



»Las claves del proceso de privatización de la Sanidad

01 ¿En qué consiste la privatización de la Sanidad Pública? (**página 1**)

02 El camino hacia la privatización (**2**)

03 La privatización de la Sanidad Pública (**4**)

04 Los nuevos hospitales "públicos" de la Comunidad de Madrid (**4**)

05 El truco de la Ley de Libre Elección y Área Única (**7**)

DOSSIER

01 ¿En qué consiste la privatización de la sanidad pública?



Desde hace algunos años estamos asistiendo, como espectadores pasivos, a una serie de hechos relacionados con la sanidad pública y que ahora están teniendo explicación en la privatización de los servicios sanitarios.

La sanidad como servicio público es deficitario económicamente, entre otros motivos por sustentarse sobre la equidad y la solidaridad, pero por otro lado como tiene por definición un carácter universal (es para todos), es objeto de deseo por parte de políticos y empresarios que ven en ella una fuente inagotable de ingresos (todo el mundo necesitará asistencia sanitaria en algún momento).

Todos nosotros en algún momento hemos calificado de ineficaces los servicios sanitarios, basándonos principalmente en su lentitud y en las largas listas de espera que hay como consecuencia de esta lentitud. Como solución a este problema los profesionales han propuesto el aumento de las plantillas y de las estructuras, pero dado su alto coste económico las autoridades nos han dado como solución la cesión a sectores privados de aquellos servicios sanitarios más rentables (radiología, cirugía de corta estancia...). Esto tiene un coste a medio y largo plazo, muy superior, como se ha comprobado en otros países.

Actualmente en la Comunidad de Madrid se está produciendo la privatización progresiva de los servicios sanitarios, que ha comenzado por los nuevos hospitales. La propiedad y gestión de éstos nuevos hospitales es privada, y todos los madrileños los alquilaremos por un periodo de 30 años, pagando un precio muy superior al que ha supuesto su construcción. Las empresas propietarias de éstos hospitales cuyo alquiler se paga con nuestros impuestos esperan obtener unos beneficios que oscilan entre el 15 y el 25 % de lo invertido.

Esta privatización, ya no encubierta pero sí ocultada por los medios y por la administración, ha continuado con los Centros de Especialidades de Pontones y Quintana, y a no mucho tardar se ampliará con otros Centros de Especialidades y Centros de Salud, que según la nueva zonificación sanitaria pasarán a depender de los nuevos hospitales, ya citados.

Se ha abierto la veda y el gran negocio de la salud ya está en marcha. Con nuestro dinero y sobre todo con nuestra salud, algunos intentan conseguir grandes beneficios económicos, y si no hacemos nada lo van a conseguir.

La protección de la salud es un derecho, y es nuestro deber defender su universalidad, equidad, y solidaridad.

Artículos relacionados:

» [La privatización de la sanidad pública](#)

» [El rentable negocio de la enfermedad: ¿en qué consiste el modelo privado de la sanidad?](#)

» [Cuando la sanidad pública es un negocio](#)

02 El camino hacia la privatización



La venta de un servicio público esencial como la sanidad a manos privadas, conquista de la lucha de los trabajadores y trabajadoras, es el resultado de un proceso largo de deterioro consentido por los diferentes gobiernos del PP y del PSOE y que responde al objetivo de la empresa privada de hacerse con un negocio sin riesgos: financiación pública y beneficio privado.

¿POR QUÉ Y CÓMO SE PRIVATIZA UN SERVICIO PÚBLICO DE SALUD?

La privatización de la gestión de los centros sanitarios, cualquiera que sea la modalidad empleada implica la búsqueda prioritaria de beneficios, sin control de calidad público alguno, ya que la evaluación de la gestión también está en manos privadas.

El mecanismo es, desgraciadamente, bien conocido ya:

- Devaluar y evitar la atención debida a quienes generan mayor gasto: personas mayores con patologías múltiples, enfermos crónicos y en general personas sin recursos que acumulan todo tipo de necesidades.
- Ejercer presión o incentivar económicamente, sobre todo a los médicos para que disminuyan la indicación de ingresos, den altas rápidas, soliciten menos pruebas diagnósticas, etc.
- Reducir plantillas de trabajadores sanitarios y no sanitarios, y precarizar sus relaciones laborales.

