



ASAMBLEA DE MADRID
GRUPO PARLAMENTARIO
PODEMOS

COMUNIDAD DE MADRID ASAMBLEA	
FECHA DE PRESENTACIÓN	15/1/16
FECHA DE ADOPTACIÓN	3 MAR. 2016
N.º DE REGISTRO	
2447	

A LA MESA DE LA ASAMBLEA DE MADRID.

D. JOSÉ MANUEL LÓPEZ, portavoz del Grupo Parlamentario de Podemos, al amparo de lo previsto en el artículo 217 del Reglamento de la Cámara, presenta las siguientes **PROPUESTAS DE RESOLUCIÓN**, subsiguientes al debate monográfico sobre situación de la sanidad en nuestra Comunidad.

Madrid, 3 de marzo de 2016

D. José Manuel López Rodrigo
EL PORTAVOZ



ASAMBLEA DE MADRID
GRUPO PARLAMENTARIO
PODEMOS

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN 1. PLANIFICACIÓN SANITARIA

La salud de las personas depende básicamente de los determinantes sociales de la salud, aspectos como el nivel de renta, la educación, la vivienda o el género, junto al medio ambiente son los que marcan los niveles de bienestar de la población.

La planificación de nuestro sistema sanitario tiene que tomar en consideración esos determinantes sociales de salud, y orientarse atendiendo principalmente a la promoción, protección y mejora de la salud.

Con estas premisas debemos elaborar un Plan de Salud analizando y haciendo un diagnóstico de la situación de la salud de la población madrileña. Este requiere del conocimiento de las desigualdades existentes entre territorios y grupos sociales, y de los problemas de salud que estos presentan, para establecer objetivos y marcar prioridades. Propuestas que han de contar con la participación de los profesionales y de la ciudadanía desde el primer momento.

Esto permitirá planificar el Servicio Madrileño de Salud hacia objetivos comunes de salud, más allá de satisfacer la mera demanda asistencial de cada caso. Aprovechar las economías de escala, y articular y coordinar los recursos públicos con los que se cuenta, así como implementar los necesarios para asegurar una atención integral. Revirtiendo las dinámicas segmentadoras y privatizadoras que ahora presenta nuestro modelo sanitario. Además así conseguiremos aumentar la equidad, eficiencia, impulsando la transparencia y rendición de cuentas.

Dos aspectos más ha de tener la planificación actualmente en la CM, la reorientación del sistema sanitario hacia la cronicidad que exige entre otras cosas una mejor coordinación con los servicios sociales y de salud pública, y una nueva base territorial, para poder dar continuidad a los cuidados necesarios que hoy día presentan mayoritariamente las personas de más edad.

Por esto de nuevo es imprescindible la división del territorio en Áreas Sanitarias desde las que se pueda llevar a cabo una gestión más acorde con realidad demográfica y de recursos, impulsando el trabajo de equipos multidisciplinares que permitan mayor eficacia y eficiencia tanto en el seguimiento de determinados procesos, como en la atención de las personas más vulnerables. Esto conlleva que los sistemas de información de salud incorporen variables sociales, de tal forma que se pueda evaluar la equidad en salud, con el objetivo de ir disminuyendo las desigualdades existentes.

Por todo ello, la Asamblea de Madrid insta al Consejo de Gobierno a la adopción de las siguientes medidas:

- La elaboración de un Plan de Salud: Planificando en función de los principales problemas de salud y sus determinantes sociales; es decir, más allá de la mera gestión de la demanda asistencial.
- Introducir la salud en todas las políticas públicas, especialmente aquellas que tienen una mayor impacto en nuestra salud colectiva (como las políticas fiscales, educativas, de empleo, seguridad social, laborales, vivienda, urbanismo, medioambiente, deportes, culturales, sociales, etc.).
- El establecimiento de planes y compromisos políticos para disminuir la brecha social en salud, con metas evaluables y que se puedan cumplir en los plazos que se determinen. Implantar una estrategia de "cuidados inversos" que dando cobertura a toda la población, intervengan de forma prioritaria y más intensiva sobre las necesidades (sociales y de salud) de los grupos sociales y comunidades más desfavorecidas.



ASAMBLEA DE MADRID
GRUPO PARLAMENTARIO
PODEMOS

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN 2. PERSONAL SANITARIO

El Servicio Madrileño de Salud cuenta con 70.000 profesionales sanitarios entre médicos/as, personal de enfermería y personal no sanitario.

