



---

**PROGRAMA ELECTORAL IU-CM  
ELECCIONES AUTONÓMICAS MAYO 2015**

**PROPUESTA PROGRAMÁTICA Y DE GOBIERNO  
DOCUMENTO BASE DE ANÁLISIS Y PROPUESTAS  
SOBRE SALUD Y SANIDAD**

---

---

**SANIDAD DE TOD@S, PARA TOD@S, ENTRE TOD@S**

---

El presente documento, que ha servido de base para la elaboración de las “100 propuestas sobre salud y sanidad” del Programa Electoral de Izquierda Unida para las elecciones autonómicas de 2015, ha sido redactado durante los últimos años por los compañeros y compañeras que participan en el Área de Salud de Izquierda Unida de la Comunidad de Madrid, teniendo en cuenta la elaboración programática realizada a nivel federal. Además, se han incorporado al mismo las propuestas y aportaciones realizadas por las organizaciones y plataformas en defensa de la Sanidad Pública que participaron en el Foro Programático de Salud del pasado 24 de marzo de 2015. A todos/as ellos/as les damos nuestro agradecimiento por su trabajo y esfuerzo.

El “documento base de análisis y propuestas” sobre salud y sanidad pretende seguir siendo un texto abierto a la participación de militantes, simpatizantes y movimientos sociales, para que sea así un instrumento lo más útil posible, para que nos ayude a conseguir una sanidad de todos/as (pública al cien por cien), para todos/as (sin exclusiones de ningún tipo), de calidad y construida, al igual que este texto, entre todos/as, a través de la participación y la lucha.

# ÍNDICE

## 1. Introducción

---

- 1.1. ¿Dónde estamos? El resultado de la política neoliberal
- 1.2. ¿Dónde queremos ir? Cambios legislativos para recuperar la sanidad

## 2. Salud en todas las políticas

---

## 3. Sanidad para todos/as

---

- 3.1. Prestaciones sanitarias
- 3.2. Derecho a la asistencia sanitaria

## 4. Sanidad entre todos/as: participación ciudadana en el sistema sanitario público

---

## 5. Sanidad de todos/as: 100 % pública

---

- 5.1. Reversión de las privatizaciones: devolución de lo que nos han expropiado
- 5.2. Ámbitos estratégicos para la extensión del sistema sanitario público
  - 5.2.1. Tecnología sanitaria
  - 5.2.2. Industria farmacéutica
  - 5.2.3. Docencia y formación
  - 5.2.4. Investigación en salud
  - 5.2.5. Informática sanitaria
- 5.3. Propuestas organizativas y de gestión para una sanidad pública de calidad
  - 5.3.1. El Sistema Federal de Salud
  - 5.3.2. El Sistema de Salud de la Comunidad de Madrid
  - 5.3.3. Contra la Gestión Clínica: la Gestión Democrática de la Sanidad
  - 5.3.4. Propuestas de política de Recursos Humanos
  - 5.3.5. Financiación y sostenibilidad del sistema

## 6. Servicios sanitarios y atención a las necesidades de salud

---

- 6.1. Salud Pública
- 6.2. Atención Primaria
- 6.3. Atención especializada
- 6.4. Salud Mental
- 6.5. Atención urgente
- 6.6. Atención a la mujer
- 6.7. Atención a la salud sexual
- 6.8. Atención sociosanitaria y cuidados paliativos
- 6.9. Otros servicios y prestaciones. Atención a otros colectivos
- 6.10. Salud municipal

## **7. Anexos**

---

**7.1. Moción en defensa de los/as afectados/as por Hepatitis C y de su derecho a recibir tratamiento en el sistema sanitario público**

**7.2. Proposición de Ley de garantía de asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a todos los residentes de hecho en la Comunidad de Madrid**

# 1. INTRODUCCIÓN

La protección de la Salud es un derecho ciudadano y una obligación de todos los gobiernos protegerla. Así está reconocido en innumerables tratados internacionales y en la propia Constitución Española.

Asimismo, el mantenimiento de una Sanidad Pública financiada con recursos del Estado, universal y de calidad es un derecho arrancado por la lucha de los trabajadores/as a los intereses y beneficios del Capital. Ocurre en Europa, tras la II Guerra Mundial, cuando los Estados se ven presionados para implantar políticas distributivas que, mejorando las rentas salariales por medio de Servicios Públicos y prestaciones sociales, corrigen, en alguna medida, los desajustes y las terribles desigualdades que el capitalismo provoca. Se consigue arrancar este derecho por la exigencia de una ciudadanía movilizada, sindicatos fuertes en lucha, gobiernos de izquierdas y la necesidad de los países occidentales de competir frente a otro modelo de sociedad, existente hasta 1991, de elevado consenso en lo social.

Así, como hemos dicho, el derecho universal a la protección de la salud aparece reconocido en diversas legislaciones:

- ONU – 1948 – Art.25 de “La Declaración Universal de los Derechos Humanos”.
- Art.35 de la “Carta de derechos fundamentales de la U.E.” (elevado a rango de tratado de obligado cumplimiento de la U.E. en Lisboa 2009).
- Art 43 (49 y 50) de la “Constitución Española” de 1978.

Los poderes públicos deben garantizar este derecho y los ciudadanos deben exigir su cumplimiento. **Los derechos se reconocen gracias a la presión y la lucha. Sin embargo, la historia nos demuestra que ningún avance es definitivo** y, por tanto, la defensa de los servicios públicos debe continuar siendo un aspecto fundamental de la propuesta política y programática de la izquierda y de la lucha del conjunto de las clases trabajadoras.

El documento que se presenta a continuación tiene un objetivo doble: por un lado, presentar la propuesta (más bien compromiso) de Izquierda Unida de la Comunidad de Madrid ante la ciudadanía sobre el modelo de sistema sanitario y de salud que defendemos. No es sólo un programa electoral. En este documento exponemos estrategias y medidas concretas de Gobierno. Pero la propuesta no se presenta cerrada, sino abierta a las aportaciones de las diferentes organizaciones que se han destacado durante estos años en la defensa de la Sanidad Pública. De ahí el segundo objetivo: se trata de que entre todos y todas coordinemos las propuestas y las estrategias para conseguir un sistema sanitario público al cien por cien, accesible, universal y de calidad. En IU-CM somos conscientes de que este objetivo no es viable con un mero cambio de mayorías electorales. Por tanto, este documento no es sólo una invitación al debate, es también un llamamiento a proseguir la lucha.

## 1.1. ¿DÓNDE ESTAMOS? EL RESULTADO DE LA POLÍTICA NEOLIBERAL

Las políticas neoliberales, que se iniciaron en Europa a partir de la década de los ochenta, se han centrado en el desmantelamiento de la sociedad del bienestar, pactado desde el final del conflicto mundial de los cuarenta, con el objetivo de desmantelar los servicios públicos existentes, reduciéndolos a una mera función asistencial.

En este sentido la actuación de los diversos gobiernos que se han sucedido en nuestro país (PSOE y PP), se han dirigido a dar entrada al sector privado en la gestión y realización de los servicios públicos, que en el caso del Sistema Nacional de Salud tiene unos hitos fundamentales :

- La Ley 15/97 (rechazada por IU) “Sobre Nuevas Formas de Gestión” (precedida por el RD 10/1996), aprobada en el Congreso de los Diputados con el apoyo de PP, PSOE y los partidos nacionalistas de derechas, que habilita y da paso a la provisión privada de la asistencia sanitaria, financiada por el Estado.
- El RD 16/2012 “Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud”, cambia el concepto de titulares de derechos por el de condición de asegurado, rompiendo el principio de universalidad y equidad de acceso al SNS, y estableciendo el repago farmacéutico.
- El RD 576/2013 que establece el acceso a las personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarias del Sistema Nacional de Salud mediante la suscripción de un convenio especial y el pago de las correspondientes cuotas.
- La resolución de 10 de septiembre de 2013, por el que establece el repago de la farmacia hospitalaria.

En la Comunidad de Madrid se está llevando una estrategia privatizadora que actúa en dos direcciones:

- 1) La privatización propiamente dicha, que implica la enajenación de los servicios logísticos y técnicos además de la adjudicación de la gestión hospitalaria a empresas privadas e intentos de privatización de Centros de Salud y la derivación a centros privados de pruebas y tratamientos que se podrían realizar en los centros públicos.
- 2) El desprestigio y desmantelamiento deliberado del sistema sanitario tradicional , como consecuencia de las siguientes medidas y políticas:
  - Desmantelamiento de las áreas sanitarias: imposibilidad de planificar políticas de salud y coordinar los diferentes niveles asistenciales en el ámbito territorial.
  - Ausencia de un Plan de Salud para la Comunidad de Madrid
  - Ausencia de un estudio de necesidades reales para determinar la dotación de infraestructuras nuevas, y en la remodelación de las existentes, respondiendo más su ejecución a intereses especulativos y privatizadores que a la racionalidad de necesidad sanitaria.
  - Estrangulamiento de la Atención Primaria, descapitalizándola sin adecuar su financiación ni recursos al incremento poblacional, ni a la presión asistencial, desgajándola de un sistema esencialmente hospital-centrista, como asimismo alejándola de la coordinación con la Atención Especializada, y arrebatándole progresivamente su responsabilidad de puerta de entrada al sistema.
  - Desmantelamiento efectivo de la Salud Pública, impidiendo de hecho el ejercicio de sus responsabilidades imprescindibles en el desarrollo y sostenibilidad del sistema público de salud.

- Desnaturalización de la Inspección Sanitaria, arrebatándoles sus responsabilidades natas de Autoridad Sanitaria y reguladores de las actuaciones sanitarias de los diferentes colectivos profesionales “externalizando” las mismas a supuestas “comisiones de expertos”, teniéndolos como actores incómodos en su “gran esfuerzo de transparencia por la Sanidad Madrileña”.
- Descapitalización de los hospitales y otros centros públicos que funcionaban de forma previa a la construcción de los netamente privados y de gestión privada, con la disminución de presupuestos y de recursos humanos.

## 1.2. ¿DÓNDE QUEREMOS IR? CAMBIOS LEGISLATIVOS PARA RECUPERAR LA SANIDAD

Ante la obligación legal por parte de los poderes públicos de asegurar la protección de la salud de sus ciudadanos, y entre las diferentes modalidades y subsistemas que existen, en Izquierda Unida defendemos un **MODELO DE GESTIÓN EXCLUSIVAMENTE PÚBLICA**, con integración entre el asegurador y el proveedor del servicio. Consideramos este modelo *como* el más eficiente por su capacidad de disminuir costes, si está bien gestionado, por su equidad, su capacidad de atención integral e integrada y su rentabilidad social, al no existir colusión de intereses mercantiles en las actuaciones sanitarias.

Defendemos, asimismo, que **LA SANIDAD ES PROPIEDAD DE LOS/AS CIUDADANOS/AS**, por tanto, un bien inalienable, que ninguna Administración puede enajenar, disminuir o fragmentar.

Demandamos **UN CAMBIO DE LA CONSTITUCIÓN** en el que se reconozca el sistema sanitario como un servicio de interés general protegido de la privatización y el desmantelamiento. Que garantice a su vez **la asistencia sanitaria universal** en igualdad de condiciones a toda la población de hecho en nuestro territorio; así como la financiación para hacer efectivo el derecho a la salud con carácter prioritario. Exigimos en consecuencia la revocación de la modificación introducida en el Artículo 135 de la Constitución Española, que estrangula el gasto social supeditándolo al pago de la deuda, al tiempo que nos mostramos contrarios a la ratificación de cualquier tratado, como el llamado “Acuerdo Transatlántico de Comercio e investigación EEUU-UE (TTPI), que suponga la mercantilización de los Servicios Públicos o que dificulte la reversión de las privatizaciones de la sanidad.

Defendemos la derogación inmediata de la Ley 15/97 que permite la gestión privada de la sanidad pública y del RD 16/2012. Promoveremos una nueva **LEY DE SANIDAD ESTATAL** que asegure el establecimiento de un **Sistema Federal de Salud** con entidad jurídica propia, que garantice la asistencia sanitaria universal en todo el territorio, como un derecho ciudadano, y que derogue la legislación que permite la gestión privada de la sanidad pública.

En el ámbito de la Comunidad de Madrid, desde IU-CM proponemos una **MODIFICACIÓN DEL ESTATUTO DE AUTONOMÍA DE LA COMUNIDAD DE MADRID**, por el que se prohíban las privatizaciones del sistema sanitario público y se garantice una financiación suficiente del mismo, así como su accesibilidad y la universalidad de la asistencia sanitaria.

Proponemos la **retirada completa del llamado “Plan de medidas de garantías para la sostenibilidad del sistema sanitario público” de 2012** y defendemos la **derogación de la actual LOSCAM** y de todos los retrocesos legislativos que se han introducido desde su aprobación, como es el caso de **la ley 6/2009 que desmanteló las áreas sanitarias** y los decretos que la

desarrollan, o el de la Ley 4/2012 que suprime 26 categorías profesionales dentro del SERMAS, entre otras.

Nos comprometemos a la sustitución de la actual legislación por una nueva **LEY DE SALUD REGIONAL**, elaborada desde el diálogo y la búsqueda del consenso, que aglutine nuestras propuestas recogiendo, entre otras, las siguientes demandas esenciales:

- Garantía de transparencia en la gestión sanitaria y puesta en marcha y desarrollo de normativas eficaces de participación ciudadana.
- Proclamación de la universalidad de la asistencia sanitaria
- Gestión pública directa del conjunto del sistema sanitario: devolución a manos públicas de todo lo que se ha privatizado.
- Financiación suficiente (con el adecuado porcentaje del PIB destinado a sanidad y salud).
- Atención de la salud desde un punto de vista integrado en todas las políticas.
- Recuperación de una estructura territorial en áreas acorde a las necesidades actuales.

Proponemos asimismo una **AUDITORÍA PÚBLICA de las cuentas, la gestión y la contratación** llevadas a cabo por el Gobierno del Partido Popular que dirima responsabilidades políticas y administrativas y que contribuya al establecimiento de las penas si las hubiera, así como a detectar fallos o incumplimientos que permitan revertir la privatización sanitaria.

Reclamamos asimismo, un **PLAN DE RECURSOS HUMANOS** para los Servicios Públicos de cara a garantizar mecanismos eficaces de participación de los profesionales y su formación continuada por medios públicos, asegurando la correcta contratación de todas las categorías profesionales y el reconocimiento a sus derechos laborales, y que adecúe las plantillas a las necesidades de la población.

Proponemos revitalizar la inspección sanitaria, la formación, la investigación y la evaluación dentro del sistema. Buscaremos calidad y transparencia en la gestión de lo público.

## 2. SALUD EN TODAS LAS POLÍTICAS

En IU-CM somos conscientes de que la salud es mucho más que el sistema sanitario (aún siendo este el que presta directamente los servicios de atención sanitaria). De hecho, este sistema constituye sólo uno de los determinantes de la salud, muy probablemente el menos influyente.

Está demostrado que el incremento de la pobreza, de las desigualdades, la marginación, la exclusión social, la precariedad laboral, el paro, el deterioro del medio ambiente y el aumento de la contaminación atmosférica, entre otros, contribuyen a un empeoramiento de la salud del conjunto de la población, especialmente de las clases trabajadoras y más desfavorecidas.

Todas estas situaciones se ven agravadas durante los últimos años como consecuencia de la mayor profundización del neoliberalismo que estamos sufriendo. Los países que presentan un mayor nivel de desigualdad de rentas entre las diferentes clases sociales tienen un peor nivel de salud para el conjunto de su población. Esta situación repercute directamente sobre unos sistemas sanitarios públicos que están sufriendo recortes y desmantelamientos como consecuencia de esas mismas políticas neoliberales.

La propuesta de los ideólogos neoliberales para solucionar la “falta de sostenibilidad” de los servicios sanitarios públicos pasa por la introducción de elementos de mercado en su gestión y funcionamiento. Se ponen en marcha las llamadas “nuevas formas de gestión” (criterios empresariales enfocados al beneficio económico) y barreras al acceso sanitario público (repagos o exclusiones) con la consecuente expulsión progresiva de diferentes colectivos.

La defensa que realiza IU-CM de un sistema sanitario público al cien por cien, de calidad, para todos y todas y con financiación suficiente viene avalada por la evidencia, ampliamente contrastada, de que este sistema es perfectamente sostenible, más equitativo, de mayor calidad y eficiencia que los sistemas sanitarios privados, así como en los que el sector privado tiene un amplio protagonismo.

En nuestra opinión, los riesgos de los sistemas sanitarios públicos vienen dados por factores que producen un encarecimiento o escalada inflacionaria de los costes del mismo. Entre estos factores destacamos:

- El deterioro medioambiental y social (consecuencia de la aplicación de las políticas neoliberales) que condiciona un empeoramiento del nivel de salud y, en consecuencia, una mayor demanda de asistencia sanitaria.
- La ausencia de un enfoque transversal de salud en todas las políticas. Ausencia de prioridad de la salud en la elaboración de las líneas de actuación política y económica de los gobiernos.
- La posición de poder de la industria privada farmacéutica y de tecnología sanitaria y su *financiarización*. Se trata de una industria prácticamente privada al cien por cien, que se rige por mecanismos de mercado, con escasa o nula regulación, cuando no captura del regulador, y que cuenta con gran influencia sobre la formación y la investigación de todos los profesionales.

- El enfoque basado en actuaciones de “falsa prevención” que pretende evitar supuestas enfermedades interviniendo sobre individuos sanos, con tendencias que demasiadas veces entran en conflicto con la evidencia científica y que supone riesgos claros en muchos casos para la propia salud, además de un incremento inflacionario de medicación o de productos pseudosaludables innecesarios que sólo beneficia a determinados actores muy influyentes con intereses económicos concretos.
- La ausencia de planes públicos eficaces de formación e investigación para profesionales.

La propuesta de IU-CM es una apuesta por **la Salud como prioridad en todas las políticas**, partiendo del análisis y la actuación sobre aquellos factores o determinantes ambientales, sociales y económicos que condicionan un empeoramiento del nivel de salud: se trata de intervenir sobre la demanda de asistencia sanitaria antes de *que se produzca esta*, mediante el establecimiento de estrategias poblacionales que intervengan sobre los determinantes de la salud, desarrollando asimismo estrategias de promoción de la misma. Estas estrategias deben desarrollarse con la participación de la comunidad y la coordinación del conjunto de las administraciones, incluyendo los municipios.

Rechazamos por tanto los enfoques basados en la “falsa prevención”, de perspectiva individual, determinada por los intereses de la industria (farmacéutica y también alimentaria) y que está propiciando una especie de “medicalización de la vida” y una consecuente espiral inflacionaria que ningún sistema sanitario, público ni privado, está en condiciones de asumir.

Desde IU-CM demandamos una intervención directa y coordinada del sector público para la mejora de la salud del conjunto de la población, teniendo en cuenta todos sus determinantes modificables, desde la educación sanitaria hasta el medio ambiente y el entorno social y económico. De este modo, planteamos, mediante la coordinación de todas las administraciones públicas, las siguientes medidas concretas:

- **Establecimiento de una Declaración de Impacto en Salud** en la forma de un documento oficial en el cual se recoja el resultado de una evaluación de dicho impacto y de sus alegaciones, siendo un documento obligatorio para cualquier medida de índole ambiental, social, educativa, laboral, industrial, energética, financiera y económica que se aplique en el ámbito de la Comunidad de Madrid por cualquier administración. La autoridad competente para su elaboración será la Consejería de Sanidad, con la participación en la exposición pública y las alegaciones tanto de los precursores de la medida concreta como de los Consejos de Salud correspondientes al ámbito de aplicación de la misma.

Si la valoración de la Declaración de Impacto en Salud es positiva se procederá a la aplicación de la medida, adoptándose de forma obligatoria las modificaciones pertinentes que contribuyan a la minimización de este, realizándose a su vez, un seguimiento para la valoración posterior del mismo.

- **Desarrollo y puesta en marcha de un Plan Integral de Salud de la Comunidad de Madrid**, impulsado por la Consejería de Salud, que cuente con la participación para su

elaboración de todas las Consejerías del Gobierno de la Comunidad de Madrid, de los diferentes grupos parlamentarios de la Asamblea de Madrid, del Consejo de Salud, de los sindicatos, de las organizaciones cívicas en defensa de la salud y de las administraciones locales.

El Plan Integral de Salud tendrá en cuenta el modelo de determinantes de salud y contemplará medidas concretas, con la financiación suficiente en todos los ámbitos que influyan directa o indirectamente sobre la salud de la población. Se creará un **consejo de supervisión del Plan de Salud u Observatorio de la Salud** que vigilará el correcto desarrollo del plan (además de evaluar riesgos y otras propuestas), en el que participarán y estarán representadas todas las entidades mencionadas.

