

# LA SALUD EN LA COMUNIDAD DE MADRID

## INFORME DEL GRUPO DE POLÍTICA SOCIAL



**EAPN-MADRID**

**2013**

## La salud en la Comunidad de Madrid

<b>1. CUESTIONES PREVIAS: LA ESPECIAL NATURALEZA DE LA SALUD COMO BIEN SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA POBREZA Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL.....</b>	<b>2</b>
1.1. EL ENFOQUE BIOSPISICOSOCIAL DE LA SALUD .....	2
1.2. UNA ACLARACIÓN INICIAL PARA ENTENDER Y CONTEXTUALIZAR LA POBREZA Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL. ....	4
1.3. SALUD Y POBREZA .....	5
1.4. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS SOBRE LA SALUD.....	7
<b>2. LA SALUD COMO DERECHO HUMANO. ....</b>	<b>8</b>
CUESTIONES PREVIAS .....	8
2.1. EL CONTENIDO DEL DERECHO A LA SALUD .....	9
2.2. LAS OBLIGACIONES DEL ESTADO .....	12
<b>3. MODELOS SANITARIOS. ....</b>	<b>13</b>
3.1. EL PUNTO DE PARTIDA: LOS MITOS DE LA DICOTOMÍA PÚBLICO-PRIVADA. ....	13
3.2. LAS IMPLICACIONES EN EL MODELO DE SALUD DE SU CONCEPCIÓN COMO DERECHO HUMANO Y BIEN COLECTIVO. ....	17
<b>4. EVOLUCION LEGAL DEL DERECHO A LA SALUD: MARCO LEGISLATIVO.....</b>	<b>21</b>
4.1. EVOLUCION ESTATAL. ESPAÑA.....	21
4.2. EVOLUCION AUTONÓMICA. COMUNIDAD DE MADRID.....	24
<b>5. LAS CONSECUENCIAS DE LA REFORMA: HACIA UN NUEVO MODELO SANITARIO. ....</b>	<b>28</b>
5.1. LAS CONSECUENCIAS DE LA REFORMA. ....	28
5.2. PROBLEMAS CRÓNICOS Y ESTRUCTURALES DEL MODELO DE SALUD. ....	29
<b>6. SALUD Y JUSTICIA SOCIAL: UNA MIRADA DESDE LOS COLECTIVOS MÁS VULNERABLES. ....</b>	<b>33</b>
6.1. SALUD MENTAL. ....	33
6.2. SALUD E INMIGRACIÓN. ....	37
6.3. SALUD Y DESEMPLEO. ....	40
6.4. GÉNERO Y SALUD. ....	43
6.5. SALUD Y ADICCIONES.....	45
<b>7. HACIA DÓNDE CAMINAR PROPUESTAS.....</b>	<b>49</b>
7.1. PROPUESTAS GENERALES. ....	50
7.2. PROPUESTAS SOBRE SALUD MENTAL. ....	51
7.3. PROPUESTAS SOBRE ADICCIONES. ....	52
7.4. PROPUESTAS SOBRE SALUD E INMIGRACIÓN. ....	53

## **1. CUESTIONES PREVIAS: LA ESPECIAL NATURALEZA DE LA SALUD COMO BIEN SOCIAL Y SU REALCIÓN CON LA POBREZA Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL.**

### **1.1. EL ENFOQUE BIOSPICOSOCIAL DE LA SALUD**

Desde la primera aproximación a la salud como derecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS), atiende a una comprensión holística al definir la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

La OMS da cuenta de la globalidad y lo integral de la salud, estando a la complejidad que entraña la salud y a la multitud de factores que van más allá del propio sistema sanitario estricto sensu y que nos afectan e implican a todas y a todos. Así el derecho a la salud implica atender tanto a la atención de salud propiamente dicha, como a aquellos aspectos clave de la vida y las circunstancias laborales de las personas y sus estilos de vida que la OMS llama determinantes sociales de la salud.\*

Por tanto, para conocer realmente el estado de la salud y para que dicho conocimiento sea completo, es imprescindible partir de una concepción integral de la salud adoptando el concepto de salud biospiciosocial que propone la OMS. Hablar de salud es muy amplio, es hablar de la incidencia de enfermedades de todo tipo, tanto las vinculadas a grupos más excluidos o vulnerables como las que no, es hablar de salud infantil, de salud de la mujer, hablar de planificación familiar y salud reproductiva, es hablar de violencia de género, drogodependencias y adicciones, es hablar de salud laboral y de salud ambiental, de salud mental, de dependencia, del perfil de la persona cuidadora, y un largo etcétera.

La concepción occidental tradicional sobre la salud, a la que se ha dado en llamar “modelo biomédico”, solamente contempla las causas biológicas para explicar los problemas de salud y promueve una división anatómico-patológica de la medicina donde la persona enferma queda seccionada según cada especialidad. El tratamiento tiene un carácter exclusivamente físico, buscando conseguir los cambios necesarios en el cuerpo de los pacientes, los cuales son seres totalmente pasivos en el proceso.

Frente a este modelo se ha planteado otro alternativo que toma en cuenta de modo significativo los factores psicológicos, sociales y culturales junto con los biológicos y

medioambientales como determinantes en el desarrollo de las enfermedades, en su manifestación aguda, y necesarios al diseñar la rehabilitación de las mismas. Este modelo recibe el nombre de modelo biopsicosocial y fue propuesto por Engel en 1977. Según esta perspectiva, la función de los sistemas sanitarios se modifica: no se trata de curar la enfermedad sino de cuidar la salud

	Modelo biomédico	Modelo biopsicosocial
Concepto de enfermedad	La enfermedad es causada por un desorden en el funcionamiento corporal.	La enfermedad está determinada por un conjunto de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, que interaccionan de modo complejo y único en cada persona.
Concepto de salud	La salud es la ausencia de signos objetivos y/o síntomas subjetivos de funciones corporales inadecuadas.	La ausencia de enfermedad es una condición necesaria pero no suficiente de la salud. La salud involucra también un funcionamiento óptimo en los niveles psicológicos y sociales.
Rasgos del modelo	Dualismo mente-cuerpo Mecanicismo: cuerpo=máquina Reduccionismo: de los factores psicosociales a factores orgánicos. Negativismo: enfoque en la enfermedad y no en la persona.	Multifactorial: en la complejidad e interacción de factores de riesgo. Concepción integrada de lo psíquico y lo biológico. Orientación tanto hacia la salud como hacia la enfermedad.
Ventajas	Desarrollo farmacológico. Educación popular sobre medidas higiénicas.	Mayor comprensión del desorden patológico, con mayor poder explicativo. Desarrollo más amplio en Prevención



	<p>Desarrollo de métodos diagnósticos más precisos.</p> <p>Desarrollo de técnicas quirúrgicas.</p>	<p>Primaria de la enfermedad.</p> <p>Rehabilitación integral de la persona coronaria, enfocada en mejorar su calidad de vida.</p>
Desventajas	<p>Preponderancia de una visión curativa sobre una visión preventiva de la enfermedad.</p> <p>Adopción de un rol pasivo frente a la enfermedad que conlleva una pobre responsabilidad frente a la salud.</p> <p>Preocupación excesiva en la duración de la vida en detrimento de la calidad de vida.</p>	<p>Exige un mayor intercambio interdisciplinario.</p> <p>La conformación de equipos de salud multidisciplinares, para la prevención y rehabilitación de la enfermedad.</p> <p>Dificultades teóricas y empíricas en la consideración de los factores de riesgo, según las diferentes posturas teóricas disciplinares.</p> <p>Peligro de un relativismo en el análisis de los factores que determinan la salud y la enfermedad.</p>

Tomado de “El Modelo Biopsicosocial”, Mirta Laham: <http://www.psicologiadelasalud.com.ar/art-profesionales/42-el-modelo-biopsicosocial.html?showall=1>

## 1.2. UNA ACLARACIÓN INICIAL PARA ENTENDER Y CONTEXTUALIZAR LA POBREZA Y LA EXCLUSIÓN SOCIAL.

Antes de profundizar en los vínculos entre la salud, la pobreza y la exclusión, es preciso hacer unos breves apuntes que nos permitan comprender la complejidad de las realidades de pobreza y exclusión. En este sentido, la primera consideración es que la pobreza y la exclusión social son dos realidades diferentes y no siempre interrelacionadas.

La pobreza se refiere a la falta de recursos económicos para acceder a bienes y servicios básicos. Cuando se habla de pobreza en países desarrollados, se habla la pobreza relativa, es decir, una persona es pobre si dispone de unos recursos económicos inferiores a la media de la ciudadanía de ese país.

*Exclusión social*, sin embargo, hace referencia a un proceso mucho más complejo, consistente en la pérdida de integración o de participación de una persona en una sociedad. La exclusión social puede incluir la falta de ingresos debido a factores como la pérdida del empleo o la dificultad para acceder a él; también puede incluir la ausencia de redes familiares y sociales, una baja participación o protección social, discapacidad severa, carencia de una vivienda digna, o distintas combinaciones de estos y otros factores.

### **1.3. SALUD Y POBREZA**

La pobreza y la exclusión están estrechamente relacionadas con el estado de salud de las personas. La lucha contra la pobreza y la exclusión social es inseparable de la atención promoción de la salud. La mala salud es uno de los denominadores comunes de las familias que se encuentran en situaciones de pobreza y exclusión y se configura como un elemento que profundiza las situaciones de pobreza o que obstaculiza salir de ellas.

En el contexto nacional y autonómico actual, la sociedad madrileña y española está experimentando una serie de medidas que están implicando recortes sociales, reducciones del gasto en salud pública, el incremento de los costes sanitarios y farmacéuticos soportados por los/as enfermos/as, una mayor vinculación entre el pleno acceso a la atención sanitaria y la inclusión en el mercado laboral o el incremento de actores privados en la gestión de la sanidad. Todos estos factores afectan directamente a la salud de la población y es preciso estudiar y analizar cuál es el efecto real de tales medidas en el estado de la salud de la población en general y de modo específico analizar cómo afectan a las personas y colectivos más vulnerables.

La enfermedad y la mala salud disminuyen la calidad de vida de las personas que las padecen y a la de sus familiares. Cuanto menor es el nivel de protección social mayor es la incidencia, pero en general la enfermedad provoca desde la reducción de los ahorros familiares hasta la

reducción de la capacidad para el aprendizaje. Del mismo modo, las personas en situaciones de pobreza y exclusión están expuestas a mayores riesgos personales y ambientales para la salud, están peor alimentadas, experimentan barreras de acceso a un sistema de salud cada vez más restrictivo o tiene una menor capacidad de acceso a la información, entre otras.

El desarrollo de políticas públicas encaminadas a la mejora de la atención sanitaria no sólo incide directamente en la mejora de la salud de la población en general sino que contribuyen de manera importante a la lucha contra la pobreza y la exclusión social. A la larga, una política de salud con un enfoque específico sobre la pobreza y la exclusión social influye positivamente en la igualdad social y en una mayor equitatividad en la distribución de la riqueza. Así, se promueve el acceso y la participación de las personas más vulnerables a los recursos que les permitan consolidar procesos de inclusión, fortaleciéndose el capital humano y social y aumentando la productividad. Una población saludable produce más y mejor, pero también ahorra más.

Desde EAPN-Madrid, nos preocupa que no se atienda adecuadamente al doble vínculo entre salud y pobreza. Insistimos, la enfermedad y la mala salud son factores que contribuyen a la pobreza, pero la pobreza es asimismo un elemento que influye negativa y sustancialmente en el estatus de salud de las personas. En concreto: el desempleo, el empeoramiento de las condiciones laborales, el empleo en la economía sumergida, la violencia doméstica y de género, la pérdida de las redes sociales, la falta de una vivienda adecuada, entre otras, refuerzan los vínculos entre la pobreza y la exclusión social con la pérdida de salud.

El doble vínculo que une las situaciones de especial vulnerabilidad económica y social con la salud requiere asumir que la mala salud y la desigualdad son realidades inseparables, ambas se retroalimentan y para lograr avances en cualquiera de ellas es necesario tomar medidas que incidan en ambas direcciones. Para que las mejoras en la atención sanitaria redunden en beneficio de todas las personas, es imprescindible considerar el impacto de las políticas de salud sobre las personas y colectivos más vulnerables y atender a sus necesidades específicas así como atender a las desigualdades en el estatus de salud introduciendo criterios de igualdad material y justicia social al considerar la salud y el sistema sanitario.

Aún así, un verdadero avance en el estado de la salud de la población y un sistema de atención a la salud que contribuyan verdaderamente a la reducción de la pobreza y la exclusión, exigen abordar y atajar las desigualdades económicas y sociales, tomando medidas para una

distribución más equitativa de la riqueza. Se extiende el consenso en que la atención a la salud es un prerrequisito tanto para un nivel de vida adecuado como para el desarrollo y el crecimiento de una sociedad. La desigualdad en todas sus formas y en concreto en relación a la salud es algo que nuestra sociedad no se puede permitir, no podemos seguir ciegos al hecho de que la pobreza genera enfermedades ni a los costes económicos y humanos que éstas generan y que lastran a la sociedad.

