

la salud **NO**
es un negocio.

coSP
Coordinadora de Organizaciones
por la Sanidad Pública

LA PRIVATIZACIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA

➤ Un proceso devastador
desarrollándose en todo
el Estado.



coSP
Coordinadora de Organizaciones
por la Sanidad Pública

La privatización de la sanidad pública en el Estado español



1 Orígenes y líneas generales del capitalismo neoliberal

La forma neoliberal del capitalismo, de un capitalismo en crisis, se inaugura en 1973 con el Golpe de Pinochet en Chile para imponer a sangre y fuego las recetas de la Escuela de Chicago, entre ellas la privatización masiva de los servicios públicos.

En Europa Occidental, es en Gran Bretaña en 1976 donde el primer ministro laborista J. Callahan pide un préstamo al FMI que le es concedido a cambio de recortes drásticos en el gasto público y privatizaciones. En 1979 con M. Thatcher el proceso se acelera. La derrota de la huelga minera de 1984-85 y la responsabilidad de las direcciones sindicales en la misma es emblemática del comienzo de un proceso de retrocesos en la lucha

de clases que no ha hecho más que recrudescer hasta nuestros días. Las líneas maestras del capitalismo neoliberal son: déficit público cero, desfiscalización de las rentas del capital, gran disminución del gasto público en servicios sociales, privatizaciones, deslocalización del capital y duras contrarreformas con recortes progresivos de derechos laborales y sociales.

2 La Transición en el Estado español y la estrategia del despiste. Reforma y contrarreforma.

La expansión de las políticas neoliberales y su correlato de ataques a conquistas sociales fundamentales coincidió con la Transición española, época en la que para el capitalismo era prioritario legitimar ante los pueblos la reforma política de la dictadura.

Se diseñó un proceso lento, pero demoledor, desde los grandes medios de comunicación de deslegitimación y crítica de lo público por ser despilfarrador, burocrático, ineficiente, sostenedor de privilegios funcionariales, etc.

Una decisión premonitoria. El Conseller de Sanitat del Govern Provisional de la Generalitat de Catalunya (PSUC) ante una sanidad pública muy poco desarrollada (25%) y una sanidad privada en bancarrota, en lugar de incluir el personal y las instalaciones de esta última en el sector

público, subvencionó su reflujo para a continuación concertar con ella la asistencia sanitaria.

Tres leyes clave para la sanidad, ampliamente demandadas desde la lucha contra la Dictadura, nacieron castradas en sus planteamientos de avance en el desarrollo de recursos públicos y control social: la Ley General de Sanidad (1986), Ley del Medicamento (1990) y Ley de Prevención de Riesgos laborales (1995), antes de Salud Laboral.

3 El guión privatizador: confundirse con el paisaje

En 1989 se publicó en Gran Bretaña Working for Patients, libro blanco para la privatización del servicio público de salud más importante de Europa Occidental. Este informe que parte del mantenimiento de la financiación pública y de la gratuidad del servicio, fue todo un programa para la mercantilización y la gestión empresarial de la asistencia sanitaria.

Con el mismo objetivo el Congreso de los Diputados crea en 1990, con mayoría absoluta del PSOE y el apoyo de todos los grupos parlamentarios excepto BNG e IU, crea una Comisión para la reforma del sistema sanitario presidida por el empresario franquista Abril Martorell. Si bien la potente reacción popular impidió la introducción del co-pago que preconizaba, las medidas presupuestarias y organizativas preparatorias de la privatización se fueron introduciendo una tras otra, independientemente del color del partido en el gobierno del estado o en las CC.AA. La estrategia que se impuso con carácter general es desmontar el sistema poco a poco, fragmentarlo para privatizar todo lo rentable e imponer en todos los servicios sanitarios públicos la gestión empresarial, es decir objetivos de ahorro y rentabilidad económica:

Se privatizaron servicios de limpieza, cocinas, mantenimiento, lavandería, seguridad, archivo de historias, laboratorio, radiología, etc. Se introdujo masivamente la precariedad entre los trabajadores de la sanidad. De forma lenta, pero sistemática se fueron reduciendo plantillas y camas públicas, al

tiempo que se extendía la concertación de las intervenciones quirúrgicas con la sanidad privada...

La hegemonía ideológica se impuso casi sin resistencia por los profesionales que aceptaron como modernización y cambios técnicos transformaciones estructurales en la organización y administración económica de los servicios tales como: separación entre la financiación siempre pública y la gestión y provisión de servicios que podía ser pública o privada; el contrato programa, la cartera de servicios, el coste por proceso, etc, que evalúan y financian los servicios en función de objetivos de actividad y no de mejora de la salud de la población.

