2% y la equiparación en porcentaje del PIB un 48,6%. Cifras imposibles de alcanzar a corto plazo, no obstante, es necesario establecer un Plan de Convergencia en inversión sanitaria ejecutable en los próximos ejercicios presupuestarios que garantice suficiencia financiera para acometer los planes de mejoras necesarios.

Así mismo, solicitamos que en la financiación de las CC.AA. se establezcan los fondos sanitarios como finalistas.

3- Reducir la inequidad

La Comunidad de Madrid es la comunidad con el mayor porcentaje de población con seguros privados, ya sea contratados individualmente (26,8%), o través de la empresa (8,9%.). El principal motivo que argumentan los madrileños para la contratación de un seguro privado es porque atienden con más rapidez (75,1%), por debajo de la media nacional. Por tanto, las aseguradoras privadas son las principales interesadas en la existencia y el mantenimiento de listas de espera en el servicio sanitario público madrileño.

La reducción de las listas de espera contribuiría a la igualdad en el acceso a



los recursos sanitarios.

4-Priorizar el gasto en recursos sanitarios públicos

La Comunidad de Madrid es la segunda comunidad que mayor porcentaje del Gasto Sanitario destina a la provisión privada (42,9%), solo por detrás de Cataluña (49,7%). La mayor parte de este gasto (52%) lo pagan los madrileños de su propio bolsillo. La Comunidad de Madrid, al contrario que la mayoría de las CC.AA., desde que asumió las competencias sanitarias en el año 2002, ha ido incrementando el porcentaje de presupuesto destinado a conciertos sanitarios, hasta duplicar este porcentaje, se ha pasado del 5,32% al 10,71% del presupuesto total. Mientras que, desde que se produjeron las transferencias, el conjunto de las CC.AA. ha optado por incrementar los recursos propios (públicos) asistenciales y reducir la dependencia de los recursos privados, en la Comunidad de Madrid se ha optado por financiar a servicios ajenos (privados) aumentando la dependencia de los mismos.

De esta manera se ha convertido en la segunda comunidad que más gasto sanitario público destina a conciertos (10,7%). En 2019 las partidas destinadas a asistencia sanitaria con medios ajenos ascendieron a 978 millones de euros, de ellos el 83,4% correspondió a conciertos de asistencia sanitaria en atención especializada, el 5,3% a programas especiales de transporte y el 3,4% a conciertos de salud mental.

Por ello, proponemos que el nuevo Plan de Infraestructuras del SERMAS incluya medidas de optimización para que el Servicio Público Sanitario minimicen la dependencia actual de los servicios sanitarios privados.

Propuestas para la Atención Primaria

1- La Atención Primaria necesita mejoras.

Las reclamaciones en este nivel asistencial se han incrementado en la Comunidad de Madrid un 44,7% en los últimos cuatro años, según las memorias del Servicio Madrileño de la Salud (SERMAS), siendo las principales quejas las listas de espera para ser atendidos, la masificación de las urgencias, el copago de los medicamentos y el poco tiempo de dedicación en consulta, así como los recursos materiales de que dispone, estas últimas quejas se han incrementado en un 71%, y podría estar relacionado con la obsolescencia de los centros.

2- Más recursos financieros

A pesar de que los presupuestos sanitarios de la Comunidad de Madrid se vienen incrementando, el porcentaje de gasto destinado a atención primaria cada vez es menor. esto indica que la prioridad del gasto no está en este nivel asistencial, lo que es perjudicial para el conjunto del sistema, ya que es la entrada a los servicios sanitarios, en especial a la atención especializada. Una atención primaria resolutiva ahorra recursos financieros, en especial los de atención especializada que son mucho más costosos.

Proponemos equiparar el porcentaje de gasto sanitario destinado a la asistencia sanitaria (sin el gasto por receta) a la media nacional, situando el mismo en 14,2%.

3- Plan de Infraestructuras consensuado



La tasa de centros de salud y consultorios locales de la Comunidad de Madrid es la más baja de todo el territorio nacional, y la obsolescencia de muchos de sus centros es manifiesta.

La participación de los profesionales en la mejora de las instalaciones es indispensable para la lograr la eficiencia y adecuación de las reformas.

Por ello, proponemos el Plan de Infraestructuras de Atención Primaria 2020-2024 sea consensuado con los trabajadores, a través de sus representantes, y con las corporaciones locales, y sustentado en un estudio previo de necesidades sometido a consulta pública, sobre el que se puedan realizar alegaciones y propuestas.

4- Incrementar los profesionales de este nivel asistencial

El número de tarjetas sanitarias asignadas por profesional es la más alta de todo el territorio nacional en pediatría y enfermería y la segunda más alta en medicina de familia. El número de tarjetas asignadas por auxiliar de enfermería y auxiliar administrativo superan a la media nacional en un 39% y un 17,5% respectivamente.

Territorialmente existen desigualdades, en la periferia y en las zonas rurales esta ratio es mayor.

Por ello, es necesaria una nueva política de recursos humanos que tenga por objeto finalizar con la escasez de profesiones en el Servicio Madrileño de la Salud. El modelo basado en la optimización de los recursos y tareas se ha agotado, ha dejado de ser eficiente, y su mantenimiento sólo conseguirá incrementar las cargas asistenciales y desmotivar a los trabajadores.

5- Reducción de la lista de espera de Atención Primaria

Sólo en el último año, el número de madrileños satisfechos con la facilidad para conseguir cita con su médico se redujo en 7 puntos porcentuales.

En el 56% de las ocasiones la cita se realiza para más de 3 días, frente al 44,1% a nivel nacional, y hasta el 16,5% de las ocasiones la cita se realiza para 7 o más días.

La frecuentación de los madrileños de este nivel asistencial (4,76 consultas/hab) está por debajo de la media nacional (5,07%), por lo que no cabe atribuir la lista de espera a una sobreutilización de este nivel asistencial, a una demanda excesiva.

A pesar del Incremento de la población En los últimos seis años la población con derecho a asistencia sanitaria se ha incrementado en 412.756 personas y el número de tarjetas sanitarias en 375.526, según las memorias del SERMAS, en ese mismo periodo número de consultas se ha reducido un 7,5%. Esto ha ocasionado que la presión asistencial de los profesionales de atención primaria en la Comunidad de Madrid sea superior a la media de las CC.AA.

Además, territorialmente se dan diferencia en cuanto a los recursos sanitarios, siendo la periferia y las zonas rurales las que cuentan con menores dotaciones, mayor presión asistencial y menor tiempo de dedicación por paciente.

Por ello solicitamos:



Contratación de más profesionales.

El objetivo es que las cargas asistenciales se equiparen a las del resto del territorio nacional, para habría que converger con las ratios de población asignada por profesional del resto del SNS.

Implementación de un Plan de reducción de la presión asistencial

El objetivo es que situar la actividad asistencial por debajo de los 28 pacientes/día/profesional para permitir aumentar el tiempo de dedicación por paciente, hasta un mínimo de 10 minutos por paciente, evitando que se incremente la lista de espera. Este plan debe consensuarse con los representantes de los trabajadores.

Equiparación territorial de los recursos humanos

Tendría que aprobarse un Plan para incentivar la contratación en las zonas básicas de salud con mayores necesidades (periferia y zonas rurales), ya que a la escasez de recursos se une las dificultades para la cobertura de profesionales en estos ámbitos geográficos.