



Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid



Tras el anuncio el pasado día 31 de octubre del **PLAN DE MEDIDAS DE GARANTÍA DE LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LA COMUNIDAD DE MADRID** por parte de la Consejería de Sanidad, todas las organizaciones sindicales con presencia en mesa sectorial (SATSE, CCOO, AMYTS, CSIT-UP, UGT y USAE), CSIF, Sociedades científicas, Colegios Profesionales, Asociaciones, otras organizaciones y población en general, ha manifestado reiteradamente su más rotundo rechazo a lo contemplado en el mismo. Representa un cambio de modelo sanitario tan drástico, aduciendo exclusivamente motivos de ahorro para sostener el Sistema Sanitario Público madrileño, que supone un ataque de tal envergadura al propio sistema que se pretende salvaguardar, que ha concitado la mayor unanimidad en su rechazo por parte todos los sectores sanitarios y no sanitarios de la sociedad madrileña. Solamente por ello el Gobierno de la Comunidad debería tomar en consideración la retirada de tan precipitado Plan.

Por otra parte, es sorprendente que la administración no haya sabido corregir los defectos que adjudica al sistema sanitario madrileño después de tres consejerías del mismo partido (cada una con un proyecto sanitario diferente), no habiendo sido capaces de hacer las reformas necesarias durante el largo tiempo de sus gobiernos. Defectos que, incapaces de reconocer como propios, achacan al inmovilismo de la función pública. Cómo habría cambiado la situación si hubieran utilizado los resortes legales que el sistema posee, en vez de dilapidar la enorme energía que emana de las profesiones implicadas en la asistencia sanitaria.

Tras estas semanas de conflicto y la apertura de una vía de diálogo que incluye la opción de presentar un plan alternativo sobre la única condición de obtener un ahorro de 533 millones de euros, las organizaciones sindicales de Mesa Sectorial y el sindicato CSIF plantean un análisis y unas propuestas de solución para salvaguardar la Sanidad Pública de avatares partidistas que conduzcan a nuevos y peligrosos cambios, en cuanto la alternancia del poder lo haga posible.

Y lo hace basado fundamentalmente en dos grandes motivos:

1º.- El radical cambio de modelo de Sistema Sanitario, que apuesta de forma decidida por una privatización clara de la asistencia sanitaria. Ponen en manos de empresas privadas 6 hospitales, la UCR y 27 centros de salud.

2º.- La modificación del sistema se hace sin la participación de sus profesionales. En ningún caso se ha tenido en cuenta las opiniones de los mismos, entendiendo que son precisamente los profesionales quienes más y mejor conocen el sistema, sus virtudes, sus defectos y carencias, las ineficiencias, etc. y por ello son los que mejor pueden acometer la puesta en marcha de cambios que hagan posible el sostenimiento de un sistema sanitario público y eficiente.



REGISTRO DE ENTRADA
Ref:47/353021.9/12 Fecha:17/12/2012 09:02

Registro del Servicio Madrileño de Salud
Reg.Aux.D.G.Recur.Humanos(Sermas)
Destino: D.G. de RRHH (Sermas)

Por ello hacemos la siguiente propuesta a la Administración Sanitaria en relación al citado plan de garantía de la sostenibilidad del sistema sanitario público de la comunidad de Madrid.

Cómo afectan estos números a la sanidad madrileña

La sanidad madrileña tendrá para el año 2013, destinados en los PPGG de la Comunidad de Madrid un total de 7.108 millones de euros, un 7% menos que el gasto presupuestado en 2012.

El preámbulo del documento elaborado por la Consejería contiene varias premisas falsas:

En el Plan se establece un presupuesto para 2013 de 7.108 millones de euros. El propio Consejero anuncia un recorte de 533 millones en relación al presupuesto del año 2012. Ya en este primer punto hay diferencias muy importantes en relación a los números aportados: El presupuesto del año 2012 fue de 7.172 millones, por lo que la diferencia con el del 2013 es aproximadamente de 64 millones. Primera contradicción. ¿Entendemos que la diferencia se debe a que el año 2012 terminará con un incremento presupuestario hasta llegar a los 7.641 millones? No se puede entender un recorte de 533 millones por otra vía. Esta es una de las muchas deficiencias que tiene el documento. No se conocen los datos de forma clara y transparente.

Asumiendo que la disminución presupuestaria sea de 533 millones, y que lo que afecta al capítulo I son **265 millones**, queda por tanto para los restantes capítulos un total de **268 millones** de euros.

Es imposible que con 24-48 horas se pueda presentar un análisis pormenorizado de cómo obtener este descenso. Y esto es así por carecer de los datos fehacientes del cierre presupuestario de 2012, por no disponer de datos en formato hoja de cálculo, plantillas y desgloses por capítulo de forma agregada, etc.

Entendemos y este es nuestro compromiso, que este ahorro de capítulo I solo se puede obtener de partidas concretas, tales como:

- .- Programas de autoconcertación.
- .- Estudio pormenorizado de optimización de plantillas.
- .-Racionalización de la Atención Continuada, con un acuerdo con los responsables de servicios y planes estratégicos.
- .- Supresión de planes especiales de listas de espera.
- .- Sustitución de jornada extraordinaria por trabajo en jornada ordinaria.
- .- Ajuste de la estructura de gestión de la Consejería, servicios centrales y gestión de los centros sanitarios. Racionalizar estos puestos de trabajo es posible. Adecuar a la realidad que vivimos las necesidades de cargos de asesor, secretarías personales, etc. Revisión de las RPT de estos órganos centrales, en los que la proliferación de niveles 27-28-29-30 está en franca desproporción con los hábitos de la administración general.
- .- Productividad variable de los directivos.
- .- Otros.

Los objetivos

El plan de garantía que proponemos está enfocado hacia cinco objetivos básicos:

- 1. **Ahorrar.** Lo primero y más importante que se pretende conseguir es un importante ahorro, en la misma medida en que han disminuido nuestros ingresos.*
- 2. **Mantener la calidad asistencial.** La calidad de los servicios sanitarios no es cuestionable. La premisa es conseguir una reducción de gasto sin que se vean afectados los indicadores de salud de la población madrileña.*
- 3. **Mejorar la eficiencia.** Se debe hacer un uso racional de los recursos, aumentando la productividad y optimizando los procesos.*
- 4. **Diseñar estratégicamente nuestros recursos humanos.** Los profesionales que trabajan para el sistema sanitario madrileño son nuestro mayor capital y debemos obtener de ellos el mejor rendimiento en beneficio de todos.*
- 5. **Corresponsabilizar a todos los que trabajan en el sistema.** Una parte muy importante de las propuestas de ahorro que complementen este Plan deben ser aportadas por los propios profesionales. Ellos conocen bien el sistema y lo impulsan día a día. De esto depende, en buena medida, el éxito del plan.*

Los objetivos enumerados en el plan son incontestables. Ahorro, mantenimiento de la calidad, mejora de la eficiencia, diseño estratégico de los recursos humanos y corresponsabilizar a todos los trabajadores, son compartidos y no admiten discusión. Es una declaración de intenciones que no admite crítica. Solo que hay un detalle importante: mantener calidad con menos recursos se antoja complicado.

Las medidas

1. Reformas estructurales en la gestión sanitaria

Externalización de la actividad sanitaria en 6 hospitales, utilizando el modelo de concesión. Se ha comprobado que el modelo de concesión es más eficiente, da buenos resultados clínicos y alta satisfacción a los pacientes.

De media, el coste total de la asistencia sanitaria especializada de la población de los hospitales de gestión mixta es de unos 600 euros por habitante, mientras que en los hospitales con modelo capitativo más recientes, este coste medio anual es de 441 euros.

Entendemos que esta medida carece de fundamento contrastado. No se han aportado los documentos que prueben lo que se afirma. Los estudios detallados de los presupuestos de estos hospitales y de los de iniciativa totalmente privada, contradicen lo que se aporta como datos en el documento. No es cierto que los 6 nuevos hospitales tengan un gasto por habitante de unos 600 euros y que los privados lo tengan de 441. Con los datos publicados, lo cierto es que los privados tienen cápitas de 461, 529 y 559 euros por habitante (media 516€/hab), sin contar la Fundación Jiménez Díaz con una cápita mucho más alta y un concierto diferente; mientras que los 6 nuevos hospitales oscilan desde los 246 hasta los 451 euros. Queda claro que LA CAPITA DE LOS NUEVOS HOSPITALES ES INFERIOR A LA DE LOS HOSPITALES PRIVADOS.

Por ello, entendemos que con los ratios conocidos la no privatización de estos 6 hospitales supone que 1.138.379 habitantes asignados a los mismos, con gasto hab/año medio de 396,66€, no de 516€, ahorran un total de 119,67 euros hab/año por 1.138.379 habitantes, que representan **136.229.814** de euros.

Concesión de la prestación de la asistencia sanitaria de Atención Primaria de un 10% de los Centros de Salud, dando prioridad en su gestión a la participación de los profesionales sanitarios que quieran constituir sociedades.

Es un modelo más habitual en Europa, y en nuestro país ya se ha implantado en Cataluña desde hace más de quince años, con resultados clínicos y económicos positivos. Otro aspecto importante es que este modelo genera mayores incentivos y motivación a los profesionales.

La medida afectará aproximadamente 27 Centros de Salud, que seguirán siendo públicos, bajo financiación y garantía pública.

Hemos manifestado nuestra propuesta para los Centros de Salud, en el sentido de entender que la solución a los problemas de la gestión está en el desarrollo de un modelo de autogestión de los centros, en el actual marco público, desarrollando y potenciando de forma decidida la descentralización de la gestión mediante la implementación de la figura del Equipo Directivo, al que debe dotarse de la mayor de la autonomías. La ruptura unilateral del modelo de áreas sanitarias con estructura de gerencias, al amparo del Real decreto 521/87, pasando al modelo de área única y creación de la figura del director de centro, ha supuesto un cambio radical de modelo. Ahora, dando la razón a quienes criticamos abiertamente este modelo, la propia Administración Sanitaria hace un nuevo cambio de modelo, y de nuevo lo hace de forma unilateral y sin consenso con los profesionales.

Creemos que en el ámbito de la Atención Primaria la posibilidad de reducción presupuestaria es francamente complicada. Si es cierto que dar más autonomía a los centros y una mejora de las condiciones de trabajo con autogestión hace viable la obtención de recursos. Potenciar una AP basada en el uso adecuado de los recursos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, fomentando el autocuidado y la promoción de la salud es la mejor garantía para conseguir una mayor eficiencia del sistema. Así mismo, el aumento de la capacidad de resolución y el acceso a pruebas complementarias más amplio, dará un valor añadido a este nivel, produciendo en el mismo un mayor número de resolución de patologías dependientes actualmente de derivaciones a hospital, que por definición ocasionan mayor coste.

La puesta en marcha de medidas ampliamente contrastadas como eficientes, tales como la receta electrónica, la receta multiprescripción y la modificación de los trámites de IT, y burocracia en general, dando más tiempo a los profesionales para realizar funciones asistenciales, proporciona un nuevo valor añadido que se plasma en un menor consumo de pruebas complementarias y fármacos.

Adecuación de la estructura directiva de Atención Primaria, manteniendo sólo aquellos puestos eficientes: órganos de gestión centralizados.

Con las medidas de mejora de la gestión propuestas, se puede conseguir un ahorro del 18% del coste de toda la Atención Primaria descontando farmacia. Es decir, el 18% de 702.551.569 euros, total: 126.459.282 euros

Externalización de servicios no sanitarios

La Ley 4/2012, de 4 de julio, de Modificación de la Ley de Presupuestos Generales incluyó la extinción de determinadas categorías profesionales muy anticuadas en un sistema sanitario moderno como el madrileño (en áreas como cocinas, lavandería, almacenes y mantenimiento). Esta medida no afecta a los celadores.

A partir de ahora y de manera progresiva, estas funciones serán desempeñadas por medio de empresas de servicios, generando ahorros y mejorando la eficiencia de la sanidad madrileña.

Con esta medida se sigue el ejemplo de externalización iniciado hace décadas en hospitales madrileños como el Severo Ochoa y el de Getafe.

Esta medida, no podemos olvidar que es otra muestra más de la absoluta falta de interés por la negociación y el dialogo con los profesionales.

Estas medidas no producen un ahorro y precarizan el empleo, por lo que deben ser retiradas.

2. Aprovechamiento de los recursos para mejorar la atención de la población mayor *Transformación del Hospital de La Princesa en un hospital de alta especialización para la patología de las personas mayores*

Nos oponemos tajantemente a este cambio, y lo hacemos por entender que no es necesario bajo ninguno de los aspectos de gestión. Este Hospital, como otros de la Comunidad de Madrid, ya tiene una estructura integral en la que se atiende un porcentaje elevado de pacientes de edad avanzada.

Incrementar los planes de actuación, protocolizar las patologías más prevalentes de estos pacientes y proporcionarles los mejores cuidados, no requiere este cambio. No hay justificación alguna, como bien han manifestado las Sociedades de Geriátrica, para tal cambio, ni en este hospital y ni en ningún otro.

Mantener los servicios de referencia, la docencia, la investigación y la estructura de hospital general es compatible con el objetivo de ahorro.

Transformación del Hospital Carlos III en un hospital de estancia media.

Cada vez existe una mayor demanda de plazas hospitalarias para atender la convalecencia de pacientes en media y larga estancia. Los hospitales que están preparados para ello se encuentran fuera de Madrid.

Por eso, creemos que es bueno cambiar las funciones de apoyo que hasta ahora prestaba el Hospital Carlos III y convertirlo en un hospital específicamente preparado para pacientes de media y larga estancia.

La actividad de las unidades y servicios que nos sean propias de un hospital de media estancia (como por ejemplo la unidad de enfermedades infecciosas y la consulta del viajero) de este hospital serán desarrolladas en otros hospitales de la red.

Esta medida es absolutamente rechazada, y lo es por ser el resultado de la total improvisación e imprevisión por parte de los responsables de la Consejería.

Argumentar ahora la mayor necesidad de camas de media y larga estancia es reconocer la ceguera de esta Administración. Todos los estudios de planificación sanitaria ya hace años preveían esta necesidad, pero la Consejería de sanidad apostó por nuevos hospitales de agudos y olvidó esta circunstancia. Ahora, de nuevo de forma unilateral y sin acuerdo con los profesionales, pretenden hacer un cambio en la estructura de todo un hospital. Compartimos la necesidad de este tipo de camas y su incremento, pero desde luego no hacerlo de este modo.

Mantener los servicios de referencia, la docencia, la investigación y la estructura de hospital general es compatible con el objetivo de ahorro.

3. Mejora de la eficiencia, utilización racional de los recursos y ahorro

Reducción del gasto medio por receta farmacéutica

Esto no puede ser de otra forma. Establecer protocolos de tratamiento en las patologías más prevalentes y de mayor gasto en farmacia es una necesidad que no solo avalamos como profesionales, si no que entendemos es obligación como trabajadores públicos. La eficiencia y la relación coste/efectividad no es algo nuevo. Hace años que en Madrid nos comprometimos claramente con estas premisas.

El gasto en prestación farmacéutica cerrado en el año 2011 fue de 1.996.040.745 euros. De este importe el correspondiente al gasto por receta fue de 1.240.998.285.

La política del ministerio en relación a farmacia está ocasionando una continua bajada de precios y gasto medio por receta. Este descenso, añadido al permanente compromiso de los profesionales en la contención de gasto, puede representar a su vez un descenso del gasto en 5%, cifra que es factible si pensamos que entre 2010 y 2011 la reducción fue del 5.59%. Esto representa un previsible ahorro de **62.000.000 euros.**

Implantación de la tasa de un euro por receta

No compartimos esta medida, por ser injusta y representar una doble imposición de un copago a la prestación farmacéutica. Tiene un claro componente recaudatorio y puede suponer la falta de cumplimentación de tratamientos por dificultades económicas.

Incremento de las actividades de la central de compras

Esta medida es absolutamente compartida por todos. Lo que nos parece es que llega tarde y desde hace ya tiempo se hizo llegar a la consejería esta necesidad. Los planes estratégicos de las especialidades tenían que haber sido una apuesta decidida por la introducción de estas medidas. Un ahorro de **150 millones** según la Administración.

Proponemos que la Administración haga copartípe de las compras a los profesionales, que son quienes deben determinar los protocolos que definan las características técnicas de los productos y materiales a comprar, entendiendo que la calidad de los mismos debe ser una prioridad más.

Es este capítulo 2 el que puede y debe admitir nuevas aportaciones importantes. No es solo la central de compras lo importante. En gestión es conocido el "principio de Pareto o regla del 20/80", que de forma clara se cumple en sanidad. Hay que tener claro lo siguiente:

- 1.- El 20% de los ingresos, procedimientos, fármacos, etc. suponen el 80% del gasto.
- 2.- El Cap. II es aproximadamente el 27% del presupuesto total y supone un total de 1.996 millones de euros (Memoria SERMAS 2011).
- 3.- Actuar sobre el 20% que representa una intervención directa sobre el 80% del gasto, es decir, sobre 1596 millones de euros.
- 4.- Si estimamos el ahorro producto de una protocolización consensuada entre los profesionales conforme a criterios clínicos, y lo ciframos en el 5%, el resultado es un previsible ahorro adicional de aproximadamente **80.000.000** de euros.

Retraso en la apertura del Hospital de Collado Villalba

Hemos decidido retrasar la apertura del nuevo Hospital de Collado Villalba hasta finales del año 2013, lo que evitará generar un nuevo gasto.

Decisión compartida. Lo que debe estar claro es que no existan contrapartidas más allá de lo que contemple el pliego de condiciones por este retraso.

Proponemos la suspensión indefinida de la apertura en tanto no se resuelvan las actuales dificultades presupuestarias. Igualmente consideramos imprescindible la renegociación de sus cláusulas de apertura y gestión, de modo que quede bajo control público.

4. Ordenación de equipos profesionales

Reordenación de la actividad de los profesionales en los hospitales

Hasta ahora, la actividad hospitalaria por la tarde se realizaba como jornada extraordinaria por parte de los profesionales.

Desde el Gobierno de la Comunidad de Madrid queremos que los hospitales también trabajen por la tarde para llevar a cabo pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas o consultas, pero no como algo extraordinario y que conlleva un sobrecoste para los ciudadanos, sino como parte de una jornada laboral normal.

Por ello, vamos a cambiar el modelo vigente, como ya ha sucedido en otras Comunidades Autónomas, mediante la contratación de profesionales cuya jornada laboral será de tarde, para que podamos seguir cumpliendo con los compromisos de la lista de espera quirúrgica y diagnóstica, pero a un coste al alcance de nuestras actuales posibilidades.

Compartimos y defendemos que el sistema público debe ser eficiente y rentabilizar los recursos. No hay duda que es una obligación de todos los que desarrollamos nuestra actividad en el sector público.

Ahora bien, hacer este cambio tan importante requiere establecer un serio proceso de negociación de las condiciones laborales de los profesionales que desarrollen esta nueva actividad. El respeto a los porcentajes de tiempos de asistencia, docencia e investigación debe mantenerse y así se exigirá.

El incremento de la actividad asistencial de los centros hospitalarios en turno de tarde, necesariamente debe realizarse de forma paralela a una disminución que ciframos en un 50% del Capítulo II artículo V (Asistencia Sanitaria y Servicios sociales con medios ajenos).

Cuantificar la repercusión en cap. 1 de esta medida se debe hacer con datos mas concretos de plantillas.

Jubilación de profesionales mayores de 65 años

La prolongación del servicio activo a partir de los 65 años se limitará a un tercio de los profesionales, y se basará en criterios de desempeño de sus funciones y en el plan de ordenación de recursos humanos de cada centro. De este modo, los madrileños podrán disponer del talento y de la experiencia de sus facultativos más destacados, a la vez que se produce un necesario relevo generacional.

Los profesionales que actualmente tienen prorrogado su servicio activo, dispondrán de un plazo de tres meses para presentar su solicitud para continuar en el servicio, lo que se decidirá con arreglo a los criterios anteriormente indicados.

En este punto concreto no existe unanimidad en el posicionamiento por parte de las OOSS respecto a la voluntariedad en la prórroga de la jubilación más allá de los 65 años. Si la Administración continúa en la idea de aplicar esta potestad que le confiere el Estatuto Marco no haremos dejación de nuestra función de representación y exigiremos se establezca un marco claro que delimite el quién, cómo, en qué plazos, casos, etc. debe ser considerado susceptible de prorrogar mas allá de los 65 años. El Estatuto Marco, artículos 26 y 13, establece el procedimiento para la jubilación y el proceso de negociación, a los que en ningún caso renunciaremos y por ello exigiremos su estricto cumplimiento.

Nos comprometemos a establecer un acuerdo sobre este punto, de tal forma que la arbitrariedad sea imposible, y que únicamente los criterios profesionales sean los considerados a estos efectos.

Concentración de laboratorios para aprovechar economías de escala

Se prevé concentrar, en un número reducido de hospitales, la mayor parte de los procesos de laboratorio de rutina, aprovechando que dichos hospitales han modernizado su tecnología, y pueden absorber un volumen mucho mayor de pruebas de laboratorio, generando importantes ahorros. No está prevista la externalización de esta actividad, simplemente se trata de concentrarla.

No obstante, en todos los hospitales continuará habiendo servicios de laboratorio para atender la demanda interna.

No creemos adecuada esta medida y pedimos su retirada.

Es fundamental garantizar la formación postgrado de las especialidades implicadas, de las que Madrid es responsable de la formación del 20% de los profesionales de España.

También es imprescindible garantizar el desarrollo profesional de los profesionales de los laboratorios, que quedaría mermada con el modelo del Plan.

-Desde el punto de vista de la gestión clínica, la cercanía del referente de un laboratorio es fundamental y de ello se deriva Calidad, Seguridad y Ahorro. Su ausencia genera más gasto e incrementa en torno al 50% la petición de determinadas analíticas.

-La movilización masiva de muestras aumenta el número de resultados alterados que obliga a la repetición de las pruebas.

-Reordenar la ubicación interna de los laboratorios de un mismo hospital generaría ahorro derivado de la mayor eficiencia del uso de los equipos y compras, etc.

-Se han hecho recientes inversiones en equipos que es necesario amortizar.

Concentración de la complejidad.

Los procesos de muy alta complejidad requieren de unidades y de profesionales altamente cualificados que atiendan a un número importante de pacientes para obtener la destreza y experiencia necesarias para ofrecer a los pacientes la máxima seguridad y garantía.

Fruto de la evolución histórica del Sistema Nacional de Salud, en toda España y también en Madrid, hay actualmente procesos complejos que se llevan a cabo en muchos hospitales, alguno de ellos con un volumen anual de casos muy bajo.

Esta realidad significa un uso ineficiente de los recursos pero, sobre todo, ofrece menores garantías de éxito y de seguridad a los pacientes que son allí tratados.

Por eso, progresivamente y de común acuerdo con los profesionales, y lo previsto en los planes estratégicos de cada especialidad, se iniciarán los procesos para concentrar en diferentes hospitales los procesos de alta complejidad.

Es una medida que debe pasar por un exhaustivo estudio, y la previa consideración de los Planes estratégicos y de los Planes formativos postgrado de profesionales

Por último, recordamos que entre las medidas anunciadas se encuentra el cierre del Instituto Cardiológico y que no viene especificado en el plan de medidas. En este caso reiteramos lo dicho anteriormente en el sentido de no compartir y por ello rechazar de forma rotunda el cierre.

Así mismo, recordamos que entre las medidas también se anuncia que en el Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda, se procederá a la supresión del personal no sanitario que actualmente se encuentra prestando servicios en cualquiera de las condiciones de contratación públicas: estatutarios, laborales o funcionarios, sean fijos, interinos o eventuales. Esto se hace incumpliendo por parte de la Administración el acuerdo firmado que posibilitó el traslado. Se reitera su compromiso con lo acordado y exige el cumplimiento del acuerdo en su integridad.

También manifestamos que no comparte la supresión de la Lavandería centralizada, pues ha demostrado su valía y competitividad a lo largo de sus muchos años de existencia, actuando incluso como regulador de los precios de mercado del sector.

Resumen de cifras contenidas en este documento:

Capítulo 1. Gastos de personal.

Iniciamos el documento diciendo que se pide un descenso de 265 millones. Cuantificar las diferentes partidas es inviable con la premura de tiempo y las nulas facilidades de las que disponemos. Las jubilaciones y la aplicación de tasas de reposición del 10%, asumiendo la pérdida de 2000 trabajadores por la no reposición y por 35000 euros de media, suponen 70.000.000 euros.

Atención Primaria: 126.459.282 euros

Capítulo 2. Gastos corrientes.

150.000.000 euros previstos por la central de compras.

80.000.000 euros por la protocolización según la regla 20/80.

Farmacia.

62.000.000 euros por reducción de recetas.

No privatización de 6 hospitales.

136.229.814 euros.

Faltaría cuantificar varias partidas, pero hasta ahora el total asciende a 510.829.814 euros.

La presentación del presente documento responde al compromiso adquirido con la administración en la reunión de las OOSS del pasado 13 de Diciembre de 2012.

Esta iniciativa llega tarde y entendemos que debería haberse realizado hace meses, momento en el que la situación económica hacía pensar que la Consejería debía acometer un presupuesto restrictivo. Tampoco compartimos que tras anunciar el plan y posicionarnos en contra, no se abriera entonces la posibilidad de valorar alternativas.

Por parte de la administración se ha imposibilitado que podamos realizar una propuesta basada en datos reales, debido a la falta de información y entrega de la previsión de cierre presupuestario del 2012. Además de llevarnos a la perversión de permitir que lo presentemos con escaso margen de tiempo, dado que el próximo día 20 se votará el presupuesto en la Asamblea de Madrid.

El presupuesto presentado para Sanidad está basado en datos sin contrastar, no reales y entendemos que es un engaño a los ciudadanos.

Nuestra propuesta se basa en las mismas premisas y responde uno a uno a los apartados del plan de la Consejería.

Por ello entendemos que tras cumplir el compromiso de entrega de un plan, afirmamos que la solución viene por lo siguiente:

1. Diferir el canon de los 6 nuevos Hospitales renegociando sus condiciones.
2. Asumir que la Comunidad de Madrid debe acudir al fondo de rescate autonómico o en su defecto buscar otras formas de financiación que garanticen la sostenibilidad del Servicio Madrileño de Salud.