



ASAMBLEA DE MADRID

GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA

COMUNIDAD DE MADRID ASAMBLA
PRESENCIA A LAS 17.45 HORAS
DEL DÍA - 6 MAYO 2009
REGISTRO GENERAL
ENTRADA PARLAMENTARIO
N.º 3413

**A LA MESA DE LA COMISIÓN DE ESTUDIO DEL
FUNCIONAMIENTO DE LOS DIFERENTES SISTEMAS DE
GESTIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS**

D. LUCAS FERNÁNDEZ MARTÍN, Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista en la Comisión de Estudio del Funcionamiento de los Diferentes Sistemas de Gestión de Servicios Sanitarios Públicos, mediante el presente escrito, presenta **EL TEXTO DE MODIFICACIÓN A LA PROPUESTA DE DICTAMEN** con N.º Reg.: 3400 de 30 de abril de 2009.



Madrid, a 6 de mayo de 2009

ANTECEDENTES Y DESARROLLO DE LA COMISIÓN DE ESTUDIO SOBRE LA SANIDAD MADRILEÑA.

En el año 2002 se transfirió a la Comunidad de Madrid, consecuencia de la Ley de Financiación de las CCAA de 2001, la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Dicho traspaso concedía la potestad en la organización, asistencia y financiación de la actividad sanitaria, enmarcadas dentro de la normativa estatal.

La organización y planificación de la asistencia sanitaria se planteó de acuerdo con la normativa vigente, Ley general de Sanidad de 1986, Ley de Cohesión y Calidad de 2003 y Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid(LOSCAM).

A diferencia de otras Comunidades Autónomas donde las Leyes de Ordenación respectivas se plantearon con criterios de consenso y de participación sociopolítica, absorbiendo las historias sanitarias propias y las dotaciones preexistentes, la Comunidad de Madrid elaboró una Ley que no contó con el acuerdo de las asociaciones cívicas, profesionales, políticas ni sociales que representaban a la sociedad sanitaria organizada, así como a los usuarios.

La LOSCAM fue diseñada como una Ley imposible que el PP se negó a negociar y a abrir posibilidades de acuerdo. El mismo PP ha asumido la imposibilidad del gobierno sanitario, modificándola y cambiándola de facto y de iure de forma definitiva.

El proceso transferencial estuvo marcado por las prisas y el oportunismo político, con la resultante de una dotación económica de las transferencias escaso y una restricción inicial de población, sin proyección demográfica, sin mecanismos de corrección futura adaptables a la evolución poblacional, resultando de ello, una financiación claramente insuficiente; con defectos importantes que dieron lugar a escándalos, como todo el proceso que culminó con la cesión de un Hospital, tan señero y simbólico como, La Concepción y de la Fundación Jiménez Díaz, a un grupo sanitario español, IDC, filial de una multinacional americana Capital Partners, traspasado en una serie de operaciones nunca esclarecidas, a la actual CAPIO (empresa sanitaria sueca) y Apax, (empresa de capital riesgo americana).

El Grupo Parlamentario Socialista planteó una Comisión de Investigación sobre las circunstancias, nunca aclaradas de la operación. El PP convirtió ésta en una pseudocomisión, abierta y cerrada en una sola sesión; y el Gobierno Regional promovió la negociación de un convenio singular extraordinariamente favorable a la empresa, con ampliaciones realizadas con el máximo sigilo y ausencia absoluta de transparencia, que ha motivado que el Defensor del Pueblo investigue sobre la situación de los Centros de Especialidades de Quintana y Argüelles, cedidos a dicha entidad en una remodelación del convenio nunca explicado, ni justificado, ni debatido, ocultando a la Asamblea de Madrid, los motivos y las nuevas condiciones del convenio de asistencia.

Los criterios de organización, no derogados por el PP, así como los de planificación previstos en la LOSCAM, no se han desarrollado en absoluto. El propio PP presentó un criterio de Planificación sanitaria de la Comunidad de Madrid basada en la presencia de 16 Áreas de Salud que, antes de la firma del consiguiente decreto, presentado y publicitado ampliamente, ha sido olvidado entrando en una pseudoplanificación caracterizada por la adscripción de población a hospitales, sin asumir ningún aspecto de escalonamiento asistencial y anunciando la implantación del Área Única, con la oposición de todos los sectores de Atención primaria.

La necesidad de cumplimentar la oferta electoral, en tiempo limitado, pensando más en réditos electorales que en la organización sanitaria, llevo a al Gobierno Regional a adoptar una fórmula de financiación, construcción y explotación conocida por PFI (Iniciativa de Financiación Privada) sin el debate sereno, comparativo entre distintas fórmulas y sin evaluación previa de las alternativas, tal y cómo se hace en los países que han adoptado dicha fórmula y que varios comparecientes han puesto de manifiesto. Dicha decisión está provocando serios problemas en la calidad y en la equidad asistencial .

La asunción de fórmulas, fracasadas, como la concesión administrativa del hospital Infanta Elena, de acuerdo con la fórmula conocida por modelo Alzira I, pone de manifiesto la improvisación y ausencia de criterio organizativo del Gobierno de PP, para la ampliación de las dotaciones y recursos sanitarios.

La supresión de la Dirección de Salud Pública en el organigrama de la Consejería, con dispersión de funciones, perdiendo la capacidad de coordinación, unicidad y liderazgo en decisiones trascendentes para la salud ciudadana es otro ejemplo más de la inestabilidad y adopción de medidas improvisadas, que ha caracterizado a la política sanitaria errática llevada a cabo por el Gobierno de Esperanza Aguirre, a pesar de que la experiencia y la organización de todas las demás CCAA, incluida la propia LOSCAM, aconsejaban mantener el organigrama previo.

La falta de modernización en la planificación y ordenación de los recursos sanitarios, sin centros de referencia, de menor a mayor complejidad, de estructuras intermedias en Atención Especializada, ignorando las tendencias de Centros Periféricos de Alta Resolución que permiten absorber el exceso de presión asistencial sobre los hospitales, fundamentalmente en la atención urgente, esta colapsando los Servicios de Urgencia y dificultando la absorción de las listas de espera diagnóstica.

La "imaginación contable", demostrada por el Gobierno de Esperanza Aguirre, para cumplimentar una promesa electoral sobrevenida, la disminución de las listas de espera quirúrgica a 30 días, basado en el engaño y la manipulación de la normativa y de los datos reales, provocó que la Comunidad de Madrid fuera expulsada del Sistema de Recuento del Sistema Nacional Salud con el beneplácito de todas las CCAA, incluidas las gobernadas por el Partido Popular.