El Plan integrará, ampliará y actualizará los planes de salud parciales que sean desarrollados por la Consejería de Sanidad. Como ámbitos de actuación y medidas a incluir en ese Plan de Salud proponemos:

- **Establecimiento de programas de salud de alcance poblacional** fundamentados en la evidencia científica.
- **Promoción de la salud en el ámbito laboral:** combatir la precariedad laboral, el paro y los riesgos laborales (exposiciones, enfermedades profesionales y accidentes).
- **Reducción de las desigualdades socioeconómicas**, especialmente mediante progresividad fiscal y prestación de servicios públicos adecuados, con la adopción de medidas para combatir la pobreza, la exclusión, la marginalidad y que eviten la exclusión sanitaria y farmacéutica (retirada de repagos farmacéuticos de forma prioritaria en colectivos vulnerables y derecho a la asistencia sanitaria a todas las personas en igualdad de condiciones).
- **Fomento de un medio ambiente sano** para una población sana. Reducción de la contaminación atmosférica. Fomento de uso de un transporte público y menos contaminante.
- **Vigilancia y control de aguas residuales y de niveles de ruidos** y vibraciones.
- **Adecuadas condiciones de habitabilidad** de viviendas y centros públicos. Políticas de vivienda pública y urbanismo enfocadas a la salud.
- **Combatir la pobreza energética:** detección de colectivos en riesgo y actuación inmediata para evitar cortes de suministro eléctrico (moratorias y subvenciones), especialmente en los meses de frío.
- **Control de calidad de aguas de consumo. Entendemos que la privatización y/o financiarización del Canal de Isabel II** supone un riesgo para la calidad del

servicio y, en consecuencia, para la salud, por lo que demandamos la reversión completa del proceso.

- **Control de higiene en lugares públicos** de restauración, comercio, mercados, alojamientos, escuelas, zonas de ocio y recreo, etc.
- **Control de eliminación de residuos urbanos e industriales.** Consideramos que los recortes y las privatizaciones en los servicios de limpieza están poniendo en riesgo el funcionamiento de los mismos y, por tanto, la salud de la población, por lo que apostamos por la reversión de estos procesos y la gestión pública directa de estos servicios. Asimismo, proponemos la vigilancia estricta del cumplimiento por parte de las industrias de una normativa de eliminación de residuos que se adecúe a la protección del medio ambiente y a la salud de la población.
- **Establecimiento de programas de lucha contra vectores** transmisores de enfermedad. **Higiene adecuada de mataderos, vaquerizas y cabrerizas** que estarán sometidas a un fuerte control público.
- **Fomento de un consumo responsable**, con la vigilancia y regulación adecuada del llamado “mercado de la salud”, evitando la comercialización de productos que puedan poner en riesgo a la población. Desarrollo de planes orientados al fomento de una alimentación saludable. Apertura de comedores escolares en periodos vacacionales.
- **Fomento del consumo de alimentos con baja presencia de contaminantes en centros sanitarios y escolares**, así como en los comedores de empresas y administraciones. Fomentar una dieta variada y equilibrada en estos centros, reduciendo el consumo excesivo de pescados y carnes grasas, evitando envases y utensilios de plásticos y recalentar o cocinar alimentos en envases no adecuados. Se priorizará la adquisición de productos de comercio justo y de producción sostenible en estos centros. Se pondrá fin de forma progresiva a la subcontratación de comedores en centros públicos, priorizando la gestión pública directa de los mismos.
- **Promoción del uso de productos limpios en las contrataciones y compras públicas**, reduciendo la exposición de trabajadores/as y usuarios/as de centros públicos, incluyendo los centros sanitarios y escolares.
- **Establecimiento de un seguimiento del Impacto en Salud** de las medidas tomadas, que tenga en cuenta tanto los resultados en salud como la influencia de la inversión de las diferentes políticas sociales, ambientales y económicas sobre el propio sistema sanitario (por ejemplo, evaluación de la influencia de medidas directas que modifiquen los determinantes en salud sobre el uso concreto de determinados servicios sanitarios).

- **Formación:** desde IU-CM consideramos que la formación a los profesionales y trabajadores/as de la sanidad pública es esencial, por lo que desarrollaremos políticas de fomento hacia la formación continuada en determinantes de salud, con especial atención a los servicios de Atención Primaria, los cuales tienen contacto directo con la realidad social y ambiental de las comunidades a las que atienden. Asimismo, promoveremos el acuerdo con las autoridades académicas para la inclusión de estas materias en los planes de estudio de los profesionales de la sanidad. Por otro lado, fomentaremos la Educación para la Salud en los centros de enseñanza Infantil, Primaria y Secundaria. También se apoyará el desarrollo de actividades y programas de promoción de la salud comunitarios que incluyan hábitos saludables en materia de alimentación, educación sexual, actividad física beneficiosa para la salud, prevención de infecciones de transmisión sexual y conocimiento sobre el sistema sanitario público para garantizar su accesibilidad y uso adecuado.
- **Se dotará a los servicios de Atención Primaria de capacidad efectiva para la realización de intervenciones comunitarias** que, de forma coordinada con otros niveles asistenciales, puedan contribuir a la mejora del nivel de salud de la población, minimizando la exposición a riesgos, detectando y notificando los mismos para activar la intervención coordinada de las administraciones competentes de cara a resolverlos (detección de problemas sociales, detección de riesgos laborales o de salud pública, vulnerabilidad, malas condiciones de habitabilidad en viviendas, contaminación y agresiones al medio ambiente, etc.).

### 3. SANIDAD PARA TODOS/AS

Una sanidad pública y de calidad no puede admitir exclusiones. Debe ser una sanidad para todos los ciudadanos y ciudadanas. La expulsión de nuestro sistema sanitario se está efectuando actualmente de varias formas:

- Cambios en la cobertura poblacional con la disminución de la población con derecho a la asistencia sanitaria
- Establecimiento de repagos (coste en el momento de la asistencia) que impide de hecho la asistencia sanitaria de los colectivos más vulnerables, incapaces de afrontar el gasto y quedando en la práctica excluidos, sufriendo las consecuencias.
- Exclusión de la cartera de prestaciones a determinados servicios (en general arguyendo un problema de financiación), perjudicando a colectivos concretos de afectados/as.

Desde IU-CM reclamamos una sanidad para todas las personas con residencia efectiva en nuestro territorio, independientemente de su situación administrativa, defendiendo el derecho de todas ellas a una cobertura de la asistencia sanitaria con accesibilidad adecuada. No limitándose, por motivos socioeconómicos, las prestaciones, en ese sentido necesarias, indicadas y avaladas por la evidencia científica.

#### 3.1. PRESTACIONES SANITARIAS

A raíz del Real Decreto-ley 16/2012 se introducen unos incrementos del número o de la cantidad de los repagos farmacéuticos, incluyendo por primera vez una aportación a los pensionistas. Tras la entrada en vigor del mismo se ha producido una reducción del número de prescripciones farmacéuticas, siendo en algunas comunidades autónomas, como es el caso de Madrid, mayor del 10 %.

Cabe destacar que no se ha llevado a la práctica evaluación alguna dirigida a establecer si esta reducción se ha producido en prescripciones innecesarias o necesarias. Tampoco se han evaluado las posibles consecuencias sanitarias de estas medidas, como es el caso de un más que probable incremento de las complicaciones y de la demanda de asistencia urgente como consecuencia de una disminución del consumo de fármacos adecuadamente prescritos, particularmente en enfermos crónicos.

Desde IU-CM, proponemos, como medidas inmediatas:

- Evaluar el impacto del establecimiento del repago sanitario sobre la salud de las personas y sobre el uso del sistema sanitario, tomando medidas para la minimización del mismo.
- Exigir al Gobierno estatal la retirada del repago farmacéutico, con especial atención a los pensionistas y colectivos vulnerables, así como a los enfermos crónicos.
- Promoveremos e instauraremos, dentro de nuestra estrategia de crónicos y de nuestra apuesta por evitar la exclusión sanitaria, la obtención directa de los fármacos

prescritos a través de los servicios sanitarios por parte de los pacientes que lo precisen, en el marco de programas ordenados y correctamente evaluados.

### **Cartera de servicios**

Desde IU-CM defenderemos la financiación por el sistema sanitario público de todas aquellas prestaciones farmacéuticas y tecnológicas, la provisión de todos los servicios sanitarios y la realización de todas las intervenciones que estén avaladas por la evidencia científica, que demuestren un beneficio objetivo para la salud y que cumplan los criterios de eficacia, efectividad, eficiencia y equidad.

Se definirán las prioridades en salud y la toma de decisiones en base a criterios claros, transparentes y contrastados que cuenten para su elaboración con la participación ciudadana y de los profesionales. Siguiendo estos criterios, el sistema sanitario definirá el conjunto de servicios que serán garantizados, así como la asignación de recursos que se precisen. La cartera de servicios será un compromiso de la administración para con el conjunto de la población.

Demandamos por tanto una ampliación de la actual cartera de servicios que tenga en cuenta las necesidades de poblaciones, colectivos e individuos. Promoveremos la inclusión de una partida presupuestaria específica para garantizar el acceso en condiciones de equidad a los Medicamentos Huérfanos y a otros productos sanitarios no reconocidos como medicamentos pero que sean útiles en el tratamiento de Enfermedades Poco Frecuentes.

Dentro de las prestaciones se incluirá también la financiación de innovaciones farmacéuticas, como es el caso, entre otras, de los fármacos de nueva generación para la Hepatitis C. Asimismo, tomaremos medidas para que la inclusión de estas innovaciones no suponga un riesgo para la sostenibilidad financiera del sistema sanitario, utilizando los siguientes instrumentos:

- Planteando, promoviendo y defendiendo, en el medio y largo plazo, una industria farmacéutica y de tecnología sanitaria pública que atienda a las necesidades de población y no al beneficio económico.
- Apostando en el plazo inmediato por la negociación conjunta de la adquisición de los fármacos y la tecnología sanitaria, condicionando la compra de las innovaciones de una determinada empresa a la renovación o revisión de los contratos ya vigentes en los que estén implicados las mismas, de cara a conseguir rebajas en el precio.
- Luchando por todos los medios políticos disponibles y en todas las instituciones (de diferentes ámbitos competenciales) en las que estemos presentes para se reconozca el uso de los Estados de la Unión Europea del derecho de licencias obligatorias, obteniendo la posibilidad de dar permisos para la producción de genéricos y denegando la inscripción de patentes de nuevas moléculas que no supongan una auténtica innovación. En cualquier caso, reclamamos el derecho a utilizar la potestad fijada en los tratados internacionales sobre comercio de actuar unilateralmente en situaciones que supongan un riesgo objetivo para la salud de la población.
- Independientemente de lo anterior, garantizaremos el acceso inmediato al tratamiento, mediante la liberación de partidas presupuestarias específicas, de todos

aquellos afectados/as por Hepatitis C con prescripción facultativa de fármacos de nueva generación. (ver ANEXO I).

Desde IU-CM defendemos la inclusión de todas las prestaciones sanitarias en la cartera común de un futuro Sistema Federal de Salud. En cuanto a la cartera de servicios complementaria del Servicio Madrileño de Salud, proponemos la inclusión de las siguientes prestaciones:

- **Financiación de fármacos y tratamientos que fueron excluidos por el RD 16/2012**, dispensándolos directamente en los centros sanitarios. La exclusión de determinados tratamientos para “síntomas menores” está poniendo en riesgo la salud de determinados colectivos que precisan estos tratamientos y que se encuentra en una situación clara de vulnerabilidad económica. Además, la exclusión ha provocado fenómenos de demanda sustitutiva, con prescripción de medicamentos financiados pero más caros que los anteriores y que producen más efectos secundarios. También se han producido complicaciones e ingresos hospitalarios como consecuencia de la ausencia de tratamiento de patologías en sus estadios iniciales. Mediante la dispensación directa buscamos corregir estas inequidades, mejorar el nivel de salud de la población y conseguir cierto ahorro económico al conjunto del sistema sanitario.
- **Se suprimirá el repago** del usuario en la prestación por transporte sanitario no urgente y en la prescripción de productos dietéticos, especialmente en el caso de las enfermedades metabólicas. **Se buscarán vías para suprimir el repago** en la prestación farmacéutica a pensionistas, comenzando por los de menor poder adquisitivo. Asimismo, se suprimirá el repago farmacéutico en el tratamiento de enfermedades crónicas, comenzando por colectivos de mayor vulnerabilidad socioeconómica. Como alternativa proponemos la dispensación de tratamientos en centros sanitarios, particularmente en colectivos con riesgos de inserción y accesibilidad.
- **Inclusión en las prestaciones de la atención a la salud buco-dental.** Se dará la máxima prioridad a la atención a la salud buco-dental infantil, buscando la participación de la comunidad, los centros de salud y la colaboración con la Consejería de Educación para realizar campañas educativas, medidas preventivas y terapéuticas. Se realizarán campañas en los centros escolares para poder llegar directamente a la población de riesgo. Todos los programas serán debidamente financiados y evaluados. Progresivamente se dotará al sistema sanitario público de medios y profesionales propios para asegurar una correcta atención a la salud buco-dental al conjunto de la población en centros sanitarios de titularidad y gestión pública directa.
- **Realización de otras propuestas para la mejora** de los actuales servicios y prestaciones sanitarias (ver apartado 6: Servicios sanitarios y atención a las necesidades de salud).

### 3.2. DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA

Con la aprobación por parte del Gobierno del Partido Popular del RDL 16/2012 que modifica entre otras leyes la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, el sistema sanitario español ha sufrido un cambio de modelo que, en lo que se refiere a las prestaciones para los pacientes, afecta a varios de sus ejes principales como son la universalidad y la gratuidad de las prestaciones.

Así, la norma suprime la universalidad del derecho a la asistencia sanitaria, pasando de ser un derecho de los ciudadanos residentes en España a ser un derecho de las personas consideradas "aseguradas" por la Seguridad Social.

De este modo se excluyen del derecho a la asistencia sanitaria gratuita a varios colectivos de personas entre los que destacan, por su gran número, los extranjeros residentes en nuestro país sin autorización para ello. Pero también muchos extranjeros con autorización para residir y algunas personas españolas y extranjeras, que por sus condiciones laborales y rentas altas quedan también excluidas de la atención sanitaria gratuita.

Además de acabar con la sanidad universal, la aplicación del RDL16/2012 se ha convertido de facto en un galimatías que lo único que ha conseguido es una enorme descohesión del SNS, justo lo contrario que debía promulgar la Ley 16/2003. Ya no sólo la Cartera de Servicios es diferente en distintas CCAA sino que además, ahora los ciudadanos tienen derecho o no a la asistencia sanitaria dependiendo de la comunidad autónoma donde están empadronados.

La norma, en el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, contempla una serie de derechos de asistencia sanitaria mínimos con cargo a fondos públicos para los extranjeros que residen en España sin autorización (embarazo, menores y urgencias) y distintas comunidades autónomas la han aplicado de múltiples formas.

En Madrid se da la paradoja de que, mientras estos derechos mínimos han sido ampliados sobre el papel (asilados, trata de seres humanos, enfermedades de declaración obligatoria y enfermedad mental grave), de facto se está impidiendo a los inmigrantes sin permiso de residencia el acceso a estas prestaciones, incluso la de urgencia, mediante un complejo sistema de desinformación y desorganización al más puro estilo neoliberal. De este modo queda al albedrío del personal no sanitario de las unidades administrativas de los distintos servicios de admisión que las personas con estas situaciones administrativas que se sienten enfermas consigan acceder a la atención sanitaria que precisan.

Además, el Servicio Madrileño de Salud, pretende que los menores extranjeros sin permiso de residencia obtengan su asistencia sanitaria en "las mismas condiciones que los menores españoles" sin entregarles una tarjeta sanitaria con la que acudir a los distintos servicios de salud.

En IU-CM creemos que solo una asistencia sanitaria pública, universal, de calidad y sin repagos adicionales, puede garantizar el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos que contempla nuestra Constitución en su artículo 43. Es por ello que hasta que un Gobierno del Estado derogue el RDL 16/2012 y regule de una vez por todas este derecho mediante una reforma de la Ley 14/1986 General de Sanidad, la protección de la salud, a nivel individual o comunitaria, no podrá ser garantizada. Si Izquierda Unida gobierna en la Comunidad de Madrid se unirá a las Comunidades Autónomas que han reconocido el derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a todos los residentes en su territorio, independientemente de su situación administrativa. De este modo, de forma inmediata, cuando contemos con el respaldo o acuerdo parlamentario suficiente, **aprobaremos la Proposición de Ley de Garantía de asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a todos los residentes de hecho en la Comunidad de Madrid**, proposición que ya hemos registrado y presentado en la Asamblea de Madrid (ver ANEXO II).

Esta Proposición de Ley está orientada a garantizar la asistencia sanitaria a todas las personas dentro del actual marco legislativo estatal, por lo que incluye en su articulado referencias a la

condición de asegurados/as y beneficiarios/as, si bien en IU-CM apostamos por cambios de mayor calado, legislativos, estatutarios y constitucionales que garanticen una asistencia sanitaria universal como derecho, independientemente de las cotizaciones sociales (ver apartado 1: Introducción).

## 4. SANIDAD ENTRE TODOS/AS: PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL SISTEMA SANITARIO

La movilización de la Marea Blanca ha puesto de manifiesto el interés de la ciudadanía por la defensa de un sistema sanitario público y de calidad y ha tejido una red de plataformas, asociaciones y movimientos sociales que velan por el derecho a una asistencia sanitaria digna. Lo que ha puesto de manifiesto este movimiento, más allá de la ejemplar lucha que ha conseguido la paralización parcial de la privatización sanitaria en la Comunidad de Madrid, es que existe un deseo de participación y un interés legítimo de la ciudadanía por ver garantizado su derecho a la protección de la salud.

Se trata de una corriente de respuesta al cambio de modelo que ha implementado el Partido Popular a lo largo de sus años de gobierno. Los cambios legislativos orquestados han estado encaminados a poner fin a la participación ciudadana en el seno del sistema. Así, la derogación del Decreto 98/1988 de 8 de septiembre supone la supresión en la Comunidad de Madrid del desarrollo legal de la participación, el cual está ordenado por la Ley General de Sanidad. Por su parte, la Ley 9/2010 de 23 de diciembre, de Acompañamiento de la Ley de presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid, en su artículo 25 suprime el Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid y los Consejos de Salud de las Áreas Sanitarias.

Es imprescindible que la ciudadanía ejerza su derecho a decidir, controlar y ser, por tanto, protagonista de los cambios que vamos a impulsar, por lo que desde IU-CM proponemos, de cara a garantizar el ejercicio de estos derechos, la elaboración de una nueva Ley de Salud Regional que reconozca el derecho de la ciudadanía a la participación, dotando de competencias específicas a los órganos y mecanismos organizativos que se establecerán para tal fin, con el objetivo de que dicha participación ciudadana tenga poder real y no quede su papel relegado a una actividad meramente consultiva. Asimismo demandamos que dicha Ley contemple la puesta en marcha de las siguientes medidas:

- **Creación del Observatorio de Salud de la Comunidad de Madrid**, reglando su composición y funcionamiento para dotarle de eficacia en sus funciones (con presencia de los Consejos de Salud, de organizaciones cívicas en defensa de la sanidad y de representantes de la Asamblea de Madrid y las corporaciones locales), entre las cuales estará la vigilancia del desarrollo del Plan Integral de Salud de la Comunidad de Madrid.
- **Creación de los Consejos de Salud del Área de Salud**, tal y como contempla la actual Ley General de Sanidad, integrados por representantes de los ciudadanos a través de las Corporaciones Locales de su demarcación, representantes de las organizaciones sindicales más representativas y representantes de la Administración Sanitaria.
- **Constitución de los Consejos de Dirección de las Áreas de Salud**, con presencia en los mismos de representantes de los Consejos de Salud de Área.

- **Creación de los Consejos de Salud de Zona básica de Salud (ZBS)**, cuya existencia no se contempla en la LOSCAM. Apostamos por su creación, valorando su utilidad como instrumentos eficaces de participación ciudadana, pivotando alrededor del Centro de Salud de referencia de cada ZBS.
  
- **Establecimiento de una estrategia de participación ciudadana en la Comunidad de Madrid** que tenga los siguientes objetivos:
  - Fomentar el papel activo del ciudadano en la protección de la salud, dejando de ser un mero consumidor de recursos supeditado al sistema sanitario.
  
  - Situar a la participación ciudadana como eje vertebrador de políticas sanitarias y de salud comunitaria.
  