La importancia de estos profesionales para el cuidado de la salud de la población que vive en el Comunidad de Madrid está fuera de toda duda, sin embargo, el trato recibido por estos trabajadores sanitarios por parte de los sucesivos gobiernos del Partido Popular y, en especial, desde las Consejerías de Sanidad es de desprecio cuando no de maltrato.

Las relaciones laborales que el SERMAS ha aplicado y aplica se han caracterizado por una importante flexibilización de las mismas, con una estrategia de aumento de las jornadas y disminución de las plantillas, con el consiguiente aumento de las cargas de trabajo. Una creciente precariedad, con contratos por horas que se acumulan a lo largo de los meses y los años, sin propiciar en ningún momento ni la estabilidad ni la conciliación de la vida familiar y laboral. Y una externalización de servicios que ha deteriorado tanto la calidad de esos servicios (limpiezas, lavandería, transporte sanitario, mantenimiento, etc.) como las condiciones laborales de las y los trabajadores que los prestan.

Los recortes presupuestarios han provocado la disminución de las plantillas en 7000 personas entre los años 2008 y 2014, lo que ha supuesto el cierre de servicios y camas hospitalarias, así como un incremento en las listas de espera quirúrgica, diagnóstica y en la demora en las citas de Atención Primaria.

Todo esto sucedía mientras la población de Madrid aumentaba en más de 100.000 personas.

Nos preguntamos si a pesar del crecimiento económico que ha experimentado en los últimos años la CM era necesario seguir con estos recortes en las plantillas. La respuesta es que no ha sido la crisis la única causante, sino la decisión del gobierno del PP de aplicar una política de

austeridad que recorta el gasto social y desplaza el empleo a la sanidad privada. Las cifras globales lo demuestran, ya que en el año 2002 el empleo en la sanidad privada ascendía al 30,8%, y ha pasado en el año 2014 al 40%.

El empleo de mala calidad, la precariedad y las privatizaciones encubiertas provocan un deterioro en la calidad asistencial y el maltrato a las y los profesionales. Daña la salud de pacientes y profesionales.

Por todo ello, la Asamblea de Madrid insta al Consejo de Gobierno a la adopción de las siguientes medidas:

- Recuperar las 35 horas como paso previo para ir recuperando los profesionales que se han perdido.
- Estudio de necesidades, estableciendo previsiones a medio y largo plazo. Teniendo en cuenta los retos a los que tenemos que dar respuesta: envejecimiento de la población, enfermedades no transmisibles, cronicidad y pluripatologías, dependencia, continuidad en los cuidados y una atención integral sociosanitaria.
- Plan de Empleo con presupuesto suficiente.
- Recuperación de derechos perdidos, como la carrera profesional.
- OPEs periódicas
- La motivación de los profesionales pasa por la estabilidad y unas condiciones laborales dignas, el pasar interinos a todos los profesionales con más de dos años en un puesto de trabajo. Facilitar la formación continuada, la investigación y el trabajo en equipo. Tiene que ser la Consejería de Sanidad la que establezca los programas de formación, evitando que sean los grupos privados quienes lo hagan.



ASAMBLEA DE MADRID
GRUPO PARLAMENTARIO
PODEMOS

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN 3. URGENCIAS HOSPITALARIAS

El problema de las Urgencias en los hospitales de la Comunidad de Madrid es un problema estructural, un **problema crónico** que se reagudiza cíclicamente coincidiendo con la misma reagudización de patologías crónicas en época invernal o en picos de aumento de frecuentación.

Las urgencias suponen el **eslabón "débil"** del sistema, ya que enlazan la asistencia en primaria y en hospitalaria arrastrando todas las ineficiencias que en esos dos niveles asistenciales se produzcan. Además, la Urgencia se considera un servicio multidisciplinar de asistencia continua y con un importante impacto en los procesos asistenciales agudos y graves que se intercalan con otros procesos de menor gravedad o complejidad pero que precisan atención. La diversidad de procesos asistenciales llevados a cabo en la Urgencia da idea de la complejidad en la organización de la misma.

Por todo ello, la Asamblea de Madrid insta al Consejo de Gobierno a la adopción de las siguientes medidas:

- **FRECUENTACIÓN Y ESTRATIFICACIÓN DE LOS PACIENTES**

- 1-Estudio de Frecuentación según clasificación Manchester por hospitales para planificar recursos. Publicación de los resultados.

- 2-Estratificación de los pacientes según su proceso y análisis riguroso de los pacientes que acuden a Urgencias y que precisa ingreso hospitalario.