Las consecuencias están aseguradas. El ahorro en personal y recursos, único mecanismo que garantiza el negocio privado, redundará en descensos brutales de la calidad y el correspondiente aumento de la mortalidad hospitalaria, en la disminución del diagnóstico precoz y, en general, en un deterioro inaceptable de la calidad de la atención de todas las personas.

Por desgracia, todo este enorme proceso de privatización que afecta todos los nuevos hospitales madrileños y que se está extendiendo a toda la sanidad madrileña, es perfectamente legal. Si no fuera así, podríamos denunciarlo ante los Tribunales.

El marco legal que ampara toda esta aberración está amparado por la Ley 15/97, de "Habilitación de Nuevas Formas de Gestión", aprobada cuando el PP gobernaba en minoría y apoyada (sin su voto no hubiera prosperado) por los votos del PSOE.

Los pasos han sido los siguientes:

PRIMERO HAN PRIVATIZADO LOS HOSPITALES...

HOSPITAL	COSTES OBRA (1)	CANON (alquiler) 2008 (1)	COSTE 30 AÑOS (1) (APROXIMADO)	PROPIETARIOS
Aranjuez	58	9,7	300	Hispánica
Arganda	63	10,7	330	FCC, Caja Madrid
Coslada	93	16	480	Sacyr Vallehermoso
Majadahonda	250	45	1.350	Dragados
Norte	114	20	600	Acciona
Parla	84	15	450	Sacyr Vallehermoso
Valdemoro (2)	72	25	990	Apax Partners
Vallecas	107	16,8	510	Begar, Ploder
Total	701	158,2	5.010	

Fuente: *casmadrid.org*

El modelo elegido por la Comunidad de Madrid hipotecará durante un mínimo de 30 años a la población de Madrid, para pagar el alquiler de unos hospitales que por primera vez no son públicos, sino propiedad de empresas privadas.

El coste de un hospital por este sistema es entre 4 y 5 veces más caro que de la forma tradicional (el nuevo hospital de Vallecas cuesta alrededor de 107 millones de €, pero pagaremos más de 500 millones de €).

Como mínimo se pagará a las empresas alrededor de 160 millones de € durante el 2008 en concepto de alquiler (casi 30.000 millones de las antiguas pesetas), dinero que con toda seguridad se reducirá de los presupuestos sanitarios (gastos de los pacientes y sueldos y contratos de trabajadores), por lo que la asistencia se deteriorará aún más.

Las empresas propietarias esperan rentabilidades anuales del 15-25 % de lo invertido. Como ejemplo, en Gran Bretaña, un hospital de modelo similar al de Vallecas, el hospital universitario de Norfolk y Norwich, ha dado a los inversores privados unas rentabilidades del 70 % sobre la inversión original de los contratistas.

DESPUÉS HAN PRIVATIZADO LOS LABORATORIOS...

Aunque los nuevos hospitales se ubican en zonas donde ya existen laboratorios públicos que procesan las muestras, la Comunidad pretende agrupar estos laboratorios en un macroservicio en la Fundación Alcorcón -gestión privada-, sin cerrar la posibilidad de su futura externalización.

La movilización de los laboratorios y sus planteamientos (defensa del modelo público, laboratorios y plantillas acordes a la dimensión y actividad de los nuevos hospitales, no a los macrolaboratorios, no a la disminución de camas y mantenimiento de las relaciones y condiciones laborales públicas), representan la primera respuesta de unos profesionales sanitarios a los nuevos hospitales en una situación caracterizada por el escaso movimiento de trabajadores y ciudadanos, mecidos por la débil respuesta de la oposición política y el silencio sindical.

Su importancia radica en que desvela en los hechos los aspectos cruentos que acompañan a los nuevos hospitales y la finalidad del gobierno de la Comunidad de imponer un nuevo modelo sanitario, pudiendo extenderse en el actual panorama, de ahí las respuestas desairadas que han recibido desde diferentes lugares.

Y AHORA ESTÁN PRIVATIZANDO LOS AMBULATORIOS...

