

A PROPÓSITO DE LAS DERIVACIONES DE PACIENTES Y DEL CONVENIO SANITARIO CELEBRADO ENTRE CASTILLA-LA MANCHA Y MADRID:

¿POR QUÉ LE LLAMAN COOPERACIÓN SI NO ES MÁS QUE UN NEGOCIO?

Josefa Cantero Martínez
Profesora Titular de Derecho Administrativo
Universidad de Castilla-La Mancha

Fecha de publicación: 16 de abril de 2015

En el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla-La Mancha de 13 de marzo de 2015 hemos podido conocer, por fin, el contenido del convenio que acaba de suscribir la Administración de Castilla-La Mancha con la Administración de Madrid para la prestación de atención sanitaria especializada en determinadas zonas limítrofes de ambas Comunidades Autónomas. El convenio ha sido aprobado por el Consejo de Gobierno de Castilla-La Mancha, autorizado por las Cortes regionales y comunicado al Congreso para que en el plazo de 30 días puedan oponerse reparos.

<http://www.cortesclm.es/web2/paginas/publicaciones/boletin/boletin8/pdf/187.pdf>.

Hasta la publicación del convenio, y a pesar del nuevo marco de transparencia que exige nuestra legislación, sólo hemos podido conocer de su contenido por las noticias de la prensa regional y su anuncio parecía completamente sensato y lógico: los ciudadanos castellano-manchegos de las zonas limítrofes con Madrid podrían recibir también asistencia sanitaria en los hospitales madrileños. Hasta aquí la noticia nos parecía excelente y fruto de las necesarias relaciones de cooperación y solidaridad que deben regir la actuación de nuestras Administraciones Públicas.

Ahora bien, una vez publicado el convenio, si profundizamos en su contenido, en su finalidad e incluso en el contexto en el que se gesta este peculiar instrumento negociador, no podemos evitar sentir un profundo sentimiento de desazón (como castellano-manchega afectada por el convenio) y sobre todo de preocupación (como jurista). Se trata de un instrumento ciertamente insólito, de dudosa legalidad y que

podría ser interpretado incluso como una desconsideración o deslealtad hacia los ciudadanos de Castilla-La Mancha, en la medida en que supone importantes inversiones sanitarias, no en los hospitales de la región, sino en los hospitales de Madrid.

Posiblemente a este sentimiento hayan contribuido las noticias aparecidas estos mismos días en los medios de comunicación. El Sindicato de Enfermería SATSE de Albacete acaba de poner en conocimiento de la fiscalía el desmantelamiento de la Unidad de Pediatría del Complejo Hospitalario y Universitario (CHUA) de Albacete. Mientras se han cerrado numerosas camas en la planta de pediatría del hospital y se reduce el personal de enfermería, se están derivando los niños de Albacete y de Cuenca a determinadas clínicas privadas de Madrid para ser intervenidos allí. El escándalo ha estallado por las denuncias presentadas por algunos padres –y ya se han sumado a la denuncia más de 25- por mala praxis médica. Además de la incomodidad y de los riesgos que supone ser trasladados en ambulancia a otra ciudad con un niño recién operado, muchos padres denuncian que en la clínica no se han sentido muy bien tratados.

<http://www.eldigitaldealbacete.com/2015/03/26/satse-denuncia-el-desmantelamiento-de-la-unidad-de-pediatría-del-hospital-de-albacete-en-favor-de-clínicas-privadas/>.

http://www.eldiario.es/clm/negligencia-sufrida-derivaciones-sanidad-privada_0_370963927.html

<http://www.elplural.com/2015/03/25/la-chapuza-nacional-cospedal-mando-a-sus-hijos-a-madrid-y-ahora-15-padres-denuncian-negligencias-medicas/>

Ante el escándalo provocado por estas denuncias, hemos podido conocer a través de un comunicado realizado por la clínica afectada, la Clínica Milagrosa de Madrid, cuántos pacientes han sido derivados a este centro. Sólo a esta clínica -y desde el mes de diciembre de 2014- el SESCAM ha derivado a 425 niños, que han sido operados de algunas de estas patologías: fimosis, hernias inguinales, hernias umbilicales, criptorquidias e hidroceles testiculares. Este ejemplo de los niños nos puede dar una idea de la dimensión del fenómeno de las derivaciones a los hospitales madrileños que se está produciendo en Castilla-La Mancha.