La supuesta eficiencia empresarial por el ahorro en el coste del tratamiento (menos estancia media, menos personal, etc) va de la mano del aumento exponencial del gasto sanitario y el deterioro de la calidad: se incrementan los reingresos, se dispara el gasto farmacéutico, aumentan las demandas por errores médicos o mala práctica, se ocultan los indicadores que permitirían evaluar la calidad de la atención en función de objetivos de salud, etc.

4 La entrada directa del capital privado en la sanidad

La Ley 15/97 de Nuevas Formas de Gestión, votada en el parlamento estatal por PP, PSOE, PNV, CiU y CC establece que todo hospital, centro socio-sanitario o centro de salud puede ser gestionado por cualquier tipo de entidades existentes en derecho; es decir, permite la entrada masiva de la empresa privada directamente en la gestión y provisión de servicios.

La Directiva Bolkestein de la UE, que va aprobándose a trozos, impone la privatización de todos los servicios sociales y la condición de que las empresas de otros países europeos no tengan que someterse a la normativa laboral y de control de calidad del país en el que actúen sino a la del país del que procedan. Las modificaciones realizadas en el Estatuto Marco han ido sistemáticamente dirigidas al recorte de derechos laborales. Algunos parlamentos autonómicos han ido desarrollando normativas que abren cada vez más el margo legal

de la privatización sin freno alguno, ni por parte del Ministerio de Sanidad, de la Tesorería de la Seguridad Social o Ayuntamientos en cuyo suelo se ejecutan las iniciativas sanitarias y socio-sanitarias privadas.

En este escenario es en el que se produce la ofensiva privatizadora actual, que tiene carácter general, aunque los ritmos de avance están modulados por la rentabilidad para el capital de cada servicio en cada lugar y sobre todo por la oposición popular.



➤ Con la llegada al gobierno madrileño en 2003 del sector más reaccionario del PP, se inicia un proceso acelerado de deterioro y privatización de todos los servicios públicos, incluida la sanidad. El objetivo es traspasar a grupos empresariales afines la mayor parte posible del presupuesto sanitario público (más de 6.000 millones de euros en 2009), levantando las mínimas sospechas posibles, ya que la experiencia internacional confirma que las contrarreformas sanitarias tienen elevados costes políticos para los partidos que las realizan.

Deteriorar la sanidad implica crear la falsa premisa de que lo público es ineficiente y no funciona, por lo que es necesario aplicar mecanismos empresariales que, como mano de santo, solucionarían los problemas estructurales de la sanidad. Para ello, se tomaron medidas directas para dismantlar el Servicio Madrileño de Salud: mantenimiento año tras año de Madrid en los últimos puestos de gasto sanitario por habitante (hasta 300 menos que las Comunidades que más gastan); incremento de los conciertos privados; cierre de camas públicas; congelación de plantillas; montaje del caso Leganés (acusación de 400 homicidios en la urgencia de dicho hospital);... mientras los sindicatos de la Mesa Sectorial miraban para otro lado y firmaban decenas de acuerdos y la paz social hasta diciembre de 2007.

Al mismo tiempo, el PP anunció un ambicioso plan de construcción de 8 nuevos hospitales mediante el modelo PFI (dinero público, propiedad privada), entregando por 30-60 años la explotación de los centros a empresas del sector de la construcción y las finanzas. Para ponerlos en marcha, el PP ejecutó una nueva agresión, con la complicidad de nuevo de la Mesa Sectorial de sanidad, llevando a cabo una "reordenación de efectivos", por la que 5.000 médicos, enfermeros y técnicos medios, fueron "robados" de los centros sanitarios públicos, lo que provocó el cierre de cientos de camas públicas y el deterioro de la asistencia. A 18 meses de la apertura de los nuevos hospitales, hay una realidad incuestionable: mientras Madrid tiene 1,5 millones de habitantes más que en el año 2000, el número de camas totales y de trabajadores públicos ha disminuido: ingredientes indispensables para explicar el brutal deterioro de la sanidad madrileña.

A continuación el PP procedió a disolver la Dirección General de Salud Pública y el Instituto de Salud Pública (no se les debió considerar rentables). Además, se ha adjudicado al grupo Ribera Salud (propietarios del hospital de Alzira) la explotación del Laboratorio Central de Referencia (privado), que procesará las muestras de 1 millón de madrileños mientras se cierran laboratorios públicos que funcionaban a pleno rendimiento (Coslada).