  - Cambiar el paradigma de *gerencialismo* en la gestión de sistema sanitario. Creación de espacios de participación de ámbito territorial (áreas, zonas básicas de salud) que garanticen una mayor eficacia por el mejor conocimiento del entorno, sus características sociales y sus necesidades sociosanitarias y, por tanto, una mayor capacidad de diagnóstico y de realización de propuestas de solución acertadas.
  
  - Promover la realización de propuestas de diseño estratégico, de manera inclusiva, propiciando la participación en las mismas de las distintas consejerías, los municipios, las entidades sociales, los movimientos vecinales y sociales, las plataformas, organizaciones y entidades en defensa de la sanidad pública, etc.
  
  - Habilitar la capacidad de implicación de todas las administraciones y colectivos sociales en la realización del plan estratégico una vez definido su diseño, dotándolo de presupuesto, medios e infraestructuras con capacidad de generar en la ciudadanía la conciencia de la necesidad de su participación activa en las políticas de salud y sanitarias, desde todos sus ángulos: sociales, educacionales, culturales y medioambientales
  
  - Fomentar la creación de escuelas de pacientes que proporcionen formación y faciliten el empoderamiento en salud de la población e implantar a través de los mismos la figura del “paciente experto” que se relacione directamente con personas con los mismos problemas de salud.
  
- **Impulso del diálogo y la corresponsabilidad de los profesionales/trabajadores sanitarios y de los usuarios** para el mejor funcionamiento del sistema sanitario público.

- La participación debe promoverse sobre la base de **una adecuada información**. Por ello proponemos el **desarrollo del Sistema de Información Sanitaria** y el establecimiento de mecanismos para incentivar la transparencia en el sistema, tales como la publicación de presupuestos detallados y claros y memorias económicas completas.

**Todas las medidas que proponemos en el presente programa se llevarán a cabo con diálogo**, tanto en su diseño como en su ejecución y desarrollo, y buscando **el mayor grado de consenso** con la ciudadanía y con el conjunto de las organizaciones cívicas, los movimientos sociales, las entidades locales, las organizaciones sindicales, plataformas, sociedades científicas, etc. Desde IU-CM entendemos que ha llegado el momento de aplicar, también en el ámbito de la sanidad pública, otras formas de hacer política, alejadas del autoritarismo y la prepotencia que han impregnado la gestión del Partido Popular.

## **5. SANIDAD DE TODOS/AS: 100 % PÚBLICA**

En Izquierda Unida Comunidad de Madrid entendemos que la sanidad privada pone en riesgo el tipo de sanidad que defendemos: pública universal, sostenible y de calidad, financiada con una fiscalidad progresiva y sin repagos. Reclamamos una gestión, propiedad y provisión de servicios sanitarios completamente pública, ya que la gestión y provisión a través de la sanidad privada, es incompatible con la sostenibilidad y con la calidad del servicio.

Además de una provisión pública de los servicios sanitarios defendemos un papel preponderante de este sector en determinados ámbitos que consideramos estratégicos, como son los sistemas de información, la industria y tecnología sanitaria y la formación e investigación. Proponemos por tanto un modelo de organización y gestión de la sanidad pública que garantiza su sostenibilidad y su calidad.

### **5.1. REVERSIÓN DE LAS PRIVATIZACIONES: DEVOLUCIÓN DE LO QUE NOS HAN EXPROPIADO**

#### **5.1.1. EL OBJETIVO DE LA SANIDAD PRIVADA**

En la sanidad privada el objetivo teórico de excelencia y optimización de la sanidad por y para el paciente queda en un plano totalmente secundario. Se busca una rentabilidad económica que en la mayoría de las ocasiones entra en contradicción con la búsqueda de la rentabilidad social.

La privatización y derivación de servicios sanitarios públicos encarecen estos y atentan contra la sostenibilidad del sistema. La tendencia es hacia una mayor utilización de los recursos y tecnologías sanitarias para el diagnóstico de los pacientes sin seguir los criterios establecidos por las guías clínicas o las sociedades científicas, ya que a mayor utilización de estos recursos, mayor beneficio económico para las empresas adjudicatarias o privadas.

Está empíricamente demostrado que la sanitaria privada, allá donde se ha impuesto, es más cara y supone mayor coste que la sanidad pública. El ejemplo más claro lo tenemos en EEUU donde la sanidad, que está ampliamente privatizada, representa el 17% de su Producto Interior Bruto mientras que la media de la Unión Europea - 15, que es predominantemente pública, representa el 9,6% (la de España el 8,4%).

La privatización sanitaria se traduce, por otra parte, en una peor atención derivada de una reducción abusiva de costes laborales (mediante precarización laboral, explotación y plantillas infradotadas), en una menor disponibilidad de servicios sanitarios de urgencias o atención continuada y una ausencia de atención de alta complejidad (procesos menos rentables que son derivados a centros públicos).

Una gestión basada en el beneficio económico como principal objetivo sin atender los objetivos de excelencia sanitaria se traduce a la larga, en mayor probabilidad de fallos y en una sanidad de menor calidad para el paciente. La sanidad pública no es sólo más eficiente desde el punto de vista económico. Lo es, y esto es lo más importante, desde el punto de vista social.

### 5.1.2. EL DESMANTELAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO POR EL PP

El Partido Popular ha rediseñado un servicio público como el sanitario para intentar convertirlo en un bien de consumo y en un activo financiero transformando de este modo a la sanidad pública madrileña en una gran oportunidad de negocio para fondos de inversión especulativa y para empresas del sector privado sanitario. La estrategia neoliberal de desmantelamiento se ha fundamentado en tres ejes:

1. **Recortes y reducción de recursos públicos destinados al sistema sanitario**, situando a la sanidad madrileña entre los últimos puestos a nivel estatal en gasto sanitario por habitante, lo que repercute directamente sobre la calidad del servicio. El gasto sanitario en Madrid representa el 3,6 % del PIB de la Comunidad, igual que en el año 2006 (siendo menor el PIB en el momento actual), mientras que la media autonómica es del 5,8 %. Por mencionar sólo dos datos, diremos que el gasto en personal es hoy de 65 millones de euros menor que en 2012 y que el presupuesto para Atención Primaria está hoy en día 107 millones de euros por debajo del fijado ese año.

2. **Desviación de recursos cada vez mayor hacia la sanidad privada**: pago de las concesiones y derivaciones. Durante el último año se ha producido un incremento del 19 % en la partida destinada a la asistencia sanitaria especializada prestada en centros privatizados. El presupuesto sanitario ha aumentado este año 2015 un 4,42 % pero quedando la partida por debajo del presupuesto del año 2007. La mayor parte del incremento se ha destinado al pago de concesiones y a una partida específica para los hospitales que no se lograron privatizar completamente, produciéndose una reducción presupuestaria de 120 millones de euros en los hospitales de gestión pública directa.

3. **Discurso hegemónico favorable a la gestión privada** unido a campañas de desprestigio de lo público y sus trabajadores/as, trasladando a la opinión pública ideas equivocadas acerca de una mayor eficacia de la privatización, estableciendo una retórica empresarial favorable a una supuesta “libertad de elección” del “cliente/usuario” y a una evaluación del sistema basada en “índices de satisfacción” y no en resultados reales de salud y elaborando campañas para inversores a los que se ofrecen “oportunidades de negocio” en la sanidad pública madrileña.

Entre los elementos más significativos del proceso de privatización, destacamos los siguientes:

- Construcción de 7 hospitales de gestión mixta pública-privada bajo modelo Iniciativa Privada de Financiación (PFI) proporcionando un multimillonario negocio especulativo a empresas constructoras y al capital financiero a través de unas abusivas condiciones de las concesiones (y aprovechamiento electoralista de la inauguración de los centros) para proceder, en una segunda fase, a la privatización total que fue paralizada por la movilización de la Marea Blanca.
- Construcción de 4 hospitales en régimen de concesión que están gestionados por empresas privadas controladas por fondos de capital/riesgo que operan desde paraísos fiscales. Siendo ambos modelos, el de gestión mixta y el de privada total, de mucho mayor coste para el sector público, sin posibilidad de control real de la calidad del servicio.
- Retraso en la puesta en marcha de centros hospitalarios pero sin perjuicio para la empresa gestora (10 millones al año por el Hospital cerrado de Collado-Villalba).

- Cierre, transformación o privatización de servicios centrales de los grandes hospitales públicos y otros centros sanitarios.
- Privatización de los servicios externos de donación de sangre a través de la concesión a Cruz Roja, además de con infraestructura pública, introduciendo un concepto mercantilista sumamente peligroso al poner un precio por unidad e introducir por tanto incentivos.
- La destrucción de las Áreas Sanitarias que proporcionaban eficacia y racionalidad a la gestión y desarrollo de la sanidad pública madrileña y su sustitución por un solo Área, con el falaz argumento de libertad de elección de centros sanitarios para el ciudadano y con el objetivo claro de servir como herramienta útil de captación de procesos rentables para la sanidad privada (redirigiendo citas a través del servicio privado de citas conocido como Call-Center)
- Fenómenos de puertas giratorias entre cargos de la administración y empresas beneficiadas de la privatización de la sanidad pública organizada por esta.

### **5.1.3. LA REVERSIÓN DE LA PRIVATIZACIÓN**

En primer lugar, impulsaremos en el ámbito competencial correspondiente, tanto a nivel estatal, autonómico como europeo, la derogación de todas aquellas leyes que permiten la privatización de la sanidad pública con el objetivo de establecer un marco legislativo que garantice una sanidad pública al cien por cien y el desarrollo de un sistema nacional de salud en el que la atención sanitaria sea un derecho del ciudadano y no una prestación del asegurado. Incidiremos especialmente en la derogación de la Ley 15/97, del RD 16/2012 y de la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos de noviembre de 2012 que incorporó las medidas del denominado “Plan de medidas de garantías de la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid”.

En segundo lugar, pondremos fin a la derivación a centros privados desde los centros sanitarios públicos, utilizando los recursos presupuestarios exclusivamente para prestar asistencia sanitaria en dichos centros públicos, optimizando la utilización adecuada de los mismos.

En tercer lugar, diseñaremos una auditoría pública del conjunto de la contratación realizada durante los últimos años por el Servicio Madrileño de Salud y sus centros a fin de arrojar transparencia sobre el coste real de los contratos e impulsar las medidas judiciales oportunas

En cuarto lugar, nos comprometemos a no suscribir proyectos de construcción de hospitales o centros sanitarios bajo modelos de financiación, concesión privada o cualquier otra forma de régimen que implique que la sanidad pública transfiera fondos a empresas privadas para la gestión de la sanidad.

Asimismo, se pondrá fin a la privatización de servicios centrales, recuperándose todos los servicios privatizados hasta ahora, entre ellos los de limpieza, lavandería, laboratorios, informática, transporte sanitario, cocina, donación de sangre, entre otros. Cancelando, en este sentido, el contrato firmado con Cruz Roja para la gestión de la donación e sangre

Por último, nos comprometemos a impulsar un proceso de devolución a manos públicas de todos los centros y servicios que funcionan bajo fórmulas de gestión privada, iniciando a corto, medio y largo plazo la reversión de las privatizaciones de la provisión sanitaria poniendo en marcha para ello, todas las medidas de presión organizativas, políticas, jurídicas, cívicas y económicas que estén a nuestro alcance, entre las que destacamos:

- Proponemos una AUDITORÍA PÚBLICA de las cuentas, la gestión y la contratación llevadas a cabo por el Gobierno del Partido Popular que contribuya a la detección de errores, incumplimientos que permitan establecer la nulidad de los contratos y revertir la privatización sanitaria.
- Establecer una exhaustiva labor de vigilancia y control de las entidades concesionarias. Reforzaremos el papel de la Inspección Sanitaria dotándola de los medios adecuados para la realización de su labor en los centros privatizados y en aquellos centros subcontratados por el Servicio Madrileño de Salud.
- Exigir cumplimiento estricto de los pliegos de condiciones y aseguramiento de la calidad del servicio.
- Establecer un severo régimen sancionador ante incumplimientos.
- Facturar en todo caso a las empresas concesionarias el coste de la asistencia sanitaria de su población de referencia que ha sido atendida en centros públicos.
- Rescisiones de contratos y devolución en cuanto sea posible y en las mejores condiciones financieras y legales de los servicios sanitarios actualmente expropiados al sector público.
- Evaluar el Impacto sobre la salud y sobre las garantías de prestación del adecuado servicio dentro del sistema sanitario que puedan tener las transferencias de propiedad de las empresas concesionarias, entendiendo que existe un riesgo que puede afectar al funcionamiento de los centros, al igual que se establece cuando una gestión de servicios sanitarios públicos está en manos de fondos de inversión especulativos de capital-riesgo.
- Buscar la declaración de nulidad de las prerrogativas de los pliegos de concesión que garantizan el incremento anual de la financiación de los centros privados.

## **5.2. ÁMBITOS ESTRATÉGICOS PARA LA EXTENSIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO**

### **5.2.1. TECNOLOGÍA SANITARIA**

El sistema sanitario público deberá adquirir las tecnologías diagnóstico-terapéuticas-rehabilitadoras necesarias y suficientes para la atención a la población, evitando recurrir a la derivación a centros privados.

Proponemos una “Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias” independiente, integrada por profesionales, que evalúe la introducción, aprobación y adquisición de nuevas tecnologías sanitarias (e innovaciones farmacológicas) teniendo en cuenta la eficiencia en comparación

con alternativas existentes, la seguridad para pacientes y trabajadores, las necesidades formativas de los profesionales implicados en su puesta en funcionamiento o comercialización y la responsabilidad medioambiental (gestión de residuos con seguridad).

Desde el punto de vista organizativo, la introducción de una nueva tecnología sanitaria o innovación farmacológica será inherente al establecimiento de indicaciones precisas y protocolos diagnóstico-terapéuticos para la misma, a su utilización equitativa (priorizando siempre por la gravedad de los procesos para los que estén indicados) y eficiente (centralizándose su uso si son tecnologías muy caras y/o para procesos infrecuentes).

### **5.2.2. INDUSTRIA FARMACÉUTICA**

Se promoverá por parte de la autoridad sanitaria la utilización de novedades farmacológicas de medicamentos cuya eficacia y seguridad esté demostrada y que supongan un avance respecto a otros tratamientos ya existentes (con informe pertinente de la Agencia de Evaluación de Tecnologías sanitarias).

Demandamos la racionalización de la política farmacéutica y de uso de tecnologías sanitarias fundamentada en las necesidades de salud con criterios de calidad y eficiencia. Proponemos la creación de una industria farmacéutica y de tecnologías sanitarias públicas, que eviten en el grado mayor posible la dependencia de las multinacionales privadas de estos sectores.

Se tomarán medidas para evitar conflictos de intereses entre gestores y prescriptores. Se controlará la publicidad de medicamentos, tanto a profesionales como a la población.

Se promoverá una formación científica y pública, evitando el marketing disfrazado de formación médica o sanitaria. Se procederá, asimismo, a una regulación estricta de estas actividades de marketing de medicamentos en los centros sanitarios públicos, prohibiéndolas durante el horario de trabajo y evitando tales actividades en actos formativos en los centros públicos.

Se recurrirá a compras centralizadas siempre y cuando sea posible para ganar poder de negociación y abaratar costes. Se apostará por la adquisición de medicamentos genéricos y se incentivará una prescripción adecuada y un uso racional del medicamento en todos los niveles asistenciales. Se buscará intervenir activamente en el mercado para evitar el desabastecimiento de medicamentos y otros productos sanitarios necesarios.

Trabajaremos para que existan laboratorios farmacéuticos públicos que puedan fabricar medicamentos necesarios, acordes con la política que en este sentido demandamos. Contemplaremos la excepción de patentes cuando fracasen las negociaciones para la financiación de novedades farmacéuticas que hayan demostrado efectividad y seguridad., promoviendo la propuesta del uso de licencias obligatorias para garantizar tanto el derecho a la asistencia sanitaria de la población como la sostenibilidad del sistema. Instando, al mismo tiempo, a las autoridades y administraciones competentes a posibilitar su ejecución, poniendo por parte de IU todos los esfuerzos y recursos posibles para la consecución de tal fin.

Se renunciará a la adquisición, por parte de las administraciones, siempre y cuando existan alternativas coste-efectivas, de aquellos productos cuyo precio de venta sea excesivo con respecto a los costes de fabricación y distribución. Se tomarán medidas contra el desabastecimiento de fármacos y productos sanitarios que hemos sufrido durante los últimos años, el cual es en muchas ocasiones una forma de chantaje de las compañías farmacéuticas.

Aquellas empresas que no suministren adecuadamente alguno de sus productos serán vetadas en las siguientes subastas y compras de la administración pública, buscándose alternativas coste-efectivas.

### **5.2.3. DOCENCIA Y FORMACIÓN**

Las actividades de formación de los profesionales en Ciencias de la salud dentro del sistema sanitario público, tanto durante el período de formación especializada como a través de las acciones de formación continuada, son elementos fundamentales para conseguir un dispositivo sanitario público de calidad.

Durante el período de la formación especializada en los centros sanitarios públicos, los profesionales en formación (sistema MIR) conocen y aprenden a respetar los derechos de los pacientes, comprenden la importancia de trabajar en equipo, aprenden a trabajar con la máxima calidad incorporando el hábito de la formación continua y sus resortes, conocen la organización del complejo dispositivo sanitario, aprenden a gestionar con eficiencia los recursos sanitarios, etc.

Por otro lado, la formación continuada de los sanitarios es un elemento esencial para conservar la calidad de la asistencia y propiciar la innovación y por tanto debe ser también una parte importante de la actividad de los profesionales dentro de sus tareas sanitarias habituales. Solo una actividad formativa organizada desde los centros sanitarios públicos permitirá que la nueva información recibida sea actualizada, equilibrada, no sesgada y analizada con sentido crítico, en un ambiente en el que la presión de las multinacionales farmacéuticas y de la tecnología es agobiante, lo que redundará en la mejora de la actividad sanitaria en un sentido de máxima calidad y eficiencia.

En la Comunidad de Madrid la formación de los profesionales de Ciencias de la Salud, adolece de problemas de distinta índole. Unos tienen su origen en una nefasta gestión estatal, como sucede con parte de los problemas de la formación sanitaria especializada, de la que se hizo la transferencia de ciertas competencias, sin la adecuada dotación de infraestructuras y presupuestaria, hecho que es más grave en una C.A. como Madrid que cuenta con una alta concentración de recursos docentes, tecnológicos y asistenciales. Y en tal situación, el Ministerio del PP, por pura demagogia reformadora, ha seguido desarrollando una actividad normativa que obliga a las CC.AA. a reformas y nuevos desarrollos docentes de cumplimiento imposible, dada la inexistencia de adecuadas infraestructuras autonómicas, en una situación de creciente precariedad laboral e inversora derivada de la crisis económica.

La situación de crisis se ha traducido además en un descenso importante de las actividades de inspección a través de auditorías docentes, lo que está redundando en un empeoramiento y descontrol del dispositivo formativo, situación que es aprovechada tanto por el Gobierno central como por el de la Comunidad, en sus ansias privatizadoras, a través del incremento de puestos de formación en centros sanitarios privados sin un adecuado control, lo cual puede redundar en la utilización de puestos docentes como mano de obra profesional barata por parte de los centros privados. La intención privatizadora se evidencia también en la inspección y en la organización de la formación continuada, que se afrontó tras recibir las transferencias a través de la creación de una estructura organizada en torno al derecho privado (la Agencia Laín Entralgo), con el fin de facilitar las contrataciones con entidades docentes privadas sin someterse a los requisitos de control y transparencia de las entidades públicas, menospreciando muchas veces las propias infraestructuras docentes de los centros sanitarios públicos, en general de calidad excelente y con un coste muy inferior.

Los recortes presupuestarios se llevaron por delante a la Agencia Laín Entralgo, declarada disuelta, y sus funciones fueran adscritas a unas ínfimas infraestructuras administrativas, donde tanto la actividad de formación continuada como la de formación especializada permanecen bajo mínimos, a la cola del país y sin cumplir gran parte de las responsabilidades y tareas docentes necesarias, y en manos del marketing pseudodocente de la industria farmacéutica.