#### **1.4. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS SOBRE LA SALUD**

La salud es un bien esencial que presenta unas características especiales. Esta esencialidad tiene implicaciones importantes que inciden en el derecho a la salud, pero también imponen exigencias éticas a la hora de abordar la acción de estado en relación a la atención sanitaria y en el modelo de gestión.

Dicho de otro modo, la salud es un derecho humano cuyo contenido garantiza a las personas la atención a la salud más alta que sea posible. Ello implica asegurar la accesibilidad física y económica, la disponibilidad, la calidad y la aceptabilidad ética de los servicios de salud. El derecho a la salud implica una serie de obligaciones para el Estado, como en el resto de derechos humanos y que desarrollaremos más adelante. Sin embargo, la salud no es solo un derecho humano, es además, un bien colectivo de importancia central para la sociedad. Es desde esta segunda perspectiva de la salud que se imponen exigencias en la forma de realizar el derecho humano a la salud y de gestionar la atención sanitaria.

El estado está obligado a proveer una atención a la salud adecuada y el no hacerlo incide de forma directa y negativa en su propia autonomía, pero no puede disponer de la salud. El contenido de la salud como derecho humano señala la importancia de la participación en la toma de decisiones que afecten a la salud, a su gestión y a sus políticas.

La garantía de los derechos sociales y en concreto del derecho a la salud no puede quedar supeditada a la actuación discrecional de las mayorías coyunturales; ni siquiera la legitimidad electoral puede ser considerada como un argumento definitivo para reducir la protección y garantía de los derechos humanos, los derechos humanos civiles y políticos, pero también económicos y sociales están fuera de la disponibilidad de la acción de los poderes del Estado y

deben configurarse como un marco que limite y oriente la acción de los poderes públicos. Así, es intolerable que las autoridades democráticas puedan reducir el nivel de protección alcanzado en el derecho a la atención sanitaria y es imprescindible que toda política y medida entorno a la salud vaya acompañada de mecanismos cualificados de participación ciudadana y de un análisis de impacto en términos de igualdad material para las personas y colectivos más vulnerables.

Otra idea básica a la hora de abordar el derecho a la salud y los derechos sociales es que los mismos son derechos humanos, derechos fundamentales, generalizables, universales, indisponibles e indivisibles. Es por ello que la realización o máximo grado de protección no puede quedar supeditado a otros derechos que dejarían de configurarse como tales para pasar a ser deberes. Por ejemplo, el derecho a la salud en tanto que derecho humano, no puede estar vinculado al derecho al trabajo y por ende a la inclusión en el mercado laboral. En esta situación que se va extendiendo, la salud deja de ser un derecho humano para convertirse en un privilegio o concesión y el derecho al trabajo perdería su condición de derecho humano para convertirse en un deber que sería además prerrequisito para acceder a la titularidad de otros derechos humanos, entre ellos el goce del grado máximo de salud, pero también para acceder a la residencia, la ciudadanía y a la titularidad o ejercicio de los derechos civiles y políticos.

## **2. LA SALUD COMO DERECHO HUMANO.**

### **CUESTIONES PREVIAS**

Antes de abordar más en profundidad la salud como derecho humano, es preciso establecer la idea de la interdependencia, la indivisibilidad y la universalidad de los Derechos Humanos por lo que todos los derechos humanos se refuerzan mutuamente. Así, la realización del derecho a la salud está ligada a la garantía y realización del resto de derechos.

Dicho esto, es preciso resaltar que el contenido del derecho a la salud debe considerarse en un sentido amplio que va más allá del derecho a la atención sanitaria y que abarca el derecho a la alimentación, a una vivienda adecuada, al agua potable, a un adecuado nivel de vida, a la no

discriminación, derecho a la privacidad, al acceso a la información, a la participación o el derecho a beneficiarse de los avances y aplicaciones científicas. Todos estos aspectos y algunos más conforman los factores determinantes de la salud, es decir todos aquellos factores que garantizados por el régimen de los derechos humanos componen las condiciones que protegen y promueven el derecho a la salud.

Además y como ya se ha desarrollado, para las personas que viven en la pobreza, la salud es el único activo para el ejercicio de sus derechos. La salud física y mental permite la participación y facilita los procesos de inclusión, posibilita a los adultos trabajar y a los niños aprender, en tanto que una mala salud es una carga para el propio individuo y para aquellos que se tiene que hacer cargo de ellos. El derecho del individuo a la salud no puede realizarse sin la realización previa de otros derechos cuya violación es la raíz de la pobreza (trabajo, alimentación, vivienda, educación, no discriminación...).

## **2.1. EL CONTENIDO DEL DERECHO A LA SALUD**

El derecho a la salud es parte de nuestros derechos humanos y de las condiciones básicas para una vida digna. El derecho goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Fue articulado originalmente en el preámbulo de la Constitución de la OMS (1946) en el que se define la salud como el estado de completa salud física, mental y bienestar y no meramente la ausencia de enfermedad.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) se contempla el derecho a la salud como parte del derecho a un nivel adecuado de vida (artículo 25) y es consagrado como derecho vinculante en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).

Numerosos instrumentos y tratados de derechos humanos<sup>1</sup> han reconocido o desarrollado el derecho a la salud o alguno de sus elementos delimitando su contenido mínimo y esencial,

---

<sup>1</sup> Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos.

<sup>1</sup> Protocolo Adicional Primero del PIDCP.

<sup>1</sup> Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

<sup>1</sup> Convenio para la Eliminación de toda forma de Discriminación.

clarificando la naturaleza del derecho al máximo grado de salud posible y los medios para alcanzarlo. A continuación enumeraremos los elementos que configuran el contenido esencial del derecho a la salud:

- Un derecho inclusivo a la salud que contempla garantizar el acceso a la atención sanitaria pero también: el acceso a agua potable y a sistemas de saneamiento adecuados, acceso a alimentos seguros, a una nutrición y vivienda adecuadas, condiciones laborales y ambientales saludables, acceso a información y educación sobre salud e igualdad de género.
- Un conjunto de libertades que integran: libertad para no recibir tratamientos médicos no consensuados como experimentos médicos e investigaciones, esterilizaciones forzadas y la libertad a no ser sometido a tortura u otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes.
- Un conjunto de derechos: derecho a un sistema de protección sanitaria en igualdad de oportunidades para todos que permita el disfrute de del grado máximo de salud posible; derecho a la prevención, tratamiento y control de enfermedades; derecho al acceso a las medicinas esenciales; derechos materno-infantiles y reproductivos; acceso igualitario y temprano a los servicios básicos de salud; derecho a recibir información y educación relacionada con la salud; derecho a la participación de la población en las decisiones relacionadas con la salud a nivel nacional y local.
- Un conjunto de servicios, bienes e infraestructuras que deben ser proveídos a todos los ciudadanos sin discriminación alguna
- Un conjunto de elementos referidos a la aceptabilidad, la accesibilidad, la calidad y la disponibilidad de las infraestructuras, bienes y servicios de salud, desarrollados en la Observación General 14/2000 sobre el derecho a la salud (Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales).

---

<sup>1</sup>Convenio para la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer.

<sup>1</sup>Convenio para la prevención de la Tortura y el Trato inhumano y degradante.

<sup>1</sup>Convenio de los Derechos del Niño.

Es de especial interés para terminar de entender el concepto del derecho a la salud recogido en los instrumentos internacionales de derechos humanos, la Observación General sobre el derecho a la salud (2000) del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Dicha observación consagra nuevamente que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Asimismo, profundiza en los elementos esenciales del derecho a la salud, a saber:

- **Disponibilidad:** se deberá contar con una cantidad adecuada suficiente de infraestructuras, establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud suficientes y adecuados.

- **Accesibilidad:** las infraestructuras, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado Parte. Esto supone que no debe existir discriminación alguna en el acceso, deben ser accesible físicamente y económicamente (asequibilidad) y se debe garantizar el acceso a la información adecuada y suficiente.

- **Aceptabilidad:** todas las infraestructuras, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género, las culturas y el ciclo de vida.

- **Calidad:** las infraestructuras, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados médica y científicamente y de buena calidad, garantizando personal médico capacitado, sistemas de saneamiento y agua adecuados, medicamentos y materiales aprobados científicamente y no caducados, etc.

Según la Observación general mencionada, el derecho a la salud también comprende «obligaciones básicas» referentes al nivel mínimo esencial del derecho. Aunque ese nivel no se puede determinar en abstracto porque es una tarea nacional, para guiar el proceso de establecimiento de prioridades se enumeran los siguientes elementos fundamentales: atención primaria de salud esencial; alimentación esencial mínima nutritiva; saneamiento;

agua limpia potable; medicamentos esenciales. Otra obligación básica es la de adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; esa estrategia y ese plan deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; deberán prever indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; se deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

## 2.2. LAS OBLIGACIONES DEL ESTADO

Los estados tienen la obligación primaria de respetar, proteger y promover los derechos humanos definidos y garantizados en instrumentos internacionales de derechos humanos que han sido ratificados por los estados y por ende son normas vinculantes.

- **Respetar:** exige abstenerse de injerir en el disfrute de los Derechos Humanos y en concreto del derecho a la salud.
- **Proteger:** requiere adoptar medidas para impedir que terceros (actores que no sean el Estado) interfieran en el disfrute de los Derechos Humanos y en concreto del derecho a la salud.
- **Promover:** implica la adopción de medidas positivas para dar plena efectividad a los Derechos Humanos y en concreto del derecho a la salud.

El derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano. Asimismo, tratándose de un derecho social, no es efectivo automáticamente, pero obliga al Estado a tomar medidas para su realización progresiva y a avanzar lo más expedita y eficazmente posible en relación a los máximos recursos disponibles.

Así, el artículo 2 del PIDESC obliga a los estados debe a tomar medidas para individualmente y por medio de la asistencia y la cooperación internacional, especialmente técnica y económica, y hasta el máximo de los recursos disponibles, para alcanzar de manera progresiva la plena realización de los derechos económicos, sociales y culturales, por todos los medios necesarios y particularmente a través de medidas legislativas.

Asimismo y en relación al principio de realización progresiva e irretroactividad que caracterizan los derechos sociales, económicos y culturales, una situación de crisis o dificultad financiera de un estado no reduce su obligación de tomar acciones para la realización del derecho a la salud. Al considerar el nivel de cumplimiento con las obligaciones relacionadas con el derecho a la salud se debe tener en cuenta la disponibilidad de recursos y en contexto de desarrollo del país, sin embargo no es justificable el incumplimiento en el respeto de sus obligaciones en relación al derecho a la salud por la falta de recursos. Los estados deben garantizar el derecho a la salud hasta el máximo de sus recursos disponibles incluso si estos están ajustados.

### 3. MODELOS SANITARIOS.<sup>2</sup>

#### 3.1. EL PUNTO DE PARTIDA: LOS MITOS DE LA DICOTOMÍA PÚBLICO-PRIVADA.

El punto de partida implica la asunción de que no hay datos sólidos, por falta de estudios de evaluación suficientemente consistentes, que permitan concluir la mejor eficacia y eficiencia de un modelo sanitario público o privado ni es posible aseverar, de modo general, la mayor conveniencia de un modelo de gestión sanitaria público, privado o mixto. Es al final una decisión política pero que debe tener en cuenta a toda la sociedad. Todo dependerá de las circunstancias y especificaciones concretas presentes en cada sistema de salud y en cada sociedad y de la forma en que se aborden los problemas de salud y se atiendan los enfoques

---

<sup>2</sup> - 2012, comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: a systematic review.

- 2009, Stuckler D, Basu S; The International monetary fund's effects on global health: before and after the 2008 financial crisis.

-2009, Oxfam; Blind Optimism: challenging the myths about private health care in poor countries.

-World Bank, 2009: World Bank responds to new Oxfam health report.

de vulnerabilidad, los requisitos de participación, los regímenes de asignación de responsabilidades, etc.

Ningún modelo es milagroso y todo modelo presenta puntos fuertes y puntos débiles. Es imprescindible conocerlos para poder tomar las medidas correctivas adecuadas. Otro aspecto que dificulta un análisis que compare los modelos de salud, es que no se dan modelos absolutos sino que mezclan aspectos de los modelos públicos y privados en diferente grado y medida. Procederemos ahora a abordar algunos de los mitos entorno a la dicotomía Público-Privada, para tratar después de identificar cuáles son las claves para optimizar un sistema de salud.