Para ir cerrando el círculo, se anuncia la reforma estructural de los grandes hospitales públicos de Madrid (Marañón, La Paz, Clínico, Ramón y Cajal, Móstoles) cerrando la mitad de sus camas actuales, reforma que, de llevarse a cabo, conllevaría la cesión de la gestión de los servicios auxiliares de estos centros por varias décadas, para pagar a las empresas que hagan las obras de reforma. También se anuncia la próxima adjudicación a empresas privadas por otros 30 años de 4 nuevos hospitales modelo Alzira (donde todo el personal ya es privado): Torrejón (ya licitado), Villalba, Móstoles y Carabanchel; así como la desestructuración sanitaria, al crear un área única para todo Madrid (actualmente 11 áreas) en la que bajo la disculpa de la libertad de elección, los centros sanitarios puedan competir entre ellos por la población sana y los pacientes rentables: cada centro tendrá tanto dinero como personas lo hayan elegido y su objetivo pasará, de dar una atención de calidad a cuadrar anualmente las cuentas de resultados.

El objetivo final no es otro que el de poner en marcha un mercado de 6,5 millones de usuarios potenciales en un espacio geográfico de apenas 8.000 km², en el que mediante campañas de marketing, se van a ofrecer las últimas tecnologías (aunque no sean necesariamente eficaces en términos de rentabilidad social) para crear fuertes flujos de pacientes hacia determinados centros, en definitiva, imponer una dinámica de flujos financieros.

Necesariamente, existirán centros que, incapaces de adaptarse al proceso de competencia, se verán obligados a asumir los pacientes no rentables, con lo que incrementarán aún más su proceso de deterioro, convirtiéndose en una especie de centros de beneficencia con una cartera de servicios básica. Quienes quieran otro tipo de prestaciones, posiblemente tengan que pagarlas de su propio bolsillo.

“Sin la Ley 15/97, que permite la entrada de las empresas en sanidad, no serían posibles los hospitales con ánimo de lucro”

Este proceso no sólo tiene como culpable al PP, ha contado con la anuencia del PSOE (que aprobó la Ley 15/97 de "Nuevas Formas de Gestión"), CCOO y UGT aparte de los sindicatos corporativos y la mayoría de las denominadas "sociedades científicas" y otros grupos subvencionados. Sin la Ley 15/97 (y las leyes autonómicas que la desarrollan), que es la que permite la entrada de las empresas lucrativas en sanidad, no serían posibles los hospitales con ánimo de lucro, y a su vez, sin hospitales lucrativos no tendría sentido el establecimiento de un mercado de pacientes (área única).

El deterioro galopante que estamos sufriendo en la Comunidad de Madrid (incremento de las listas de espera diagnósticas y quirúrgicas; colapso crónico de las urgencias, cierre de agendas para congelar las listas de espera, incremento de las altas prematuras, incremento de las reclamaciones... así como sucesos luctuosos como el caso del fallecimiento del bebe en el Gregorio Marañón), es sólo el anticipo de lo que puede ocurrir en el futuro. De llevarse a cabo este proceso en su totalidad, el sistema sanitario público de Madrid estaría prácticamente en su totalidad en manos de empresas privadas con ánimo de lucro, por lo que las repercusiones para los pacientes serán aún mucho más graves.



+ En 1981, momento de las transferencias, sólo un 10% de los hospitales con un 27% de las camas eran del INSALUD; el resto era concertado. Salía más económico continuar concertando en vez de construir nuevos centros y de paso se evitaba la "ruina" de instituciones y empresas existentes. Pero esto sólo era una excusa para experimentar "nuevas formas de gestión". Desde entonces la contratación ha ido en aumento: de las 1.787 unidades productivas que contrata o concierta el Servei Català de la Salut (SCS), sólo 714 son gestionadas por el Institut Català de la Salut (ICS), que en 2007, con el voto de todos los grupos parlamentarios, fue convertido en empresa pública (financiación pública, normas de funcionamiento privadas), en una fase más del incesante proceso de privatización.

Esta transformación, que desde hacía 10 años intentaba el gobierno de CiU sin llegar a consumarla, demuestra que el actual gobierno "de izquierdas" está cumpliendo con la norma de que las izquierdas, en su papel de gestoras del sistema, hacen lo que no se atreven a hacer las derechas. Es una prueba más del acuerdo tácito que siempre ha regido la evolución y la esencia del modelo sanitario catalán, perfectamente definido por la politóloga Raquel Gallego como un "mercado relacional", es decir, basado en "relaciones de confianza y de poder".

