



Diagnóstico
de la salud
y del sistema sanitario
de la Comunidad de Madrid



2018

Este documento ha sido elaborado por un grupo de trabajo constituido por:

- Comisiones Obreras de Madrid. CCOO. <http://www.madrid.ccoo.es/>
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid. FADSP. <http://www.fadsp.org/>

Con la colaboración de:

- Asociación de Planificación Familiar de Madrid. APFM. <http://apfm.es/>
- Asociación Madrileña de Salud Mental. AMSM. <https://amsm.es/>

Recopilación y colaboración técnica:

- Madalina Georgiana Crisbasianu.



ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	3
2.	DETERMINANTES DE LA SALUD.....	4
2.1.	Aspectos demográficos	4
2.2.	Aspectos socioeconómicos	5
2.3.	Hábitos y estilos de vida.....	8
2.4.	Entorno.....	10
2.5.	Siniestralidad laboral	13
3.	INDICADORES DEL NIVEL DE SALUD.....	17
3.1.	Autopercepción de salud	17
3.2.	Esperanza de vida	17
3.3.	Mortalidad	18
3.4.	Morbilidad	20
3.5.	Dependencia.....	21
4.	LEGISLACIÓN	23
5.	LA PRIVATIZACIÓN SANITARIA.....	27
6.	FINANCIACIÓN Y GASTO.....	40
7.	RECURSOS SANITARIOS	46
7.1.	Atención Primaria	46
7.2.	Atención Especializada	58
7.3.	Atención a la urgencia.....	66
7.4.	Salud Mental.....	69
7.5.	Salud sexual y reproductiva	74
7.6.	Atención sanitaria privada	86
7.6.1.	Aseguramiento	89
7.6.2.	Centros sanitarios	89

7.6.3.	Práctica privada	90
8.	COBERTURA SANITARIA	91
8.1.	Servicio Regional de Salud	91
8.2.	Mutualidades del funcionariado.....	92
8.3.	Seguros privados	93
8.4.	Exclusiones y otras situaciones	94
9.	RESULTADOS DEL SISTEMA SANITARIO.....	96
9.1.	Funcionamiento de los hospitales públicos.....	96
9.2.	Opinión de la ciudadanía sobre el funcionamiento del sistema sanitario	99
9.3.	Participación comunitaria	104
10.	POLITICA FARMACÉUTICA.....	105
10.1.	Gasto farmacéutico	105
10.2.	Calidad y problemas en la utilización de medicamentos	111
11.	CONCLUSIONES Y TENDENCIAS IDENTIFICADAS	115
12.	RECOMENDACIONES.....	124
13.	BIBLIOGRAFÍA	127



1. INTRODUCCIÓN

La Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (2001) establecía en su artículo 55.2 que una de las tareas de la Autoridad en Salud Pública era *La elaboración del Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid*, el último de los cuales se publicó en 2016 con indicadores de 2015, pero no existe un Plan de Salud de la Comunidad de Madrid ni un esfuerzo en integrar la situación de salud y servicios sanitarios.

Por este motivo desde Comisiones Obreras de Madrid y la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid nos hemos impuesto la tarea de realizar este Informe sobre la Situación de la Salud y el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid. Con el fin de que este pueda servir para ofrecer algunas claves importantes a la hora de intervenir en la política sanitaria de nuestra Comunidad.

Es obvio que esta tarea debería haber sido abordada por la Consejería de Sanidad y/o por el Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid. En este último caso resulta imposible ya que el organismo máximo de participación sanitaria en Madrid fue eliminado durante los gobiernos de Esperanza Aguirre – y nunca recuperado –, y la Consejería de Sanidad no parece tener interés en avanzar en la elaboración de instrumentos de análisis y planificación porque chocan con sus políticas de privatización y del creciente papel del mercado en la organización – más bien desorganización – de la Sanidad madrileña.

La ausencia de transparencia de nuestro Sistema Sanitario Público, incrementada por las privatizaciones, provoca una falta de acceso a la información que limita, de forma evidente, el conocimiento y que tiene sus efectos en este Informe. La actualización y publicación constante de los datos y su evolución, debe entenderse como una obligación de las Administraciones garantizando a la ciudadanía su derecho a la supervisión de un patrimonio propio como la Sanidad Pública. A pesar de estos obstáculos, creemos que la tarea merecía la pena y que este Informe puede ser de utilidad para quienes trabajan por una Sanidad Pública de calidad. A la vez pretendemos que sea un acicate para que las Administraciones Públicas trabajen en la línea de favorecer la información y el análisis sobre los servicios públicos fundamentales.



2. DETERMINANTES DE LA SALUD

La crisis económica mundial de 2008 ha tenido graves consecuencias en nuestro país, las cuales, a pesar de los datos macroeconómicos favorables de los últimos tiempos, seguimos sufriendo en la actualidad en múltiples aspectos.

Para poder hacer una valoración de los factores determinantes de la salud y los indicadores del nivel de salud de la población de la Comunidad de Madrid, es muy interesante observar la evolución, en cifras, de aspectos como la demografía, las migraciones, el paro, las desigualdades, el riesgo de pobreza, el nivel de vida, etc., tanto en España como en la Comunidad de Madrid. En estos datos se reflejan con claridad las consecuencias de la crisis económica.

2.1. Aspectos demográficos

A lo largo de los últimos 20 años del siglo XX la Comunidad de Madrid se mantuvo en cifras de población estables, produciéndose un notable incremento demográfico en el primer decenio del siglo XXI.

Esto cambia en el año 2008 que, coincidiendo con la crisis económica global, se produce una gran pérdida de población. Este descenso poblacional se hace notable en todo el país, pero se da de manera desigual en las Comunidades Autónomas.

Así, en la Comunidad de Madrid, el crecimiento relativo interanual entre 2010 y 2013 fue de -0,40%, siendo en el conjunto del estado de -0,34% en el mismo período.

El crecimiento migratorio exterior, en el primer trimestre de 2013, es de -44.111 personas, siendo de -124.915 personas a nivel del país. Esto se da fundamentalmente por el éxodo de inmigrantes que pasan en la Comunidad de Madrid, del 16.72% de la población el 1 de enero de 2010, al 13.1% en 2017.

Ese descenso del porcentaje de población inmigrante se da también en el conjunto del Estado con aproximadamente tres puntos menos entre 2010 y 2017. Puede observarse en la siguiente tabla (tabla 1):

Tabla 1: Aspectos Demográficos

	COMUNIDAD DE MADRID		ESPAÑA	
	2010/13	2016/17	2010/13	2016/17
Población	6.373.532	6.476.838	47.021.031	46.698.569
Crecimiento relativo interanual	-0.40%	0.46%	0.53%	0.21%
Crecimiento migratorio exterior	-44.111	Saldo migratorio exterior 15.699	Saldo migratorio exterior -124.915	Inmigración: 237.115 Emigración: 184.189 Saldo migratorio: 52.926
Porcentaje población >65 años	948.049 14.8%	1.144.297 18%	9.560.719 20%	8.764.204 18.8%
Porcentaje población Menor de 15 años	1.010.201 16%	1.091.131 17%	7.070.597 15%	7.435.938 16%
Porcentaje población inmigrante	1.079.944 16.72%	864.465 13.1%	5.747.734 12.22%	Total: 4.464.997 9.52%

Fuente: Elaboración propia con datos de "Informe de salud de la Comunidad de Madrid, INE y Ministerio de Sanidad

2.2. Aspectos socioeconómicos

En cuanto a las variables socioeconómicas, es muy interesante observar los datos correspondientes a 2007 – previos a la crisis – con los de 2010, en la que se produce el mayor aumento en la tasa de paro tanto en la Comunidad de Madrid como en el resto de España.

En los datos de la EPA del primer trimestre de 2018, se observa un descenso de algo más de dos puntos en la tasa de paro con relación a la de 2010 en la Comunidad de Madrid, frente a los 3,5 puntos del Estado para el mismo período. Esto se puede ver en la siguiente tabla:



Tabla 1. Paro y población activa	COMUNIDAD DE MADRID			ESPAÑA		
	2007 (4T)	2010 (4T)	2018 (1T)	2007 (4T)	2010 (4T)	2018 (1T)
Ocupados (miles)	3.073,8	2.898,4	2.948,9	20.476,9	18.408,2	18.874,2
Parados (miles)	209.4	542.0	456.2	1.927,6	4.696,6	3.796,1
Tasa actividad	63.90 %	65.30 %	63.27 %	59.12 %	59.99 %	58.46 %
Tasa de paro	6.38 %	15.75 %	13.40 %	8.60 %	20.33 %	16.74 %

Fuente: Elaboración propia con datos de la EPA

Así mismo, ciertos parámetros que miden los ingresos medios por persona – y el porcentaje de riesgo de pobreza – sitúan a la comunidad de Madrid proporcionalmente, en escalas de menor afectación en comparación con el resto de Comunidades Autónomas.

Sin embargo, frente a estos datos, los factores que comparan el riesgo de pobreza según el nivel de formación, tipo de hogar y actividad, sitúan a la Comunidad de Madrid por debajo de la media estatal; tanto en 2011 como en 2016. Lo cual puede verse en la siguiente tabla:

	COMUNIDAD DE MADRID		ESPAÑA	
	2011	2016	2011	2016
Ingresos medios 1 persona	11.046 €	13.099 €	9.321 €	11.074 €
Umbral riesgo Pobreza (hogares con 1 Persona)	8.358 €	8.011 €	7.509 €	8.522 €
Riesgo de pobreza Porcentaje	15.9 %	16.9%	21.8 %	21.6 %
Riesgo pobreza por Nivel de formación	Ed. Sup: 9.3 (F3) Ed. Sec. 1ª etapa: 24.3	Ed sup: 10.6 (F4) Ed sec. 1ª etapa: 36.2	Ed. Superior: 10.0 Ed Sec. 1ª etapa: 25.8%	Educ. Superior: 9.7% Secundaria 1ª etapa: 27.1%
Riesgo de pobreza por Tipo de hogar	2 adultos sin hijos dep: 19.0 1 adulto con 1 o más dep: 42.3	2 adultos sin niños dep: 15.8 1 adulto con 1 o más depend: 52.4	Sin niños dependientes:18.6% 1 adulto con 1 o más dep: 38.9%	Sin niños dependientes:16.3 % 1 adulto con 1 o más depend: 40.6 %
Riesgo pobreza según actividad > 16 años	Jubilados: 14.2 Parados: 45.0	Jubilados: 7.8 Parados: 52.8	Jubilados: 16.2 % Parados: 35.8 %	Jubilados: 13.1 % Parados: 44.6 %



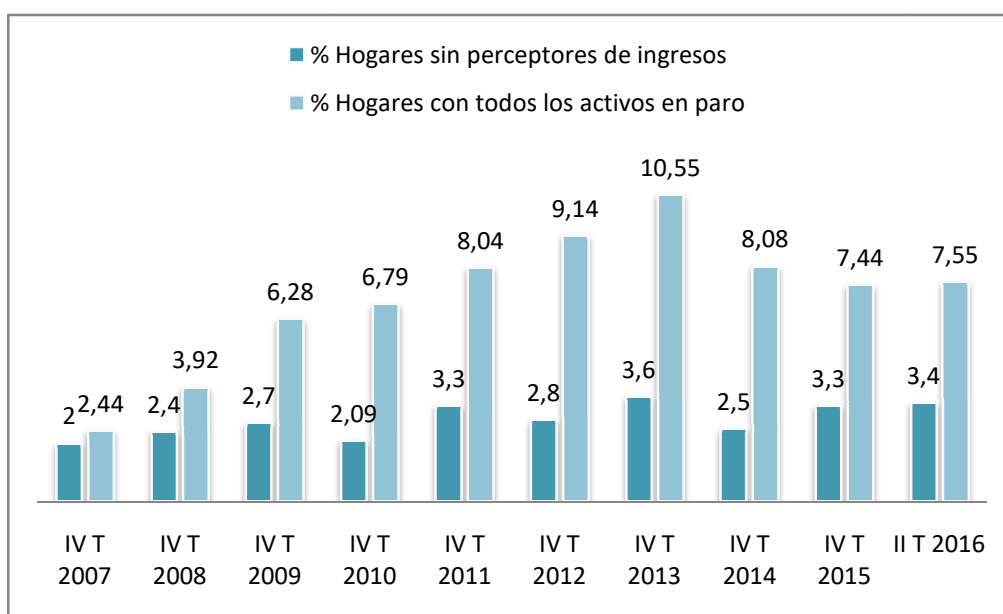
Con respecto al nivel de formación, es importante señalar que para las personas con educación superior el porcentaje de riesgo de pobreza no experimenta mucha variación entre la Comunidad de Madrid y el conjunto del Estado en los años mencionados.

Mientras que, para las personas con educación secundaria de 1ª etapa, el porcentaje es 9 puntos superior en la Comunidad de Madrid frente al total del Estado en 2016. (36.2% frente al 27,1% del Estado).

También los hogares de un adulto y uno o más dependientes, alcanzan en 2016 un porcentaje mucho mayor de riesgo de pobreza en la Comunidad de Madrid en 2016; casi un 12% más.

Lo mismo que la proporción de parados en riesgo de pobreza, que en 2016 es en el Estado un 44,6% y en la Comunidad de Madrid se sitúa en el 52,8% (puede verse en la tabla 3).

En el año 2016, según datos de CCOO basados en la EPA y en Informes sobre el mercado de trabajo de la Comunidad de Madrid, se contabilizan 87.000 familias en emergencia social en la comunidad, con el 3,4% de los hogares sin ningún perceptor de ingresos, y el 19,7% con la mitad de sus miembros desempleados.



Fuente: Informe sobre mercado de trabajo de la Comunidad de Madrid. Secretaría de Política Social e Igualdad CCOO Madrid.



NÚMERO DE HOGARES SIN PERCEPTORES DE INGRESOS

IV T	IV T	IV T	IV T	IV T	IV T	IV T	IV T	IV T	IIT
2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
45.100	55.100	63.900	69.800	81.400	70.800	90.300	73.800	84.800	86.800

Fuente: Informe sobre mercado de trabajo de la Comunidad de Madrid. Secretaría de Política Social e Igualdad CCOO Madrid

Por último, señalar el impacto que la pobreza tiene en los hogares y en sus condiciones de vida, con efectos directos en la salud. El 56,6% de las familias madrileñas reconocen tener dificultades para llegar a fin de mes y el 32% no pueden afrontar gastos imprevistos. Así mismo, el 7% de los hogares viven en situación de pobreza energética (no poder mantener la vivienda a una temperatura adecuada)

2.3. Hábitos y estilos de vida

Según la Encuesta Nacional de Salud 2017, publicada en junio de 2018, parece que tanto el consumo de tabaco como el de alcohol mejoran ligeramente, a expensas de la población más favorecida económicamente, así como el aumento de la actividad física y el consumo de frutas.

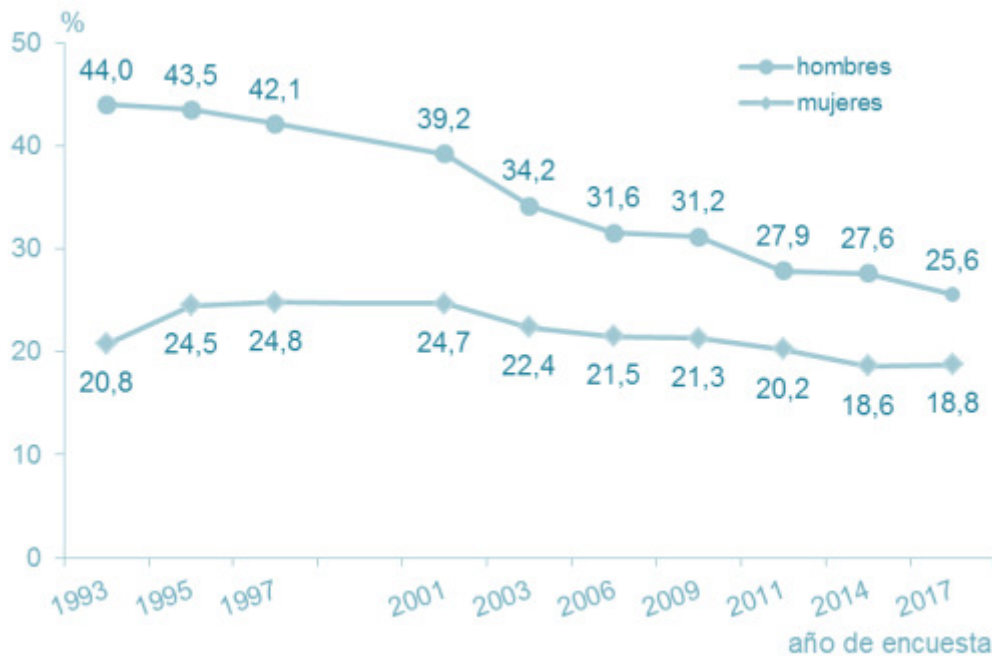
El consumo diario de tabaco continúa bajando desde 1993, básicamente a cuenta de los hombres ya que, desde esas fechas ha descendido su consumo en ellos unos 18 puntos; mientras que en las mujeres sólo ha disminuido 2 puntos desde 1993.

En España en 2017, el consumo diario de tabaco era del 22,8% de la población mayor de 15 años (25,6% hombres frente a 18,8% mujeres).

En este mismo año, en la Comunidad de Madrid, fuma a diario el 19% de los mayores de 15 años (22,15% hombres frente a 16,6% mujeres).



Puede observarse esta tendencia en el siguiente gráfico de la Encuesta Nacional de Salud de 2017:



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2017

Otro determinante importante de la salud es el Índice de Masa Corporal (IMC), que presenta una gran disparidad según la clase social y que, comparando las cifras de obesidad en la población mayor de 18 años, en España afecta en 2017 al 17,4% (18,2% hombres frente a 16,7% mujeres) y en la Comunidad de Madrid al 15,87% (17,12% hombres frente a 14,73% mujeres).

Según la ENSE 2017, la disparidad existente entre clases sociales sitúa a nivel del estado el 7,3% de mujeres de clase I y el 15,4% de mujeres de clase IV.

También continúa aumentando la obesidad infantil: entre los 2 y los 17 años encontramos un 10,3% de población infantil con un alto IMC. Siendo de un 5,4% en la clase I frente a un 15,4% en la clase VI.

La alimentación es un factor decisivo en la obesidad y, por tanto, los hábitos alimentarios son uno de los elementos más importantes.



Así, el consumo diario de frutas, verduras y hortalizas es mayor en mujeres que en hombres, predominando las frutas en ambos sexos (69% mujeres frente al 58% hombres) frente a las verduras y hortalizas (46% mujeres frente al 35% hombres).

Por otro lado, es significativo el consumo diario de dulces entre la población de 1 a 14 años (el 44,4%); destacando también el consumo diario de refrescos azucarados entre jóvenes de 15 a 24 años.

En definitiva, la obesidad en nuestro país ha sufrido un incremento espectacular en los últimos 30 años, siendo un 7,4% en 1987 y llegando al 17,4% en 2017; y afectando en una proporción muy importante a la clase social más desfavorecida, la VI.

Otro elemento decisivo para determinar el nivel de salud de una población es la actividad física. En España, en los últimos años, la población se ha tornado más sedentaria, tanto en su actividad laboral como en su tiempo de ocio.

El 38% de la población reconoce realizar sentada su actividad principal, elevándose esta proporción al 50,89% en la Comunidad de Madrid – con cifras muy semejantes en ambos sexos.

El ocio sedentario – especialmente la televisión, leer, el ordenador, etc. – lo reconoce el 37,8% de los mayores de 15 años, aunque parece detectarse una ligera tendencia descendente, siendo mayor la proporción en mujeres que en hombres.

También es más frecuente el sedentarismo en las clases sociales más desfavorecidas: 46,7% en la clase VI frente al 24,3% de la clase I.

El 35,3% de la población entre 15 y 69 años no cumple los criterios de actividad física recomendados por la OMS.

Por otro lado, el consumo habitual de alcohol presenta una tendencia ligeramente a la baja, especialmente en jóvenes.

En el conjunto del estado es el 36,5% de la población, mientras que en la Comunidad de Madrid representa el 31,77% (37,28% hombres frente a 26,81% mujeres).

2.4. Entorno

El medio ambiente – y el cambio climático – es un tema cada vez más prioritario e importante en el contexto político y social, pues las consecuencias de esto cada vez son

mayores e implican en gran medida la salud de las personas y, por ende, el futuro del planeta.

De hecho, el INE, en sus publicaciones "Indicadores de Calidad de Vida", contempla el Entorno y Medio Ambiente en la dimensión 8 de 9:



Fuente: *Indicadores de Calidad de Vida, 2016 INE*

En el "Informe de Calidad del aire en España 2016", publicado por el Ministerio de Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente, se recoge en sus conclusiones una mejora en las cifras de dióxido de nitrógeno con respecto a 2016, superándose el valor límite anual en las ciudades de Madrid, Barcelona, Granada y Valencia – con sus áreas metropolitanas y básicamente por el tráfico rodado.

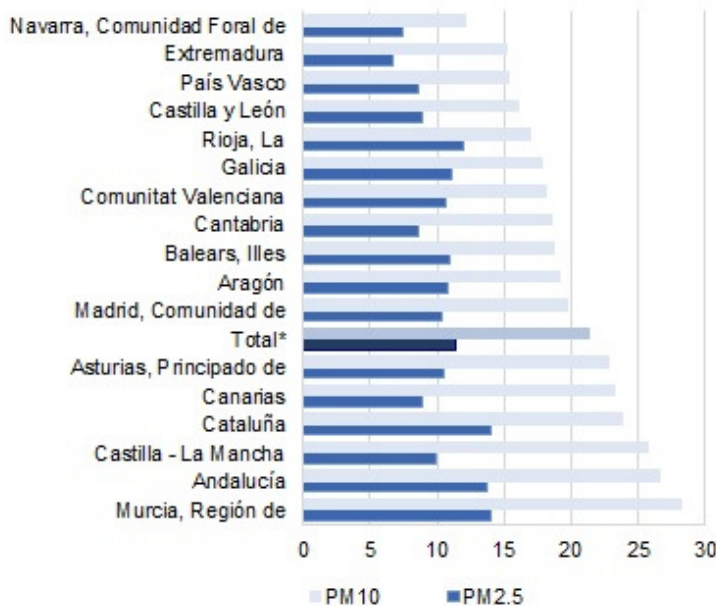
También se perciben mejoras en las micropartículas en suspensión PM10 y PM2.5. En el siguiente gráfico se puede observar la contaminación en el aire de estas partículas en el año 2016:

En el Informe Anual de la Comunidad de Madrid sobre el Estado de Salud de la población, encontramos un apartado sobre la calidad ambiental. En este, ya señala que desde 2010 no se superan los valores límite para las concentraciones de dióxido de azufre (SO₂) y de monóxido de carbono (CO), existiendo problemas para el cumplimiento de la normativa con las concentraciones de dióxido de nitrógeno (NO₂) y el ozono troposférico (O₃).

Tampoco se cumple la recomendación de la OMS para las partículas en suspensión (PM₁₀ y PM_{2.5}).

Población urbana expuesta a contaminación del aire (micropartículas PM₁₀, PM_{2,5}). Concentraciones medias anuales y nº de días en que se supera la concentración límite según CCAA, según tamaño de municipio.

Media ponderada con la población de la concentración media anual de PM₁₀ y PM_{2,5} (µg/m³). 2016



(*) Total Nacional de 50.000 y más habitantes
Para Ceuta y Melilla datos no disponibles

Nota: Para PM₁₀ el valor límite de concentración anual desde 2005 es 40 µg/m³ y para PM_{2,5} el valor límite de concentración anual objetivo desde 2010 es 25 µg/m³

Fuente: Ministerio de Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente

Con respecto a las emisiones de gases de efecto invernadero, el 9 de Julio de 2018 el Ministerio para la Transición Ecológica emite una nota de prensa en la que afirma que "Las emisiones de CO₂ crecen en España un 4.4% en 2017 con respecto al año anterior" y es el mayor aumento interanual desde 2002.

Ello es debido a las emisiones que proceden de la generación de electricidad por las centrales de carbón y el descenso de la de producción hidráulica por la sequía.

Se aconseja aumentar las renovables para depender menos de la climatología, además de otras recomendaciones en los demás sectores responsables de emisiones.



2.5. Siniestralidad laboral

Los estudios y estadísticas sobre siniestralidad en el trabajo ofrecen una información muy importante sobre aspectos de gran incidencia en la salud y la vida de los trabajadores.

En los siguientes gráficos – del “Informe sobre la evolución de la siniestralidad en España” del Instituto sindical de trabajo ambiente y salud (ISTAS) – se pretende señalar la evolución sufrida en nuestro país desde los años previos a la crisis hasta 2015.

Incidencia Total por Tipo de Contrato

	2007	2012	2015	var. 12-15
Total ocupados	4966,09	2653,51	2962,24	11,6%
Asal contratos indefinidos	4420,70	2741,49	2929,30	6,9%
A tiempo completo	4360,97	2648,91	2806,22	5,9%
A tiempo parcial	5041,06	3446,97	3758,66	9,0%
Asal contratos temporales	9247,62	4337,83	5237,97	20,8%
A tiempo completo	10543,75	5015,05	5945,47	18,6%
A tiempo parcial	3795,04	2746,79	3526,62	28,4%

Fuente: “Informe sobre la evolución de la siniestralidad en España” del Instituto sindical de trabajo ambiente y salud (ISTAS)

Es significativo observar las diferencias entre el número de ocupados anteriores a la crisis y de aquellos ocupados en el año 2012, con los contratos indefinidos y temporales. Es llamativamente superior la incidencia entre los contratos temporales y entre parciales y tiempo completo.

Las cifras de accidentes mortales – que se aprecian en el cuadro inferior – permiten ver la disminución de los mismos en los primeros años de la crisis. Esto es debido al descenso del número de ocupados. También se aprecia cómo aumentan a partir del año 2012 por las políticas de ajustes aplicadas en nuestro país.

Se puede observar también la incidencia de accidentes mortales por tipo de contrato y antigüedad en el puesto de trabajo.

La rotación, una deficiente formación de los trabajadores y empresas con servicios de prevención ajenos, inciden también de manera notable en el aumento de estos accidentes.



ACCIDENTES DE TRABAJO MORTALES POR TIPO DE CONTRATO Y ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Var.13-15	
Total MORTALES	831	757	716	564	558	580	629	71	
TIPO DE CONTRATO									
Contrato indefinido	526	478	438	361	362	349	387	25	
A tiempo completo	491	451	405	334	331	304	352	21	
A tiempo parcial	35	24	33	27	31	45	35	4	
Contrato temporal	287	261	254	184	181	205	220	39	
A tiempo completo	268	248	236	158	152	191	187	35	
A tiempo parcial	19	13	18	26	29	14	33	4	
No clasificable	18	18	24	19	15	26	22	7	
ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO									
TOTAL	831	757	716	564	558	580	629	71	
Hasta 1 mes	66	72	67	55	59	57	85	26	
Entre 1 y 2 meses	62	64	60	44	43	54	49	6	
Entre 3 y 4 meses	51	44	42	33	32	31	39	7	
Entre 5 y 7 meses	42	37	24	28	21	42	25	4	
Entre 8 y 12 meses	46	42	42	28	27	34	38	11	
Entre 1 año y 3 años	186	113	97	65	72	72	90	18	
Entre 3 años y 10 años	201	210	204	160	146	138	130	-16	
10 años o más	177	175	180	151	158	152	173	15	

INDICES DE INCIDENCIA DE ACCIDENTES EN JORNADA CON BAJA POR CCAA (POR 100,000 TRABAJADORES)+											
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	var.12-15
TOTAL	6.048	5.914	5.211	4.263	4.000	3.634	2.949	3.009	3.111	3.252	10,3%
ANDALUCÍA	7.114	6.878	5.835	4.662	4.261	3.924	3.175	3.359	3.467	3.655	15,1%
ARAGÓN	5.195	5.251	4.766	3.516	3.442	3.172	2.631	2.695	2.740	3.002	14,1%
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	6.077	6.322	5.968	5.171	4.892	4.403	3.516	3.522	3.669	3.730	6,1%
BALEARS (ILLES)	7.888	7.688	6.626	5.282	5.019	4.715	3.885	4.070	4.357	4.571	17,7%
CANARIAS	6.660	6.469	5.659	4.693	4.385	4.146	3.364	3.416	3.587	3.609	7,3%
CANTABRIA	5.641	5.392	4.981	3.829	3.479	3.228	2.593	2.658	2.847	2.981	15,0%
CASTILLA-LA MANCHA	7.791	7.575	6.487	5.070	4.673	4.200	3.458	3.525	3.696	3.896	12,7%
CASTILLA Y LEÓN	5.736	5.683	5.274	4.292	3.976	3.459	2.787	2.783	2.936	3.086	10,7%
CATALUÑA	5.449	5.693	4.954	4.215	4.014	3.587	2.910	2.992	3.117	3.193	9,7%
COMUNITAT VALENCIANA	5.876	5.596	4.731	3.722	3.500	3.182	2.622	2.723	2.729	2.907	10,9%
EXTREMADURA	5.610	5.682	5.327	4.446	3.980	3.529	2.989	3.084	3.394	3.577	19,7%
GALICIA	5.741	5.811	5.621	4.721	4.376	3.825	3.005	2.957	3.095	3.269	8,8%
MADRID (COMUNIDAD DE)	5.404	5.069	4.447	3.681	3.514	3.235	2.605	2.575	2.603	2.688	3,2%
MURCIA (REGIÓN DE)	5.910	5.748	4.838	4.080	3.757	3.519	2.843	2.973	3.111	3.414	20,1%
NAVARRA (C. FORAL DE)	5.690	5.619	5.123	4.171	3.878	3.641	2.813	2.877	3.073	3.185	13,2%
PAÍS VASCO	6.426	5.660	5.456	4.448	4.289	3.880	3.292	3.244	3.244	3.409	3,6%
RIOJA (LA)	5.886	5.834	5.202	4.390	4.023	3.744	2.944	2.968	3.050	3.405	15,6%
CEUTA	5.220	5.469	5.656	5.154	4.877	3.458	2.921	2.936	3.517	3.989	36,5%
MELILLA	4.832	4.819	4.540	4.205	3.785	3.687	2.879	2.920	2.922	2.809	-2,4%

VAL.RIESGOS PUESTO DE TRABAJO	831	757	551	452	558	580	629	71
Con evaluación	562	516	397	312	373	388	420	47
Sin evaluación	269	241	154	140	185	192	209	24

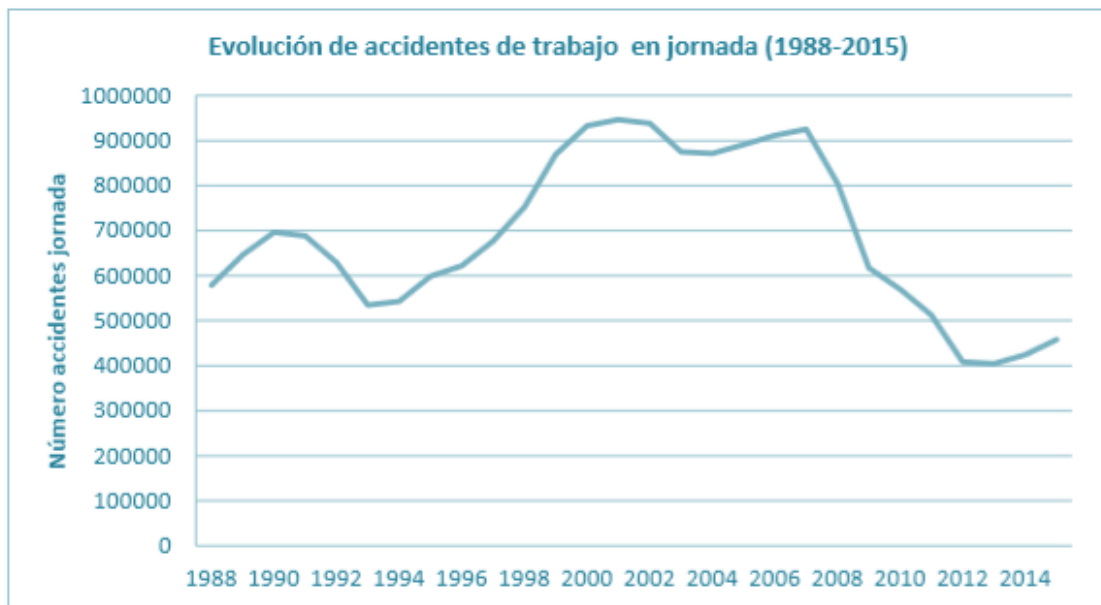
(1) Cada empresa puede tener más de un tipo de organización preventiva por lo que la suma es mayor que el número de accidentes.-

ACCIDENTES DE TRABAJO CON BAJA Y MORTALES POR ORGANIZACIÓN PREVENTIVA Y EVALUACIÓN DE RIESGOS								
ORGANIZACIÓN PREVENTIVA (1)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	VAR.13-15
TOTAL JORNADA + IN ITINERE	696.577	645.964	581.150	471.223	468.030	491.099	569.715	101.685
Asunción personal por el empresario	15.914	14.190	13.278	11.453	11.934	12.243	11.991	57
Servicio de prevención propio	134.959	129.642	119.255	106.078	111.994	113.260	118.335	6.341
Servicio de prevención ajeno	498.653	458.391	409.509	320.249	310.329	329.321	360.243	49.914
Trabajador(es) designado(s)	14.901	13.019	11.314	7.986	7.196	6.605	6.800	-396
Servicio de prevención mancomunado	83.958	82.282	73.086	58.055	57.763	61.668	66.611	8.848
Ninguna modalidad de prevención	9.029	7.777	7.854	8.329	9.205	10.361	10.882	1.677
Ninguna información				49	516	-	-	-516
VAL.RIESGOS PUESTO DE TRABAJO	696.577	645.964	581.150	471.223	468.030	491.099	529.248	61.218
Con evaluación	476.462	443.767	397.612	318.088	314.730	330.093	356.116	41.386
Sin evaluación	220.115	202.197	183.538	153.135	153.300	161.006	173.132	19.832

Fuente: ISTAS, 2015



Este gráfico ilustra con claridad, por un lado, la variabilidad entre 2012 y 2015, y por otro lo comentado hasta este momento sobre el descenso de siniestros desde 2006. Lo cual se debe a la disminución del número de empleados y el aumento progresivo y generalizado en todas las comunidades de esta incidencia de accidentes desde 2012. En forma gráfica y en un período mayor, se observa en esta estadística del Ministerio de Empleo y seguridad social:



Fuente: Estadística de accidentes de trabajo. Ministerio de empleo y seguridad social.