#### Propuestas de IU-CM para la mejora de la Formación Continuada y la Formación Sanitaria Especializada

- Creación de una entidad administrativa (Dirección General) al cargo de la organización y control de la Formación Sanitaria, con subdirecciones para la Formación Continuada y la Formación Sanitaria Especializada, y con presupuesto propio para organizar actividades centralizadas dirigidas a ambos desarrollos de la formación, y que contará preferentemente con los recursos del dispositivo sanitario público.
- Creación en todos los centros asistenciales de una comisión de Formación Continuada, compuesta principalmente por profesionales de las principales categorías, encargada de gestionar los recursos para la formación y cuya tarea fundamental será la elaboración y puesta en marcha de un Plan de Formación Continuada anual, en el que se contemplen las actividades formativas de todos los servicios y niveles. Entre sus tareas estará la de promover la elaboración de guías clínicas. Elaboración de una Memoria anual de las actividades de Formación Continuada, cuyo resumen se recogerá en la Memoria anual del centro sanitario.
- Dotación en el presupuesto de todos los centros de una partida para formación continuada y docencia. En esta dotación habrá una consignación para facilitar la asistencia de profesionales a actividades formativas de ámbito externo al centro, como congresos, jornadas, etc, para lo cual la comisión de Formación Continuada elaborará un reglamento para la adjudicación de las ayudas.
- Preferencia a utilizar los recursos docentes de los centros sanitarios públicos para las tareas de formación continuada y formación sanitaria especializada.
- Reconocimiento en la jornada laboral anual de un número de días de disposición para asistencia a actividades formativas externas, avaladas por la Comisión de Formación Continuada.
- Introducción de objetivos de formación continuada en todos los contratos programas anuales de los centros asistenciales.
- Elaboración en todos los centros asistenciales de programas de calidad para la formación continuada, de desarrollo plurianual, controlados y desarrollados por la Comisión de Formación Continuada.
- Las actividades de Formación Continuada se auditarán periódicamente por equipos de inspección ajenos al centro, de forma similar a como se hace con la FSE.
- Organización y gestión de la actividad de Formación Sanitaria Especializada (FSE) dentro de la administración propia de la Consejería de Sanidad, tal como se describe más arriba para la Formación Continuada.
- Consideración de que la actividad formativa de la FSE como un objetivo estratégico del sistema sanitario. En consecuencia la FSE se presupuestará dentro del SERMAS como un programa específico de la actividad de los centros.
- En tales presupuestos se consignaran partidas para actividades de formación de residentes y de tutores.

- Reconocimiento administrativo de las tareas de gestión de tutores y jefes de estudio, en igualdad con otras figuras con responsabilidades de gestión, y con efecto en baremos, carrera profesional, retribuciones, etc.
- Desarrollo de la normativa pendiente para regular las funciones que atribuye a las CC.AA. el RD 183/2008, en concreto la composición y funciones de las Comisiones de Docencia, los sistemas de acreditación y nombramiento de tutores y jefes de estudios, normas de reacreditación periódica, y las funciones, jornada y forma de reconocimiento de los tutores y jefes de estudio.
- La actividad docente reglada y con funciones de gestión de tutores y jefes de estudios se reconocerá como parte de la jornada laboral, con una duración mínima de una jornada completa cada 15 días para los tutores y una jornada completa semanal para los jefes de estudios.
- Las funciones de gestión docente en FSE tendrá un reconocimiento específico en los baremos y en la carrera profesional.
- Reposición del concepto de docencia en las nominas de los profesionales de los centros acreditados.
- Desarrollo de un sistema de calidad para la FSE, con metodología, objetivos de calidad, actividades, indicadores y mediciones de calidad, y con desarrollo tanto a nivel autonómico como de centros docentes. Desarrollo de planes de gestión de calidad docente en todos los centros acreditados, en los que participaran los residentes.
- Promover desde la Comunidad de Madrid el desarrollo de una actividad de auditora docente, sostenida en el tiempo, de forma tal que se realice una auditoría general de centro docente cada tres años y una auditoría de unidad docente cada 4-5 años (en función de la duración del periodo formativo).
- Dotación de equipos inspectores suficientes para poder desarrollar la actividad auditora necesaria.
- Especial vigilancia de la actividad auditora sobre aspectos tales como:
  - La dedicación exclusiva de los residentes a la actividad formativa durante el período de residencia.
  - El respeto a las normas laborales de aplicación a los residentes en cuanto a jornadas, horarios, número de guardias, libranzas.
  - Que cada residente tenga asignado un tutor.
  - El cumplimiento de la normativa de evaluación formativa periódica.
  - El cumplimiento de forma reglada de la responsabilización progresiva del residente.
- Publicación anual de los resultados globales de las auditorías docentes, tanto de centro como de unidad docente, de centros públicos y centros privados, para conocimiento general de los recién licenciados en medicina.
- Realización de estudios periódicos de estimación de necesidades de especialistas para la Comunidad Autónoma, elaborado a partir del censo actualizado de profesionales del sistema, la previsión de bajas y las nuevas necesidades, para todos los grupos profesionales y especialidades.
- Promover desde la Comunidad de Madrid convocatorias de plazas de formación en función de las necesidades previstas y la capacidad docente de los centros.
- Por otro lado, se promoverá la creación de centros de formación específicos para cubrir las necesidades del sistema, como es el caso de una Escuela de Gestión sanitaria pública.

#### 5.2.4. INVESTIGACIÓN EN SALUD

Defendemos la provisión por parte de las administraciones de los recursos y medios suficientes para llevar a cabo una investigación eficaz orientada no hacia el ánimo de lucro, sino hacia el interés general, en su doble vertiente de salud individual y comunitaria, priorizándose la mejora del conocimiento humano en la promoción y protección de la salud. La investigación deberá orientarse hacia los problemas reales de salud, evitando destinar recursos a la investigación de enfermedades “inventadas” (fenómeno conocido como *disease mongering*). Se investigarán tanto los problemas de salud con elevada incidencia y prevalencia como otros procesos que sólo afecten a unos pocos y no sean rentables para las leyes del mercado, como es el caso de las enfermedades raras.

En el campo farmacológico y de avances tecnológicos se promoverá el desarrollo de una farmacología pública y de calidad donde se prime el estudio de fármacos en función de sus necesidades y no su rentabilidad, con una agencia pública del medicamento responsable de las patentes y la comercialización de los mismos.

Defendemos el cumplimiento de los principios éticos de la Declaración de Helsinki que se aplican a la investigación biomédica en seres humanos. Se respetarán asimismo las consideraciones éticas en la investigación con animales

Se tenderá a una homogenización de la inversión en investigación y desarrollo de forma conjunta, englobando a la investigación biomédica, hasta elevarla a un 2.5% del PIB autonómico. Se regulará y controlará el uso de otras vías alternativas de financiación con otros fondos tanto públicos como privados, así como el mecenazgo y otras vías de financiación tanto individual como colectiva, orientando las investigaciones hacia el interés general, garantizándose una investigación no orientada hacia la consecución del lucro sino a satisfacer las necesidades generales. Los resultados de las investigaciones que se realicen con cualquier tipo de medio público (financiación, recursos, material, datos de pacientes, etc.) no podrán ser objeto de patente privada. Se velará desde las instituciones por el cumplimiento de los derechos de los pacientes y por su derecho a la protección de sus datos personales.

Se facilitará el trabajo de los/as investigadores/as con la progresiva reducción en los programas de financiación de proyectos, contratos, ayudas y estudios de los modelos de cofinanciación para ir hacia un modelo integrado en base a unos principios de un 100% de financiación total del trabajo a cambio de establecer unos umbrales de entre un 80 y un 90% en la consecución de los objetivos esperados del proyecto.

Se impulsarán convenios con las universidades públicas de la Comunidad de Madrid para la creación de programas de investigación biomédica orientados hacia el interés general, con especial atención a la investigación en Salud Pública.

Se impulsarán proyectos de investigación dentro de la política de cooperación y desarrollo, promoviendo una colaboración con la Organización Mundial de la Salud y otras instituciones que velen por la mejora de la salud global. Se financiarán programas de intercambio de profesionales a nivel estatal e internacional.

Se fijarán prioridades en la investigación de los efectos sobre la salud de la contaminación ambiental y en el fenómeno del estrés químico, alimentario y tecnológico. Para ello, en consonancia con otras administraciones, se priorizarán varias líneas de investigación cuyos

resultados se aplicarán a programas de fomento de la salud medioambiental con el objetivo de mejorar la calidad de vida y disminuir el riesgo de enfermedad asociados a dichos factores.

La investigación se orientará al estudio de los determinantes sociales de salud, con especial atención a la relación existente entre indicadores socioeconómicos y salud y a la influencia del trabajo y la clase social en la salud del individuo y la comunidad. En toda la actividad investigadora se incorporará la perspectiva de género, valorándose el impacto de género previamente a su aprobación y financiación. Se promoverá que los equipos investigadores deban estar integrados por hombres y mujeres. Se investigará acerca de las necesidades de salud de las mujeres. Los proyectos de investigación deberán desagregar la información analizada para ambos sexos, y siempre que sea posible, se analizarán los factores de género que pudieran estar incidiendo en el objeto u objetos de estudio.

Se incentivará la realización de investigaciones de carácter cuantitativo y cualitativo con el fin de profundizar en los condicionantes de trabajo, clase social, situación migratoria y género que influyen en la salud y en la enfermedad de hombres y mujeres. Todo ello, con el fin de mejorar las actuaciones posteriores para promover la salud, y prevenir y curar de manera más adecuada las enfermedades que afectan a la población madrileña.

Se llevará a cabo, en un marco regulador claro, siempre atendiendo a criterios claramente científicos y de equidad, el estudio de las terapias conocidas como “medicinas alternativas”. En cualquier caso, independientemente de su inclusión o no en la cartera de servicios, el sistema sanitario debe reconocer la existencia de estas realidades y velará por el conocimiento de sus particularidades por parte de los profesionales, quienes recogerán su uso por parte de los pacientes en las historias clínicas, lo que facilitará la labor de investigación biomédica, sociológica y antropológica, además de permitir el estudio de los efectos biológicos de las terapias naturales, con especial atención a su interacción con otros fármacos y terapias.

#### **5.2.5. INFORMÁTICA SANITARIA**

La instalación, mantenimiento, desarrollo, así como la atención al usuario, en servicios informáticos dejará de ser subcontratada a terceros y corresponderá a los servicios de Informática de la Comunidad de Madrid, del SERMAS y de los centros sanitarios, devolviendo a estos todas las funciones privatizadas con anterioridad. Se dotará para ello de plantilla suficiente, poniéndose en valor, al mismo tiempo, el papel de estos/as trabajadores/as.

Demandamos la instauración de programas basados en software libre en el conjunto de la administración, incluyendo todos los centros sanitarios, introduciéndose también en aquellos centros de gestión privada, una vez vuelvan a ser gestionados directamente por el sistema sanitario público.

Se procederá a la retirada progresiva de los diferentes softwares de empresas privadas que se han instaurado de forma caótica, rescindiendo los contratos abusivos que ha firmado la administración para el desarrollo, la instalación y el mantenimiento de programas y servicios informáticos.

Proponemos hacer una investigación o auditoría pública del coste de la informatización del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid durante los diferentes gobiernos del Partido Popular.

## **Historia Clínica Electrónica**

Proponemos la instauración progresiva de un programa único de Historia Clínica Electrónica basado en Software Libre (evitando el pago de licencias de software), plenamente compatible con el proyecto de HCEU acordado en el Consejo Interterritorial de Salud, cuyo desarrollo abierto y permanente cuente con la participación de los profesionales sanitarios. El desarrollo se realizará a partir de los actuales programas de titularidad pública.

Desarrollaremos la unificación de los sistemas informáticos de los distintos centros sanitarios, de cara a facilitar la implantación definitiva de la Historia Clínica Electrónica, cuyo acceso esté habilitado desde todos los puntos de la red sanitaria pública. Se completará el desarrollo de AP-Madrid y otros programas de titularidad pública. Se buscará en todo momento el fomento de aplicaciones informáticas fáciles de manejar, integrando las herramientas de evaluación, facilitando la interpretación de los datos y la mejora de la actividad y asegurando la interconexión de todos los sistemas de información de la red pública y su compatibilidad con el de otros comunidades autónomas. Se garantizará una adecuada asistencia técnica.

Se facilitará la instauración de una historia clínica compartida, a través de herramientas comunes, entre el sistema sanitario y el conjunto de los servicios sociales públicos del territorio de la Comunidad de Madrid, garantizando una interoperabilidad que permita la adecuada coordinación e integración de servicios y una adecuada atención.

Se habilitará el acceso seguro de los pacientes a datos de su historia clínica electrónica, protegiendo en todo momento los derechos y el proceder de los profesionales. La “Carpeta Personal de Salud” permitirá el acceso a informes que ya hayan sido validados y que estén interpretados y comentados por los profesionales. Se buscará integrar este sistema de la forma más adecuada posible para garantizar el cumplimiento efectivo de las Instrucciones Previas.

## **5.3. PROPUESTAS ORGANIZATIVAS Y DE GESTIÓN PARA UNA SANIDAD PÚBLICA DE CALIDAD**

### **5.3.1. EL SISTEMA FEDERAL DE SALUD**

Los cambios legislativos y organizativos que proponemos para el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid responden a un enfoque y marco general de reforma del sistema sanitario público que defendemos a nivel estatal y europeo.

Así, en Izquierda Unida entendemos que corresponde al Estado la regulación de unos principios mínimos que garanticen la igualdad de todos los ciudadanos en el ejercicio y cumplimiento de sus derechos y sus deberes constitucionales. Proponemos que los derechos a la salud y a la asistencia sanitaria tengan naturaleza de derechos fundamentales.

Entendemos también que las competencias en sanidad implican acciones transversales que tienen que ver con garantizar la igualdad y la eficacia en el ejercicio de sus funciones de los diferentes servicios regionales de salud, sin que ello deba entenderse como una injerencia o intromisión en las competencias propias de cada una de las autonomías.

Por tanto, consideramos que debe ser competencia estatal el establecimiento de un organismo con entidad propia, de carácter federal, que articule la coordinación general de la política sanitaria mediante la participación en el mismo, y la búsqueda del acuerdo, de los servicios regionales de salud. Este organismo tendrá asimismo atribuidas competencias en sanidad exterior y en regulación y legislación sobre productos farmacéuticos. Además, tendrá un papel de impulso y coordinación de la investigación biomédica pública a nivel federal, así como en la formación y regulación de las titulaciones profesionales.

Proponemos, en consecuencia, la creación, con entidad jurídica propia, de un Sistema Federal de Salud (SFS), conformado por el conjunto de los servicios de salud de las actuales comunidades autónomas. En sus órganos de dirección deben estar presentes representantes de los servicios regionales de salud y del Ministerio de Sanidad.

Las competencias federales en lo que se refiere a organización del sistema sanitario público serán:

- Desempeñar un papel coordinador del SFS. A este organismo corresponderá la creación de una Cartera de Servicios Común a todos los servicios sanitarios de la federación. Los servicios de salud de las unidades federadas podrán añadir, pero no restringir, prestaciones a esta Cartera Común, con la excepción de aquellas cuestiones implicadas en estrategias de Salud Pública, para las que será necesario acuerdo en el seno del SFS.
- La regulación del acceso a la tarjeta sanitaria se hará a través del SFS. Las comunidades autónomas podrán regular en materia de acceso al sistema sanitario pero nunca en un sentido restrictivo.
- Garantizar la gestión pública del SFS y los servicios de salud de los servicios regionales, impidiendo la privatización de la gestión o la enajenación de los bienes o servicios. A las comunidades autónomas les corresponde la gestión directa, libre de intromisiones, de los servicios sanitarios dentro de este marco.
- La Federación garantizará la aplicación de mecanismos de reequilibrio ante desigualdades territoriales, pudiendo utilizar para este fin partidas presupuestarias finalistas a las comunidades autónomas.
- Establecer un marco para la coordinación de las comunidades autónomas y los ayuntamientos para garantizar la asistencia sociosanitaria y las políticas de salud pública en el ámbito municipal de competencias.
- Capacidad sancionadora del SFS en caso de incumplimiento de los acuerdos alcanzados en el mismo.
- Impulsar la participación ciudadana en materia de salud a través de la creación en el seno del SFS de un Consejo de Salud Federal conformado a partir de los Consejos de Salud locales y de las comunidades autónomas.

La creación del Servicio Federal de Salud (SFS) será establecida por una nueva Ley General de Sanidad que garantice asimismo una gestión pública directa de todos los servicios sanitarios y la asistencia sanitaria universal y sin repagos en el momento del acceso a toda la población de hecho que habite en el territorio español. La nueva Ley General de Sanidad aglutinará y modificará las legislaciones previas, anulando vestigios de legislaciones antiguas – por ejemplo, cambiando el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social por el derecho ciudadano a la asistencia sanitaria– y derogando las leyes que atentan a la exclusiva gestión pública y el derecho de universalidad: derogación de la Ley 15/1997 y RDL 16/2012. Asimismo, se procederá a la supresión de la disposición final quinta de la Ley 10/2013 sobre creación de Áreas de Gestión Clínica con entidad jurídica y gestión financiera propia que fragmentan el sistema sanitario, precarizan las relaciones laborales en su seno y posibilitan la entrada al mismo de capital privado. Se añadirá una prohibición expresa de establecer contratos con entidades privadas cuando mediante la optimización de los recursos públicos puedan prestarse los servicios. Y, únicamente se autorizarán con entidades sin ánimo de lucro y de forma temporal.

### **5.3.2. EL SISTEMA DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

En el ámbito de la Comunidad de Madrid, proponemos una **LEY DE SALUD REGIONAL** que desarrolle las propuestas que defendemos en este documento, que sustituya a la legislación anterior, que garantice la transparencia en la gestión sanitaria y la participación ciudadana, que proclame la universalidad de la asistencia sanitaria, la gestión pública de la sanidad, la financiación suficiente (con el adecuado porcentaje del PIB destinado a sanidad y salud). Además, **impulsaremos una reforma del Estatuto de Autonomía** para que se garantice la titularidad, gestión y provisión pública de la sanidad, así como la universalidad de la asistencia.

Nuestra propuesta para la organización del Sistema Sanitario pasa **por la Derogación del Área Única y el establecimiento de una nueva estructura territorial de áreas** basada en las necesidades actuales. Los territorios de las nuevas Áreas de Salud serán los de las actuales Direcciones Asistenciales de Atención Primaria, a los que se irán añadiendo nuevas áreas en función de una distribución territorial razonable que responda a las necesidades de salud de la población.

Las Áreas de Salud serán los ámbitos organizativos territoriales de actuación que, debidamente coordinados con el conjunto del sistema, proporcionarán servicios de salud poblacionales, colectivos o individuales, promoverán la coordinación de la actuación de todas las administraciones con un enfoque de salud en todas las políticas, establecerán criterios para la coordinación con los recursos sociales del territorio, gestionarán la aplicación del Plan de Salud y el conjunto de los servicios sanitarios de su territorio de forma integrada y coordinada y permitirán la participación de la población a través de los Consejos de Salud, estableciendo canales de comunicación efectivos con la población, las comunidades, sus líderes y sus representantes.

El objetivo es que cada Área de Salud conste al menos, y de forma preferente, de un hospital de referencia e integre a los territorios correspondientes a las Zonas Básicas de Salud. Se creará un Consejo de Dirección del Área en el que estarán presentes representantes del Consejo de Salud del Área, del Observatorio de Salud y representantes designados por las

correspondientes Direcciones Generales (Atención Primaria, Especializada, Salud Pública, Gestión Económica, Atención al Paciente, Inspección e Información Sanitaria y Recursos Humanos) y del que dependerán las estrategias y todos los servicios sanitarios del Área. A la Dirección General de Gestión Económica corresponderá la centralización de las decisiones de compra y pagos de todas las Áreas de Salud.

Mediante la presencia en un mismo órgano de coordinación en cada área de los representantes de todos los niveles asistenciales (atención primaria, atención hospitalaria, etc) se garantiza una adecuada coordinación y, al mismo tiempo, la estructura territorial permite una toma de decisiones basada en el conocimiento de las necesidades de la población de un territorio determinado.

Asimismo, con la representación directa en los Consejos de Dirección del Área de los representantes de las Direcciones Generales, se garantiza la adecuada coordinación con el conjunto del sistema proporcionando, en este sentido, un modelo de coordinación más eficiente que el actual, en el que los hospitales, centros de salud y otros recursos sanitarios de un mismo territorio dependen de direcciones generales diferentes, lo que ocasiona un desconocimiento de los problemas reales que se dan entre los niveles asistenciales, tendiéndose a generar estructuras paralelas como los “coordinadores primaria-hospitalizada”, que se han establecido de forma desigual y que no tienen capacidades operativas reales.