Por todos estos motivos que se traducen, en una pérdida de calidad en la atención sanitaria y de equidad, el Secretario General del PSM-PSOE, D. Tomás Gómez, propuso en el año 2007 un pacto sanitario que permitiera superar dicho deterioro y alcanzar las cuotas de calidad y equidad que requiera una comunidad como la Madrileña, la Presidenta del Gobierno que no aceptó.

Un año después de nuevo D. Tomás Gómez propuso a la Presidenta de la CM aceptó la formación de una Comisión Parlamentaria para estudiar la situación de la Sanidad madrileña en esta ocasión la Presidenta aceptó sin duda presionada por la percepción ciudadana por el deterioro de la Asistencia sanidad Pública.

Así pues, el Grupo Parlamentario Socialista propuso que el debate se realizara en el seno de una Comisión creada para analizar el estado de la Sanidad en el ámbito de la Comunidad de Madrid y buscar soluciones al mismo, que es lo que nos compete por territorio y por ser la ciudadanía a la que representamos.

El Grupo Parlamentario Popular, sorprendentemente, impuso con su mayoría parlamentaria, como objeto de la Comisión el estudio de las distintas fórmulas de gestión, minimizando así el alcance y la posibilidad de desarrollar una alternativa seria a la situación de la Sanidad pública madrileña.

La petición socialista proponía que la Comisión se extendiera hasta el mes de Junio del año 2009, para poder escuchar, proponer y debatir sosegadamente.

Sin embargo el GPP impuso como fecha límite el 23 de Diciembre del año 2008. Las dificultades del periodo parlamentario, la falta de posibilidades de reunión en una época caracterizada por una intensa actividad parlamentaria (debates de Presupuestos, calendario ordinario...) así como el número de comparecientes pedidos por los distintos Grupos Parlamentarios ha ido provocando, en un esperpéntico espectáculo, que el propio Grupo Parlamentario Popular fuera alargando el periodo de duración de la Comisión hasta llegar prácticamente a las fechas propuestas inicialmente por el Grupo Parlamentario Socialista.

Durante el desarrollo de la Comisión, se ha celebrado 39 sesiones ante las que han comparecido 73 personas, a quienes desde el Grupo Parlamentario Socialista expresamos nuestro reconocimiento y valoramos sus aportaciones.

Las sesiones se han desarrollado en turnos de mañana y tarde, ocupando los meses de Diciembre y Enero, habilitando para ello dicho mes de Enero, fundamentalmente para poder ampliar el número de sesiones. En las ampliaciones de plazos posteriores Febrero, Marzo y Abril, el número y frecuencia de las sesiones disminuyó considerablemente y desde la última sesión, con la comparecencia del Consejero, ha pasado un mes sin que se haya conocido la propuesta de Dictamen del Grupo Parlamentario Popular.

A pesar de las complicaciones, la Comisión ha contado con aportaciones de catedráticos, grandes expertos en política sanitaria, economía de la salud, colectivos profesionales, sociedades científicas, sindicatos y representantes sociales así como de Consejeros de Sanidad de otras Comunidades Autónomas, altos cargos de empresas aseguradoras y directivos de hospitales públicos y privados.

CONCLUSIONES

Después del análisis de las distintas comparecencias que aparecen reseñadas en el anexo, se han elaborado las siguientes conclusiones:

Fórmulas de Gestión

No se ha podido evidenciar con criterios rigurosos la **ineficiencia en el sector público**. Tampoco a lo largo de las intervenciones habidas se ha podido demostrar la superioridad gerencial ni asistencial del marco privado ni en cuanto a calidad, equidad y complejidad.

Por el contrario los ciudadanos madrileños manifiestan su preferencia clara hacia la sanidad pública en todos sus ámbitos. Según el Barómetro Sanitario 2008, sólo el 2.6% manifiesta que debiera financiarse públicamente y gestionarse por el sector privado (CIS Noviembre 2008). El conocimiento de estados de opinión recientemente publicados expresan que el 33 % de los madrileños consideran la situación de la Sanidad Pública como el segundo problema para la ciudadanía en nuestra Comunidad, y el 53 % desaprueban el Sistema Sanitario gestionado por el PP.

El Grupo Parlamentario Socialista considera que **los procesos de reforma han de hacerse desde la perspectiva del núcleo fundamental que es la prestación clínica**, valorando en primer lugar las necesidades de los ciudadanos y con la participación de los profesionales y de los usuarios.

Cualquier fórmula de gestión que modifique la práctica clínica, sin análisis ni reflexión o que incluya objetivos extraños a la práctica clínica o al buen gobierno sanitario, **sólo alteraría el sentido de excelencia consustancial con el acto clínico**. La introducción de criterios de competitividad o de factores mercantiles dificultan la organización serena, armónica y coordinadora del hecho sanitario.

La ausencia de evaluación y análisis previo de las distintas fórmulas adoptadas ha hecho que carezcan de planteamientos profesionales y de consensos sociales. No ha habido presentación previa de marcos teóricos ni planteamientos organizativos razonados, al menos conocidos, ni ordenación planificadora que permitiera contemplar como lógicos y no improvisados, cuando no contradictorios, entre distintos momentos de gobierno, los modelos organizativos y de gestión.

Varios comparecientes han incidido en la necesidad de la existencia de **un organismo evaluador**, que analice las distintas posibilidades en gestión, en financiación y organización que defina las diferentes alternativas, que evite la improvisación y toma de decisiones sin suficiente meditación y conocimiento, tal y como ha hecho, y sigue haciendo la Consejería de Sanidad del Gobierno de Esperanza Aguirre.

Este observatorio debe hacer estudios comparados de modelo y sistemas. Hasta el momento no tenemos buenos indicadores como para transferir riesgos a los proveedores. Ignoramos las ventajas asistenciales, más allá de las supuestas ventajas económicas, que nos permitan optar por diferentes fórmulas. No existe reflexión alguna publicada, ni conocida por parte de la Consejería de Sanidad, más allá de eventos empresariales presentadas como oportunidades de negocio y no como organizativos, buscando la mejor calidad y equidad asistencial.

Reducir el sistema sanitario madrileño a un conjunto de hospitales y de centros de salud independientes que compitan entre sí, es perder el valor añadido que dan las relaciones de cooperación que incrementan las posibilidades de eficacia en la gestión y mejoran la calidad asistencial.

