

**COMPARECENCIA DE CSIT-UNIÓN PROFESIONAL  
ANTE LA COMISIÓN DE ESTUDIO DEL  
FUNCIONAMIENTO DE LOS DIFERENTES SISTEMAS  
DE GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS  
DE LA ASAMBLEA DE MADRID**

Muchas gracias Señora Presidenta. Buenos días, señorías. Buenos días, Sr. Fernández Martín.

En primer lugar quisiera manifestar la intención de CSIT-Unión Profesional de contestar en tan breve plazo a la totalidad de las preguntas que ha planteado el Grupo Parlamentario Socialista, dada la profundidad y el calado de las mismas.

CSIT-Unión Profesional es un sindicato de implantación en el Sector Público de la Comunidad de Madrid y defendemos la financiación y provisión de Servicios públicos como fórmula de Gestión de Servicios Sanitarios y la cooperación y coordinación entre dichos servicios, con una planificación estratégica de los recursos materiales y humanos.

Para poder abordar con cierta lógica un análisis sobre las mejoras y cambios del Sistema Sanitario Madrileño, sería necesario saber cual es el modelo sanitario para nuestra región, aspecto este que desconocemos. Desde el traspaso de las competencias en materia sanitaria (INSALUD) a la Comunidad de Madrid, nos hemos encontrado con distintos planteamientos y acuerdos sobre las fórmulas de gestión y planificación de los recursos humanos que en mayor o menor medida no se han terminado de ejecutar.

En el caso de Atención Primaria, con el Proyecto AP21 se creó un marco estratégico para que las Comunidades Autónomas desarrollaran las medidas en el ejercicio de sus competencias, se plasmo a su vez en la Comunidad de Madrid un Plan de Mejora de Atención Primaria 2006-2009 que a fecha de hoy presenta numerosos incumplimientos, estando de acuerdo con este Plan,

consideramos necesario el desarrollo de medidas contempladas en el Proyecto AP21.

Como paso previo es necesario incrementar los recursos financieros destinados a AP hasta el **20%** del gasto sanitario total, una vez excluidas la farmacia y las infraestructuras, todo ello en el marco de una estrategia orientada a conseguir el equilibrio financiero de los servicios de salud.

Además se deberían establecer medidas para:

1º.- **Mejorar la gestión y organización en las áreas de salud** y mediante la:

- **Profesionalización** de los cargos directivos de la AP y la **definición del perfil de responsabilidades y competencias de las gerencias** *habilitando procesos de selección basados en criterios de merito, capacidad y habilidades técnicas, selección transparente y no sujeta a criterios políticos*
- **Mantener la estructura de una gerencia de AP** por área Sanitaria.
- Garantizar una **oferta de servicios** homogénea para todos los ciudadanos.
- Impulsar la **participación de los profesionales y ciudadanos** en los órganos de gobierno de las áreas de salud.
- Mantener la **libre elección de médico de familia y pediatra** en la zona básica de salud.
- Establecer **agendas asistenciales** con un máximo de pacientes por día que no supere los 25-30 y cupos ponderados en función de la demandas de salud y características poblacionales y clínicas de los ciudadanos.

## **2º.- Medidas organizativas y de gestión para los centros de salud orientadas a que:**

- Los **nuevos modelos organizativos supongan una mejora de la gestión y la organización** actual de los equipos, siempre y cuando estén enmarcados en el sistema sanitario público de forma que sea factible su **aplicación en todos los centros** de salud de la CM.
- Se garantice un modelo organizativo donde prime **la autonomía y descentralización de la toma de decisiones** por los profesionales, asumiendo la dirección de la oferta de servicios, la coordinación de los recursos sanitarios y sociales y la organización del trabajo **Desde nuestro punto de vista el modelo de Entidades de Base Asociativa (EBAs) propuesto por la Comunidad de Madrid no reúne en principio estas condiciones.**
- **Definir las responsabilidades y funciones** de los profesionales sanitarios y no sanitarios adaptándolas a las necesidades en materia de salud.
- Establecer la figura del **director de centro** con responsabilidad en las funciones directivas, ejecutivas y planificadoras de los recursos y la asistencia.
- Eliminar las **cargas burocráticas** innecesarias de la actividad asistencial promoviendo la asunción de tareas productivas.
- Potenciar la **organización de las UNADS (Unidades de Admisión)** fomentando el desarrollo de habilidades mediante la formación en nuevas tecnologías, apoyo de la organización y clarificación de tareas.