Entre otras medidas para garantizar el funcionamiento adecuado del sistema sanitario madrileño y el cumplimiento del derecho a la protección de la salud de la población, proponemos:

- La recuperación de la **Dirección General de Salud Pública** dentro del organigrama del Servicio Madrileño de Salud.
- La restitución de la figura del **Defensor del Paciente**. Proponemos que sea designado en el seno del Consejo de Salud, buscando el mayor grado de participación y de consenso.
- La creación de un **Servicio de Inspección Sanitaria** al que corresponderá la consideración de autoridad pública en la realización de sus funciones asegurando su presunción de imparcialidad. Sus funciones no serán limitadas a la elaboración de informes, sino que también abarcarán el desarrollo de bases de datos que permitan estudios y análisis sobre riesgos sanitarios. Contará con el tiempo necesario, nunca inferior a 30 días, para realizar informes de inspección. Reforzaremos el papel de la Inspección Sanitaria dotándola de los medios adecuados para la realización de su labor en los centros privatizados y en aquellos centros subcontratados por el Servicio Madrileño de Salud hasta que pongamos fin a este modelo de gestión. Rechazaremos la realización y la validez de informes técnicos realizados por personal externo a la Inspección Sanitaria.
- La puesta en marcha de un **Sistema de Información Sanitaria** compartido, abierto, unificado e integral en el que participen todos los sectores del sistema sanitario público

- El diseño de una política de **transparencia** que constituya uno de los pilares del nuevo sistema sanitario público, haciendo que todos los presupuestos sanitarios, las diferentes partidas y las memorias económicas sean públicos, detallados, claros y transparentes, además de publicados en tiempo y forma. Se crearán plataformas específicas que permitan el acceso a estos datos a través de la red. En este sentido, las memorias económicas tendrán un carácter anual y su publicación no podrá retrasarse más de tres meses después de la finalización del periodo anual del ejercicio correspondiente.
- La integración en la red sanitaria única de gestión pública directa de las instituciones hospitalarias que actualmente funcionan bajo la **fórmula jurídica de Empresa Pública o Fundación**, haciendo depender la gestión de las mismas de los Consejos de Dirección de las Áreas de Salud.
- El establecimiento de **protocolos de actuación ante denuncias que impliquen el aprovechamiento ilícito de los recursos públicos**, garantizando al mismo tiempo la correcta investigación de los hechos denunciados por parte de la Consejería de Sanidad, colaborando plenamente con la Justicia si fuera necesario, y la presunción de inocencia. Proponemos llegar hasta el final en la investigación de presuntas tramas como la denunciada recientemente en el servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Gregorio Marañón y tomar las medidas necesarias para que no se produzcan actividades como las denunciadas.

### 5.3.3. CONTRA LA GESTIÓN CLÍNICA: LA GESTIÓN DEMOCRÁTICA DE LA SANIDAD

En Izquierda Unida, afirmamos que la llamada “Gestión Clínica” introduce elementos de competencia y de mercado que deben ser ajenos al funcionamiento de un sistema sanitario público, asemejándolo más a un sistema de gestión empresarial. La fragmentación de un sistema, servicio o centro sanitario en diferentes unidades favorece la competencia más que la cooperación y rompe con los criterios básicos de gestión pública en la sanidad, es decir, con la búsqueda de más y mejores resultados en salud, introduciendo problemas derivados de selección adversa de riesgos e incentivos que pueden ser perversos en sanidad. Nuestro modelo de microgestión rechaza por tanto la introducción de la mentalidad de competencia y de la mercantilización de la sanidad.

Rechazamos de plano la introducción de cualquier elemento de mercantilización de la asistencia sanitaria, así como de la discrecionalidad en la contratación de personal por introducir principios ajenos a la igualdad de oportunidades y a la selección en función de mérito y capacidad, con convocatorias abiertas y transparentes que debe primar en cualquier servicio público.

Por tanto, estamos absolutamente en contra de las denominadas Unidades de Gestión Clínica y de las fórmulas de gestión cooperativa de centros de salud conocidas como Entidad de Base Asociativa (EBA’s) sin que esto signifique, en forma alguna, que estemos en contra de la participación democrática de los profesionales en la definición y gestión del sistema sanitario. Más bien todo lo contrario, ya que afirmamos que el pleno desarrollo de las capacidades profesionales es uno de los elementos que puede beneficiar más al conjunto del sistema.

Defendemos una autonomía en la gestión basada en la capacidad de decisión clínica en base a la posibilidad de conseguir la mejor alternativa para el paciente. Para la consecución de este modelo será necesario introducir:

- Las condiciones que permitan que cada uno de los profesionales pueda aportar, desarrollarse y participar en plena libertad de opinión, sin condicionamientos que interfieran en su autonomía.
- La creación de un marco de formación e investigación adecuadas, con recursos suficientes.
- El reconocimiento y protección de unos derechos laborales consolidados y ausencia de restricciones presupuestarias y cargas burocráticas innecesarias para realizar intervenciones coste-efectivas que estén avaladas por la evidencia científica.
- La creación y puesta en marcha de estructuras que permitan la participación y la optimización de la actividad clínica: foros de debate en los que se decidan guías clínicas, procedimientos y protocolos; consejos de dirección ampliados a la participación de los y las profesionales sanitarios; órganos de participación en los que se encuentren la comunidad y los trabajadores (Consejos de Salud), etc.

En definitiva, frente al concepto de Gestión Clínica y la propuesta de Unidades de Gestión Clínica defenderemos la apertura de un camino que conduzca a un nuevo paradigma de Gestión Democrática (integrada e integral) de la sanidad pública.

#### **5.3.4. PROPUESTAS DE POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS**

Nuestra prioridad será la recuperación de los más de 8.000 puestos de trabajo que se han perdido durante los últimos años en el sistema sanitario público madrileño. Se procederá a la realización de un estudio de necesidades y a la adecuación de las plantillas a las mismas. Se convocarán periódicamente, de forma anual o bianual, Ofertas Públicas de Empleo para cubrir todas las plazas necesarias. Se retirará la declaración de extinción de las 26 categorías de trabajadores/as eliminadas por el Partido Popular.

Convertiremos absolutamente todos los contratos eventuales que responden a necesidades estructurales en interinidades, reconociendo a todos los efectos el carácter indefinido de facto de la relación laboral que el personal eventual ha estado desempeñando durante el periodo de sucesión de contratos temporales (reconociendo trienios, carrera profesional, etc.).

Estableceremos una negociación con las organizaciones sindicales para determinar el modo de establecer una baremación que sea justa y que asegure que las asignaciones de plazas y concursos de traslados se hacen en condiciones de igualdad, mérito y capacidad. Rechazamos la introducción de elementos de subjetividad que sean determinantes, tales como la entrevista personal.

Se reconocerá de forma inmediata el pago de trienios, reconociéndose y pagándose los atrasos al conjunto de los trabajadores/as. Exigiremos responsabilidades por el sobrecoste para las

arcas públicas que ha supuesto la defensa frente a los recursos judiciales planteados por los trabajadores/as.

Efectuaremos todas las contrataciones a través de Bolsa de Empleo, asegurándose los citados criterios de mérito, igualdad y capacidad, procediéndose tras el mencionado estudio de necesidades, a la convocatoria de una Oferta Pública de Empleo, que se establecerá anual o bianualmente y de acuerdo a las necesidades de plantilla.

### **Jornada laboral**

Volveremos a la jornada laboral de 35 horas semanales, con ponderación adecuada para quienes realizan turnos rotatorios o nocturnos. Aseguraremos el cumplimiento de las normas básicas de salud laboral y la vigilancia exhaustiva para evitar abusos, con especial atención a turnos nocturnos, rotatorios (limitando la jornada en turno contrario al asignado) y jornadas de atención continuada, así como al respeto a las libranzas de guardia. Se buscará la conciliación de la jornada laboral con la vida personal y familiar y se respetarán los descansos semanales.

Reconoceremos y fomentaremos la actividad formativa, organizativa, docente e investigadora como parte integral de la jornada laboral anual, incluyendo *en dicha* jornada laboral anual un número de días de disposición para asistencia a actividades formativas externas.

### **Bajas laborales y permisos**

Defenderemos la reposición en el cien por cien de los casos desde el primer día de baja o permiso como mejor garantía en la calidad de la asistencia evitando, al mismo tiempo, que la situación de baja laboral suponga un perjuicio económico para los trabajadores/as. Se generarán las condiciones que garanticen el derecho de los trabajadores/as al uso de todos los permisos a los que tiene derecho (vacaciones, días de libre disposición, etc.).

### **Concursos de traslados**

Convocaremos los concursos de traslados con absoluta claridad, abiertos y transparentes. Las convocatorias, que serán anuales o bianuales, deben anunciarse con tiempo y publicidad suficientes, siguiendo la baremación y la asignación de las plazas los criterios de igualdad, mérito y capacidad.

### **Carrera profesional**

Contemplaremos la carrera profesional no sólo como un derecho reconocido, sino también como un incentivo para la formación y la investigación ya que sus efectos son claramente beneficiosos para el conjunto del sistema. Se pondrá en marcha su desarrollo de forma inmediata para todas las categorías.

### **Puestos de jefatura y supervisión**

Someteremos la provisión de estos puestos a convocatorias públicas y transparentes y bajo criterios de igualdad, mérito y capacidad, asegurando la igualdad de condiciones y la no injerencia de la estructura gerencial o administrativa. En el caso de la dirección de centro de

salud propondremos, debido al carácter comunitario que se quiere fomentar, la participación de la comunidad a través del Consejo de Salud, además de los propios profesionales y trabajadores del centro, en la elección directa y autónoma de su dirección colegiada y representativa de todas las categorías, lo que reforzará su vinculación, reconocimiento y capacidad de liderazgo dentro de la comunidad.

### **Adecuación del tamaño de las plantillas**

El tamaño de las plantillas profesionales estará directamente relacionado con las necesidades reales de la población. Así, al plantear una estructura en áreas con un territorio delimitado, se asegura un conocimiento más fiable de las necesidades del mismo. El Plan Integral de Salud de la Comunidad de Madrid, contemplará un estudio adecuado de necesidades de salud y en base al mismo se determinará el número de profesionales que se necesite y la formación que se precise para los mismos (además de evaluar las necesidades de plazas de MIR, EIR, etc. que se negociarán con el Ministerio y las unidades docentes). Los criterios que se deben contemplar en el Plan para el estudio de necesidades en cada una de las áreas son los siguientes:

- Composición demográfica de la población y previsiones de cambio
- Situación social y económica. Desigualdades socioeconómicas
- Género
- Desigualdades
- Medio ambiente
- Transporte y desarrollo urbano. Cercanía de otros centros. Cálculo de isócrona de desplazamiento
- Características epidemiológicas de la población
- Estudios de impacto en salud

Con todos estos elementos se pueden establecer previsiones de utilización de servicios sanitarios (centros de salud, salud mental, hospitalarios, servicios dentro de cada hospital, etc). Nuestra propuesta es que en cada Área se adecuen los recursos disponibles a las previsiones. Las plantillas serán aquellas que racionalmente sirvan para garantizar la calidad de esos recursos asistenciales. Se monitorizará continuamente la demanda y la presión asistencial y se procederá a reforzar plantillas siempre y cuando se sobrepase el límite recomendado de demora en la asistencia. Las evaluaciones realizadas por la agencia o entidad administrativa responsables de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias también serán tenidas en cuenta de cara al establecimiento de prioridades y de idoneidad de su emplazamiento.

### **Otras propuestas para mejorar las condiciones de los profesionales y trabajadores**

Todas las medidas que afectan a este colectivo irán encaminadas a garantizar la estabilidad en el empleo, reduciendo el paro sectorial, combatiendo la precariedad y fraudes en la

contratación, buscando, al mismo tiempo, combatir la vulnerabilidad de los diferentes colectivos mediante la consecución de contratos de calidad y con garantías.

Estableceremos un diálogo con el Ministerio de Sanidad, las unidades docentes y los servicios implicados que busque adecuar el número de plazas MIR, EIR, etc. y su distribución por especialidades a las necesidades de profesionales del sistema sanitario, con el fin de facilitar la incorporación al futuro laboral. Defendemos que se formen en nuestro sistema sanitario para que después aporten y reciban del mismo, de manera que se eviten situaciones de paro o precariedad y se contribuya a garantizar que la inversión en formación redunda en beneficio del conjunto del sistema.

Proponemos instaurar convocatorias anuales o bianuales de Oferta Pública de Empleo para cubrir las necesidades del sistema. Se negociará con las organizaciones sindicales el establecimiento de un complemento de exclusividad que garantice la vinculación y el compromiso de los/as trabajadores/as con el sistema sanitario público; Se efectuará una reposición del cien por cien de las plazas que actualmente son amortizadas por jubilaciones. Se establecerá la contratación única a través de Bolsa de Empleo para interinidades o eventualidades, en igualdad de condiciones (cumplimiento de principios de igualdad, mérito y capacidad).

Se investigarán los contratos de trabajadores sanitarios a través de becas vinculadas a fundaciones de investigación, para evitar la posible contratación fraudulenta a través de este mecanismo. Se prohibirá y perseguirá desde el primer momento la contratación de trabajadores a través del régimen de autónomos en cualquiera de los centros del sistema sanitario madrileño, vigilando especialmente la política de recursos humanos de los centros privatizados en tanto en cuanto estos sigan funcionando.

Proponemos asimismo aumentar el presupuesto para suplencias, sustituyendo bajas desde el primer día para garantizar la calidad y la continuidad de la asistencia, especialmente en el ámbito de la Atención Primaria. Promoveremos el establecimiento de contratos indefinidos para cubrir suplencias dentro de cada área, evitando que los trabajadores jóvenes sufran el encadenamiento de contratos precarios de muy corta duración y garantizando además de esta manera la disponibilidad de un suplente cuando se necesite. Se establecerá un sistema de contratación temporal a través de Bolsa Única común a todas las áreas. En cualquier caso, nuestra prioridad será el incremento de las plantillas estructurales de cara a que tengan dotación suficiente y capacidad de asumir eventualidades sin perjuicio de los derechos laborales ni de la calidad de la asistencia.

### **Reconocimiento e incentivo a trabajadores y profesionales**

En IU-CM entendemos que el mejor incentivo que puede tener un profesional sanitario viene dado por la capacidad de desarrollar plenamente sus capacidades en su trabajo, sin restricciones presupuestarias y sin cargas burocráticas innecesarias.

Facilitaremos que una parte importante de la jornada laboral sea destinada a labores de formación, investigación y, en su caso, docencia, además de establecer mecanismos y canales efectivos de participación. Desde los Consejos de Dirección se estimulará la participación de

los profesionales y se liberarán partidas presupuestarias que permitan a los mismos la aplicación de mejoras organizativas y la elaboración de proyectos de mejora. Los objetivos y resultados de los mismos se evaluarán colectivamente mediante indicadores objetivamente verificables. Estos proyectos podrán tener formato de experiencia piloto y, una vez evaluados y reconocidos favorablemente, serán exportables a otros ámbitos territoriales o servicios.

En definitiva, queremos establecer mecanismos para incentivar el desarrollo del potencial y las inquietudes de los profesionales sanitarios en la optimización continua del sistema.

Proponemos, en este sentido, favorecer el reconocimiento de los profesionales sanitarios reforzando su papel de líderes comunitarios en materia de salud, mediante su implicación en la comunidad y su participación y rendición de cuentas ante los Consejos de Salud y otros foros que permitan el encuentro con la ciudadanía.

### 5.3.5. FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA

Las medidas de inversión que proponemos en este documento serán financiadas mediante una política fiscal justa y progresiva, detallada en el apartado correspondiente del Programa Electoral de IU-CM. Aprobaremos una Ley de financiación de servicios públicos básicos que obligue al futuro gobierno regional a converger con UE-15 en gasto social por habitante. El sistema sanitario público tendrá financiación suficiente, blindada en los presupuestos e incrementada progresivamente, procediéndose hacia una adecuación del gasto sanitario por habitante en la Comunidad de Madrid que nos haga converger con la media del país.

Por otro lado, la concepción de nuestro programa para la sanidad madrileña no es tanto de gasto como de inversión. Como así nuestra inversión no es tanto en sanidad como en salud. Todas las medidas que proponemos van encaminadas hacia un sistema sanitario más eficiente e integral (público al cien por cien y bien gestionado), lo que supondrá un ahorro, ya que se pondrá fin al pago de las condiciones abusivas de los centros privatizados y a las derivaciones, haciéndose un uso eficaz de los recursos sanitarios públicos existentes.

Además, las medidas que pretendemos implementar van encaminadas a **cambiar la correlación de fuerzas que existe actualmente en la determinación del gasto sanitario**. A nuestro juicio, los factores que más afectan a la sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos y las medidas que hay que tomar para incidir en ellos son los siguientes:

- **Una industria financiera especulativa que se nutre en buena medida mediante el presupuesto público.** En el caso de la sanidad madrileña sabemos que muchas de las empresas que gestionan los hospitales privatizados pertenecen a fondos de inversión que operan desde paraísos fiscales. Estos mismos fondos de inversión son los que utilizan su capital para realizar operaciones especulativas contra la deuda pública de los gobiernos, provocando que estos sucumban ante programas de ajuste. Reducciones de gasto público que afectan, entre otros servicios, al sistema sanitario, cuya financiación se ve reducida en líneas generales en casi todas las partidas, con la excepción de los contratos blindados con las empresas privadas, que tienen garantizados incrementos presupuestarios anuales.

- **Nuestra propuesta pasa por romper este ciclo destructivo.** Rescindir los contratos de las administraciones con el entramado especulativo-financiero que gestiona infraestructuras y servicios públicos no sólo tiene un sentido ideológico y práctico desde el punto de vista de la gestión, sino que también constituye una apuesta estratégica que desarma financieramente a aquellos que están realizando operaciones especulativas que determinan el *austericidio* actual.
- Una **industria farmacéutica y de tecnología sanitaria** privada en extensión, que influye directamente sobre los profesionales sanitarios al controlar su formación y la investigación, que accede a los profesionales incluso en su horario de trabajo y que provoca que se introduzca la prescripción de fármacos, terapias o pruebas menos coste-efectivas y con mayores efectos secundarios. Además, la industria también está sujeta al entramado financiero-especulativo: no olvidemos la operación especulativa que hay detrás del precio de los nuevos tratamientos para la Hepatitis C, las empresas buscan que los sistemas sanitarios públicos financien su especulación fijando precios muy por encima del coste de fabricación (ver ANEXO I).
- Las soluciones: **formación e investigación pública de los profesionales**, criterios de coste-efectividad para establecer guías clínicas y protocolos de actuación en el seno de los servicios, restricción de acceso de industria a los centros públicos, ejercicio, por parte de los estados, del derecho a la emisión de licencias obligatorias.
- Una **precariedad laboral** que dificulta la longitudinalidad de la asistencia, lo que, unido a la ausencia de apuesta clara, cuando no **recorte deliberado, en el ámbito de la Atención Primaria de Salud**, incrementa directamente el gasto sanitario, al sustituirse en muchas ocasiones la atención ambulatoria por una más cara e ineficiente atención hospitalaria.
- La solución pasa por una **apuesta decidida por la estabilidad laboral y por el papel central y coordinador de la Atención Primaria** de Salud dentro del conjunto del sistema sanitario.
- **Fenómeno de “medicalización de la vida”** que lleva al sistema sanitario a atender demandas para las que no está preparado y cuya respuesta pertenece a otros ámbitos. A este fenómeno contribuyen muchos factores, entre ellos la industria de marketing farmacéutico. En última instancia, muchas de las demandas o problemas de salud tienen un origen medioambiental o estructural social y económico.
- Nuestra propuesta pasa por **analizar, evaluar e intervenir sobre el impacto en la salud** provocado por determinadas políticas que han empeorado la situación social, económica y ambiental, además de someter a un estricto control la publicidad de la industria farmacéutica (y de la industria alimentaria).

Además, entre otros mecanismos que incidirán en una mayor sostenibilidad del sistema sanitario público, proponemos:

- Disminución del gasto en hospitalizaciones como consecuencia de múltiples medidas y actuaciones estratégicas, tales como potenciar la capacidad de coordinación y resolución de la Atención Primaria, potenciar los cuidados paliativos domiciliarios y la coordinación con servicios sociales.
- Disminución de carga burocrática y optimización de recursos, como consecuencia del fomento de la participación activa de los trabajadores/as en la elaboración de proyectos de mejora que tendrán dotación presupuestaria y evaluación específica.
- Realización de estudios de impacto obligatorios de todas las medidas o situaciones que puedan afectar al sistema sanitario.
- Monitorización continua de indicadores de salud, sanitarios y económicos a raíz de la implementación de las diferentes medidas. Garantía de la transparencia y libre acceso de la población a estos datos.

## 6. SERVICIOS SANITARIOS Y ATENCIÓN A LAS NECESIDADES DE SALUD

### 6.1. SALUD PÚBLICA

1. **Reestablecer la Dirección General de Salud Pública dentro del organigrama de la Consejería de Sanidad.** La Dirección General de Salud Pública estará representada directamente en todos los Consejos de Dirección de las nuevas Áreas Sanitarias, contará con la adecuada dotación de recursos y será responsable de la coordinación de los servicios de salud pública del conjunto del sistema sanitario, orientando los mismos **hacia la garantía y la protección del derecho a la salud**, asegurando la adecuada utilización de los recursos, la coordinación de los profesionales, el ejercicio del papel de la autoridad sanitaria en la vigilancia y control de enfermedades y en la gestión de alertas y emergencias de salud pública y la participación en la política de comunicación.