La **participación ciudadana**, a través de sus representantes municipales o asociativos, muy difíciles con fórmulas de gestión privatizadas alejan la estimulación de los ciudadanos en la mejora de su propia salud e impiden contrastes de opiniones diferenciadas al enfocar la gestión, adoptándola de forma paternalista, poco democrática.

Durante todo el proceso de toma de decisiones para la financiación, explotación y construcción de los nuevos hospitales y la previsión de los que se construirán en esta legislatura no ha existido ningún tipo de debate. Incluso, mientras esta Comisión estaba en pleno desarrollo, se han tomado decisiones sin esperar a las conclusiones, en una clara conculcación de las bases presentadas por el propio PP. Más allá de la organización de eventos empresariales, **la opacidad en las decisiones han sido la tónica y la característica máxima de todo este proceso.** La organización y planificación asistencial se ha caracterizado por planteamientos basados en la adhesión, nunca en el debate ni en la opción más consensuada.

Principios de Buen Gobierno

La **Organización Médico Colegial** editó y difundió en el año 2006 un documento consensuado donde se marcan los principios y el decálogo de Buen Gobierno para las organizaciones sanitarias que debiera marcar la pauta de las reglas del juego en la Sanidad Madrileña.

Un objetivo central para el Sistema Nacional de Salud es el buen gobierno de sus centros, que conduce a la eficiencia y rentabilidad social de las instituciones, utilizando como activos de valor la transparencia y la confianza en los procesos de gestión al servicio de la sociedad.

Las prácticas de buen gobierno exigen no sólo el cumplimiento de las normas legales, sino un compromiso de responsabilidad social en los procesos y mecanismos de ejecución basado en los principios de integridad moral, equidad, plena dedicación responsable y ejemplaridad.

Por ello, el buen gobierno tiene que ver con la calidad personal y relacional, y por consiguiente, con los criterios éticos que determinan las decisiones en base a la misión social de la institución.

Las pautas para un buen gobierno que refuerce la reputación social requieren no sólo de órganos colegiados para regular el funcionamiento autónomo y responsable de las instituciones, sino de sistemas de evaluación e instrumentos de control que garanticen la veracidad y transparencia de todas las actuaciones de la organización.

El debate del buen gobierno institucional ha tenido un lugar relevante en el mundo de la empresa (Informes Olivencia y Aldama), pero aún no ha ocupado un lugar central en el debate de modernización de las administraciones públicas, ni en los desarrollos de los órganos y sistemas de gobierno de instituciones sanitarias. La referencia inicial de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (disposición adicional décima) para formalizar procesos de selección y evaluación de directivos, es valiosa en tanto que abre un debate sanitario y social, el trabajo desarrollado por el Grupo Parlamentario Socialista en la Comisión y los comparecientes en la misma, pretende contribuir desde un ámbito más amplio que incluye tanto la gestión profesionalizada como el buen gobierno de los centros, entendiendo que ambos componentes son complementarios y sinérgicos.

PLANIFICACIÓN

No hay criterios serios de planificación y si los hay no se han utilizado en el planteamiento de nuevas infraestructuras. La Consejería de Sanidad obvió consultas realizadas por la propia Consejería, como el informe Menssor, un extenso y pormenorizado documento sobre la nueva planificación sanitaria que se hacía necesaria por la oferta ya realizada de los nuevos hospitales y los cambios estructurales precisos para adaptar la atención sanitaria en la Comunidad de Madrid a la nueva situación.

En la anterior legislatura fue presentado con profusión de propaganda un plan de nueva zonificación que contemplaba 15 áreas sanitarias, ampliadas a 16, después de recibir 15.000 alegaciones el proyecto y anunciar públicamente la promulgación del Decreto de Ordenamiento sanitario para Enero del 2007 , se paralizó inexplicablemente. **El nuevo Consejero de Sanidad del Gobierno de Esperanza Aguirre ha planteado un cambio estructural fundamental basado en el proyecto de Área Única, disfrazado con el concepto de libre elección que ya existe desde 1993 RD 1573/93 en Atención Primaria y 1996 en Especializada RD 8/96. Los ciudadanos tienen ya derecho a la libre elección y no se puede utilizar este concepto para pretender engañar a la población y dismantelar la planificación existente.**

En la Organización sanitaria porvenir, y para conseguir optimización de recursos y las mayores tasas de calidad y equidad, la clave del futuro debe ser la integración, conseguir ensayar modelos contractuales de gestión con un marco geográfico y poblacional bien definido en áreas sanitarias para descentralizar la gestión y facilitar la integración entre primaria, especializada, salud pública y servicios socio sanitarios. Planteamientos diferentes a la cooperación e integración sólo conducirán al caos asistencial, al despilfarro de recursos y a la mercantilización de la actividad sanitaria.

Atención Primaria

El modelo español de Atención Primaria, del que la Comunidad de Madrid ha sido una buena muestra, goza de una magnífica reputación entre los sistemas sanitarios de nuestro entorno, es alabado y envidiado en algunos casos en muchas partes del mundo, y su buen funcionamiento está ampliamente reconocido por expertos, incluida la propia Organización Mundial de la Salud, ha dado buenos resultados en salud a un coste razonable. Este modelo se caracteriza por ser público, tanto en su financiación como en su gestión y en su provisión; está planificado en

función del trabajo en equipo, la zona sanitaria adscrita y goza de un alto aprecio entre los usuarios y los ciudadanos desde su implantación hace más de 25 años.

La Atención Primaria en Madrid tiene una situación de insuficiencia presupuestaria y de recursos que es crónica y cada vez más acentuada. Como consecuencia de esto ha aumentado la masificación en los centros de salud y, desde hace varios años, ha aparecido un fenómeno desconocido hasta ahora: las listas de espera en atención primaria, tanto para pediatría como para medicina de familia.

El Área Única se ha ofrecido con la expectativa de la libre elección de médico de atención primaria, de pediatra y eventualmente de enfermera. La libre elección de médico de atención primaria ya existe, a nivel de centro se ejerce de hecho y, en algunos casos, se ejerce a nivel de distrito sanitario desde hace años. Los Reales Decretos 1573/1993 para Atención Primaria y 15/96 para Especializada señalan el marco legislativo para su desarrollo, manteniéndose en todo el resto del territorio español y puesto en marcha por la totalidad de las CCAA.