Finalmente, esta tendencia, lejos de mejorar según las perspectivas y cifras macroeconómicas de nuestro país, en 2016 se observa que el índice de incidencia de accidentes de trabajo con baja fue de 3.364 accidentes, lo que supone un aumento del 3,4% respecto a 2015, según el Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

Se incluye por último, la estadística por Comunidad Autónoma del Índice de Incidencia y Accidentes de trabajo de junio 2017 a 2018:



Índice de incidencia y accidentes de trabajo con baja en la jornada de trabajo, por Comunidades Autónomas

	Nº AT LEVES	I. INCIDENCIA LEVES	Nº AT GRAVES	I. INCIDENCIA GRAVES	Nº AT MORTALES	I. INCIDENCIA MORTALES	Nº AT TOTALES	I. INCIDENCIA TOTALES	variación % respecto periodo anterior	POBLACIÓN AFILIADA
ANDALUCIA	84.488	3.666	894	38,8	85	3,7	85.467	3.709	-2,7%	2.304.463
ARAGON	14.601	3.161	99	21,4	24	5,2	14.724	3.187	0,5%	461.983
ASTURIAS	9.835	3.282	93	31,0	12	4,0	9.940	3.317	-2,2%	299.710
BALEARES	19.666	4.797	99	24,1	12	2,9	19.777	4.824	-2,4%	409.965
COM. CANARIA	23.319	3.418	181	26,5	17	2,5	23.517	3.447	-8,1%	682.158
CANTABRIA	5.090	2.861	33	18,6	11	6,2	5.134	2.886	-7,1%	177.891
CASTILLA LA MANCHA	22.067	3.964	144	25,9	25	4,5	22.236	3.994	-2,7%	556.683
CASTILLA LEON	23.956	3.265	183	24,9	35	4,8	24.174	3.295	0,7%	733.669
CATALUÑA	82.491	2.913	480	16,9	40	1,4	83.011	2.931	-8,7%	2.831.935
COM. VALENCIANA	46.076	3.044	314	20,7	65	4,3	46.455	3.069	1,8%	1.513.593
EXTREMADURA	10.424	3.666	180	63,3	11	3,9	10.615	3.733	1,1%	284.328
GALICIA	26.481	3.247	447	54,8	35	4,3	26.963	3.306	0,6%	815.602
COM. MADRID	72.341	2.677	303	11,2	46	1,7	72.690	2.690	-0,1%	2.702.173
MURCIA	15.950	3.399	93	19,8	22	4,7	16.065	3.423	-3,2%	469.324
NAVARRA	8.261	3.527	66	28,2	4	1,7	8.331	3.557	3,3%	234.228
PAIS VASCO	26.336	3.381	147	18,9	23	3,0	26.506	3.403	-1,7%	779.014
LA RIOJA	3.742	3.611	21	20,3	4	3,9	3.767	3.636	-0,2%	103.614
CEUTA	513	2.793	4	21,8		0,0	517	2.815	-16,7%	18.367
MELILLA	604	3.268	7	37,9		0,0	611	3.306	1,8%	18.483
Total	496.241	3.223	3.788	24,6	471	3,1	500.500	3.251	-2,5%	15.397.184

Fuente: Avance de Estadísticas de accidentes de trabajo, MTMSS. 2016, 2017 y 2018





3. INDICADORES DEL NIVEL DE SALUD

3.1. Autopercepción de salud

Según la Encuesta Nacional de Salud de los años 2011 y 2017, el porcentaje de personas que consideran que su salud es buena y muy buena en 2017 es del 74%, un punto menos que en 2011, que llegaba al 75%.

Como en tantos otros aspectos, la clase social es determinante en esa percepción. Así, en 2011, se estima un 86,5% para la clase I y un 68,5% para la clase VI. En 2017 bajan estas proporciones, pero se mantiene la diferencia entre clases: 85.11% para la clase I y 67.01% para la clase VI.

En la Comunidad de Madrid, en el año 2011, el porcentaje de personas que consideran buena y muy buena su salud, es del 80,37%. Mientras que en 2017 ese porcentaje baja al 76,67%, bajada mucho más pronunciada que en el conjunto del Estado. Estos datos pueden verse en la siguiente tabla:

Tabla 2. Percepción del estado de salud	Año 2011	Año 2017
Total estado	75%	74%
Total c. Madrid	80.37%	76.67%
Clase social I	86.5%	85.11%
Clase social VI	68.5%	67.01%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011 y 2017, INE

3.2. Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer era, en la Comunidad de Madrid en el año 1975, de 70,62 años en hombres y 76,01 en mujeres. Mientras que en el año 2016 se sitúa en 81,77 años en hombres y 87,08 años en mujeres.

Según el Informe del estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid de 2016 – publicado en 2017 y datos de 2015 – la mejora de la esperanza de vida al nacer desde 2007 se debe fundamentalmente a la mejora de la mortalidad en la población mayor de 50 años y, especialmente, de la población de 70 años y más.



3.3. Mortalidad

Las tasas de mortalidad presentan en nuestro país un notable descenso en los últimos 35 años, con lo que la esperanza de vida al nacer ha ido aumentando notablemente hasta alcanzar los 83 años de media entre hombres y mujeres en 2015, la más elevada según Eurostat, muy por encima de la media europea, que estaba en los 80.6 años.

Según puede apreciarse en la tabla 5 y en la 5.1, la Comunidad de Madrid presenta mejores datos tanto en la tasa bruta de mortalidad como de esperanza de vida al nacer si los comparamos con el conjunto del estado.

Tabla 3. Mortalidad	COMUNIDAD DE MADRID		ESPAÑA	
	2010	2015	2011	2016
Nº Defunciones	40.828	46.859	386.017	410.611
Tasa bruta mortalidad	6.37 /1.000	7.26 /1.000	8.37 /1.000	8.79 /1.000
Esperanza de vida al nacer	83.67	84.01	82.1 (79.2 hombres/ 85.0 mujeres)	83.1; (80.3 hombres/ 85.8 mujeres)
Esperanza de vida a los 65 años	21.70	21.79	20.45 (18.5 hombres/ 22.4 mujeres)	21.21
Tasa de mortalidad infantil	3.92	< 4	3.14 /1.000	2.68

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE



Son los tumores la primera causa de muerte para ambos sexos, seguidos por las enfermedades circulatorias. El tercer lugar lo ocupan las enfermedades respiratorias, también en ambos sexos.

Son las enfermedades mentales y las neurológicas la primera causa de carga de enfermedad por Años de Vida Ajustados por Discapacidad y mala salud (AVAD) con una mayor presencia en mujeres que en hombres, seguidas por los tumores, enfermedades de los órganos de los sentidos, circulatorias y respiratorias.

Es ese sentido, se mantiene esta tendencia en los informes del año 2012 para la Comunidad de Madrid y son semejantes actualmente a poblaciones demográfica y epidemiológicamente equivalentes. Tabla 5.1. Mortalidad y morbilidad

Mortalidad y morbilidad por todas las causas. Comunidad de Madrid				
	Hombres	Mujeres	Total	Año
Número de Muertes	22.056	23.010	45.066	2016
Tasa Bruta de Mortalidad, por 100 mil	711,8	683,1	696,9	2016
Tasa Truncada (35-64) de Mortalidad, por 100 mil	271,6	143,9	205,7	2016
Tasa Ajustada de Mortalidad, por 100 mil	501,7	290,9	380,6	2016
Tasa de Morbilidad Hospitalaria, por 100 mil	16.135,2	18.091,0	17.153,3	2015
Esperanza de vida al nacer, en años	81,77	87,08	84,60	2016
Esperanza de vida a la edad 65, en años	20,06	24,08	22,29	2016
Contribución a la esperanza de vida, en años. (2010-2015)	1,026	0,698	0,845	2016
Carga de Enfermedad. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)	282.497	289.016	571.513	2016
Años de Vida Perdidos	118.620	88.888	207.508	2016
Años Vividos con Discapacidad	163.877	200.128	364.005	2016

En el último año disponible de mortalidad han fallecido un total de 45.066 personas lo que supone una tasa bruta de 696,9 por 100 mil habitantes. En el último quinquenio los hombres han ganado un año de esperanza de vida al nacer, por 0,7 las mujeres. Los años de vida vividos en discapacidad y mala salud son mayores a los años de vida perdidos por muerte prematura.

Fecha de actualización: mayo 2018

Fuente: Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2018

3.4. Morbilidad

La Encuesta Nacional de Salud de 2017 hace referencia expresa al aumento, desde 1993, de la prevalencia de las enfermedades de riesgo cardiovascular.

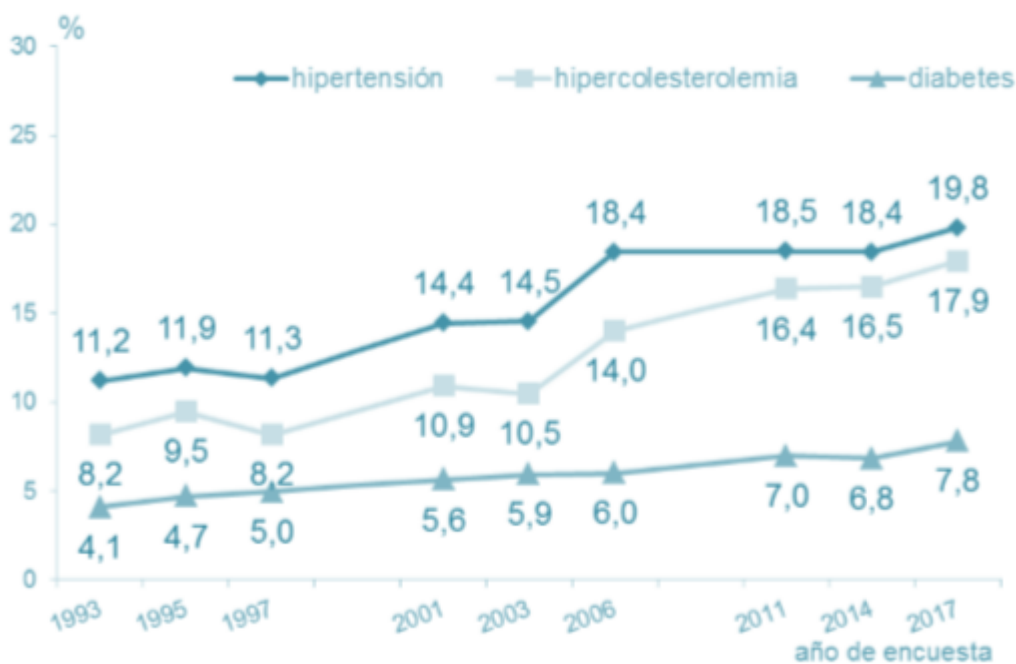
Así, en el conjunto del país, la hipertensión arterial, que afectaba al 11,2% de la población en 1993, ha pasado progresivamente al 19,8% en 2017.

La hipercolesterolemia pasa del 8,2% en 1993 a 17,9% en 2017.

La diabetes pasa del 4,1% en 1993 a 7,8% en 2017.

En los tres problemas de salud, la diferencia según clases sociales es muy importante, siendo de 12 puntos porcentuales entre la clase I y la VI para la hipertensión, alrededor de 6 puntos para la hipercolesterolemia y también de 6 puntos para la diabetes, siendo estas diferencias siempre a cuenta de las mujeres. Entre los hombres de las distintas clases sociales la diferencia es menor.

En el informe de salud de la Comunidad de Madrid de 2016 se considera que estas tres patologías son las que precisan un mayor seguimiento en Atención Primaria y en la misma secuencia. En el siguiente gráfico puede verse una evolución de las mismas:



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. España 2017.

Tanto a nivel del Estado como de la Comunidad de Madrid, la enfermedad crónica más prevalente en menores de 14 años es la alergia, seguida por el asma.

3.5. Dependencia

Según el "Modulo de acceso a los servicios" que acompaña la Encuesta De Condiciones De Vida De 2016, publicado en mayo de 2017, en España hay un 16,4% de hogares con personas dependientes, lo cual se traduce en algo más de 3 millones de hogares. El 14% de esas personas dependientes recibieron cuidados en el domicilio.

En función de la renta de dichos hogares, el 23,2% de los de mayor nivel recibieron esos cuidados en el domicilio, frente al 9,1% de los de menor nivel económico.

El 36% de los hogares con personas dependientes y ayuda a domicilio, tuvieron dificultades para pagar dichas ayudas. Para el 21% estos servicios fueron gratuitos.

Mientras que el 30,8% de los hogares con dependientes que necesitaban atención domiciliaria, no los recibieron debido a que no podían pagarlos.

Según la Encuesta Nacional de Salud de los años 2011 y 2012 el 53,5% de la población mayor de 65 años no tiene ninguna dependencia funcional para las tareas domésticas y la movilidad, sintiéndose más autónomos los hombres que las mujeres.

En la Encuesta de 2017 se preguntó sobre la funcionalidad para 5 actividades de cuidado personal y 7 de tareas domésticas a la población mayor de 65 años no institucionalizada.

En relación con las tareas de cuidado personal tienen algo más de dificultad las mujeres que los hombres (24,5% frente al 13,2%), y de las que tienen más dificultad el 84,9% recibe ayudas, mientras que un 57,7% necesitan más ayuda de la que disponen.

Para las actividades domésticas también son las mujeres mayores de 65 años las que presentan mayor dificultad para la realización de estas: 64,1% frente al 37,3% de hombres.

Según la ENSE de 2017 los cuidadores informales de personas mayores o crónicos proporcionan información indirecta de posibles carencias de cuidados de larga duración. Estos datos se mantienen estables para todo el territorio con respecto a 2014.

Las personas que proporcionan estos servicios son en su mayoría mujeres. Pero no sólo el género marca la diferencia en los cuidados, sino que la clase social también desempeña un

papel muy importante. Así, el 27,1% de personas cuidadoras informales de clase I declara que dedica a estos cuidados 20 o más horas semanales, frente al 55% de clase VI.

Estas diferencias se mantienen también en la población mayor de la Comunidad de Madrid.

Sobre la evolución de la atención a la Dependencia en la Comunidad de Madrid y según los últimos datos estatales publicados (nov18), reciben prestaciones 138.933 personas dependientes, el 2.14% de la población, frente al 2,24% de media estatal. Destacar, igualmente, que esta región ha mantenido desde el inicio de la puesta en marcha de la Ley, una importante lista de espera, es decir, personas con derecho reconocido que no reciben ningún tipo de protección. Este limbo de desprotección alcanza en noviembre de 2018 a 21.896 personas, el 13,6% de las personas con derecho.



4. LEGISLACIÓN

La sanidad de la Comunidad de Madrid se enmarca legislativamente tanto a nivel estatal (Constitución, Ley General de Sanidad, Ley de Ordenación de las Profesiones sanitarias, Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, etc.) como a nivel autonómico.

La legislación sanitaria ha ido dirigida especialmente a favorecer la privatización y el protagonismo del sector privado.

La primera ley de la Comunidad de Madrid fue la *Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid*, llamada también LOSCAM. Entre sus artículos podemos observar que pretende ser una ley basada en los principios de equidad, igualdad, universalidad y solidaridad: "[...] desde una concepción integral del Sistema que contemple la promoción de la salud, la educación sanitaria, la prevención y la asistencia, no sólo de los madrileños, sino de las personas que se encuentren en su ámbito territorial.". De esta ley queremos destacar:

- Establece la separación entre las funciones de compra (que corresponde al Servicio Madrileño de Salud) y la provisión de servicios sanitarios (de la cual se hace cargo la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, la cual está formada tanto por proveedores públicos como privados). Esto supone la generalización de pseudomercados y fomenta mecanismos de "competencia regulada entre centros".
- La Red Sanitaria Única de Utilización Pública, al aceptar proveedores privados, aumenta el papel de estos en los servicios públicos. Además, estos están financiados públicamente.
- También destaca el Instituto Madrileño de la Salud (IMSALUD), pues al aglutinar los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid (centros transferidos), supone el renunciar a la integración de recursos y redes sanitarias públicas. Además, podemos ver en los artículos 79 – 85 que el IMSALUD se "*sujetará con carácter general al derecho privado*", y que los centros y establecimientos de este "*se podrán configurar como instituciones sanitarias del ente, sin personalidad jurídica propia, o bien como entidades sanitarias dependientes del mismo, de titularidad pública y con personalidad jurídica propia. En este caso las mismas podrán adoptar cualquiera de las figuras organizativas previstas en el ordenamiento jurídico y su creación se realizara mediante*

Decreto del Consejo de Gobierno” (artículo 88.2). Así se diseñaba un modelo que fomentaba la transformación de los centros de IMSALUD en “nuevos modelos de gestión”, lo cual afecta a la desegregación del sistema sanitario regional.

Otra ley importante en la Comunidad de Madrid es la *Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid*. En ella se habla de la libertad individual de elegir, así como de dotar a la sociedad – y a los individuos – de más protagonismo en los servicios públicos, en concreto de la libre elección de médic@, enfermer@ y pediatra en la atención primaria sanitaria, y medic@ y hospital en atención especializada, excluyéndose esta elección en urgencias y en la atención domiciliaria.

Supuestamente esta ley también se basa en favorecer “*una permanente orientación al ciudadano*”, y por eso se pretende favorecer la libre elección. La realidad es que esta ya existía dentro de las áreas de salud y en el caso de las ciudades de más de 100.000 habitantes (el caso de muchas ciudades de la Comunidad) en toda la ciudad, sin embargo la Comunidad de Madrid elimina las áreas sanitarias y establece un Área de Salud Única integrada por todo el conjunto territorial de esta., lo que claramente está pensado para fomentar la derivación de enfermos desde el sector público a los centros privados, al poder saltarse la zonificación previa.

Finalmente, nos encontramos con la *ORDEN 804/2016, de 30 de agosto, de la Consejería de Sanidad, por la que se aprueban las instrucciones de gestión del Registro de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica del Servicio Madrileño de Salud*. Esta gestión tiene diferentes pasos a seguir:

- **Ámbito de aplicación.** Esto incluye a todos los pacientes que tienen derecho a asistencia sanitaria pública en el sistema Sanitario, con una prescripción programada no urgente de un procedimiento terapéutico o diagnóstico por un médico especialista quirúrgico.
- **Clasificación de pacientes:**
- **Pacientes en espera estructural:** están en situación de ser intervenidos pero la espera se debe a la organización y los recursos disponibles.

- Pacientes en espera tras rechazo a la propuesta de intervención en un centro alternativo: la espera se debe a la libre elección del paciente.
- Pacientes transitoriamente no programables: la programación no es posible por contraindicaciones o porque el paciente solicita un aplazamiento.

Con ello se elimina de las listas de espera a pacientes aunque sigan realmente esperando y se bajan los tiempos de demora contabilizados sin alterar los reales.

- Criterios de inclusión en el registro.
- Generales: aquellos pacientes que pertenecen al Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, pacientes de otras Comunidades Autónomas (o de la Unión Europea) que hayan sido derivados.
- Ciertos criterios de inclusión clínicos. Entre los que se incluye la visita previa a la consulta de anestesia, lo que se realiza para disminuir el tiempo computado de espera (no la espera real), de manera que hay un grupo de pacientes no contabilizados "a la espera de entrar en la lista de espera", cuando lo razonable es que se contabilizase esta desde el momento de la indicación quirúrgica.
- Gestión del registro. Se trata de un registro único para todos los centros públicos y concertados de la Comunidad de Madrid.
- Contenido del registro: datos del paciente, del hospital, relacionados con la intervención, la situación del paciente en relación a la lista de espera y los datos relacionados con la suspensión o baja en la lista de espera.
- Flujo de pacientes. Son los médicos especialistas quirúrgicos los que tienen la responsabilidad de establecer e indicar la prioridad clínica en el registro de pacientes de lista de espera.
- Derivación de pacientes a otros centros. Se derivan aquellos pacientes que no pueden ser atendidos en su área¹.

¹ La realidad es que se favorece la derivación sistemática a centros privados.

- Salidas del Registro de Lista de Espera Quirúrgica. Esta acción le corresponde al Servicio de Admisión, Archivo y Documentación Clínica que haya incluido primeramente a dicho paciente.
- Suspensión temporal. Debido a causas clínicas, motivos personales, otras situaciones de catástrofe, emergencias o conflicto.
- Obligaciones de los usuarios. Tener sus datos actualizados, informar de cualquier problema (justificarlo), facilitar su documentación.
- Criterios e indicadores de gestión. Número de pacientes pendientes de intervención quirúrgica por el tipo de espera, tiempo medio y máximo de demora de estos pacientes, distribución de estos, número de entradas y salidas del registro.
- Confidencialidad y protección de datos de carácter personal.

Esta regulación, unida a la libre elección, la implantación del área única, la desregulación favorecida por la LOSCAM y el mal denominado Plan de Sostenibilidad aprobado con los PGCM de 2013, son los instrumentos principales utilizados en la privatización sanitaria en Madrid.



5. LA PRIVATIZACIÓN SANITARIA

La privatización sanitaria en Madrid comenzó antes de las transferencias, inicialmente favoreciendo la introducción de los mecanismos de gestión privada (personalidad jurídica independiente, personal laboral, huida de los controles de la gestión pública, etc.) con la puesta en funcionamiento de un centro que aunque era de propiedad pública tenía gestión privada, la Fundación de Alcorcón una fundación pública constituida al amparo del Real Decreto Ley 10/1996.

Posteriormente, se puso en funcionamiento la empresa pública del Hospital de Fuenlabrada constituida en diciembre de 2002, y que empezó su funcionamiento en 2004, paulatinamente entre enero y junio de ese año.

Es a partir de 2007 cuando se profundiza la privatización hospitalaria que se ha producido con 3 tipos de hospitales: los del modelo PFI (llamados así por las siglas en inglés de "iniciativa de financiación privada"), las concesiones administrativas modelo Alzira (por ser este el primer hospital español donde se puso en marcha) y la cesión de la atención sanitaria de un área a la Fundación Jiménez Díaz.

Aunque este último es un centro sanitario inaugurado como una fundación privada en el año 1955, en el año 2003 empezó a ser gestionada por una empresa privada (IDCsalud) actualmente está en manos de Quirón una multinacional de origen español que tiene una extensa red de hospitales en España, Latinoamérica y Oriente Medio, que es propiedad de Fresenius una multinacional alemana.

A continuación vamos a analizar separadamente los distintos tipos de modelos de gestión y su evaluación en estos años.

Hospitales PFI

Se denominan así a los hospitales construidos por UTEs formadas por una o varias empresas privadas que construyen el edificio y se quedan con la gestión de lo que se considera "no sanitario", es decir, todos excepto facultativos, enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) que continúan siendo gestionados por el sector público. Las siglas PFI, como hemos mencionado antes, proceden del Reino Unido: Private Initiative Finantiation; se toman las siglas PFI porque se pretende realizar una copia de la privatización que se hizo en este país.



Los hospitales nuevos en realidad son 6: Aranjuez, Parla, Arganda, Vallecas, Coslada y Alcobendas (siendo Majadahonda un traslado del hospital Puerta de Hierro situado en la ciudad de Madrid, aunque también se acoge desde su traslado a la fórmula PFI).

Con respecto a eso habría que señalar varias cuestiones:

1. Gestión.

La gestión de la parte sanitaria de los nuevos centros se establece inicialmente mediante la creación de 6 empresas públicas, una para cada centro con excepción de Majadahonda. Esta situación se revertió en 2016 mediante la integración de las mismas en el SERMAS.

2. Número de camas insuficiente.

El número de camas de los nuevos centros es bastante reducido, muy por debajo del promedio en aquel momento de camas/1.000 habitantes del país (3,5), y continúa siéndolo en el momento actual (3,3). Lo mismo sucede si se compara con la Unión Europea (5).

El número de camas en varios centros en principio se publicitó como ampliable, es decir, en una primera fase se abrían menos camas pero progresivamente se irían incrementando hasta alcanzar el máximo (se hablaba de una estructura modular). La realidad es que 11 años después no se abrieron más camas y las habitaciones individuales (otra de las supuestas ventajas que se publicitaban) se han convertido habitualmente en dobles.

Tabla 4. Número de camas/1.000 habitantes en los centros PFI	Camas	Camas/1.000 habitantes
Majadahonda	794	1,32
Vallecas	324	0,76
Parla	180-276	0,83
Aranjuez	60-115	0,85
Coslada	187-240	1,10
Arganda	110-148	0,68
San Sebastián de los Reyes	230-350	0,92

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Contratos de Concesionarias PFI

3. Escasez de personal

El personal que se planifica para los nuevos centros es claramente insuficiente y muy por debajo, tanto de los centros con gestión tradicional (en la tabla siguiente se recogen las plantillas de personal sanitario en el momento de su apertura y se comparan con el hospital público de Móstoles, un centro de gestión pública tradicional y de tamaño medio) como del promedio de los centros públicos del país.

Tabla 5. Personal en los hospitales PFI comparado con el hospital (de gestión tradicional) de Móstoles

	Médicos/1000 habitantes	Enfermería/1.000 hab	Sanitarios/1.000 hab
Vallecas	0,55	1,07	1,86
Parla	0,46	1,14	1,99
Aranjuez	0,68	1,7	3,06
Coslada	0,67	1,69	2,96
Arganda	0,63	1,16	2,08
San Sebastián de los Reyes	0,73	2,47	2,56
Móstoles	1,4	4,5	
MediaHospitalesEspaña 2007	1,7	2,93	5,4

Por otro lado las, plantillas de estos centros se llenaron en el momento de su apertura fundamentalmente con personal trasladado desde los centros de gestión tradicional, de manera que finalmente se produjo una disminución global de la plantilla de la Sanidad Pública madrileña (según los datos oficiales 6.000 trabajadores menos en 2015).

4. Costes elevados.

Los costes han sido muy elevados y con escasa transparencia. El coste de construcción fue de 701 millones de euros y el canon de alquiler establecido inicialmente de 158,2 millones de euros, lo que supone que en 30 años será de 4.746 millones de euros. No obstante se conoce que en 2010 el Consejo de Gobierno de la Comunidad "rescató" a estos hospitales e incrementó el canon anual en 1.896 millones de euros anuales.

Posteriormente se realizan 3 modificaciones que incrementan notablemente los costes (se pasa a 4.894 millones de euros a 6.018 millones de euros en 2016). Por otro lado, el canon

está vinculado al IPC lo que supone incrementos anuales independientemente del aumento o disminución de los presupuestos sanitarios (se calcula un aumento de 327 millones de euros debidos al IPC). De esta manera el sobrecoste final resulta complicado de conocer pero probablemente se situará por encima de 8 veces el coste de construcción (8,56 veces en 2016). También hay que añadir se contrató una empresa privada para el control de los centros con el coste de 2,4 millones €.

5. Subvenciones ocultas e incumplimientos.

Las subvenciones ocultas a las empresas han sido múltiples, y precisamente por su carácter de “ocultas” no pueden ser bien conocidas. Aún así, se sabe que en el caso del Hospital de Majadahonda la Sanidad Pública se hizo cargo durante varios años gratuitamente del mantenimiento del centro, a pesar de que según el contrato esta tarea correspondería a la concesionaria. Asimismo, la Intervención General de la Comunidad de Madrid detectó que, en el caso del hospital de Vallecas, se habían realizado por parte de la Consejería de Sanidad pagos que correspondían a la empresa concesionaria, como 1,15 millones de euros por conservación de la parcela (competencia de la concesionaria) y 366.000 de euros por “reparaciones debidas al mal uso del aparataje”, pagando por personal administrativo que debería de ser de la concesionaria (608.000 de euros anuales) y pagando las facturas del gas de la cocina. Además, se utilizó presupuesto del Hospital Virgen de la Torre (gestión pública tradicional) para cubrir recursos humanos en el Hospital Infanta Leonor, y también se pagó a la concesionaria por el uso de plazas del aparcamiento del hospital de Vallecas cuyo uso, según el contrato, debía ser gratuito. Tampoco se controla al personal de las concesionarias, que es significativamente menor al fijado en los contratos sin que la Consejería de Sanidad adopte medida alguna.

Las concesionarias no alcanzaron el volumen de actividad previsto en los contratos y a pesar de ello no se realizaron los ajustes por variación del volumen previstos (ahorros estimados en 1,359 millones de euros). El consumo energético ha sido muy superior al de los centros tradicionales (2 y 3 veces según los años) porque se calcula la tarifa de eficiencia energética sobre los 2 primeros años de funcionamiento.

Las deducciones en el canon han sido mínimas (0,2% del importe hasta 2016) y las penalizaciones ridículas (0,036%).²

6. Laboratorio privatizado y radiología "externalizada".

El laboratorio de los nuevos hospitales se contrata con una empresa privada Unilabs, inicialmente de Ribera Salud y actualmente en manos de Labco Quality Dagnostics una multinacional de origen francés que opera en 7 países: Bélgica, España, Francia, Italia, Portugal, Reino Unido y Suiza. Líder en España, Francia y Portugal.

Peticiones	2016	2017	% Var
Atención hospitalaria	1.193.442	1.213.720	1,70%
Atención primaria	692.349	707.058	2,12%
Residencias	13.729	14.048	2,32%
TOTAL	1.899.520	1.934.826	1,86%

Fuente: UCL

Determinaciones	2016	2017	% Var
Atención hospitalaria	13.597.293	13.944.675	2,55%
Atención primaria	8.559.862	8.782.044	2,60%
Residencias	158.961	169.136	6,40%
TOTAL	22.316.116	22.895.855	2,60%

Fuente: UCL

Determinaciones/Petición	2016	2017	% Var
Atención hospitalaria	11,39	11,49	0,84%
Atención primaria	12,36	12,42	0,46%
Residencias	11,58	12,04	3,98%
TOTAL	11,75	11,83	0,73%

Fuente: UCL

En este año, la población a la que el laboratorio central prestó sus servicios fue de 1.218.993 habitantes. Se recibieron 1.934.826 peticiones en las que se procesaron 22.895.855 determinaciones. Estos datos suponen un promedio global de 11,8 determinaciones por petición, así como 132 peticiones y 1.563 determinaciones por mes y por cada 1.000 habitantes. Comparando los datos de 2017 en relación con 2016, y considerando las cifras de

²Todos los datos pueden ser consultados en el extenso informe realizado por diputados de Podemos de la Asamblea de Madrid que se recoge en la bibliografía.

pruebas realizadas (determinaciones) como principal reflejo de la actividad, se ha producido un incremento global del 2,6 %. Este laboratorio atiende no solo a los hospitales PFI sino también a los centros de salud de su zona de referencia.