Ante esta situación, como jurista, pero sobre todo como ciudadana de Castilla-La Mancha, son muchas las preguntas que me planteo. ¿Qué título jurídico está utilizando el SESCAM para derivar los pacientes a determinados hospitales madrileños? ¿Permite nuestra normativa autonómica contratar sin justificación con hospitales privados de otras Comunidades Autónomas? Si así fuera, ¿por qué ese especial afán con los

hospitales madrileños? Si se trata de pacientes de Albacete, ¿no sería más cómodo derivarlos a hospitales de Murcia o Alicante para evitar al paciente recién operado los kilómetros en ambulancia de vuelta? El viaje a Madrid supone para el paciente albaceteño aguantar 251 kilómetros por trayecto que, cuando uno está enfermo o no se encuentra bien, se convierten además en una auténtica tortura, según relatan algunos pacientes afectados que conozco.

Me sigo interrogando sobre la cuestión. ¿Qué se persigue realmente con estas derivaciones? Si el objetivo es el ahorro, ¿Cuánto estamos ahorrando realmente con ellas, computando el gasto del continuo trasiego de ambulancias? Si el objetivo es rebajar las listas de espera, ¿por qué se están cerrando al mismo tiempo camas en casi todos los hospitales de la región? ¿No saldría más rentable hacer un plan de optimización de los recursos y de los profesionales que ya tenemos en los hospitales castellano-manchegos? Llegado el caso, y si es imprescindible el recurso a la contratación con hospitales privados, ¿por qué no contratar con las clínicas privadas que hay en nuestra región para evitar el traslado en ambulancia del paciente a otra ciudad y a otra Comunidad Autónoma? ¿Se está pensando realmente en el paciente y en su dignidad? ¿Es que ningún hospital privado regional ha participado en los procedimientos administrativos de contratación? ¿Se han realizado estos procedimientos de concurrencia competitiva para que podamos comparar condiciones? He buceado en la página Web de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales intentado buscar respuestas a estos interrogantes y no lo he conseguido, aunque seguramente ello será debido a mi impericia.

En fin, este especial interés de nuestros políticos por los hospitales madrileños acaba de recibir su sanción jurídica a través de la firma del convenio de cooperación entre ambas Comunidades Autónomas para la prestación de atención sanitaria especializada en determinadas zonas limítrofes de Guadalajara y del norte de Toledo. Esta vez la apariencia de la medida parece en principio algo más sensata.

Sin embargo, el convenio va mucho más allá y es también susceptible de una lectura muy diferente. A cambio de un precio, instituye un derecho de opción entre el SESCAM y el SERMAS para los pacientes del norte de Toledo y deriva directamente a los hospitales madrileños a los pacientes de Guadalajara para determinadas especialidades que no existen en su hospital general. Va a suponer para Castilla-La Mancha un coste inicial de más de 64 millones de euros y contiene, además, un plan de inversión en tecnología y aparatos sanitarios, así como de contratación de personal sanitario para los hospitales de Madrid a cargo de los presupuestos de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. Esta política de inversión directa de una Comunidad

Autónoma en la sanidad de otra es algo ciertamente insólito. Se descapitaliza la sanidad en nuestra región mientras se derivan pacientes y presupuestos hacia Madrid.

Pero veamos en qué consiste:

1. EL OBJETO DEL CONVENIO DE COOPERACIÓN

El convenio tiene dos contenidos diferentes, según se trate de Guadalajara o de Toledo.