En efecto, con la Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya (LOSC) de 1990, todos los parlamentarios desoyeron la Ley General de Sanidad de 1986, la del catalán Ernest Lluch, y, lejos de acercarse al objetivo de ésta, que los Servicios de Salud integraran en su seno

a todos los centros y servicios que dieran un servicio sanitario público, consumó la gestión mixta y dividió la "compra" y la provisión de servicios, dando al SCS sólo el primero de estos papeles y dejando en manos de los proveedores privados la gestión sin ningún riesgo. Primero montaron consorcios y entes municipales mixtos integrados por fundaciones de carácter religioso, mutuas, cajas de ahorros y gobiernos locales en manos de otras fuerzas políticas, que se repartían el pastel de la gestión. Luego vino la fase de las empresas públicas. Nueve, entre 1991 y 1995, a las que se fue transpasando el transporte sanitario urgente, los bancos de sangre, el diagnóstico por la imagen... Y finalmente, la reforma de la LOSC de 1995 que estableció, antes que la 15/97, el ánimo de lucro en la gestión de la sanidad pública.

Fue entonces cuando nacieron las famosas Entidades de Base Asociativa (EBA) para gestionar la Atención Primaria, presentadas como un fenómeno de autogestión cuando en realidad era una parte minoritaria de los médicos la que, con el soporte de la Administración y de los colegios profesionales, creaba una Sociedad Limitada que pasaba a contratar al resto del equipo. De momento sólo gestionan 12 de las 365 áreas básicas. Más un mito... y un peligro que ahora, consolidadas las izquierdas, vuelve a amenazarnos (ver recogida de firmas en contra en www.catacctsiac.cat).

El hecho de haber precedido al resto del Estado, tanto en la legislación como en la puesta en práctica de modelos privatizadores tan diversos, coincidiendo con el sancionamiento de tantos años de un gobierno de derechas, ha introducido en Catalunya la sensación de inmunidad ante las fórmulas privatizadoras del PP. Falsa sensación, porque el «primer hospital que construye el Gobierno catalanista y de izquierdas de la Generalitat», el del Baix Llobregat, fue adjudicado a la alianza empresarial formada por La Caixa, Aigües de Barcelona, ACSA, TEYCO y EMTE según el «modelo inglés», aunque la cantidad de servicios objeto de arrendamiento a 30 años, no alcance los niveles de Madrid.

Por lo demás, Catalunya es de este mundo y sufre los embates generales del neoliberalismo. El copago va en aumento aunque no se atreven a llamarlo por su nombre: prosiguen los intentos de que quien pague a una mutua deje de cotizar a la Seguridad Social y que ésta se convierta en la beneficencia de los pobres, pagando se sortean listas de espera en entidades concertadas, se hace mobbing al personal que no colabora en los perversos objetivos comerciales de los proveedores, los servicios no paran de empeorar aunque se tapen agujeros para que no lo note la población, en general ignorante de quien gestiona porque se le dice que todo es público y todo ello mientras se multiplican los

escándalos, de los que sólo sale a la luz pública la punta del iceberg. No hay aquí espacio para relatarlos, pero descaradamente apuntan a grandes entidades como La Caixa, a entidades constituídas por antiguos cargos del poder político (fenómeno de la puerta giratoria), a grupos empresariales del país, siempre ligados al poder, a los nuevos grupos mixtos nacidos de nuestro "modelo" sanitario...

"Sin duda, lo que ahora necesitamos con urgencia es organizarnos para controlar esta nueva forma de gestión"

El dinero lo salpica todo. Explica la connivencia política, la sindical, y ahora empieza también a corromper el concepto de participación ciudadana. Desde el año 2006, Catalunya está en un proceso de supuesta descentralización del gobierno de la salud. En julio de 2009 ya hay constituidos 29 de los 37 Gobiernos Territoriales de Salud (GTS) que abarcan toda la geografía catalana. Creados teóricamente para favorecer la participación en las decisiones, nacen con un Consejo Rector compuesto al 50% por el conjunto de sus ayuntamientos y el otro 50% por el gobierno: Deben contar con una Comisión de Coordinación de Entidades Proveedoras en la que éstas se repartirán ordenadamente el pastel presupuestario que dé al GTS el sistema capitativo, y un Consejo de Salud. Tal vez lo más grave del caso es la manipulación que se está haciendo para seleccionar la participación de la población en estos Consejos. Sin duda, lo que ahora necesitamos con urgencia es organizarnos para controlar esta nueva forma de gestión de la privatización, coordinarnos, participemos o no en estos consejos, todas las organizaciones y las personas interesadas en hacer recular el proceso de privatización. La colaboración de CATACTSIAC en este reto se concreta ahora en la puesta en marcha de un observatorio del proceso que tiene previsto dar a luz el próximo mes de noviembre.