La radiología se centraliza en el hospital de San Sebastián de los Reyes, en un denominado "anillo radiológico" para gestionar el cual se crea una empresa pública, con los problemas que ello supone en cuanto a la no presencia de radiólogos durante las exploraciones. Esta entidad tiene un presupuesto propio, como sucede con el laboratorio privatizado, que no se contabiliza en los costes de los hospitales PFI. Obviamente los sobrecostes se incrementan y resultan aún más difíciles de calcular porque atienden a primaria y especializada.

7. Se pretende convertirlos en centros de gestión totalmente privada.

El intento de pasar al modelo de concesión se produce con la aprobación del *Plan de medidas de garantía de la sostenibilidad del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid* aprobado con los presupuestos de 2013, pese a la fuerte oposición social y profesional. En el mismo, aparte de muchas otras cosas, se planteaba la conversión de los 6 nuevos hospitales PFI en concesiones administrativas, mediante la concesión de la parte sanitaria a empresas privadas. Como es conocido, no se llevó a efecto por la paralización judicial del proceso pero de los documentos publicados se deduce que se incrementaban notablemente los costes (sobre el sobrecoste que ya padecían estos centros): el coste calculado en 10 años era de 6.420 millones de euros, lo que producía un incremento del coste de las camas que se situaba en 610.266 de euros año (en ese año el del Hospital de la Princesa que se quería convertir en un centro de larga estancia era de 280.248 de euros), además existía una actualización anual y automática de la cápita, y se les traspasaba la dotación tecnológica a precios muy inferiores a los de mercado (se calcula que ello suponía 4,7 millones de euros de "bonificación"), con ello el coste de la estancia hospitalaria se situaría en 2.071€/día (678,63 de euros en red pública).

8. Infraestructuras de baja calidad.

Las infraestructuras construidas son de baja calidad y aunque tienen un exterior aparatoso presentan múltiples defectos estructurales que dificultan su correcto funcionamiento, así se demostró en la inspección realizada por la Inspección de Trabajo a instancias de CCOO en los hospitales de Parla, San Sebastián de los Reyes, Vallecas, Coslada, Arganda y Aranjuez,

en los cuales encontró carencias básicas, faltas abundantes de material como guantes, sillas de ruedas, sábanas, etc., graves fallos de vigilancia y de falta de personal.

Existen muchas diferencias entre el mobiliario que figura en los contratos y aquellos que aparecen en los informes de la Cámara de Cuentas.

Por otro lado, se produjeron importantes retrasos en las entregas de las obras, 5 hospitales se entregan un año después de lo previsto y uno de ellos, Majadahonda, 3 años después, cuando precisamente según el Informe de la OMS (2006) el cumplimiento de los plazos de construcción es precisamente la única virtud reconocida del modelo PFI. En el caso de Madrid ni siquiera esto se consiguió.

9. La venta a otras empresas multinacionales.

Un proceso de venta paulatina a multinacionales y fondos de capital-riesgo. Aunque las empresas que recibieron las concesiones eran básicamente constructoras, con posterioridad se han ido produciendo ventas de las mismas a otras entidades, generalmente empresas multinacionales de seguros y/o provisión sanitaria y a entidades de capital/riesgo. Por ejemplo el 49% de los hospitales de Coslada y Parla fueron vendidos por Sacyr a LBIP B.V. fondo de infraestructuras propiedad de LLoyd Bank; el hospital de Majadahonda fue vendido por ACS al fondo holandés DIF (Dutch Infrastructure Fund) especializado en infraestructuras, que opera en Europa y Latinoamérica; el hospital de Arganda también ha sido vendido a LIBP B. V., con lo que se generan verdaderos oligopolios que acaban teniendo una capacidad privilegiada para imponer sus condiciones a la administración sanitaria.

Concesiones administrativas

Las concesiones administrativas, también conocidas como *modelo Alzira* – por ser este el primer centro que se puso en marcha en España con el mismo – consiste en que las empresas privadas construyen el hospital y se hacen cargo de su gestión completa (incluyendo el personal sanitario) por un largo periodo, en general de 20 a 30 años.

En Madrid con este modelo se han puesto en marcha 4 hospitales (Valdemoro en 2007, Torrejón en 2011, Móstoles-Rey Juan Carlos en 2012 y Collado-Villalba en 2014). Sobre estos hay menos información que sobre los hospitales PFI, básicamente porque al tratarse de empresas privadas (aunque sean financiadas con dinero público) tienen muy poca



transparencia, y también porque la mayoría de ellos son de fecha más reciente, aunque una gran parte de la información (por supuesto la que no les gusta a las empresas) se acaba descubriendo con el paso del tiempo.

Sobre las concesiones administrativas habría que señalar:

1. Baja dotación de camas y personal.

La dotación de camas y personal es baja y similar a los hospitales PFI, tal y como se observa en la tabla siguiente (recordar que el número de camas/1.000 habitantes en la Comunidad de Madrid es 3 y en la UE 5/1.000 habitantes) y que el de trabajadores por cama se sitúa por debajo de 4,4, siendo 4,78 en los centros públicos de promedio en el país.

Tabla 6. Camas y personal en hospitales con concesiones administrativas

		Valdemoro	Torrejón	Collado-Villalba	Móstoles
Camas		131	250	164	310
Trabajadores/ habitantes	1.000	5,42	7,5	6,24	7,13
Trabajadores /cama		4,13	4,32	4,30	4
Camas habitantes	/1.000	1,31	1,73	1,45	1,78

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SERMAS, 2017

2. Los costes de este modelo son más elevados que en el sistema de gestión pública.

El sistema de concesión administrativa garantiza un canon anual – también durante 30 – años a las empresas concesionarias, con sistemas que garantizan la actualización anual del mismo, de manera independiente a que se haya producido o no un aumento de los presupuestos sanitarios.

El coste por cama de estos centros es netamente superior a los centros de gestión tradicional. Así para 2016 el presupuesto por cama/año fue en las concesiones de 407.797€ frente a los 354.736€ de los hospitales de gestión tradicional que pertenecen a los mismos



grupos de complejidad que establece la Consejería de Sanidad madrileña, es decir, un sobrecoste del 14,95% anual.

También se producen numerosas anomalías, por ejemplo, la concesionaria del hospital de Collado-Villalba percibió, durante 22 meses, 18,9 millones de euros a pesar de que el centro no se había inaugurado. Asimismo los ayuntamientos de Villalba y Móstoles corrieron con los gastos de la construcción de accesos a los hospitales de Collado-Villalba y Móstoles (219.000€) que no repercutió a la concesionaria y que según el contrato deberían correr a su cuenta, lo que se ha descubierto en 2018 gracias a un informe de la Cámara de Cuentas.

Por otro lado, tal y como señala S. Pérez (2018) *"como los centros forman parte de la red pública, la administración debe controlar su funcionamiento y el uso que hacen de los recursos dentro de su autonomía. Ese control está reservado a un Comisionado de la Administración en cada hospital que, según la Cámara de Cuentas, no existe actualmente aunque "ha existido en distintos momentos del periodo fiscalizado.*

Para mejorar los controles, tres de los cuatro hospitales privatizados (Torrejón, Rey Juan Carlos- Móstoles y Villalba) deberían aportar un 0,5% del precio anual de su contrato para realizar "auditorías de calidad y disponibilidad de los servicios concesionados" pero esa cantidad nunca se ha reclamado desde la administración, según la Cámara de Cuentas. "En ningún ejercicio, desde la puesta en funcionamiento de los hospitales, se ha requerido a las concesionarias la puesta a disposición de la Administración del 0,5% del importe anual del contrato. Los costes por las auditorías realizadas con medios propios no se repercutieron en las liquidaciones de 2012 ni de 2013, indicando el SERMAS que se repercutirán en la liquidación 2014", dice el informe.

3. La concentración empresarial en las concesiones administrativas crea un verdadero oligopolio.

Las sucesivas concesiones y las compras empresariales hacen que 3 de las 4 concesiones administrativas estén en manos de una empresa, Quirón, que además gestiona la Fundación Jiménez Díaz, con lo que un 12,47% de la población madrileña depende para su asistencia sanitaria sufragada con fondos públicos de esta empresa. Este hecho produce una situación anómala de prácticamente un oligopolio y prácticas de holding entre los 4 hospitales gestionados por la misma empresa que planifican y coordinan su actuación utilizando para ello otros recursos públicos (por ejemplo el transporte sanitario). La otra empresa en



presencia es BUPA-Sanitas, una multinacional de origen británico, que compró el centro de Torrejón a Ribera Salud que fue la empresa que recibió inicialmente la concesión y que de nuevo en octubre de 2018 se vuelve a vender a esta entidad (Ribera Salud, ahora en manos de Centene).

4. Selección de riesgos.

Una última cuestión muy relevante es la que tiene que ver con la denominada “selección de riesgos” (la derivación a otros centros de los enfermos más graves o que precisan técnicas diagnósticas o tratamientos más costosos). Con la habitual falta de transparencia la Consejería de Sanidad no proporciona datos al respecto, no obstante la práctica diaria en los centros de gestión pública deja claro que es una costumbre de los centros concesionados que se especializan en atraer y tratar aquellos enfermos que presentan patologías rentables.

Asignación a un centro privado de la asistencia sanitaria de un área

La Fundación Jiménez Díaz (FJD) es un centro privado fundado en 1955 como Clínica de la Concepción por Carlos Jiménez Díaz, que se convirtió posteriormente en fundación. Mantiene desde los años 70 del pasado siglo convenios con la Seguridad Social para la asistencia de enfermos, conviviendo con un sector dedicado a la asistencia a enfermos privados. La entidad sufre varias crisis económicas que son reflotadas con fondos públicos y en 2003 se hace con la misma IDC mediante la creación de una UTE con la FJD, en 2005 se produce la transferencia desde IDC a CAPIO – otra macroempresa de prestación sanitaria (en este caso una multinacional) –, y en 2008 se convierte en centro de referencia de 400.000 madrileños y se le adscriben, sin contraprestación alguna, 2 centros de especialidades de Madrid (Pontones y Quintana). En 2016 pasa a hacerse cargo del centro la multinacional Quirónsalud.

Actualmente la FJD tiene 670 camas instaladas, con una población adscrita de 423.970 personas y 2.927 trabajadores, lo que supone 1,53 camas/1.000 habitantes y 4,36 trabajadores/cama.

La FJD es un caso claro de incrementos de financiación en un entorno de recortes, como puede verse en la tabla siguiente:

Tabla 7. Financiación de la FJD	Financiación anual del presupuesto público
Año 2011	211 millones €
Año 2012	216,98 millones €
Año 2015	295,5 millones €
Año 2016	295,50 millones €
Año 2017	345,4 millones €
Año 2018	371,9 millones €
Crecimiento 2011-18	160,9 millones €
Aumento financiación pública	76,25 %

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Memorias del SERMAS (años indicados en la tabla)

Para contextualizar este importante crecimiento de fondos públicos destinados a la FJD conviene recordar que entre 2009 y 2013 el presupuesto de la Sanidad Pública madrileña per cápita presentó una disminución del 18,5%.

Por otro lado, se producen aumentos extrapresupuestarios, que se sepa 94 millones de euros en 2011 y también es conocido que en 2015 recibió un total de 386,3 millones de euros del presupuesto sanitario público, casi 100 millones más de lo presupuestado.

Esta evolución incrementalista se sitúa en el contexto del aumento significativo de dotación presupuestaria que destina la Comunidad de Madrid para la asistencia sanitaria privada, la cual ha pasado de 755,16 millones de euros en 2012 a 962,21 millones de euros en 2016 (un 13,23% del presupuesto de 2016 y un 27,41% de crecimiento en medio de la crisis). Todo ello según las cifras oficiales, que como ya se ha señalado subestiman la realidad de la privatización sanitaria.

La compra de la FJD por Quirónsalud y de esta por Fresenius Helios – una de las mayores multinacionales europeas de provisión sanitaria – ha generado un potente grupo privado de asistencia sanitaria con financiación pública (FJD, Móstoles RJC, Collado Villalba y Valdemoro) que atiende al 12,47% de la población madrileña y que funciona como un sistema integrado autónomo que deriva pacientes de uno a otro hospital del holding de

acuerdo con una mayor rentabilización de los recursos propios, utilizando para ello frecuentemente el transporte sanitario público, sin coste alguno.

Otro hecho llamativo son los significativos sobrecostes que tienen las patologías atendidas en la FJD, así, según el anteproyecto del informe de la Cámara de Cuentas del gasto sanitario entre 2011 y 2015, la Comunidad de Madrid pagó precios claramente excesivos por procesos diagnósticos y/o terapéuticos, respecto a los costes en hospitales públicos madrileños de la misma categoría (un sobrecoste entre 1,53 y 6,49 veces el coste en su alternativa en el sector público). Por lo que resulta inexplicable desde el punto de vista de la eficiencia y hace sospechar que aparte del interés privatizador existen otros más inconfesables.

No podemos abandonar el tema sin señalar el papel relevante que tiene en la privatización la presencia del “centro de llamadas” que gestiona las citas de las consultas externas de atención especializada, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas, que esta privatizado y que se dedica de manera sistemática a la derivación de los usuarios hacia el sector privado. Este papel es más importante en la medida en que se ha optado por una estrategia más silenciosa, individual y “a paso de tortuga” de la privatización de la Sanidad Pública madrileña, una vez que se comprobó que una estrategia más frontal recogía un amplio rechazo social y profesional.

Otras privatizaciones

Hasta ahora nos hemos centrado en el ámbito hospitalario y de la atención especializada, que sin lugar a dudas es donde más ha penetrado la privatización, pero existen otros aspectos importantes que conviene resaltar.

Primero está la informática que está gestionada por empresas privadas en cuyas manos se deja toda la información clínica de los usuarios del sistema sanitario público y que a pesar de su mal funcionamiento y las dificultades de interconexión entre centros. La informática se adjudicó a Accenture en 2012 por 16 millones de euros, prorrogándose en dos ocasiones (por 4,181 y 4,182 millones de euros). Paralelamente se produjo la hibridación de los servicios informáticos propios del SERMAS. Luego la Lavandería de Mejorada del Campo, que procesaba la ropa de todos los centros hospitalarios y que se cedió a Iluión (empresa del grupo ONCE) con un gran deterioro de la calidad del servicio, y por fin la donación periférica

de sangre que quedó en manos de Cruz Roja, con quien se mantiene el contrato a pesar del reiterado incumplimiento de los objetivos marcados y del sobrecoste que se produce. También nos encontramos con el programa DEPRECAM de detección del cáncer de mama que está totalmente privatizado.



6. FINANCIACIÓN Y GASTO

El gasto en salud es uno de los más elevados de la distribución funcional del gasto como le corresponde por ser uno de los principales servicios públicos que prestan las Comunidades Autónomas, pero en el que participan el resto de administraciones.

Brecha autonómica en la financiación sanitaria

Presupuesto previsto para sanidad en 2018				Presupuestos sanitarios per capita (€)			
CCAA	MILL. €	VARIACIÓN 2018/2017 (%)		CCAA	2015	2016	2017 PREVISIONES
Andalucía	9.735,46	5,4		Total	1.176,89	1.219,75	1.264,08
Aragón	1.990,10	5,4		Andalucía	1.007,04	1.050,33	1.108,98
Asturias	1.672,86	5,4		Aragón	1.206,60	1.366,85	1.441,38
Baleares	1.580,30	5,8		Asturias	1.425,36	1.463,45	1.586,64
Canarias	2.921,55	8,6		Baleares	1.171,66	1.226,05	1.296,95
Cantabria	854,59	3,6		Canarias	1.238,57	1.237,84	1.261,74
Castilla y León	3.544,93	2,8		Cantabria	1.347,59	1.383,27	1.385,71
Castilla-La Mancha	2.771,16	2,9		Castilla y León	1.321,88	1.347,95	1.431,13
Cataluña	8.828,37	0,0		Castilla-La Mancha	1.174,73	1.286,40	1.291,77
Extremadura	1.603,96	4,2		Cataluña	1.144,65	1.141,06	1.192,84
Galicia	3.858,81	3,5		Valencia	1.112,02	1.198,04	1.232,88
Madrid	7.870,55	3,5		Extremadura	1.286,60	1.453,70	1.453,15
Murcia	1.862,19	5,1		Galicia	1.247,06	1.291,69	1.333,27
Navarra	1.055,30	1,2		Madrid	1.142,07	1.159,65	1.179,10
País Vasco	3.677,34	3,8		Murcia	1.126,15	1.190,86	1.206,25
La Rioja	434,69	4,1		Navarra	1.466,74	1.550,52	1.635,77
C. Valenciana	6.378,60	5,0		País Vasco	1.602,42	1.616,08	1.670,33
Total	60.640,84	3,66		La Rioja	1.127,12	1.169,63	1.199,98

Fuente: Ministerio de Hacienda y Función Pública, 2018

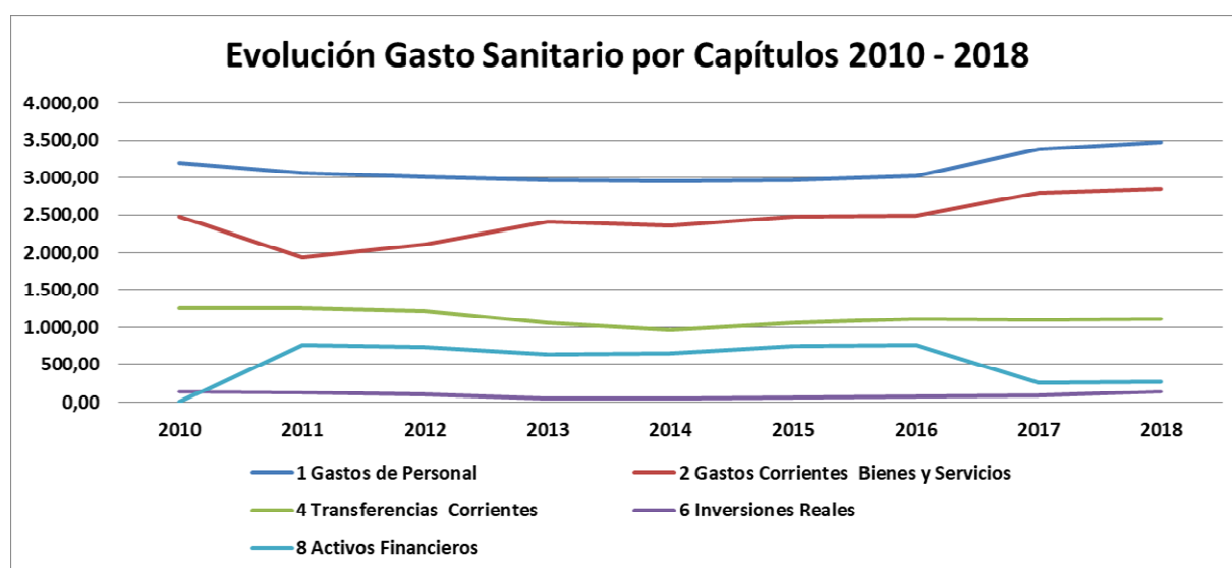
Como observamos en la tabla superior, el gasto sanitario es una cantidad importante en la mayoría de CCAA. Por encima de Madrid en el año 2018 tenemos a Andalucía y Cataluña, por tanto, en términos absolutos sería la tercera región que más presupuesta en el gasto sanitario. Sin embargo, si observamos cómo distribuye este gasto entre sus habitantes, podemos observar que es la cuarta CCAA por la cola en gasto per cápita con 1.142 euros por habitante, muy por debajo de los 1.616 euros de País Vasco.

Si nos centramos en qué ha ocurrido desde el año 2010 en los presupuestos sanitarios de la Región de Madrid, podemos observar que inicialmente alcanzó los 7.084 millones de euros, pero que desde ese año se fue reduciendo hasta los 6.980,77 millones en el año 2014, para a partir de ese momento volver a crecer hasta los 7.867,63 millones presupuestados para el año 2018.

Los recortes del presupuesto durante los años 2010 y 2014 se centraron principalmente en el capítulo 1 Gasto de Personal y en el capítulo 6 y 7 Gasto en Inversiones y Transferencias de Capital. Lo cual puede observarse en la siguiente tabla:

PRESUPUESTOS DE MÚNDO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1 Gastos de Personal	3.201,00	3.060,16	3.007,43	2.969,19	2.966,88	2.973,78	3.026,00	3.376,63	3.476,87
2 Gastos Corrientes Bienes y Servicios	2.468,74	1.940,91	2.120,32	2.407,14	2.369,07	2.470,41	2.486,43	2.800,06	2.847,70
3 Gastos Financieros	0,00	0,00	0,11	0,77	0,84	0,86	0,78	0,70	0,66
4 Transferencias Corrientes	1.262,98	1.266,61	1.222,77	1.064,43	968,82	1.064,23	1.110,16	1.101,70	1.117,00
OPER. CORRIENTES	6.932,72	6.266,67	6.350,63	6.431,53	6.285,61	6.499,27	6.622,36	7.277,98	4.441,22
6 Inversiones Reales	142,08	126,49	93,43	46,73	46,47	56,73	66,40	89,98	146,00
7 Transferencias de Capital	2,82	0,10	0,60	2,26	1,64	1,68	1,62	2,60	6,00
OPERACIONES DE CAPITAL	144,90	126,59	93,93	47,98	48,11	58,31	70,92	92,48	151,00
8 Activos Financieros	6,60	751,18	727,94	631,55	647,06	734,90	766,65	265,50	278,10
9 Pasivos Financieros	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
OPERACIONES FINANCIERAS	6,60	751,18	727,94	631,55	647,06	734,90	766,65	265,50	278,10
TOTAL	7.084,22	7.134,44	7.172,50	7.111,06	6.980,77	7.292,48	7.449,93	7.632,77	7.867,63

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Conserjería de Economía, Empleo y Hacienda



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Conserjería de Economía, Empleo y Hacienda

En el caso de las retribuciones (masa salarial), la caída en términos absolutos fue de 245 millones de euros, un 9,9%. La causa tiene dos factores: el primero es la reducción de salarios del sector público en un 5% por decisión del Gobierno central en 2010, y el segundo factor es la eliminación de una paga extra en diciembre. Y además de esto, se impuso un incremento de la jornada laboral a 37,5 horas semanales en 2012, lo cual supuso la reducción

en la contratación de eventuales. Esto se tradujo en un empeoramiento de las condiciones laborales a través de más jornadas de trabajo con módulos suplementarios de actividad en turno contrario, jornadas a turnos rotatorios, más jornadas nocturnas, limitaciones en las tasas de reposición de las vacantes que se producen por jubilación, ITs o Vacaciones. Lo cual ha provocado un incremento de carga en el trabajo y del *burn-out* tan característico entre el personal sanitario.

Una gran parte de los recortes en el gasto de la Sanidad madrileña se ha llevado a cabo reduciendo las plantillas y precarizando las condiciones laborales de los profesionales de los Centros Sanitarios, que en la actualidad tienen globalmente, una tasa de temporalidad del 33%, es decir, que aproximadamente unos 25.000 profesionales tiene un contrato temporal, situación que se agravará en los próximos años, ya que en muchas categorías más del 50% de los trabajadores tienen entre 60 y 65 años y otras como facultativos o DUEs en las que el 41% de sus activos se encuentran en esta franja de edad.

Con los datos de la Federación de Sanidad y Servicios Sociosanitarios de CCOO de Madrid basados en las Memorias del SERMAS, entre 2010 y 2017 se habría perdido -4.419 puestos de trabajo.

	Licenciados sanitarios	Diplomados sanitarios y formación profesional	Personal de gestión y servicios	Personal directivo	Total
2010	16.656	38.777	19.753	303	75.489
2011	16.690	38.496	19.598	290	75.074
2012	16.415	37.361	18.764	284	72.824
2013	15.880	36.146	16.941	272	69.242
2014	16.003	36.446	16.796	265	69.510
2015	15.736	37.011	16.951	263	69.961
2016	15.873	37.016	17.010	272	70.171
2017	16.146	37.571	17.083	270	71.070
TOTAL	-510	-1.206	-2.670	-33	-4.419

Fuente: Elaborado por FSS-CCOO-Madrid sobre datos obtenidos de las Memorias del Servicio Madrileño de Salud



A partir del año 2015 y 2016 se comienzan a recuperar las plantillas de manera leve pero todavía nos encontramos muy por debajo de los niveles alcanzados en 2010 (75.489).

Pero debemos tener en cuenta que además en 2017 se incorporan plenamente los créditos del personal de los seis hospitales de formato PFI, que pasaron a formar parte del SERMAS a partir del 1 de julio de 2016, y supuso incorporar 245 millones de euros, por tanto aún estamos lejos de recuperar el empleo perdido en relación al año 2010.

Algo parecido ha sucedido con los capítulos de gasto vinculados a la inversión como son el capítulo 6 y 7. En el año 2010 se presupuestaban algo más de 145 millones de Euros, destinados, sobre todo, a la construcción de Centros de Salud, o rehabilitación y mejora de los centros hospitalarios o en la dotación de los mismos además de la modernización del equipamiento de los hospitales. En 2014 esta cifra bajó hasta los 48 millones, una caída de 97 millones, equivalente al 67%. Al igual que el gasto de personal a partir de los presupuestos del año 2015 comienza una mejora, aunque debemos recordar que era año electoral.

Esto se ha traducido en una paralización del número de Centros de Salud en que desde 2010 ha pasado de 265 a 266 Centros. Y en el número de camas instaladas que ha pasado de 15.427 en 2010 (Hospitales Tradicionales, PFI y Gestión Privada) a las 14.339 del año 2017, aunque funcionando según datos de la propia consejería serían 12.363.

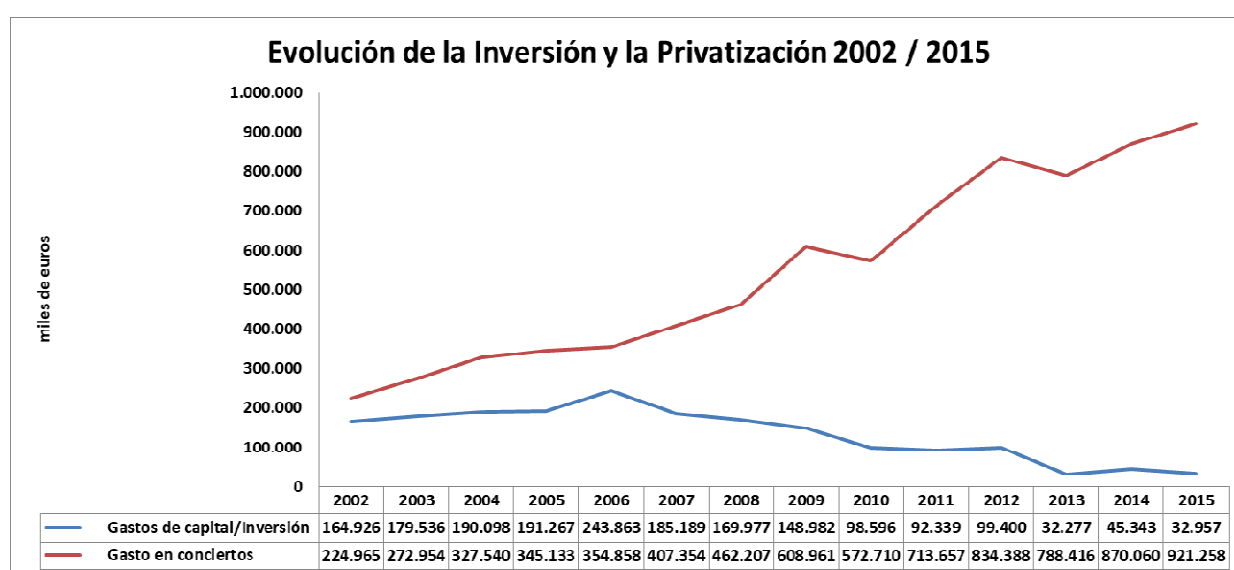
Por tanto, aunque haya habido una recuperación sustancial presupuestaria de gasto en inversiones aún es insuficiente para compensar los recortes anteriores.

Lo mismo ha ocurrido con el gasto en recetas farmacéuticas de Atención Primaria, en el año 2010 fue de 1.263 millones, reduciéndose hasta los 969 millones, una reducción de 294 millones un 23,3%, a partir de 2015 se fue recuperando hasta los 1.117 millones presupuestados en 2018, aun 146 millones menos que en 2010, un 11,5%. Además debemos de tener en cuenta que en 2012 se aprobó un aumento del copago farmacéutico, esta medida afectó sobre todo al colectivo de pensionistas con una caída en el consumo de medicamentos del 7,2%.

El único gasto presupuestario que se vio incrementado durante los años 2010 y 2014 ha sido el gasto en externalizaciones de prestaciones sanitarias con medios ajenos, que ha pasado de los 572 millones de euros del año 2010 a los 810,25 millones del año 2014, un incremento

del 95%. Esto ha continuado hasta alcanzar los 1.000 millones de euros presupuestados para el año 2018.

En cuanto a la asistencia sanitaria privatizada podemos ver que la evolución presupuestaria de las partidas correspondientes a la asistencia sanitaria especializada con medios ajenos, que incluyen las destinadas a las listas de espera diagnóstica y quirúrgica, han tenido crecimientos exponenciales, en detrimento de las destinadas a la asistencia pública directa. En la siguiente gráfica podemos ver cómo el gasto de inversión sanitario ha disminuido considerablemente, mientras que el gasto en conciertos ha aumentado en más de 700.000€ entre los años 2002 y 2015.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Conserjería de Economía, Empleo y Hacienda

Mientras tanto, la Atención Primaria madrileña ha tenido crónicamente un maltrato presupuestario – incluso si se compara con el resto de las Comunidades Autónomas – su evolución ha sido negativa, según los datos del Ministerio de Sanidad (Estadística del Gasto Sanitario Público, Serie 2002-2016) tal y como se ve en la siguiente tabla:

	España 2010	España 2016	Madrid 2010	Madrid 2016
% presupuesto de AP sobre el total	14,49%	13,52%	12,67%	11,63%
Disminución neta del presupuesto de AP 2010-16€ (%)		916.585 € (- 9,90%)		18.443 € (- 1,97%)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad: Estadística del Gasto Sanitario Público 2002 - 2016

Sin embargo, de acuerdo a las Memorias del SERMAS el gasto en Atención Primaria pasó del 9,51% en 2010 al 9,02% en 2016, y si vamos a los datos recogidos en el *Anuario Estadístico de la Comunidad de Madrid. 1985-2017 Salud y servicios sociales*, resulta que el gasto en "servicios primarios de salud" fue en 2010 el 12,63% del gasto sanitario público, pasando a ser el 10,90% en 2015, último año recogido (disminución de 63.436 €).

En resumen, a pesar de la incomprensible discrepancia de las fuentes oficiales – que establecen algunas dudas razonables sobre la fiabilidad y veracidad de los datos que ofrecen – se constata que la Comunidad de Madrid dedica a Atención Primaria menos que el promedio de las CCAA y que el porcentaje dedicado a la misma del total de los presupuestos sanitarios se ha hecho aún menor entre 2010 y 2016.