En el caso de **Toledo**, con muy buen criterio, el convenio se limita a los habitantes de las zonas geográficas del norte de la provincia, que son las que limitan con Madrid. Los pacientes de los municipios integrados en las Zonas Básicas de Salud de Esquivias, Noblejas, Ocaña, Seseña, Yepes, Santa Cruz de la Zarza, Illescas y Valmojado (más de 126.000 habitantes que pertenecen a 32 municipios) van a disfrutar de un derecho de opción que les permite elegir entre ser atendidos en los hospitales del SESCAM o en los hospitales del SERMAS. Toda esta población puede ir incorporándose de una forma progresiva a los hospitales universitarios madrileños Infanta Cristina (en Parla) y al Hospital del Tajo (en Aranjuez) a cambio de una cápita y conforme se vayan ejecutando las inversiones sanitarias que sean necesarias para ello y que, en todo caso, correrán por cuenta de Castilla-La Mancha. Y cabe preguntarse, tras el fracaso del proceso de externalización de estos hospitales ¿querrán llenarse ahora con los pacientes castellano-manchegos?

El régimen es muy distinto para los habitantes de **Guadalajara**. Para ellos no se establece este derecho de opción. Directamente, y sin más, van a pasar a ser atendidos en masa en los hospitales de referencia de Madrid para las especialidades sanitarias que vienen detalladas en su anexo I. Quiere ello decir que directamente todos los servicios de atención especializada en consultas externas, hospitalización y urgencias en pediatría (en todas sus especialidades), cirugía cardíaca, neurocirugía, cirugía pediátrica, neonatología, medicina nuclear y cirugía torácica pasan directamente a ser atendidos por los hospitales madrileños de referencia, que en este caso serán los hospitales de la Paz, el Ramón y Cajal y el de Puerta de Hierro de Majadahonda.

Si se ha adoptado el convenio pensando realmente en los intereses de los ciudadanos no se entiende por qué el convenio para Guadalajara es distinto del de Toledo y no se ha limitado, como hubiera sido razonable, exclusivamente a los municipios que lindan con Madrid. Posiblemente los pacientes de Sigüenza o de Molina de Aragón no entiendan por qué para las operaciones de sus hijos van a tener que recorrer en ambulancia 132 Kilómetros o 199, respectivamente, y pasar por el hospital de Guadalajara sin que su ambulancia se detenga.

En este caso, con la firma del convenio se ha adoptado una clara decisión de política sanitaria. El problema de las especialidades que no existen en el hospital de Guadalajara se va a solucionar derivando automáticamente todos los pacientes a Madrid, y será en los hospitales de Madrid donde, en su caso, se contrate a nuevo personal a cargo de los presupuestos de Castilla-La Mancha. Se desconoce así uno de los principios básicos en los que se inspira nuestro sistema sanitario como es el de “la suficiencia de medios profesionales y materiales” (letra j, del art. 3.1 de la *Ley 5/2010, de 24/06/2010, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha*). ¿Mera dejación de responsabilidades o incumplimiento de la ley?

En ambos casos, queda fuera del convenio la farmacia hospitalaria que, aunque puede ser prescrita por los hospitales madrileños, su dispensación se debe facilitar en el hospital de referencia de Castilla-La Mancha en el que resida el ciudadano (punto 3 de su estipulación cuarta). Es decir, hemos establecido un convenio para facilitar una asistencia más cercana y cómoda al paciente pero que no le va a eximir de trasladarse a su hospital del SESCAM para obtener sus costosas medicinas. ¿Cuál es la lógica del sistema entonces?