Comparecientes expertos en Atención Primaria, Presidentes de Sociedades Científicas y representantes sindicales (FEMYTS, UGT, CCOO, CSIT-UP...) han incidido en la artificiosidad del planteamiento sobre libre elección de profesional, sobre todo porque bastaría con desarrollar la normativa estatal.

Así queda la sospecha de la utilización falaz de un argumento y probablemente, una vez más, esconde irreflexión y desconocimiento de la realidad sanitaria de la Comunidad de Madrid, recurriendo a fórmulas sin evaluaciones previas, ni consensos. Con una decisión propia de un pensamiento en el que la planificación sanitaria es de bajo perfil -lo que funciona es el mercado, no la planificación- y concibe a los ciudadanos como clientes no como usuarios. Este planteamiento choca con los resultados de las encuestas que hemos visto recientemente y no tiene en cuenta lo que es el principal interés de los ciudadanos, que es tener un servicio de calidad accesible y cercano.

El planteamiento del Área Única ha generado un gran conflicto con los profesionales, 22 Sociedades Científicas y Sindicatos han planteado su oposición a dicho proyecto. Según sus representantes, este proyecto es un error que puede suponer la quiebra del sistema sanitario madrileño perjudicando a los ciudadanos y siendo el comienzo del desmantelamiento de la Atención Primaria Madrileña.

Todos los comparecientes, representantes de movimientos asociativos y Sociedades Científicas han criticado unánimemente el planteamiento del Gobierno de Esperanza Aguirre de esta modificación absurda en línea opuesta a lo realizado por todas las Comunidades Autónomas.

El Plan de Mejora de Atención Primaria elaborado en la legislatura anterior después de una iniciativa presentada por el Grupo Parlamentario Socialista, votado por unanimidad y elaborado con el consenso de las Sociedades Científicas, asociativas y sociales a las que ahora no se escucha, ha sido abandonado sin evaluar, probablemente para ocultar el fracaso de su desarrollo, por falta de voluntad política y dotación de medios de la Consejería de Sanidad.

Hay que impulsar un cambio constructivo, un debate con todos los implicados, teniendo en cuenta que tenemos un sistema de atención primaria que está funcionando, que da buenos resultados y está bien valorado, y que cambiar eso por otra cosa, tiene que estar apoyado en el consenso de todos, no solamente de una parte o solamente de la Administración sino también de los ciudadanos y de los profesionales. Teniendo en cuenta cuál es ese modelo, qué es lo que ofrece y qué es lo que cuesta; es decir, que tiene que ser evaluado.

Se necesita una revitalización de la atención primaria reforzando el papel de "médico personal" como agente y consejero próximo al paciente; para ello hay que desburocratizar y apoyar su trabajo, es necesario relanzar el papel comunitario de la enfermera de atención primaria.

El futuro de la Atención primaria como entrada al Sistema Público de Salud, pasa por plantearse fórmulas de estructuración de los equipos de atención primaria que permitan una mayor autonomía e identidad profesional, más capacidad de autoorganización, facilitando el reforzamiento del papel de la atención primaria y su función de asesoría y consejo del paciente. Solucionando la falta de dotaciones tecnológicas, ampliando la Cartera de Servicios, descargando de actividades burocráticas y estimulando y dotando de mecanismos serios de integración y de interdependencia con Atención Especializada.

En ningún caso su futuro pasa por la importación de fórmulas que no han producido beneficios allá donde se han instaurado y que, en muchos casos, están retornando a situaciones de origen (Escocia).

Atención Especializada

Desde el proceso transferencial, en el año 2002, la Atención Especializada ha seguido un rumbo errático, tanto en la dotación de nuevas estructuras, tecnología así como en la de Recursos Humanos.

Los hospitales de gestión directa han sido infravalorados de palabra y de hecho por el PP, disminuyen sus recursos y los planes de futuro van en la línea de disminución de camas y efectivos. El aumento en el presupuesto de Sanidad para el 2009 ha sido de 169 millones de euros. Teniendo en cuenta que la dotación presupuestaria de los nuevos hospitales supone 219 millones, la diferencia neta para la asistencia de todos los hospitales tradicionales, en los que se atiende la gran patología y con Servicios de Excelencia nacionales, es de 50 millones de euros, lo que da idea de la precariedad en las instalaciones y la falta de inversión tecnológica. Si a esto añadimos la disminución de personal por el proceso de reordenación de efectivos realizados para la apertura de los Nuevos Hospitales, actualmente en precario por resoluciones judiciales, nos haremos una idea del milagro, basado en el esfuerzo de los profesionales y en la paciencia de los usuarios, para seguir manteniendo altas cotas de calidad en la asistencia.

Los hospitales que aumentan en mayor medida sus dotaciones económicas son la Fundación Jiménez Díaz con un 6.9% y el Infanta Elena de Valdemoro, un 31%. De tal manera que si exceptuamos los nuevos hospitales el resto sufre una disminución importante que hace inviable cualquier proyecto de mejora en sus instalaciones para el confort de los pacientes. En estas condiciones el concepto competir es un sarcasmo.

Los presupuestos de los hospitales han estado financiando los sueldos de los profesionales que se han reordenado y estaban trabajando fuera del hospital, de hecho ya hay camas cerradas o no utilizables por falta de personal. Sin embargo, los ciudadanos encuestados recientemente manifiestan claramente sus preferencias hacia sus hospitales de siempre donde están los profesionales en los que confían.

Si en los próximos años no se invierte en medios humanos, materiales y tecnológicos, los hospitales tradicionales sufrirán el deterioro y la desmotivación de sus profesionales. De esta forma es difícil que se pueda ser competitivo como teóricamente se pretende desde este gobierno.

Por el contrario hay que acometer una reorganización amplia en la atención especializada, tanto en el papel del hospital y las especialidades, en el apoyo de la atención primaria y la prestación de servicios secundarios, como también en delimitar las unidades de alta

especialización que han de coordinarse a nivel regional e incluso estatal para dar servicios de mayor calidad y eficiencia, y también para estar en buenas condiciones de responder al conjunto del Sistema Nacional de Salud ofreciendo la excelencia y alta especialización de Madrid como activo al servicio de todos.

La ignorancia de fórmulas asistenciales probadas con éxito en otras Comunidades Autónomas, como los Centros de Alta Resolución que absorban la presión asistencial y la modernización de la Atención Especializada extrahospitalaria integrada con los Servicios de Urgencia y Atención Primaria, evitarían la sobrecarga hospitalaria y el colapso de los Servicios de Urgencia hospitalarios provocando largas listas de espera diagnósticas, es una frivolidad que evita que los madrileños puedan mejorar la calidad, el confort y la prontitud en la asistencia recibida.