2. **Definir y elaborar un Plan de Salud para la Comunidad de Madrid que cuente con una estrategia clara de Salud Pública** (con participación de los profesionales en su elaboración) que tenga en cuenta el modelo de determinantes de salud y garantice una capacidad de influencia efectiva sobre los factores sociales, económicos y medioambientales con el fin de disminuir o eliminar las desigualdades en salud (de clase social, género, edad, étnica, situación migratoria o de cualquier tipo) y mejorar el nivel de salud individual y poblacional. Entendemos que **la salud debe ser una materia prioritaria transversal a todas las políticas** y en la que deben implicarse todas las consejerías del gobierno regional y el conjunto de las administraciones públicas.

3. **Reconocer y garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de Salud Pública**, entre las que contemplamos la monitorización del estado de salud e identificación de los problemas, el diagnóstico de los problemas y riesgos para la salud, la mejora de la información, educación y aprendizaje de la población en la protección de su salud, el fomento de la participación de la comunidad y sus representantes en la identificación y resolución de problemas, el desarrollo de políticas y planes que apoyen a la salud individual y colectiva, la vigilancia del cumplimiento y la propuesta de mejora de la legislación en materia de protección de la salud y seguridad laboral, la identificación y vinculación al sistema de segmentos de población con barreras de acceso a los servicios sanitarios, la evaluación del conjunto del sistema sanitario y la investigación epidemiológica orientada hacia la innovación, la evaluación del sistema y la aplicación de medidas que mejoren la salud del conjunto de la población.

4. **Reconocer y potenciar el papel coordinado del conjunto de las administraciones en la promoción y la protección de la salud**, reconociendo claramente los ámbitos competenciales correspondientes a cada nivel administrativo, **reforzando el papel de las entidades municipales** en estos ámbitos y apostando al mismo tiempo por una **red sanitaria asistencial única dentro del Servicio Madrileño de Salud que**

**cuenta con la participación e implicación de los ayuntamientos** a través de los Consejos de Salud de las áreas sanitarias.

5. **Fomentar la formación e investigación en Salud Pública**, dotando a los servicios de Salud Pública de **equipos multidisciplinares que permitan un abordaje integral de los problemas de salud** y a los que se garantice el mayor nivel de competencia mediante planes de formación continuada y estímulo del desarrollo profesional. Promoveremos una **investigación en el conjunto del sistema sanitario que esté orientada a la política de Salud Pública**, a conocer los determinantes que afectan a la salud de la población y al análisis y a la intervención sobre el territorio en el ámbito de las áreas sanitarias, contando además con la participación de la población y sus representantes en la elaboración, aplicación y evaluación de los planes y políticas.

6. **Mantener el Hospital Carlos III como centro de referencia de enfermedades infecciosas**, poniendo fin al desmantelamiento y reconversión realizado por el Partido Popular. Proponemos una adecuada preparación para centralizar la actividad asistencial cuando sea oportuno en **situaciones de alerta o emergencia que afecten a la salud pública**, estableciendo protocolos específicos adecuados que cuenten con centros de referencia, la participación de los profesionales en su elaboración, con coordinación de todas las administraciones (también en la política de comunicación que buscará ser veraz y evitar alarmismos). Se optará preferentemente por la dotación de personal y recursos específicos, con los medios y formación precisos, incluyendo el transporte sanitario, además de la formación y dotación de recursos necesaria al conjunto del personal y centros sanitarios que puedan verse implicados en la resolución y atención de las alertas y emergencias. Se priorizará la seguridad del conjunto de la población y del conjunto del personal de los centros sanitarios, respetando su trabajo y sus derechos.

7. **Establecer un Plan de Salud Laboral**, que mejore el actual Plan de Prevención de Riesgos Laborales, que incluya la creación de Unidades de área de Salud Laboral, que desarrollarán las políticas y programas autonómicos para la mejora de la salud de la población trabajadora. Su actividad será coordinada por una Unidad Central de Salud Laboral que promoverá, entre otros: el establecimiento definitivo de un registro de sospecha de enfermedades profesionales (art. 5 del RD 1299/2006), la creación de **registros específicos de determinadas patologías derivadas del trabajo** (con especial atención a cánceres, debido al largo periodo de latencia que suelen conllevar tras el inicio de la exposición), la implantación, desarrollo, seguimiento y evaluación de programas y protocolos específicos para la **prevención de accidentes laborales y de patologías derivadas del trabajo**, y el seguimiento administrativo de los casos sospechosos de ser profesionales. El Plan de Salud Laboral incluirá, asimismo, una línea de formación específica en riesgos y daños relacionados con el trabajo dirigida a los profesionales médicos y de enfermería de atención primaria y especializada. Igualmente promoverá la investigación epidemiológica en el ámbito laboral e **incorporará, en todas y cada una de sus actuaciones, la perspectiva de género** para mejorar la salud de trabajadores y trabajadoras de la Comunidad de Madrid. Todo ello, en el marco de la Ley33/2011 de 4 de octubre, General de Salud Pública, en tanto esté en vigor, y en coordinación con las instancias laborales y sanitarias estatales y autonómicas. Por otro lado, en relación con la atención a la

salud en el ámbito laboral, somos partidarios de la integración progresiva del sistema de mutuas laborales en el Sistema Nacional de Salud.

## 6.2. ATENCIÓN PRIMARIA

1. **Convertir los Centros de Salud de Atención Primaria en el eje central del sistema sanitario**, garantizando su función de puerta de entrada al mismo, fomentando su accesibilidad al conjunto de la población, reforzando el papel coordinador de la Atención Primaria, su capacidad de resolución de los problemas de salud y su papel de interlocutor con la comunidad, organizando a través de la misma la participación efectiva de la población, facilitando el conocimiento de las necesidades de salud de la misma y fomentando la protección, promoción y educación para la salud, atendiendo a las necesidades reales. Para ello:

- **La Atención Primaria de Salud estará debidamente coordinada con el resto de recursos del área sanitaria** (atención especializada, servicios de salud mental, servicios sociales, etc.) mediante la adecuada representación de los Centros de Salud en el Consejo de Dirección del Área Sanitaria.
- Se garantizará el cumplimiento de los principios de **accesibilidad, universalidad, equidad y solidaridad**, sin excluir a ninguna persona por motivos económicos, administrativos, sociales, de procedencia o de cualquier otra índole.
- **Se garantizará la calidad de la asistencia**, dotando de medios y recursos suficientes para que los profesionales de Atención Primaria puedan desempeñar sus funciones y la población reciba una atención digna, **estableciendo un mínimo de 10 minutos para la consulta** con el enfermero o el médico de Atención Primaria. Las agendas de Atención Primaria se gestionarán de forma que permitan a los profesionales la realización en condiciones óptimas de toda su actividad, incluyendo **la atención comunitaria, la atención domiciliaria, la formación y la actividad investigadora**.
- Se fomentará el **papel del trabajador/a social dentro del Centro de Salud** de forma que éste sea una puerta de entrada a los servicios sociales, se identifiquen adecuadamente las necesidades y se dé respuesta a las mismas de forma óptima y en tiempo suficiente.
- **Se facilitará la participación ciudadana mediante la creación de los Consejos de Salud de Zona Básica de Salud**, al menos dentro del marco que contempla la actual Ley General de Sanidad. Dichos Consejos estarán integrados por representantes de los ciudadanos a través de las Corporaciones Locales de su demarcación, representantes de las organizaciones sindicales, sociales y vecinales más representativas.
- En los Centros de Salud se velará por el cumplimiento en el uso racional y el cuidado de los recursos materiales, así como en el uso de medios diagnóstico-terapéuticos, siendo **la prioridad la mejora de la salud de la población**, no

los intereses económicos de la industria farmacéutica y de tecnología de la salud.

- Se promoverá una **orientación de la actividad a la prevención en salud con una perspectiva salubrista**, favoreciendo los autocuidados y la desmedicalización.
- Se fomentará **el orgullo de pertenencia** a la institución y la vocación de servicio público.
- Se garantizará **la adecuada formación continuada** de acuerdo con los intereses del sistema público.
- Se realizarán **planes y políticas de educación sanitaria basada en el respeto a la libertad de decisión** de la población procurando la minimización de riesgos cuando sea necesario.
- Se dará información y prescripción de medios efectivos tanto para la **prevención de embarazos no deseados, incluyendo la contracepción postcoital**.
- Se dará información y atención integral en los centros de salud a **las infecciones de transmisión sexual**.
- La responsabilidad y emisión de los **informes de incapacidad laboral transitoria** seguirá recayendo sobre este nivel de salud, buscando fórmulas para disminuir la carga burocrática.
- Se diseñará una **estrategia de atención a enfermos/as crónicos** que tenga como eje central el papel coordinador de la Atención Primaria de Salud, aumentando su capacidad de decisión y la posibilidad de acceder desde el Centro de Salud a todos los recursos necesarios en el menor tiempo posible, a fin de atender adecuadamente a las necesidades de estos pacientes y sus familiares.
- La coordinación y seguimiento de la atención a **los pacientes crónicos, con pluripatología, ancianos, inmovilizados y terminales** ha de ser responsabilidad de este nivel asistencial, con la ayuda de los servicios que se necesiten, (atención especializada, recursos sociales, ESAD, etc.) constituyendo un sistema sociosanitario completo de titularidad pública coordinado desde el Centro de Salud. **Se avanzará hacia un sistema que integre todos los cuidados con una perspectiva biopsicosocial.**

**2. Defender la titularidad pública de los centros de salud**, incluyendo en la misma todos los servicios sanitarios y no sanitarios que se precisan para su funcionamiento (informática, mantenimiento, limpieza, etc.). Rechazamos cualquier modelo de autonomía de gestión basado en el establecimiento de empresas en los centros de salud (incluyendo en este rechazo las sociedades de profesionales y cualquier otra forma de gestión que introduzca el ánimo de lucro). **La Atención Primaria se dotará de forma suficiente con los recursos humanos y materiales** con el fin de garantizar la prestación de su cartera de servicios y una **atención de calidad**.

3. **Cancelar el sistema de citación conocido como Call-Center** y su sustitución por un servicio centralizado de citación de carácter exclusivo público y con funcionamiento transparente y claro. Defendemos poner fin a los sistemas de citación alternativos creados tras la entrada en vigor del Decreto 52/2010 por el que se establece el Área Única y que se han convertido en exclusivos, funcionando a través de empresas privadas y vetados al personal de las Unidades de Atención al Usuario de los centros de salud (UAU). **Proponemos que el personal de las UAU de los centros de salud disponga de acceso a los sistemas informáticos actuales del llamado Call-Center o CAP**, de forma que las UAU puedan citar desde el mostrador del centro de salud en cualquier agenda de atención especializada, pruebas diagnósticas o tratamientos, dentro del sistema público, poniendo fin a las derivaciones a la privada.

4. **Reorganizar las Unidades Administrativas**, estableciendo las funciones de los auxiliares administrativos de las UAU, así como del Jefe de Grupo, que es el responsable de cada unidad. Estableceremos las UAU como **puntos de ventanilla única de atención ciudadana para todos aquellos trámites relacionados con la Consejería de Sanidad** (tarjeta sanitaria, solicitud de prestaciones, reintegro de gastos, Instrucciones Previas, etc.).

5. **Garantizar la accesibilidad, la continuidad y la longitudinalidad de la asistencia** en los Centros de Salud, estableciendo medidas para fomentar la estabilidad en el empleo de los profesionales, con convocatorias periódicas de Oferta de Empleo Público en función de las necesidades y diseñando plantillas suficientes para garantizar un acceso rápido y una asistencia de calidad (mediante el conocimiento de la situación real de las agendas y buscando siempre reducir las demoras en la atención de la demanda). Se dará la máxima prioridad a la política de Recursos Humanos dentro de los Centros de Salud de Atención Primaria, **garantizando la reposición de bajas laborales desde el primer día**, estableciendo el funcionamiento de la Bolsa de Empleo para la contratación temporal y creando, de forma inmediata y transitoria, plantillas estables con vinculación laboral indefinida para garantizar la sustitución de profesionales ante cualquier eventualidad. Las plantillas se corregirán en función de las necesidades de la población atendida y se liberarán partidas presupuestarias finalistas para garantizar las sustituciones. **Nuestro objetivo es que en toda la Comunidad de Madrid no se tarde más de dos días en ser atendido por el médico o enfermera de Atención Primaria.**

6. **Fomentar y reconocer el prestigio de las especialidades** de Medicina Familiar y Comunitaria y Enfermería DE de Atención Primaria, así como del conjunto de los profesionales de Atención Primaria, reconociendo el papel de liderazgo de los mismos ante la comunidad y dentro del sistema sanitario (donde les corresponde el papel coordinador) y facilitando el ejercicio de sus competencias con profesionalidad mediante la adecuada dotación de recursos que permita aumentar la capacidad de resolución de este nivel asistencial. Se buscará **el acuerdo con unidades docentes, coordinando el número de plazas de formación MIR y EIR y las previsiones de convocatorias de Oferta Pública de Empleo con las necesidades sanitarias** (teniendo en cuenta la pirámide poblacional, la estructura de clases sociales, la morbi-mortalidad, la dispersión, etc.). Se incentivará la continuidad laboral en la misma área sanitaria una vez finalizado el periodo de formación como residente.

7. **Crear una Comisión Directiva del Centro de Salud que tendrá las funciones de Dirección y que incluirá a representantes de todas las categorías profesionales**, eligiendo de entre sus integrantes al Director/a del Centro. Esta figura tendrá un carácter de liderazgo dentro de la comunidad, haciendo partícipe a la misma, a través del Consejo de Salud, en el proceso electivo de la misma. El Director de centro y la Comisión Directiva **tendrán que rendir cuentas no sólo ante los responsables dentro del organigrama administrativo, sino también ante el Consejo de Salud** de la Zona Básica de Salud.

8. **Defender un modelo de autonomía de gestión de los Centros de Salud basado en la participación** ciudadana y de los/as trabajadores/as y en la capacidad de la adecuación de la asistencia a las necesidades reales de la población y el entorno, garantizando la dotación suficiente de recursos dentro de un presupuesto global del centro. El Contrato-Programa del Centro, realizado y evaluado mediante el diálogo y la participación de las partes y adaptado a las singularidades de cada Zona Básica de Salud, deberá incluir aquellos indicadores que los profesionales de cada centro, en base a la evidencia disponible, consideren prioritarios. **La gestión del presupuesto de gastos de personal debe quedar fuera del Contrato Programa de Centro**, siendo garantizada por la Dirección General de Recursos Humanos y descartando la posibilidad de evaluación del Centro en base a la misma.

9. **Dotar a los Centros de Salud del material y recursos necesarios, garantizando que los edificios que los alberguen sean estructuras accesibles**, con suficiente espacio, adecuándolos a la actividad clínica que se realiza, dando prioridad a la higiene y salubridad de los mismos (se garantizará la calidad del servicio mediante la gestión pública directa del mismo, poniendo fin a su privatización). **Se crearán nuevos Centros de Salud en función de las necesidades de la población**, con el fin siempre de acercar los servicios de Atención Primaria a la población.

### 6.3. ATENCIÓN ESPECIALIZADA

1. **Defender una atención especializada integrada y coordinada con el resto del sistema sanitario**, como una parte más del engranaje que forman los diferentes niveles asistenciales. La atención especializada no es un ente independiente de nuestro sistema sanitario. Como en el resto de todos los niveles asistenciales sanitarios, desde IU-CM reclamamos la universalidad de la prestación de su servicio como un derecho fundamental y básico para toda la población, independientemente de su situación laboral o administrativa.

2. **Poner fin al desmantelamiento silencioso de los centros hospitalarios llevado a cabo por el Partido Popular**, aprovechando al cien por cien los recursos humanos y materiales existentes en los centros públicos y prohibiendo la derivación a centros privados, revirtiendo al mismo tiempo los recortes producidos en personal y en material durante los últimos años. Asimismo, **garantizaremos la adecuada cobertura de las plantillas en condiciones laborales justas**, lo que repercutirá directamente en una mejor atención a las personas. Se pondrá fin a la situación de “falsa eventualidad” de los trabajadores y a otras formas de contratación fraudulenta, reconociendo legalmente la situación de contratación indefinida *de facto*.

3. **Defender la atención cercana al entorno** como una prioridad absoluta para nuestro sistema de salud. Por ello defendemos **potenciar el papel de los Centros de Especialidades (CEP) frente a la atención especializada prestada únicamente a nivel hospitalario**. Por otro lado, se fomentará la unificación de servicios superespecializados en centros de referencia para el conjunto de la Comunidad de Madrid, buscando la coordinación con los servicios sanitarios de las comunidades autónomas limítrofes.

4. **Garantizar la continuidad asistencial de los pacientes una vez son dados de alta de los centros hospitalarios**. Demandamos la creación de nuevos **centros públicos de media y larga estancia**, claramente insuficientes a día de hoy para responder a las necesidades actuales de la población madrileña, recalcando también la importancia que cobran los especialistas de zona y los profesionales de Atención Primaria en el seguimiento de los pacientes que reciben atención especializada en los centros hospitalarios. **Se dotará de forma suficiente a las unidades específicas**, como la Unidad del Dolor, mejorando su accesibilidad y su disponibilidad horaria y coordinándolas adecuadamente con Atención Primaria y el resto de la Atención Especializada.

5. **Orientar la formación y la investigación realizadas en los centros hospitalarios hacia las necesidades de la población** y la mejora de la calidad de la prestación del servicio. En nuestro sistema sanitario **la formación y la investigación públicas** son llevadas a cabo en gran medida por profesionales de la atención especializada. Consideramos estas dos áreas de vital importancia para lograr un sistema de salud de calidad y eficiente, siendo imprescindible que ambas estén **orientadas a las necesidades de la población**.

6. **Establecer una estrategia coordinada de reducción de listas de espera** de primeras consultas, revisiones, procedimientos diagnósticos y terapéuticos e intervenciones quirúrgicas. De manera continua **se monitorizará el conjunto del sistema para detectar incrementos de las demoras**, se analizarán las causas, se establecerán prioridades de actuación y se establecerán **procedimientos específicos para buscar soluciones**. Se buscará garantizar la **igualdad de acceso** en todo el territorio y el **aprovechamiento de los recursos públicos**. **Todos los datos de lista de espera serán públicos**. El método de contabilización de la lista de espera quirúrgica establecerá que **su inicio sea el momento de la indicación del procedimiento por parte del especialista**.

## 6.4. SALUD MENTAL

La atención *“se presta sobre todo en el marco comunitario: promoción, prevención, eliminación del estigma, la discriminación y la exclusión...”*

Informe Mundial de la Salud de la OMS. 2001

*“La salud mental debe ser considerada como parte esencial de otras políticas públicas”*

Declaración Europea de la Salud – Conferencia Ministerial de la OMS 2005

Los problemas de salud mental *“se realicen en el ámbito comunitario, potenciando estos recursos y los sistemas de hospitalización parcial y atención domiciliaria”*

**1. Apostar firmemente por el modelo comunitario de atención a la salud**

**mental:** desde IU-CM entendemos que el tratamiento y los cuidados han de prestarse en la comunidad en la que vive la persona y su familia. En este sentido, el desarrollo de la salud mental comunitaria requiere a su vez del **buen funcionamiento del modelo de Atención Primaria**, ya que ambos coinciden en su metodología de seguimiento, gestión de casos y la necesidad de los pacientes de estar referidos a su ámbito, tanto si están en la comunidad como en cualquier otro dispositivo sanitario o socio-sanitario que cada momento de su vida precise.

**2. Rescatar para nuestro sistema sanitario los principios que inspiraron la**

**Reforma Psiquiátrica:** la integración de la asistencia a la salud mental en el sistema general de salud, la territorialización (mediante el restablecimiento de las áreas sanitarias), la participación de los agentes sociales en planes asistenciales y programas de rehabilitación y cuidados, la prestación de una parte de los cuidados por los equipos básicos de salud en coordinación con los servicios de salud mental, y la preferencia por una atención comunitaria prestada en su mayor parte en un contexto extrahospitalario. El objetivo que centrará nuestra estrategia para la Salud Mental es *“separar lo menos posible la persona de su familia y su medio y su recuperación para una perfecta adaptación a una vida satisfactoria y útil”*. Entendemos que la Reforma Psiquiátrica es actualmente un proceso inacabado que es necesario retomar, evaluar, mejorar y desarrollar. Además, entendemos que los recortes presupuestarios y las privatizaciones, que en todas le especialidades reducen la calidad y la oferta asistencial y aumentan las esperas, en el ámbito de la salud mental son particularmente perjudiciales porque destruyen el modelo comunitario, progresista, de atención continua y en red, y lo reemplazan por un modelo regresivo de consulta individualizada médico-psiquiátrica. **Proponemos revertir los recortes presupuestarios** para garantizar la supervivencia del modelo comunitario nacido de la Reforma Psiquiátrica.