- 3-Dotar de información bien planificada a la población sobre las distintas posibilidades de ser atendidos cuando lo requieran de forma urgente en todos los centros sanitarios(Centros de Salud), Puntos de Atención Continuada y Sº de Urgencias.

- **ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN**

3-Hacer un análisis y un estudio de los pacientes potencialmente no ingresables con dispositivos adicionales alternativos a la hospitalización convencional. Publicar ese estudio.

4-Potenciar y dotar con recursos las unidades alternativas a la hospitalización convencional: atención domiciliaria, hospital de día, cirugía mayor ambulatoria y consultas de alta resolución.

5- Impulso de las Unidades de Atención al Paciente Crónico Complejo, que manejen protocolos compartidos entre Atención Primaria y Atención hospitalaria.

- **COORDINACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDADES**

6-Mejorar y adecuar la red de coordinación informática entre At. Primaria y At.Especializada.

7-Adecuar los recursos, los cupos y los tiempos en Atención Primaria para asumir la atención domiciliaria en coordinación con la atención hospitalaria.

8-Abrir canales de interconsulta telefónica o telemática entre profesionales.

- **RECURSOS HUMANOS**

Plantillas escasas que no se corresponden con las plantillas orgánicas publicadas ni con las necesidades de demanda, sobre todo en aquellos picos de frecuente aumento de demanda asistencial.

Necesidad de incrementar la eficiencia del servicio dotándolo de profesionales y equipos que hagan frente a la demanda y que se integren en redes de trabajo productivos y de calidad.

9-Análisis de las ratios de facultativos /residentes / enfermería /auxiliares por índice de frecuentación /áreas de la urgencia o niveles de priorización (I-V).

10-Ampliación del ratio médico/residente para una asistencia más eficaz y eficiente de los SUH asegurando la formación de los médicos internos residentes.

11-Formalizar un Servicio de Urgencias con entidad propia y jerarquización como el resto de Servicios. Los SUH deben estar jerarquizados, como el resto de Servicios hospitalarios.

12-Dada la heterogeneidad de las plantillas se hace necesaria la adecuación de las plantillas de los Servicios de Urgencias Hospitalarios a las ratios publicadas en el plan estratégico de Urgencias y a las necesidades expresadas por coordinadores y supervisores.

13-Estabilización de las plantillas estructurales con planes de consolidación de plazas que terminen con la alta eventualidad en los SUH.



ASAMBLEA DE MADRID
GRUPO PARLAMENTARIO
PODEMOS

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN 4. MODELO SANITARIO

El modelo sanitario existente En la Comunidad de Madrid está caracterizado una planificación y organización deficiente, mala y enfocada a una gestión inadecuada del sistema sanitario. Un modelo que ha sufrido cambios importantes de orientación y prioridades, con un enfoque hegemonicamente asistencialista y más biomedico que biopsicosocial, centrado más en la enfermedad que en el enfermo, con una atención fragmentada y basada más en pruebas tecnológicas, variabilidad de la atención, generador de dependencia, y un trato deficiente y deshumanizado, contribuyendo a la medicalización y mercantilización de la vida.

Sin Plan de Salud y con una organización en Área Única que ha deteriorado la equidad y empeorado las desigualdades de las personas más vulnerables.

Los recortes presupuestarios son otra de las características del Servicio Madrileño de Salud. La inversión en sanidad ha sido una de las más bajas si la comparamos con el resto de CCAA. Además de sufrir una infradotación un 13% se transfiere a grandes multinacionales, entidades financieras y fondos de capital riesgo para su gestión (de 7.450 Millones de € de presupuesto para 2016, 962 Millones se destina a la gestión con medios ajenos, contrataciones, concesiones, conciertos, etc.).

Igualmente las privatizaciones de servicios y centros sanitarios han constituido una constante, lo que ha provocado un impacto negativo en la calidad asistencial y precariedad y pérdidas de derechos para las y los profesionales.

Desde las sucesivas Consejerías de Sanidad se ha impulsado que grandes constructoras realicen las obras de los Nuevos Hospitales hipotecando los fondos públicos por treinta años, lo que constituyó un despilfarro puesto que el precio se encareció entre 4 y 7 veces. El abaratamiento que suponen las contrataciones para diversos servicios, va en detrimento de la calidad del propio servicio, y de la disminución drástica de las plantillas, de los salarios y de los

derechos de las y los trabajadores. Así sucede hoy día con el transporte sanitario urbano e interurbano, las limpiezas de los hospitales y los centros de salud, el centro de llamadas 061, las TI, la gestión de las energías primarias de los hospitales y su mantenimiento, o la lavandería hospitalaria, son sólo algunos ejemplos del deterioro que sufre el SERMAS por las numerosas externalizaciones.