Los defensores de los sistemas privados de salud, argumentan que dichos sistemas son más eficientes, responsables y sostenibles que los sistemas públicos de salud. Establecen que por la lógica, funcionamiento y competencia de mercado, los modelos privados se adaptan mejor a las necesidades de los pacientes. Por el contrario, los defensores de los sistemas públicos de salud, señalan la incapacidad del mercado de dar una adecuada provisión de bienes de salud y en especial, de servicios preventivos. Además, inciden en que los sistemas privados generan mayores desequilibrios y desigualdades en el acceso a los servicios de salud y que ello tiene consecuencias especialmente graves para las personas y colectivos más empobrecidos.

A esto hay que añadir la importante corriente que desde las organizaciones e instrumentos internacionales de Derechos Humanos, los relatores especiales de las NNUU y las ONG, viene defendiendo la necesidad de retrotraer y proteger del libre mercado los bienes públicos esenciales para la vida, entre ellos la salud.

La evaluación efectuada por (ESTUDIO PUB-PRIV) señala que a nivel global:

- En los sistemas de salud privados hay una mayor propensión a violar los estándares de buenas prácticas médicas y que por lo general tienen resultados más pobres para los pacientes, si bien tienen un menor tiempo de respuesta y una atención más hospitalaria.
- La eficiencia demostrada tiende a ser menor en los sistemas privados que en los públicos. Ello se debe principalmente a los efectos perniciosos de los incentivos

económicos que llevan a realizar numerosas pruebas y tratamientos innecesarios a los pacientes que puedan pagarlos.

- En relación a los sistemas públicos, se señalan mayores limitaciones de acceso a recursos, equipamientos, medicaciones y personal altamente cualificado.

El mencionado estudio, basándose en comparativas sistemáticas de los sistemas públicos y privados de salud en base a los criterios determinados por la Organización Mundial de la Salud<sup>3</sup>, extrae las siguientes conclusiones:

#### **Accesibilidad y capacidad de respuesta:**

Los datos señalan que el porcentaje de visitas a los servicios de salud era sensiblemente menor entre la población pobre que entre la población rica en los sistemas de salud privados. Dicho esto, los tiempos de espera son sensiblemente inferiores en la atención privada que en la pública y del mismo modo, (con una orientación clientelista), se señala que los paciente-cliente están más contentos con el trato recibido en los instalaciones de atención a la salud privadas.

#### **Calidad de la atención sanitaria:**

La adecuación y adhesión a los estándares de prácticas médicas son peores en los sistemas privados que son menos tendentes a ceñirse a las guías y procedimientos en el diagnóstico de enfermedades y en las prácticas de prescripción de tratamientos y fármacos resultando en mayores índices de error en los diagnósticos de las enfermedades y en la prescripción de medicamentos y tratamientos inapropiados, optando muchas veces por tratamientos más caros y complejos.

#### **Resultados orientados al paciente:**

Los datos presentan mayores índices de éxito en el tratamiento de enfermedades infecciosas en los sistemas de salud públicos (VIH o tuberculosis, algunas de las más graves e importantes del mundo), asimismo, establecen claramente que en los sistemas de salud privados, los pacientes suelen recibir tratamientos excesivamente cortos.

---

<sup>3</sup> Accesibilidad y respuesta, calidad, resultados, responsabilidad, transparencia, regulación, justicia y equidad y eficiencia.

Los estudios que comparan los resultados pre y pos-privatización evidencian unos peores resultados del sistema de salud asociados a procesos rápidos de privatizaciones extensivas y masivas de los sistemas de salud. De hecho en Brasil o Colombia, quedan ampliamente acreditados la caída de la cobertura de vacunación de muchas enfermedades o el incremento de los abortos, la esterilidad o el mal uso de anticonceptivos. Asimismo, se evidencia una tendencia a realizar más tratamientos y pruebas innecesarias en los sistemas de salud privada que en los públicos.

### **Responsabilidad, transparencia y regulación:**

Se aprecia una mayor opacidad (o inexistencia) de datos relativos a estos aspectos en el sector privado. En el sector público si hay gran cantidad de estadísticas y bases de datos esenciales para un óptimo conocimiento que permita la planificación y la evaluación del sistema de salud y sus necesidades.

También se aprecia una insuficiencia de datos que permitan una evaluación y un conocimiento serio del impacto en salud de las asociaciones entre el sector público y el privado en la provisión de servicios de salud

De lo que sí hay amplias evidencias es que los estados suelen realizar elevados gastos y desarrollan grandes esfuerzos en la regulación del sector privado para mejorar la calidad de la atención en salud y que dichos esfuerzos tienen un impacto y una efectividad muy limitadas, algo mayores en función del control e implementación públicos.

### **Justicia y Equidad:**

Las barreras económicas de acceso a la salud, y especialmente en las formas de fianzas son una lacra a la universalidad del acceso a la salud tanto en los sistemas públicos como en los privados. Los proveedores privados de salud tienden a atender principalmente a los grupos con ingresos más elevados y menos problemas de salud y necesidades médicas resultando de ello grandes disparidades en la cobertura, en especial en relación a pacientes en situación de precariedad como las personas sin hogar; del mismo modo, se aprecia que en los sistemas privados los pacientes más pobres son atendidos por profesionales menos cualificados y que reciben servicios de calidad limitada.

Cuando los contratos de prestación de servicios de salud por proveedores privados contienen cláusulas específicas con incentivos por objetivos de población marginada atendida, se aprecia una gran mejora en los servicios y la atención que las poblaciones vulnerables reciben.

#### **Eficiencia:**

Numerosos estudios ponen de manifiesto una mayor tendencia a la prescripción de fármacos en los sistemas privados que en los públicos para un mismo diagnóstico. También se percibe que los precios de los medicamentos, tanto genéricos como de marca, son más elevados cuanto mayor es la presencia de la provisión privada de los servicios de salud. Los procesos de privatización en salud están indiscutiblemente asociados con el incremento de los precios de fármacos y medicamentos.

### **3.2. LAS IMPLICACIONES EN EL MODELO DE SALUD DE SU CONCEPCIÓN COMO DERECHO HUMANO Y BIEN COLECTIVO.**

El debate sobre la adecuación y oportunidad entre los diferentes modelos de atención y gestión sanitaria está muy polarizado a todos los niveles y a lo largo de todo el globo. Como ya hemos mencionado, no hay evidencias concluyentes que permitan aseverar la mayor eficiencia de un modelo respecto al otro y se trata, más bien, de una opción política y social. Cada modelo presenta sus potencialidades y sus debilidades. De lo que se trata es de no idealizar el sistema y de atajar de frente las debilidades que presente el modelo concreto con un especial enfoque sobre las personas y colectivos más vulnerables.

Los procesos de privatización y externalización se han venido extendiendo con fuerza durante los últimos años, acelerándose con el comienzo de la crisis económica y financiera mundial como consecuencia de las mayores restricciones presupuestarias impuestas a los Estados para la contención del gasto público. En este contexto, la Unión Europea, el FMI y el banco Mundial han auspiciado estos procesos con el objetivo principal de reducir el déficit de los estados por medio del incremento de la presencia del sector privado en la prestación de servicios públicos. Aún así, estos procesos no han venido acompañados del análisis y evaluación de sus efectos sobre la efectiva provisión de servicios esenciales a la ciudadanía en general, y mucho menos sobre los colectivos más vulnerables. Tampoco se han tratado de adoptar las medidas y

garantías necesarias para optimizar la calidad de los servicios y corregir las deficiencias que entraña un modelo externalizado o uno privatizado.

Sería equivocado asumir un modelo público como la panacea universal para la salud sin abordar y corregir sus defectos y limitaciones. Sin embargo, tampoco es razonable ni real pensar que la mera externalización de la atención sanitaria reduce el gasto público, incrementando su eficacia y asegura su viabilidad económica sin ningún efecto sobre la calidad de la misma y sobre una amplia gama de derechos humanos; en este sentido, las primeras implicaciones afectan a la salud de los colectivos vulnerables, extendiéndose sus efectos sobre la salud de la población en general, pero también al derecho al trabajo y a las condiciones laborales de los trabajadores sanitarios. De hecho, estudios recientes sobre el modelo de salud en España u otros modelos similares como el británico, confirman que la tendencia a la externalización de la gestión de la salud conlleva efectos negativos en el estado de salud de la población.

En concreto y en relación a la externalización, serían imprescindibles la articulación de cláusulas sociales, mecanismos de responsabilidad y de participación y de protección sobre los efectos negativos del mercado en la provisión de servicios esenciales. Respecto a este último aspecto, preocupa especialmente el dumping sanitario, por el cual grandes empresas sanitarias compiten precios muy bajos reduciendo la calidad de la atención y las condiciones laborales de sus empleados, e incluso asumiendo pérdidas para expulsar a los competidores del mercado y luego subir los precios, con lo que el supuesto ahorro que implicó la externalización no sería más que una ilusión especulativa con graves consecuencias sociales.

En el caso de España y concretamente de la Comunidad de Madrid, no estamos tanto ante un debate entre un sistema de salud público o privado sino ante un debate en torno al modelo de gestión. El viraje que se está produciendo en la Comunidad de Madrid y en otros espacios del territorio nacional justifica su lógica en que una mayor aplicación de las normas de la competencia del libre mercado y la competencia beneficiaría la prestación de los servicios de salud sin tener en cuenta los efectos negativos que se han venido observando en las regiones donde se han desarrollado similares procesos.

Como fuere, estamos ante una apuesta política e ideológica basada en criterios económicos y en los principios neoliberales que se asume de manera totalmente acrítica y sin fundamento suficiente, que los procesos de privatización de la gestión son beneficiosos para la economía

en el corto plazo y para la sociedad en general en el largo plazo y no se está a las deficiencias estructurales del modelo de gestión privada ni a las correcciones imprescindibles que se derivan de la propia naturaleza de la salud como derecho humano y que imponen una serie de límites y criterios para la gestión de la salud, sea esta pública o privada.

En este sentido, acudir a la naturaleza misma de la salud como derecho humano reconocido en los instrumentos de derecho internacional de los derechos humanos y a su consideración como un bien estratégico y colectivo fortalece su posición en la base de la igualdad de oportunidades, del desarrollo de la autonomía personal y del desarrollo de la sociedad. Los procesos de privatización alejan la gestión y la toma de decisiones de la sociedad a la que pertenecen, por ende caminan hacia la vulneración de los derechos de participación en la toma de decisiones que afectan al derecho a la salud, suficientemente consagrado en el contenido del derecho a la salud.

Existe un consenso sobre la configuración de la salud como bien público y colectivo. De esta concepción de la salud se derivan importantes implicaciones que se recogen en los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos y desde las organizaciones sociales. Entre ellas, destaca la importancia de los sistemas y mecanismos de participación y decisión colectiva son imprescindibles. Es esencial establecer mecanismos eficaces de control y responsabilidad en la atención sanitaria que limiten el poder y la discrecionalidad de los actores en materia de salud. Asimismo, es necesaria una alta participación de las administraciones públicas en la provisión de la salud. Las administraciones públicas son las instituciones que están mejor posicionadas para coordinar y liderar los procesos de mejora en los servicios públicos, cuentan con la información y la capacidad de diseñar planes y ejecutar inversiones con un enfoque específico en los colectivos más vulnerables. Son necesarios los esfuerzos para revitalizar la salud pública garantizando el enfoque de la justicia social y la igualdad reduciendo los efectos negativos que la liberalización y la internalización tienen sobre las personas más vulnerables.

No podemos perder de vista que la salud es un bien colectivo que afecta a toda la sociedad y a su capacidad de desarrollar su capital humano y social y de fortalecer el crecimiento económico. Es el derecho y el deber de toda la sociedad contribuir a la mejora del sistema sanitario y de involucrarse en su gestión y en los procesos de toma de decisiones.

Por otro lado, la consideración del acceso a la salud como derecho humano tiene otras implicaciones que lo configuran como un elemento esencial para la realización de una vida digna y que genera obligaciones para el Estado.

El modelo que se está implantando mercantiliza las relaciones y derechos los somete a las leyes de libre mercado y de la oferta y la demanda. El disfrute de ciertos derechos se vincula progresivamente al proceso de laboralización y de inclusión en el mercado laboral en un contexto de flexibilización-precarización del empleo y de altísimo desempleo. El trabajo deja de configurarse como un derecho y aparece como una condición previa para el disfrute de otros derechos, condición que no está al alcance de todos.

Los sistemas de copago, repago, la reducción de prestaciones sanitarias básicas y el incremento de los precios y tasas para acceder a los mejores servicios disponibles crea una brecha en el acceso a la salud y produce disparidades en el disfrute de la atención sanitaria en función de la renta, el nivel de ingresos de la población o en la tenencia de seguros privados.