**3. Diseñar un Plan Estratégico de Salud Mental dentro del Plan de Salud para la Comunidad de Madrid**

que integre todas las actuaciones en esta materia. Este Plan contará con una inversión y financiación identificable de los recursos dedicados a salud mental y con mecanismos de evaluación: todo plan tiene que ser imprescindiblemente evaluado.

**4. Crear una unidad u oficina regional de salud mental que tenga un papel rector en la Red integrada de Salud Mental,**

con representación de las tres subredes que la integran: Consejería de Sanidad, Consejería de Asuntos Sociales y la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Funcionará como entidad planificadora y coordinadora de todos los servicios y actuaciones y diseñará el Plan Estratégico de Salud Mental. Defendemos potenciar y ayudar institucionalmente a las asociaciones de usuarios y familiares y su participación, junto a las sociedades científicas, en la gestión de los programas asistenciales.

**5. Reforzar el papel de los centros de salud mental (CSM) como ejes del modelo,** actuando sobre un territorio por medio de equipos multiprofesionales y

coordinados con los otros dispositivos asistenciales con el fin de **garantizar la continuidad de cuidados**. Para su adecuado funcionamiento **proponemos una definición clara del papel, funciones y objetivos de los CSM y la dotación de plantillas estructurales con revisión periódica** de las ratios personal/población (teniendo en cuenta la incidencia y prevalencia de determinadas psicopatologías en esa población).

**6. Apoyar la implantación de equipos multiprofesionales.** La existencia de estos equipos proporciona un enfoque biopsicosocial de la salud, desde el paradigma de la recuperación, completando y superando la práctica biomédica en la que prevalece la medicalización del sufrimiento. También posibilita una amplia oferta asistencial (cartera de servicios) que defendemos desde IU-CM: programas de continuidad de cuidados, **psicoterapias individuales y de grupo, programas de psicoeducación, seguimiento individualizado de crónicos, grupos de familias**, etc. En general, apostamos por actividades terapéuticas de distinto enfoque epistemológico centradas en el sujeto.

**7. Reforzar el prestigio, reconocimiento y formación de los profesionales y trabajadores/as de Salud Mental**, así como por promocionar la investigación en este ámbito, orientada hacia la mejora de la asistencia. Apostamos por el **desarrollo de la Especialidad de Enfermería de Salud Mental, catalogando los puestos de trabajo y creando ofertas de empleo específicas**.

**8. Implementar programas de coordinación dentro del Plan Estratégico de Salud Mental** que integren la salud mental en el sistema general y posibiliten el seguimiento y **continuidad de cuidados** de los usuarios en cualquier dispositivo asistencial en que se encuentren. Defendemos un modelo de gestión de casos que permita satisfacer la gran variedad de necesidades de los ciudadanos atendidos en la Red de Salud Mental.

**9. Diseñar un Programa de Apoyo y Coordinación con Atención Primaria como base del modelo de atención a la salud mental.** La Atención Primaria no sólo es la puerta de entrada del sistema, también es corresponsable del tratamiento y seguimiento del proceso asistencial. Proponemos potenciar el modelo de enlace con Atención Primaria mediante un Programa de Apoyo y Coordinación que abarque interconsultas, discusión de casos, visitas conjuntas, asesoramiento y puesta en común de criterios de derivación, entre otras.

**10. Defender la creación de un programa de rehabilitación integral que cuente con la participación coordinada de los dispositivos sanitarios y sociales.** Entre los dispositivos sanitarios se utilizarán las camas de rehabilitación de media y larga estancia, con seguimiento conjunto de los profesionales de esos centros y los del Centro de Salud Mental a los que están referidos los pacientes, unificando criterios de ingreso, evolución y propuesta de alta. El programa de Rehabilitación es un “continuo” y una vez remitido el paciente a su Centro de Salud Mental, se orientará a otras modalidades rehabilitadoras, los dispositivos sociales: Centro de Día, centros de rehabilitación psicosocial y laboral, pisos protegidos, minirresidencias, servicios sociales generales, etc. Todos ellos permitan mantener al paciente en la comunidad, con una vida lo más integrada y satisfactoria posible. Durante el paso del paciente por estos servicios su atención sanitaria seguirá siendo responsabilidad del equipo del Centro de Salud Mental.

**11. Reforzar los programas de integración de cuidados que faciliten la asistencia en el entorno, evitando la hospitalización.** Entre los programas a integrar y reforzar estarán, además de los de rehabilitación, los de atención domiciliaria, infanto-juvenil, psicogeriatría, alcoholismo, drogodependencias, etc. La hospitalización se limitará a aquellas situaciones en las que pueda aportar un mayor beneficio terapéutico. Se ingresará siempre en las unidades de estancia breve, remitiendo los pacientes al ser dados de alta a su Centro de Salud Mental, asegurando la coordinación y la continuidad de la asistencia.

## **6.5. ATENCIÓN URGENTE**

**1. Reordenar la asistencia sanitaria urgente,** reorganizando los servicios e integrando su funcionamiento con el resto de la red asistencial y monitorizando el efecto de los cambios en el conjunto del sistema sanitario en la demanda de la asistencia urgente, la calidad asistencial, los resultados y el funcionamiento de estos servicios. Se establecerán centros de referencia, protocolos de derivación y mejoras en el transporte sanitario urgente con el objetivo de **optimizar los recursos y favorecer una prestación de la máxima calidad con los menores riesgos y en el menor tiempo posible.**

**2. Tomar medidas para evitar el colapso hospitalario y de las urgencias durante los meses de invierno y las epidemias de gripe:** pondremos en marcha una Estrategia de Contingencia coordinada de todos los servicios sanitarios públicos, dotando a los mismos de los recursos humanos y materiales necesarios y estableciendo prioridades asistenciales, buscando la coordinación a nivel estatal y, si fuera necesario, **declarando la situación de emergencia sanitaria y poniendo a disposición del interés general el conjunto de los recursos sanitarios existentes** en el territorio de la Comunidad de Madrid, independientemente de su titularidad, respetando en todo momento los derechos de los/as trabajadores/as. No se tolerará más que existan camas hospitalarias vacías y pacientes ingresados desatendidos en los pasillos de los centros públicos.

**3. Disminuir la demanda de asistencia en urgencias mediante actuaciones sobre el conjunto del sistema sanitario** encaminadas a evitar el desarrollo o reagudización de enfermedades crónicas y encauzando la resolución de los problemas de salud mediante el incremento de la accesibilidad y la capacidad de resolución de la Atención Primaria. Bajo este prisma, proponemos **vigilar los cambios en la demanda de urgencias, considerándolos como un monitor del funcionamiento del conjunto del sistema.** La estructura de áreas que proponemos, en las que están integrados y representados los diferentes niveles asistenciales, permitirá una adecuada corrección de los fallos en cuanto se detecten anomalías.

**4. Integrar progresivamente los actuales servicios de urgencias ambulatorias** de Atención Primaria (SAR) y SUAP (actualmente dependiente del SUMMA), en un único servicio con estructura y plantillas comunes, a ser posible integrados en la Dirección General de Atención Primaria, garantizando la mejora de la accesibilidad al sistema ambulatorio y facilitando la continuidad asistencial y de cuidados con la Atención Primaria de Salud. Se buscará facilitar la asistencia sanitaria urgente en el domicilio cuando esté indicada.

5. **Coordinar los servicios municipales y autonómicos de emergencias y transporte sanitario** para cubrir adecuadamente todas las necesidades del territorio y la población haciendo mejor uso de los recursos disponibles y estableciendo protocolos comunes de actuación.

6. **Dotar a los servicios de transporte sanitario urgente y no urgente de los suficientes recursos propios para evitar la subcontratación** de transportes. Se eliminará el repago del transporte sanitario no urgente.

## 6.6. ATENCIÓN A LAS MUJERES

1. **Tomar medidas para evitar la discriminación de las mujeres en la asistencia sanitaria**, tomando medidas para garantizar que la formación, investigación, los protocolos y las guías terapéuticas y las prescripciones tengan en cuenta las cuestiones relacionadas con el género. Asimismo, se tendrán en cuenta las situaciones sociales, económicas y laborales que dificultan el acceso al sistema, particularmente a las mujeres.

2. **Reconocer el derecho de las mujeres a decidir libremente sobre su maternidad** y su sexualidad con posibilidad de acceso a todos los sistemas de control aprobados. El control de natalidad no puede ser objeto de discriminación ni de presión por parte de ningún poder público o privado. De acuerdo con la OMS, estableceremos normas de apoyo a las mujeres en el terreno de respetar su libertad en cuanto al derecho a decidir sobre la maternidad. Las administraciones públicas deben proporcionar los medios para que dicha libertad sea preservada.

3. **Garantizar el acceso a los métodos anticonceptivos a través de los centros públicos**, sin exclusiones, garantizando la actualización y la formación de los profesionales en esta materia. La píldora postcoital se podrá entregar directamente en los centros sanitarios públicos. Se priorizará que la Atención Primaria sea el nivel asistencial que realice la educación sanitaria y el seguimiento de la contracepción.

4. **Garantizar la realización en centros sanitarios públicos de la Interrupción Voluntaria del Embarazo** en los términos establecidos por el actual marco legal, facilitando también el acceso a este derecho a las menores que deseen abortar.

5. **Establecer programas de cribado de patologías y de atención a las mujeres** que tengan en cuenta la mejor evidencia científica, evitando el “encarnizamiento” preventivo sobre la mujer. **Se suprimirá la realización de mamografías en centros privados que contempla el programa DEPRECAM**, realizándose todas las pruebas en centros públicos, aprovechando los recursos existentes.

6. **Establecer protocolos sanitarios específicos de atención a las víctimas de la violencia de Género**, facilitando la detección, seguimiento y atención a las necesidades de salud de las mismas y coordinando los recursos sanitarios con los servicios sociales.

**7. Poner en marcha un Protocolo Multidisciplinar para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina** en la Comunidad de Madrid que incluya la formación y coordinación de los profesionales y adaptando el Protocolo Común del Ministerio de Sanidad a la realidad de la Comunidad de Madrid.

## **6.7. ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

**1. Defender la atención de la ciudadanía en lo referente a la salud sexual y reproductiva a través de la red sanitaria pública**, proporcionando los medios necesarios para que ese aspecto sea atendido, con respeto a la voluntad individual y a la libre decisión, no pudiendo ser objeto ningún ciudadano de discriminación, tanto en lo referente a la anticoncepción como a la interrupción voluntaria del embarazo. Es un deber de la administración proporcionar tanto desde el ámbito de la sanidad pública como de la educación todo lo necesario para que este aspecto de la salud esté protegido. La salud sexual y reproductiva debe estar presente en los centros de enseñanza.

**2. Desarrollar una estrategia integral sobre las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS):** propuesta de una estrategia coordinada y general, dentro del sistema sanitario público, garantizando la transversalidad de la misma en todos los niveles asistenciales. La prevención, diagnóstico y tratamiento de las ITS se realizará a través de programas con funcionamiento transversal, implicando al conjunto del sistema sanitario, que contará con los recursos adecuados, no realizándose por norma general a través de programas verticales con recursos exclusivos de asistencia y prevención. La estrategia de atención integral contemplará:

- Unificación de protocolos asistenciales en todos los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid.
- Fomento de la prevención y promoción de una sexualidad saludable.
- Medidas para el diagnóstico precoz de ITS, particularmente VIH, realizándose pruebas rápidas cuando sea necesario. Adecuado acceso a la profilaxis pre y post-exposición.
- Coordinación con los servicios sociales y las organizaciones cívicas para la adecuación de la asistencia a colectivos vulnerables.

**3. Crear un Plan de Salud Sexual dentro del Plan de Salud y en coordinación con las consejerías de Educación y Empleo**, entre otras, que promueva en los centros educativos la educación sexual y una vivencia saludable de la sexualidad, eliminando prejuicios, creencias o ideas erróneas y perjudiciales sobre la salud sexual, el VIH y otras ITS, que luche contra la discriminación de estas personas en todos los ámbitos, fomentando su integración laboral y su inserción social. El Plan contemplará la elaboración de campañas específicas de formación, información y educación y el apoyo a las celebraciones del Día Mundial del Sida.

**3. Garantizar el derecho a la identidad de género**, incluyendo entre las prestaciones del sistema sanitario público la realización de cirugías para la reasignación completa de género.

4. **Poner en marcha iniciativas hacia las personas prostituidas** mediante programas de reducción de riesgo sanitario dentro de una estrategia coordinada con servicios sociales encaminada a la superación de las situaciones de exclusión social.

5. **Apoyar la inclusión de la prestación en técnicas de reproducción asistida** en el sistema sanitario público.

## 6.8. ATENCIÓN SOCIOSANITARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS

1. **Garantizar el cumplimiento de la Ley de Dependencia**, disminuyendo los trámites para la concesión de las ayudas. Establecer los mecanismos necesarios para hacer efectivo el derecho reconocido por la legislación (ver apartado Programa Bienestar Social). Adecuar las ayudas a domicilio a las necesidades de los pacientes, identificando correctamente los problemas sociales a través de los centros sanitarios.

2. **Asegurar un número adecuado a las necesidades de plazas en residencias públicas**, así como de centros de media y larga estancia. Todos estos centros estarán debidamente coordinados con los centros sanitarios y los servicios sociales, a fin de consolidar una atención sociosanitaria correcta integral, integrada y longitudinal. Se realizarán **inspecciones y controles de calidad en las residencias privadas, así como una regulación adecuada de este sector para evitar precios y condiciones abusivas**. Apostaremos claramente por la **atención en centros de titularidad y gestión pública directa en todo el proceso de atención sociosanitaria**, incluyendo los centros de rehabilitación social, centros de día, minirresidencias, etc y cualquier otro dispositivo asistencial actualmente subcontratado.

3. **Coordinar los servicios sociales y sanitarios para asegurar la continuidad de la asistencia y la adecuación de las prestaciones** a personas dependientes y en situación de vulnerabilidad social y económica. Los planes de salud deben **tener en cuenta la atención al cuidador y sus necesidades** (psicológicas, sociales, laborales, económicas derivadas del coste de oportunidad, etc.). Necesidad de **un enfoque de intervención de género** en la atención social.

4. **Promover mecanismos de colaboración entre el servicio madrileño de salud, las Consejerías de Educación, Cultura y Deporte y las corporaciones locales**, contando con la participación del movimiento asociativo de las personas mayores y dependientes y de las asociaciones de enfermos crónicos y cuidadores para poner en marcha programas de **prevención y detección precoz de situaciones de dependencia** y de fomento de hábitos de vida y envejecimiento saludable.

5. **Garantizar el cumplimiento del derecho de los pacientes a decidir sobre el final de su vida** reconocido por la legislación vigente, en particular por la Ley 41/2002 Básica de Autonomía del Paciente. Para ello:

- **Se garantizará la formación obligatoria en derechos sanitarios** a todo el personal del servicio madrileño de Salud. Asimismo, **se facilitará a todos los pacientes atendidos información** sobre los derechos que establece la Ley de Autonomía del Paciente y

sobre el documento de Instrucciones Previas, incluyendo la misma en la Guía de Acogida entregada al ingreso.

- **Se actualizarán los protocolos y guías diagnósticas y terapéuticas** para evitar el encarnizamiento, protegiendo tanto a los pacientes como a los profesionales en la toma de decisiones.
- **Se explicará obligatoriamente a todos los pacientes con una enfermedad incurable y progresiva qué es el Testamento Vital y la forma de registrar las Instrucciones Previas.** Esta explicación formará parte de su proceso de atención, de forma previa a la llegada a situación de necesidad de tratamientos paliativos.
- **Se posibilitará el registro del documento de Instrucciones Previas, en cualquier centro sanitario** a través de sus Unidades Administrativas. Es inadmisibile la situación actual en la que sólo se puede realizar el registro en la sede de la Consejería de Sanidad. Se coordinará e impulsará que los municipios puedan posibilitar la presentación y registro del mismo en sus oficinas.
- Se tomarán medidas en el ámbito administrativo y de los servicios informáticos para **integrar el Documento de Instrucciones Previas en la propia Historia Clínica Electrónica (HCE) de los pacientes,** garantizando el fácil acceso al mismo a los profesionales en el momento de la atención. Vemos inadecuado que actualmente no se recoja la existencia de este documento en las HCE y que se acceda al mismo a través de una herramienta informática paralela y exclusiva para este fin, no integrada con los programas utilizados habitualmente.
- **Se regulará la Objeción de Conciencia profesional** de manera que esta sea obligatoriamente comunicada a los responsables del servicio para que se pueda garantizar el ejercicio de estos derechos por parte de los pacientes.
- **Se fomentará el seguimiento por parte de los equipos de Atención Primaria** de los cuidados paliativos en el domicilio (con los recursos, la formación y los equipos de apoyo como el ESAD que sean necesarios). **Las unidades de atención de cuidados paliativos tendrán equipos multidisciplinares,** incluyendo **atención psicológica** tanto para pacientes como familiares y cuidadores/as.
- **Se establecerá un Documento de Planificación de Cuidados** (Advance Care Planning) que complemente a las Instrucciones Previas o Testamento Vital. En el mismo, accesible en todos los centros sanitarios, se podrán concretar las preferencias y decisiones de las personas frente al momento de la muerte.
- **Todas estas medidas se integrarán en un Plan Regional de Cuidados Paliativos** que formará parte del Plan de Salud de la Comunidad de Madrid que contará con dotación suficiente para su puesta en práctica. Las medidas serán debidamente monitorizadas y evaluadas.

## 6.9. OTROS SERVICIOS Y PRESTACIONES. ATENCIÓN A OTROS COLECTIVOS

1. **Impulsar un Plan de Atención Integral a Drogodependientes**, coordinado con los ayuntamientos, recuperando la totalidad de la red de recursos desmantelados durante los últimos años, incluyendo los centros de emergencias socio-sanitarias, comunidades terapéuticas y pisos de atención y tratamiento a drogodependientes, así como la totalidad de puestos de trabajo desaparecidos. Se tenderá al establecimiento de una red de titularidad y gestión pública directa de estos servicios. Se establecerá una adecuada coordinación entre la Agencia Antidroga, los servicios sanitarios, principalmente los de Atención Primaria y Salud Mental y los servicios sociales para la atención a las necesidades de estas personas.

2. **Desarrollar un Plan de Atención Integral a las personas con Enfermedades Raras o poco frecuentes**, enmarcado dentro del Plan de Salud de la Comunidad de Madrid, garantizando su adecuado **registro y codificación** participando en el Registro Nacional), promoviendo la **formación e investigación** acerca de las mismas en todos los ámbitos (MIR, EIR, Formación Continua, etc.), estableciendo **centros de referencia** (con partidas presupuestarias, recursos y evaluaciones específicas) y garantizando el **acceso a los medicamentos “huérfanos” y a los productos sanitarios** y dietéticos necesarios (integrando los códigos Orphanet en el sistema de información sanitaria). Se establecerá un **modelo de atención integral que buscará la coordinación** de todos los niveles asistenciales y servicios sociales y la participación de los/as afectados/as. Se tomarán medidas para garantizar la **integración a nivel laboral y educativo** de este colectivo.

3. **Establecer protocolos para la atención de la población penitenciaria por parte de la red sanitaria única**, garantizando la protección de la salud de este colectivo y la continuidad de cuidados y de la asistencia una vez se produce el internamiento, durante y a la finalización del mismo.

4. **Revisión de los convenios existentes entre las diferentes administraciones para la atención a los pacientes afectados por Síndrome Tóxico**, impulsando unidades específicas, fomentando la atención integral, la formación a los profesionales, la investigación y la adecuada atención y seguimiento de estos pacientes.

5. **Crear procedimientos y recursos específicos para atender a la población con diversidad funcional**. Se facilitará la accesibilidad de los centros y los acompañamientos. Se dotará a los centros sanitarios de acceso a un **sistema de videoconferencia on line de traducción a lenguaje de signos**. Se facilitará **información sanitaria y de recursos sanitarios mediante cecografía** (braille).

6. **Crear una red de personas mediadoras interculturales para favorecer la integración social y sanitaria de la población migrante**. El personal dedicado a la mediación intercultural se encargará de mediar entre la población migrante y los servicios sociales y sanitarios, realizando labores de acompañamiento, información, traducción y

asesoramiento jurídico. Se fomentará el **uso de un sistema público al cien por cien de traducción telefónica** disponible 24 horas para todos los centros sociales y sanitarios.