En 2017 el presupuesto de Atención Primaria (descontando farmacia) fue de 903,744 millones de euros, una disminución de 3,55%, confirmando así la continuada desinversión en Atención Primaria por parte de la Comunidad de Madrid

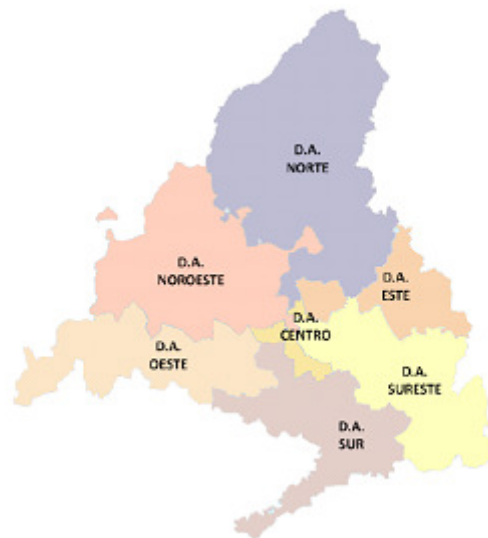


7. RECURSOS SANITARIOS

7.1. Atención Primaria

La Atención Primaria madrileña tiene un total de 431 centros (Memoria SERMAS, 2016) de los cuales 266 son Centros de Salud y 163 Consultorios Locales, además tiene adscritos 2 centros más: la Casa de Socorro de Alcalá de Henares y el Centro especializado en tratamiento de enfermedades sexuales de Sandoval.

La organización de la Atención Primaria después de la *Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid* – a partir de la que desaparecen las áreas sanitarias – se establece en 7 Direcciones Asistenciales (DA), cuyo alcance geográfico puede verse en la siguiente figura:



Fuente: Memoria SERMAS 2017

En cuanto a los recursos humanos en el sistema sanitario podemos ver que son básicos, y aún más en el caso de la Atención Primaria que se fundamenta sobre todo en la relación directa entre los trabajadores y la población. En este caso también la situación ha sido tradicionalmente mala en la Comunidad de Madrid y ha empeorado en los últimos años (de manera concreta y en comparación con las demás CCAA), como puede observarse a continuación:



Tabla 8. Recursos Humanos	2009	2016	Diferencia
TSI³/ Enfermería	1.949 (1) ⁴	1.996 (1)	+ 2,36%
Madrid			
TSI/Enfermería España	1.626	1.560	- 4,05%
TSI /MF	1.535 (3)	1.560 (2)	+ 1,62%
Madrid			
TSI /MF	1.410	1.381	- 2,05%
España			
TSI/ Pediatra	1.069 (3)	1.173 (1)	+ 9,72%
Madrid			
TSI/ Pediatra	1.063	1.040	- 2,16%
España			

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

En la tabla superior puede observarse que:

- El número de TSI por Enfermería es el más elevado de todas las CCAA y aumento desde 2009.
- Las TSI por medic@ de familia también es elevado, superior a la media, y pasó de ser el 3º al 2º más alto de todas las CCAA.
- Las TSI por pediatra es superior al promedio de las CCAA, se sitúa en el 1º lugar entre las CCAA y también se incrementó en este periodo, pese a que disminuyó en el conjunto de las CCAA.

Mientras, el número de administrativ@s en Atención Primaria se redujo un 12,27% frente a una disminución del 2,92% en el conjunto del SNS.

³Tarjeta Sanitaria Individual.

⁴ Entre paréntesis el lugar que ocupa la Comunidad de Madrid entre el total de las CCAA.



<i>Tabla 9.</i> <i>Administrativ@s</i>	2009	2016	Diferencia
Administrativos Madrid (número)	2.175	1.908	- 12,27%
Administrativos España (número)	15.851	15.387	- 2,92%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

Existen diferencias notorias entre las DA en cuanto a la dotación de profesionales, como se observa en la tabla siguiente – que tiene la limitación de ser de 2012 (último dato público) – aunque el número global de TSI por profesional a nivel de la Comunidad de Madrid prácticamente no han variado desde entonces por lo que lo lógico es pensar que los datos reflejan bastante la situación actual, con lo que se evidencia una importante variabilidad entre DA.

Tabla 10. TSI por profesionales según Direcciones Asistenciales	Medicina de Familia	Pediatría	Enfermería
Centro	1.407,16	1.182,70	1.757,62
Este	1.460,69	1.080,45	1.924,22
Noroeste	1.678,58	1.266,37	2.134,52
Norte	1.636,65	1.186,34	2.087,25
Oeste	1.453,31	1.023,91	1.861,91
Sur	1.509,58	1.138,20	1.908,22
Sureste	1.503,49	1.037,62	1.893,60
Media DA	1.521,35	1.130,79	1.938,19

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Plan de Ordenación de Recursos Humanos de la Comunidad de Madrid, Conserjería de Sanidad, Dirección General de Recursos Humanos.

Por otra parte, la frecuentación – en atención primaria – ajustada por edad era más baja en la Comunidad de Madrid que en el conjunto del país en 2009 y disminuyó en 2016 en ambos



casos. También lo hizo para medicina de familia y enfermería, pero de una manera más importante en el caso de enfermería en la Comunidad de Madrid

Tabla 11. Frecuentación ajustada por edad	2009	2016	Diferencia
MF Madrid	5,48	4,79	- 12,59%
MF España	5,57	4,79	- 14%
Enfermería Madrid	2,41	1,98	- 17,84%
Enfermería España	2,51	2,36	- 5,97%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

De acuerdo con las DA la presión asistencial en medicina de familia fue claramente mayor en el Sureste y Sur (1,34 y 0,95 respectivamente por encima del promedio de la Comunidad), en pediatría es la DA Sur la que tiene mayor presión asistencial (2,33 por encima del promedio) y en enfermería la DA Oeste (1 por encima del promedio)

Tabla 12. Presión asistencial por dirección asistencial (2012)	Medicina de Familia	Pediatría	Enfermería
Centro	30,12	19,52	16,82
Este	33,18	20,49	16,78
Noroeste	30,34	18,83	16,76
Norte	32,85	20,76	17,77
Oeste	32,26	20,84	18,47
Sur	33,23	22,88	18,20
Sureste	33,62	20,58	17,50
Media DA	32,28	20,55	17,47

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Plan de Ordenación de Recursos Humanos de la Comunidad de Madrid, Conserjería de Sanidad, Dirección General de Recursos Humanos.

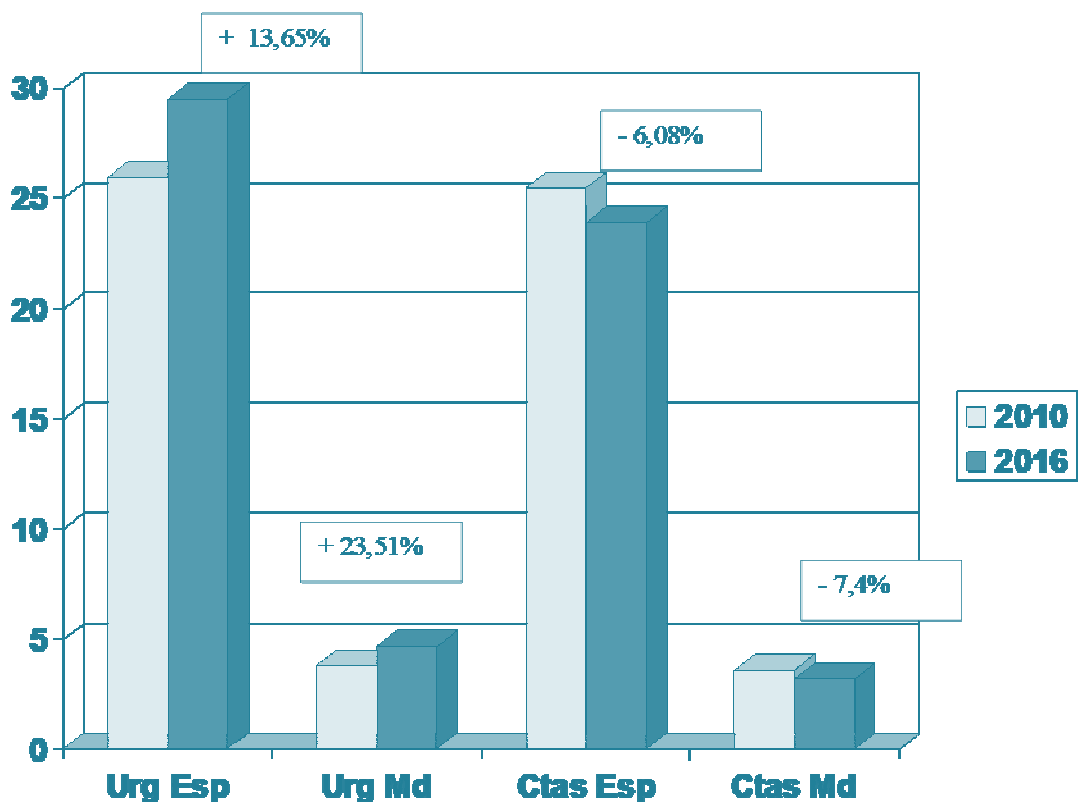


La frecuentación por población asignada tiene su máximo en medicina de familia en la DA Sureste (0,28 por encima de la media), en pediatría en la DA Oeste (0,54 por encima de la media) y en enfermería en la DA Oeste (0,20 por encima de la media).

Tabla 13. Frecuentación por población asignada y dirección asistencial (2012)	Medicina de Familia	Pediatría	Enfermería
Centro	5,43	4,22	2,47
Este	5,82	4,92	2,29
Noroeste	4,60	3,80	2,07
Norte	5,11	4,50	2,23
Oeste	5,60	5,24	2,56
Sur	5,57	5,14	2,47
Sureste	5,68	5,09	2,43
Media DA	5,40	4,70	2,36

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Plan de Ordenación de Recursos Humanos de la Comunidad de Madrid, Conserjería de Sanidad, Dirección General de Recursos Humanos.

El número total de consultas disminuyeron en la Comunidad de Madrid en este periodo (2009-2016): un 7,4% frente al 6,08% en el conjunto del SNS. Mientras tanto las urgencias hospitalarias aumentaron, en número total el 23,51% en Madrid frente al 13,65% en el SNS – como puede verse en la figura donde se recogen el número total de consultas de AP y el de urgencias hospitalarias en los años 2010 y 2016 (último dato disponible. Portal Estadístico del MSSI). Asimismo se incrementaron en número por 1.000 habitantes (13,53% en España versus 20,56% en la Comunidad de Madrid). Podría deducirse que existe una relación entre el aumento de las urgencias hospitalarias y la disminución de las consultas de Atención Primaria.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

Urg = Urgencias (Urgencias x millón/ año)

Ctas = Consultas Atención primaria (Consultas x 10 millones /año)

Esp = España

Md = Madrid

Y es que un problema importante que se detecta en Atención Primaria es la demora en las citaciones, que debería producirse de manera generalizada en las primeras 24 horas después de pedir la cita. Una demora mayor disminuye la accesibilidad de la población, favorece el que se acuda a las urgencias hospitalarias y/o al sector privado, fomenta la inequidad y desvirtúa el carácter primer escalón asistencial de la Atención Primaria.

Para evaluar la situación de las demoras en las citas de Atención Primaria se recogen los datos del último Barómetro Sanitario publicado por el Ministerio de Sanidad (realizado entre marzo y octubre de 2017) y de la encuesta sobre demoras en Atención Primaria realizada por CCOO.

Tabla 14. Reciben cita en 24 horas (siempre/casi siempre)	2010 (%)	2017 (%)
Madrid	12,72 / 33,26	7,8 / 33,2
España	14,28 / 27,29	9,6 / 24,7

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Barómetro Sanitario de 2010 y 2017

Se observa un retroceso en el porcentaje que recibe cita de Atención Primaria en 24 horas, retroceso que es mayor en la Comunidad de Madrid que en el promedio español (-4,9 días versus -4,68), que ya se situaba por debajo del promedio del país, y por supuesto lejísimos del objetivo a cumplir (100% en 24 horas).

Esta preocupante situación se confirma con los datos de la Encuesta sobre demoras en las citas de Atención Primaria realizada por CCOO en marzo de 2018, donde se objetiva una gran demora en las citas, no sólo en la media, sino especialmente en el rango máximo detectado (nada menos que 7 días en medicina de familia y enfermería, y 3 en pediatría).

Tabla 15. Resumen de las demoras en cita en centros de salud según profesional	Rango (días)	Media (días)	% de citas en más de 24 horas
Medicina de Familia	1-7	2,26	67,64%
Pediatría	1-3	1,21	26%
Enfermería	1-7	1,66	38,18%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta sobre Demoras en las Citas de Atención Primaria, CCOO

También, en esta encuesta se encuentran importantes diferencias según DA, como se comprueba en la tabla.

Tabla 16. Máximos y mínimos según áreas	Máximo días	Mínimo días	Máximo % >24hs	Mínimo % > 24 hs
MF	2,81 DA Oeste	1,43 DA Sur	100% DA Norte	50% DA Este y Sur
P	2,4 DA Sureste	1,06 DA Oeste	42,85% DA Oeste	20% DA Sureste
E	2,25 DA Oeste	1,07 DA Noroeste	66,66% DA Oeste	14,28% DA Noroeste

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta sobre Demoras en las Citas de Atención Primaria, CCOO

Las demoras en 2018 eran de 2,26 días en Medicina de Familia; 1,21 en pediatría y 1,66 en enfermería. El 66,67% de quienes pedían cita para Medicina de Familia la obtenían después de 24 horas frente al 26% en pediatría y el 33,18% en enfermería.

Se encontraron grandes diferencias según las direcciones asistenciales que objetivan desigualdades en la hora del acceso a la Atención Primaria.

Es probable que las demoras en las citas expliquen el aumento de las urgencias hospitalarias y la disminución del número de consultas señalada anteriormente

Por otro lado, las unidades de apoyo a la AP tienen un total de 141 odontólogos, 56 psicólogos, 186 matronas, 115 higienistas, 176 fisioterapeutas y 93 trabajadoras sociales (SERMAS, 2016). Las dotaciones de personal son claramente insuficientes para atender a la población de la Comunidad, con unas ratios poblacionales netamente ridículas:

- Odontólogos: 0,021 /1.000 TSI
- Psicólogos: 0,008 /1.000 TSI
- Matronas: 0,026 /1.000 TSI

- Higienistas: 0,0172 /1.000 TSI
- Fisioterapeutas: 0,026 /1.000 TSI
- Trabajadoras sociales: 0,0138 /1.000 TSI

Tabla 17. Evolución actividad de las unidades de apoyo

	2010	2016	2017
Salud Bucodental	683.480	818.432	850.959
Matronas	557.886	540.203	559.388
Trabajadores Sociales	122.173	138.972	147.081
Fisioterapia	152.536	160.503	164.987

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SERMAS 2017

Tabla 18. Demoras en las citas de las unidades de apoyo de AP

	Rango (días)	Media (días)	% > 15 días	% más de 60 días
Fisioterapia	17-180	71,04	100%	58,97%
Odontología Adultos	2-90	22,25	54,83%	12,90%
Odontología infantil	7-75	63,61	68,75%	18,18%
Matrona	1-30	7,61	11,53%	0%
Trabajo Social	1-62	7,15	12,5%	6,25%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CCOO 2018

Puede verse que el incremento de la actividad de las unidades de apoyo se ha incrementado, lo que es claramente insuficiente, ya que presentan demoras muy elevadas. La situación de fisioterapia (71,04 días de promedio, 100% más de 15 días y 54,83% más de



60 días) es simplemente escandalosa. La odontología infantil también presenta demoras excesivas (63,61 días; 18,18% más de 60 días).

Otra actividad que se realiza frecuentemente en Atención Primaria son las ecografías. En el gráfico inferior podemos observar cómo estas han ido aumentando considerablemente a lo largo de los últimos 7 años, pasando de 3.152 en 2010 a 39.443 en 2017.



Fuente: Memoria SERMAS 2017

De estas 39.433 ecografías realizadas en 2017, 28.381 de los casos (72%) no fueron derivados debido a que la resolución del problema se llevó a cabo en Atención Primaria; 5.266 (13%) fueron ecografías que se derivaron a la Atención Especializada, en concreto al Servicio de Radiodiagnóstico; finalmente 5.786 (15%) de las ecografías fueron derivadas a Atención Hospitalaria.

Además, encontramos un servicio de la sanidad que se encuentra entre la atención primaria y la especializada: los cuidados paliativos. La Comunidad de Madrid dispone de 16 Unidades Domiciliarias, distribuidas por todas las zonas geográficas. Su función es atender a los pacientes y sus familias en el domicilio:

- 11 unidades de titularidad pública denominadas ESAD (Equipos de Soporte Domiciliario), 1 en la Dirección Asistencial (DA) Norte, 1 en la Sureste, 2 en la Centro, 2 en la Este, 2 en la Sur, 1 en la Oeste y 2 en la Noroeste.
- 5 unidades concertadas con la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), 1 en la DA Norte, 1 en la Centro, 2 en la Oeste y 1 en la Noroeste.



En cuanto a su estructura, las 11 unidades públicas cuentan con un total de 28 equipos formados por médico/a, enfermera/o, técnico/a auxiliar de enfermería y auxiliar administrativo a tiempo completo. El psicólogo/a y el trabajador/a social están compartidos entre los equipos, y son aportados por entidades del tercer sector mediante convenios de colaboración entre la Obra Social la Caixa y la Consejería de Sanidad.

Las 5 Unidades de la AECC cuentan con 6 equipos formados cada uno de ellos por médico y profesional de enfermería a tiempo completo, psicólogo y trabajador social a tiempo parcial, disponiendo además de conductor para los desplazamientos.

Tabla 19. Cuidados paliativos

Hospital	UCPA (1)	ESH (2)	UCPME	Nº Camas
H. G. U. Gregorio Marañón	X	X		21
H.U. La Paz	X	X		13
H.U. Clínico San Carlos	X	X		10
H. F. Jiménez Díaz	X	X		23
H.U. 12 de Octubre		X		
H.U. La Princesa		X		
H.U. Puerta de Hierro Majadahonda		X		
H.U. Ramón y Cajal		X		
H.U. de Getafe		X		
H.U. Móstoles		X		
H.U. Príncipe de Asturias		X		
H.U. Severo Ochoa		X		
H. de la Fuenfría (3)			X	16
H. de Guadarrama (3)			X	13
H. de Santa Cristina (3)			X	16
H. Virgen de la Torre (3)			X	11
H. Virgen de la Poveda (3)			X	18
Centro Los Camilos (4)			X	30
Clínica SEAR (4)			X	30
H. de San Rafael (4)			X	20
H. Beata María Ana (4)			X	20
C. Cuidados Laguna (4)			X	30
F. Instituto San José (4)			X	30

(1) UCPA: Unidad de Cuidados Paliativos Agudos de gestión directa

(2) ESH: Equipo de Soporte Hospitalario Público

(3) UCPME: Unidad de Cuidados Paliativos de Media de gestión directa

(4) UCPME: Unidad de Cuidados Paliativos de Media Estancia Concertada

Fuente: Memoria SERMAS 2017

Existen recursos hospitalarios para la atención de la población adulta ubicados en 18 hospitales del Servicio Madrileño de Salud y en 6 concertados. En 4 de estos hospitales existen dos tipos de recursos de cuidados paliativos, equipo de soporte hospitalario y unidad de hospitalización de agudos (UCPA), constituyendo una única unidad. Esto se puede observar en la tabla inferior. También disponemos de una Unidad de Atención Integral Paliativa Pediátrica en el Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús.



Tabla 20. Profesionales de los recursos específicos de Cuidados Paliativos en 2017

Puesto	Total
Facultativos	101
Enfermeros/as	208
Técnicos Auxiliares en Cuidados de Enfermería	170
Psicólogos	26
Trabajadores Sociales	22
Auxiliares Administrativos	18
Otros	1
Total	546

Fuente: Memoria SERMAS 2017

En cuanto a la actividad asistencial, en la Comunidad de Madrid se estima que hay unos 12.000 pacientes que anualmente necesitan atención paliativa especializada, de estos, en 2017 los equipos domiciliarios han atendido a más de 7.600 y los equipos hospitalarios a 8.500 pacientes y sus familias. Es importante reseñar que la mayoría de los pacientes reciben atención en todos los ámbitos asistenciales.

El 76% de los pacientes atendidos en su domicilio por los ESAD y en los hospitales por los ESH, UCPA y ME presentaban enfermedades oncológicas y el 24% enfermedades no oncológicas, mientras que el 100% de los pacientes atendidos por los equipos domiciliarios de la AECC presentan enfermedad oncológica.

La Unidad de Atención Paliativa Continuada Pal24, ha atendido a 5.558 pacientes, 13.582 procesos asistenciales, ha movilizado 5.895 recursos, ha efectuado 37 salidas por alta complejidad y realizado el ingreso de 3.170 pacientes, de los que el 57% proceden de hospital y el 43% del domicilio.

La UAIPPha atendido a más de 100 pacientes nuevos, además de los 270 en seguimiento.

A diferencia de los pacientes adultos, el 70% de los pacientes pediátricos atendidos presentan patología no oncológica y el 30% patología oncológica.

Los profesionales de atención psicológica y social de la Fundación la Caixa, distribuidos por los equipos domiciliarios y hospitalarios, han atendido durante este año a 4.600 pacientes adultos



También queremos destacar como actividad preventiva, la Vacunación Antigripal que alcanzó al 53,7% de la población recomendada, cobertura que lleva cayendo desde 2006, año en el que alcanzó su pico más elevado: 67,1%.

Finalmente, hay que tener en cuenta que aunque el contenido de la Atención Primaria debería ser esencialmente comunitario y la actividad en la comunidad es, en teoría, tan importante como la propia actividad clínica, la realidad es que está casi desaparecida en nuestra región, y las actividades que existen en este terreno son más bien testimoniales; en parte porque existe una elevada presión asistencial y una gran escasez de recursos humanos, y también porque un sector de los profesionales han perdido el enfoque comunitario de la Atención Primaria.

7.2. Atención Especializada

La Comunidad de Madrid tradicionalmente ha sido una de las comunidades que tenía mayor concentración de recursos hospitalarios del país. Sin embargo esta situación ha ido cambiando con el tiempo, especialmente desde las transferencias sanitarias de 2001 y debido a la política sanitaria de los gobiernos del PP.

En 2016 había 81 hospitales en la Comunidad de Madrid, lo cual representaba un 10,60% del total de hospitales del país; de los cuales 36 eran públicos (44,44% frente al 45,15% en el conjunto). El número de camas hospitalarias instaladas era de 20.467, de las que 14.129 eran públicas (69,03% versus 68,71%). Esto representa el mayor porcentaje de camas públicas, que a pesar de haber un menor número de hospitales públicos, el mayor número de camas se debe a que los centros privados tienen un menor tamaño, y cuentan con un promedio de 140,77 camas por hospital frente a 392,47 camas por hospital público. Esta situación también se da en el conjunto del país, pues hay 114,51 camas por hospital en los centros privados frente a 305,50 camas por hospital en los públicos. También es reseñable el mayor número de camas promedio en los hospitales madrileños, tanto públicos como privados, respecto al promedio estatal.

Otro hecho reseñable es el menor porcentaje de camas en funcionamiento, respecto a las instaladas, que se da en los centros públicos madrileños.

Tabla 21. Camas instaladas en funcionamiento % (2016)

	Centros públicos	Centros privados	Total
Comunidad de Madrid	85,62	91,17	87,33
España	89,87	89,91	89,88

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

De ello se deduce que el porcentaje de camas en funcionamiento – las que realmente son operativas – es en la Comunidad de Madrid claramente inferior al promedio estatal (-2,55 puntos porcentuales), y ello se debe sobre todo a expensas de una menor utilización de las camas de los centros públicos (-4,25 puntos respecto al promedio estatal). Consecuentemente hay una mayor utilización porcentual de las camas de los hospitales privados (+1,96 sobre el promedio estatal).

El número de camas hospitalarias por 1.000 habitantes es bajo en la Comunidad de Madrid: 3,17 frente a un promedio de 3,30 estatal. Esta tasa ha disminuido desde 2010 en ambos casos pero más acusadamente en el caso de la Comunidad de Madrid: -4,8% en Madrid versus -2,94% de promedio estatal. La tasa de camas públicas es de 2,19 frente a 2,27 en el país, lo cual dista mucho del promedio de la UE: 5,15 camas por 1.000 habitantes (Eurostat Health Statistics). Hay que tener en cuenta que el indicador utiliza las camas instaladas que como se ha señalado anteriormente son significativamente mayores que las que están en funcionamiento, de manera que corrigiendo este dato a las que realmente se encuentran en funcionamiento tendríamos 2,768 camas en funcionamiento por 1.000 habitantes, de las cuales 1,875 serían públicas.

Esta situación ha empeorado en 2017, según la Memoria del SERMAS en este año había 197 camas instaladas menos con financiación pública que en 2016 (1,35% menos), continuando así la deriva de disminución de camas de la Comunidad. Pero si nos fijamos sólo en los hospitales que conservan la gestión tradicional vemos que han disminuido en 365 camas (el 3,08%), mientras los hospitales de gestión mixta (PFI) permanecen prácticamente igual (1 cama menos) y los de gestión totalmente privada han aumentado sus camas en 169 (un 10,53%). De nuevo se compraba la apuesta de la Comunidad de Madrid por disminuir el número de camas públicas incrementando las de los centros de gestión privada.



Otro hecho relevante es la escasez de las camas de media y larga estancia, con una tasa en la Comunidad de Madrid de 0,15 por mil habitantes, dato que ha incrementado respecto a 2016 pero que es muy inferior al promedio del país (un 48,38% del total), y este incremento ha sido a expensas, sobre todo, de las camas privadas (se ha pasado de una tasa de 0,08 en el sector privado en 2010 a 0,11 en 2016 frente a un crecimiento de solo una centésima en la tasa de las camas de la Sanidad Pública). En cualquier caso, se trata de una situación muy preocupante de déficit si nos comparamos con la OCDE: 1,1 camas de media y larga estancia por 1000 habitantes de promedio en el año 2016.

A continuación se presenta una comparación en la evolución de diferentes indicadores hospitalarios, tanto de España como de la Comunidad de Madrid.

	MADRID 2010	MADRID 2016	ESPAÑA 2010	ESPAÑA 2016
Camas/ 1000 habitantes	3,33	3,17 - 4,8%	3,4	3,3 - 2,9%
Camas larga estancia/1000	0,11	0,15 + 36%	0,32	0,31 - 3%
Quirófanos	602	676 + 12%	4.088	4.448 + 9%
RM /millón habitantes	15,57	19,55 + 26%	10,37	13,2 + 27%
TAC/millón	14,63	16,63 + 10%	14,8	16,96 + 15%
PET / millón	1,73	3,57 + 106%	2,15	2,97 + 38%
Mamógrafos/ millón	12,58	12,72 + 1%	13,07	14,08 + 8%
Trabajadores/1000	11,76	11,98 + 1,8%	11	11,23 + 2,09%
Estancias /1000	853,72	818,39 - 4%	890,19	840,78 - 6%
Altas/1000	114,53	120,4 5%	112,78	115,76 3%
Estancia Media (días)	7,45	6,8 - 9%	7,89	7,26 -8%
Consultas/1000	2.264,06	2.784,69 + 23%	1.842,59	2.177,55 + 15%
Porcentaje de primeras consultas/ totales	35,26	36,01 + 2%	34,84	34,74 - 0,28%
Urgencias/1000	572,83	718,81 + 25%	558,41	635,36 + 14%
Ingresos % sobre urgencias	9,6	9,3 - 3%	10,61	10,34 - 3%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

Se observa que existe un incremento de la dotación de quirófanos, prácticamente similar en los centros públicos y privados, pero algo mayor en la Comunidad de Madrid que en el conjunto del país.

Se evidencia un aumento muy significativo de la dotación tecnológica (RM, TAC, PET y mamógrafos) que también se produce en toda España, con bastante diferencia en este último caso. Las dotaciones de RM aumentan más en el sector público (+43%) que en el privado (+14%). También sucede esto con los PET: +140% públicos frente a +48% privados; si bien en este caso se partía de una dotación especialmente baja, sobre todo en el sector público.

Por el contrario, en los mamógrafos se ha producido una disminución de los del sector público (-8%) y un significativo incremento de los del sector privado (+13%), evidentemente para potenciar el DEPRECAM⁵.

En cuanto al número de trabajadores hospitalarios por 1.000 habitantes, vemos que se incrementó ligeramente, tanto en la Comunidad de Madrid como en el resto del país. Sin embargo, resulta llamativa la diferencia de trabajadores por cama según la titularidad de los centros: los centros privados tenían 1,94 trabajadores por cama en 2010 frente a 5,22 de los hospitales públicos; esta diferencia se mantiene en 2016 aunque se incrementa en ambos casos (2,31 versus 5,47). Más llamativo aún en el caso de los profesionales médicos (0,80 por cama en los hospitales públicos en 2016 versus 0,31) y de enfermería (1,30 versus 0,61). Con esto vemos que los centros privados tienen un 38,75% menos personal médico y un 31% menos personal de enfermería por cama, lo que evidencia una situación preocupante de estos centros.

Por otra parte, se observa que el número de estancias por 1.000 habitantes disminuyó en la Comunidad de Madrid en un 4%, algo menos que en el conjunto del país, un 9%. Si bien es cierto que se partía de tasas más bajas, aumentaron también las altas por 1.000 habitantes en la Comunidad de Madrid (5%) más que en el promedio español (3%); y congruentemente disminuyó la estancia media, algo más que en el promedio estatal (-9% versus -8%).

⁵Detección precoz del cáncer de mama.

Mientras, el número de consultas por 1.000 habitantes aumentó de manera importante (23%), bastante más que en España (15%), este incremento se ve en mayor medida en los centros privados (57%) que en los públicos (12%), incrementándose poco el porcentaje de primeras consultas sobre las totales (2%), cifra que aumenta a expensas del sector privado (+5% frente a una disminución del 2% de los hospitales públicos). Esto evidencia dos cosas: por un lado, el efecto de la derivación sistemática desde los centros de llamada a los hospitales privados, y por el otro, un sesgo de selección, ya que porcentaje de primeras consultas atendidas en el sector privado es muy elevado (46,98% en 2016 que indica que se trata de consultas de poca entidad que precisan de poco seguimiento). Contrasta, por ejemplo, este dato con que la Memoria del SERMAS 2017 sólo recoge un 9,07% de consultas de alta resolución y un 31,04% de primeras consultas sobre el total.

En las siguientes tablas podemos ver la actividad global de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, destacando la actividad de ecocardiogramas, que aumenta un 10,44%, las litotricias, con un aumento del 7,07%, y la hemodinámica cardíaca terapéutica, con un incremento de 6,01%.

Actividad global de procedimientos diagnósticos y terapéuticos

PROCEDIMIENTO	2016	2017	VAR 17-16	% VAR 17-16
Pacientes laboratorio	10.528.339	10.671.692	143.353	1,36
Radiología convencional	3.737.975	3.629.012	-108.963	-2,92
Ecografías	893.107	875.431	-17.676	-1,98
Citologías	83.418	81.688	-1.730	-2,07
Endoscopias digestivo	415.130	418.181	3.051	0,73
Broncoscopias	256.456	267.985	11.529	4,50
Mamografías	15.074	15.312	238	1,58
TAC	180.981	183.724	2.743	1,52

PROCEDIMIENTO	2016	2017	VAR 17-16	% VAR 17-16
RMN	589.432	597.177	7.745	1,31
Densitometrías óseas	430.155	435.168	5.013	1,17
Gammagrafías	87.187	86.528	-659	-0,76
Radiología intervencionista	74.384	73.592	-792	-1,06
PET	73.747	73.990	243	0,33
Ecocardiogramas	24.387	26.932	2.545	10,44
Ergometrías	272.676	278.749	6.073	2,23
Litotricias	35.520	38.031	2.511	7,07
Hemodinámica cardíaca diagnóstica	2.202	2.204	2	0,09
Hemodinámica cardíaca terapéutica	17.745	18.812	1.067	6,01
Rehabilitación (sesiones)	11.438	10.826	-612	-5,35

Fuente: Memoria SERMAS 2017

En cuanto a la actividad analítica en laboratorios podemos ver que ha disminuido entre los años 2016 y 2017, a excepción del tipaje de médula ósea y el procesamiento de sangre de cordón umbilical, los cuales han aumentado en este período de tiempo.