Esto supone un claro incumplimiento por parte del estado de sus obligaciones internacionales de derechos humanos y vulnera el principio de igualdad y no discriminación. Asimismo, vulnera el derecho de las personas al disfrute del grado máximo de salud posible y al derecho de beneficiarse de los avances técnicos y científicos en relación a la salud recibiendo los mejores cuidados en relación a la tecnología disponible.

Los sistemas de salud públicos presentan ciertas deficiencias, entre ellos, quizás en relación a la eficiencia económica. No hay duda de que nuestro sistema sanitario es mejorable, pero la mejora de la salud y la atención adecuada a la misma tienen un coste elevado. Estas deficiencias no justifican la privatización y/o externalización del sistema sanitario porque ello no solucionará los problemas estructurales que presenta y acarreará nuevos problemas en relación a la participación y a la responsabilidad del sistema. Las medidas de reducción de la cobertura de la salud y del gasto en salud no racionalizan la atención sino que recortan el acceso a la salud y excluyen a personas reduciéndose los costes económicos del mismo a corto plazo e hipotecando el futuro de la población.

Sea cual sea el modelo por el que se opte requiere reforzar la presencia y la capacidad de las administraciones públicas como garantes del derecho humano a la salud, de la participación colectiva en la toma de decisiones que afecten a la provisión de los servicios de salud, de la

articulación de las responsabilidades de los diferentes actores en salud y sobre todo garantizar el enfoque de vulnerabilidad del sistema sanitario atendiendo a las necesidades específicas de las personas y colectivos más vulnerables.

#### **4. EVOLUCION LEGAL DEL DERECHO A LA SALUD: MARCO LEGISLATIVO**

##### **4.1. EVOLUCION ESTATAL. ESPAÑA**

La evolución del sistema nacional de salud tiene sus principios originarios en la Ley 14/1986 de 25 de Abril, General de Sanidad, con un enfoque comunitario y coordinado con los servicios sociales, donde aparece una cobertura universal y gratuidad de medicamentos (con excepciones). Marca las bases de la prevención y promoción de la salud.

A continuación se hace un pequeño repaso por las diferentes leyes y reformas que han ido marcando el actual modelo sanitario, tanto a nivel estatal como autonómico.

- **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.**

Por medio de esta ley, el Estado se reserva la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad y las Comunidades Autónomas van asumiendo las competencias en materia de sanidad de manera progresiva.

En dicha ley, queda destacado: el carácter público, la universalidad y la gratuidad del sistema, la definición de los derechos y deberes de ciudadanos y poderes públicos en este ámbito, la descentralización política de la sanidad, la integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud y su organización en áreas de salud, y el desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria que ponía el énfasis en la integración en este nivel de las actividades asistenciales y de prevención, promoción y rehabilitación básica.

- **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.**

Se preocupa principalmente de ordenar y coordinar las actividades de la asistencia sanitaria, creando una carta de servicios comunes en todo el territorio: atención primaria, atención

especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencia, farmacéutica, ortoprotésica, productos dietéticos y transporte sanitario.

Promueve el aseguramiento universal y público por parte del Estado, asegurando la atención integral a la salud, tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación, procurando un alto nivel de calidad.

Deja claro que debe impedir la discriminación de cualquier colectivo de la población que por razones culturales, lingüísticas, religiosas o sociales tengan especial dificultad para el acceso efectivo a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

- **Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.**

Esta ley da respuesta a un marco normativo que maximice el nivel de salud sin detrimento de otros bienes sociales que contribuyen al bienestar de la sociedad y establece las bases legales que sustentan las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas en materia de salud pública.

Se centra en problemas de salud de la colectividad. Relaciona la salud con otras variables que influyen sobre ella: entorno familiar, educación, bienes materiales, desigualdades sociales y económicas, acceso al trabajo, diseño y servicios de ciudades y barrios, calidad del aire,....

- **PROGRAMA NACIONAL DE REFORMAS DEL REINO DE ESPAÑA 2012 (27 de abril de 2012)**

Justifican todas las medidas persiguiendo el objetivo principal de garantizar la sostenibilidad del Sistema Público Sanitario. Para ello, ponen en marcha las siguientes acciones, entre otros:

Aunque continúa “Garantizando el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud haciendo efectivo el principio de universalidad”, este se ve mermado ante la definición del asegurado y la concreción de la residencia legal, apareciendo las exclusiones.

Mejorar la equidad en el acceso a las prestaciones de la cartera de servicio común (quedando fuera la cartera de servicios común suplementaria y accesoria como son farmacia, dietoterápicos, transportes no urgentes, prótesis y ortoprótesis).

Racionalización de la demanda farmacéutica (lo que supone en algunos casos la eliminación de la financiación pública de un grupo importante de medicamentos y en otros el aumento del coste económico de los mismos para los usuarios).

Con estas medidas, se ve disminuida la cartera de servicios y aumentados los costes para los usuarios, tanto por el gasto farmacéutico, de prótesis, transporte...

- **Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.**

Se operativiza el Programa de Reformas presentado el 27 de abril de 2012, quedando definidos los conceptos de “asegurado” y “beneficiario”, y marcadas las condiciones excluyentes para acceder a los servicios. Hemos perdido la “universalidad”.

- **Ley 16/2012, de 27 de diciembre, por la que se adoptan diversas medidas tributarias dirigidas a la consolidación de las finanzas públicas y al impulso de la actividad económica.**

Justifica todas estas medidas tomadas, en las crisis financiera y económica. Las reformas se realizan para reforzar la sostenibilidad y mejorar la eficiencia en la gestión.

Apoya un Sistema Nacional de Salud que garantiza la protección de la salud sustentada con base en la financiación pública, la universalidad y la gratuidad de los servicios. Aún así, se vuelve a definir claramente la condición de asegurado, dejando claro que los que no cumplan esta condición tendrán que costear el servicio

Aparece una nueva categorización de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud: Los servicios ahora se dividen en “Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud” totalmente cubiertos por la financiación pública y la “Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud” que se financiará con aportaciones de los usuarios (farmacéutica, ortoprotésica, productos dietéticos, transporte sanitario no urgente) y con “Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud” que se financiará con aportaciones de los usuarios (no aclaran que servicios son).

Además se complementa con “Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas” los cuales serán financiados por las propias CCAA (cada comunidad podrán incorporar servicios no contemplados).

Los servicios para los usuarios se han visto disminuidos, aumentando el coste en concepto como farmacia, prótesis. Además, la equidad entre Comunidad Autónomas que se buscaba creando la cartera de servicios, se ve rota con los servicios que podrán incorporar cada una de ellas, creando diferencias entre ellas.

#### **4.2. EVOLUCION AUTONÓMICA. COMUNIDAD DE MADRID**

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

Dentro de su ámbito competencial, la Comunidad de Madrid por medio de esta ley, establece su ordenación sanitaria, así como la regulación de todas las acciones que permiten hacer efectivo el derecho de protección a la salud creando el Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid

El Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid nace bajo los principios, entre otros, de universalidad, solidaridad, equidad e igualdad efectiva en el acceso, desde una concepción integral del Sistema que contemple la promoción de la salud, la educación sanitaria, la prevención y la asistencia, no sólo de los madrileños, sino de las personas que se encuentren en su ámbito territorial.

Presenta un nuevo modelo sanitario que sitúa al ciudadano en el epicentro del Sistema, y refuerza el principio de aseguramiento público, de modo que es la demanda y no la oferta asistencial la que determina la configuración y funcionamiento del Sistema Sanitario. Potencia la participación de la sociedad civil en la formulación de la política sanitaria y el control de su ejecución, y la de los profesionales sanitarios en las decisiones de organización, planificación y gestión de los recursos.

En esta ley, ya aparece la “iniciativa privada”, en la medida que incorpora una referencia expresa a las organizaciones sanitarias privadas, que junto con otras iniciativas sanitarias de la

sociedad civil, concurren con la administración sanitaria, en la prestación de servicios asistenciales, en sus respectivos ámbitos. Según esta ley, se hace esta referencia encaminada únicamente a garantizar y mejorar los niveles de colaboración y coordinación con el sistema sanitario público, a través de la armonización de los sistemas de información, y la colaboración con actividades de salud pública, con iniciativas de calidad total y con programas de formación e investigación.

Se crea una Red de Agencias Sanitarias de la Comunidad de Madrid cuyo objetivo es aproximar y facilitar al ciudadano la gestión de los trámites administrativo-sanitarios y ser garante de los derechos de los ciudadanos en relación con las prestaciones sanitarias.

Además, aparecen diferentes figuras novedosas, de las cuales destacamos las más cercanas, participativas y garantes de una buena atención:

“Defensor del Paciente”, tiene como principal objeto intermediar en los conflictos que se planteen, recabar información, así como recibir todo tipo de sugerencias que deseen realizar los ciudadanos.

“Consejos de Salud de Área” con el objeto de posibilitar la participación ciudadana dentro del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid.

El “Consejo de Salud” se constituye en el principal órgano de participación de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, asesorando en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución.

(Las tres figuras desaparecerán con la Ley 9/2010, de 23 de diciembre)

Dentro de las actuaciones que presenta esta ley, cabe destacar las acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y colectiva, y los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, incluidos los trastornos adictivos, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas.

- **Decreto 14/2005, de 27 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se integra el Servicio Madrileño de Salud en el Instituto Madrileño de la Salud, se modifica su denominación y se establece su régimen jurídico y de funcionamiento**

Con el objetivo de contar con un único ente público que aglutine todas las funciones competentes en temas de salud y se eviten duplicidades, se integra el Servicio Madrileño de Salud en el Instituto Madrileño de la Salud.

Entre otros fines se mantienen:

La atención integral de la salud del individuo, comprensiva tanto de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como de las acciones curativas y rehabilitadoras necesarias, que colabore en la reinserción social, en el ámbito de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.

La organización integral de las funciones de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación.

El acercamiento y la accesibilidad de los servicios a la población.

La participación de la sociedad civil, en el control, evaluación y seguimiento del objeto, funciones y actividades del Servicio Madrileño de Salud, en la forma, estructura y condiciones que establezca el desarrollo reglamentario.

- **Ley 9/2010, de 23 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y Racionalización del Sector Público.**

Entre otras muchas medidas fiscales que en este momento no nos atañen; se declara la extinción de los siguientes entes públicos y Entidades de Derecho público:

Instituto Madrileño de Desarrollo,

Consejo de la Mujer,

Consejo de la Juventud,

Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid,

Instituto Madrileño de Administración Pública y Agencia Financiera de Madrid.

Además, se suprimen otros órganos colegiados de carácter consultivo como son:

Defensor del Paciente

Mesa para la Integración y Promoción del pueblo gitano de la Comunidad de Madrid.

Consejo Asesor del Observatorio Regional de la Violencia de Género

Comisión de Acreditación, Evaluación y Control de Centros y Servicios de Tratamientos con Opiáceos

Comisión Asesora para la Elaboración del Plan Regional de Prevención y Control del Riesgo Cardiovascular en la Comunidad de Madrid

Comisión para la integración de la Salud Mental en la Atención Especializada

Comisión Permanente de Programación y Seguimiento de Subvenciones en materia sanitaria y de consumo

Comisión de Seguimiento y Evaluación de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones

Comisiones de Cuidados Paliativos de Área

Comité de Expertos de la Hepatitis C en la Comunidad de Madrid

Consejo de Salud de la Comunidad de Madrid

Consejos de Salud de las Áreas Sanitarias

Grupo Clínico Asesor de Atención Primaria de Madrid

Observatorio Regional de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos

Las creaciones de figuras cercanas y participativas que aparecieron en la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, en este momento han quedado disueltas.

## 5. LAS CONSECUENCIAS DE LA REFORMA: HACIA UN NUEVO MODELO SANITARIO.

### 5.1. PROBLEMAS CRÓNICOS Y ESTRUCTURALES DEL MODELO DE SALUD.

La Comunidad de Madrid viene enfrentando una serie de problemas y cuestiones de fondo que definen las particularidades y dificultades crónicas del sistema de atención sanitaria en la Comunidad y que ahora procederemos a esbozar. En cualquier caso, a raíz de las reformas que se han venido produciendo desde el año 2012, los efectos de estas cuestiones se han intensificado y extendido y a ellos se han unido nuevos elementos a tener en cuenta. Entre las cuestiones de fondo y largo recorrido, destacamos:

**La ausencia de planes de actuación.** Dichos planes son necesarios en cualquier ámbito de actuación, ya que marcan la estrategia, directrices, objetivos, metas, actuaciones, etc. a nivel más o menos global, de una forma adaptada al contexto de implementación. Su ausencia deja un gran vacío, a la vez que es camino fértil para la arbitrariedad o justificación del “no hacer”, pero también son una clara muestra de desinterés por la ciudadanía y/o de la falta de espacios para la participación ciudadana. En concreto, en el ámbito de Drogas y Adicciones no hay ningún plan, siendo el último el de 2006-2009; en el ámbito de mujer y violencia el último plan fue el correspondiente al periodo el último es de 2005-2008; y en VIH/SIDA, no hay plan desde el año 2007.