Por último el RDL 16/2012 supuso un cambio del modelo sanitario. De un modelo universal que garantizaba el derecho a la protección de la salud, se pasó a uno de aseguramiento ligado a las cotizaciones a la seguridad social. Esto supuso la exclusión de 60.000 personas de la atención sanitaria, así como el copago farmacéutico para los pensionistas.

Por todo ello, la Asamblea de Madrid insta al Consejo de Gobierno a la adopción de las siguientes medidas:

- Instar al Gobierno de la Nación a derogar el Real Decreto 16/2012.
- Garantizar la universalidad. Tarjetas sanitarias para todas las personas que viven en la CM.
- Elaborar un nuevo diseño de las Áreas Sanitarias que permitan una distribución de recursos y una nueva forma de gestionar el servicio madrileño de salud, mediante la participación de las y los profesionales sanitarios y de la ciudadanía.
- Elaborar una nueva de gestión de los centros sanitarios, creándose desde las propias Áreas Sanitarias los órganos de gobierno donde la participación sea un hecho en la toma de decisiones.
- Considerar los determinantes socioeconómicos y de género para disminuir las desigualdades hoy en día existentes.
- Promover el desarrollo de la Atención Primaria como columna vertebral de todo el sistema, integrada con los servicios sociosanitarios, de atención especializada y centros de salud mental. Siendo este el nivel donde estratégicamente se puede afrontar el incremento de la cronicidad y las consecuencias del envejecimiento progresivo de la población.
- Proceder a la progresiva reversión de lo privatizado.
- Desarrollar una Agencia de Evaluación de Tecnologías y Productos Sanitarios.
- Desarrollar un modelo Salud Mental-Comunitario.



ASAMBLEA DE MADRID
GRUPO PARLAMENTARIO
PODEMOS

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN 5. LISTAS DE ESPERA

Las Listas de Espera monitorizan una parte del funcionamiento del Sistema Sanitario Público registrando aquellos pacientes que aguardan ser intervenidos de un proceso quirúrgico. Así pues, la Lista de Espera traduce el resultado de la planificación de los recursos y de la actividad sanitaria en función de las demandas.

Su uso mediático como herramienta electoral y política más que como herramienta de gestión ha hecho que las administraciones como la Consejería de Sanidad de Madrid frecuentemente hayan utilizado procedimientos para disfrazar la realidad de las listas de espera convirtiéndolas en un fin en sí mismas que reflejan más la intención de obtener " buenos números" que de obtener buenos resultados.

De la misma manera que el trato mediático ha puesto de relieve la necesidad de abordar políticamente y publicar los resultados de la Lista de espera Quirúrgica, la Lista de Espera Diagnóstica no ha recibido ese trato de favor siendo un factor limitante igual o más importante a la hora de evaluar un proceso asistencial.

Para que las Listas de Espera puedan servir realmente como herramienta de gestión y de monitorización de la actividad diagnóstica y quirúrgica precisan de varios atributos imprescindibles:

- 1-Fiabilidad. Grado de precisión y concordancia con la realidad
- 2-Validez y Priorización. Capacidad de clasificar correctamente a los pacientes
- 3-Transparencia

Por todo ello, la Asamblea de Madrid insta al Consejo de Gobierno a la adopción de las siguientes medidas:

- Publicación de la Lista de Espera desagregada por centros y patologías tal y como se indicó en punto nº5 de la PNL sobre Listas de Espera aprobada en pleno el...
- Publicación de la Lista de Espera Diagnóstica desagregada por centros y tipo de prueba (TAC, RMN, Ecografía, etc...).
- Publicación de la Lista de espera para Primeras Consultas desagregada por centros y especialidades.
- Se pondrá en marcha un Registro de pacientes en lista de espera, en el que estarán incluidos todos los pacientes pendientes de consultas externas, pruebas diagnósticas/terapéuticas e intervenciones quirúrgicas incluidas en el ámbito de aplicación del Decreto n.º 25/2006 tal y como se establece en el mismo.
- Establecer una priorización de la Lista de Espera según patologías, gravedad, eficacia de la intervención y oportunidad de no progresión de la enfermedad, manteniendo las garantías de tiempos máximos únicamente a este criterio y eliminando los tiempos máximos para las 25 patologías más comunes que artefactan esta priorización con patologías de menor prioridad
- Homogeneización de los derechos de garantía de espera tanto de los pacientes que admiten la derivación como de los pacientes que la rechazan, manteniendo una única lista, como así se dictaminó en la PNL ...
- Elaborar un informe técnico de evaluación de los servicios derivados, por empresas que han realizado las pruebas diagnósticas e intervenciones derivadas.
- Publicar la utilización de quirófanos y medios tecnológicos de diagnóstico en cada uno de los servicios de los hospitales públicos e informe técnico que justifica el nivel de actividad quirúrgica.
- Hacer públicos los términos de los conciertos con entidades privadas, incluyendo informes técnicos y pliego de condiciones administrativas, para asegurar la autonomía del usuario a la hora de la elección de centro alternativo para su atención. Del mismo