Salud Mental

En la lista de Comparecientes, solamente fue requerida la presencia de D. Pedro Cuadrado, Presidente de la Asociación de Salud Mental por el Grupo Parlamentario Socialista, que pone de manifiesto la importancia que el PP concede a un área tan importante dentro de la Sanidad Pública.

Las carencias importantes en intervención precoz, intensiva e integral en los trastornos mentales graves, son una de las causas del aumento de las necesidades de hospitalización de media y larga estancia, con listas de espera crecientes para ambos dispositivos, a pesar del incremento de camas de estas características experimentado en los últimos años.

Asimismo, estamos con una red de rehabilitación psicosocial insuficiente y compuesta casi exclusivamente por los recursos creados por la Consejería de Servicios de Sociales. Esta red, cuyo crecimiento ha sido muy intenso y rápido, se caracteriza por depender de múltiples proveedores, con diferentes estilos de atención, oferta asistencial restringida y selección de pacientes, gran rotación en las plantillas y dificultades de integración y coordinación con el resto de los dispositivos de la red.

La hospitalización prolongada no puede ser vista como una solución para los trastornos mentales graves sino, todo lo contrario, desde el modelo de recuperación es la constatación de un fracaso.

Tenemos la experiencia de lo que está ocurriendo en el área asignada a la empresa Capiro con un modelo de provisión sanitaria privada. Se han cerrado los centros de salud mental de Valdemoro y Moncloa, dispositivos

compuestos por equipos multiprofesionales, y han sido sustituidos por consultas externas psiquiatras hospitalarias. Tampoco se ha hecho en estas zonas ninguna oferta de intervenciones de rehabilitación psicosocial, prestación sanitaria reconocida por nuestro Sistema Nacional de Salud y que constituye el auténtico tratamiento en los trastornos mentales graves. Ni los centros de salud mental ni las intervenciones de rehabilitación psicosocial son prestaciones rentables económicamente y difícilmente ningún proveedor privado va a invertir en ellas sin desvirtuarlas.

En un mercado sanitario abierto, las posibilidades de que las personas con los trastornos mentales graves se queden sin los tratamientos que han demostrado mayor eficacia, aunque sean caros, por la necesidad de amplios recursos humanos, es muy alta.

Hay prestaciones que deben estar garantizadas por las Administraciones Públicas tanto desde el punto de vista de su financiación como de la provisión de los servicios. El riesgo de no hacerlo es la sobrecarga para las familias, que se convierten en los únicos y últimos terapeutas y, cuando éstas se agotan, en el incremento de personas con trastornos mentales severos viviendo en situación de calle y a expensas de dispositivos de beneficencia.

Por otro lado, la incorporación a la red de salud mental de los nuevos hospitales bajo la fórmula de empresa pública y en un marco sanitario que se dirige a un modelo de libre elección y competencias entre servicios se ha hecho en unas condiciones que han supuesto una mayor desintegración. La composición de las plantillas no ha tenido en cuenta las características de población asignada, la selección del personal se ha hecho con absoluta falta de transparencia y no se ha elegido a los mejores candidatos.

Su puesta en funcionamiento con criterios laxos de zonificación ha supuesto una barrera para el mantenimiento de la coordinación y la continuidad de cuidados. Esta situación se generalizará cuando se pongan en marcha los planes funcionales de los hospitales antiguos si se guían por los mismos principios.

El retorno a premisas terapéuticas en salud mental, basadas en la psiquiatrización y hospitalización de los pacientes, obviando la atención comunitaria es un retroceso histórico de repercusiones trágicas para el colectivo de afectados por conflictos en Salud Mental.

Nuevos Hospitales en la anterior legislatura

A lo largo de las diferentes intervenciones de los expertos ha quedado claro que el método P.F.I. permite, a los gobiernos que lo elijen, rentabilizar políticamente la construcción de nuevas estructuras sin gasto aparente alguno de inversión. Pero estos hospitales, por el sistema elegido para su construcción y mantenimiento no sanitario, resultan extraordinariamente caros. Prolongan la amortización de obra y, explotación del hospital a 30 años, donde se paga seis veces su valor y se tiene poca o nula posibilidad de reversión, por el alto coste que supondría.

Ha quedado constatado, a través de numerosos informes, la falta de adaptabilidad de estos hospitales a una sociedad cambiante tecnológica, demográfica y socialmente.

No puede más que llamarnos al sarcasmo que unos hospitales cuya financiación se realiza de acuerdo con el concepto acuñado por los responsables sanitarios de la CM de "solidaridad intergeneracional", sea avalado por el mismo grupo político que ante la coyuntura económica actual habla críticamente del endeudamiento de dos generaciones para salir de la crisis económica con el menor daño social posible.

A lo largo de la Comisión, el PP y algunos comparecientes han establecido una comparación interesada, con el claro objeto de confundir, entre los procesos de externalización de servicios no sanitarios dependientes de la gerencia sanitaria pública, cafetería, vending, aparcamiento... con los servicios de ámbito sanitario en sentido estricto, como los celadores o admisión.

Confundir esta externalización puntual, y no estructural de servicios específicos, con la explotación a largo plazo por una empresa sobre la que la Administración no puede tomar ninguna decisión que no esté contemplada en un convenio a 30 años, es, evidentemente, un falso argumento. Mucho más cierto si entendemos que estos hospitales que, aunque de titularidad pública, son propiedad de la UTE concesionaria y gobierna, en una gerencia diferenciada, servicios fundamentales para la marcha satisfactoria del hospital.

Es cierto que acercan la asistencia a los ciudadanos aunque sólo para patologías poco complejas ya que, por su escasez de medios, en muchas ocasiones los pacientes tienen que acudir a los grandes hospitales para la resolución de su problema de salud, esto justifica el aumento de un 15% en el número de urgencias reconocido por el Consejero de Sanidad.

Todo el proceso de dotación de personal sanitario ha sido de una opacidad espectacular, obviando las circunstancias, mérito, capacidad y transparencia consustanciales con los empleos públicos. Sentencias judiciales avalan la ilegalidad del proceso.

Los gerentes sanitarios tienen una dificultad añadida por el aumento de la burocracia que conlleva la duplicidad de responsables en la gestión diaria y por la necesidad de acuerdos constantes con las empresas concesionarias.