**3º.- Medidas orientadas a la oferta de servicios,** la AP primaria debería planificar una oferta de servicios basada en necesidades

de salud con la participación de los profesionales y ciudadanos e impulsar **la gestión clínica por procesos**.

4°.- Medidas destinadas a **la mejora de las condiciones de trabajo de los profesionales de AP** como:

- Desarrollo de **una carrera profesional** que incorpore el reconocimiento de los meritos profesionales.
- Desarrollar programas permanentes de **formación continuada incentivada**, estímulos a la investigación y al desarrollo del trabajo comunitario, a la docencia, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- Promover un **sistema retributivo** incentivador y motivador, cuyo componente variable este ajustado a objetivos logrados
- Estimular **la motivación** mediante actuaciones que faciliten la satisfacción y dedicación profesional, el trabajo en equipo, la seguridad y estabilidad en el empleo, y el compromiso con los objetivos de la empresa.
- Implantar políticas destinadas a la mejora de los canales de comunicación de los trabajadores y la dirección, de información a los profesionales, de transparencia en la toma de decisiones y resolución de conflictos.
- Es imprescindible establecer las condiciones de trabajo necesarias que permitan medidas encaminadas a **la conciliación de la vida familiar, personal y laboral**.
- Planificación de las **necesidades de RR.HH** basadas en **las cargas de trabajo y no tan solo en los indicadores de actividad**, *extremando el cuidado en la homologación de títulos universitarios para impedir que la calidad de la asistencia se resienta.*

- Impulsar una política de **salud laboral** que en el sector sanitario vaya encaminada principalmente a la reducción de los riesgos psicosociales.
- Ejecución de las **Ofertas Públicas de Empleo,**

**Relación entre AP y AE:** En cuanto a la **situación actual de las relaciones entre AP y AE** a pesar de los esfuerzos realizados para lograr una mayor coordinación entre ambos niveles asistenciales, la realidad es que no han dado los resultados deseados. Algunas propuestas que pensamos podrían mejorar estas relaciones serían entre otras:

- Impulsar el **desarrollo de sistemas de información comunes y compartidos**, creando una red interconectada AP-AE que facilite la transferencia de conocimientos clínicos y administrativos, que evite duplicidades e ineficiencias administrativas y reduzca costes a través de la implantación de elementos como la historia clínica digital, la receta electrónica, el registro de pruebas complementarias, registros de pacientes, citas...
- **Sistemas de información** que al mismo tiempo fomentarán la gestión clínica conjunta de los procesos (implantación y seguimiento de guías y protocolos de actuación compartidos), la evaluación del desempeño, la toma de decisiones, la colaboración entre niveles y una mayor integración de la asistencia que reciben los pacientes.
- La **cooperación y colaboración** de los profesionales de AP y AE en materia de formación e investigación, la posibilidad de compartir experiencias transferibles y la eficiencia en la toma de decisiones diagnósticas, terapéuticas y de gestión de recursos.

Para que todo esto sea posible no solo es necesario realizar inversiones en tecnología y recursos humanos, sino que las

medidas que se promuevan faciliten la coordinación en la elaboración de protocolos de actuación y derivación, guías de actuación clínica, investigación conjunta e interconsultas directas entre otras. A su vez la instauración de **incentivos compartidos** en torno a resultados en salud de la población estimularía la transparencia y la asunción de responsabilidades.

**Respecto a la Atención Especializada se debería, al igual que en Atención Primaria:**

- Impulsar el diálogo social.
- Planificar una cartera de servicios integrada e integral.
- Elaborar un Plan de necesidades (infraestructuras y ordenación de recursos humanos) que permita la adecuación de medios a la demanda real y que optimice la atención sanitaria, tanto en términos de calidad como en tiempos de espera, en el marco del consenso social
- Homogeneización de las relaciones jurídicas de los profesionales y trabajadores en general.
- No externalizar servicios prestados por empleados públicos.