El pasado jueves 24 de abril se hizo público el concierto singular de carácter marco de 28 de diciembre de 2006, por el cual el SERMAS vendía a la Fundación Jiménez Díaz – Unión Temporal de Empresas, toda la asistencia hospitalaria urgente y programada, de atención especializada, los diagnósticos de laboratorio, radiodiagnóstico, anatomía patológica y endoscopias de la población de las 14 Zonas Básicas de Salud siguientes: Aravaca, Casa de Campo, Argüelles, El Pardo, Cortes, Justicia, Universidad, Palacio, Embajadores I y II, Andrés Mellado, Imperial, Acacias y Palos de Moguer. Para ello se le ceden los centros de especialidades públicos de Quintana y Pontones.

La empresa adjudicataria es la multinacional Capio, que a su vez es propiedad del fondo de capital / riesgo norteamericano Apax Partners. Este tipo de empresas se caracteriza por la búsqueda de la rentabilidad a corto plazo, a costa de lo que sea, incluida la propia supervivencia de la actividad y la continuidad del servicio.

¿QUE SERÁ LO SIGUIENTE?...

Los centros de salud correspondientes a esas zonas básicas, son con toda seguridad el siguiente objetivo, ya que son imprescindibles para asegurar la rentabilidad económica de la operación, al pasar a desempeñar un papel reductor de las derivaciones a especializada.

Artículos relacionados:

- » [El rentable negocio de la enfermedad: ¿en qué consiste el modelo privado de la sanidad?](#)
- » [Cuando la sanidad pública es un negocio](#)
- » [Consejero de Sanidad de Madrid dice que van seguir recurriendo a financiación privada en los nuevos centros sanitarios](#)

Descargas:

» [¿Quién está detrás de la privatización de los servicios sanitarios? ¿Cuáles son las consecuencias de la misma?](#) [PDF]

» [Concierto entre el Servicio Madrileño de la Salud y la FJD Unión Temporal de Empresas](#) [PDF]

» [Reportaje publicado en el diario Público sobre la privatización de la Sanidad pública madrileña](#) [PDF]

» [Entrevista a la médica y ex-diputada Angeles Maestro sobre el proceso de privatización de la Sanidad Pública](#) [Audio - Wav]

Nota del Colectivo Editorial: contiene extractos de los manifiestos y comunicados de [FADSP](#), [CASmadrid](#), y [MATS](#) que encontrarás en ésta misma página web

03 La privatización de la Sanidad Pública. Un proceso devastador desarrollándose en todo el estado



Una veintena de organizaciones y colectivos, procedentes de todo el estado, han colaborado en la redacción y edición de éste folleto, en el que se detalla la situación actual de los procesos de privatización de la sanidad pública en los distintos puntos del estado español.

DOSSIER

04 Los nuevos hospitales "públicos" de la Comunidad de Madrid son gestionados por empresas privadas



El modelo elegido por la Comunidad de Madrid hipotecará durante un mínimo de 30 años a la población de Madrid, para pagar el alquiler de unos hospitales que por primera vez no son públicos, sino propiedad de empresas privadas.

FCC y Cajamadrid gestionarán el hospital de Arganda, Sacyr Vallehermoso dirigirá los de Coslada y Parla, Dragados el de Majadahonda, Acciona el de San Sebastián de los Reyes, Apax Partners el de Valdemoro, Hispánica el de Aranjuez y Begar el de Vallecas.

El coste de un hospital por este sistema es entre 4 y 5 veces más caro que de la forma tradicional (el nuevo hospital de Vallecas cuesta alrededor de 107 millones de €, pero pagaremos más de 500 millones de €).

Como mínimo se pagará a las empresas alrededor de 160 millones de € durante el 2008 en concepto de alquiler (casi 30.000 millones de las antiguas pesetas), dinero que con toda seguridad se reducirá de los presupuestos sanitarios (gastos de los pacientes y sueldos y contratos de trabajadores), por lo que la asistencia se deteriorará aún más.

Las empresas propietarias esperan rentabilidades anuales del 15-25 % de lo invertido. Como ejemplo, en Gran Bretaña, un hospital de modelo similar al de Vallecas, el hospital universitario de Norfolk y Norwich, ha dado a los inversores privados unas rentabilidades del 70 % sobre la inversión original de los contratistas.

¿Y por qué hacen esta salvajada?

En España se observan intentos por avanzar en la privatización de un sistema sanitario que goza de gran aprecio internacional, precisamente por su universalidad, fácil accesibilidad y carácter equitativo.

Los políticos, mediante la introducción de nuevas formas de gestión empresarial, con la disculpa de innovar lo que en realidad buscan es poner por delante el ahorro, olvidando la calidad de la atención sanitaria.

Estas fórmulas facilitan la privatización de los hospitales, manteniendo la financiación con dinero público y olvidando que estas nuevas formas de gestión son modelos ya ensayados en el Reino Unido, donde han conseguido encarecer el funcionamiento de los hospitales hasta cuatro o cinco veces más que los del modelo tradicional.

En su campaña privatizadora juega un papel fundamental la estrategia de convencer a la opinión pública de las ineficiencias y problemas de funcionamiento del sistema sanitario público. La falta de interés político por la Sanidad Pública se concreta

en la masificación y en las listas de espera para intervenciones quirúrgicas, para las consultas de los especialistas, las pruebas diagnósticas y, mas recientemente, para los médicos generales y pediatras. Todo ello desde una política de premeditado descrédito de la Sanidad Pública, pues está claro que este es el primer paso para conseguir un apoyo ciudadano a su privatización.

La cesión de la gestión de los hospitales a empresas libera a las autoridades políticas de una gran carga económica y burocrática, pero deja la salud de los ciudadanos en manos de empresas cuyo objetivo es obtener beneficios económicos del servicio sanitario que van a proporcionar.

Los grandes perdedores de estos cambios que se avecinan serán los ciudadanos, porque la calidad de los servicios sanitarios empeorará, y porque los modelos privatizados tienen unos costes muy superiores. Los ciudadanos se podrían verse obligados a pagar para poder utilizar los centros asistenciales y, a la postre, una parte de la población, la más pobre y la más enferma, se vería excluida de los sistemas sanitarios.

El derecho a la protección de la salud dejaría de ser un derecho de todos los ciudadanos y pasaría a ser un privilegio para aquellos que puedan pagársela, dejando para los demás un modelo similar a la antigua beneficencia.

Veamos en qué consiste la privatización encubierta de los nuevos hospitales:

Nuevos hospitales, ¿públicos o privados?

La apertura de los nuevos hospitales como Concesiones de Obra Pública, supone que la propiedad de los mismos pertenecerá a las empresas privadas concesionarias durante un período de 30 años, pagando la Comunidad un canon anual por su uso. En los Estados donde se ha aplicado este sistema ha quedado demostrado un aumento del coste de construcción y mantenimiento de los servicios, una pérdida del control público sobre las infraestructuras y políticas sanitarias, y una caída de la calidad.

Los nuevos hospitales cuando pasen al sistema público después de 30 años de sobreexplotación y sin haber invertido en su mantenimiento -nadie invierte si sabe que cesa su concesión en 30 años- estarán inservibles. Y si tenemos en cuenta que cualquier variación en el número de camas o ritmo de explotación que exceda a lo acordado en los pliegos de condiciones por los que se rigen, supondrá la correspondiente indemnización de la Comunidad a las empresas concesionarias, podremos afirmar que los nuevos hospitales carecen de la necesaria flexibilidad para adaptarse a unas necesidades sanitarias cambiantes en el tiempo.

No habrá más camas hospitalarias ni más médicos por ciudadano

Para dotar de personal sanitario a los nuevos hospitales no se crea empleo, pretendiendo la Consejería de Sanidad reasignar los efectivos de la Comunidad. Reasignación que en un primer momento adopta la forma de voluntaria -promoviendo que los trabajadores de los centros directamente públicos soliciten una plaza en los nuevos-, para recurrir a una reasignación forzosa -a través de un Plan de Ordenación de Recursos Humanos- si no logra completar las plantillas.

Abrir nuevos hospitales y nuevas camas sin crear más empleo significa disminuir aún más el personal sanitario por cama, aumentando las cargas y ritmos de trabajo por encima de lo aconsejable para la seguridad de los pacientes.

La atención a la población y las condiciones laborales en los nuevos hospitales va a empeorar y en los ya existentes también, al ver disminuir sus efectivos.

No generar nuevas plazas significa trasvasar empleo público, con un mínimo de derechos y vinculado directamente a la Consejería de Sanidad, a unos servicios de gestión privada insertados en unos hospitales de propiedad privada, cuya vinculación con la Consejería será indirecta, y donde salarios y condiciones de trabajo dependerán en buena medida de un Consejo de Administración íntimamente relacionado con los empresarios privados dueños del hospital.

De este modo y tras una década en la que no se han generado nuevas infraestructuras hospitalarias, los nuevos hospitales representan únicamente el trasvase de camas, servicios y personal público al sector privado.

El truco de la nueva zonificación

También el proyecto de nueva zonificación juega a favor de la estrategia del gobierno de la Comunidad. Al situar como cabeceras de Área Sanitaria a los nuevos hospitales y a otros de propiedad totalmente privada (Fundación Jiménez Díaz y Valdemoro, dirigidos por empresas de capital de riesgo), se les confiere un poder en la sanidad y en la toma de decisiones de las políticas sanitarias madrileñas que no se corresponde ni con el interés público ni con su peso real, poder que ceden los hospitales públicos mas prestigiosos (La Paz, 12 de Octubre, Clínico, Ramón y Cajal, Gregorio Marañón,...).

Lo mismo sucede si contemplamos el proyecto de gerencia única, que dejará a la deriva las actividades de prevención y promoción de la salud -la Atención Primaria- en favor de otras más rentables en el momento de uso, volviendo a una concepción hospitalocentrista no sostenible económicamente, a no ser que se instauren medidas que supongan el abandono de los sectores sociales mas desfavorecidos junto a la posibilidad de hacer negocio de las grandes corporaciones sanitarias, las financieras y las empresas privadas (construcción) que ven decaer sus ganancias en sus sectores.

Las empresas deciden las políticas financieras y de personal

Se externaliza al personal no sanitario y unas Empresas Públicas se encargan de gestionar los servicios y el personal sanitarios. Estas Empresas están dotadas de personalidad jurídica propia y capacidad de poseer patrimonio particular, administración autónoma económica y financiera, y aunque teóricamente se adscriben al derecho público (para poder asumir personal estatutario), su régimen de actuación queda supeditado al derecho privado según sus Estatutos. De este modo tienen poder para decidir sus políticas financieras y de personal (capacidad de compra, endeudamiento y arrendamiento de bienes y servicios), y las relaciones de sus empleados con la Consejería de Sanidad deja de ser directa (plantillas, condiciones laborales y parte del salario dependerán de las decisiones de sus Consejos de Administración). Los servicios centrales (laboratorios y rayos) a pesar de ser sanitarios son apartados de este proceso por el gobierno de la Comunidad, estando prevista la creación de unos macroservicios que serán externalizados.

¿Se acaban la transparencia y la participación ciudadana?

El poder negociador de los trabajadores y la participación y capacidad de intervención ciudadana, se reduce o elimina. A las causas de tipo legislativo, derivadas del régimen de propiedad de los mismos o del tipo de gestión indirecta adoptada (Empresas Públicas y Reglamento de las Nuevas Formas de Gestión), se añaden la falta de transparencia y escasas posibilidades de lograr información sensible, ambas probadas suficientemente por la experiencia.

ARTÍCULOS RELACIONADOS:

- » [Nuevos hospitales: un pozo sin fondo](#)
- » [Balance del funcionamiento de los nuevos hospitales madrileños: bomba de relojería contra el sistema sanitario público](#)
- » [Los nuevos hospitales de la Comunidad de Madrid les roban camas a los antiguos](#)
- » [Cuando la sanidad pública es un negocio](#)
- » [Un gestor de sanidad privada, al frente de los nuevos hospitales públicos](#)
- » [El papel de la "nueva zonificación" en la privatización de la sanidad pública madrileña](#)
- » [Radiografía de los 8 nuevos hospitales: Mucho hormigón para pocas camas](#)
- » [Radiografía de los hospitales tradicionales I: Gregorio Marañón, un 'monstruo' desmoralizado](#)
- » [Radiografía de los hospitales tradicionales II: La Paz y Gregorio Marañón, dos gigantes en peligro](#)

DESCARGAS:

- » [Estatutos de las empresas que pasan a gestionar los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid" \(tipo de gestión que se les permite realizar y tipo de medidas que se les permite tomar a dichas empresas\) - PDF](#)
- » [Análisis de la iniciativa de financiación privada \(PFI\) - PDF](#)
- » [Documento que analiza la nueva fórmula de gestión de los hospitales públicos de Madrid - PDF](#)
- » [El lucrativo negocio que suponen los nuevos hospitales de Madrid - PDF](#)

[Nota del Colectivo Editorial]

Contiene extractos de los comunicados y manifiestos de [FADASP](#), [MATS](#) y [CAS Madrid](#).

05 El truco de la Ley de Libre Elección y Área Única



RECOPIACIÓN DE ARTÍCULOS

» [Noticias del proyecto de Ley de Área Única](#)



El truco de la Libre Elección

Consecuencias de la Ley de Libre Elección y Área Única para los usuarios de la sanidad pública

DESCARGAR:

- » [Cartel tamaño folio](#) [PDF-1,1MB]
- » [Folleto tamaño folio](#) [PDF-1,2MB]
- » [Folleto tamaño cuartilla](#) [PDF-1,2MB]
- » [2 folletos en un folio](#) [PDF-1,7MB]



Área Única: Repercusiones laborales

Consecuencias de la Ley de Libre Elección y Área Única para los trabajadores de la sanidad pública

DESCARGAR:

- » [Folleto tamaño folio](#) [PDF-413KB]
- » [2 folletos en un folio](#) [PDF-436KB]
- » [Folleto tamaño A3](#) [PDF-353KB]

El truco de la Libre Elección

Consecuencias para los usuarios de la Ley de Libre Elección y Área Única

Primero nos prometió “la sanidad del futuro” y entregó los 8 nuevos hospitales a empresas privadas. Ahora Esperanza Aguirre prepara un nuevo engaño, envuelto en papel de regalo, llamado “Libre Elección”, que de hecho ya existe desde 1993.

Nos anuncia que Madrid pasará de las 11 áreas sanitarias actuales a un “Área única” en la que podremos elegir a la carta hospital, médico y enfermera. ¿Qué sentido tiene que los vecinos de Parla puedan elegir La Paz, o los de Colmenar Viejo el 12 de Octubre? ¿Con qué criterio se va a diferenciar la calidad de los diferentes profesionales y centros? Dicen que nos darán información para que podamos elegir lo mejor, pero en realidad lo que recibiremos será propaganda maquillada. No pueden compararse, por ejemplo, las tasas de mortalidad de un gran hospital (donde se tratan los procesos más complicados) con las de otro donde se realizan intervenciones sencillas. Los grandes hospitales tienen tasas más elevadas y no por eso son peores. Igual que el PP nos engaña con las listas de espera, mentirá con el resto de la información. La libre elección indiscriminada no es real ni posible, es sólo un espejismo. Los más de 6 millones de habitantes de Madrid no podemos elegir ni los mejores centros ni los mejores especialistas, no sólo porque desconocemos quiénes son, sino porque sería materialmente imposible que nos atendieran a todos.

Lo que buscan con el Área Única y la Libre Elección es la creación de un mercado sanitario, en el que, mediante publicidad engañosa, los centros públicos y privados compitan entre sí para captar a los pacientes y procesos más rentables (población joven y sana que utiliza poco la sanidad, cirugía poco compleja...). Los pacientes no rentables (ancianos, discapacitados, crónicos, enfermedades costosas...) acabarán arrinconados en centros públicos de 2ª categoría, al estilo de los centros de beneficencia. El negocio de los de siempre se incrementará ahora a costa de nuestra salud.

Para los profesionales ofrecen “incentivos” salariales: aquellos médicos que más ahorren (en farmacia, pruebas

diagnósticas, derivaciones al hospital...) o más pacientes tengan asignados, cobrarán más. La calidad de la atención se verá seriamente deteriorada y aumentarán los riesgos para los pacientes.

Lo que necesitamos es menos “sanidad del futuro”, menos experimentos privatizadores, menos demagogia y más medios, más centros y trabajadores para la sanidad pública...

Para apreciar las consecuencias de la privatización y la entrada del negocio en la sanidad basta ver lo que está ocurriendo en otros países:

» [Más de mil pacientes murieron en 3 años por negligencia en un hospital británico](#) (La Vanguardia 19/03/2009)

...porque LA SALUD NO ES UN NEGOCIO
¡DEROGACIÓN DE LA LEY 15/97!

Área Única: Repercusiones laborales

Consecuencias para los trabajadores de la Ley de Libre Elección y Área Única

A pesar de la campaña publicitaria lanzada por la Consejería de Sanidad, los decretos de “área única/libre elección” son una trampa para acabar con los derechos laborales:

Movilidad forzosa

Aunque la Consejería lo niegue ahora, la creación de un área única y la ruptura de unas supuestas “trabas burocráticas” sólo persigue aplicar la movilidad indiscriminada y sin justificación de los profesionales de cualquier categoría por toda la comunidad. La Ley General de Sanidad* permite en la actualidad la movilidad forzosa dentro del área de nombramiento. Si las 11 áreas desaparecen dando paso a una, la movilidad pasará a ser en toda la Comunidad.

*Art. 87 “El personal podrá ser cambiado de puesto por necesidades imperativas de la organización sanitaria, con respeto de todas las condiciones laborales y económicas dentro del área de salud”.

Reducción de las plantillas

Esperanza Aguirre entiende que empleados públicos y funcionarios son sinónimo de “vagos y hambre”. Su política es reducir las plazas públicas; sólo así se puede entender que, pese a los anuncios de nuevas OPEs, aún existan plazas convocadas en 2005 sin desarrollar, o que según los propios datos de la Seguridad Social, el número de trabajadores de la sanidad madrileña se ha reducido en el último año en cerca de 2.000 a pesar de la apertura de los nuevos hospitales de gestión privada.

Es decir, al contrario de lo que afirma Güemes, no se han creado más plazas con la apertura de los nuevos hospitales y, en cambio la población ha aumentado (un 3,1 % en 2008, según el INE).

Sobrecarga laboral, polivalencia y traspaso de funciones

Que afectará fundamentalmente al personal no sanitario, además del trasvase de tareas actualmente realizadas por personal facultativo hacia el personal de enfermería, matronas... Se persigue reducir el gasto en los profesionales más caros y la asignación a primaria de técnicas actualmente realizadas en especializada (ecografías...).

Estructura aún más vertical de los EAPs

Cada vez son más los coordinadores interinos o eventuales, es decir, sujetos obedientes en manos de las decisiones discrecionales de los gerentes. La creación de la figura del director de EAP, con reducción o supresión de pacientes y más poder aún (no hay más que ver en algunos EAPs las relaciones entre parentesco y contratación), busca imponer un aumento de la “productividad” y “exprimirnos”.

Establecimiento de conceptos salariales variables en el salario mensual

Para presionar sobre todo a los que tienen capacidad para influir en el gasto (facultativos), y crear una plantilla sumisa y sin criterio propio que obedezca las decisiones empresariales por encima de las necesidades sanitarias.

Dependencia de los EAPs del hospital de su zona

Acabando con el actual modelo, que pese a sus limitaciones, en parte derivadas del proceso de asfixia económica que se ha ejercido sobre primaria desde hace años, ha demostrado altos grados de satisfacción entre los pacientes y solucionado la mayor parte de los problemas de salud. Si primaria pierde su papel propio y pasa a depender del hospital de turno, cada EAP será un simple instrumento para reducir las derivaciones a especializada y por tanto el gasto sanitario.

En Gran Bretaña la reforma de la primaria y la aplicación de la gestión privada deterioró las condiciones laborales, hasta el punto de que los médicos se vieron obligados a hacer horas extras “sólo para tener alguna oportunidad de seguir ganando el mismo sueldo que ganaban antes”. Se introdujeron incentivos económicos ligados a la productividad y se redujo la autonomía clínica. La provisión de servicios paso de basarse en la estimación del riesgo financiero (pacientes que necesitan mayor atención = mayor riesgo) en lugar de en las necesidades de la población.

¡Fuera las empresas de la sanidad!
¡DEROGACIÓN DE LA LEY 15/97!