En la Comunidad de Madrid no se han aumentado los recursos humanos que eran necesarios para atender adecuadamente el aumento de población y los nuevos hospitales. Se oferta la reorganización de efectivos sin planificación previa, adjudican los puestos sin aportar transparencia al proceso y vacían los hospitales tradicionales de profesionales jóvenes que no van a ser cubiertos, ya que sus planes funcionales prevén una disminución significativa en su número de camas. Si se cumplen las previsiones de los responsables políticos actuales, a final de la legislatura no habrá más camas hospitalarias en la Comunidad de las que había al comienzo de la construcción de los nuevos hospitales.

La fórmula de concierto por concesión administrativa a la multinacional Apax-Capio, del Hospital Infanta Elena, pone de manifiesto la improvisación y la falta de evaluación de alternativas, al elegir una fórmula de gestión que más allá de la crítica legítima al modelo, ha demostrado en el Distrito Sanitario de la Rivera en la Comunidad Valenciana su fracaso, el llamado Alzira I.

Hospitales previstos para esta legislatura

El Contrato de Obra Pública unido a la Concesión Administrativa ha sido el modelo elegido para los nuevos hospitales de esta legislatura: Torrejón, Móstoles, Collado Villalba y Carabanchel.

Esta fórmula externaliza a una empresa privada con ánimo de lucro todo el servicio sanitario público de la población de un territorio y lo hace en régimen de monopolio, cerrando cualquier posibilidad a la integración entre la Atención Primaria y la Atención Especializada Hospitalaria y sembrando de incertidumbre la existencia de la Atención Especializada Extrahospitalaria.

La radicalización de esta fórmula está generando en Madrid monopolios de determinadas empresas privadas que compiten entre sí y que limitan extraordinariamente la capacidad de actuación de la Administración pública, limitada a un mero papel de intermediario financiero, condicionada a observar el cumplimiento de los contratos sin ninguna posibilidad de toma de

decisiones político sanitarias de acuerdo con los cambios demográficos y de morbilidad que redunden en beneficio de los ciudadanos madrileños.

La quiebra de las entidades privadas que administran un servicio público en régimen de monopolio territorial supone un riesgo político inasumible.

La intención del actual gobierno de Madrid de implantar este modelo en el Hospital de Torrejón y con toda probabilidad en los de Collado Villalba, Móstoles y Carabanchel sin debate público, sin informe alguno con el que justificar una decisión tan grave e importante para el futuro, es un grave error político que puede hacer imposible cualquier consenso político sobre la Sanidad en la Comunidad de Madrid

Es evidente el desprecio de la Consejería de Sanidad hacia la actividad parlamentaria en la Asamblea de Madrid, al anunciar el concurso para el hospital de Torrejón, o el Área Única, mientras esta Comisión desarrollaba sus trabajos sin esperar a sus conclusiones.

El Pacto de Estado en Sanidad que propugna el Ministerio de Sanidad y Política Social, tan bien recibido por las fuerzas políticas, profesionales y sociales de España, sólo será posible si previamente se consiguen estos pactos en las diferentes Comunidades Autónomas.

RECOMENDACIONES DEL GRUPO PARLAMENTARIO SOCIALISTA PARA UNA NUEVA POLÍTICA DE PROGRESO EN LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN SANITARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

NUESTRA POSICIÓN:

Madrid no puede seguir con el actual proceso de deterioro y confrontación en su sistema público de Salud. La Sanidad es un tema demasiado importante para los ciudadanos, como para exigir y exigimos un gran esfuerzo de construcción de propuestas que permitan recuperar la senda de la racionalidad y del consenso básico entre todos los agentes políticos, sociales y ciudadanos.

Creemos que estas líneas permiten cimentar el futuro; y por ello, incluso si no son atendidas adecuadamente desde el Gobierno de la Comunidad de Madrid, nosotros nos vamos a comprometer a convocar a una serie de grupos de trabajo para que las hagan propias y las enriquezcan con análisis y reflexiones en clave técnica y ciudadana. Estamos convencidos que esta senda permitirá construir el edificio de propuestas para revitalizar el Sistema Público de Salud de Madrid, y que esta será una casa para todos: de amplia base, y de largo alcance.

Tres "ideas fuerza" estructuran nuestra propuesta: a) el ***buen gobierno de la sanidad***, porque la calidad democrática es condición de eficiencia social; b) el ***rediseño del SERMAS***, para basarlo en integración y competencia en vez de fragmentación y competitividad; y c) la propuesta de cimentar un ***contrato social*** que recoja el compromiso renovado de los pacientes, profesionales, agentes sociales, partidos políticos y ciudadanos para garantizar el futuro de nuestro sistema público de salud como patrimonio compartido de todos los madrileños.

UN BUEN GOBIERNO DE LA SANIDAD DE MADRID

El buen gobierno es un tema esencial para la vida colectiva, tanto a nivel internacional como en nuestro país, en la vida empresarial, en la actividad política y en el funcionamiento de las instituciones y centros y, como no, en las políticas públicas. Es necesario desarrollar:

1) Los valores del buen gobierno como punto de encuentro: Una sanidad de todos y para todos

La sanidad no es de los políticos; es de los ciudadanos. Pero la política sanitaria debe buscar consensos en aspectos básicos que den confianza y seguridad jurídica, y eviten las tentaciones siempre presentes de sectarismo ideológico y oportunismo partidario.

Una nueva cultura democrática, política y parlamentaria, incorporando al gobierno de las instituciones, valores y métodos de trabajo que faciliten que la sanidad trascienda de la aritmética parlamentaria.. y ahora la gestión de lo público al escrutinio y participación de la ciudadanía.

Para ello debemos apuntarnos a cuatro fórmulas de buen gobierno que se usan en muchos países y sectores:

- La existencia, en todas las instituciones, de **órganos colegiados de gobierno (Juntas/Consejos de Gobierno)**, ante los que respondan **gestores profesionales**, seleccionados por su capacidad;
- Una **cultura de la información y la transparencia**.
- **Libros blancos** para estudiar problemas y formular anticipadamente las políticas a desarrollar, de forma que puedan ser conocidas y recibir críticas y sugerencias, política basada en la evidencia de lo que funciona.
- **Experiencias piloto** para que al emprender cambios en sistemas complejos puedan ensayarse los cambios, evaluarse los problemas y rectificar los fallos antes de su generalización;

2) Madrid comprometida con el Sistema Nacional de Salud. Impulso a políticas nacionales, colaboración con CCAA próximas y creación de masa crítica de ciencia e innovación.

Proponemos tres líneas de rectificación para que Madrid vuelva a ser no sólo el centro geográfico, sino también el corazón del SNS:

- Defender cambios en el sistema de gobierno del SNS (el Consejo Inter-territorial) que permitan tener una **política común y concertada** en materias de salud pública y servicios sanitarios.
- Restablecer el **pacto de coordinación de servicios con las CCAA de Castilla la Mancha, Castilla y León, Extremadura, y otras CCAA** que se comenzó en 2002.
- Concertar con el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Ministerio de Innovación y el Instituto Carlos III, un conjunto de líneas especiales de **colaboración en el ámbito de la investigación**.

3. Reconstruir y fortalecer el capital técnico y planificador de la sanidad pública de Madrid: Crear racionalidad planificadora.

Es necesario reorganizar y construir capacidad técnica y planificadora para poder acometer el buen gobierno de la sanidad de Madrid, y para ello proponemos trabajar en tres direcciones:

- Reordenar y **fortalecer los recursos técnicos de planificación** de la red sanitaria pública de Madrid.
- **Revisar, auditar y evaluar las contrataciones externas**, en general, de toda la función contractual con el sector privado, para establecer si ésta se ha desarrollado con las garantías jurídicas y la eficiencia esperable y en función de este análisis, establecer las alternativas que mejor encajen en el esquema general de planificación sanitaria regional.
- Consensuar un **modelo de decisión participativo y abierto**, que permita que aquellas inversiones que condicionarán el futuro de la sanidad madrileña se hagan con la necesaria fundamentación planificadora, solvencia financiera y consenso con los diferentes agentes ciudadanos e institucionales afectados.

A tal fin se conformará un OBSERVATORIO, participado por las organizaciones políticas, sociales y profesionales de la CAM, independiente de la Consejería de Sanidad cuya dependencia funcional y presupuestaria será de la Asamblea de Madrid.

3) *Ética pública y sanitaria como guía para el buen gobierno: Más ética sanitaria pública y menos de mercado.*

Buen gobierno de lo público, compromiso profesional con el paciente, y estímulo de liderazgo basados en excelencia y ética.

4) *Reconstruir la Salud Pública en los dos escenarios: gubernamental y de atención sanitaria: Salud Pública y Salud de la Población.*

Políticas de gobierno para la salud, reconstruir la estructura de salud pública, y nuevos retos de salud mental y bienestar.

REDISEÑO DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

El criterio más actual de excelencia implica conectar en red una serie de componentes de alta calidad; la palabra clave es **integración**; un solo elemento, por excepcional que sea, no configura una organización de calidad y excelencia. El principal error cometido ha sido la **perdida de densidad de red**, la disgregación y fragmentación organizativa, técnica y moral del Servicio Madrileño de Salud.

A la falta de una visión de conjunto y al efectismo de hacer cosas llamativas que obtuvieran apoyos y votos se añadió una **sobre-valoración de las virtudes de la producción privada de servicios** y de la capacidad de obtener eficiencia vía competencia.

Sin ninguna reflexión, evaluación o análisis público, se van rompiendo poco a poco los consensos tácitos anteriores (Ley 15/1997) emprendiendo un **sendero que desvela claramente la preferencia absoluta por la gestión privada y la desconfianza en la gestión pública** que pasaría a ser el modelo residual y "a extinguir" con el que no hay más remedio que cohabitar.

Puede decirse que no existe privatización en el ámbito financiero; en efecto, el consenso sobre mantener el carácter público de la financiación y el aseguramiento parece que no ha sido sometido a grandes cuestionamientos.

Pero es difícil ocultar que en la provisión-producción de servicios sanitarios el Gobierno de la Comunidad de Madrid ha mostrado una **preferencia sistemática y sostenida a favor de formas de externalización** cada vez más amplias y radicales

Los socialistas entendemos que es necesaria una modernización intensa del Sistema Sanitario, abierta a la innovación, pero **anclada en los valores de la buena gestión pública**, formulamos las siguientes **diez líneas de trabajo** para rediseñar el Servicio Madrileño de Salud sobre la base de la integración y la competencia técnica, y no sobre la fragmentación y la pseudo competitividad empresarial.

- 1- **SERMAS como Red Pública Autónoma para estructurar el gobierno de áreas y centros. Servicio público, integrado en red, descentralizado y emprendedor.**

Rediseñar el SERMAS como ente público superior que articula en su red el conjunto de entidades gestoras para un gobierno integrado.

- 2- **SERMAS como Organización Sanitaria Integrada. Áreas de Salud para asegurar la planificación y asignación de recursos, la integración de servicios, y la gestión autónoma y responsable.**

Gobierno y gestión integrada desde las Áreas de Salud para responder a necesidades, demandas y preferencias.

- 3- **Un SERMAS basado en la Atención Primaria del Siglo XXI. Revitalizar la atención primaria para responder al reto de la integración, la calidad y la inter-sectorialidad.**

Relanzamiento del papel del médico personal y la enfermera comunitaria, como agentes del paciente y motores del nuevo SERMAS.

- 4- **SERMAS como Organización de Alta Resolución basada en Atención Primaria. Reorganizar la atención especializada básica o de proximidad para la atención continuada y resolutive de procesos.**

Reorganizar la atención especializada de proximidad para el apoyo de atención primaria y la gestión integrada de casos y enfermedades.

- 5- SERMAS como vértice de la red española de alta especialización. Estructurar e impulsar la alta especialización del SNS desde Madrid: Una política para el gran hospital público de Madrid.**

Fomento de las relaciones intra e inter comunitarias de las especialidades médicas para articular servicios y unidades de alta especialización.

- 6- SERMAS – 24 horas y 365 días a su servicio. Buscar un consenso social y profesional para adecuar y mejorar la atención no programada y el transporte sanitario.**

Reordenar de forma integral todos los dispositivos de asistencia no programada, transporte sanitario e información al público.

- 7- SERMAS como base de un sub-sistema socio-sanitario de Salud Mental. Rediseñar la estructura de salud mental para abordar objetivos y servicios sanitarios y sociales.**

Revitalizar el modelo comunitario desde las áreas de salud, ensayando innovaciones organizativas para abordar la intersectorialidad.

- 8- SERMAS como gestor inteligente de la innovación. Revitalizar el uso racional del medicamento y la tecnología.**

Crear las estructuras de gestión del conocimiento para un desarrollo e innovación segura, efectiva, eficiente y de calidad.