**7. Conocer y atender a la situación de salud de las personas retenidas en Centros de Internamiento de Extranjeros (CIE)**, exigiendo que se respeten sus derechos humanos y que se asegure su derecho a la protección de la salud. Se tomarán todas las medidas para que no se produzca interrupción de la asistencia sanitaria y el seguimiento de las personas retenidas en estos centros. La autoridad sanitaria exigirá acceso integral a los CIE y podrá tomar medidas para garantizar la salud de estas personas.

## **6.10. SALUD MUNICIPAL**

**1. Desarrollar las competencias municipales en materia de sanidad, consumo y salud medioambiental** y demás cometidos que establece la Ley General de Sanidad de 1986 para los municipios.

**2. Coordinar adecuadamente las redes municipales de centros sanitarios** con las estructuras sanitarias dependientes de la Comunidad de Madrid, asegurando su funcionamiento integrado y la optimización de recursos. Los centros sanitarios municipales seguirán dependiendo de los ayuntamientos y formarán parte de la red sanitaria única de la Comunidad de Madrid. Se asegurará a través de los mismos una adecuada coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios. En los mismos se desarrollarán **actividades y programas de promoción de la salud**, en coordinación con los Centros de Salud y los centros escolares de su territorio, que incluyan fomento de hábitos saludables en materia de alimentación, educación sexual, actividad física, etc.

**3. Dotar a la red de estructuras municipales sanitarias de la capacidad de desarrollar labores de inspección y control sanitario** en las competencias municipales en materia de salud, entre las que se encuentran:

- Control de la calidad de las aguas de consumo
- Vigilancia y control de aguas residuales
- Control de la contaminación atmosférica
- Vigilancia de nivel de ruidos y vibraciones.
- Control de higiene en lugares públicos de restauración, comercio minorista, mercados, hoteles, escuelas, zonas de ocio y recreo, etc.
- Higiene de mataderos, vaquerizas, cabrerizas, etc.
- Salubridad y habitabilidad de las viviendas y centros públicos
- Control de la eliminación de residuos urbanos e industriales.
- Desarrollo de programas de lucha antivectorial.
- Control sanitario de cementerios y policía sanitaria mortuoria.

Se realizará monitorización de indicadores relacionados con estas materias, incluyéndose los **registros en el Sistema de Información Sanitaria de la Comunidad de Madrid**. Se establecerán protocolos para el análisis de las variaciones en los datos recogidos y las intervenciones realizadas, observando su impacto sobre los indicadores del sistema sanitario y los resultados en salud obtenidos.

**3. Coordinar los servicios de emergencias y de transporte sanitario** municipales con los servicios autonómicos, estableciendo protocolos y actuaciones comunes.

**4. Reforzar la participación ciudadana a través de los Consejos de Salud.**

Los ayuntamientos estarán representados e impulsarán la creación de los Consejos de Salud, fomentando la participación ciudadana en los mismos. Los Consejos de Salud, en los que estarán los municipios, formarán parte de los Consejos de Dirección de las áreas sanitarias lo que asegurará la coordinación de los recursos sanitarios del área y la adecuación de los mismos a las necesidades de los/as vecinos/as.

**5. Poner fin a las privatizaciones de todos los servicios municipales de**

**limpieza**, por entender, entre otras cosas, que el funcionamiento de estos servicios tras la privatización se ha deteriorado, poniendo en riesgo la salud de la población por el incremento de exposiciones a contaminantes y residuos peligrosos.

**6. Fomentar una ciudad sostenible y saludable**, tomando medidas para **reducir la**

**contaminación ambiental**: desincentivar el uso del coche particular e incentivar el uso de medios alternativos de transporte, mejorando la dotación de recursos y accesibilidad del transporte público, haciendo más seguro el transporte en bicicleta y aumentando el número de kilómetros de carril-bici, especialmente en el centro de las ciudades.

**7. Establecer una política de urbanismo que tenga en cuenta el impacto**

**sobre la Salud**. El Plan General de Ordenación Urbana (PGOU) deberá orientarse a la mejora de la salud de la población, teniendo en cuenta las necesidades de transporte, las condiciones de habitabilidad de las nuevas viviendas y la dotación de servicios esenciales. Cualquier PGOU deberá superar el examen de la Declaración de Impacto en Salud.

**8. Evitar el uso de plaguicidas y herbicidas en espacios** públicos, tales como

jardines y parques, evitando la exposición a sustancias químicas contaminantes de forma innecesaria. Se buscarán métodos alternativos de lucha contra plagas y de control de malas hierbas.

**9. Se prohibirá la utilización de especies vegetales no autóctonas en**

**parques y jardines públicos, extendiendo la regulación a los centros privados**, de cara a disminuir el **impacto sobre la salud en forma de alergias** derivadas de exposición a estas especies (además del impacto de las mismas sobre el medio ambiente).

**10. Promover el uso de productos limpios en las contrataciones y compras**

**públicas**, reduciendo la exposición de trabajadores/as y usuarios/as de centros públicos, incluyendo los centros sanitarios y escolares.

## 7. ANEXOS

### **ANEXO I. Moción en defensa de los/as afectados/as por Hepatitis C y de su derecho a recibir tratamiento en el sistema sanitario público**

---

#### **Presentada en ayuntamientos de la Comunidad de Madrid con representación de Izquierda Unida**

Los pacientes afectados por la infección del virus de la Hepatitis C llevan meses exigiendo al Gobierno la financiación de un fármaco de reciente comercialización (Sofosbuvir) que se ha demostrado extraordinariamente eficaz en la erradicación de esta enfermedad. La multinacional que lo comercializa, la empresa farmacéutica Gilead, impone un precio abusivo por cada uno de los tratamientos (entre 25.000 y 65.000 Euros por persona). El Ministerio de Sanidad no está financiando adecuadamente el tratamiento. Se ha anunciado un techo de gasto de 125 millones lo que daría tratamiento a un máximo de 5.000 personas cuando son más de 30.000 los que, según las asociaciones profesionales, requieren un tratamiento inmediato. Además, desde la aprobación del mismo por parte de la Agencia Europea de Medicamentos se han registrado unos 4.000 fallecimientos de pacientes que podrían haberse beneficiado de su uso.

Entendemos que el Gobierno no ha hecho ni de lejos lo suficiente para garantizar un tratamiento para todos los afectados susceptibles de beneficiarse del mismo. Aduce problemas de financiación, debido al elevado coste del tratamiento individual, pero no ha hecho uso de las herramientas que están a su alcance y que pueden permitir abaratar el precio del medicamento y garantizar el derecho a la asistencia sanitaria y a la vida de estas personas.

El acuerdo sobre propiedad intelectual de la Organización Mundial del Comercio (Acuerdo ADPIC) permite la utilización de licencias obligatorias, esto es, permisos para que un gobierno pueda producir un producto patentado o utilizar un procedimiento patentado sin el consentimiento del titular de la patente. Es decir, según los acuerdos internacionales firmados, el Gobierno español podría autorizar la producción de genéricos basados en la patente de Sofosbuvir con el fin de dar tratamiento a precio sostenible a los afectados por Hepatitis C, abasteciendo el mercado interno. Es más, en casos como el que nos ocupa, de auténtica emergencia sanitaria y de prácticas empresariales anticompetitivas, el Gobierno no está obligado a intentar negociar una rebaja de precio con el propietario de la patente de manera previa a la autorización de la licencia obligatoria, sino que puede imponer directamente el precio que considere oportuno, adecuado y justo.

La única limitación, que no forma parte del acuerdo ADPIC (modificado en 2003), es la decisión voluntaria de algunos países desarrollados, entre los que se encuentra España, de renunciar a la importación de genéricos producidos bajo licencia obligatoria en terceros países, herramienta que sería útil en caso de que no existiera capacidad técnica para la producción del medicamento genérico en el propio territorio nacional.

Por todo ello, el Pleno del Ayuntamiento de ..... se solidariza con la lucha de los afectados por Hepatitis C, apoya las movilizaciones que están llevando a cabo en defensa de sus derechos y exige e insta al Gobierno de España a:

- 1) Declarar la situación de los pacientes afectados por Hepatitis C como emergencia sanitaria y la actuación de la empresa Gilead de anticompetitiva y monopolística.
- 2) Realizar los trámites necesarios, con la mayor rapidez posible, sin negociación previa con el titular de la patente, para la emisión de licencia obligatoria de Sofosbuvir, autorizando el abastecimiento del mercado interno de este producto mediante la fabricación de genéricos, fijando un precio que sea sostenible para las arcas públicas y que garantice el tratamiento para todos los que lo necesitan según los criterios científicos y de los profesionales.
- 3) Retirar la decisión voluntaria del Gobierno de España de renuncia a la importación de genéricos producidos bajo licencia obligatoria en terceros países, a fin de poder importar medicamentos de estos en caso de que la producción de genéricos bajo licencia obligatoria realizada en nuestro territorio no sea suficiente para cubrir las necesidades de tratamiento.
- 4) Instar a los organismos internacionales y a los países miembros de la UE a la modificación de la legislación de las patentes farmacéuticas, a fin de evitar los efectos perniciosos de la especulación financiera. La empresa que descubrió el Sofosbuvir (Pharmasset) salió a bolsa antes de la comercialización y desarrollo del fármaco y fue adquirida por Gilead por un importe de 11.000 millones de dólares. Entendemos que la legislación debe prohibir que los costes derivados de operaciones bursátiles especulativas sean trasladados al precio de venta de los fármacos o, lo que es lo mismo, prohibir que, en última instancia, las operaciones bursátiles especulativas sean financiadas con los fondos de los sistemas sanitarios públicos.
- 5) Prohibir que se puedan establecer patentes privadas sobre productos que sean desarrollados en buena medida gracias a la labor de investigaciones financiadas por instituciones públicas, desarrolladas en instalaciones o centros públicos, con el concurso de profesionales de los sistemas nacionales de salud o de seguridad social y mediante ensayos en los que participen pacientes que sean captados en centros de titularidad o financiación públicas.
- 6) Desarrollar una investigación farmacéutica independiente de la actual industria, al servicio únicamente del desarrollo científico y de la mejora de la salud de la población, siendo para ello de titularidad y financiación públicas.
- 7) Poner en marcha una industria farmacéutica pública con capacidad de hacer frente a la demanda de medicamentos de los sistemas sanitarios públicos.
- 8) Dar traslado de estos acuerdos al Ministro de Sanidad y a los Portavoces de los Grupos Parlamentarios del Congreso de los Diputados.

Asimismo, instamos al Gobierno regional de la Comunidad de Madrid a sumarse a estas exigencias ante el gobierno central y a asumir su responsabilidad derivada de las competencias autonómicas en prestación de la asistencia sanitaria, garantizando de inmediato la proporción del tratamiento necesario a todos los afectados que lo necesiten según prescripción facultativa.

## **ANEXO II. Proposición de Ley de garantía de asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a todos los residentes de hecho en la Comunidad de Madrid**

---

**Presentada por el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida en la Asamblea de Madrid**

### **Exposición de motivos.**

El derecho constitucional a la protección de la salud, así como la obligación de los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios sanitarios con carácter universal, en los términos expuestos por el artículo 43 de la Constitución Española, no se ve garantizado en la actualidad para todas las personas residentes de hecho en España.

Este derecho constitucional estaba sujeto a una gran dispersión normativa, cuyas desigualdades estaban en vías de ser resueltas por la disposición sexta de la *Ley 33/2011 de Salud Pública* que aunque no solucionaba la gran complejidad en la gestión del derecho a la asistencia sanitaria por los distintos servicios públicos de salud, sí garantizaba la universalidad de la misma.

Las modificaciones que, sobre el derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, introdujo en la *Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud* la aprobación del *RDL16/2012, 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* han provocado que muchas personas tanto españolas como extranjeras no tengan derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos perdiéndose la universalidad del derecho a la salud en España. Estas modificaciones implican la división de los residentes en España entre asegurados y no asegurados, garantizándose la asistencia sanitaria completa con cargo a fondos públicos únicamente a las personas aseguradas y sus beneficiarios.

El citado RDL16/2012 pretendía garantizar la asistencia sanitaria de los no asegurados incluyendo el concepto de “atención en caso de urgencia”. Este es un concepto subjetivo y ha introducido una gran arbitrariedad en la asistencia de las personas a las que el RDL16/2012 no reconoce el carácter de asegurados. Dicha arbitrariedad lleva a una situación de inseguridad tanto a los ciudadanos como a los trabajadores de los servicios públicos de salud, los cuales se ven en la necesidad de decidir qué es urgente y qué no según criterios que no son cuantitativos y sin la posibilidad de realizar pruebas diagnósticas especializadas.

Por otro lado, tras más de dos años desde la aprobación del RDL16/2012 ha quedado de manifiesto que los sistemas informáticos sobre los que reside la historia clínica de los pacientes y toda la actividad asistencial que reciben en la Comunidad de Madrid, no están

diseñados de modo que se pueda discriminar las prestaciones dispensadas en función del tipo de aseguramiento de los pacientes, lo cual ha creado aún más inseguridad tanto en los pacientes como en los trabajadores.

El reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria, en tanto en cuanto está otorgado al Instituto Nacional de la Seguridad Social por considerarse todavía una prestación de la misma, es una competencia del Estado y por lo tanto el gobierno de la Comunidad de Madrid no puede legislar sobre este derecho en el ámbito nacional. Sin embargo existen antecedentes en la Comunidad de Madrid de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a ciudadanos madrileños, que entonces estaban excluidos, mediante la *orden 430/2009, de 4 de junio, del Consejero de Sanidad, por la que se garantiza el derecho a la asistencia sanitaria pública y gratuita a las personas que causen baja en los regímenes de la Seguridad Social por cese en la actividad laboral*. Dicha orden garantizó la asistencia sanitaria a este colectivo hasta que la aprobación de la *Ley 33/2011 de Salud Pública* amplió este derecho a todo el Estado.

Por todo lo anterior se presenta la siguiente proposición de Ley, en la que se reconoce el derecho a la asistencia sanitaria con cargo a presupuestos públicos y en igualdad de condiciones a todos los ciudadanos con residencia de hecho en la Comunidad de Madrid, independientemente de su nacionalidad, siempre que no exista un tercero obligado al pago.

#### **Artículo primero. Objeto.**

El presente Decreto tiene por objeto regular en la Comunidad Autónoma de Madrid, el acceso a las prestaciones sanitarias y a las prestaciones farmacéuticas contenidas en la cartera de servicios del Servicio Madrileño de Salud a aquellas personas excluidas del ámbito de aplicación de la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos a través del Sistema Nacional de Salud por no tener la condición de asegurados ni de beneficiarios del mismo.

#### **Artículo segundo. Ámbito de aplicación.**

Se aplicará esta ley a todas aquellas personas residentes de hecho en la Comunidad de Madrid que no ostenten la condición de asegurados ni de beneficiarios según el RD1992/2012 de 3 de agosto.

#### **Artículo tercero. La asistencia sanitaria de las personas no aseguradas.**

1. Se reconoce el derecho a la asistencia sanitaria en la Comunidad de Madrid en las mismas condiciones que los asegurados a todas las personas que cumplan los siguientes requisitos:
  - a. Estar empadronadas en la Comunidad de Madrid.
  - b. No ostentar la condición de asegurado, ni de beneficiario de un asegurado ni tener el derecho a la asistencia sanitaria reconocido por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.
  - c. En tanto se produzca la necesaria integración en el régimen general de la Seguridad Social, no tener el derecho a la asistencia sanitaria reconocido por cualquiera otra mutua, aseguradora o cualquier otra entidad pública o privada que permita la opción de recibir la asistencia sanitaria a través del Servicio Madrileño de Salud.
  - d. No estar sujetos a convenios internacionales de prestación de asistencia sanitaria.

2. En los casos de personas residentes que no estén empadronados por causas de exclusión social se podrá sustituir el empadronamiento por un informe de un trabajador social dependiente del Sermas o en su defecto del servicio social municipal correspondiente al municipio donde se presente la solicitud, que certifique la residencia habitual y/o la situación de exclusión.
3. El derecho a la asistencia sanitaria reconocido en esta normativa excluye aquella asistencia cubierta por cualquier entidad que esté obligada al pago en las situaciones específicas establecidas en su convenio regulador.

#### **Artículo cuarto. Tarjeta sanitaria individual.**

Todas las personas cuyo derecho a la asistencia sanitaria está reconocido según el artículo tercero de la presente Ley tienen derecho a la emisión de una tarjeta sanitaria individual que garantice su acceso a las prestaciones sanitarias que requieran en las mismas condiciones que los asegurados.

#### **Artículo quinto. Reconocimiento del derecho.**

El reconocimiento de la asistencia sanitaria regulada en el artículo tercero se hará a través del procedimiento que se determine reglamentariamente, previa solicitud del interesado, por la Subdirección de Coordinación de Atención Primaria y Aseguramiento del Servicio Madrileño de Salud.

#### **Artículo sexto. Extensión del derecho.**

1. Todas las personas extranjeras no aseguradas ni beneficiarias de un asegurado que se encuentren temporalmente en la Comunidad de Madrid tendrán derecho a la asistencia sanitaria, con cargo a los presupuestos de la Comunidad de Madrid, por accidente o enfermedad sobrevenida y a la continuidad de dicha asistencia hasta la situación de alta médica, siempre que no tengan derecho a la misma por otro título jurídico o sean beneficiarios de un convenio internacional de prestación de asistencia sanitaria.
2. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren temporalmente en la Comunidad de Madrid tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles, siempre que no tengan derecho a dicha asistencia por otro título jurídico.
3. Las mujeres extranjeras embarazadas que se encuentren temporalmente en la Comunidad de Madrid tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles, siempre que no tengan derecho a dicha asistencia por otro título jurídico, durante el embarazo, el parto y hasta 8 semanas después del parto.

#### **Artículo séptimo. Las prestaciones farmacéuticas de las personas no aseguradas.**

La prescripción de los medicamentos y productos sanitarios se cumplimentará en los modelos oficiales de receta válidos en el Sistema Nacional de Salud.

#### **DISPOSICIÓN ADICIONAL PRIMERA**

Desde la Subdirección de Coordinación de Atención Primaria y Aseguramiento se adoptarán las medidas oportunas para regular los procedimientos de solicitud del derecho a los ciudadanos y para trasladar la presente norma a los sistemas de información sanitaria.

#### **DISPOSICIÓN ADICIONAL SEGUNDA**

Las personas que vean reconocido el derecho a la asistencia sanitaria por la presente Ley verán canceladas, si lo tuvieran contratado y sin perjuicio económico para las mismas, el convenio especial regulado por el RD 576/2013 de 26 de julio. La cancelación se producirá en el momento en el que el derecho a la asistencia sanitaria reconocido por esta Ley se haga efectivo. En ningún caso se producirá una interrupción del derecho a la asistencia sanitaria ni alteración en la prestación de los servicios sanitarios que estas personas vinieran recibiendo.

#### **DISPOSICIÓN ADICIONAL TERCERA**

En tanto permanezcan en vigor las normas que regulan la financiación de las prestaciones farmacéuticas de la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud:

1. Las personas que accedan a la asistencia sanitaria mediante la presente norma por no ser asegurados ni beneficiarios de un asegurado por superar el límite de rentas establecido según el artículo 3.3 de la [Ley 16/2003, de 28 de mayo](#) de Cohesión y Calidad del SNS, tendrán un porcentaje de aportación del usuario en las prestaciones farmacéuticas similar a los usuarios a los que se les aplica el artículo 94 bis 5.a de la Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
2. Al resto de personas a las que les es de aplicación la presente norma se les aplicará un porcentaje de aportación del usuario en las prestaciones farmacéuticas similar a los que se les aplica el artículo 91 bis 5.c de la Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

#### **DISPOSICIÓN TRANSITORIA**

El derecho a la asistencia sanitaria reconocido en los términos que se expresan en esta normativa lo será en tanto se aprueben, en el ámbito estatal, las siguientes medidas:

1. La necesaria integración de los diferentes regímenes de aseguramiento con financiación pública en la Seguridad Social.
2. El consecuente reconocimiento del derecho ciudadano, independientemente de la condición de asegurado, a la asistencia sanitaria en el marco de un Sistema Federal de Salud que garantice la cobertura universal de toda la población residente de hecho (incluyendo la asistencia sanitaria imprescindible a la población con estancia temporal).
3. La actualización e integración de la carteras de servicios suplementarias y accesoria en la Cartera Común de prestaciones del citado Sistema Federal de Salud.

#### **DISPOSICIÓN FINAL**

La presente Ley entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid.