SOMOS MÉDICOS

afem

Asociación de Facultativos
Especialistas de Madrid

SOMOS PACIENTES

RIESGOS PRIVATIZACIÓN

EL OBJETIVO DE LOS SISTEMAS SANITARIOS NO ES SER RENTABLES

GESTION DE LA ENFERMEDAD Y NO DE LA SALUD

LA FORMACIÓN CONTINUADA TAMBIÉN VA A PASAR A MANOS PRIVADAS

DATOS GASTO SANITARIO EN ESPAÑA

- España es el tercer país en gasto sanitario por la cola en la eurozona, mientras que **es el que tiene el gasto más alto en sanidad privada***

- El crecimiento del gasto sanitario en los últimos 10 años en España ha sido del 2,7 mientras que en el promedio de países de la OCDE ha sido de 4,1 además en España el ratio crecimiento gasto sanitario privado/ público ha aumentado respecto al resto de países de la OCDE *

- AUMENTO DEL NEGOCIO DE LA SALUD PRIVADA EN ESPAÑA http://economia.elpais.com/economia/2012/11/16/actualidad/1353093576_128398.html PUBLICADO EL 18 NOVIEMBRE DE 2011

- **DATOS INFORME OCDE**

DATOS REALES GASTO SANITARIO EN ESPAÑA

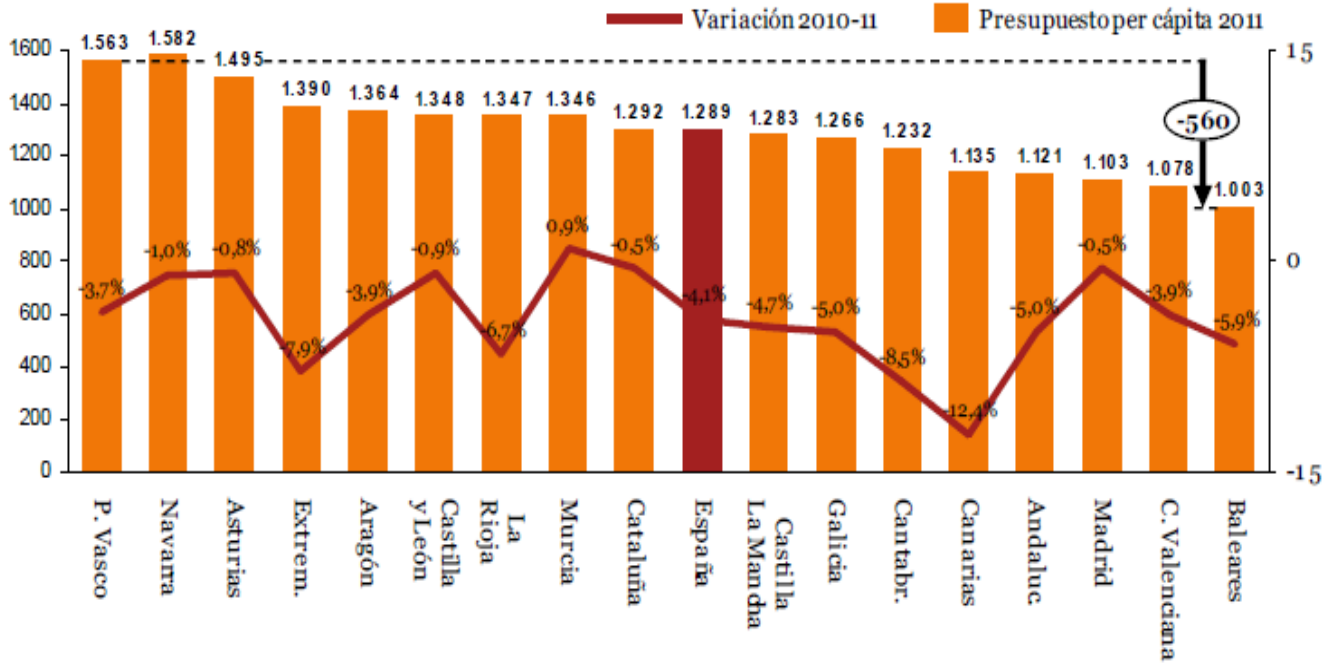
Millones de euros		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gasto sanitario público	SCS (con CLD)	44.957	48.603	53.145	58.651	63.857	70.766	73.800
	EGSP (sin CLD no SNS)[1]	42.957	46.349	50.587	55.683	60.227	66.626	69.846
Gasto sanitario privado	Con CLD	19.037	20.435	22.162	23.603	25.481	26.698	26.431
	Sin CLD	17.225	18.489	20.003	21.341	23.022	24.108	23.667
Gasto total	Con CLD	63.994	69.038	75.307	82.255	89.339	97.464	100.231
	Sin CLD no SNS	59.888	64.545	70.256	76.638	82.800	90.268	93.021
	Sin CLD	58.888	63.417	68.993	75.324	81.393	88.710	91.430

CLD: Cuidados de larga duración; SNS: Sistema Nacional de Salud.
[1] Incluye las funciones de investigación y formación.

GASTO SANITARIO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

El presupuesto sanitario público per cápita para 2011 se ha reducido de media un 4% con respecto a 2010.

Variación del presupuesto sanitario per cápita por CCAA durante el periodo 2010-2011 (euros)



- *Se han producido reducciones en la mayoría de las Comunidades Autónomas siendo Extremadura y Canarias las Comunidades con caídas más llamativa en su presupuesto sanitario per cápita*

Fuente: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). 2010

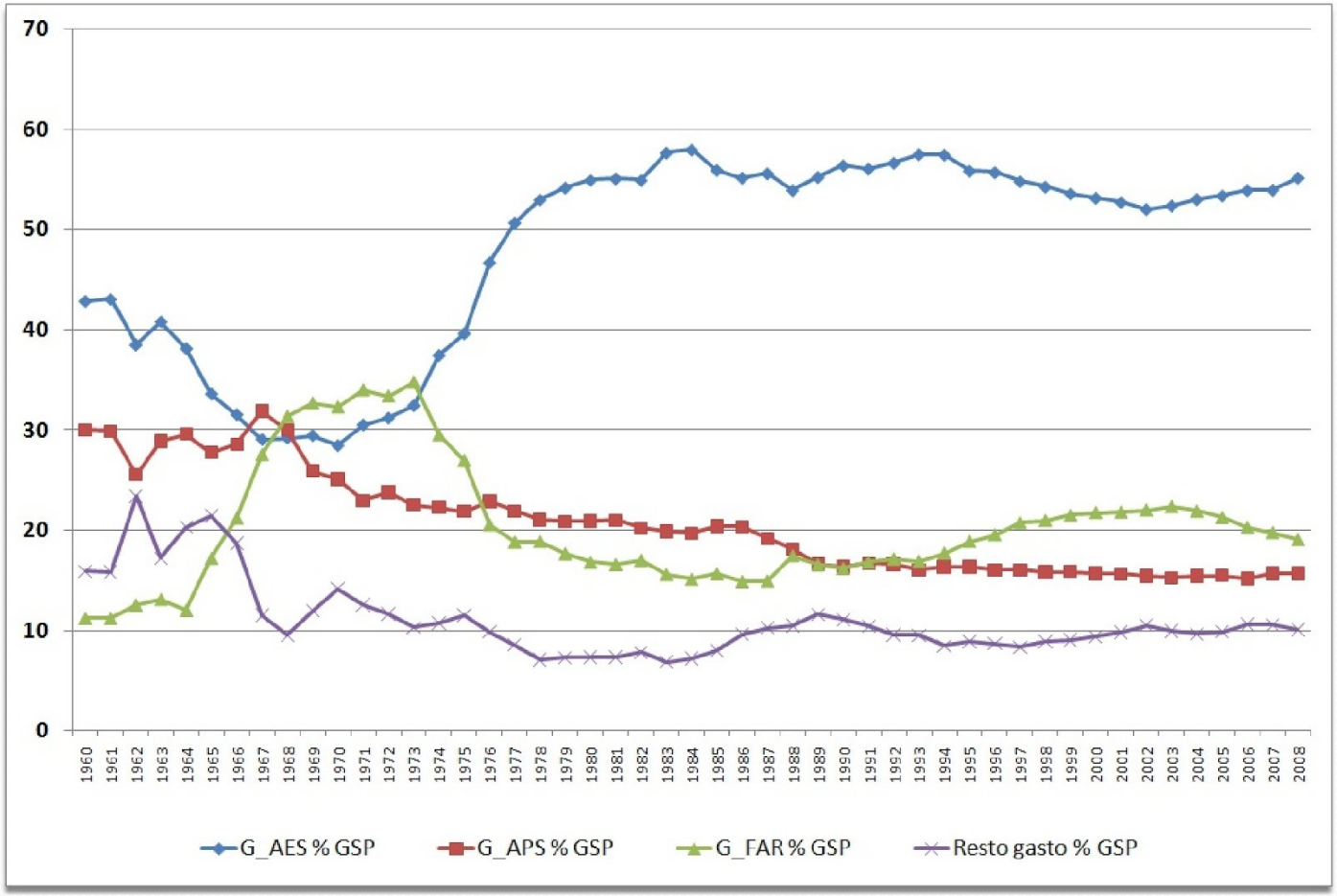
DISTRIBUCIÓN DE DINERO EN SANIDAD EN LA COMUNIDAD DE MADRID (MILLONES DE EUROS)

Sanidad	
Atención Especializada	4.456,89
Nuevos Hospitales de Móstoles y Collado Villalba	93,31
Atención Primaria	1.869,84
SUMMA 112	158,18
Infraestructuras sanitarias	52,78

DISMINUCIÓN DE PRESUPUESTOS 2013 POR HOSPITALES									
	Presupuesto 2012	Personas asignadas	€/por persona 2012	Presupuesto 2013 proyecto	Personas asignadas	€/por persona 2013	Disminución 2013 sobre 2012	% que se mantiene	% Disminución
Hospital Santa Cristina	40.831.546	139.313	246	41.992.864	139.313	301	1.161.318	103	3
Hospital de Vallecas (Infanta Leonor)	103.059.871	291.757	353	72.503.267	291.757	249	-30.556.604	70	-30
Hospital del Sureste (Arganda)	60.217.609	164.256	367	42.853.355	164.256	261	-17.364.254	71	-29
Hospital del Norte (Infanta Sofia	108.222.799	283.714	381	78.407.727	283.714	276	-29.815.072	72	-28
Hospital del Sur Parla (Infanta Cristina)	71.582.254	185.708	385	51.093.300	185.708	275	-20.488.954	71	-29
Hospital del Tajo	47.622.587	73.691	621	34.187.950	73.691	464	-13.434.637	72	-28
Hospital del Henares	76.768.129	170.199	451	55.140.161	170.199	324	-21.627.968	72	-28
Hospital de la Cruz Roja	41.970.637	99.698	461	38.806.412	99.698	389	-3.164.225	92	-8
Hospital de Valdemoro (Infanta Elena) privado	45.978.633	99.698	461	50.379.450	99.698	505	4.400.817	110	10
Hospital de Alcala (Principe de Asturias)	184.629.905	376.236	491	141.060.063	376.236	375	-43.569.842	76	-24
Hospital de la Princesa	158.063.326	313.020	505	138.234.960	313.020	442	-19.828.366	87	-13
Fundación Jimenez Diaz (privado)	216.862.120	428.022	507	193.785.556	428.022	453	-23.076.564	89	-11
Hospital Puerta de Hierro	294.746.950	559.831	526	264.938.351	559.831	473	-29.808.599	90	-10
Hospital de Mostoles (privado)	95.208.813	180.000	529	106.495.287	180.000	592	11.286.474	112	12
Hospital Virgen de la Torre	37.224.851	180.000	529	29.519.174	180.000	164	-7.705.677	79	-21
Hospital de Fuenlabrada	118.779.841	221.819	535	110.389.441	221.819	498	-8.390.400	93	-7
Hospital de la Fuenfria	37.224.851	136.000	559	13.909.130	136.000	102	-23.315.721	37	-63
Hospital de Torrejon (privado)	76.091.796	136.000	559	79.706.780	136.000	586	3.614.984	105	5
Hospital Severo Ochoa	137.297.220	186.552	594	116.662.428	186.552	625	-20.634.792	85	-15
Hospital de Alcorcon	161.730.686	264.769	611	141.692.980	264.769	535	-20.037.706	88	-12
Hospital de Mostoles	153.555.690	224.538	684	121.184.838	224.538	540	-32.370.852	79	-21
Hospital Ramon y Cajal	400.512.823	552.559	725	340.096.128	552.559	615	-60.416.695	85	-15
Hospital de Getafe	178.327.580	210.272	848	148.707.697	210.272	707	-29.619.883	83	-17
Hospital Clinico San Carlos	415.105.936	430.259	965	344.545.120	430.259	801	-70.560.816	83	-17
Hospital Doce Octubre	524.651.116	488.852	1.073	417.000.930	488.852	853	-107.650.186	79	-21
Hospital La Paz	542.874.487	500.310	1.085	465.057.540	500.310	930	-77.816.947	86	-14
Hospital U Gregorio Marañon	551.678.276	317.940	1.735	471.489.729	317.940	1483	-80.188.547	85	-15
GRUPO A									
GRUPO B									
GRUPO C									
Hospital de El Escorial	34.265.151			30.567.885			-3.697.266	89	-11
Hospital Carlos III	47.166.838			32.605.562			-14.561.276	69	-31
Hospital Niño Jesus	58.137.537			62.633.909			4.496.372	108	8
OTROS HOSPITALES							0		
						TOTAL	*-785.903.202*		

FUENTE: Presupuestos CAM. Consejería de Hacienda

GASTO SANITARIO POR SECTORES



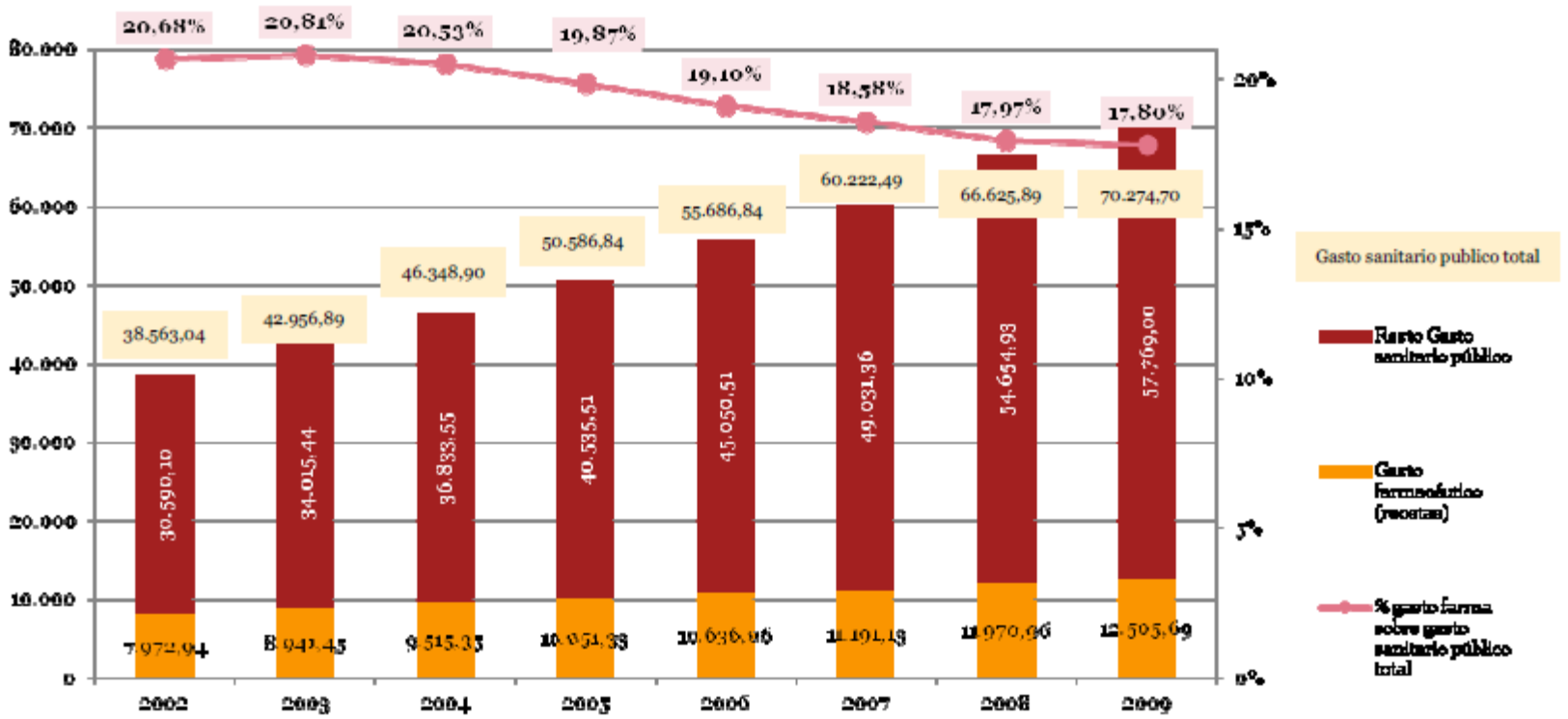
GAES: Atención hospitalizada GAPS: primaria GFAR: gasto farmaceútico [i]

[i] http://saluddineroy.blogspot.com.es/2012/01/gasto-sanitario-publico-por-sectores.html

Situación del gasto farmacéutico en España

Mientras el gasto sanitario continuaba creciendo, la proporción que el gasto farmacéutico público (recetas médicas) supone respecto al gasto sanitario público viene manteniendo una tendencia descendente desde el año 2004

Evolución Gasto farmacéutico de recetas médicas sobre gasto sanitario público (Millones de euros)

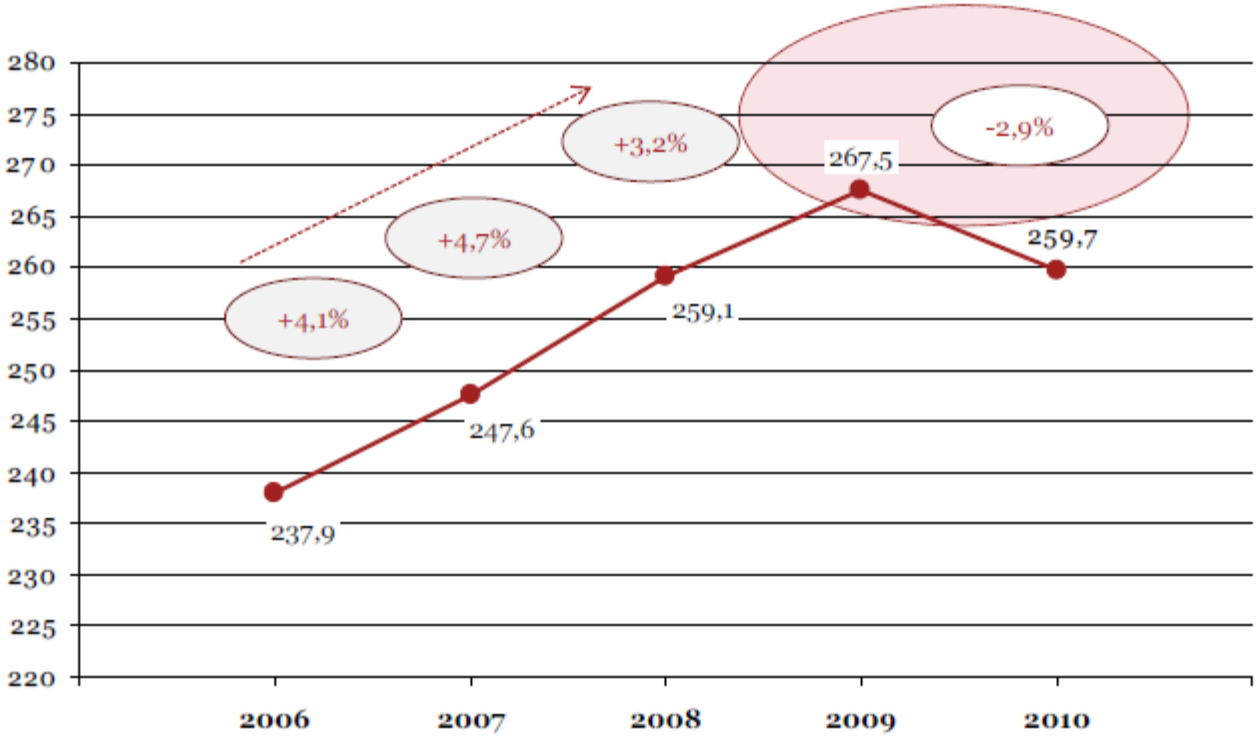


Fuente: El Sector Farmacéutico ¿Financiable y Sostenible? Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad y Política Social. Septiembre 2010. Elaborado a partir de datos de la Estadística Gasto Sanitario Público (gasto real) y Partes estadísticos de Facturación de Recetas Médicas.

Situación del gasto farmacéutico en España

En consecuencia, la tendencia creciente en el gasto farmacéutico per cápita en los últimos 5 años muestra un cambio de tendencia en el año 2010 con un decrecimiento del 2,9%

Evolución del gasto farmacéutico per cápita. Total España



Fuente: Boletín de Coyuntura nº 69, enero 2011. Farmaindustria

Situación del gasto farmacéutico en España

Los datos mensuales a julio de 2011 muestran una caída del gasto farmacéutico público del 5,4%, respecto al mismo mes del año anterior

Este descenso es debido fundamentalmente a la caída del gasto medio por receta (un 5,82% en este periodo) ya que el número de recetas total continúa en aumento (incremento del 0,42%).

Estos datos confirman la tendencia de los últimos meses.

Evolución del gasto farmacéutico público (oficinas de farmacia)

	Diciembre 2010	Diciembre 2009	% var. 2010/09	Julio 2011	Julio 2010	%var. 2011/2010
Gasto (mill. C)*	985,6	1.068,3	-7,74%	924,3	977,3	-5,43%
Nº de Recetas (Millones)	82,2	79,2	3,73%	78,6	78,3	0,42%
Gasto medio por receta C*	11,99	13,48	-11,05%	11,76	12,49	-5,82%

- *Este descenso está provocado por las medidas del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad sobre precios, deducciones y del Sistema de Precios de Referencia, y de las iniciativas de las comunidades autónomas en relación con la prescripción y el uso racional del medicamento.*

** Nota: PVP con IVA*

Fuente: Boletín de Coyuntura nº 69 y nº76, enero 2011 y Agosto 2011. Farmaindustria

GASTO FARMACÉUTICO

- HA AUMENTADO EL GASTO FARMACÉUTICO HOSPITALARIO
- FACTOR INCREMENTO RECETA PER CÁPITA LIMITADO A CIERTOS GRUPOS
- IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA EDUCACIÓN CIUDADANA
- IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN CONTINUADA SIN MANIPULAR DE LOS PROFESIONALES

Actualmente el 90% del gasto público sanitario corre a cargo de las comunidades autónomas

En España las Comunidades Autónomas establecen sus propios objetivos de gasto en salud, de acuerdo con criterios demográficos, objetivos que en la práctica son excedidos con el consiguiente déficit de los sistemas.

Concepto	Deuda (millones euros) 31 Marzo 2011	Δ deuda primer trimestre 2011	Plazo medio de pago (días) 31 Marzo 2011	Δ primer trimestre 2011
Medicamentos suministrados a hospitales del SNS	5.191,9	▲ 10,8%	410	▲ 5,13%

Fuente: Farmaindustria. 31 de Marzo 2011

La deuda por suministro de medicamentos a hospitales de SNS, mantiene una tendencia creciente, con un incremento del 10,8% en el primer trimestre de 2011.
El plazo medio de pago se sitúa en 410 días

Concepto	Deuda (millones euros) Julio 2011		Plazo medio de pago (días)	Δ Julio 2011-Dic 2010
Productos Sanitarios	4,540		415	▲ 19,6%

Fuente: Federación española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN). Julio 2011

La deuda por suministro de productos sanitarios ascendió en Julio de 2011 a 4.540 euros mientras la media de retraso de pago se sitúan en 415 días

El gasto sanitario público de las comunidades autónomas experimentó un crecimiento del 75,5% en el periodo 2002-2008

De haberse mantenido esta progresión, habría supuesto su duplicación en el plazo de una década.

Ante esta situación las Comunidades Autónomas en línea con la Administración Central del Estado, vienen introduciendo medidas de racionalización del gasto sanitario de diversa índole.

Mapa resumen de las medidas de racionalización del gasto sanitario en las CCAA

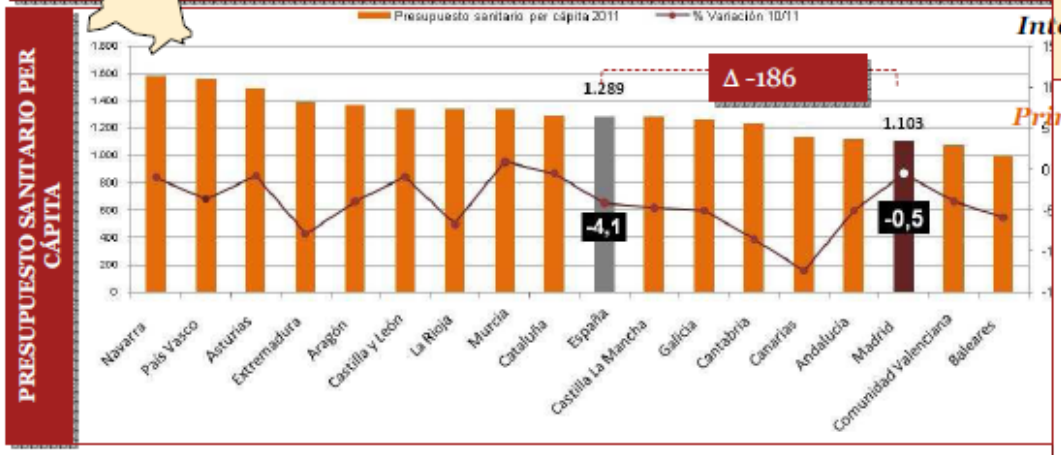
1	*Implantar* ***criterios racionales en la gestión de compras***	• Centralización. • Gestión. • Catálogos.
2	*Asegurar la* ***calidad y el uso racional del medicamento***	• Medidas genéricas. • Gestión de recetas. • Orientación de la prescripción. • Atención farmacéutica y dispensación.
3	*Establecer mecanismos que promuevan la* ***demanda responsable y estilos de vida saludables***	• Demanda responsable. • Estilos de vida saludable.
4	***Uso de tecnologías*** *en base a la mejor* ***evidencia científica*** *disponible*	• Uso de tecnologías. • Acceso a evidencia científica.
5	***Sistema de incentivos*** *a los profesionales sanitarios*	
6	*Refuerzo del papel de las* ***Agencias de Evaluación de Tecnologías***	
7	*Aumento de recursos y capacidad de gestión en* ***Atención primaria***	• Aumentar los recursos de AP. • Aumentar la capacidad de resolución de AP.
8	*Desarrollo del* ***Sistema de Información***	
9	***Otras medidas dirigidas a la racionalización***	

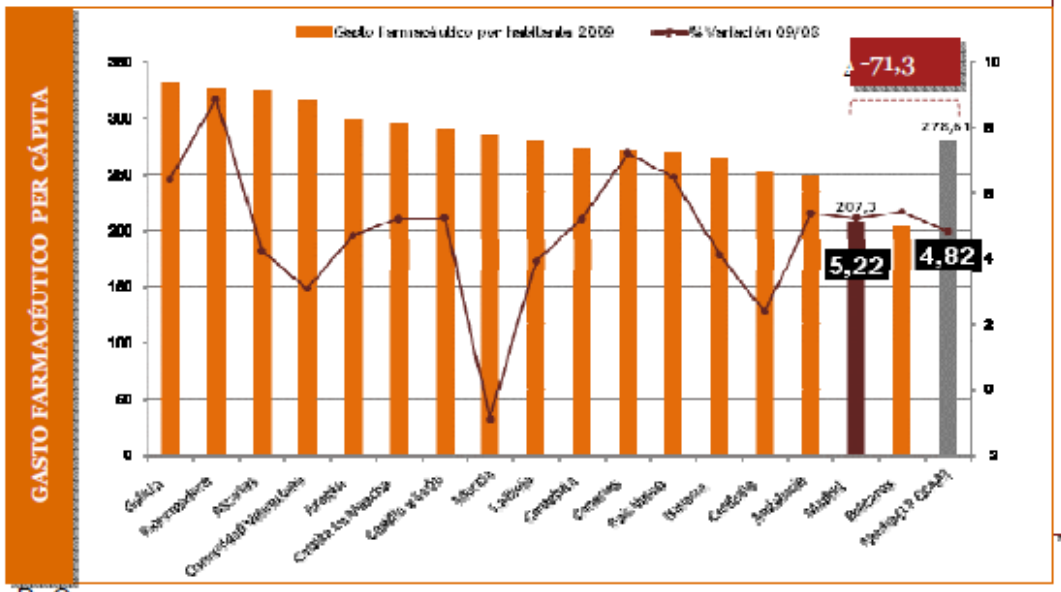
Con el objetivo de tener un escenario de la situación actual, se repasa a continuación la situación y las principales medidas de racionalización del gasto farmacéutico y sanitario en las Comunidades Autónomas más representativas.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de grupo de trabajo sobre gasto sanitario. 2007

Madrid dedica importantes esfuerzos al control de gasto de la partida dedicada a recursos humanos

Madrid





Objetivo:

Intensificación del control del gasto en RRHH y farmacéutico

Principales medidas contención gasto sanitario:

Modelos de riesgo compartido y centralización

- Modelos de **colaboración público privada** y **centralización de pruebas diagnosticas** en unidades centrales compartidas para varios hospitales.

Área única de salud

- Eliminación de barreras territoriales y burocráticas.
- Reestructuración directiva y organizativa eliminando duplicidades.
- Centralización de contratos de servicio como lavandería, mantenimiento, limpieza, etc. en Atención Primaria y hospitales.

Compras

- Optimización de las compras a través de sistemas de información.
- Compra centralizada de medicamentos y productos sanitarios

Personal

- **Reducción de un 5% de media en las retribuciones al personal.**
- Congelación de la carrera y la promoción profesional.
- **Control de la contratación temporal**, de las sustituciones y de la incapacidad temporal.
- **Retribución por desempeño** para los profesionales sanitarios.
- Medidas de **mejora del rendimiento y productividad.**

Otras

- Medidas de **buena prescripción** (prescripción de genéricos).
- Sistema de **ayudas a la prescripción.**
- **Información a pacientes** para evitar consumo inadecuado de recetas.
- **Indicadores de eficiencia** en contratos de gestión.
- Contratos de servicios con **retribuciones por ahorros** conseguidos

Enfoque de áreas para la contención del gastos en España:

Actuaciones sobre Conductas:

- Obesidad
- Tabaco
- Alcohol
- No adherencia a tratamientos
- Conductas de riesgo (conducción, drogas,...)

Actuaciones no clínicas sobre conductas evitables *que suponen costes adicionales para el sistema sanitario.*

Actuaciones de tipo Operacional:

- Logística (compras, almacenamiento, distribución)
- Revisión de procesos
- Sinergias entre hospitales
- Régimen laboral y productividad del personal
- Absentismo

Actuaciones centradas en evitar procesos administrativos o de otro tipo que añaden coste sin aportar valor. Se refiere por ejemplo al uso inefectivo de las tecnologías de la información, rotación de personal o la prescripción en papel.

Actuaciones de tipo Clínico:

- Variabilidad en la práctica clínica
- Descoordinación primaria/especializada
- Repetición pruebas
- Errores médicos
- Infecciones hospitalarias
- Insuficiente orientación a crónicos

Actuaciones centradas en evitar una atención médica inadecuada como la relativa a las readmisiones hospitalarias evitables, la mala gestión de la diabetes, las visitas innecesarias a urgencias, los errores médicos, los cambios en el tratamiento, las infecciones adquiridas en el hospital o la sobreprescripción de antibióticos.

¿QUE SE PRETENDE CON LA PRIVATIZACIÓN? MODELO ALZIRA

- El hospital de La Ribera en Alzira (Valencia) fue el primer experimento de privatización en España en 1.999.

- La fórmula fue la denominada "concesión administrativa sanitaria", más amplia que las más conocidas PFI o Iniciativas de Financiación Privada.
  - La Administración cede a la concesionaria todo menos la titularidad.
  - Construcción, mantenimiento, equipamiento, personal sanitario y no sanitario.
  - Puede tener versión reducida (se externaliza solo el hospital) o ampliada (hospital y los centros de salud dependientes de este).
  - En la versión ampliada se cede también la gestión del departamento de salud dependiente del hospital o atención primaria (140.000-250.000 personas según la zona).
  - Se trata de ceder la gestión integral de un hospital público o un departamento de salud entero a una empresa privada.
  - **La Comunidad paga 639 euros por paciente atendido.**
- Una empresa creada al efecto, Ribera Salud, fue la adjudicataria de la concesión.
- Su accionariado correspondía a las cajas valencianas Bancaja y Caja de Ahorros del Mediterráneo al 50 %.

- En teoría, diferentes empresas deberían haber competido por las distintas adjudicaciones lo que habría mejorado la eficiencia del sistema.
- Sin embargo Ribera Salud ha formado uniones temporales de empresas (UTE) junto a aseguradoras sanitarias y ha obtenido las concesiones administrativas de todos los centros:
  - En Alzira con Adeslas.
  - En Torrevieja y Elche con Asisa.
  - En Dénia con DKV.
  - En Manises con Sanitas.

- Sin embargo en 2.012 la Comunidad Valenciana no tiene previsto continuar expandiendo el modelo Alzira.

- Según la propia Consejería de Sanidad "**este modelo ya no tiene sentido**".

- Existen incluso dos hospitales construidos pero sin fondos para equiparlos (Liria con 120 camas y Gandía con 240 camas) que podrían ser privatizados siguiendo el modelo Alzira.

- La Generalitat se planteó avanzar en el modelo privatizando hospitales de media y larga distancia.

- La Generalitat ha diseñado un nuevo modelo denominado "**gestión compartida**".
  - La idea original de ceder al sector privado "parcelas asistenciales" no ha funcionado.
  - Ahora pretende concentrar los servicios externalizados de la sanidad valenciana.
  - **Agrupar todos los servicios no sanitarios de los 18 departamentos de salud en los que está dividida la Comunidad valenciana, concentrarlos y privatizarlos.**
  - Se pretende buscar economías de escala y reducir costes.
  - Se han dividido en tres grandes grupos:
    - Servicios generales (limpieza, lavandería, restauración, mantenimiento).
    - servicios concertados (oxigenoterapia, hemodiálisis)
    - logística (almacenes, distribución, compra).
  - Se sacarían a concurso lotes de cada uno. El primero serían siete lotes y tres del tercero.
  - De esta forma, la Generalitat solo se concentrará en la gestión sanitaria.

VALENCIA

- <u>Desde que se puso en marcha el hospital de la Ribera, ninguno de los que se han abierto con la misma fórmula ha ahorrado costes.</u>
- Los contratos de concesión fueron firmados en época de bonanza económica y ahora son insostenibles. Agujero económico en la sanidad valenciana.
- La siguiente fase de la privatización prevista tiene objetivos financieros, para reducir la deuda con las empresas farmacéuticas. Incluso se quería establecer un canon de acceso (360 millones de euros).
- El sistema está fragmentando el modelo sanitario valenciano.
- De las concesiones, solo la de Alzira (Ribera) cubre los gastos.
- Los dos accionistas (Bankia y Banco Sabadell) quieren deshacerse de la empresa que sostiene el sistema valenciano (Ribera Salud).
- En estos momentos hay interesados en comprarla (Capio Sanidad y Sanitas), pero las expectativas no son positivas, por lo que no se ha materializado. Esto genera incertidumbre.

PROBLEMAS DE LAS PRIVATIZACIONES EN MADRID

- Turnos de trabajo ilegales. No siempre se respetan los tiempos mínimos de descanso legalmente establecidos.
- Personal mínimo en servicios básicos como los de Urgencia.
- Ha sido necesario tener listas ambulancias para la transferencia a centros públicos.
- En algunos casos no se ha realizado la formación necesaria del personal.
- En centros donde se realiza el pago por intervención se ha detectado un incremento de denuncias por problemas derivados de esas intervenciones (Fundación Jiménez Díaz por ejemplo).

5. ¿Cómo se ha ido produciendo el cambio en Madrid?

- **Ley 15/1997**, de 25 de abril sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS.
- **1998**. Exclusión de medicamentos subvencionados por el SNS ("medicamentazo")
- **1999**. Adopción de Competencias en materia de Gestión de los servicios de salud a Inspectores y Mutuas patronales en detrimento de especialistas del SNS.
- **1999**. Apertura del Hospital Universitario de la Ribera. Alzira. (Valencia).
- **R.D. 29/2000**, del 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del INS. Aparición de las Fundaciones Sanitarias.
- **Hospitales en Madrid:** Transferencia de Fundación Alcorcón a la CAM (2002), Hospital FJD se incorpora a Capio Sanidad (2003), Apertura del Hospital Infanta Elena (Valdemoro, 2007), Apertura de 6 Centros Hospitalarios de gestión mixta (2008), Hospital Rey Juan Carlos (Móstoles, 2012),…
- **31 oct 2012**: Plan estratégico,…

LEY 15/97

ley 15/97 (votada por PSOE, PP, CiU, CC y PNV) que es el marco regulatorio que rige la entrada de la empresa privada en la sanidad.

ANTEPROYECTO DE LEY DE MEDIDAS FISCALES Y ADMINISTRATIVAS

- **Artículo 56.** *Modificación parcial de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.*

- Se modifica el artículo 88 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, que queda redactado de la siguiente forma:

- 1. **Los centros y establecimientos que integran el Servicio Madrileño de Salud** se podrán configurar como instituciones sanitarias del citado ente sin personalidad jurídica propia, o bien como entidades sanitarias dependientes del mismo, de titularidad pública y **con personalidad jurídica propia**. En este caso, las mismas podrán adoptar cualquiera de las figuras organizativas previstas en el ordenamiento jurídico y su creación se realizará mediante Decreto del Consejo de Gobierno.

- 2. Cuando la **gestión de los centros de atención primaria** se realice por cualquiera de las formas de gestión indirecta previstas en el Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público, podrá ofrecerse la **gestión de los centros preferentemente a las sociedades de profesionales** con personalidad jurídica propia, que estén constituidas total o mayoritariamente por los profesionales sanitarios que presten sus servicios en el Servicio Madrileño de Salud, con la finalidad de promover un mayor grado de implicación de los profesionales en el proceso de desarrollo, racionalización y optimización del sistema sanitario público madrileño.

- **Establecida la preferencia**, en caso de que la gestión de los centros no se asigne a cualquiera de las sociedades de profesionales creadas al efecto, **podrán concurrir para su gestión el resto de personas físicas o jurídicas legalmente constituidas.**

- 3. El Consejo de Gobierno **mediante decreto**, determinará los requisitos necesarios para acreditar las sociedades profesionales a que se refiere el artículo anterior.

- 4. El Consejo de Gobierno **mediante decreto** podrá definir el estatuto jurídico que dé cobertura a la autonomía económica, financiera y de gestión de los centros dependientes del Servicio Madrileño de Salud.

- 5. Los centros y establecimientos que integran el Servicio Madrileño de Salud deberán contar con un sistema integral de gestión que permita de acuerdo con su planificación estratégica, implantar **técnicas de dirección por objetivos, sistemas de control de gestión orientados a los resultados** y sistemas de estándares de servicios, delimitar claramente las responsabilidades de dirección y gestión, y establecer un adecuado control en la evaluación de los diferentes parámetros que influyen en los costes y la calidad de la asistencia.

- 6. De acuerdo con lo que se establezca reglamentariamente, los centros y establecimientos deberán confeccionar y remitir al Servicio Madrileño de Salud periódicamente, cuanta información sanitaria y económica le sea requerida."

- **Artículo 45.** *Jornada de trabajo a tiempo parcial del personal estatutario del Servicio Madrileño de Salud.*

- Los nombramientos de personal estatutario temporal, podrán expedirse para la prestación de servicios con dedicación parcial en el porcentaje, días y horario que, en cada caso, y atendiendo a las circunstancias organizativas, funcionales y asistenciales, se determinen, con una limitación máxima del 75% de la jornada ordinaria, en cómputo anual, o del que proporcionalmente corresponda si se trata de nombramiento temporal de menor duración.

- **Artículo 44.** *Jubilación forzosa del personal estatutario del Servicio Madrileño de Salud.*

- 1. La jubilación forzosa del personal estatutario de las Instituciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud se declarará de oficio cuando el interesado cumpla la edad mínima de jubilación forzosa, de acuerdo con lo establecido en el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio.

- Podrá prorrogarse la permanencia en el servicio activo como máximo al 30 por ciento del total de facultativos que cumplan la edad de jubilación en el año correspondiente, en función de las necesidades de la organización, articuladas en el marco de los planes de ordenación de recursos humanos del Servicio Madrileño de Salud. Las prolongaciones se efectuarán mediante resolución expresa por un período de un año, prorrogables por períodos de igual duración.

- Asimismo, se concederá prolongación en el servicio activo en el supuesto incluido en el apartado 3, del artículo 26 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.

- 2. Todas aquellas prolongaciones de la permanencia en el servicio activo concedidas con anterioridad a la entrada en vigor de esta ley serán revisadas en el plazo máximo de tres meses desde la vigencia de la presente ley, conforme a los criterios del apartado 1 de este artículo.

- **Artículo 55.** *Reordenación de la asistencia sanitaria en los Hospitales Infanta Cristina, Infanta Sofía, Infanta Leonor, Sureste, Henares y Tajo.*

- 1. De acuerdo con lo que establece el artículo único de la Ley 15/1997, de 25 de abril que habilita nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, se habilita al Servicio Madrileño de Salud para adjudicar contratos para la gestión del servicio público de asistencia sanitaria especializada en los Hospitales Infanta Cristina, Infanta Sofía, Infanta Leonor, Sureste, Henares y Tajo, que garantizarán los adecuados niveles de calidad, atención y derechos de los usuarios.

- 2. La adjudicación de contratos para la gestión del servicio público de asistencia sanitaria especializada no supondrá modificación de los Contratos de concesión de obra pública para la Redacción del Proyecto, Construcción y Explotación vigentes en los respectivos Hospitales.

- 3. La Unidad Técnica de Control de los servicios de explotación de las obras públicas de los Hospitales de la Comunidad de Madrid indicados, creada por Orden 2073/07, del Consejero de Sanidad, de 12 de septiembre, realizará las funciones de vigilancia, seguimiento y control de la ejecución de los nuevos contratos.

- Las funciones de coordinación con las entidades adjudicatarias de los servicios no sanitarios de explotación de la obra pública corresponderán a las empresas adjudicatarias de los contratos de gestión del servicio público de asistencia sanitaria especializada.

- 4. Se habilita al Servicio Madrileño de Salud para dictar las instrucciones de funcionamiento que sean necesarias para garantizar la correcta prestación y niveles de calidad de los servicios, a cuyos efectos podrá establecer los órganos y procedimientos de coordinación oportunos o asignar a cada sociedad las funciones que a estos efectos resulten adecuadas.

¿ Afectará la privatización de mi hospital a la calidad de la asistencia recibida?

De los 441€ correspondientes por habitante, en estos hospitales pueden recibir atención equiparable a cifras menores: rentabilidad empresarial.

El paciente es clasificado atendiendo a la rentabilidad de su tratamiento

Teoría de mínimos en busca de cumplir objetivos económicos.

Gestión Privada

Gestión Pública

Teoría de máximos: su salud y cuidado.

El paciente no es clasificado, es el centro de la dedicación diaria de los profesionales.

Con la gestión pública, la partida correspondiente de sus impuestos se invierte íntegramente en su salud.