**La insuficiencia crónica de los presupuestos.** Los presupuestos sanitarios de las distintas CCAA reflejan el índice de la sensibilidad social de cada una de ellas, y evidencian la capacidad de las mismas para asegurar la atención sanitaria de su ciudadanía. El presupuesto sanitario per cápita de la Comunidad de Madrid, fue en 2012, de 1.104,52€; 141,49€ por debajo de la media nacional, que ascendía a 1.246,01€, lo que coloca a la Comunidad a la cola del resto de autonomías, sólo por delante de la Comunidad valenciana y Baleares. En definitiva, estos presupuestos evidencian una insuficiencia financiera en la Sanidad madrileña, que se agrava con la derivación de fondos hacia el sector privado en detrimento del sistema sanitario público. Por ejemplo, en el año 2011, el presupuesto cama/año para los centros públicos ascendía a 307.187€ frente a los 485.187€ cama/año que, de media, se presupuestaron para los centro privados.

**La externalización de la sanidad**, proceso que se viene desarrollando de manera continuada y progresiva desde la transferencia de las competencias en materia sanitaria a la Comunidad en el año 2002 y que está generando un desvío de los fondos públicos al sector privado en detrimento de los centros públicos. Preocupa especialmente la falta de cohesión y las difusas estrategias de gestión, en la Comunidad de Madrid encontramos hasta 5 modelos de gestión diferentes y simultáneos, lo que está dificultando la coordinación necesaria para una adecuada atención sanitaria a la población. Dichos modelos, no atajan las deficiencias estructurales de nuestra sanidad ni abordan los problemas, que de fondo, cada modelo y forma de gestión plantea. Asimismo, se incrementa la falta de transparencia en la sanidad y se limitan las formas de participación ciudadana.

## **5.2. LAS CONSECUENCIAS DE LA REFORMA.**

Como hemos mencionado, a consecuencia de las reformas en materia sanitaria auspiciadas por los gobiernos central y autonómico, y en concreto por el Plan de medidas de garantías y sostenibilidad del sistema sanitario incluido en el presupuesto 2013 de la Comunidad de Madrid, cabría destacar:

- La descapitalización progresiva de la sanidad pública a favor de la sanidad privada y costa de los fondos públicos. En este sentido los pliegos de condiciones vienen estableciendo medidas claramente ventajosas para los centros privatizados en términos de coste de cama y de estancia; así mismo, se les traspassa la tecnología disponible a precio de saldo. A consecuencia de ello, la sanidad pública pierde capacidad de respuesta y eficacia, no tanto debido al modelo sino a la falta de los recursos humanos, económicos y tecnológicos para hacer frente a su misión.
- El proceso progresivo de privatización del sistema sanitario aplicando una amplia diversidad de modelos y sin atender las necesarias correcciones que los modelos externalizados requieren para asegurar la máxima eficiencia en la atención a la salud de todas las personas y aplicando mecanismos sin correcciones que ya han presentado unos lamentables resultados tanto en España como en el Reino Unido.
- Los recortes de personal y precarización laboral, uno de los principales ejes sobre los que están girando los recortes en sanidad y cuyos efectos sobre los profesionales

inciden directa y negativamente sobre el derecho a un trabajo digno e impiden la prestación de una atención adecuada a los usuarios del sistema sanitario.

- El aumento de listas de espera y empeoramiento de la calidad de la atención sanitaria.

El citado plan de medidas de garantías y sostenibilidad del sistema sanitario contempla una serie de medidas que, si bien, no se han llevado a cabo en toda su extensión ilustran la senda que se ha decidido tomar y permiten apuntar las principales deficiencias y retos a enfrentar.

Entre tales medidas encontramos:

- La privatización de los servicios no sanitarios; entre ellos los servicios de limpieza y lavandería. Este proceso ya se está desarrollando aunque en algunos centros con más rapidez que en otros. En concreto, lamentamos el nivel de despidos que esta situación está implicando y la precarización de los nuevos empleos que esta forma de gestión de tales servicios generen. Por ello, nos parece necesario que los pliegos de condiciones velen por los empleos dignos de las personas que presten los servicios y que se contemplen condiciones sociales a la contratación.
- Privatización de un 10% de los centros de atención primaria. En este momento aún no se han aprobado los pliegos de condiciones y no está claro el número de centros (entre 4 y 27) que se van a privatizar. Preocupa cómo se lleven a cabo los planes para fomentar la entrada de entidades formadas por profesionales y se anima a favorecer este tipo de gestión frente a otros modelos de privatización así como contemplar condiciones sociales para la gestión de los centros por entidades de profesionales o sin ánimo de lucro.
- Concentración de laboratorios. Esta medida no se ha llegado a implementar.
- Cierre de Instituto de Cardiología y de la Agencia de Formación Laín Entralgo.
- Reconversión de los Hospitales La Princesa y Carlos III; no se han llevado a cabo en los términos previstos si bien preocupa la falta de transparencia y de participación de los actores interesados y privatización de los hospitales de gestión mixta, cuyos pliegos de condiciones ya han sido aprobados y presentan una clara tendencia a privilegiar al sector privado a costa de los fondos públicos.

- Reducciones de personal suspendiendo las jornadas de tarde en muchos centros así como las prolongaciones de servicio activo sin realizar nuevas contrataciones para cubrir el compromiso del 10% de las vacantes.
- Retirada del helicóptero sanitario con base en Lozoyuela. Esta medida no se ejecutará, pero se mantendrá con cargo a las subvenciones locales que el gobierno regional concede a los ayuntamientos de la zona.
- La tasa del euro por receta, medida anulada por el tribunal constitucional, establecimiento de copagos en farmacia, prótesis, ortesis y dietas, y retirada de la financiación pública a 417 medicamentos.

Si tomamos mayor perspectiva aunando la situación en la Comunidad de Madrid con los giros que se han venido produciendo en el plano nacional, no cabe duda de que nos enfrentamos a un cambio de más hondo calado que responde a un cambio en el modelo sanitario.

La primera gran implicación del nuevo modelo es que el sujeto titular del derecho a la salud ha de tener la condición de asegurado o beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España. Dicha asistencia será realizada con cargo a fondos públicos y a través del Sistema Nacional de Salud. Como consecuencia, se vincula el derecho a la atención sanitaria al aseguramiento, tomando distancia de su conceptualización como derecho ciudadano y, aún más, como derecho humano.

Si bien, las implicaciones prácticas e inmediatas de este cambio no tendrían por qué implicar mayores problemas en la atención efectiva, especialmente en relación a las clases medias y a las personas normalizadamente integradas en la sociedad laboral, preocupan seriamente los efectos reales sobre los colectivos más vulnerables. Hemos comprobado que, de hecho, se han generado importantes bolsas de exclusión del sistema sanitario; en concreto las personas migrantes en situación administrativa irregular o las personas mayores de 26 años en situación de desempleo que no hubieren cotizado, colectivos vulnerables que no reúnen los requisitos para ostentar la condición de asegurado o beneficiario. Algunas de estas situaciones se han venido solventando por la vía de las excepciones pero ello evidencia aún más que el derecho a la atención sanitaria deja de ser un derecho humano, para convertirse en un elemento de “ciudadanía integrada” o una concesión del gobierno.

Este marco no deja de ser complicado porque evidentemente abre la puerta al modelo de seguros privados y al incremento de la participación del sector privado y por ende, a la creación de un sistema dual de salud que discrimine en función de los recursos de las personas o de su situación de integración en el mercado laboral. Así pues, se refuerza la idea de un modelo sanitario excluyente y desigual, con diferentes niveles de calidad en la atención. En este sentido no dejan de preocupar los cambios en la cartera de servicios y en especial, su fragmentación en tres modalidades: básica, accesoria y suplementaria; sólo la primera gratuita en el momento del uso y estableciéndose mecanismos de copago para las otras dos. Por último, las medidas para el establecimiento de copagos y del control y racionalización del uso de medicamentos, si bien establecen topes máximos y diferentes graduaciones en función de los niveles de renta, su proporcionalidad y oportunidad son más que cuestionables y contribuyen al aumento en la desigualdad entre ricos y pobres, perjudicándose gravemente a las personas y colectivos más vulnerables, a los enfermos crónicos y aquellos que padecen patologías agudas.

Toda esta situación no deja de ser aún más llamativa en tanto que la financiación de la sanidad no se vincula al aseguramiento sino, desde el Pacto de Toledo (1995), se financia vía impuestos, con una relevancia cada vez mayor de los impuestos indirectos y especiales. En cualquier caso, cualquier persona que consuma en España financia la sanidad por lo que, si es cuestionable que haya personas en España que no reciban la mejor atención sanitaria que podamos ofrecer, lo es aún más que no se les preste aún contribuyendo a su financiación.

Por último, señalar que como consecuencia lógica de este alejamiento de la salud como derecho humano universal se alejan las decisiones en materia de atención sanitaria de la ciudadanía obviando el contenido del propio derecho a la salud según lo contempla y define la ONU. Así, se está produciendo el desmantelamiento de todas las formas y mecanismos para la participación y el control ciudadano en la toma de decisiones en materia de salud, reduciéndose la rendición de cuentas y la transparencia.

## **6. SALUD Y JUSTICIA SOCIAL: UNA MIRADA DESDE LOS COLECTIVOS MÁS VULNERABLES.**

### **6.1. SALUD MENTAL.**

Según un informe de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), la Comunidad de Madrid está por debajo de la tasa adecuada en número de psiquiatras en centros de salud mental por habitante. Esta tasa es de 4,02 psiquiatras por cada 100.000 habitantes faltando un 0,98 para llegar al estándar adecuado, lo que equivaldría a que serían necesarios 63 psiquiatras más. Respecto a los psicólogos/as tan solo hay 1,88 por cada 100.000 habitantes con lo que serían necesarios al menos 135 profesionales más. Igualmente ocurre con los profesionales de enfermería en los centros de salud mental de la Comunidad de Madrid donde hay 1,43 por cada 100.000 habitantes, faltan 1,57 para llegar a la tasa adecuada lo supone un déficit de 91 enfermeros/as.

Estos datos corresponden a un periodo anterior a que se produjera la disminución de los tanto de los presupuestos de Sanidad y los del programa de Atención Social a Personas con Enfermedad Grave de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid de 2013 y las medidas privatizadoras en los hospitales y centros de salud mental.

Los presupuestos sanitarios de la Comunidad de Madrid han disminuido alrededor de un 7%. Este recorte agrava la dotación destinada a la sanidad madrileña que ya era menor a la media del resto de Comunidades Autónomas en 142 euros menos por persona y año en 2012.

En los últimos años se está produciendo un deterioro progresivo de la calidad de la atención en salud mental de la Comunidad, no solo por la falta de una dotación económica suficiente sino también por el cambio de un modelo de salud mental comunitaria impulsado desde la Reforma Psiquiátrica durante los años 80. Han desaparecido las áreas sanitarias que permitían un trabajo más coordinado entre todos los dispositivos de atención sanitarios y sociales.

La desaparición de las once áreas sanitarias impide la integración de la atención ya que se puede elegir el centro de salud mental a demanda pero no la atención domiciliaria en caso de

urgencia o la derivación a un Equipo de Apoyo Social Comunitario de la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental grave y duradera. Además pone fin al modelo de atención sociosanitaria centrada en las necesidades de la población atendida en función de las características de la zona (urbana, rural, envejecimiento, etc) así como la importancia de la cercanía geográfica para el acceso a los recursos, algo básico para todos los ciudadanos pero en el caso de las personas con enfermedad mental aún más por las características de la sintomatología o el deterioro psicosocial que conllevan algunas patologías psiquiátricas.

Asistimos a una planificación no adecuada de las camas hospitalarias en las unidades de psiquiatría de los diferentes hospitales madrileños, así como a una tendencia de cerrar centros de salud mental en detrimento de los pacientes que tendrán que ser atendidos en los hospitales. Esto supone un gran riesgo de abandono del tratamiento ya que supone que los pacientes tengan que trasladarse de un centro próximo, accesible e integrado con los recursos sanitarios y comunitarios de la zona a las consultas externas de un hospital.

Se está anulando el modelo sanitario que estaba siendo efectivo: un servicio de psiquiatría con camas de hospitalización, interconsulta y urgencia y una atención ambulatoria en los centros de salud mental.