Con estas medidas desaparecería el **desconcierto**, la **confusión** y la **desmotivación** de la parte más importante del Sistema que son sus Recursos Humanos

Situación clara con el aumento de las demandas Judiciales y el abandono de muchos Hospitales de nueva creación por parte de los profesionales, hasta el punto de no poder funcionar servicios enteros de dichos Hospitales, derivándose las patologías de mayor complejidad a los Hospitales de Gestión Directa trasladando el mayor gasto, con lo que se hace una selección de riesgos y la tendencia de los modelos de Gestión Indirecta al “animo lucro” como única medida para su subsistencia, además de aumentar los procesos burocráticos por la multiplicidad de empresas que participan en dicha gestión. Además estas políticas no dan respuesta al cambio de la demanda (envejecimiento, cronicidad y pluripatología), que desaconseja la fragmentación de dispositivos y/o la facturación por proceso prestado.

Si añadimos a todo esto que somos la Comunidad Autónoma con el segundo menor Gasto por habitante del Sistema Nacional de Salud por detrás de la comunidad Valenciana. Que en el caso de Madrid con 1.135,66 Euros por habitante y el país vasco con 1.598,29 Euros pueden llegar a diferencias de más de 400 euros por habitante, se rompen los modelos de EQUIDAD de la Asistencia Sanitaria.

**Resolución 31 de julio:** Como consecuencia de la apertura de los NNHH, y por la Reordenación de efectivos, se produjo un vaciado de profesionales de los Hospitales Tradicionales, que han tenido que soportar la misma presión asistencial, independientemente de la apertura de los NNHH, puesto que estos no respondían a la demanda de los usuarios, y por tanto tuvieron que contratar o nombrar personal eventual para poder seguir manteniendo el funcionamiento de sus servicios. Si además con la Reorganización no se consiguió el objetivo esperado de trasladar de forma voluntaria a los profesionales sanitarios (optimizando así las plantillas que sólo la Consejería conocía y había determinado ), y que el anuncio de los Planes funcionales de hospitales tradicionales como el HGUGM, Clínico, Ramón y Cajal, La Paz y Móstoles implicaba la externalización de los Servicios Residenciales, entre otros, puesto que pasaban al modelo de Concesión, la Resolución de 31 de julio de la Dirección General de RRHH alentó el cese masivo del personal eventual, eso si, de carácter selectivo, y sirvió de nuevo para reordenar a través del personal eventual las plantillas tanto de los Hospitales Tradicionales como de los NNHH, la resolución provocó la alarma entre los afectados al ver peligrar sus contratos.

**Reorganización:** Antes de entrar a valorar el fondo de la reordenación, decir que CSIT-UNIÓN PROFESIONAL se vio obligado a recurrir judicialmente todas y cada una de las resoluciones de reordenación por la ausencia previa de negociación contemplada en la legislación vigente

La aprobación del Acuerdo marco sobre ordenación de la negociación colectiva y participación en las condiciones de trabajo en el ámbito de la Consejería de Sanidad y Consumo para el periodo 2004-2007 ya comportaba como uno de sus pilares básicos la elaboración del plan de necesidades de recursos humanos. Debía estar concluido en junio de 2005, y, sin embargo, y pese a reiteradas peticiones de esta organización para el inicio de los trabajos, no hemos obtenido más resultado que la promulgación de las resoluciones de septiembre de 2007.

Finalmente, entendemos que la reorganización de efectivos es una medida que, de ser necesaria, sólo puede adoptarse como consecuencia de esa planificación previa, fruto del consenso y de la evaluación global de la distribución de nuestros recursos sanitarios en relación con las necesidades detectadas.

NNHH Modelos mixtos, eficiencia: *Con* relación a los modelos de Gestión Indirecta que ha introducido la Consejería, carecemos de datos oficiales que permitan realizar un análisis práctico de niveles de eficiencia, ni existen, al menos que conozcamos, estudios comparativos de calidad y eficiencia entre los hospitales madrileños de modelo tradicional y los gestionados bajo modelos mixtos Empresa Pública/PFI, como tampoco respecto del Hospital Infanta Elena como ejemplo, hasta el momento único en Madrid, de concesión administrativa con pago capitativo.