ACTIVIDAD	2016	2017
Procesamiento de unidades de sangre	249.292	242.428
Distribución de unidades de plasma inactivado	37.979	37.124
Adquisición de concentrados de hematíes de otros centros	868	5
Producción de pooles de plaquetas	35.581	35.135
Producción de aféresis de plaquetas	3.498	2.652
Tipaje de donantes de médula ósea	5.899	8.927
Procesamiento de sangre de cordón umbilical	302	379

Fuente: Memoria SERMAS 2017

Es de destacar que en 2017 se han incorporado al registro madrileño 8.927 nuevos donantes de médula ósea. Ello ha supuesto un incremento del 51% respecto al resultado de 2016 y del 156% respecto al objetivo, de 3.487 nuevos donantes, establecido en el Plan Nacional de Médula Ósea para la Comunidad de Madrid.

Donación y trasplante de órganos en centros del Servicio Madrileño de Salud:

ÓRGANOS	2016	2017	Var. 17-16	% Var. 17-16
Donantes	226	230*	4	2%
Trasplante renal	399	404	5	13%
Trasplante hepático	184	199	15	8%
Trasplante cardíaco (incluye cardiopulmonar)	57	75	18	32%
Trasplante pulmonar (incluye cardiopulmonar)	74	75	1	1%
Trasplante pancreático (incluye multiviscerales)	11	14	3	27%
Trasplante intestinal	4	8	4	100%
TOTAL TRASPLANTES ÓRGANOS	729	775	46	6%

Fuente: Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes

* Los donantes totales de la Comunidad de Madrid fueron 231, siendo 230 de ellos en hospitales del Servicio Madrileño de Salud y 1 en un hospital privado (Sanchinarro).

Fuente: Memoria SERMAS 2017



En cuanto a la donación de cordón, en el Banco Público de Cordón de la Comunidad de Madrid se han recibido un total de 2.836 unidades de sangre de cordón, de las cuales se han procesado 379. De los 379 cordones procesados y congelados 151 fueron posteriormente rechazados por cultivos positivos, celularidad inadecuada o serología positiva.

Por otra parte, si observamos la actividad en torno a los trasplantes en la Comunidad de Madrid, podemos ver que tanto la donación como los trasplantes han aumentado en el año 2017.

Este aumento también se observa en la siguiente tabla, en la cual podemos ver los implantes de tejido que se realizaron en el año 2016 y 2017.

Implantes de tejidos en centros del Servicio Madrileño de Salud:

TEJIDO	2016	2017	Var. 17-16	% Var. 17-16
Córneas	421	444	23	5,5%
Tejido osteotendinoso	1.843	2.024	181	9,8%
Progenitores hematopoyéticos	495	528	33	6,7%
Válvulas cardíacas	3	5	2	66,7%
Piel	13	19	6	46,2%
Membrana amniótica	281	284	3	1,1%
Membrana escleral	116	121	5	4,3%
Segmento vascular	5	6	1	20,0%
TOTAL TRASPLANTES TEJIDOS	3.177	3.431	254	8,0%

Fuente: Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes

Fuente: Memoria SERMAS 2017

En cuanto a la actividad radiológica, observamos en el siguiente cuadro que entre los años 2016 y 2017 no existe una gran variación, y la que hay resulta ser una disminución en este servicio, destacando las ecografías con un -5,44%.



Unidad Central de Radiodiagnóstico

La Unidad Central de Radiodiagnóstico (UCR) realiza la actividad de radiología para los Hospitales: Universitarios Infanta Sofía, Infanta Leonor, Infanta Cristina, Sureste, Tajo y Henares, atendiendo a una población de más de un millón de habitantes. Sus principales datos de actividad son los siguientes:

ACTIVIDAD	2016	2017	% VAR 17 - 16
Ecografías	127.191	120.277	-5,44%
Resonancia magnética	50.716	50.742	0,05%
Mamografías	20.371	20.544	0,85%
Tomografía computarizada	66.155	66.888	1,11%
Urografía/ fluoroscopia/ intervencionismo	14.407	14.707	2,08%
Radiología convencional	573.952	569.149	-0,84%
Densitometría	13.253	13.755	3,79%
Otras (copias electrónicas)	13.401	13.625	1,67%
TOTAL	879.446	869.687	-1,11%

Fuente: Memoria SERMAS 2017

Otra cuestión importante, que afecta a la atención especializada, son las listas de espera. Los últimos datos oficiales (octubre de 2018) sobre listas de espera se recogen en la siguiente tabla:

	Lista espera quirúrgica (LEQ)	Lista espera consultas externas (LEC)	Lista espera Pruebas diagnósticas(LEPD)
Número de pacientes	76.808	401.412	121.882
Demora media (días)	46,72	35,09	43,48
% con demora > 90 días	18,82%	32,34%	39,60%
Rechazo de derivación Demora media (días).	120,68	----	----

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad



Esta situación requiere varios comentarios:

- El número de pacientes en la lista de espera quirúrgica se ha incrementado notablemente a pesar de la apertura de 11 nuevos hospitales (49.139 pacientes en lista de espera quirúrgica en mayo de 2012).
- Aunque la demora media no es especialmente elevada en la LEQ, si lo es y mucho la de quienes rechazan la derivación a otro centro (habitualmente a centros privados) con lo que se establece una clara discriminación.
- El número de pacientes en LEC es muy alto y eso que se trata solo de la demora de la primera consulta, cuando es bien conocido que se ha hecho un especial esfuerzo en incrementar las primeras consultas en detrimento de las sucesivas que tienen unas demoras mucho más prolongadas.
- El porcentaje que tienen demoras mayores de 90 días es muy elevado, especialmente en LEPD y LEC.
- Las demoras reales son como mínimo una suma de todas las anteriores más las demoras en las citas de AP, que como ya se ha señalado pueden alcanzar hasta 10 días, más la segunda consulta en consultas externas que se produce en casi todos los casos, con lo que la demora real para la solución de un problema de salud puede situarse en la mayoría de los casos por encima de los 8-10 meses.

7.3. Atención a la urgencia

Las urgencias en Atención Primaria se atienden en el horario normal de funcionamiento de los Centros de Salud mediante sistemas establecidos al efecto en cada uno de ellos, y en 40 Servicios de Atención Rural (SAR) que atendieron en 2015 un total de 298.536 consultas.

En la siguiente tabla puede observarse que las consultas en urgencias se han incrementado considerablemente en los últimos 6 años, disparándose en la región pasando de 572,83 por 1.000 habitantes a 718,81, un aumento del 27%, a esto hay que sumar el 2,11% de incremento en 2017 sobre 2016. Mientras tanto, entre 2010 y 2016 el aumento de las urgencias en el país fue del 15%, y aun así se alcanzaron sólo 635,36 urgencias por 1.000 habitantes (un 11,60% menos que en Madrid). Paradójicamente el porcentaje de enfermos ingresados de los que acudieron a urgencias fue del 9,3% en 2016 en Madrid frente a 10,34%



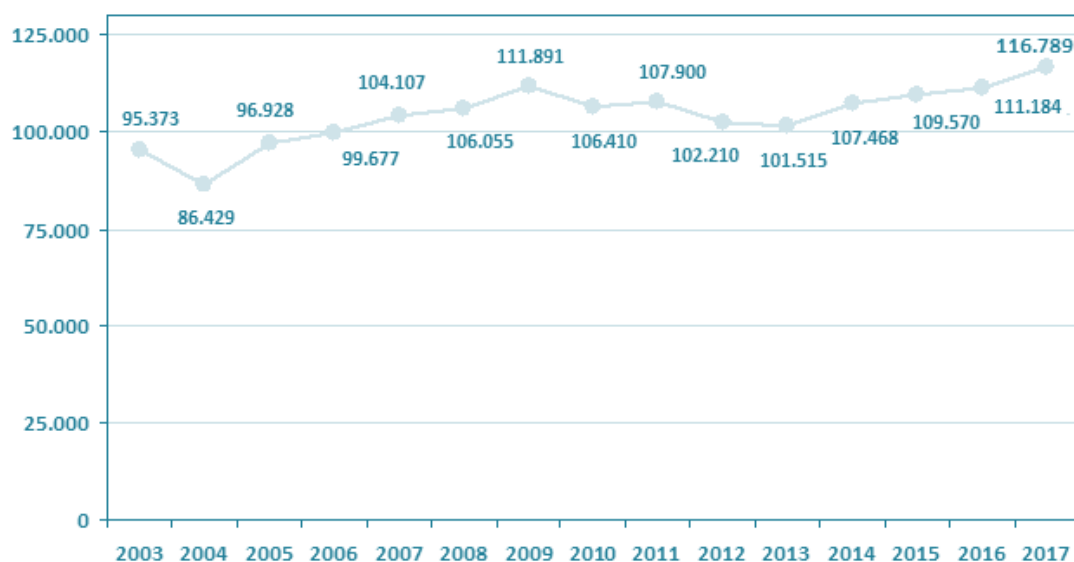
en España, es decir, en el conjunto del país acuden menos enfermos a urgencias y están más graves.

Tabla 22. Consultas en urgencias /1.000 habitantes	2010	2016
España	563,62	635,36
Comunidad de Madrid	572,83	718,81

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

Uno de los servicios de urgencias más importantes de Madrid es el SAMUR-Protección Civil, el cual durante el año 2017 fue demandado en 116.789 casos relacionados con emergencias extrahospitalarias; superando así el número de casos atendidos en años anteriores.

Número de sucesos atendidos por SAMUR - Protección Civil



Fuente: Memoria SAMUR 2017

Otro importante servicio de urgencias es el Servicio de Urgencia Médica de Madrid (SUMMA112), los cuales se encargan, al igual que SAMUR, de atender urgencias y emergencias extrahospitalarias en la Comunidad de Madrid.

En la siguiente tabla puede verse la actividad telefónica de SUMMA, las cuales han tenido un incremento del 2,87%. También se observa que la mayoría de estas llamadas son de índole asistencial.

ACTIVIDAD TELEFONICA	2014	2015	%VAR 15-14
Nº TOTAL LLAMADAS	962.614	990.216	2,87%
ASISTENCIALES	700.979	704.829	0,55%
NO ASISTENCIALES	261.635	285.387	9,08%

Fuente: Memoria SUMMA 112, 2014 -2015

En cuanto a la gestión de recursos móviles, es decir, a la actividad del personal técnico sanitario, vemos que también ha habido un aumento de 5,73% entre 2014 y 2015. También se observa que destaca el Transporte Sanitario Urgente (282.979 en 2015) y la Unidad de Atención Domiciliaria Médica (108.053 en 2015).

GESTIÓN DE RECURSOS MÓVILES	2014	2015	%VAR 15-14
Nº TOTAL DE MOVILIZACIONES DE RECURSOS	493.644	521.934	5,73%
UVI	82.712	84.157	1,75%
Helicóptero	697	747	7,17%
Vehículo de Intervención Rápida	34.193	34.846	1,91%
Unidad de Atención Domiciliaria Médica	106.176	108.053	1,77%
Unidad de Atención Domiciliaria Enfermería	7.294	7.610	4,33%
Transporte Sanitario Urgente	258.569	282.079	9,09%
Servicios Especiales	2.514	2.609	3,78%
Soporte Vital Intermedio	1.489	1.833	23,10%

Fuente: Memoria SUMMA 112, 2014 -2015



7.4. Salud Mental

La salud mental es un tema muy importante y del que no se habla demasiado, pues en muchas situaciones se sigue considerando un tabú, ya que se observa de manera despectiva, como sinónimo de “estar loco”.

Para la realización de este apartado hemos utilizado los últimos datos disponibles de la Asociación Madrileña de Salud Mental (ASMS), que acaban entre los años 2012 y 2014, y datos disponibles en la Memoria del SERMAS (2017).

A continuación podemos ver una tabla con la evolución del número de centros de salud mental, entre los años 2000 y 2012. Podemos observar que los psiquiatras aumentaron entre los años 2000 y 2012, siendo un total de 292 psiquiatras, de los cuales 263,3 son de gestión pública. En cuanto a la psicología clínica ocurre lo mismo, reuniendo en 2012 169 psicólogos, de los cuales 146,4 eran de gestión pública.

Centros de Salud Mental adultos e infantil						
	Año 2000. Datos Oficina Salud Mental ¹	Año 2005. Datos Observatorio AMSM ²	Año 2007. Datos Observatorio AMSM ³	Año 2009. Datos Oficina Salud Mental ⁴	Año 2012. Datos Observatorio AMSM ⁵	Año 2012. Datos Oficina Salud Mental . Solo centros gestión pública ⁶
Psiquiatras CSM	223	221.4	299	300	292	263.6
Psicólogos clínicos CSM	139	150	174	169	169	146.4
DUE	98	106	107	110	109	NC
T:S	59	67.5	78	77	70	NC
Consultas nuevas	38.639 ⁷			58.340 ⁸		93.729
Pacientes en continuidad de cuidados				5793 ⁸		

Fuente: AMSM: Informe sobre evolución de los recursos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2000-2014

De estos 292 psiquiatras, sólo 45 (aproximadamente) se dedican a atender a la población infantil y juvenil, mientras que de los 169 psicólogos, son 50 los que atienden a esta población.



En la Comunidad de Madrid encontramos 36 Centros de Salud Mental. De estos, 7 son de gestión privada: Arganzuela, Navalcarnero, Aranjuez, Valdemoro, Moncloa, Torrejón (Sanitas) y Collado-Villalba (IDC-Salud).

Por otro lado, la demanda en atención psicológica ha aumentado, pero no ha habido contratación de nuevos profesionales, lo que ha derivado en unas largas listas de espera en muchos de los Centros de Salud Mental. Aunque no sólo hay carencia de psicólogos, pues ni el personal de enfermería ni de trabajo social ha aumentado su número entre los años 2000 y 2012. Esto se traduce en un escaso desarrollo de Programas de Cuidados Comunitarios de los Centros de Salud Mental. A parte de esto, también nos encontramos ante una inequidad entre unos servicios y otros, lo cual pretendía solucionarse mediante la Ley de Libre Elección, lo cual no ha ocurrido. Pero la falta de personal no es el único problema, puesto que tampoco existe una estrategia política de salud mental a nivel central, unido al deterioro a causa de la integración de las Gerencias Hospitalarias.

En cuanto a los recursos hospitalarios vemos que el número de unidades de hospitalización para adultos ha aumentado en casi el doble desde el año 2000 al 2014, a la vez que se ha dado un considerable aumento de camas funcionales (también de camas de gestión privada, que aumentan en un 10% en estos años), mientras que las camas de psiquiatría disminuyen, quedando en un 14% en el año 2014. Por otro lado, el número de psiquiatras en hospitales ha aumentado en 38 entre estos años (159 en 2014), mientras que los psicólogos clínicos han sufrido un incremento de 13 profesionales (28 en 2014).

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN ADULTOS (datos Oficina Regional de Salud Mental)			
	2000	2008	2014
NUMERO	13	23	25
CAMAS FUNCIONANTES	461	533	577
CAMAS GESTIÓN PRIVADA	32 (7%)	60 (11%)	99(17%)
CAMAS H. PSIQUIATRICO	180 (39%)	106 (20%)	86 (14%)
PSIQUIATRAS HOSPITAL ¹	121	133	159
PSICOLOGOS CLINICOS HOSPITAL ¹	15	25	28

Fuente: AMSM: Informe sobre evolución de los recursos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2000-2014



Mientras tanto, en las unidades de hospitalización de niños y adolescentes podemos ver que el número es muy reducido y que no sufre cambios en estos años, siendo 2 desde el año 2000 al 2014. Tampoco el número de camas tiene un gran incremento, pues del 2000 al 2008 se incrementan en 4, quedando en 2014 el mismo número.

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.			
	2000	2008	2014
NUMERO	2	2	2
CAMAS	34	39	39

Fuente: AMSM: Informe sobre evolución de los recursos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2000-2014

Pero es importante mencionar que este crecimiento de camas hospitalarias no sólo fueron por la apertura de nuevas Unidades de Hospitalización Breve, sino también por la inclusión de los hospitales de gestión privada (Móstoles – Hospital Rey Juan Carlos, Collado-Villalba, y el concierto de Nuestra Señora de La Paz con el Hospital de Torrejón). Esto supuso una gran inversión en recursos, la cual ha estado mal planificada, pues no se hizo un análisis de las necesidades de camas (lo que provocó que se abrieran camas costosas en hospitales que no necesitaban, dejándose de lado otros que sí tenían esta necesidad).

Otro punto importante en la atención en Salud Mental, es el tratamiento de los Trastornos de Conducta Alimentaria. En el año 2007 se firmó “El Pacto Social contra la Anorexia y la Bulimia”, destinándose recursos para la atención de estos problemas, y creándose dos unidades de atención ambulatoria en el Hospital de Móstoles y en Gregorio Marañón (para mayores de 16 años) y un hospital de día en el Hospital Santa Cristina (para mayores de 18 años); también se intensificaron los programas en el Hospital Niño Jesús y La Paz. Pero esto supuso ciertos problemas: una distribución de recursos no equitativa territorialmente, problemas en la coordinación entre los recursos y los hospitales, y problemas de continuidad asistencial.



Unidades de tratamiento para TCA			
	2000	2008	2014
Hospital de día TCA Santa Cristina (>18a)		40 plazas	40 plazas
Unidad de Conducta Alimentaria (UCA) (>16a)		2 UCA en HGM y Hospital de Mostoles	2 UCA
Unidad de TCA Hospital Clínico San Carlos (>18 a)		NC	NC
Unidad de TCA Hospital La Paz (adolescentes y adultos)		NC	NC
Unidad de TCA Niño Jesús (< 18 a)	Incluye hospital de día, consultas ambulatorias e ingresos.		

Fuente: AMSM: Informe sobre evolución de los recursos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2000-2014

Por otro lado, también consideramos importantes aquellos recursos destinados a la rehabilitación, la residencia y el apoyo comunitario. La mayoría de los dispositivos de rehabilitación psicosocial y recursos de atención social dependen de un programa de la Conserjería de Familia y Asuntos Sociales.

Entre 2003 y 2008 hubo un Plan Estratégico que supuso el incremento de los recursos, pero al finalizar este el crecimiento se ralentizó. Pero un problema importante es que no existe un Plan Estratégico de Salud Mental común para ambas redes. En la siguiente tabla vemos que los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), entre los años 2002 y 2014 han aumentado su número en 16 (26 en total), aumentando así las plazas en 1.073. También lo han hecho los Centros de Día, incrementándose su número con 31 (40 en total), y el número de plazas en 1.028. Lo mismo ha ocurrido con los Centros de Rehabilitación Laboral (CRL), incrementando su número en 16 (21 en total en 2014), y sus plazas en 870; al igual que las minirresidencias y los pisos supervisados. En cambio, los Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) no han alterado sus cifras.



RECURSOS DE REHABILITACIÓN, RESIDENCIALES Y APOYO COMUNITARIO (S.SOCIALES + SERMAS) ¹				
		AÑO 2002	AÑO 2008	AÑO 2014
Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	Numero	10 (2)	24 (2)	26 (2)
	Plazas	885 (180)	1800 (180)	1958(180)
Centros de Dia	Numero	9 (9)	35 (9)	40 (9)
	Plazas	172	1012 (172)	1200 (172)
Centros de Rehabilitación laboral (CRL)	Numero	5 (2)	18 (2)	21
	Plazas	220 (80)	890 (80)	1090
Equipos de Apoyo Social Comunitarios (EASC)	Numero		38	38
	Plazas		1140	1140
Miniresidencias	Numero	8 (1)	17 (1)	21 (0)
	Plazas	141	424	583
Pisos supervisados	Numero	21 (15)	68 (15)	72 (15)
	Plazas	67 (44)	256 (44)	267 (44)
Pensiones Supervisadas	Plazas	11	22	37

¹ Entre paréntesis aparecen los centros y plazas gestionados por el SERMAS del total.

Fuente: AMSM: Informe sobre evolución de los recursos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2000-2014

Por otro lado, encontramos en las siguientes tablas la actividad en Salud Mental entre los años 2016 y 2017, dónde vemos que las consultas totales han disminuido en un 2,36%. En cuanto a las nuevas consultas se observa que han aumentado en un 1,02%, mientras que las consultas sucesivas han disminuido en un 3,03%.

En cuanto a la actividad psiquiátrica observamos que la variación es positiva (un aumento del 2,01%), pero esto se debe al incremento de altas de mayores de 18 años (que supone un aumento del 2,39%), pues las altas en menores se han reducido en un 2,13%.

Actividad ambulatoria*	2016	2017	% Variación
Consultas nuevas	111.270	112.403	1,02%
Consultas sucesivas	558.123	541.214	-3,03%
Consultas totales	669.393	653.617	-2,36%

Fuente: SIAE. Los datos del año 2016 han sido actualizados con cierres posteriores a la publicación de la memoria 2016

* Consultas de Psiquiatría y Psicología Clínica

Altas hospitalarias	2016	2017	% Variación
Total Psiquiatría	11.218	11.444	2,01
Menores de 18 años	941	921	-2,13
Mayores de 18 años	10.277	10.523	2,39

Fuente: CMBD. Los datos del año 2016 han sido actualizados con cierres posteriores a la publicación de la memoria 2016

*Hospitalización de gestión directa

Fuente: Memoria SERMAS 2017



Existe además un Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018 – 2020 que plantea 10 líneas estratégicas y que es de sospechar que al igual que los anteriores tendrá un escaso cumplimiento y tenderá a favorecer a las privatizaciones.

7.5. Salud sexual y reproductiva

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo y la Estrategia acompañante constituyen el marco de las políticas públicas que la Comunidad de Madrid tiene que desarrollar en lo relativo a la salud sexual y reproductiva (SSyR) en nuestro territorio. En la Ley Orgánica 2/2010 se puede leer *“En el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes”* e insta a que los poderes públicos en el desarrollo de sus políticas sanitarias, educativas y sociales garanticen *“el acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva”* (artículo 5).

En los seis años de vigencia de la Estrategia estatal, a nivel autonómico lo único que se ha implementado son las prestaciones en materia anticonceptiva y de interrupción voluntaria de embarazo (IVE), que por otro lado ya venían desarrollándose con anterioridad. En cuanto a otros aspectos de promoción de salud sexual, como la mayor accesibilidad a una amplia gama de anticonceptivos o recursos específicos para la atención a la gente joven no se han abordado adecuadamente. En línea con esos compromisos, la Comunidad presentó en 2017 un Plan Integral de abordaje de los embarazos no deseados elaborado por la Consejería de Salud en colaboración con otras Consejerías, con metas en el horizonte de cuatro años. Sus dos objetivos generales son: prevenir embarazos no deseados o inesperados y prestar atención integral a la interrupción voluntaria del embarazo de acuerdo con la ley. En esta se recoge una diversidad de estrategias y actuaciones a desarrollar, tanto en el contexto sanitario como educativo, con especial atención a las necesidades de la población más vulnerable.



Reconociendo la buena intencionalidad del Plan, la realidad es que la inmensa mayoría de sus propósitos no se están cumpliendo. Pese al compromiso de coordinación con entidades locales, sociedades científicas, Asociaciones y ONGs – especialmente las que fueron consultadas en su elaboración – no se conoce ningún avance en ese sentido. Tampoco en la formación necesaria específica sobre salud sexual y reproductiva en el ámbito socio-sanitario y educativo.

El desarrollo de las diferentes líneas de trabajo en base a los diferentes objetivos específicos y núcleos poblacionales es, hasta el momento, muy limitada: en la práctica lo más desarrollado está en lo establecido en la Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria, donde los y las profesionales se enfrentan, con gran esfuerzo, a las necesidades de atención en SSyR con escasa formación, disponiendo sólo de varios minutos de consulta y con deficiencias en la coordinación y derivación a las consultas de ginecología (sumidas también en serias limitaciones para atender dichas demandas).

Por resumir, se sigue haciendo lo que a partir de las transferencias de 2002 se hacía en materia de anticoncepción, mejorando la atención a la interrupción voluntaria del embarazo a partir de la ley de 2010 e incumpliendo otros aspectos de accesibilidad y de contenidos acordes a salud sexual y reproductiva en su sentido más amplio.

De acuerdo a resultados provisionales del INE correspondientes a enero de 2018 en Madrid residen 1.581.903 mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años y 1.292.063 entre 15 y 44 años (rango utilizado por el Ministerio de Sanidad en el registro anual de IVE). Tenemos una tasa de variación anual del número de nacimientos en negativo (-3,4) y el promedio de hijos por mujer es de 1,3. En 2016 el número de nacimientos registrados en nuestra Comunidad fue de 63.112, de los que 13.236 (21%) correspondieron a mujeres extranjeras. Entre estas últimas, el mayor número de nacimientos correspondieron a mujeres rumanas (2.516) seguidas de mujeres marroquíes (2.100).

Respecto a IVE, en 2016 se contabilizaron 15.987 intervenciones con una tasa de 12,51 por mil mujeres entre 15 y 44 años, por encima de la del conjunto del Estado (10,36). En cuanto a nuestra juventud, conviene resaltar que contamos con casi tres millones de mujeres adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años, y otra cifra similar de varones.

A continuación veremos la situación de los aspectos más relevantes de la salud sexual y reproductiva en la Comunidad de Madrid en 6 apartados diferentes: salud sexual, anticoncepción, acceso a técnicas de reproducción asistida, infecciones de transmisión sexual (ITS), interrupción voluntaria del embarazo (IVE) y salud sexual y reproductiva de la gente joven.

Salud sexual

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como *"un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud"*. También entre las recomendaciones de la Estrategia a este respecto cabe destacar:

1. *Se emprenderán acciones para promover una sexualidad saludable, placentera e igualitaria, a lo largo de la vida, considerando las diferentes circunstancias vitales de mujeres y hombres.*
2. *Se tendrán en cuenta en las acciones de promoción de la salud sexual los determinantes sociales, culturales, económicos y de género, visibilizando los diferentes contextos de vulnerabilidad en los distintos grupos poblacionales: grupos etarios, discapacidades, opciones y orientaciones sexuales, identidades de género (transexualidad), personas VIH positivas, migración, violencia sexual.*
7. *Se potenciará, en el marco del ámbito educativo, la educación sexual en la infancia y adolescencia, de acuerdo con el nivel de desarrollo de cada edad, tomando como referencia la visión holística de la sexualidad y la diversidad.*

A pesar de que se cuenta con una Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, y legislaciones específicas, los servicios de salud sexual y reproductiva no existen, o cuentan con importantes deficiencias, siendo desigual su acceso y cobertura, dependiendo tanto de la Comunidad Autónoma en la que se resida, como de la situación administrativa individual.

Esta situación repercute negativamente en los derechos y la salud sexual y reproductiva de la población, especialmente de las mujeres y niñas.

Anticoncepción

El acceso de las mujeres a la anticoncepción ha sido revisado en 2016 por la Federación de Planificación Familiar. En este documento se valora la accesibilidad a métodos anticonceptivos eficaces, incluyendo los de larga duración y la anticoncepción de urgencia, y a los recursos y profesionales sanitarios que prescriben y dispensan los anticonceptivos.

La mayor parte de la atención anticonceptiva se presta desde los equipos de atención primaria, ya que el modelomadrileño delega toda la atención en el marco de las prestaciones generales a la población. Dicho modelo se ha mostrado poco eficaz en nuestra Comunidad ya que la inexistencia de recursos específicos de SSyR, la falta de apoyo fundamental para los equipos con sobrecarga asistencial, la alta carga de trabajo y deficiente formación, imposibilita una correcta atención, especialmente a los grupos poblacionales más expuestos a embarazos no deseados como la población joven, migrantes, personas con discapacidad o mujeres en riesgo de exclusión social o víctimas de violencias.

Además también prestan servicios de SSyR los centros municipales de salud (Madrid Salud) del Ayuntamiento de Madrid y otros centros sanitarios en varios municipios (San Fernando de Henares, Coslada, Alcobendas, San Sebastián de los Reyes y Getafe), aunque la mayoría de ellos limitan la atención.

Por su parte, el SERMAS, que abarca a mayor población, se limita a aconsejar y prescribir anticonceptivos hormonales, mayoritariamente orales, que son los que están parcialmente financiados por el Sistema Nacional de Salud.

La accesibilidad a los métodos hormonales de larga duración (con la denominación internacional de LARC), DIU de cobre, DIU de hormonas, implante e inyectable solo gestágeno trimestral, son de muy difícil acceso, fundamentalmente porque salvo el último, son derivados a las consultas de ginecología (centros de especialidades) donde las profesionales rotan continuamente y muchos de ellos no están familiarizados con la inserción de DIU o implantes.

Si bien en los centros municipales, especialmente los de Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid, existe una mayor disponibilidad para obtener información y consejo sobre todo tipo de métodos anticonceptivos, incluido el preservativo y el doble método, así como para la

inserción de DIU o implantes (con facilidades especiales para mujeres en situación social o económica desfavorable) la realidad es que estos servicios llegan a una parte pequeña de población. La falta de coordinación entre el SERMAS, Madrid Salud y los servicios municipales antes citados constituyen una fuente de confusión e inequidad en el acceso a métodos seguros y eficaces.

Respecto a la anticoncepción de urgencia (AU), aunque la libre dispensación en farmacias ha mejorado su accesibilidad, con la consecuencia de disminución de embarazos no deseados y abortos, su precio – y a veces impedimentos puestos en farmacias – genera de nuevo inequidad. En Madrid, salvo su disponibilidad en los centros de Madrid Salud, no existe AU en los centros sanitarios, ni siquiera para facilitarla gratuitamente a las personas que no tienen medios económicos para comprarlas.

Acceso a técnicas de reproducción asistida

Tanto a nivel estatal como a nivel de nuestra Comunidad en los últimos años se han hecho importantes avances en la aplicación de protocolos de humanización del parto. Sin embargo se mantienen importantes obstáculos en el acceso a las técnicas de reproducción asistida (TRA) especialmente en el sistema sanitario público, lo que genera inequidad en el acceso y discrimina a las mujeres y familias con menos recursos económicos. El acceso a estas técnicas se recoge en la Ley 14/2006, sobre técnicas de reproducción humana asistida y en una ampliación de 2014⁶.

La reciente Encuesta de fecundidad 2018 de ámbito estatal, no extrapolable a nivel autonómico, permite extraer algunas aproximaciones sobre la Comunidad de Madrid. Se pone de manifiesto que un porcentaje importante de mujeres tienen menos hijos de los deseados alegando motivos económicos o de conciliación laboral. Esas razones contribuyen a retrasar la maternidad, lo que, en razón de edad, a su vez conlleva dificultades médicas para conseguir un embarazo natural. Muchas mujeres y parejas recurren a técnicas de reproducción asistida. Según la Encuesta, el 5,4% de mujeres se ha sometido a alguna TRA en su vida. Teniendo en cuenta la población femenina en edad fértil residente en nuestra

⁶Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos (BOE-A-2014-7065).



Comunidad podemos concluir que decenas de miles de mujeres pueden necesitar asistencia técnica para conseguir un embarazo.

Los datos oficiales sobre TRA son recogidos anualmente por la Sociedad Española de Fertilidad (SEF). Según algunas informaciones se calcula que cada año se llevan a cabo más de 50.000 ciclos de Fertilización in Vitro (FIV) y unos 23.000 de inseminación artificial (IA) y que un 70-80% de ellos se realizan en servicios privados.

El 80% del total de centros reconocidos para llevar a cabo TRA en la Comunidad de Madrid son privados. De los públicos, aproximadamente la mitad llevan a cabo las dos técnicas (Fertilización in Vitro (FIV) e Inseminación Artificial (IA)) mientras que la otra mitad solo realizan IA.

Algunos disponen de banco de semen pero no de ovocitos por lo que las mujeres atendidas en nuestros hospitales se ven obligadas a adquirirlos, mediante pago, en la privada. Otras importantes limitaciones se relacionan con la edad, con las listas de espera y con los desplazamientos. En nuestros servicios públicos el límite de edad se sitúa en los 39 años mientras que en los centros privados es bastante superior. Las listas de espera son importantes dependiendo de la técnica pero generalmente no menor a un año. Si a lo anterior unimos que, por el número limitado de centros que realizan todas las técnicas (Hospital Gregorio Marañón, La Paz, Clínico y Alcorcón y Alcalá de Henares), muchas mujeres tienen que hacer repetidos desplazamientos a hospitales alejados de su domicilio, se entenderá la tendencia creciente a acudir a los centros privados donde no existen tales limitaciones. Se confirma pues situaciones de desigualdad e injusto privilegio para conseguir ser madres/padres en función de la situación económica.