Como se ha mencionado anteriormente el presupuesto destinado desde la Consejería de Asuntos Sociales para la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental grave y duradera se ha reducido aproximadamente un 7%, más exactamente en 3,37 millones de euros. A esta red pertenecen los centros de rehabilitación psicosocial, de rehabilitación laboral, centros de día y soporte social y equipos de apoyo socio comunitarios. Gracias al trabajo de estos dispositivos se han reducido el número de hospitalizaciones e ingresos en unidades psiquiátricas prolongadas, lo que ayuda a disminuir el gasto sanitario. Desde esta filosofía en salud mental menos comunitario y más enfocado hacia los hospitales en detrimento de los centros de salud mental es más complicado el mantenimiento de los beneficios en la calidad y mejora de los pacientes, a los que se atiende desde esta red, y a sus familias. Señalar que la LOSCAM incluye la rehabilitación psicosocial como una prestación sanitaria.

En el caso de las personas con enfermedad mental grave y duradera es necesario la existencia de una adecuada atención socio sanitaria ya que hay que abordar necesidades complejas. Sin lugar a dudas, una buena coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales

resulta básica para la recuperación de estos pacientes ya que la atención que requieren las patologías más graves requieren intervenciones sanitarias y sociales de forma conjunta

Esta comprobado la existencia de ciertos **factores de riesgo** que juegan un importante papel en la posible aparición de una enfermedad mental o simplemente en el empeoramiento y deterioro de su sintomatología. Es evidente que si estos factores de riesgo no solo no se impiden sino que se propician directa o indirectamente desde las políticas sociales se va a producir un aumento de las personas afectadas por problemas de salud mental y sobre todo en aquellos colectivos que se encuentren en situaciones más vulnerables. Así pues, la dificultad de acceso a la vivienda, la precariedad laboral, la dificultad de acceso a los programas de servicios sociales, a la educación a la sanidad, y la sensación constante de miedo e incertidumbre son factores de riesgo que inevitablemente influyen de manera negativa en la salud mental de las personas.

Según la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Discapacidad (FEAFES) las cifras de patologías graves, como esquizofrenia o trastorno bipolar se mantienen estables, pero **han aumentado enormemente los casos de ansiedad y depresión**.

El último estudio epidemiológico realizado en España y publicado por la revista Europea de Salud Pública (European Journal of Public Health) titulado “ Los riesgos para la salud mental de la crisis económica en España: evidencia desde los servicios de Atención Primaria” ha comparado la prevalencia de los trastornos mentales en los servicios de Atención Primaria a partir de los datos recogidos en 2006-2007 y cuatro años después 2010-2011.

Los resultados han puesto de manifiesto un aumento de los pacientes que acudieron a consulta por trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastornos somatomorfos y problemas de consumo de alcohol desde el inicio del periodo de recesión económica. En concreto los trastornos que han registrado un mayor aumento son los trastornos del estado de ánimo, seguidos de los de ansiedad. La depresión mayor ha pasado de una prevalencia del 28,9% en 2006 al 47,5% en 2010, lo que implica que los problemas de depresión están presentes en casi la mitad de los pacientes que acuden a los servicios de atención primaria. Además, se ha observado un aumento de la distimia (10,8%), el trastorno de ansiedad generalizada (8,4%), el trastorno de pánico (6,4%) y los problemas de dependencia y abuso de alcohol (4,6% y 2,4% respectivamente).

El estudio también ha analizado algunos de los factores que han contribuido al aumento de los problemas psicológicos de la población española. Los investigadores señalan que la situación de desempleo (tanto del propio afectado como de algún miembro de su entorno familiar), las dificultades para hacer frente al pago de la hipoteca o el riesgo de desahucio son claros factores del riesgo del aumento de la prevalencia de los trastornos mentales.

Los autores del estudio advierten de los riesgos que los recortes en sanidad pueden tener en la calidad de la prestación de los servicios, teniendo en cuenta, además, las necesidades psicológicas actuales de la población.

Otra fuente procedente del Hospital La Paz estima que en 2010 se registró un incremento de casi el 50% de enfermos con respecto a los dos años anteriores. **Y aseguró que las personas que han tratado de quitarse la vida, ascendieron un 22%; un 14% por ansiedad y un 6% por abusar del alcohol y las drogas.** Además afirman que entre junio de 2007 y diciembre de 2009 se registró un incremento de un 50% de enfermos en las urgencias psiquiátricas. Es de prever que desde esta fecha los datos pueden haber aumentado ya que la crisis se ha ido agravando y según un informe de Cáritas, en España, hay más de 11,5 millones de personas en riesgo de exclusión social.

En definitiva, se ha producido un aumento de personas con demandas en salud mental debido a la situación económica y política pero el presupuesto para la atención de los nuevos pacientes como de los que ya estaban siendo atendidos es insuficiente. A ello se suma que el modelo por el que apuesta la Comunidad de Madrid perjudica la adherencia al tratamiento de los enfermos y dificulta el trabajo conjunto con los dispositivos rehabilitadores, lo que incide directamente en una peor calidad de vida de los pacientes con más ingresos hospitalarios en urgencias y un empeoramiento global de la sintomatología y funcionamiento social en su medio comunitario sobre todo en los casos más graves.

Señalar que la privatización de los hospitales de la Comunidad de Madrid con empresas privadas que buscan una rentabilidad perjudica al colectivo de enfermos mentales graves y crónicos ya que para dar una atención eficiente es necesario un trabajo de coordinación basado en el modelo de salud comunitaria lo que no es compatible con el lucro que pretenden la empresa CAPIO y ha llevado a que dos de los tres hospitales que tienen ya esta fórmula de gestión como son los de Torrejón y Valdemoro carecen de hospitalización y urgencias psiquiátricas. Cabe temer que el resto de los nuevos hospitales concertados con empresas

privadas opten por no incluir camas psiquiátricas dejando sin atención suficiente a la población o bien subcontratar el servicio con centros psiquiátricos privados y es que la sanidad privada elige los servicios que ofrece y es evidente que como cualquier empresa con fines lucrativos elegirán aquellas intervenciones que resulten más rentables en retraining de los tratamientos crónicos y costosos como es el que necesitan muchos de los pacientes aquejados de problemas psiquiátricos. Preocupa que por este afán de beneficio se limiten en número o tiempo medio los ingresos con las consecuencias que esto tendría para los pacientes así como no prestar terapias más caras pero que pudieran ser más efectivas

## **6.2. SALUD E INMIGRACIÓN.**

En la Comunidad de Madrid, según el Informe de Población de Extranjería, emitido por la Consejería de Asuntos Sociales en el 2012, viven un total de 6.569.243 personas. De las cuales 5.534.325 (84,25%) son españolas, y 1.034.918 (15.75%) son inmigrantes.

La relación existente entre la inmigración y la salud se deriva del efecto que tienen sobre el individuo las condiciones que rodean el propio proceso migratorio.

Por un lado, la gran cantidad de situaciones de cambio que se dan en la vida de las personas migrantes pueden generar estrés, sentimientos de pérdida o desarraigo, desorientación, etc.

Por otro lado, diversos estudios demuestran que la dificultad de acceso a los servicios sanitarios causada por las dificultades en el lenguaje, en la cultura y en las propias leyes que intervienen en dichos temas, repercuten negativamente en la salud de las personas que emigran. También se ha demostrado que una mayor adecuación lingüística y cultural de estos servicios conduce a mejorar la salud de los pacientes cuyas competencias comunicativas en la lengua del lugar de acogida son limitadas.

Además, las personas migrantes, en general, suelen ser personas jóvenes, que no prestan especial atención a su salud, pues están más preocupadas por mantener su trabajo y poder ganar el dinero suficiente para mantener a sus familias en sus países de origen. Esto tiene dos implicaciones fundamentales:

Las personas migrantes acuden menos a los servicios de salud que las personas autóctonas (esto también tiene que ver con las dificultades de comunicación que se mencionaban antes, así como con el desconocimiento que tienen estas personas sobre el funcionamiento del sistema de salud y el miedo a ser deportados en el caso de migrantes en situación irregular)

Las personas migrantes tienen más riesgo de sufrir un deterioro de su salud por sus propias condiciones de vida, también tienen más riesgo a contraer determinadas enfermedades, y muchas veces no reciben el tratamiento necesario.

Por último, en algunos casos, el proceso migratorio puede venir acompañado de situaciones de violencia extrema, como es el caso de las víctimas de la trata, que tienen efectos directos sobre la salud física y psíquica de las personas.

El Decreto Ley de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en el que se modifica la Ley de Extranjería y la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, entre otras y que fue publicado en el BOE el 24 de abril de 2012 incide, de manera muy especial sobre el colectivo de personas inmigrantes. Se calcula que unas 150.000 personas se verán afectadas por este decreto en la Comunidad de Madrid.

El citado Decreto Ley deja a las personas inmigrantes en situación irregular (con la excepción de los/las menores, las mujeres embarazadas, y, posteriormente, en el Decreto 1192/2012, de los solicitantes de asilo y víctimas de trata en periodo de restablecimiento y reflexión) sin acceso a la asistencia básica sanitaria y únicamente podrán tener acceso a los servicios de urgencia por motivos de enfermedades graves o accidentes.

Según explicaciones del Gobierno, los inmigrantes podrán acceder a una cobertura médica completa en el Sistema Nacional de Salud siempre y cuando suscriban un Convenio Especial, que tendrá un coste de aproximadamente 710 euros anuales. Esto es una medida que afecta a muchos de los inmigrantes, ya que al incorporar un elemento de copago, lo que se consigue a corto y a largo plazo es marginar a las personas indocumentadas, debido a que es una cantidad de dinero que muchas personas en estas circunstancias no pueden pagar. En cualquier caso, a día de hoy, todavía no está claro cuál es el procedimiento para que las personas que así lo decidan puedan suscribir este convenio.

En la Comunidad de Madrid, las excepciones incluyen, además de las ya mencionadas, a aquellas personas inmigrantes en situación irregular, que presenten patologías de tipo crónicas (como VIH/Sida, gripes, hepatitis A, B y C, tuberculosis y otra serie de patologías infecto contagiosas) o algunos trastornos mentales (como la esquizofrenia, depresiones graves recurrentes, trastorno bipolar, etc.). Además, se asegura la atención a aquellas personas con enfermedades crónicas que hubieran iniciado un tratamiento antes del 31 de agosto. El problema se da a la hora de hacer efectivo ese derecho, pues se están documentando muchos casos de personas que, a pesar de encontrarse en alguna de las excepciones que contempla la nueva legislación, no están recibiendo atención en el sistema público o se les está entregando una factura después de ser atendidos.

Según Médicos del Mundo, los Centros de Atención Primaria “no saben si pueden o no citar a las personas usuarios/as, no tienen en cuenta en un primer momento si el tratamiento se había iniciado con anterioridad al 31 de Agosto y deniegan la atención a personas con patologías diagnosticadas antes de que la normativa entrara en vigor, confunden el tipo de documento que ahora tienen que hacer a embarazadas o menores... Diversas entidades han detectado casos de mujeres embarazadas o menores a los que se les ha denegado la atención en un primer momento, siendo necesaria la mediación directa de estas organizaciones para hacer efectivo el derecho de estas personas a ser atendidas.

Las propias personas afectadas tampoco tienen claro cuál es su situación, desconocen las instrucciones emitidas por la Comunidad de Madrid y creen que están fuera de todos los supuestos, por lo que, ante un problema de salud, acuden en primer lugar a una ONG, antes de ir a informarse a su centro de salud.

Con respecto a la excepción que se ha establecido para que las víctimas de trata tengan asegurada la atención sanitaria, hay que indicar que, según la Red Española Contra la Trata de Personas, es insuficiente e inaplicable, puesto que se limita a aquellas víctimas que tengan concedido el periodo de restablecimiento y reflexión, cuya duración es de 30 días.

Por otra parte, se echa de menos que se haya incluido una excepción que incorpore a las mujeres inmigrantes víctimas de violencia de género que se encuentran en situación irregular. Las organizaciones especializadas consideran que esto hará más difícil que muchas mujeres rompan definitivamente los lazos con sus agresores y generará más dificultades para la detección precoz de los casos de violencia de género.

La Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea ha subrayado que “excluir a las personas migrantes en situación irregular de la atención sanitaria pone en peligro su vida y su bienestar, incrementa el coste de un futuro tratamiento de urgencia y puede suponer un potencial riesgo de salud para la comunidad”. Obstaculizar el acceso a la salud de las personas inmigrantes perjudica a los propósitos generales de salud pública. El acceso a la atención primaria y a los programas de prevención reduce la morbilidad y, para ciertas patologías, la prevención y el diagnóstico temprano son más eficientes y tienen menor coste que los tratamientos curativos.

Según el Consejo General de la Abogacía Española (CGAE), la atención sanitaria no se puede restringir mediante un Real Decreto- ley, debido a que es una parte esencial del derecho humano a la salud, también porque es un derecho universal e igualitario que está reconocido por un importante número de tratados internacionales y que se encuentra recogido en la Constitución y en diferentes Estatutos de Autonomía.