- 9- SERMAS como Plataforma integrada de Servicios. Mancomunando la gestión de procesos comunes a todas las áreas.**

Aprovechando las economías de escala y gestión regional para una mayor calidad y eficiencia.

10- SERMAS como Organización Abierta y Accesible. Más cerca de los que tienen menos oportunidades.

Acercar la sanidad pública a grupos con desventajas sociales y problemas de exclusión.

PROPICIAR UN NUEVO CONTRATO SOCIAL PARA UN SISTEMA PÚBLICO DE SALUD SOSTENIBLE

Los sistemas públicos de salud no son sólo una estructura técnica de prestación de servicios; son una pieza fundamental de la arquitectura ciudadana y uno de los pilares de la propia identidad y cohesión social. Por eso debemos defender que, en Madrid, la sanidad pública debe trascender al viejo paradigma de la "beneficencia" (que desde la jerarquía del poder tiende a equiparar pacientes a súbditos), y evitar también el espejismo del nuevo paradigma de "cliente" (que desde la ideología dominante de mercado desvirtúa la relación entre paciente y servicios sanitarios públicos como si fueran transacciones comerciales). Ni súbditos ni clientes: ciudadanos. Pero para que este nuevo paradigma emerja, se precisa activar un modelo de ciudadanía activa, comprometida, que asuma que la sanidad es un patrimonio de todos, y que sólo contribuyendo a su gobernabilidad y sostenibilidad se puede asegurar una sanidad de alta calidad y para todos.

Básicamente podrían distinguirse varios planos o "contratos sociales" diferenciados: con los pacientes (porque cuando alguien enferma su conciencia y preocupaciones difieren de las del ciudadano y contribuyente); con los profesionales (porque ellos constituyen la esencia científica y técnica que permite que los recursos y servicios adquieran efectividad y calidad), con los agentes sociales (porque los trabajadores son co-propietarios y protagonistas del sistema público de salud) y finalmente con los ciudadanos (como financiadores y agentes que ostentan la titularidad del sistema y sostienen su legitimidad). Apuntaremos unas líneas de una agenda que por su naturaleza tiene que redactarse de forma muy amplia y abierta.

1. Contrato social con los pacientes, cuyos contenidos deberían ser al menos:

- Médico personal de atención primaria reforzado en su papel de médico de atención inmediata.
- Enfermería Comunitaria.
- Médico de referencia en el hospital
- Garantías de demora adecuadas, y selectivas.
- Derecho efectivo de elección de médico personal y de hospital a través de esquemas integrados (servicios del área de salud), y reforzados con mecanismos de segunda opinión y derivación autorizada.
- Un sistema eficaz de tramitación de quejas y reclamaciones.
- Fortalecimiento de los recursos y enfoque de la bioética.
- Reforzamiento de los mecanismos de respeto a la voluntad de los pacientes en relación con su atención médica, especialmente muerte sin dolor y sin encarnizamiento terapéutico
- Garantías de confidencialidad y de acceso a la información de la propia historia clínica;
- Cultura de excelencia en el servicio y atención e información personalizada.

2. Contrato social con los profesionales.

La revitalización de este contrato social es clave en el futuro de la sanidad pública. Su objetivo es renovar el compromiso de los sanitarios con los valores éticos de su profesión, modernizar sus estructuras organizativas de modo que sean útiles a la sociedad y al papel que corresponde a las profesiones sanitarias en la sociedad. Es importante para los profesionales:

- Modernizar por leyes autonómicas específicas de los colegios de todas las profesiones sanitarias.
- Reforzar los valores éticos de las profesiones.
- Regular tanto normativamente como por códigos de conducta consensuados los conflictos de interés existentes.
- Promover la formación y el liderazgo en gestión clínica.
- Desarrollar un esquema de desarrollo profesionales para los médicos residentes
- Revitalizar la formación de grado y especializada de enfermería.

3. Contrato social con los agentes sociales.

Los trabajadores, a través de sus organizaciones sindicales representativas, tienen mucho que aportar y pueden prestar un elemento clave de legitimidad a los cambios que el sistema precisa; hablamos de trabajadores, tanto del sector sanitario, como en un sentido más amplio, del conjunto de los trabajadores que históricamente, con sus cuotas, han aportado los activos sanitarios sobre los cuales se han construido las redes del Sistema Nacional de Salud.

Todos los temas anteriores les incumben en mayor o menor medida, aunque los que a continuación se reseñan pueden tener una mayor especificidad:

- Modelo de gobierno y gestión de la red sanitaria del SERMAS
- Participación y compromiso de los agentes sociales en la determinación de objetivos generales del SERMAS
- Evaluación de los instrumentos de negociación existentes y propuestas de mejora
- Órganos de gobierno colegiados para las áreas de salud y centros sanitarios públicos
- Profesionalización de directivos y gestores sanitarios y sistemas de nombramiento por méritos, rendición de cuentas, evaluación de desempeño y ceses motivados.
- Búsqueda de mejoras del modelo estatutario para agilizar y ajustar la cobertura de vacantes en función de las necesidades del puesto.
- Formulas de arbitraje para solucionar los conflictos sociales en la sanidad pública.
- Búsqueda de esquemas alternativos para la negociación colectiva en el sector público sanitario, que equilibre adecuadamente objetivos sociales y aspiraciones laborales, disminuyendo el potencial de conflictos.

4. Contrato social con los ciudadanos.

Una sanidad para pobres acaba siendo una pobre sanidad. Nuestro reto es legar a las generaciones venideras un sistema público de salud que usen todos los ciudadanos; ellos son sus propietarios que no accionistas, y a todos y cada uno de nosotros, en base a la condición de ciudadanía sanitaria, nos corresponde cuidarlo, potenciarlo y exigir un buen uso de los recursos destinados al mismo.

Existe, por lo tanto, una agenda de temas de ciudadanía activa, sanitaria y social, que incluiría entre otros estos temas:

- Desmedicalización del malestar y capacidad de asumir a través de redes sociales y familiares el soporte humano y afectivo a los problemas de la vida cotidiana.
- Apoyar la acción social orientada a la salud.
- Activar la participación ciudadana en los órganos colegiados de gobierno de área y/o centro sanitario del SERMAS.
- Formular y aplicar los derechos de ciudadanía sanitaria.
- Formular y propiciar las obligaciones de ciudadanía.