Infecciones y enfermedades de transmisión sexual (ITS / ETS).

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un importante problema de salud pública, tanto por su magnitud como por sus complicaciones y secuelas si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz.

Tras la aprobación y publicación de los nuevos protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en 2013 y de la Orden Ministerial de 2015, que modificó el listado de enfermedades a vigilar, las ITS de declaración obligatoria son: *Chlamydia trachomatis*



(serovares D-K), el *Linfogranuloma venéreo* (infección producida por *Chlamydia trachomatis*, serovares L1, L2 y L3) (LGV), Sífilis, Sífilis congénita e Infección gonocócica.

Podemos observar que los datos estatales recogidos en el Boletín Epidemiológico del 4 de enero de 2016 al 1 de enero de 2017 indican lo siguiente:

- Infección gonocócica (gonorrea). En el periodo 1995-2016, se observa un marcado descenso en las tasas hasta el año 2001 (desde 11,69 en 1995 hasta 2,04 en el 2001), seguido de un incremento continuado de la incidencia a partir de esa fecha, que se hace más llamativo a partir de 2012.

La incidencia de infección gonocócica por Comunidades Autónomas en 2016 presenta un rango entre 2,04 y 28,97 casos por 100.000 habitantes, encontrando en Madrid 23,58 casos. La razón hombre – mujer fue de 5,1. La mediana de edad al diagnóstico fue de 30 años, aunque las tasas más elevadas se produjeron en el grupo de 20 y 24 años, seguidas del grupo de 25 a 34 años.

- Sífilis. Se observa un descenso en las tasas de incidencia desde 1995 hasta 2001 (desde 2,57 hasta 1,77 por 100.000 habitantes) seguido de un aumento a partir de ese año hasta 2011. Entre 2011 y 2016 las tasas están estabilizadas. La razón hombre – mujer fue de 9. La mediana de edad fue de 35 años, sin diferencias por sexo. El 59,5% de los casos tenía entre 25 y 44 años.
- Sífilis congénita. Las tasas de incidencia de casos confirmados durante el periodo 2000-2016 oscilaron entre 0 y 2,23 por 100.000 nacidos vivos.
- Infección por *Chlamydia trachomatis*. La tasa para el conjunto de las quince CCAA que disponen de sistema de vigilancia para esta enfermedad fue de 17,85 casos por 100.000 habitantes, notificándose en la Comunidad de Madrid 18,4. El 52,7% fueron mujeres. La razón hombre – mujer fue de 0,9. La mediana de edad al diagnóstico fue de 27 años, siendo las mujeres más jóvenes que los hombres (25 y 30 años, respectivamente).
- Linfogranuloma venéreo (infección por *Chlamydia trachomatis*L1-L3) LGV. La tasa de incidencia para el conjunto de CCAA que disponen de sistema de vigilancia fue de 0,73 casos por 100.000. Las tasas más elevadas se produjeron en la Comunidad de Madrid y Cataluña. La razón hombre – mujer fue de 16,7. La mayor parte de los casos tenían entre 35 a 44 años, aunque más de la mitad de las mujeres tenía menos de 25



años. Por grupo de edad, las tasas más elevadas se produjeron entre los 25 y 34 años (1,84 casos por 100.000) y los 35 y 44 años (1,77 casos por 100.000).

En cuanto al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), según el Servicio de Epidemiología de la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, desde el año 2008 (en que se inició el registro de casos), hasta 31 de octubre de 2018, (años 2016, 2017 y 2018 sin datos definitivos), ha habido 11.463 diagnósticos registrados de infección por VIH; de los cuales 9.858 (86%) corresponden a hombres y 1.605 (14%) a mujeres.

La notificación de casos de SIDA es más precoz, lo que explica que se pueda afirmar que en el periodo 2017 – 2018 los porcentajes de casos relacionados con Presentación con enfermedad avanzada (PEA, <200 células/μl) y el Diagnóstico tardío (DT, <350 células/μl) sean superiores a los años previos. Así el 30,1 % de los casos notificados en este periodo son casos de SIDA.

En el periodo 2008 – 2018 han sido 8.086 hombres y 1.299 mujeres que han tenido retraso en el diagnóstico, correspondiendo:

- PEA: en el 21,6% en los hombres, y 36,0 % en las mujeres.
- DT: en el 38% de ellos y 55% en ellas.

Tabla 23. Retraso en el diagnóstico 2008 - 2018

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	
Edad al diagnóstico de VIH	15 - 19	120 (80,53%)	29 (19,46 %)	149
	20-29 años	2.524(88,46%)	329 (11,53%)	2.853
	30-39 años	2.999(87,17 %)	441 (12,81%)	3.440
	40-49 años	1.643 (84,73%)	296 (15,26%)	1.939
	> 49 años	785 (81,17%)	182 (18,82%)	967
Mecanismo de transmisión	PID ⁷	210 (82,35%)	45 (17,64%)	255
	HTX ⁸	990 (45,06%)	1.207(54,93%)	2.197
	HSH ⁹	6.345	-----	-----

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH.

⁷Personas que se inyectan drogas.

⁸ Relaciones heterosexuales.

⁹ Hombres que tienen sexo con hombres (relaciones homosexuales).



Tabla 24. Casos de SIDA

Periodo 2008 – 2018	Hombres: 2.150 (78,1 %)	Mujeres: 603 (21,9%)
Edad media	41,9 +- 10,7	40,2 + -10,3
País de origen	España 63,3%	España 51,6%
Mecanismo de transmisión	HSH 48,0%	HTX 71,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Registro Nacional de casos de SIDA. Dirección General de Salud Pública, Calidad e innovación.

En definitiva, el diagnóstico precoz de las ITS-VIH es la mejor forma de lograr un tratamiento y de prevenir nuevas transmisiones; aunque esto puede resultar difícil dado que, la mayoría, inicialmente, no presentan síntomas. Para una prevención primaria eficaz se debería proporcionar una información rigurosa y adecuada, facilitar gratuitamente productos básicos (preservativos masculinos y “femeninos”), además de, como medida de prevención secundaria, el facilitar la profilaxis post-exposición desde el Sistema Nacional de Salud. Para ello, desde una cobertura sanitaria pública y universal, se debería implementar una estrategia a favor de ampliar la prestación de servicios de calidad en materia de prevención y atención de las ITS-VIH en los servicios de atención primaria, dentro del marco de DDHH de la igualdad de género y la equidad en materia de salud.

Interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Desde el 1 de enero de 2011, el seguimiento y evaluación de las IVE que tienen lugar en nuestro país se lleva a cabo a través de un sistema de vigilancia epidemiológica que recibe información de todo el Estado, a través de la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Según los datos definitivos correspondientes al año 2016, se registraron 93.131 interrupciones voluntarias de embarazo en el Estado, suponiendo una tasa de 10,36 por 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años. La Dirección de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, en 2016 notificó 18.757 IVE, suponiendo una tasa anual de 11,99 por 1.000 mujeres de 15 a 44 años, de las cuales: 15.941 correspondieron a mujeres con residencia en la Comunidad de Madrid, de las que el 53,4% tenían un país de nacimiento distinto a España.



2.680 casos correspondían a mujeres residentes en otras CCAA, y 136 en otros países. Mientras, la media de edad fue de 29,4 años, y para el 58% fue su primer IVE.

En cuanto al nivel de instrucción académica, se mantiene el porcentaje de mujeres universitarias (20,1%) y desciende el de mujeres analfabetas o carentes de estudios, 0,3%. Según país de nacimiento encontramos mayor porcentaje de mujeres con estudios universitarios en españolas (29,2%) que en foráneas (12,2%).

El 47,6% de las mujeres refieren convivir en pareja (con o sin hijos/as), siendo este porcentaje mayor en las mujeres foráneas. La convivencia con familiares ocupa el segundo lugar. Un 53,6% de las mujeres tienen hijos/as a su cargo en su domicilio. Un 44,4% de las mujeres a las que se les practicó una IVE no tenían hijas o hijos y un 2,1% tenían 4 o más. Cerca de la mitad de las mujeres a las que se practicó una IVE (47,6%) refería usar métodos anticonceptivos (64,8% eligen métodos de barrera). El porcentaje es de 54,3% en el caso de las mujeres nacidas en España y 41,8% para las foráneas.

El 44,1% de las mujeres que recurrieron a una IVE fueron informadas de las posibilidades, condiciones y financiación de la misma en centros sanitarios. La financiación pública alcanzó al 73,1% de las IVEs (75,8% en españolas y 70,7% para las mujeres foráneas).

Otro dato interesante es que el 11,1% de las mujeres menores de 15 años (n=45) acceden a la IVE después de la semana 15 de gestación y el 76,1% de las mayores de 44 años (n=109) lo hacen antes de las 9 semanas.

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo establece que la interrupción voluntaria de la gestación se puede llevar a cabo por libre elección de las mujeres hasta las catorce semanas, y hasta las veintidós semanas si hay grave riesgo para la vida o salud de la mujer o graves anomalías en el feto. Más allá de las 22 semanas de gestación, la decisión pasa por un Comité Clínico que autoriza la interrupción según su criterio de riesgo fetal e incompatibilidad con la vida.

Pese a que la Ley citada, y sus dos decretos acompañantes, mejoraron notablemente el acceso al aborto legal y seguro en nuestro país, diversas barreras siguen ocasionando serios problemas a las mujeres que se enfrentan a una interrupción legal del embarazo, como es el que no resulte siempre sencillo el acceso a los servicios públicos de salud, a pesar de estar

incluido en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, o que se obligue a mantener tres días de reflexión, además de que siempre se avala el derecho a la objeción de conciencia por parte de las y los profesionales directamente implicados en la realización de la interrupción del embarazo, aunque desde la institución se adopte las medidas oportunas para atender la demanda, que no suele gestión ágil.

Nuevamente, la aprobación del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y Mejorar la Calidad y Seguridad de sus Prestaciones, ha supuesto un retroceso para los derechos y la salud sexual y reproductiva de las mujeres más desfavorecidas económicamente, entre las que se encuentran las migrantes en situación administrativa irregular, no pudiendo acceder a interrupciones voluntarias de embarazos, ni a medidas de planificación familiar dentro del sistema público. Así mismo, la modificación legislativa que impide que las menores de edad, 16 y 17 años, puedan interrumpir su embarazo sin el consentimiento de sus madres-padres o tutores/as legales, no solamente ha supuesto un retroceso en los derechos de las mujeres, si no que resulta incongruente ante la edad del consentimiento sexual que según el Código Penal español, se establece a los 16 años. Aunque estos casos sean minoritarios, la gravedad de sus situaciones no se puede ignorar, ya que algunas de estas mujeres pueden recurrir a técnicas peligrosas o a servicios clandestinos de dudosa calidad para interrumpir su embarazo que, además, puede y suele encontrarse en un estado avanzado.

El “método farmacológico” que se puede utilizar hasta la semana 7-9, y que muchas mujeres y la evidencia científica consideran sencillo, cómodo y con escasos efectos secundarios, debería ofrecerse a todas las mujeres que demandan la interrupción del embarazo en ese periodo para darles, verdaderamente, la opción de elegir libremente sobre el método a seguir para interrumpir el embarazo.

En los datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, se indica que en el año 2016, en la Comunidad de Madrid se utilizaron:

- Mifepristona: 369 (1,96% de las IVE).
- Prostaglandinas: 241 IVE (1,28% de las IVE).

Salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes

En la Comunidad de Madrid existen varios recursos de atención a la sexualidad en población adolescente y joven, aunque la mayoría de ellos dependen de los Ayuntamientos de cada municipio, como es el caso de la Asesoría Joven de Sexualidad, de Imagina Alcobendas. Este centro, junto con el Centro Joven de Atención a la Sexualidad, gestionado por la Federación de Planificación Familiar Estatal, y el Centro Municipal de Salud Joven, del Ayuntamiento de Madrid, son los únicos recursos de atención específica e integral en salud sexual existentes en la Comunidad de Madrid.

Existen numerosos recursos de atención juvenil, en los cuales una de sus numerosas actividades y servicios es la asesoría en sexualidad. Aunque la realidad es que estos servicios no suelen contar con profesionales específicos y formados en sexualidad, si no que se trata de un servicio más dentro de su cartera. Este es el caso por ejemplo del CJOS de Fuenlabrada, dependiente de su Ayuntamiento en colaboración con la Liga de la Educación. El CEJOS es un Centro Juvenil de Orientación para la salud, entre cuyos servicios cuenta con asesoría en sexualidad en un espacio-tiempo concreto. Similar a este se encuentran recursos como la Asesoría de Salud de Boadilla del Monte, El Centro De Jóvenes de Leganés, etc.

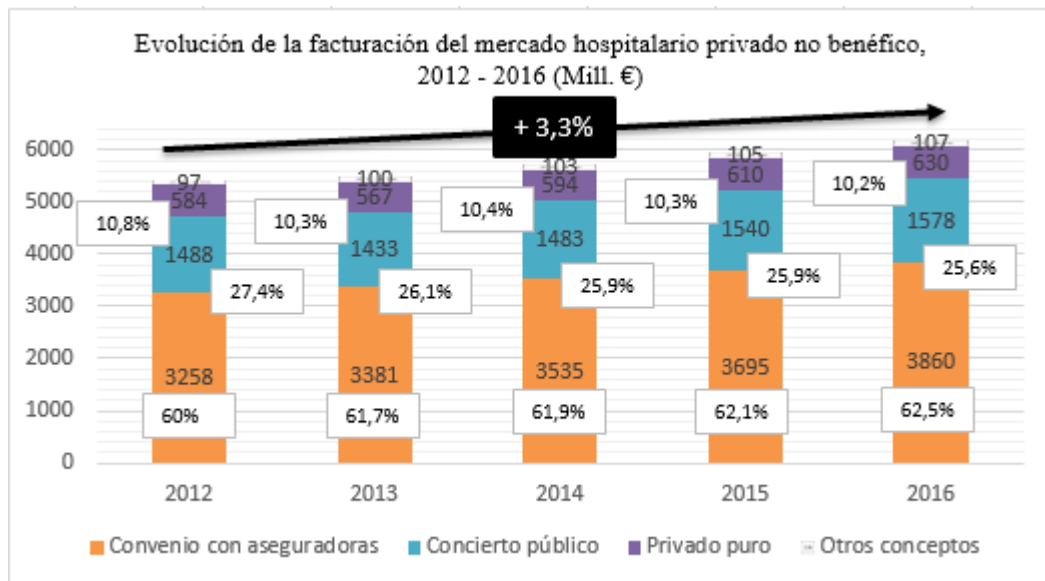
Algo muy importante en la salud sexual de los jóvenes es la educación. La Ley Orgánica 2/2010 sobre Salud Sexual y Reproductiva establece determinadas directrices en materia de educación sexual y acceso a recursos e información como garantía para prevenir tanto la transmisión de infecciones de carácter sexual como embarazos no planificados, así como la herramienta a través de la cual las personas pueden gozar de una salud sexual y reproductiva positiva y libre de riesgos, estableciendo además, en base a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, las definiciones de salud, salud sexual y salud reproductiva, no solo como la ausencia de enfermedad, sino también como el estado de bienestar físico, psicológico y social en relación a la sexualidad, entendiendo ésta en su sentido más amplio. Pero la realidad es que se trata de una asignatura pendiente en la mayoría de los centros educativos, pues este tema se centraliza en la vertiente más biológica de la reproducción, dejando de lado la sexualidad. Y no sólo eso, sino que también hay colegios en la Comunidad de Madrid que se niegan a dejar que se realicen talleres de educación sexual por parte de entidades sociales y centros de salud. Y además estas actividades suelen demandarse de manera voluntaria por parte del profesorado de los

centros escolares o las AMPAS de los mismos que están más sensibilizados, enmarcadas en la cartera de actividades extraescolares.

7.6. Atención sanitaria privada

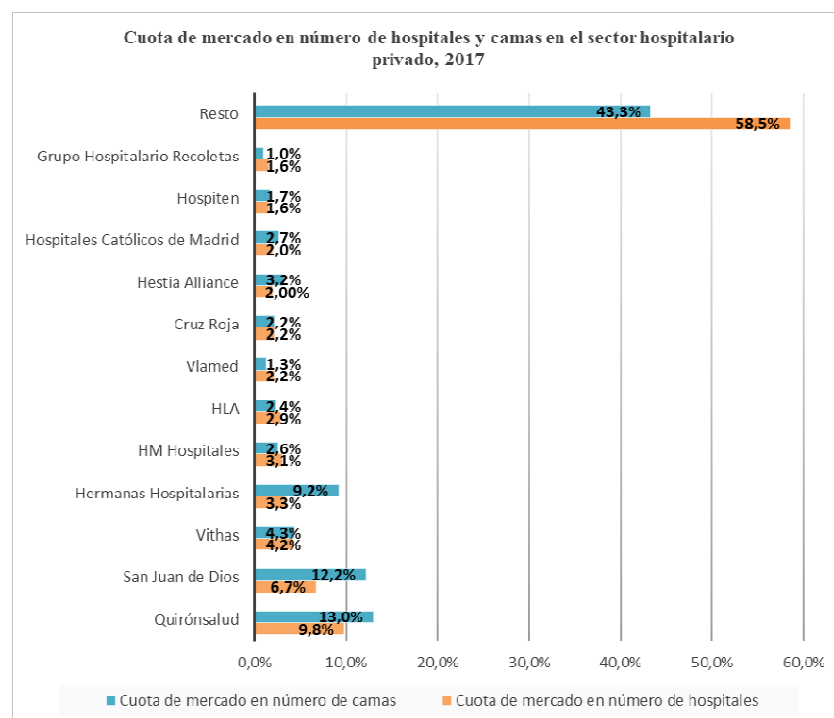
En España, el sector privado suministra asistencia sanitaria en 465 hospitales (59%). Como podemos observar en la gráfica inferior, desde el año 2012 el mercado hospitalario privado no benéfico ha incrementado, anualmente, en un 3,3% su facturación, pasando de los 5.427 millones de euros en 2012 a los 6.175 millones en 2016.

Por otro lado, el número de hospitales y de camas privadas también se han visto



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del "Libro Blanco de la Sanidad Privada de la Comunidad de Madrid", 2018

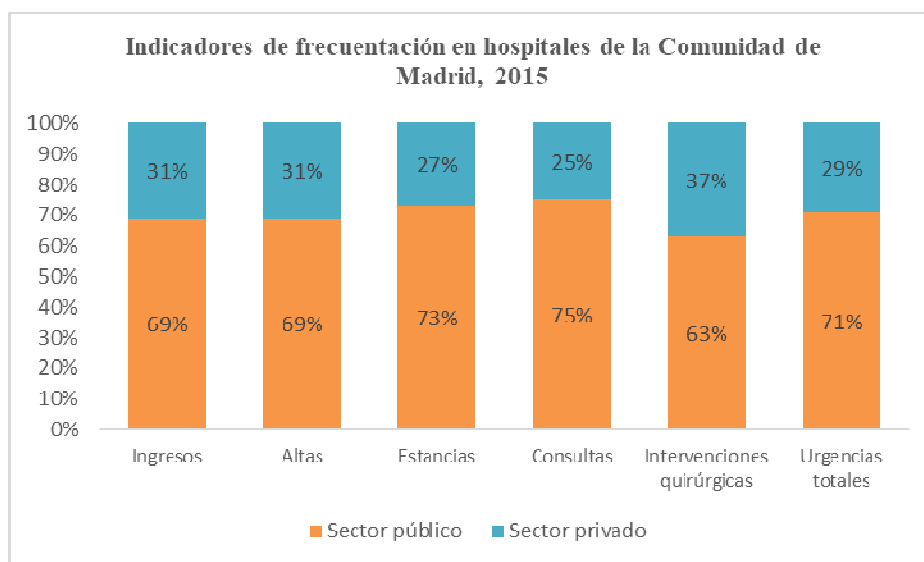
aumentadas en los últimos años. En 2017 podemos ver que Quirón salud dispone de un 13% de camas y de un 9,8% de centros hospitalarios.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del "Libro Blanco de la Sanidad Privada de la Comunidad de Madrid", 2018

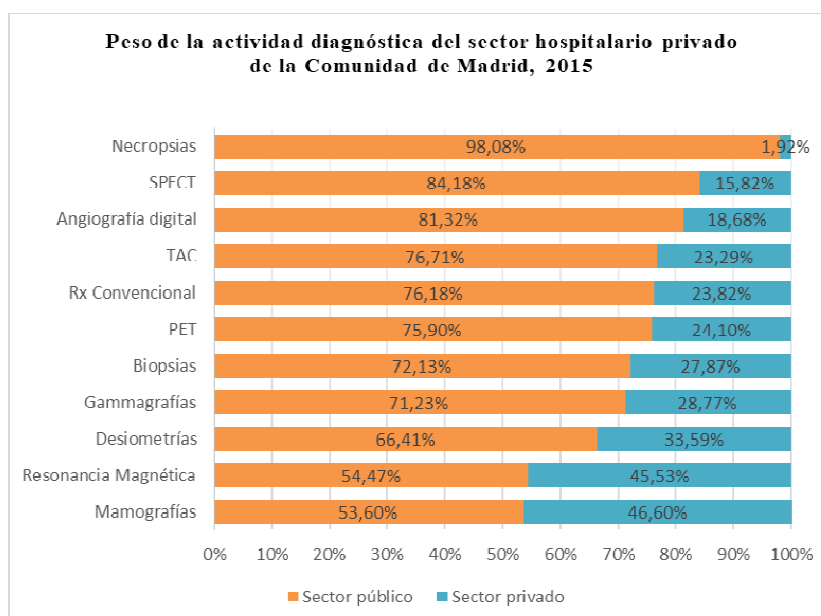


Mientras tanto, en el gráfico inferior del año 2015, podemos ver que aproximadamente un 70% de la frecuentación en hospitales en la Comunidad de Madrid corresponde al sector público, mientras que el 30% restante pertenece al sector privado. Se ve que en España la sanidad pública tiene mucha más actividad que la privada, tanto en ingresos, como en consultas o en intervenciones quirúrgicas.



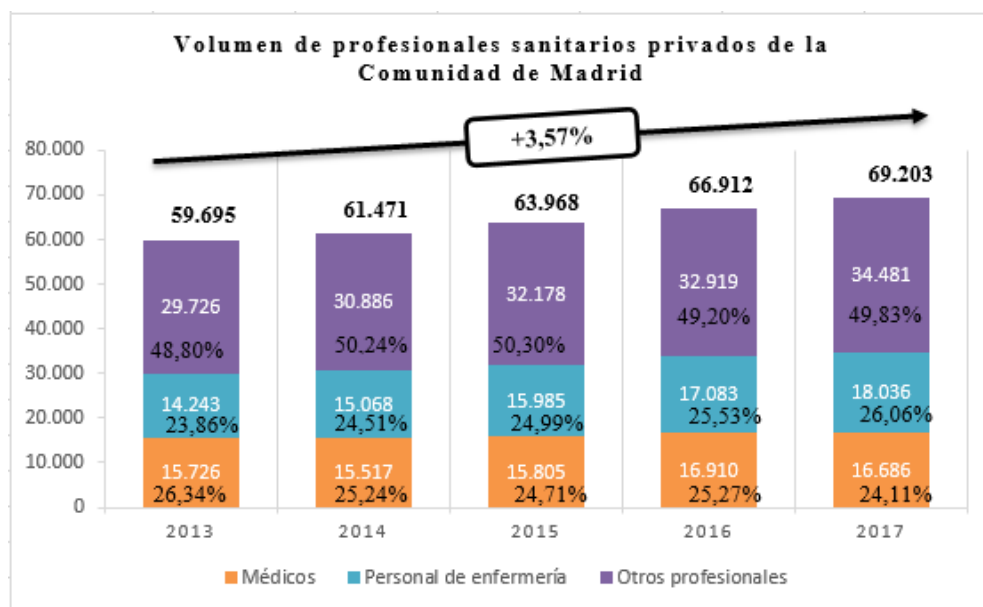
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del "Libro Blanco de la Sanidad Privada de la Comunidad de Madrid", 2018

Si nos fijamos más detenidamente en la actividad diagnóstica de los centros de la Comunidad de Madrid en el año 2015 también podemos observar cómo el sector público tiene un mayor porcentaje que el privado. En el gráfico inferior podemos observar que las tres únicas pruebas que superan el 30% en el sector privado son las mamografías (46,4%), las resonancias magnéticas (45,53%) y las densiometrías (33,59%).

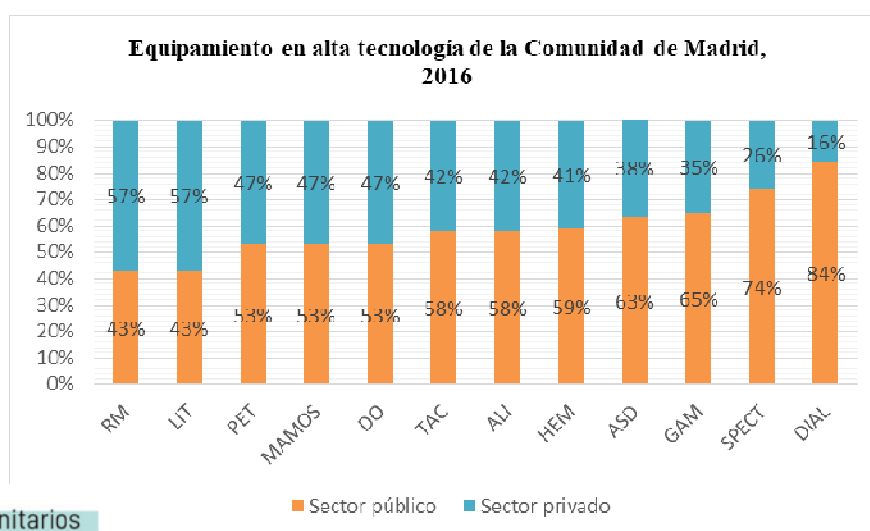


En cuanto a la disposición de equipo médico de alta tecnología podemos ver en el gráfico inferior que el sector privado sobrepasa al público en únicamente dos máquinas: la de resonancia magnética (57%) y la litotricia por ondas de choque (57%), pues en las demás o están a la par o el sector privado se ve muy superado por la sanidad pública.

En cuanto a los trabajadores del sector privado podemos ver en el gráfico inferior que desde el año 2013 al 2017 se han visto incrementados anualmente en un 3,76%, pero que este aumento se ha debido principalmente al personal de enfermería, que pasó de un 23,86% a un 26,06%. Por otra parte, puede verse cómo el personal médico se ha visto disminuido, pues en 2013 contaban con 15.726 médic@s, mientras que en 2017 esta cifra se reduce a 16.686. También, otra de las razones por las cuales se explica este aumento del 3,76% es debido que la categoría "otros profesionales" ha crecido mucho, siendo 29.726 en 2013 y 34.481 en el año 2017.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del "Libro Blanco de la Sanidad Privada de la Comunidad de Madrid", 2018



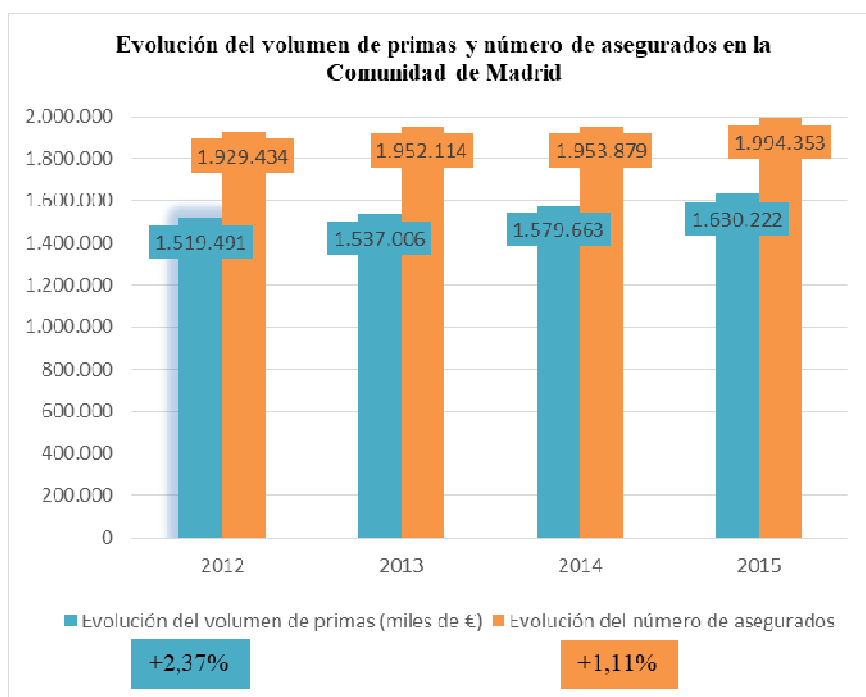
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del "Libro Blanco de la Sanidad Privada de la Comunidad de Madrid", 2018



7.6.1. Aseguramiento

En la Comunidad de Madrid, en el año 2015, el aseguramiento privado cubría a 1.994.353 de personas, lo cual supone un 30% de la población madrileña.

En número de asegurados ha crecido un 1,1% anual desde el año 2012, obteniendo en 2015 un total de 1.994.353 asegurados. A su vez, el volumen de primas de dichas compañías aseguradoras se ha visto incrementado anualmente en un 2,37% desde el año 2012, alcanzando en 2015 un total de 1.630.222€. Esto puede verse representado en el gráfico inferior.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del "Libro Blanco de la Sanidad Privada de la Comunidad de Madrid", 2018

7.6.2. Centros sanitarios

La consulta sanitaria privada se realiza a través de varios centros como por ejemplo: hospitales, centros médicos, laboratorios, centros de reproducción asistida o centros de diagnóstico por la imagen. En la Comunidad de Madrid existen 82 centros hospitalarios privados, pero estos se cuentan como un único hospital.

De las formas de privatización pública nacen diferentes colaboraciones público – privadas (CCP):



- Concesión de obra pública (PFI). La entidad concesionaria construye la infraestructura sanitaria a cambio de la gestión de servicios no asistenciales.
- Concesión administrativa para la gestión integral del servicio público. La concesión también incluye la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

A continuación se incluye una lista de los centros sanitarios privados de la Comunidad de Madrid:

Tipos de centro privado	Número
Hospital	18
Clínica	12
Sanatorio	6
Otros	6

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Comunidad de Madrid

7.6.3. Práctica privada

La práctica privada que ejercen los sanitarios de forma individual, en locales o en consultas privadas no está regulada más allá de los aspectos relacionados con Hacienda, y por tanto no existe transparencia y, por ende, no se conoce su funcionamiento ni la calidad de la atención e instalaciones.





8. COBERTURA SANITARIA

8.1. Servicio Regional de Salud

En la tabla siguiente podemos ver que la población asignada se ha visto incrementada entre los años 2014 y 2017 en todos los tramos de edad, a excepción en el de 0 a 2 años y entre los 3 y 6 años.

Tabla 25. Población asignada

	2014	2015	2016	2017
0-2 Años	180.853	176.095	176.199	173.704
3-6 Años	298.057	289.579	280.705	273.848
7-13 Años	486.848	502.930	516.857	524.790
14-64 Años	4.408.246	4.433.760	4.502.037	4.568.125
>65 Años	1.057.509	1.074.187	1.098.017	1.123.300
Población total	6.431.513	6.476.551	6.573.815	6.663.767

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

En conjunto, el incremento ha sido de 232.254 personas, el 3,6%, aunque debemos destacar que la caída de la tasa de natalidad se empieza a notar, la población asignada entre 0 y 6 años se ha visto reducida en 31.358 personas. Mientras que los mayores de 65 años se incrementan en más de 65.791 personas, lo que supone el envejecimiento poblacional en los costes de la atención sanitaria. El gasto en sanidad de una persona mayor de 65 años es, al menos, cuatro veces superior al resto de la población, según diversos estudios realizados.