En otras palabras es importante dejar en claro que el Estado debe garantizar la atención sanitaria de acuerdo a los recursos existentes, pero bajo ningún concepto puede negar ese derecho ni discriminar en su tratamiento a las personas que se encuentren en territorio español, incluso de forma irregular, debido a que el derecho a la salud no está ligado a la ciudadanía o a la residencia legal.

### **6.3. SALUD Y DESEMPLEO.**

Según indica Eddy D’Orleans Julien en Cuadernos de Política de Salud, el trabajo está considerado, como “una actividad humana aplicada a la creación o producción de un bien o servicio”, constituyendo uno de los ejes centrales de la vida humana. Según dicho documento “el trabajo constituye un instrumento importante en el que se evita los peligros de la soledad, el aislamiento, los sentimientos de inutilidad, la automarginación y la pérdida del sentido de la realidad y que cuya pérdida supone truncar la configuración de un proyecto de vida”. Por lo que “la ausencia de trabajo en los individuos da lugar a un desequilibrio y desajuste importante que repercute en distintos niveles tales como a escala psicológica, social, económica y política”.

La actual crisis económica está dejando cifras muy negativas en la que respecta al desempleo. En España, ya son casi 6 millones de personas las que se encuentran en situación de desempleo. Concretamente, en la Comunidad de Madrid, según datos del Instituto Nacional de Estadística, hay 561.919 personas desempleadas, de las cuales 278.318 son hombres y 283.601 mujeres.

Este desempleo masivo, que actualmente está afectando a millones de personas a lo largo de todo el territorio nacional, provoca graves consecuencias en las personas como una mala salud, daños psicológicos y físicos o tensiones entre las familias. Además como consecuencia de todo ello la tasa de mortalidad también aumenta.

Hasta septiembre de 2012, el acceso a la sanidad pública en la Comunidad de Madrid estaba regulado por la Orden 430/2009, en la cual se garantizaba *“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”*. Aunque señalaba que *la asistencia sanitaria pública y gratuita no sería garantizada para “parados que hayan causado baja por cese en la actividad laboral por cuenta ajena y que hayan sobrepasado el límite máximo de cobertura, así como a sus beneficiarios”*. Y para *“autónomos y pequeños y medianos empresarios que hayan causado baja en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos como consecuencia de la actual crisis económica”*.

El principal problema era que muchas de las personas afectadas desconocían los trámites que tenían que realizar para no perder su vinculación con la Seguridad Social al dejar de cotizar, y nadie les avisaba de que iban a perder el derecho a la sanidad pública gratuita. Esto implicó que un número considerable de personas se quedaran fuera del sistema a pesar de que la legislación les garantizara el acceso.

La entrada en vigor del Real Decreto – Ley 16/2012 y el Real Decreto de 1192/2012 ha supuesto una transformación del Sistema Nacional de Salud. A fecha de 27 de agosto de 2012, al Comunidad de Madrid publicó unas *“instrucciones sobre la asistencia sanitaria a prestar por el servicio madrileño de salud a todas aquellas personas que no tengan la condición de asegurada o beneficiaria”*, de acuerdo que los Reales Decretos Ley anteriormente citados.

Según estas instrucciones de la Comunidad de Madrid y de acuerdo a lo que especifica el artículo 3 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad en el Sistema Nacional de Salud, y el Real

Decreto de 1192/2012, tendrán la condición de asegurado y como consecuencia de ello recibirán asistencia sanitaria las personas que se encuentren en alguno de estos supuestos:

Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.

Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.

Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.

Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y encontrarse en situación de desempleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.

Aunque el artículo señala que “en aquellos casos en que no se cumpla ninguno de los supuestos anteriormente establecidos, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente” (Cien mil euros), ni cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía y se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:

Esto, en la práctica, implica que quienes quedan excluidos del sistema son únicamente las personas extranjeras que se encuentran en situación irregular. Pero lo que no está tan claro es cuál es el proceso administrativo para hacer efectiva la asistencia a personas que no estén actualmente cotizando a la Seguridad Social.

Tanto los ciudadanos como los propios trabajadores del sistema de salud siguen confusos y no saben cómo actuar o qué tienen que hacer a la hora de solicitar los trámites para tener acceso a la sanidad pública y se están documentando casos de personas desempleadas que encuentran trabas cuando acuden a los centros de salud.

#### **6.4. GÉNERO Y SALUD.**

Las necesidades sanitarias de las mujeres no son iguales siempre a las de los hombres, lo que conlleva a una utilización diferente de los servicios, variando la frecuencia y el motivo de las consultas, las causas de hospitalización y la prescripción de tratamientos. Ejemplo de problemas sanitarios específicos de la mujer son el cáncer de mama, los trastornos ginecológicos, la atención en el embarazo, el parto o la menopausia. Además, algunas enfermedades son más frecuentes en mujeres como la depresión, los trastornos alimenticios (anorexia y bulimia), la fibromialgia o la artritis entre otros.

Ahora bien, también es cierto que las mujeres y los hombres comparten muchos problemas de salud pero incluso no siempre les afectan del mismo modo. Un ejemplo son las enfermedades cardiovasculares para las que las mujeres tienen distintos factores de riesgo y presentan síntomas diferenciados.

Por todo lo expuesto, y añadiendo que la idiosincrasia de género hace a las mujeres más vulnerables a los embarazos no deseados y a las infecciones de transmisión sexual, las políticas sanitarias deben ser sensibles y cubrir a las necesidades específicas y diferenciadas de las mujeres para garantizar la igualdad tanto en el acceso como el tratamiento médico.

Igualmente, la construcción social del género lleva a muchas mujeres a mantener una doble jornada laboral, tras su incursión en el mercado laboral y asumir sobrecargas en el cuidado familiar lo que repercute de forma negativa sobre su salud física y mental y aumenta la prevalencia de enfermedades que anteriormente eran más exclusivas de los hombres.

Otro área en donde las políticas sanitarias y sociales son fundamentales es la relacionada con la violencia de género.

El estudio “Magnitud, impacto en salud y aproximación a los costes sanitarios de la violencia de pareja hacia las mujeres en la Comunidad de Madrid” (Informe elaborado por el Servicio de Promoción de Salud, Servicio de Epidemiología del Instituto de Salud Pública y Área de Investigación Agencia Laín Entralgo en Septiembre de 2007) muestra que las mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas o exparejas presentan, en términos generales, peor salud autopercibida y mayor morbilidad crónica. Además refieren más accidentes en el último

año, mayor número de consultas por problemas del estado de ánimo y peor descanso. Este estudio concluye que la violencia de género tiene repercusiones graves sobre la salud de las mujeres y como consecuencia hay una utilización mayor de los recursos sanitarios. De todo ello se deduce que los servicios sanitarios se evidencian como lugar destacado e imprescindible para la detección y el abordaje del problema.

El consumo de fármacos es, según dicho informe, globalmente más frecuente (más proporción de mujeres han seguido algún tratamiento farmacológico) y más intensa (consumen mayor número de fármacos). Si se profundiza en el patrón de consumo farmacológico se ha detectado una diferencia significativa en la toma de psicofármacos, lo que concuerda la elevada frecuencia de los problemas del estado de ánimo como causa para la demanda de asistencia sanitaria.

En conclusión, queda claro que la violencia de género es un problema grave con importantes repercusiones sobre la salud mental de las mujeres que sufren maltrato, sobre su salud física, que quizá sean las más visibles y sobre la salud sexual y reproductiva.

En la misma línea el informe sobre prevención de la violencia de pareja hacia las mujeres editado por la Comunidad de Madrid afirma que “ Se puede encontrar ayuda profesional en los centros sanitarios para atender los efectos de la violencia de pareja hacia las mujeres sobre la salud. Para muchas mujeres que están aisladas, el centro sanitario es el único contacto que mantienen fuera del hogar y, por tanto, la única forma de tomar decisiones para romper con la situación de violencia”

A pesar de todo lo expuesto, la partida presupuestaria para la prevención de la violencia de género es de las que más recortes ha sufrido de todo el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Concretamente se ha reducido un 21,3% durante el 2012, lo que equivale a 6,5 millones de euros.

El recorte global del ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad es del 13,7% aproximadamente, lo que en la práctica supondrá menos prestaciones. Como se ha ido observando hasta la fecha, estos recortes están siendo especialmente duros en la Comunidad de Madrid. Por ejemplo, en la Comunidad Autónoma de Madrid no hay revisiones ginecológicas con la periodicidad adecuada según los expertos sanitarios. Las revisiones no son anuales lo que conlleva a que en algunas mujeres no pueda detectarse a tiempo una

enfermedad en fase inicial, sobre todo en muchos tipos de cáncer. Además para hacer una citología hay varios meses de lista de espera y las mamografías solo se realizan a partir de los 50 años como norma general.

Es importante señalar la importancia que la mujer tiene históricamente dentro de la sociedad en el incremento de la salud, puesto que en su rol está muy marcado el cuidado familiar. Con menos servicios en el ámbito social y sanitario el problema no es solo durante la maternidad y el cuidado de los hijos. El alargamiento de la esperanza de vida se puede convertir en un aumento de la carga familiar si no se desarrollan los suficientes servicios socio-sanitarios.

En otro punto en que se ven afectados de forma negativa, tanto mujeres como hombres es en la precariedad laboral como factor de riesgo sanitario. Sin embargo, puesto que las condiciones laborales son más precarias y perjudican más al colectivo femenino en general, el rol de género vuelve a pasar más factura a las mujeres que además ahora cuentan con menos apoyo sanitario con las últimas medidas que están poniendo en marcha.

Para concluir, añadir que el análisis de género en las políticas sanitarias permite que se pongan de manifiesto las desigualdades del acceso a los recursos sanitarios y las diferencias en el derecho a ejercer la salud. Solo teniendo en cuenta estos factores se pueden hacer sistemas sanitarios más justos y equitativos.

Preocupa que la privatización de los hospitales y centros de atención primaria de la Comunidad de Madrid con empresas privadas que buscan una rentabilidad perjudique a las mujeres por no tener en cuenta todas las especificidades descritas, porque no se coordine de forma adecuada con los dispositivos sociales y no forme en cuestiones de género a los profesionales.

## **6.5. SALUD Y ADICCIONES**

Las adicciones, y más concretamente las drogodependencias, tienen una larga historia en la Comunidad de Madrid. En la década de los 80' en esta comunidad se vivió una "epidemia" representada inicialmente por la heroína, que creó una gran alarma social.

Ante esta situación, la sociedad civil comenzó a movilizarse y crear asociaciones para enfrentarse a esta problemática, inicialmente con más buenas intenciones que conocimientos.

Pero estas mismas entidades fueron capaces de realizar propuestas y alternativas, y de alguna manera “empujar” a las administraciones a implicarse de una manera eficiente en la resolución de la misma.

Tras 30 años de trayectoria, hubo aciertos, equivocaciones, etc., pero se fue fraguando una red pública apoyada en las entidades sociales que ha sido referente en el país y en el resto de Europa. Durante este tiempo, la administración ha estado abierta a las propuestas basadas en las necesidades detectadas por las entidades sociales, ya que la propia administración reconoce que las asociaciones son las que están más en contacto con la realidad.

Pero en los últimos años, se ha venido informando del progresivo cierre de los recursos psicosociales y sanitarios. Dentro de estos recursos afectados se incluyen de atención y prevención, reducción de daños, comunidades terapéuticas, pisos de autogestión etc. Llama la atención que las instituciones públicas que en 2011 defendieron la calidad y utilidad de estos centros en la Comisión Mixta para el estudio del problema de las drogas (Senado-Congreso)(1), hoy los cierran alegando que ya no son ni efectivos ni necesarios.

Claro está, que los actuales cierres no significan que todos los usuarios de estos servicios se queden sin atención. Algunos desaparecerán de la red y otros serán derivados a los nuevos recursos creados. El problema es la calidad de estos servicios, creemos que no es comparable una Comunidad Terapéutica con dos plantas de un Hospital Psiquiátrico, que no es comparable en un proceso de reinserción, convivir en un piso (normalizado) con otras 7 persona, que en una mini-residencia con otras 30, etc.

Estos recortes vienen acompañados de otra situación igualmente grave y es la tendencia a la medicalización y sanitización de las adicciones, olvidando de este modo la atención psicosocial imprescindible para una óptima atención y reinserción de la persona drogodependiente. A este hecho ya hemos apuntado con anterioridad, confirmando de nuevo que la Comunidad de Madrid cada vez se aleja más del concepto bio-psico-social de la salud que defiende la OMS (Salud: Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad), cayendo en un reduccionismo medicalista que perjudica a los/as pacientes y que, únicamente se explica en términos de cambio de modelo y recorte económico.