A priori, sin embargo, como organización, sí podemos realizar distintas afirmaciones:

- Por su propia naturaleza, la intervención de la iniciativa privada introduce un elemento inexistente en la prestación de servicios públicos, tal cual es la rentabilidad económica de la inversión realizada. Tanto respecto de los servicios residenciales como de la propia asistencia sanitaria, con carácter determinante, la calidad, queda cuanto menos, condicionada a la rentabilidad empresarial.

- El estudio comparado de distintos sistemas sanitarios europeos, avalado por múltiples análisis e informes, niega el

ahorro real de costes que pretende justificar la utilización de modelos PFI; más bien y muy al contrario, se difieren costes a largo plazo, aumentando notablemente nuestro nivel de endeudamiento e hipotecando nuestra sanidad futura.

Sin negar que el crecimiento vegetativo de la población, su envejecimiento, los movimientos migratorios y, en definitiva, todos los factores que han incidido en el incremento significativo de la demanda asistencial, hacían necesarias nuevas inversiones en infraestructuras que dieran respuesta a ese crecimiento, entendemos que ello no justifica, en si mismo el cambio de modelo de gestión.

Así, mediante la fórmula de concesión se privatiza la Provisión y se paga a una empresa un canon “per capita” de un territorio, estamos obligando a dicha población a que acuda al proveedor asignado, con lo que no es fácilmente conciliable con la libre elección de medico y hospital, salvo que se ensaye un costosísimo procedimiento de facturación interna. Por otra parte, los modelos de libre elección tenderían a primar el pago por acto, que generara un aumento en la intensidad asistencial, es decir, un uso excesivo e inapropiado de servicios, es el llamado efecto “demanda inducida por la oferta”.

Por tanto, y por todo lo expuesto, ese cambio de modelo parece responder más que a razones de eficiencia y flexibilidad, a la imposibilidad legal de superar el umbral de endeudamiento que la Unión europea ha marcado, y que ha obligado a ejecutar maniobras de ingeniería financiera que permitan salvar ese obstáculo con cómputos de gasto corriente lo que con anterioridad se computaba sencillamente como inversión en infraestructuras. La consecuencia más grave de todo ello es que el coste diferido a largo plazo supone un coste global muy superior al de construcción y mantenimiento bajo el modelo tradicional, y una deuda a futuro para nuestras generaciones venideras difícilmente admisible. Si a ello unimos que la transferencia de riesgos a la empresa concesionaria tan sólo es relativa, parece que los grandes beneficiarios del cambio de modelo de gestión son únicamente las

referidas empresas y no los ciudadanos. Por experiencia en otros países se ha demostrado que el carácter público del financiador sanitario limita severamente la capacidad de influir en los Hospitales concesionarios de modelos PFI, lo que avala nuestra tesis de hipoteca presupuestaria para el futuro, sin margen de maniobra para rectificar errores cometidos.

Mejor accesibilidad y mejores servicios residenciales no comportan necesariamente mayor calidad asistencial. Sin olvidar que ambos son aspectos importantes, lo es sin duda mucho más la prestación de asistencia sanitaria de forma óptima y equitativa. Cuando el número de profesionales es insuficiente, como ocurre en los nuevos hospitales –y cada vez más en los antiguos, con medidas como la Resolución del 31 de julio de 2008-, y las carteras de servicios difieren significativamente entre ellos, los niveles de calidad asistencial necesariamente disminuyen, lo que ni como organización ni como profesionales podemos admitir.

Si la fórmula mixta de gestión Empresa Pública/PFI no ha sido bien justificada ni nos gusta como se ha diseñado en la práctica, la fórmula de la concesión administrativa no nos resulta aceptable en ningún caso. La provisión de servicios sanitarios ya no es desempeñada por empleados públicos ni gestionada desde el ámbito público que sólo asume el papel de controlador externo de la prestación. Un servicio público básico y esencial como la sanidad no debe quedar en manos de la gestión privada porque sólo los poderes públicos pueden garantizar la calidad y la equidad más allá de la autosuficiencia y la rentabilidad.