Por otro lado, el número de Tarjetas Sanitarias en la Comunidad de Madrid, también ha sufrido incrementos positivos desde el año 2013, casi en los mismos términos que lo hacía la población asignada.¹⁰ Esto puede verse en la tabla siguiente.

¹⁰Esto se debe a que no hay un control riguroso, pues existen casos en los que se poseen TSI en diferentes Comunidades Autónomas, o mutualistas o personas que utilizan la sanidad privada y a la vez la pública.



Tabla 26. Tarjetas sanitarias Comunidad de Madrid

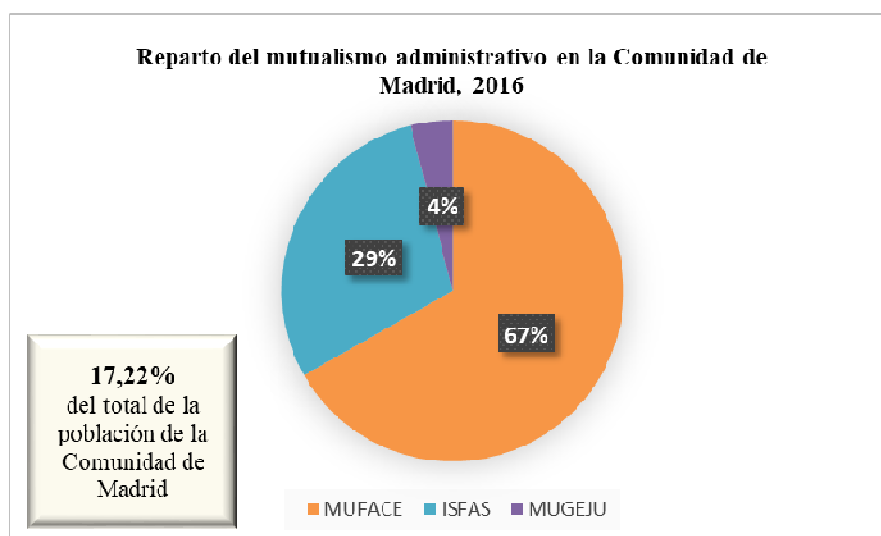
Año	TSI	Variación
2010	6.322.895	0,12%
2011	6.303.454	-0,31%
2012	6.299.975	-0,06%
2013	6.351.332	0,82%
2014	6.419.675	1,08%
2015	6.476.551	0,89%
2016	6.553.592	1,19%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

Aunque hay más población asignada que número de TSI, esto se debe a la existencia de algunos colectivos – como inmigrantes o parados de larga duración – a los que se la había denegado debido al Real Decreto-Ley 16/2012. Esto hace que no se garantice el acceso a la salud en condiciones de igualdad, ya que los referidos grupos de población no disponen de Tarjeta Sanitaria Individual, la cual es indispensable para recibir la atención médica en toda su extensión.

8.2. Mutualidades del funcionariado

Un 17,22% de la población de la Comunidad de Madrid pertenece a algún régimen mutualista. En el siguiente gráfico podemos ver los asegurados que estas tres mutualidades tenían en el año 2016.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del "Libro Blanco de la Sanidad Privada de la Comunidad de Madrid", 2018

Una de las tres mutualidades que hay en España es la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE). Se trata de funcionarios civiles del Estado que están encuadrados en el Régimen Especial de la Seguridad Social, los cuales se benefician de ciertas prestaciones como: asistencia sanitaria concertada (primaria, especializada y de urgencia), subsidio por incapacidad o indemnizaciones. En la Comunidad de Madrid, en el año 2016, había 252.722 mutualistas, de entre los cuales 170.691 eran titulares y 82.031 beneficiarios.

Otra mutualidad importante es Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), el cual es un organismo público. Este se encarga de gestionar el Régimen Especial de la Seguridad Social de la Guardia Civil y las Fuerzas Armadas. Las prestaciones a este colectivo – y sus familias – incluyen: asistencia sanitaria concertada (primaria, especializada y de urgencia) o subsidio por incapacidad. En la Comunidad de Madrid, en el año 2016, había 109.825 mutualistas, de entre los cuales 68.879 eran titulares y 40.946 beneficiarios.

Por último consideramos también la Mutualidad General Judicial como entidad gestora del mutualismo judicial (MUGEJU). La MUGEJU tiene prestaciones sociales, económicas y sanitarias, las cuales incluyen prestaciones en servicios médicos, farmacéuticos y quirúrgicos, con la finalidad de conservar o restablecer la salud de los beneficiarios (y su aptitud para continuar con su trabajo).

8.3. Seguros privados

En la tabla 19 se puede ver cómo el número de Seguros Privados de Salud ha sufrido un aumento del 4,5% desde el año 2013, lo que supone un aumento de 87.900 asegurados.

Tabla 27. Seguros privados

Año	Número de Asegurados
2013	1.952.114
2014	1.953.879
2015	1.994.353
2016	2.041.786

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

8.4. Exclusiones y otras situaciones

A pesar de haber visto en los apartados anteriores que la cobertura sanitaria es bastante amplia – superando el número de TSI al de la población censada – existen algunos colectivos excluidos de la sanidad madrileña.

El primero, y más conocido, se refiere a los inmigrantes no regularizados. En primer lugar hay que tener en cuenta que no podemos saber a ciencia cierta cuál es el número total de personas en esta situación debido a las características de estas. Este colectivo quedó excluido de la sanidad con la aplicación del Real Decreto-Ley 16/2012, pero debido a las numerosas críticas de profesionales sanitarios y de la ciudadanía, tres años después la Conserjería de Sanidad realizó una circular interna por la que se pasaba a atender a este colectivo mediante la fórmula de “transeúntes sin permiso de residencia”. Esta fórmula ha funcionado más o menos, pero como siempre suele suceder cuando las normas no están lo suficientemente claras, con muchos altibajos.

Existen muchos otros colectivos que tienen situaciones especiales ante las que el sistema sanitario no tiene respuestas adaptadas a sus características entre los que destacan las personas sin hogar, las personas trans y otros colectivos, que por diversos motivos se encuentran en situación de dificultad y/o exclusión social (drogodependientes).

Otro aspecto que consideramos importante es la violencia de género. Esta intolerable realidad debe ser prioritaria en la agenda social y política, situando las políticas de lucha contra esta lacra y a favor de la igualdad como prioridad.



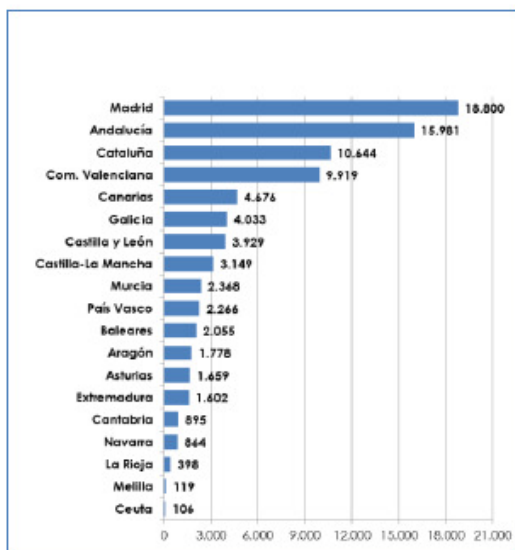
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.

En el gráfico superior observamos cómo los números de víctimas mortales por violencia de género han ido oscilando a lo largo de los años, pero que en el año 2016 nos encontramos ante la cifra de muertes más baja. De estas 44 muertes ocurridas en el territorio nacional, son 2 casos los que se han dado en la Comunidad de Madrid, un 4,5% del total.

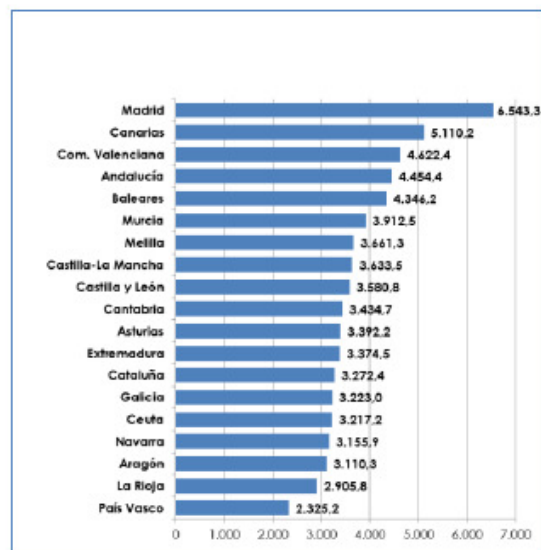
En el siguiente gráfico observamos el número de llamadas atendidas al 016 y la tasa por millón de mujeres. En primer lugar vemos que es en la Comunidad de Madrid donde más llamadas se atienden, y es que el hecho de que sólo haya habido un 4,5% de víctimas mortales de violencia de género en esta comunidad no significa que no haya casos de violencia física, económica o psíquica – entre otros – que necesitan atención, y por ende acabar con estos casos.

Y es que consideramos que la Sanidad Pública tiene un gran papel, pues puede ayudar a la detección (a través de los medic@s de Atención Primaria) de estas situaciones.

Nº de llamadas pertinentes atendidas en el 016 por violencia de género, según comunidad autónoma.



Tasa por millón de mujeres de 15 y más años según comunidad autónoma.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.

9. RESULTADOS DEL SISTEMA SANITARIO

9.1. Funcionamiento de los hospitales públicos.

	Comunidad de Madrid 2010	Comunidad de Madrid 2016	España 2010	España 2016
Intervenciones quirúrgicas /1.000	113,13	131,83	101,03	111,1
Intervenciones quirúrgicas % HP¹¹	62,15	61,84	71,29	69,11
% Cirugía ambulatoria	46,91	54,53	43,04	47,94
Mortalidad cirugía	1,54	1,47 (2015) ¹²	1,67	1,58 (2015)
Uso TAC /1.000	97,24	123,06	83,13	105,94
Uso TAC % HP	73,54	76,53	83,48	83,04
Uso RM /1.000	86,74	120,1	48,25	67,95
Uso RM % HP	43,24	55,73	59,77	60,63
Uso hemodiálisis /1.000	37,53	45,64	39,57	41,78
Uso hemodiálisis % HP	78,92	81,71	82,8	84,94
IEMA	1,01	0,98	1	1
Mortalidad intrahospitalaria	3,77	4,13 (2015)	4,18	4,52 (2015)
% Reingresos	6,63	7,97 (2015)	7,08	7,98 (2015)
% Reingresos asma	7,74	11,19 (2015)	9,94	11,38 (2015)
Tasa infección hospitalaria	1,46	1,29 (2015)	1,29	1,18 (2015)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud

De la tabla superior puede deducirse:

1. El número de intervenciones quirúrgicas por 1000 habitantes es netamente superior en Madrid respecto a la media española, y a la vez el porcentaje de intervenciones quirúrgicas realizadas en centros públicos es claramente inferior a la media española (un diferencial de menos 7,27 puntos en 2016), habiendo disminuido el

¹¹ HP = hospitales públicos.

¹² Entre paréntesis el año cuando el dato disponible es anterior a 2016.

porcentaje de intervenciones en centros públicos en ambos casos. El porcentaje de cirugía ambulatoria es más elevado que el promedio del país y se está incrementando en ambos casos. Asimismo la mortalidad quirúrgica es algo menor estando en ambos casos en disminución.

2. Se ha incrementado notablemente el uso de TAC y RM/1.000 habitantes tanto en Madrid como en el conjunto del país, siendo la tasa claramente mayor en la Comunidad de Madrid (+17,12 puntos en el TAC y +52,15 en RM en 2016), lo que evidencia una sobreutilización de estos recursos tecnológicos, muy superior al promedio de la OCDE en el caso de la RM (62,8 en 2016), pero inferior en el uso del TAC (141,8 en 2016).
3. El uso de hemodiálisis /1000 habitantes es también superior en Madrid respecto al promedio del país pero el porcentaje que se realiza en centros públicos es inferior al promedio estatal.
4. La IEMA (índice de estancia media ajustada por patología) es similar aunque ha descendido ligeramente en Madrid y la mortalidad intrahospitalaria es claramente inferior y está en disminución en ambos casos. Llama la atención que en Madrid se incremente la mortalidad disminuyendo el IEMA, asimismo que el porcentaje de reingresos haya aumentado en Madrid respecto al conjunto del país (+1,34 versus +0,9).
5. La tasa de reingresos por asma se ha incrementado en ambos casos (+3,45 en Madrid y +1,44 en todo el país) probablemente como efecto de la contaminación y la ausencia de medidas efectivas para combatirla.
6. Por fin la tasa de infección hospitalaria está en disminución en ambos casos lo que es positivo.

Por otro lado, la siguiente tabla recoge algunos resultados relacionados con la salud de las mujeres como son el porcentaje de cesáreas que es elevado, porque la OMS señalaba que el porcentaje debería ser inferior al 15%, no obstante en el total y en los centros públicos está dentro del promedio de la OCDE (28,06 en 2016), no así en el caso de los centros privados donde se supera ampliamente estos márgenes. En cuanto a la cirugía de cáncer de mama se objetiva un aumento en ambos casos (Madrid y España).



	Comunidad de Madrid 2010	Comunidad de Madrid 2016	España 2010	España 2016
Tasa cesáreas	27,16	24,32	25,25	24,82
Tasa cesáreas HP	22,85	20,3	22,03	21,61
Tasa cesáreas centros privados	35,49	34,55	37,91	37,34
Cirugía cáncer mama %	58,04	60,77 (2015)	62,98	65,36 (2015)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud

Pasamos ahora a recoger algunos indicadores que podían servir para valorar el funcionamiento del conjunto del sistema sanitario.

	Comunidad de Madrid 2010	Comunidad de Madrid 2016	España 2010	España 2016
Mortalidad prematura cáncer /100.000	92,42	82,59	104,08	96,44
Tasa mortalidad prematura cardiopatía /100.000	13,65	12,26	20	16,84
Mortalidad prematura diabetes /100.000	1,39	1,26	3,68	2,86
Mortalidad prematura vascular /100.000	6,62	5,71	10,07	8,38
Mortalidad prematura respiratoria /100.000	4,32	5,85	3,99	5,23
Mortalidad infantil /1.000	3,36	2,54	3,19	2,73
Mortalidad perinatal	3,09	3,53	4,43	4,52
Tuberculosis Incidencia/100.000	15,81	10,48	15,71	10,31
Tasa amputaciones diabetes	0,06	0,06 (2015)	0,1	0,1 (2015)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud

En cuanto a mortalidad prematura la situación de la Comunidad de Madrid es mejor que la del conjunto del país excepto en el caso de la respiratoria (de nuevo la elevada contaminación).

La mortalidad infantil ha disminuido en Madrid y en España, más en el primer caso y la mortalidad perinatal se ha incrementado aunque este dato probablemente está influido por la mayor edad de las gestantes y la mayor frecuencia de partos múltiples.

La incidencia de tuberculosis ha disminuido en ambos casos pero continua siendo muy elevada y el porcentaje de amputaciones en diabéticos es baja, menor en la Comunidad de Madrid y se mantiene estable.

9.2. Opinión de la ciudadanía sobre el funcionamiento del sistema sanitario

La opinión de la ciudadanía sobre el funcionamiento de la Atención Primaria se deriva de los datos de los Barómetros Sanitarios. Se comparan los datos de 2010 con los de 2017, en las siguientes tablas:

- Si pudieran elegir: elegirían consulta de atención primaria pública/privada

	2010 (%)	2017 (%)
Madrid	61,59 / 30,44	66,20 / 26,20
España	63,86 / 29,75	69,60 / 25

- Si pudieran elegir: elegirían consulta de atención especializada pública/privada

	2010 (%)	2017 (%)
Madrid	47,97 / 42,94	54,6 / 36,7
España	49,48 / 41,63	55,8 / 33,2

- Si pudieran elegir: elegirían atención de urgencias pública/privada

	2010 (%)	2017 (%)
Madrid	54,04 / 38,56	63,1 / 28,3
España	59,60 / 32,99	65,0 / 28,2

- Si pudieran elegir: elegirían ingreso hospitalario en pública/privada

	2010 (%)	2017 (%)
Madrid	57,45 / 33,68	67,0 / 24,1
España	58,79 / 33,73	66,7 / 26,4

- La atención recibida en atención primaria ha sido buena o muy buena.

	2010 (%)	2017(%)
Madrid	83,72	84,8
España	86,27	86

- La atención recibida en atención especializada ha sido buena o muy buena.

	2010 (%)	2017(%)
Madrid	79,79	83,7
España	81,48	83,5

- La atención recibida en urgencias ha sido buena o muy buena.

	2010 (%)	2016(%) ¹³
Madrid	79,79	73,9
España	78,1	75,8

¹³ En el Barómetro Sanitario de 2017 desaparece esta pregunta.



- Valoración consultas de atención primaria (de 0 a 10)

	2010	2017
Madrid	7,16	7,28
España	7,06	7,33

- Valoración consultas de atención especializada (de 0 a 10).

	2010	2017
Madrid	6,76	6,80
España	6,65	6,79

- Valoración consultas urgencias (de 0 a 10)

	2010	2017
Madrid	5,79	6,33
España	5,96	6,09

- Valoración de ingresos y asistencias hospitalarias (de 0 a 10)

	2010	2017
Madrid	7,0	6,74
España	6,85	5,96



- Valoración tiempo dedicado por el medico atención primaria (de 0 a 10)

	2010	2017
Madrid	6,54	7,06
España	6,44	7,03

- Valoración tiempo dedicado por el medico atención especializada (de 0 a 10)

	2010	2017
Madrid	6,49	6,85
España	6,50	6,76

- Valoración tiempo citas pruebas diagnósticas (de 0 a 10)

	2010	2017
Madrid	5,24	5,88
España	5,45	5,75

- Piensan que mejoro/empeoro la atención primaria en los últimos 5 años

	2010 (%)	2016 (%) ¹⁴
Madrid	36,77 / 12,08	18,2 / 29
España	42,73 / 7,87	30,9 / 21,2

¹⁴ En el Barómetro Sanitario de 2017 desaparece esta pregunta.

- Piensan que mejoro/empeoro la atención especializada en los últimos 5 años

	2010 (%)	2016 (%) ⁴
Madrid	29,58 / 11,94	13,6 / 32,6
España	36,31 / 8,88	15,2 / 28,7

Los datos del Barómetro Sanitario para Madrid son bastante significativos (1.066 encuestas en 2017 sobre un total de 7.735 del conjunto del país). En los resultados se observa como la población tiene bastante buena opinión de la Atención Primaria, valoración que en general ha mejorado desde 2010. Consecuentemente, el porcentaje de población que elegiría la Atención Primaria pública se ha incrementado un 4,61%, aunque menos que el promedio (5,74%) y continúa por debajo de la media del país. La valoración de los profesionales es buena, ligeramente menor que la media (7,64 para los médicos versus 7,69), igualmente en el caso de enfermería donde se supera por poco el promedio del país (7,74 versus 7,68).

El principal problema son las demoras en las citas, tal como se señaló anteriormente, y también la demora en las pruebas diagnósticas. Consecuentemente, el porcentaje que piensa que empeoró la Atención Primaria en los últimos 5 años se incrementa en un 240% respecto a 2010, alejándose más de la media del país (7,8 puntos en 2016 versus 4,21 en 2010). Conviene recordar que esta pregunta ha sido eliminada del Barómetro Sanitario de 2017, probablemente por la mala valoración que ofrecía de los cambios en los servicios sanitarios públicos.

La elección del sistema sanitario público es también mayoritaria en cuanto a la elección de la Sanidad Pública para urgencias y hospitalización e incluso en lo que respecta a consultas de atención especializada (AE), donde tradicionalmente predominaba la privada, opción que ha crecido en el periodo, en Madrid y en el conjunto del país situándose Madrid por debajo de la media en cuanto a urgencias y consultas de AE y ligeramente por encima en hospitalización. En cuanto a valoración de la atención recibida la situación de Madrid es ligeramente mejor que la del promedio del país.

9.3. Participación comunitaria

La participación ciudadana es una cuestión que desde la Ley General de Sanidad (1986) viene señalándose por las administraciones sanitarias como una de las características a desarrollar por los sistemas sanitarios públicos, sin que sin embargo, se haya avanzado realmente de manera general, más allá de las correspondientes declaraciones propagandísticas.

La Comunidad de Madrid no podía ser una excepción y por lo tanto aunque en la LOSCAM se establecían algunos mecanismos de participación (artículos 40 a 52) estableciendo un Consejo de Salud de la Comunidad Autónoma y Consejos de Salud de Área cuyas características concretas se dejaban a un desarrollo reglamentario posterior que nunca se produjo, y por lo tanto nunca se reunieron. A pesar de ello, y con la excusa de la crisis económica (Ley 9/1010 de Acompañamiento de los Presupuestos), se suprimieron estos consejos para – supuestamente – disminuir los gastos (extrañamente puede suponer un ahorro eliminar organismos que nunca se pusieron en funcionamiento).

Con todo han seguido funcionando algunos Consejos de Salud de ámbito municipal, por ejemplo en Rivas y en Fuenlabrada, aunque obviamente sin competencias sobre los servicios sanitarios.

En diciembre de 2017 se aprueba la Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de *Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud*, la cual tiene como objeto la regulación de "la creación y el funcionamiento de órganos de gobierno, dirección, gestión, participación profesional y ciudadana y de asesoramiento en las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud", a la vez que regula la actuación de los directivos y profesionales, así como el desarrollo de la función directiva de los mismos.

Esta ley abre alguna participación ciudadana a nivel de las direcciones asistenciales, no en los centros de salud ni en los hospitales, pero en todo caso conviene recordar que 12 meses después de su publicación no ha tenido efectos prácticos concretos.



10. POLÍTICA FARMACÉUTICA

10.1. Gasto farmacéutico

El número de recetas farmacéuticas en la Comunidad de Madrid, fue creciendo año tras año hasta alcanzar los 110.705.700 en el año 2011. A partir de ese año, con la entrada en vigor del copago farmacéutico, el número fue reduciéndose en los años 2012, 2013 y 2014, para volver a incrementarse en 2015 y 2016, pero aún con cifras del año 2009.

Tabla 28. Número total de recetas

Año	Dato Miles €
2010	107.357,7
2011	110.705,7
2012	105.415,3
2013	97.749,5
2014	99.552,7
2015	101.566,5
2016	104.525,9

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

El gasto en recetas farmacéuticas (tabla 10), en la Comunidad de Madrid, fue creciendo año tras año hasta alcanzar los 1.401.797 euros en el año 2010. A partir de ese año, y con la entrada en vigor del copago farmacéutico, el número fue reduciéndose en los siguientes años. Pero en 2016 se produce una recuperación, la cual alcanza los niveles del año 2008.

Tabla 29. Gasto en recetas farmacéuticas

Año	Dato Miles €
2008	1.296.250,34
2009	1.366.207,35
2010	1.401.796,71
2016	1.302.496,17

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

Mientras que en 2017 este gasto fue de 1.186,698 millones de euros frente a 1.288,457 millones de euros en 2010 (datos del Ministerio de Sanidad), es decir, 101,750 millones de euros menos. Un dato que sería positivo si no se debiera a la aplicación del RDL 16/2012 que como es conocido cambió los términos del copago farmacéutico (ampliándolo a los

pensionistas y subiendo el porcentaje de los activos, a la vez que se excluían más de 400 medicamentos de la financiación pública).

El copago tuvo repercusiones en tres grupos diferentes:

- Pensionistas:
 - Los pensionistas con una pensión no contributiva o que tienen una renta mínima de inserción, no tendrá que pagar nada por sus medicamentos.
 - Los que ganan menos de 18.000 euros al año, pagan un 10% del precio de las medicinas, hasta un máximo de 8 euros al mes. Si gana más de 18.000 euros, el máximo será de 18 euros al mes.
 - Los pensionistas con rentas superiores a 100.000 euros, abonarán el 60% de las medicinas, hasta un límite de 60 euros al mes.
 - Cuando se superen estos topes, la diferencia será reintegrada por la comunidad autónoma en la que resida el paciente en un periodo máximo de seis meses, según el decreto.
- Trabajadores:
 - Si tienen una renta anual inferior a los 18.000 euros, pagarán lo mismo que hasta ahora, el 40% de los medicamentos.
 - Si es superior a 18.000 euros, pero inferior a los 100.000 euros, tendrán que pagar más, hasta aportar el 50%, y si ingresa más de esa cantidad al año abonará el 60% de sus medicamentos
 - La aportación de los funcionarios, los militares y el personal al servicio de la administración de justicia será del 30%.
- Parados.
 - Si percibe una renta mínima de inserción o ya no recibe ninguna prestación por desempleo, no tendrá que pagar por los medicamentos.

Pero si miramos la tabla 22 podemos ver que el grupo de edad que más gasta en recetas son los mayores de 65 años, es decir, las personas jubiladas, el cual dobla el gasto del grupo de edad de 45 a 64 años. También podemos ver que en los grupos de edad de 0 a 44 años el gasto es muy pequeño en comparación a los demás grupos, y que a penas sufre alteraciones entre el 2015 y el 2017. En cambio, en los grupos de edad de a partir de los 45 años el gasto se ve aumentado en estos 3 años.

Tabla 30. Gasto de recetas según tramo de Edad

	2015	2016	2017
0 - 14 años	15,78€	16,40€	15,53€
15 - 44 años	37,53€	38,71€	38,56€
45 - 64 años	143,28€	147,38€	146,81€
65 - 74 años	422,49€	433,70€	436,33€
>= 75 años	626,46€	653,00€	659,38€
Global	142,65€	147,84€	149,36€

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

En cuanto al gasto farmacéutico hospitalario podemos observar que desde el año 2014 al 2017 ha sufrido un incremento de 144.925€, lo cual supone un crecimiento del 19,93%. Este incremento en el gasto farmacéutico hospitalario también puede verse por habitante, pues en 2014 se gastaban 112,36€ de media por habitante, mientras que en 2017 este gasto ascendió a los 134,75€, lo cual supone 22,39€ más.

Tabla 31. Gasto farmacéutico hospitalario

Año	Miles €
2014	727.077,22
2015	940.657,69
2016	864.479,56
2017	872.002,05

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

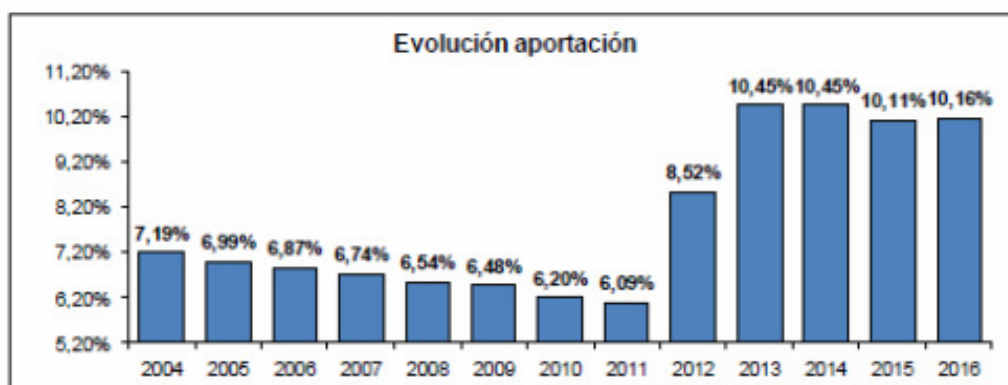
Mientras, en cuanto al gasto farmacéutico unido al gasto de los productos sanitarios, puede verse que también sufre un incremento, siendo en este caso de 89.125€.

Tabla 32. Gasto en farmacia y en productos sanitarios hospitalarios

Año	Miles €
2015	2.669.192,33
2016	2.662.334,99
2017	2.758.317,77

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

Por otro lado, tal y como se recoge en la figura siguiente, el porcentaje de aportación de los usuarios pasó del 6,09% en 2010 al 10,16%, de manera que aplicando este porcentaje al gasto en 2017 – y sin tener en cuenta el ahorro consecuencia de los medicamentos desfinanciados – ello supone que la ciudadanía ha pagado ese año 120 millones de euros.



Fuente: Form@drid Evolución de la aportación de los usuarios en la Comunidad de Madrid

En las dos tablas siguientes podemos ver cómo contribuye la población activa en la farmacia. En primer lugar podemos observar que la aportación de la población en activo sufre una disminución de 8.589,87€ entre los años 2010 y 2016. En cambio, la población en activo asegurada con prestación en farmacia aumenta levemente entre estos años.

Tabla 33. Aportación de población en activo

Año	Miles €
2010	374.212,14
2016	365.622,27

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

Tabla 34. Población en activo asegurada con prestación de farmacia

Año	Miles
2010	5.017,9
2016	5.169,9

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

En cuanto a la población pensionista observamos que su aportación también ha descendido considerablemente entre los años 2010 y 2016, en 103.438,45€. En cambio, la población

pensionista con prestación en farmacia sufre un gran descenso entre estos años – un descenso mucho mayor que el de la población en activo –, un descenso de 3.693,4 miles.

Tabla 35. Aportación de población pensionista

Año	Miles €
2010	1.027.584,56
2016	924.146,11

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

Tabla 36. Población pensionista asegurada con prestación en farmacia

Año	Miles
2010	5.017,9
2016	1.324,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

Es importante tener en cuenta que la aportación farmacéutica de la población pensionista es mayor que la de la población en activo debido a que la primera hace un uso más regular y frecuente – por lo tanto gasta más – de la farmacia.

Mientras tanto, en la siguiente tabla se puede ver que el coste mensual por asegurado en prestación farmacéutica también disminuye. En este caso la disminución es de 2,07€ entre el año 2010 y 2016.

Tabla 37. Coste mensual por asegurado por prestación farmacéutica

Año	€
2010	18,63
2016	16,56

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

Por otro lado, según el barómetro Sanitario, un 3,6% señala que no retiró algún medicamento prescrito por motivos económicos, lo cual supone – trasladado al conjunto de la población de la Comunidad de Madrid – un total de 234.258 personas (es decir, más habitantes que los de cualquiera de los municipios de la Comunidad si exceptuamos el de Madrid). Por supuesto y aunque pudiera parecer increíble la Consejería de Sanidad no ha realizado evaluación alguna sobre los efectos que ha tenido el incumplimiento terapéutico sobre estas personas.

Por otro lado, en la tabla siguiente podemos observar que el perfil de prescripción sigue siendo manifiestamente mejorable, como demuestra, por ejemplo, el porcentaje de genéricos prescritos, el cual parece estancado alrededor del 50% y muy lejos de los países de la UE y la OCDE.

Tabla 38. Medicamentos genéricos

2015	2016	2017
53,52%	53,38%	52,74%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

La Consejería de Sanidad usa una fórmula que alimenta la opacidad que rodea a las farmacéuticas: trocear grandes cantidades de dinero para comprar medicamentos en contratos menores no sujetos a fiscalización.

Los hospitales públicos de la región suscriben contratos troceados del mismo medicamento cada dos, cinco o siete días, según el análisis de más de un millón de contratos menores adjudicados por la Comunidad de Madrid entre 2015 y 2017.

Esta fórmula permite que la compra de medicamentos a grandes farmacéuticas, la mayoría con patentes de elevado precio, se haga de forma opaca: sin concurso público y tampoco como un negociado sin publicidad, que obliga a que el proceso se someta a fiscalización y se publique en el BOE o el BOCAM, en el caso de la Comunidad de Madrid.

Por otra parte, en las tablas 34 y 35 podemos ver el gasto en recetas farmacéuticas de las mutualidades MUFACE e ISFAS. Se observa, en primer lugar, que MUFACE tiene un gasto muy superior a ISFAS, y en segundo lugar que en ambas mutualidades el gasto disminuye de forma considerable desde el año 2010 al 2016, reduciendo MUFACE el gasto en 5.545€, e ISFAS en 4.728€.