No podemos obviar las características particulares de esta comunidad autónoma, con una sola provincia y un gran municipio. En dicho municipio, la ciudad de Madrid es donde mayor expansión ha tenido la red de adicciones, además con recursos propios y presentando una gran diversidad de programas que se adaptan a cualquier perfil.

En los últimos años, dicha red se ha ido disolviendo por el protocolo de eliminación de duplicidades firmado por la Comunidad y el Ayuntamiento de Madrid para reordenar competencias y servicios. Ya ha desaparecido más del 90% de la prevención, se han eliminado convenios para derivar a Comunidades Terapéuticas, se han cerrado recursos de apoyo al tratamiento y todavía no se sabe muy bien que va a ocurrir con los CADs (Centro de Apoyo al Drogodependiente).

Mientras se decide como se va a poner en marcha el protocolo de eliminación de duplicidades, como los recursos municipales van a pasar a ser gestionados por la comunidad autónoma, todo se ha mantenido en *stand by*. Si es verdad, que en los últimos meses, desde el Instituto de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid se han retomados actividades cerradas, puesto en marcha convenios paralizados y se han iniciado actividades reflejadas en el “Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2011-2016”, como es el Foro Técnico de las Adicciones de la Ciudad de Madrid.

La Comunidad de Madrid, así como el Ayuntamiento, han ido disminuyendo progresivamente sus presupuestos destinados a las adicciones. La Comunidad en 2008 contó con un presupuesto de poco más de 60 millones de euros, que en el 2013 se ha reducido hasta 38.775.197 € (un 36 % menos). El Ayuntamiento en el mismo año contaba con un presupuesto de casi 30 millones de euros, que para el 2013 se traduce en 21.907.313 € (un 26.28 % menor). En muchas ocasiones estos “recortes” o disminuciones de presupuestos, han estado disfrazados de “adecuación a la nueva realidad”, a un “nuevo modelo”, el cual no se termina de aclarar.

Si nos centramos en la relación de las administraciones con las entidades sociales y como repercute esta disminución de presupuestos sobre las últimas, nos encontramos con dos realidades distintas. Por un lado la finalización de muchos contratos que no se renuevan, por lo que se deja de actuar, quedando muchos usuarios sin la opción de esos recursos.

Por otro lado están las vías de convocatorias de subvenciones. El Ayuntamiento de Madrid, en año 2012 ya no publicó ninguna convocatoria de ayuda a entidades sociales en el área de adicciones. La Comunidad, en 2012 la disminuyó un 68.62% y en 2013 la suprimió.

Esto significa que ni a nivel local, ni comunitario, las administraciones colaborarán con las entidades sociales que están más en contacto con la realidad. Esto sucede, aunque reconocen la gran labor que realizan y lo necesarias que son. Y esto supone el cierre de entidades, despido de trabajadores, pérdida de la experiencia acumulada durante muchos años, pero sobre todo la deficitaria atención que podrán recibir los destinatarios de los programas.

Es importante recordar que los problemas de adicciones no se solucionan con la abstinencia y/o eliminación de la conducta problemática, es necesario mantenerlo y que la persona cuente con unas herramientas y recursos propios para la realización de una vida normalizada. Actualmente estas acciones de apoyo al tratamiento están siendo realizadas por las entidades sociales.

¿Y las personas que no aparecen en las estadísticas? En la Comunidad de Madrid, se suele hablar de unos 22.000 drogodependientes, nº que refleja las personas que están en contacto con la red pública, pero ¿y los que todavía no han llegado?, ¿y los que trabajan con las entidades sociales, pero no con la administración? ¿y todos los potenciales, los que no van a tener acceso a los programas de prevención porque van a desaparecer? Que no aparezcan en un papel, no quiere decir que no existan, y que no tengan sus necesidades.

Otro tema son las adicciones sociales, que cada vez son más frecuentes, pero sobre las que no tenemos mucha experiencia. Hasta hace poco, estaban apareciendo iniciativas ¿Qué va a pasar con estos programas? ¿qué va a pasar con sus destinatarios?

Todos estos cierres y recortes suponen un retroceso en cuanto a la prevención, concienciación, atención y reinserción de las adicciones. Todos los logros conseguidos en estas tres décadas se están viendo afectados. No podemos obviar un efecto colateral de esta situación, como puede ser el aumento de las situaciones de exclusión y marginalidad, volviendo a épocas anteriores en las que la drogodependencia iba ligada a delincuencia y marginación.

## 7. HACIA DÓNDE CAMINAR: PROPUESTAS

Establece la OMS que la misión de la salud pública es orientar su actividad hacia la mejora de la salud e la población; es decir, contribuir a crear las condiciones estructurales en la sociedad y las condiciones de vida de la población más positivas para la salud, promover las conductas individuales y los estilos de vida más saludables, luchar contra la enfermedad y minimizar la pérdida de salud. Todo ello, en coherencia con los elementos y factores determinantes de la salud.

En este punto, volvemos a incidir en que la cuestión entre un modelo de sanidad público, privado o en sus formas mistas de gestión es una cuestión política y de opción ciudadana. Cada uno de los posibles modelos y sus aplicaciones concretas a una determinada sociedad conllevan ventajas e inconvenientes. Estos últimos deben ser abordados para minimizar los efectos perniciosos que tienen sobre la salud de los individuos de la sociedad en general y para lograr alcanzar el grado máximo de salud posible para todas las personas. Para ello, desde EAPN Madrid queremos apuntar algunas de las líneas que nos parecen imprescindibles a la hora de abordar el modelo y la atención sanitarios en la Comunidad de Madrid.

- Especial enfoque sobre las necesidades específicas de atención a la salud de los colectivos más vulnerables identificando sus necesidades y particularidades, habida cuenta del especial vínculo existente entre las situaciones de pobreza y exclusión social con el empeoramiento de la salud.
- Articular formas efectivas de participación ciudadana en la toma de decisiones sobre modelo y gestión sanitaria así como en los mecanismos de control, transparencia y rendición de cuentas.
- Potenciar mecanismos de coordinación y transparencia que permitan una atención a la salud integrada e integral igual para todas las personas que se encuentren en territorio español reduciendo las brechas y desigualdades autonómicas. Garantizar la accesibilidad a la atención sanitaria en el conjunto del territorio español.

- Potenciar la atención primaria a la salud como puerta de entrada al sistema, la educación sanitaria y la prevención en materia de salud.
- Asegurar la sanidad universal y gratuita en el momento del uso de modo que en España y en la Comunidad de Madrid se respete la atención a la salud como derecho humano para todas las personas.
- Dotar al sistema sanitario de financiación finalista y suficiente, atendiendo a la provisión de los medios técnicos y humanos necesarios para optimizar la eficiencia del sistema sanitario.
- A las necesidades de recursos humanos, garantizando empleos dignos y suficientes en salud.
- Potenciar la participación de los profesionales y de las entidades sin ánimos de lucro en la gestión de los centros de atención a salud, así como la introducción de cláusulas sociales en los pliegos de condiciones que contemplen la externalización de servicios sanitarios o no sanitarios.

### **7.1. PROPUESTAS GENERALES.**

- Es necesario establecer mecanismos adecuados para garantizar todas las personas puedan disfrutar del derecho a una atención especializada y de calidad. Dado que este informe se hace desde la perspectiva de la inclusión social, es necesario reforzar la atención pública, que garantice un acceso universal a todos los colectivos, incluidos los más vulnerables, y provea de una atención en los niveles primario, secundario y terciario de calidad.
- Una de las grandes trabas del sistema de salud madrileño es la falta de información disponible, lo que hace difícil la evaluación de algunas de sus actuaciones, o la valoración de algunas de las decisiones que se han tomado en los últimos años. Es necesario que exista transparencia presupuestaria de todas las administraciones, incluidas las del ámbito sanitario. Esto se debería traducir en la disponibilidad de información regularmente que permita hacer seguimiento de las cuentas y el

cumplimiento de los objetivos. Estos mecanismos son imprescindibles para una gestión democrática de las administraciones públicas, y en el caso de la salud, siendo un tema de radical importancia para el bienestar de los ciudadanos, es más urgente la aplicación de este principio a las administraciones públicas del ámbito sanitario.

- Lo anterior exige la creación de espacios de dialogo y participación, real y operativo, entre las administraciones y las entidades sociales, y de otros actores sociales para el seguimiento de actuaciones, elaboración de propuestas, y tomar decisiones de manera consensuada cuando se trate de temas que afecten la arquitectura del sistema, así como dar a conocer información relevante y rendición de cuentas.
- Optimizar la coordinación entre los poderes públicos y sus políticas de actuación, para mejorar la sinergia de las actuaciones y potenciar los recursos disponibles.
- Realización y publicación, por parte de cada administración, de un Plan Estratégico propio, que recoja las aportaciones de los distintos actores sociales.
- Existencia de una coordinación real y efectiva entre las administraciones públicas y las entidades sociales
- En lo referente a las colaboraciones con entidades sociales, las resoluciones de las distintas convocatorias se deberían conocer al inicio del ejercicio, para así, poder programar bien las actividades.
- Promover la continuidad en el tiempo de los programas.
- Promover la evaluación en los programas de la administración, y promover y facilitar las evaluaciones en los de las entidades sociales.

## **7.2. PROPUESTAS SOBRE SALUD MENTAL**

- Acceso y coberturas universales de las personas con problemas de salud mental a los servicios de salud y sociales que les permita el máximo grado de salud que se pueda lograr
- Respuesta coordinada de los sectores sanitarios y sociales

- Garantizar los servicios necesarios para conseguir una promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y recuperación de las enfermedades mentales
- Desarrollo de un plan de acción integral de salud mental, consensado con los profesionales del sector, que ofrezca propuestas, indicadores y metas
- Fomento de los servicios de salud mental ambulatorios y de los servicios socio-comunitarios incluyendo la atención y apoyos domiciliarios para apoyar a las personas con trastornos mentales y sus familias en su propia comunidad
- Programas de prevención e identificación temprana para prevenir los problemas de salud mental en la sociedad y promover una adecuada salud a todos los niveles
- Programas de formación continua para los profesionales sanitarios y sociales que permitan que estos comprendan mejor las necesidades de la población con problemas de salud mental así como los grupos más vulnerables o en riesgo de padecer una enfermedad mental

### **7.3. PROPUESTAS SOBRE ADICCIONES.**

- Atención individualizada, atendiendo a las características propias del trastorno y a las singularidades de cada paciente.
- Atención integral a la persona en todas sus dimensiones. Además de la atención sanitaria propia del tratamiento, se hace necesario actuar a nivel psicológico, social y educativo.
- Programas de Prevención no puntuales, pero si continuos y basados en la educación integral, orientación, respeto e integración social de todos y cada uno de los miembros que componen nuestra sociedad.
- Garantizar los servicios necesarios y suficientes para el tratamiento integral de las drogodependencias (desintoxicación, deshabituación-rehabilitación, reinserción-incorporación social) en condiciones de calidad y basándose en el aprendizaje y experiencia acumulada a lo largo de los años, a la vez que se cuente con todos los

agentes sociales implicados, con especial protagonismo a las entidades del tercer sector, responsables de muchas iniciativas, de nuevas propuestas, de la gestión de servicios y constituirse como dispositivos de proximidad y conocimiento real en este ámbito de intervención.

- Promoción de programas y recursos propios de Reinserción, integrales y no centrados exclusivamente en la inserción laboral.
- Creación de una red con centros propios (y no de gestión privada), buscando la estabilidad. Paralizar las privatizaciones, externalizaciones, desregulaciones, fragmentación de centros y servicios, etc.
- Además de los diferentes tratamientos de adicciones, es necesario completar estas actuaciones con iniciativas de “apoyo al tratamiento y la reinserción”, que faciliten un re/inserción real en la sociedad.
- Implicación de los diferentes partidos políticos, independientemente de que se encuentren en el poder o en la oposición, para mantener una red de adicciones sólida y no variable dependiendo de la situación.

#### **7.4. PROPUESTAS SOBRE SALUD E INMIGRACIÓN**

Garantizar el acceso en igualdad de condiciones a todas las personas residentes en la Comunidad de Madrid, sea cual sea su situación administrativa, y manteniendo la gratuidad del sistema, sobre todo para aquellos casos de personas con bajos ingresos.

Poner en marcha un plan de mediación intercultural en el ámbito sanitario que favorezca un mejor acceso y atención de las personas migrantes en el sistema de salud. Dicho plan debería implementarse en todos los niveles de atención e incorporar acciones de formación a los profesionales del sistema. También debería incluir acciones encaminadas a la prevención, que redunden, por una parte, en un mejor conocimiento de sus derechos en lo relacionado con la salud entre las personas migrantes, y por otra, en una mayor información y concienciación sobre los riesgos para la salud asociados a determinadas prácticas o conductas. Por último,

este plan podría incorporar acciones de participación y promoción de la salud en el ámbito comunitario.