2. EL SISTEMA DE COMPENSACIÓN (O, MEJOR DICHO, EL PRECIO DE LA COOPERACIÓN)

Lo que justifica la celebración de un convenio de cooperación entre dos Comunidades Autónomas es que ambas se auxilien mutuamente. Esta colaboración resulta todavía más entendible y necesaria en un contexto de escasez de recursos económicos, toda vez que se basa en el aprovechamiento de los recursos sanitarios ya existentes en otra Comunidad Autónoma. Ésta es precisamente su esencia y su razón de ser. Buena prueba de ello da, por ejemplo, el *Convenio de colaboración entre la Comunidad Autónoma de Euskadi y la Comunidad Autónoma de la Rioja en materia de asistencia sanitaria publicado en el Boletín Oficial del Congreso el 5 de febrero de 2014*.

[http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/PopUpCGI?CMD=VERLST&BASE=pu10&FMT=PUWTXDTS.fmt&DOCS=1-1&DOCORDER=LIFO&QUERY=%28BOCG_D_10_297_2199.CODI.%29#\(Página145\)](http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/PopUpCGI?CMD=VERLST&BASE=pu10&FMT=PUWTXDTS.fmt&DOCS=1-1&DOCORDER=LIFO&QUERY=%28BOCG_D_10_297_2199.CODI.%29#(Página145))

En este caso, desde la Rioja se atiende a los residentes de los municipios de la llamada Rioja Alavesa y desde Euskadi se atiende a pacientes de la Rioja derivados para determinadas técnicas y tratamientos que el convenio especifica. Es una expresión lógica del principio de cooperación entre dos Administraciones públicas que se prestan asistencia activa y mutua en el ejercicio de sus respectivas competencias. Cada una de

estas actuaciones sanitarias se formaliza a través de un documento de derivación de pacientes conforme a los criterios fijados en el Sistema Nacional de Salud para la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria o para el Fondo de garantía asistencial. Las cuentas se arreglan al final, de modo tal que, sólo en el supuesto de que se produzca un claro desequilibrio económico de una de las partes surgirá para la otra Comunidad la obligación de compensar económicamente.

El contenido del convenio suscrito entre Castilla-La Mancha y Madrid, sin embargo, desnaturaliza esta idea y se aparta sensiblemente de este esquema lógico y recíproco de actuación. No hay una relación mutua de colaboración o asistencia recíproca, sino el intercambio de prestaciones sanitarias a cambio del pago de un precio (y así lo observó el primer dictamen del Consejo Consultivo). Ello es así porque Madrid no va a derivar al SESCAM ningún paciente ni va a buscar ningún otro tipo de colaboración que no sea la meramente económica. En puridad, aquí no hay colaboración (tú haces- yo hago), sino puro negocio (tú haces- yo pago).

El convenio contiene derivaciones en un único sentido, derivaciones de pacientes castellano-manchegos a los hospitales madrileños a cambio de un precio. Según hemos podido saber a través del segundo Dictamen que ha realizado el Consejo Consultivo de Castilla-La Mancha, la Dirección General de Presupuestos ha incorporado al expediente del convenio un informe fechado el día 4 de marzo de 2015, en el que cifra el gasto del convenio, detraído ya del presupuesto de Castilla-La Mancha, en **64.404.927 euros**, que se desglosa en anualidades y provincias. Su imputación se ha realizado ya a la partida presupuestaria 61030000/412D/2570Z “Otros servicios de asistencia sanitaria”. Curiosamente, en el informe inicial que se presentó para el primer dictamen del Consejo Consultivo el importe del convenio ascendía a 90.424.104 euros. Con ello surge nuevamente una duda: ¿A qué se debe esta rebaja de casi 26.000.000 de euros en tan solo tres meses?

Además, se ha establecido un sofisticado y complejo sistema de compensación que contiene imprecisas cláusulas de inversión en los hospitales madrileños y de contratación de nuevo personal a costa de los presupuestos de Castilla-La Mancha. De ahí que en algunos medios de comunicación se haya calificado esta operación como un verdadero “negocio” y, a mi juicio, no les faltaría razón.

Efectivamente, el sistema ha establecido una doble modalidad de pago. Para los pacientes de Guadalajara, el SESCAM pagará al SERMAS por todos y cada uno de los procesos médicos que se realicen en los hospitales madrileños. Madrid facturará cada tres meses al SESCAM por cada uno de ellos. Las tarifas que se tomarán como

referencia serán similares a las que se regulan para la derivación de pacientes a centros de referencia de otra Comunidad Autónoma según SIFCO (*Sistema de Información del Fondo de Cohesión*) o las que, en su caso, fije la propia comisión de seguimiento del convenio.

Es decir, ninguna de estas derivaciones será gratuita para nuestra Comunidad Autónoma. Además de estas tarifas, habría que sumar el gasto de gasolina y ambulancias y, lo que es más grave, las contrataciones directas de profesionales (sanitarios y no sanitarios) y demás inversiones que requieran los hospitales madrileños para atender a los pacientes castellano-manchegos. Todo este gasto correrá también de nuestra cuenta. En definitiva, que la presunta relación de cooperación -bajo cuya apariencia se ha revestido este mecanismo- no se va a traducir en ningún ahorro para Castilla-La Mancha. Si esto es así, ¿no sería más razonable contratar a los médicos que hagan falta en el hospital de Guadalajara e invertir allí en la tecnología sanitaria que se precise? Si esto no fuera posible, ¿por qué no se nos explica de una forma clara y transparente?

Tampoco será gratuita la colaboración para los habitantes del norte de Toledo. En ese caso, el convenio crea para ellos un derecho de opción entre el SERMAS o el SESCAM. Castilla-La Mancha pagará a Madrid por cada uno de ellos. La cuantía de pago consistirá en una cápita multiplicada por el número de pacientes que ejercitan el derecho de opción, que inicialmente se ha fijado en 402,89€. Por cierto, si los 126.000 habitantes optaran por el SERMAS, ello supondría directamente un gasto de más de 50 millones de euros sólo por este concepto. Después se tendrá que actualizar teniendo en cuenta el resultado de dividir el gasto sanitario, una vez deducido el coste de los servicios no sanitarios (canon de la concesión) entre la población adscrita al centro.

A mayor abundamiento, el sistema así diseñado prevé también importantes inversiones sanitarias en los hospitales madrileños (material desechable, suministros, equipos profesionales, instrumental, etc.). De hecho, la estipulación tercera del convenio establece varias fases para su ejecución a fin de asegurarse de que los hospitales madrileños puedan estar dotados de los recursos materiales y personales que sean necesarios para atender a la población de Castilla-La Mancha que se derive. Sin embargo, todas estas inversiones corren a cargo de los castellano-manchegos. Así se fija de forma clara y contundente en la estipulación octava del convenio al disponer que “La comisión de seguimiento del convenio determinará las necesidades de nuevas inversiones y de recursos humanos requeridos para la ejecución del presente convenio cuya financiación corresponderá a la Comunidad de Castilla-La Mancha”.

El Servicio Madrileño de Salud realizará la contratación del personal necesario para la ejecución del convenio y Castilla-La Mancha deberá aportar con carácter previo los recursos económicos derivados de estas contrataciones que, teóricamente, se incluirían en la cápita y serían compensadas en la liquidación final de la cápita.

Conviene no olvidar que el convenio ha contado con dos dictámenes del Consejo Consultivo de Castilla-La Mancha, solicitados ambos con carácter de urgencia, en los que, por cierto, sorprende que no se haya realizado ningún análisis del marco sanitario autonómico para el control de su legalidad. En el primero de ellos, en el dictamen 456/2014, de 1 de diciembre, se hicieron observaciones esenciales al sistema de compensación previsto en el convenio por su indefinición y porque la actualización de la cápita se hacía depender directamente de la cuenta de resultados de los hospitales madrileños (<http://www.knosys.es/ccclm/knpag?x=index>). Ello, según el dictamen, “*desemboca en una ausencia total de control de los fondos públicos que van a ser invertidos en la ejecución del convenio, además de resultar contrario al ordenamiento jurídico*”. En el segundo dictamen, suscrito el día 11 de marzo de 2015, curiosamente levanta todos estos reparos y asume su contenido basándose fundamentalmente en los informes favorables realizados por la Dirección General de Presupuestos y en la existencia del crédito correspondiente.

En fin, como me ha resultado imposible entender el sistema de actualización de la cápita, reconozco que soy incapaz de comprobar si el nuevo contenido del convenio termina con esta indefinición del precio, por lo que opto por reproducir textualmente su contenido y que el lector interprete. A esta cápita “*se incluirá imputar los sobrecostes que la atención sanitaria pudiera suponer a los hospitales en relación a los servicios no sanitarios que conlleven modificaciones del canon que han de abonar los hospitales*”. Esta cápita será actualizada anualmente por la Comisión de Coordinación y Seguimiento del Convenio y, a partir del ejercicio 2016 y siguientes, “*se actualizará la cápita asistencial media bruta en función del gasto real sanitario y de la población media anual que ha ejercido su elección en el ejercicio precedente. Los costes incluidos en el gasto real sanitario recogerán los gastos de personal, materiales, farmacia y servicios generales hospitalarios necesarios para la prestación sanitaria*”. ¿Sabe ya el lector con mayor precisión cuánto nos va a costar esta actualización?

Por todo ello, y en rigor, no podríamos hablar de una inocente relación de cooperación entre Administraciones públicas ni de solidaridad entre ellas, a pesar de que así se predique en el convenio. ¿Dónde está la solidaridad del hospital madrileño, que cobrará todos los procesos que realice al paciente de Guadalajara según tarifa y que además contratará médicos y materiales sanitarios con cargo a los presupuestos de Castilla-La

Mancha? Se trata más bien de la traslación al ámbito de lo público de un esquema de negocio privado con una potente contraprestación económica, lo que resulta difícilmente encuadrable en las categorías jurídicas que regula el Derecho Administrativo. Si los hospitales madrileños fueran centros privados estaríamos, sin duda, ante un contrato administrativo típico porque hay un intercambio de prestaciones a cambio de un precio. Al tratarse de dos Administraciones Públicas, sin embargo, la calificación jurídica de este tipo de “colaboración” a cambio de una contraprestación económica de estas características es realmente difícil de realizar.

3. ALGUNAS CONSIDERACIONES JURÍDICAS SOBRE EL CONVENIO Y SOBRE NUESTRA LEGISLACIÓN SANITARIA AUTONÓMICA

Las realidades demográficas y geográficas de la región constituyen elementos fundamentales del sistema que tienen reconocimiento en la estructura del SESCAM. Tal como reconoce la exposición de motivos de la *Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha*, “las prestaciones sanitarias han de permitir respuestas lo más cercanas al entorno familiar”. Difícilmente podrían cumplirse estos objetivos derivando libremente al paciente a centros ubicados en el territorio de otra Comunidad Autónoma pudiendo recibir la atención sanitaria en su misma localidad. La lógica del sistema instaurado por el legislador exige agotar previamente las posibilidades que se ofrecen en el ámbito territorial del Área de Salud y de la Comunidad Autónoma. Así se explicita en el art. 53 de la Ley regional al regular la colaboración con otras entidades y los desplazamientos del paciente:

“La Consejería competente en materia de sanidad promoverá el establecimiento de mecanismos que permitan que, una vez superadas las posibilidades diagnósticas y terapéuticas existentes en el Área de Salud o en la Comunidad Autónoma, su población pueda acceder a los recursos asistenciales ubicados en otras Áreas de Salud o en otras Comunidades Autónomas”.

A partir de este planteamiento, la derivación de pacientes que prevé el convenio, a mi juicio, sólo tendría sentido en las zonas verdaderamente limítrofes, si se regula como algo excepcional -nunca como un nuevo derecho de opción- y siempre que se realice en un marco real de cooperación y solidaridad entre Administraciones, no a cambio de un precio y de millonarias inversiones.

Este derecho de opción que instaura para los habitantes de Toledo entre el SESCAM y el SERMAS, a mi juicio, no tendría cobertura legal. Nuestra *Ley 3/2014, de 21 de julio, de garantía de la atención sanitaria y del ejercicio de la libre elección en las prestaciones del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha*, sólo regula el derecho a la

libre elección de médico, centro y servicio en el ámbito territorial del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Según su art. 4, los pacientes **“tendrán derecho a elegir el centro para ser atendidos dentro de la red sanitaria del Servicio de Salud”**. Obviamente, los hospitales públicos madrileños no forman parte de la red del SESCAM.

Además, aunque el convenio no diga nada, el ejercicio de la opción que efectúe el paciente tendrá importantes consecuencias. Supondrá que, a partir de ese momento, todos sus problemas de salud serán atendidos en el mismo hospital, sin que sea posible la elección simultánea de varios centros (art. 4 de dicha Ley). ¿Cómo se van a explicar entonces los gastos de la farmacia hospitalaria en el SESCAM de los pacientes que hayan optado por el SERMAS?

Este contenido hace que me vengan en mente las palabras que acabo de leer en un interesante artículo del profesor José ESTEVE PARDO titulado “De la ley al contrato. Así se abre la desigualdad”, publicado en el número 50 de la revista *El Cronista del Estado Social y de Derecho*, en febrero de 2015. Mientras que la ley es el instrumento típico del modelo de Estado Social y garantiza la igualdad material de todos los ciudadanos, el contrato es, por excelencia, un instrumento propio del Estado Liberal que abre la vía a particularismos. Su proliferación en los últimos años, como dice el autor, denota un *“proceso de deconstrucción del Estado Social, desmontando su armadura, hecha de leyes con iguales contenidos, utilizando para ello el contrato como instrumento, que reduce el alcance de sus conquistas y quiebra la igualdad de condiciones que por vía legal se establecen”*.

Por otra parte, el paciente de Toledo que opte por el SERMAS se somete automáticamente a la cartera de servicios disponibles en los hospitales de Madrid. No podrá beneficiarse de la cartera complementaria que se establezca en Castilla-La Mancha. Esto puede suponer otro factor más de desigualdad respecto del resto de ciudadanos de la región en caso de que no haya coincidencia en las prestaciones complementarias autonómicas. Para las especialidades no contempladas en la cartera de servicios de estos hospitales los pacientes deberán ser derivados a su comunidad autónoma de origen.

Conviene señalar, no obstante, que los anexos III y IV parecen establecer una lectura diferente al establecer su propio sistema de derivaciones para cada especialidad. Ningún reproche jurídico puede hacerse cuando los hospitales de Madrid remiten a otros hospitales públicos también madrileños. Ahora bien, es jurídicamente dudoso que puedan hacerlo a hospitales privados sin cumplir la legislación de contratos del sector



públicos. Así sucede, por ejemplo, con los servicios de psicología clínica y psiquiatría, que no están disponibles en el hospital del Tajo y se derivan directamente al Hospital San Juan de Dios. Es decir, a través de este complejo mecanismo de reenvíos, primero, entre servicios autonómicos y, después, entre hospitales, los pacientes de Toledo que opten por el SERMAS acabarán recibiendo atención en un hospital privado que, aunque sea indirectamente, será pagado con dinero público.

En fin, termino este blog al igual que lo he empezado, formulándome nuevas preguntas. Visto todo lo anterior, ¿cuál es realmente el interés público que persigue la Administración con estas derivaciones hacia los hospitales madrileños? ¿Tendrá ello algo que ver con el hecho de que parte del actual equipo político con responsabilidades sanitarias provenga de Madrid y no haya interiorizado suficientemente todavía la necesidad de defender los intereses de los ciudadanos de Castilla-La Mancha que les han votado?