Tabla 39. Gasto en recetas MUFACE

Año	Miles €
2010	48.097,00
2011	45.497,25
2012	41.054,74
2013	40.234,37
2014	41.292,45
2015	41.631,10
2016	42.552,33

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CCOO

Tabla 40. Gasto en recetas ISFAS

Año	Miles €
2010	26.988,70
2011	25.338,50
2012	22.830,94
2013	21.849,45
2014	22.086,83
2015	22.156,85
2016	22.260,61

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CCOO

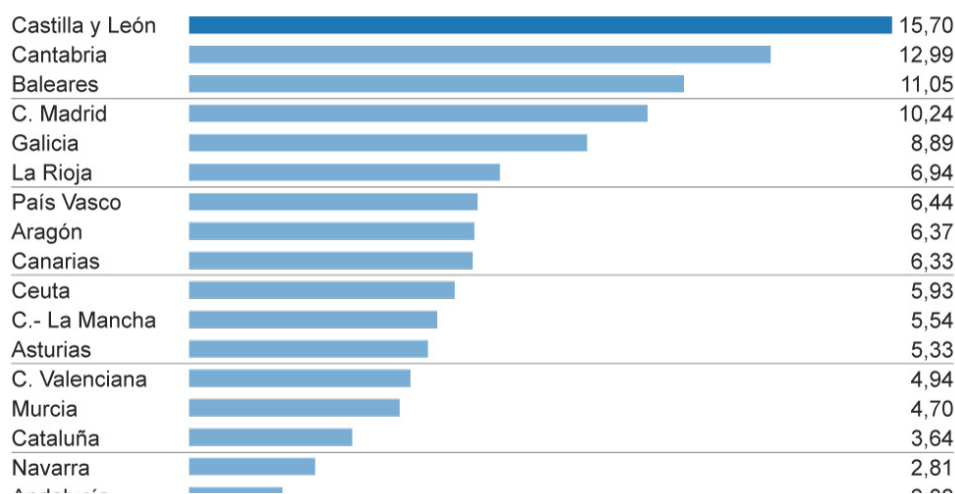
10.2. Calidad y problemas en la utilización de medicamentos

Existe un gran y grave problema en nuestro actual sistema de atención médica y prescripción de medicamentos, esto es la sobreutilización de antibióticos. A día de hoy existe un gran abuso de estos medicamentos, pues se prescriben en situaciones en las que no son realmente necesarios.

En este gráfico podemos ver las muertes ocasionadas por bacterias resistentes a los antibióticos en el año 2015. Se observa que Madrid es la cuarta Comunidad Autónoma en esta lista, con 10,24 casos.

Muertes por bacterias resistentes a los antibióticos

Casos en 2015 por cada 100.000 habitantes. Datos de Melilla no disponibles.



Fuente: *El Mundo gráficos*

Otro medicamento que consideramos importante son los antidepresivos. En la tabla inferior podemos ver la dosis definida por cada 1.000 habitantes. Se observa que la utilización de antidepresivos en la Comunidad de Madrid ha aumentado desde el año 2012, llegando a su máxima en 2014 con un 93,9, y bajando bruscamente al siguiente año, alcanzando así el 54,68, y finalmente aumentando ligeramente en el año 2016. Si comparamos estas cifras con las de la totalidad de España vemos que no se corresponde, pues en España se ve que hay un crecimiento progresivo de estos medicamentos.

Tabla 41. DHD antidepresivos

	Comunidad de Madrid	España
2012	48,71	60,7
2013	90,87	62,71
2014	93,9	65,6
2015	54,68	67,31
2016	57,09	69,64

Fuente: *Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud*

Finalmente, consideramos que es muy importante fijarnos en las reacciones adversas a medicamentos, pues este es otro factor que nos informa sobre los problemas en la utilización de medicamentos. En la siguiente tabla podemos ver que las notificaciones sobre reacciones adversas a medicamentos han aumentado considerablemente en la Comunidad de Madrid: de 470 a 616,51 por 1.000.000 habitantes.

Tabla 42. Reacciones adversas a medicamentos

	Comunidad de Madrid	España
2010	470	310
2011	500	310
2012	390	330
2013	723,11	381,58
2014	501,05	368,84
2015	484,7	347,11
2016	616,51	432,14

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Salud

A light teal background filled with various medical icons such as ambulances, microscopes, clipboards, band-aids, pills, syringes, hearts, teeth, and DNA helices.

Diagnóstico de la salud y del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid

Conclusiones y recomendaciones



11. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS IDENTIFICADAS

Determinantes de la salud.

- Una de las consecuencias de la crisis económica en la Comunidad de Madrid, como en el resto del país, ha sido la pérdida de población, fundamentalmente por el éxodo de inmigrantes.
- El 1 de enero de 2010, la proporción de inmigrantes era del 16.72% de la población de la Comunidad de Madrid. En mayo de 2017, esta proporción era del 13.1%.
- Entre 2007 y 2010 se produjo el mayor aumento en la tasa de paro que pasó del 6.38% en el 4º trimestre de 2007 al 15.75% en el mismo trimestre de 2010.
- El riesgo de pobreza aumentó también a nivel general en la comunidad, siendo más significativo en sectores de población con menor formación, en parados y hogares con 1 adulto y 1 o más dependientes.
- En 2016 se contabilizaron en Madrid 86.800 hogares en emergencia social, sin perceptores de ingresos, frente a las 45.100 familias en esa situación en 2007.
- Ha mejorado ligeramente el consumo de alcohol y tabaco según los datos publicados en 2018, a expensas fundamentalmente de la población más favorecida económicamente, que también ha contribuido a mejorar los datos en relación con el aumento de actividad física y el consumo de frutas.
- Sin embargo, el Índice de Masa Corporal (IMC), respecto a la obesidad, va en aumento desde 1987; en ese año alcanzó a un 7.4 % de la población del país frente al 17.4% alcanzado en 2017. Esto afecta en una proporción muy importante a la clase social más desfavorecida: la VI. Lo mismo se puede decir de la actividad física. El sedentarismo es más frecuente en la clase social VI.
- En cuanto al entorno, como referencia para la calidad ambiental que incide en la salud de la población, la Comunidad de Madrid supera las cifras de dióxido de Nitrógeno, CO₂ y partículas en suspensión.



- Con respecto a la salud laboral, que afecta a una parte importante de la población trabajadora, el estudio de la siniestralidad es uno de los aspectos más significativos a tener en cuenta. Los accidentes laborales disminuyeron de manera notable en los primeros años de la crisis, básicamente por el descenso de la población ocupada. Sin embargo, se observa un repunte muy importante a partir de 2012 como consecuencia de las políticas de ajuste aplicadas en nuestro país. Es significativo observar cómo, entre otros aspectos, la eventualidad en los contratos, la deficiente y escasa formación, la elevada rotación de los trabajadores y las empresas con servicios externos de prevención, inciden de manera significativa en el aumento de la siniestralidad.

Indicadores del nivel de salud.

- La autopercepción del estado de salud de las personas en la Comunidad de Madrid ha bajado un punto en 2017 con respecto a 2011, aunque esa percepción es más favorable entre las personas de clase social I (85.11%) que entre las de clase VI (67.01%).
- Lo que continúa aumentando es la esperanza de vida al nacer, que en Madrid se sitúa en los 84.01 años, debido fundamentalmente a la disminución de la mortalidad entre la población mayor de 50 años y especialmente de la de 70 y más años.
- Con respecto a la mortalidad, los tumores son la primera causa de muerte, seguidos de las enfermedades circulatorias y respiratorias.
- En cuanto a los datos de morbilidad recogidos en 2017, llama la atención el aumento significativo de la prevalencia de enfermedades de riesgo cardiovascular desde 1993: Hipertensión, Hipercolesterolemia y Diabetes.
- En niños, la enfermedad crónica más prevalente es la alergia seguida por el asma.
- Los cuidados informales a las personas dependientes recaen fundamentalmente en mujeres y dedican más tiempo a esta tarea las mujeres de clase VI que las de clase I.



Legislación.

- Se ha podido ver que las leyes, tanto en la Comunidad de Madrid como en el ámbito nacional, han ido dirigidas hacia el favorecimiento de la privatización, y por ende a dar un mayor protagonismo al sector sanitario privado. Pues tanto la LOSCAM, como la Lista de Espera Quirúrgica y la Ley de Libre Elección (con el Área de Salud Única) esconden tras ellas un afán por dar al sector privado una mayor atención.

La privatización sanitaria.

Once años después de iniciado el proceso de privatización de la asistencia sanitaria pública madrileña se puede concluir que:

- El proceso de apertura de 10 nuevos hospitales, y el traslado de otro, contra toda lógica y de una manera aparentemente sorprendente, ha supuesto una reducción en el número de camas de la región (300 camas menos) pasando de 3,50 camas por 1000 habitantes a 3,33 camas/1.000 habitantes en 2016 (promedio de la UE 5 camas/1000 habitantes). Este hecho se debe al cierre en paralelo de camas en los hospitales preexistentes.
- La Comunidad de Madrid no ha realizado una evaluación de estos centros y la ausencia de transparencia es la norma, existiendo poca información pública confiable. Es necesario reivindicar una total transparencia y publicidad sobre todos los datos de funcionamiento de estos hospitales.
- Los sobrecostes de los tres modelos privatizadores utilizados en la Comunidad de Madrid son bien patentes. El modelo PFI incrementa el coste entre 7 y 8 veces sobre la alternativa de construcción y gestión pública. El de concesiones administrativas supone un sobrecoste del 14,95% anual y la concesión de la asistencia a un hospital privado ha presentado un incremento presupuestario del 25,04% anual.
- Existen numerosos casos detectados de aportaciones extrapresupuestarias de financiación pública hacia estos centros, pero no se ha hecho un análisis sistemático de la situación. Hay que exigir una auditoria por parte de la inspección sanitaria y el tribunal de cuentas para conocer detalladamente la realidad.



- No hay un control público sobre el funcionamiento de estos centros y el cumplimiento de los contratos que mantienen con el sector público, asimismo se desconoce, y se sospecha que no la habido, si se han aplicado sanciones por los numerosos incumplimientos conocidos.
- El número de camas/1.000 habitantes y de trabajadores por cama es significativamente inferior en estos centros respecto a los hospitales de gestión tradicional, lo que dificulta su capacidad para garantizar la atención sanitaria de calidad y evidencia que se hacen recortes para mejorar la rentabilidad empresarial sin tener en cuenta la calidad de la asistencia.
- Hay muchas pruebas de un deterioro sistemático de los centros de gestión tradicional, especialmente de los más cercanos a los nuevos centros y del trasvase de pacientes hacia los centros privatizados, facilitado por la gestión del *call center* privatizado.
- Asimismo hay una experiencia dilatada de la práctica de *selección de riesgos* por estos centros de gestión privada aunque los datos oficiales permanecen ocultos. Una vez más existe una gran opacidad en la información disponible, hay que exigir información pública y detallada de los trasvases de enfermos, incluyendo la complejidad de los mismos y las transferencias económicas que producen.
- No existe ninguna evidencia de mejora de la asistencia sanitaria en la región, a pesar de los ingentes recurso económicos destinados a los centros privatizados, tal y como se deduce de la opinión de la ciudadanía expresada en los Barómetros Sanitarios y en el aumento del número de ciudadanos en lista de espera quirúrgica (que han pasado de 27.672 en junio de 2005 a 76.808 en octubre de 2018).
- Entendemos que todos estos hechos son más que suficientes para exigir el final de la privatización sanitaria y la reintegración de los centros privatizados así como, la Fundación Alorcón y las Empresas Públicas Fuenlabrada y UCR en la red de gestión pública del SERMAS que está demostrando ser más eficaz y más eficiente a la hora de atender los problemas de salud de la población.



Financiación y gasto.

- Los Presupuestos Sanitarios han sido insuficientes para garantizar una atención sanitaria de calidad a toda la población de la Comunidad de Madrid, la Comunidad de Madrid, es la cuarta por la cola en gasto per cápita sanitario.
- Siendo necesaria una puesta en marcha de una Central de Compras de Material Sanitario y Productos Farmacéuticos Hospitalarios, para así evitar los sobre costes y diferencias de precio entre hospitales
- Gran parte de los recortes en el gasto de la sanidad madrileña se han llevado a cabo reduciendo las plantillas y precarizando las condiciones laborales. Actualmente la tasa de temporalidad es del 33% y en el periodo 2010 – 2017 se han perdido 4.419 puestos de trabajo

Recursos sanitarios.

Atención primaria.

- La Atención Primaria en Madrid esta desfinanciada, y lo está más que en el conjunto del SNS, que a su vez tiene una preocupante situación. De resultas de ello el número de TSI en la CM por medic@ de familia, pediatra y profesional de enfermería es superior a la media del SNS y se ha incrementado desde 2010, siendo especialmente grave en el caso de enfermería que alcanza niveles incompatibles con una atención sanitaria de calidad. Asimismo el personal administrativo en Madrid ha disminuido en un porcentaje mucho mayor que en el SNS (probable resultado de las privatizaciones).
- La frecuentación de los profesionales en Atención Primaria es elevada, con una gran diferencia entre las 7 direcciones asistenciales. El número total de consultas en Atención Primaria disminuyó entre 2010 y 2015 mientras que paralelamente se incrementaron las urgencias hospitalarias.
- Las demoras en las citas de Atención Primaria se han incrementado notablemente durante el periodo 2010-2017. En 2018 el 66,67% de quienes pedían cita para MF la obtenían después de 24 horas frente al 26% en pediatría y el 33,18% en enfermería. Se encontraron grandes diferencias en cuanto a la densidad de profesionales por



habitante y en las demoras en las citaciones según las direcciones asistenciales. Es probable que las demoras en las citas expliquen el aumento de las urgencias hospitalarias y la disminución del número de consultas.

- Aunque la actividad de las unidades de apoyo se ha incrementado, es claramente insuficiente y presenta demoras muy elevadas. La situación de fisioterapia (71,04 días de promedio, 100% más de 15 días y 54,83% más de 60 días) es simplemente escandalosa. La odontología infantil también presenta demoras excesivas (63,61 días; 18,18% más de 60 días).

Atención especializada.

- El número de camas hospitalarias en la Comunidad de Madrid ha disminuido desde 2010, pasando de 3,33 a 3,17/1.000 habitantes, pero especialmente han disminuido las camas de hospitales públicos, y sobre todo en aquellos que conservan la gestión tradicional, de manera que solo hay 2,19/1.000 camas públicas que serían 1,87/1.000 si consideramos solo las funcionantes, ya que los centros públicos el % de camas en funcionamiento sobre las instaladas es netamente inferior al del sector privado (85,62% versus 91,17%). El hecho es especialmente significativo si tenemos en cuenta que en estos años se abrieron 11 hospitales nuevos en la región.
- El número de estancias hospitalarias/1.000 habitantes disminuyó, incrementándose el número de altas por una disminución de la estancia media. Paralelamente se incrementó el número total de consultas (+ 23%) pero sobre todo de las sucesivas, porque las primeras consultas solo aumentaron un 2% y estas sobre todo el sector privado con pocas consultas sucesivas. Asimismo se incrementaron notablemente las urgencias/1.000 habitantes (+ 25%) pero evidentemente no la gravedad de las mismas porque el porcentaje de ingresos sobre urgencias disminuyó ligeramente (- 3%).
- Las listas de espera en la Comunidad de Madrid continúan siendo un problema importante para la asistencia sanitaria. Cerca de 600.000 personas estaban en lista de espera (quirúrgica, de consultas externas y/o pruebas diagnósticas) en octubre de 2018. Las demoras totales para el diagnóstico y tratamiento de un problema de



salud se sitúan por encima de los 8-10 meses. Por otro lado existe una clara discriminación en el tiempo de demora para quienes se niegan a ser derivados a un centro privado.

Salud Mental.

- La Salud Mental sufre un gran abandono en la Comunidad de Madrid, pues tanto los recursos hospitalarios como el personal sanitario de esta área son muy escasos. Esto ha provocado que las listas de espera en Salud Mental sean muy largas, debido también a que la demanda en atención psicológica ha aumentado, y también que las consultas sucesivas hayan disminuido considerablemente

Salud sexual y reproductiva.

- Esta área de la salud sufre graves deficiencias en cuanto a la atención, la tardanza y los recursos de los que se dispone. El primer problema que encontramos es que no existe una educación sexual de calidad en los centros escolares madrileños, pues a pesar de que la Ley Orgánica 2/2010 introduce la educación afectivo sexual como algo importante, esta se realiza desde la reproducción, lo cual hace que haya graves deficiencias en la enseñanza a los más jóvenes.
- Otro punto importante son los métodos anticonceptivos, los cuales también suponen un difícil acceso (a excepción de los métodos de barrera). Los métodos anticonceptivos hormonales (pastillas o parches) son los más utilizados, pues son los que menos tiempo de espera suponen, ya que los prescribe el profesional de atención primaria. En cambio, los métodos de larga duración (DIU, implantes, etc.) requieren la intervención de un ginecólogo, lo cual supone que la paciente deba esperar a ser atendida en atención especializada.
- También se hace complicada en ocasiones la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), pues cuestiones como requerir el consentimiento de los padres en menores de 16 y 17 años o el gran número de profesionales que trabajan en la sanidad pública que se niegan a practicarla (objeción de conciencia) hacen que este servicio sea poco accesible, y por ende, con ello se favorece a las clínicas privadas.



- Esto mismo ocurre con las técnicas de reproducción asistida (TRA), pues se cuentan con muy pocos recursos en la sanidad pública que faciliten el acceso y la utilización de este servicio, y de nuevo, en este campo, son las clínicas privadas las que acaban siendo beneficiadas.

Atención sanitaria privada.

- Al contrario de lo que pasa en la sanidad pública, la atención sanitaria privada ha aumentado tanto el número de personal, como las camas. Pues existe un peso cada vez mayor del sector privado (especialmente el que funciona con financiación pública) y una significativa menor dotación del sector privado respecto al público. También se ha podido ver un aumento del 4,5% en los aseguramientos privados desde el año 2013 al 2016, que puede ser consecuencia, tanto del desgaste que ha sufrido la sanidad pública por las diferentes leyes que la han atacado en los últimos años, como por la propaganda que se hizo de los seguros privados desde el Gobierno.

Cobertura sanitaria.

- La población asignada ha aumentado desde el 2014, a excepción de los grupos de edad comprendidos entre los 0 y 6 años, lo cual podemos achacar a una baja natalidad. A su vez, el número de Tarjetas Sanitarias también ha sufrido un incremento en estos años, aunque existe un mayor número de población asignada que de tarjetas. Esto se atribuye principalmente a colectivos como inmigrantes o parados de larga duración, a los cuales, mediante el Real Decreto-Ley 16/2012 se les denegó la tarjeta.

Resultados del sistema sanitario.

- A pesar de todos los intentos de empeorar la sanidad pública, en el barómetro de 2017 podemos ver cómo el 66% de la gente encuestada elige la atención pública frente a la privada.

Política farmacéutica.

- Es necesario acabar con los copagos farmacéuticos, que han supuesto, desde su entrada en vigor una caída del consumo entre la población pensionista del 7,2%.
- El gasto farmacéutico continúa incrementándose, sobre todo el gasto farmacéutico hospitalario.
- La calidad de la prescripción farmacéutica en la Comunidad de Madrid es susceptible de una mejora prescriptiva.



12. RECOMENDACIONES

1. Es necesario garantizar la transparencia económica, asistencial y de situación de salud de la Comunidad de Madrid (CAM), por ello estimamos necesaria una web de transparencia de Salud y servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid, que ofrezca información actualizada de todos los aspectos relacionados con la salud y el sistema sanitario público de la Comunidad.
2. La Comunidad de Madrid precisa de una nueva Ley de Ordenación Sanitaria que sustituya a la LOSCAM de 2001, que acabe con las derivas privatizadoras, refuerce el sistema público, recupere las áreas de salud, garantice la universalidad y la accesibilidad de la atención sanitaria, impulse la Salud Pública y la participación efectiva de profesionales y ciudadanía.
3. Entendemos urgente la elaboración de un Plan de Salud de la Comunidad de Madrid que establezca Objetivos de Salud para toda la población, fomente la Salud Pública, la promoción y la prevención, ponga a la salud en todas las políticas, con enfoque de género, mejora del medio ambiente y la salud laboral, haciendo énfasis en la prevención de las enfermedades, la educación para la salud y la adecuación al ciclo vital y la situación social de las personas, con el objetivo de reducir las inequidad y las desigualdades en salud.
4. La Comunidad de Madrid necesita un presupuesto sanitario suficiente para que se conviertan en instrumentos eficaces de gestión y planificación sanitaria. Necesita unos presupuestos que como mínimo se sitúen en el promedio de los presupuestos per cápita de las CCAA para 2018 (9.119 millones de euros).
5. Hay que impulsar decididamente la Atención Primaria madrileña dotándola de recursos y equipamientos suficientes para asegurar la mayoría de la asistencia sanitaria pública, fomentando especialmente sus aspectos comunitarios. Para ello se precisaría incrementar sus recursos humanos en 500 profesionales médicos, 2.000 de enfermería y 600 en el área administrativa. La Atención Primaria debe de recuperar las citas con los especialistas y las pruebas diagnósticas.
6. Hay que incrementar de manera significativa el número de camas hospitalarias/1.000 habitantes en la región, con el horizonte de alcanzar las 5

camas/1.000 habitantes. Este aumento debe realizarse en los centros sanitarios de gestión tradicional.

7. Deben asimismo aumentarse las camas de media y larga estancia de manera urgente (al menos 1.300 camas para alcanzar el promedio del país), para ello debería utilizarse el antiguo hospital de Puerta de Hierro y las camas que se cerraron en los centros de gestión tradicional con las privatizaciones.
8. Hay que realizar un Plan de Infraestructuras y Equipamiento de la Comunidad de Madrid que debe aprobarse en la Asamblea de Madrid y en el que debe de potenciarse la Sanidad Pública.
9. Hay que garantizar el aprovechamiento intensivo de todos los recursos tecnológicos de la Sanidad Pública y acabar con las derivaciones a los centros privados que deben tener un papel complementario del sistema público.
10. Hay que acabar con las privatizaciones e iniciar un proceso de recuperación de los centros privatizados, empezando por no renovar las concesiones realizadas a empresas privadas. Mientras se produce esta reversión debe realizarse un control sistemático y riguroso del cumplimiento de los respectivos contratos
11. Deben de recuperarse las citaciones por la Sanidad Pública desde los equipos administrativos de centros de salud y hospitales.
12. Es necesario un control riguroso del gasto farmacéutico favoreciendo las compras centralizadas, las subastas de medicamentos, un aumento del porcentaje de genéricos, etc.
13. Es imprescindible garantizar la formación continuada de los profesionales por la Sanidad Pública, para ello debe recuperarse una agencia de formación de la Comunidad de Madrid.
14. Hay que desarrollar servicios esenciales que actualmente tienen grandes carencias, como, entre otros: la salud mental, los cuidados paliativos, los programas de salud sexual y reproductiva, la salud bucodental, la atención a pacientes con enfermedades raras, la atención domiciliaria y la fisioterapia.
15. Es imprescindible educar a los más jóvenes en la salud sexual y reproductiva, pues con ello conseguimos evitar tanto los embarazos no deseados, como las ITS. Así como una mayor educación en la sexualidad que no provenga de la pornografía.



16. Se necesita que haya una mayor facilidad en el acceso a anticonceptivos hormonales, pudiendo realizar áreas ginecológicas especializadas en los centros sanitarios públicos, así como una reducción en los precios de los mismos. Así como facilitar el acceso a tratamientos de reproducción asistida incrementando la financiación de estos. A la vez que la creación de clínicas públicas en las que se realicen interrupciones voluntarias del embarazo
17. Es necesaria una nueva política de personal, basada en el respeto, el buen trato y en el diálogo. Se debe recuperar el empleo destruido así como promover la estabilidad laboral y los valores del servicio público. Es fundamental una mayor concienciación del personal con respecto a aquellos/as pacientes con necesidades especiales.
18. Es preciso poner en funcionamiento sistemas efectivos de participación social y profesional que fomenten el control de la población sobre la Sanidad Pública y su gestión. Esto implica la creación de un marco jurídico y organizativo que garantice la participación responsable y crítica de los ciudadanos y los profesionales de manera estable y segura.





13. BIBLIOGRAFÍA

Asociación Madrileña de Salud Mental (2014). Informe sobre evolución de recursos de Salud mental de la comunidad de Madrid 2000-2015.

Ayuntamiento de Madrid. SAMUR – Protección civil. [Internet]. [Consultado 7 Oct 2018]. Disponible en: <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/El-Ayuntamiento/Emergencias-y-seguridad/Samur-Proteccion-Civil?vgnextfmt=default&vgnextoid=c88fcd1b1bffa010VgnVCM100000d9oca8coRCRD&vgnextchannel=d11c9ad016e07010VgnVCM100000dcoca8coRCRD>

Beiras Cal H, Sanchez Bayle M (Ed) (2015). *La Sanidad no se vende. Manual para la defensa de la Sanidad Pública*. Foca. Ed Akal. Madrid 2015

Cámara de Cuentas Comunidad de Madrid (2018). Anteproyecto de informe de fiscalización horizontal operativa del gasto sanitario y farmacéutico en la comunidad de Madrid ejercicios 2011 a 2015. Madrid 2018

Centro Nacional de Epidemiología. *Registro nacional de casos de SIDA*. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Madrid, noviembre 2017.

Centro Nacional de Epidemiología. *Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones de transmisión sexual en España, 2016*. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Madrid, mayo 2018.

Comisiones Obreras Comunidad de Madrid. *Decálogo sobre pobreza y exclusión social en la Comunidad de Madrid, 2016*. [Internet]. [Consultado 7 Oct 2018]. Disponible en: <http://www2.fe.ccoo.es/ensenanzamadrid/Informacion:Novedades:1008257--Decalogo sobre la pobreza y exclusion social en la Comunidad de Madrid>

Comunidad de Madrid. *Informe del estado de salud de la población de la Comunidad de Madrid 2018*. [Internet]. [Consultado 7 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/informe-estado-salud-poblacion>

Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud



(2018). Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018 – 2020. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

Fernandez Ruiz S: España: Grandes retrocesos en el Sistema Sanitario con algunas expectativas de mejora. *Tempus acta de saude colet*. Brasilia. 2016; 10 (1): 59-73

García Gómez M, López Rodrigo JM, Gutiérrez E: Informe Hospitales Modelo Hipoteca. Grupo Parlamentario Podemos Comunidad de Madrid. Madrid 2018. Disponible en: <https://cmadrid.podemos.info/wp-content/uploads/2018/07/INFORME-HOSPITALES-MODELO-HIPOTECA-MADRID.pdf>

Guerra Fernández, M., Gortázar Álvarez de las Asturias, M. & Asociación de clínicas y hospitales privados de Madrid. *Libro blanco de la sanidad privada de la Comunidad de Madrid*. Septiembre, 2018.

Instituto Nacional de Estadística. INE: *Encuesta de condiciones de vida 2012*. [Internet]. [Consultado 7 Oct 2018]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=resultados&idp=1254735976608

Instituto Nacional de Estadística. INE: *Encuesta de condiciones de vida 2017*. [Internet]. [Consultado 7 Oct 2018]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=resultados&idp=1254735976608

Instituto Nacional de Estadística (INE). *Encuesta de Fecundidad 2018*. Abril 2018. https://www.ine.es/proyectos/proyecto_ef.pdf

Instituto Nacional de Estadística. INE: *Encuesta de población activa*. [Internet]. [Consultado 7 Oct 2018]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=resultados&idp=1254735976595

Instituto Nacional de Estadística. INE: *Encuesta nacional de salud 2011*. [Internet]. [Consultado 7 Oct 2018]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&secc=1254736194721&idp=1254735573175



Instituto Nacional de Estadística. INE: *Encuesta nacional de salud 2017*. [Internet]. [Consultado 7 Oct 2018]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&secc=1254736195295&idp=1254735573175

Instituto Nacional de Estadística. INE: *Padrón continuo. Cifras de población y estadística de migraciones*. [Internet]. [Consultado 7 Oct 2018]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735572981

Instituto sindical de trabajo, ambiente y salud. ISTAS: *Informe sobre la evolución de la siniestralidad en España*. [Internet]. [Consultado 7 Oct 2018]. Disponible en: <http://istas.net/descargas/Informesiniestralidaddef.pdf>

Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Memoria SERMAS 2017.

Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCMo20190.pdf>

Ministerio de Defensa. *Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS)*. [Internet]. [Consultado 7 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.defensa.gob.es/isfas/>

Ministerio de Justicia. *Mutualidad General Judicial (MUGEJU)*. [Internet]. [Consultado 7 Oct 2018]. Disponible en: <https://www.mugeju.es/>

Ministerio de Política Territorial y Función Pública. *Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE)*. [Internet]. [Consultado 7 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.muface.es/>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. *Portal estadístico*. [Internet]. [Consultado 7 Oct 2018]. Disponible en: <http://peestadistico.inteligenciadegestion.mssi.es/publicoSNS/comun/DefaultPublico.aspx>



Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. *Sistema nacional de salud*. [Internet]. [Consultado 7 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/home.htm>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Barómetro sanitario, 2010*. CIS: Instituto de información sanitaria.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Barómetro sanitario, 2016*. CIS: Instituto de información sanitaria.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Barómetro sanitario, 2017*. CIS: Instituto de información sanitaria.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Boletín estadístico anual: violencia de género, 2016*.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Interrupción Voluntaria del Embarazo, 2016*. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación.

Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social. *Estadísticas de accidentes de trabajo*. [Internet]. [Consultado 7 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.mitramiss.gob.es/es/estadisticas/index.htm>

ORDEN 804/2016, de 30 de agosto, de la Consejería de Sanidad, por la que se aprueban las instrucciones de gestión del Registro de Pacientes en Lista de Espera Quirúrgica del Servicio Madrileño de Salud.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. OCDE: *Health Statistic 2018*. [Internet]. [Consultado 7 Oct 2018]. Disponible en: www.oecd.org

Pérez S. (2018). *A la Comunidad de Madrid le cuesta hasta seis veces más el mismo tratamiento en un hospital concertado que en uno público*. Eldiario.es, 20/9/2018

Pérez S. (2018). *Un informe oficial certifica que no hay pruebas de la eficacia de la privatización sanitaria en Madrid*. Elldiario.es, 5/8/2018

Consejería de Sanidad. *Plan Integral de abordaje de los embarazos no deseados 2017-2020*. Comunidad de Madrid. 2017.

Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de Desarrollo Parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo.

Registro Nacional de Actividades (2016). Registro SEF. https://www.registrosef.com/public/docs/sef2016_IAFIVm.pdf

Ruane S y cols (2013). *Las cuestiones clave de la Sanidad Pública. Un diagnóstico comparado de los sistemas públicos sanitarios de España y Reino Unido*. Fundación 1 de Mayo. Madrid 2013 Disponible en: <http://www.fadsp.org/index.php/publicaciones/libros-afolletos?task=view&id=23&catid=54>

Salud Madrid. SUMMA 112. [Internet]. [Consultado 7 Oct 2018]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=SUMMA112/Page/S112_home

Sanchez Bayle M, Fernández Ruiz S (2019). *La privatización sanitaria en España*. Edt Viejo Topo 2019.(en prensa)

Sánchez Bayle, M. (2014). *La privatización de la asistencia sanitaria en España*. Documento de trabajo 182/2014. Laboratorio de Alternativas. Fundación Alternativas. Madrid 2014

Sánchez Bayle, M (2018). *La privatización y los nuevos modelos de gestión en sanidad*. Revista de Economía crítica. Nº 6 , 1/2018: 103-118

Sánchez Bayle, M. et. All. (2006). *La sanidad en la Comunidad de Madrid 2006*. Fundación sindical de estudios.

Sánchez-Martínez, F. I., Abellán-Perpinán, J. M., & Oliva-Moreno, J. (2014). La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 75-80.

Servicio de Epidemiología. *Interrupciones Voluntarias del Embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2016*. Dirección General de Salud Pública.

Servicio Madrileño de Salud. *Memoria de trasplantes 2014 Comunidad de Madrid*. Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes.

Servicio Madrileño de Salud. *Unidad central de radiodiagnóstico, 2015*.

Sevillano, E.G. (2013). *Sueldos públicos, empleos privados*. El País 31/1/2013

UGT & CCOO Madrid (2007). *Jornada Mundial por el trabajo decente*.

Vaamonde, P. (coord.) (2014). *La salud como negocio*. Laiovento. Santiago de Compostela.