modo se habrá garantizar el conocimiento de los derechos y deberes en dichas entidades.



ASAMBLEA DE MADRID
GRUPO PARLAMENTARIO
PODEMOS

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN 6. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Encontramos un contexto de crisis y de recortes que han agravado las condiciones del acceso a los derechos sexuales y reproductivos. En estas condiciones, uno de cuyos efectos es la escasísima formación y educación sexual que se da a los y las jóvenes, nos encontramos, por ejemplo, con un descenso pronunciado en la edad media de los embarazos no deseados. Cada vez son más las mujeres entre 13 y 16 años que se encuentran en esa situación, mujeres jóvenes que están sufriendo las consecuencias de una reforma legislativa que ha dificultado para ellas el acceso al aborto y las ha dejado más indefensas que nunca. Por otro lado, el último informe de Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones de Transmisión Sexual publicado por la Dirección General de Salud Pública dibuja un panorama que es, cuanto menos, preocupante. Si desde finales de los 90 y hasta mediados de la primera década de este siglo, las tasas de casos declarados de ETS se mantenían más o menos constantes, desde 2007-2008 las tasas se duplican y crecen de manera alarmante.

Numerosas opiniones explican estas transformaciones responsabilizando a los y las jóvenes de prácticas sexuales descuidadas, de haber abandonado el miedo al VIH. Sin embargo, se trata de un fenómeno más complejo. Si observamos como las tasas de infección se han multiplicado durante la época de crisis, esto nos obliga a mirar también a dos fenómenos: los recortes en los servicios públicos (especialmente en sanidad y educación) y la degradación de las condiciones de vida de la población española.

Es necesario asumir lo que este escenario constata: las políticas públicas a este nivel están fallando. Faltan políticas efectivas de educación sexual y los recortes en la sanidad pública están teniendo efectos evidentes. Además, el tratamiento de las ETS sigue siendo mucho más caro para las arcas públicas que las políticas de información y prevención que tuvieron impactos positivos hace años.

Por todo ello, la Asamblea de Madrid insta al Consejo de Gobierno a la adopción de las siguientes medidas:

- Desarrollar de manera efectiva la estrategia de salud sexual y reproductiva establecida en la Ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, paralizada en muchos de sus aspectos en los últimos años.
- Instar al Gobierno de la Nación a derogar el Real Decreto 16/2012 para garantizar la igualdad en el acceso a las prestaciones y servicios establecidos por el Sistema Nacional de Salud referentes a la salud sexual y reproductiva, evitando así discriminaciones por situación administrativa en el derecho a la información y asistencia en todos los servicios.
- Financiación pública de los métodos anticonceptivos modernos. Volver a financiar los anticonceptivos más seguros y fiables a los que se había retirado dicha financiación en 2013.
- Incluir en el currículo del sistema educativo la educación afectivo-sexual y reproductiva, con carácter obligatorio y siendo dotada de un presupuesto suficiente para su desarrollo. Formación del profesorado al respecto.
- Mejorar el acceso a los servicios de salud sexual, salud reproductiva y planificación familiar, con particular atención a grupos vulnerables como las personas jóvenes, inmigrantes y/o con dificultades sociales. Desarrollo de centros de atención a la sexualidad específicos para las y los jóvenes.
- Desarrollar políticas estatales que desarrollen y cumplan los objetivos de desarrollo sostenible aprobados en la Agenda 2030 de la Asamblea General de Naciones Unidas, entre los que figuran la igualdad de género y objetivos concretos sobre salud sexual y reproductiva.