El modelo tradicional puede ser actualizado y mejorado, y cuenta con mecanismos y herramientas de gestión que no se han puesto en marcha o no se han querido utilizar por quienes han gestionado y gestionan nuestra sanidad, que han optado por una huida hacia delante, rompiendo con un modelo que a pesar de sus deficiencias e incorrecciones nos ha situado a la cabeza de la sanidad nacional e internacional. Ignoramos cómo van a preservarse los niveles de formación e investigación, como organización sindical, CSIT teme que la ausencia de control en la contratación derive en plantillas exiguas, en situación de precariedad, con niveles de

cualificación insuficiente, sujetas a cargas de trabajo inadmisibles, y con horarios, turnos y jornadas abusivas e incontroladas. Estos hechos ya han sido observados en la práctica del funcionamiento de los nuevos hospitales, cuyas empresas concesionarias han subcontratado a su vez los distintos servicios residenciales, cuyos trabajadores se hallan sujetos a jornadas excesivas, salarios indignos y despidos sin motivación suficiente. La eficiencia y sostenibilidad del sistema no puede utilizarse como argumento para justificar el cambio de modelo de gestión sanitaria, máxime cuando no se han agotado las posibilidades que ofrece el modelo tradicional. Un modelo avalado por su calidad y excelencia. Es decir los nuevos modelos de Gestión que se han introducido (tamaño medio de 200 camas), es por que hay modelos públicos de Gestión Directa (420 camas) que soportan funciones de Alta Especialización , docencia e investigación.

#### *HERRAMIENTAS DE GESTIÓN MODELO TRADICIONAL:*

- *Control de gasto: auditorías periódicas*
- *Autonomía de gestión: unidades de gestión clínica con determinación de objetivos.*
- *Autoevaluación*
- *Reestructuración organizativa flexible*
- *Estandarización y control de procedimientos*
- *Política global de compras: posibilidad de aplicar economías de escala*

**Respecto a la información clínica:** El mejor control que debe existir y exigirse es la transparencia vía autorización expresa de cada usuario del sistema para que esta información sea tratada por la empresa concesionaria que, en cada caso, custodie su información. Obviamente, cualquier acceso o uso no autorizado habrá de conllevar la responsabilidad subsidiaria de la Comunidad de Madrid como garante y depositario último de la prestación y la documentación clínica que se derive de la misma.

**Respecto a competencia y cooperación:** Si las carteras de servicios, los parques tecnológicos, la plantillas y la población asistida es de características similares, podríamos hablar de la competencia científico-técnica pero no existe tal situación actualmente; al igual que el establecimiento de mecanismos de cooperación ante determinadas contingencias de carácter coyuntural (listas de espera, diferentes carteras de servicios, situaciones de emergencia,..) o estructural (docencia, investigación, aplicación de nuevas técnicas,etc.)

**Consecuencias financieras:** De lo que sabemos hasta ahora los pliegos de contratación permiten el “stepping”, esto es, y como muy bien saben, el desembolso parcial y los anticipos por parte de la Administración ante eventuales dificultades o necesidades coyunturales de las sociedades concesionarias. Legalmente no existe ningún obstáculo para que la Administración adopte medidas excepcionales, e incluso, acuda al rescate o secuestro del servicio prestado si las deficiencias son significativas o la eficiencia económica del modelo pelagra. Siendo así, entendemos que los pacientes seguirían recibiendo la atención sanitaria de la misma forma que vinieran percibiéndola, si bien parece obvio que el coste de asumir el rescate multiplicaría la inversión pública prevista, como ya ha ocurrido en otros países.

**Respecto del COPAGO:** Siempre que pelagra la sostenibilidad del sistema sanitario se abre el debate del copago de forma recurrente. Consideramos el copago como una medida sólo coadyuvante, de financiación adicional, y no la solución estructural que se requiere. Existen actualmente otras alternativas de financiación cuya aplicación, unida a una adecuada gestión de recursos podrían evitar la implantación de esta medida.

*De hecho, el copago farmacéutico, de larga tradición en nuestro país, se halla sometido a múltiples críticas en los últimos años, entre ellos la nuestra, porque fomenta la inequidad y resulta claramente injusto.*

*El hecho de que pensionistas que cobran 2500€ reciben medicación gratuita y un desempleado con familia numerosa haya de hacer frente al pago del 60% del prestación farmacéutica carece de la más exigible progresividad y justicia.*

**MUCHAS GRACIAS**