ASAMBLEA DE MADRID
GRUPO PARLAMENTARIO
PODEMOS

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN 7. SALUD MENTAL

El modelo comunitario de atención a la salud mental, respaldado por la O.M.S. y la Comisión Europea, cuyas líneas principales quedaron establecidas en nuestro país por el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985), la Ley General de Sanidad de 1986 (Art.21) y la estrategia de Salud Mental del Servicio Nacional de Salud de 2006 fue, aunque de manera desigual e incompleta, implantado en la Comunidad de Madrid, durante más de dos décadas.

Es un modelo que actúa sobre un territorio determinado, como segundo escalón especializado de apoyo a la Atención Primaria, integrado en el Área Sanitaria, trabajando en red, coordinándose con todos los dispositivos socio-sanitarios de su ámbito, permitiendo la continuidad de los cuidados y las estrategias para abordar el seguimiento de la cronicidad. Tiene como eje el Centro de Salud mental.

En Madrid –por las características de las Áreas- se optó por los Distritos, que configuraban cada área, como el territorio más apropiado para la función de los Centros de Salud Mental: su conexión con los Centros Básicos de salud y la adecuación de los programas a las necesidades de la población, según los patrones epidemiológicos.

Varias cuestiones han afectado a la consolidación del modelo y al deterioro de la calidad asistencial

1º Cambio de Modelo Sanitario con la creciente presencia de proveedores privados en la gestión de recursos y desaparición de las áreas, que han sido los elementos claves para introducir mecanismos de competencia y mercado. La facturación intercentros y la competencia entre centros sanitarios, que transforma en mercancías facturables las intervenciones sanitarias. Este modelo ha propiciado que sea más rentable ver muchos pacientes nuevos, de primera consulta y hacer poco seguimiento de los mismos. Se emplea más tiempo en la

evaluación, que en el tratamiento, las intervenciones psicoterapéuticas o las tareas claves de coordinación en la atención a los pacientes graves que requieren intervenciones complejas, prolongadas y multidisciplinarias.

2º Adscripción de los servicios de Salud Mental a las gerencias de los hospitales. Sin un plan general, cada gerencia ha aplicado el servicio de Salud Mental que ha querido. Se ha configurado una asistencia heterogénea, rompiendo la equidad del sistema. Equidad horizontal al no recibir similares prestaciones y equidad vertical al confundir demanda con necesidad. En Salud Mental, no siempre la demanda coincide con los más necesitados, dándose la perversión asistencial de la "Ley de cuidados inversos"

3º Recortes presupuestarios por las políticas de austeridad. Recortes efectuados sin ninguna racionalidad. Aunque se carecen de datos, ya que desde 2007 se dejaron de hacer la Memorias anuales, se supone entre un 5 y un 10 por ciento la pérdida de profesionales, sin atenderse a ratios ni a necesidades sobrevenidas.

La Salud Mental no es una especialidad médica- engloba muchas especialidades- sino una política sanitaria. La Conferencia Ministerial de la O.M.S. de 2005, propugnó un plan de acción en Salud Mental para Europa, donde " la Salud Mental debe ser considerada como parte esencial de otras políticas públicas"

Por todo ello, la Asamblea de Madrid insta al Consejo de Gobierno a la adopción de las siguientes medidas:

- Presentar en un plazo adecuado un Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, con el mayor grado de participación. Sería deseable un Plan conjunto de Salud Mental-Consejería de Sanidad y de atención Social-Consejería de Asuntos Sociales para personas con enfermedad mental grave y duradera.
- Crear un único sistema informático en la Red de Salud Mental, que permita la obtención de datos homologables de los distintos dispositivos y del conjunto de ellos, de forma accesible y evaluable.

- Derogar la Ley de Área Única, volviendo a una territorialización razonable, en función de las características poblacionales de Madrid y sus recursos sanitarios. Configuración de las Áreas Sanitarias conforme a los principios integradores definidos en la Ley General de Sanidad. Considerar el Distrito como la mejor estructura territorial para la actuación coordinada e integral en salud mental.
- Reponer al personal de las plazas perdidas estos años, actualizando las ratios de profesional/habitante según necesidades y desarrollo de los programas.
- Reforzar el Programa Infanto-juvenil.
- Reconocer como categoría profesional la especialidad de enfermería de salud mental.
- Dotar a la desvanecida Oficina Regional de Salud Mental de competencias y recursos para la planificación y coordinación de los programas asistenciales de salud mental y para asignar fondos finalistas orientados a una discriminación positiva. Supervisar su ejecución"