➤ **Andalucía sufre un ataque constante y paulatino al modelo de servicio público, aupado por la ofensiva neoliberal en Europa y su lógica del beneficio, así como por alumnos aventajados de otras comunidades. Esta situación viene a empeorar las desigualdades ya presentes en nuestra comunidad autónoma, en cuanto a la calidad de nuestro sistema sanitario, esperanza de vida, calidad en la atención rural, número de camas o número de sanitarios por habitante.**

Nos escandalizamos con el modo de gestión y financiación de los nuevos hospitales de la Comunidad de Madrid, pero desde Andalucía ya se han puesto en marcha políticas privatizadoras (el aumento de los centros privados en Andalucía entre los años 1995-2005 es de un 282%, según la Junta de Andalucía).

Se ha subcontratado la limpieza y la seguridad de los centros y en el transporte sanitario. Se han incrementado los conciertos hemodiálisis, litotricia, resonancia magnética, etc. Se construyen nuevos centros públicos, con dinero público, que mantienen una gestión ajena al Servicio Andaluz de Salud (SAS).

El complejo organigrama del SAS, repleto de cargos intermedios y con un rígido funcionamiento vertical, hace imposible la participación del personal sanitario y los ciudadanos en la toma de decisiones. Se

fomenta la desunión entre colectivos sanitarios cuyas condiciones laborales empeoran progresivamente (en Andalucía existen en torno a 5.000 contratados en precario).

Y contra el descontento, compensaciones. Compensaciones económicas, que bajo el perverso nombre de "incentivos", premian la consecución de objetivos de gestión mercantilistas, aderezadas por lo permisivo del actual régimen de incompatibilidades entre el sector público y el privado.

La situación se agrava por la perpetuación del clientelismo político. Los escuálidos presupuestos sanitarios, muy por debajo de la media estatal (el SAS está a la cola de gasto por paciente, inferior a la media estatal en 144%), especialmente aquéllos destinados a contratación de personal (según la Organización Médica Colegial están por debajo de la media en 37 médicos por 100.000

habitantes y en 105 enfermeros por 100.000 hab), contrastan con la incesante proliferación de cargos burocráticos y la concesión de servicios adscritos a la Sanidad. En el año 2003, en lugar de construir el hospital público prometido, la Junta de Andalucía comenzó a experimentar modelos privatizadores al autorizar la creación del Consorcio Sanitario del Aljarafe (Sevilla), para prestar asistencia sanitaria especializada a más de 250.000 habitantes. Los presupuestos del Consorcio Sanitario del Aljarafe no se desglosan en la Ley de Presupuestos, al tiempo que su gestión ha sido cedida a la Orden de San Juan de Dios.

Los procesos sanitarios se estructuran en función de dos objetivos: la satisfacción del usuario y la rentabilización del acto médico. Es decir, "satisfacer al cliente" en lugar de "curar al paciente".

El avance de estas políticas en nuestro sistema sanitario tiene un efecto devastador:

A corto plazo:

- La demanda de asistencia aumenta desproporcionadamente (la atención urgente ha aumentado un 12.6% en el periodo 2005-2008 según memoria del SAS), se incrementa la presión asistencial y los centros se saturan (horas de espera en urgencias, escasos minutos en consulta).
- El proceso asistencial se complica y encarece: el uso de técnicas complementarias se va incrementando (supliendo las limitaciones de tiempo) y favoreciendo su uso irracional.
- Se pervierten los objetivos del sistema sanitario dentro del modelo empresarial (no es un criterio de calidad la mortalidad de un servicio, pero sí su estancia media hospitalaria).

A medio plazo:

- Se desprestigia el sistema público, ante la grave caída de la calidad asistencial.
- Se favorece la privatización. Para evitar la conflictividad se utilizan modelos intermedios: externalización de servicios diagnósticos o terapéuticos (la Consejería de Salud andaluza derivó a 17 hospitales no públicos más de 60.000 intervenciones quirúrgicas sólo en 2007); perpetuación de las subcontratas en servicios parasanitarios; creación de hospitales públicos con gestión privada; etc.

A largo plazo:

- Auge de las clínicas privadas y entidades aseguradoras (los seguros sanitarios son un prometedor valor del mercado), y avance hacia la consecuente degradación de la asistencia pública (medidas básicas para grupos sociales excluidos).
- La sanidad andaluza camina hacia un modelo que ha fracasado estrepitosamente allí donde se ha implantado: menos profesionales, menores recursos, peor atención y peor funcionamiento.



➤ Debido a la división administrativa que existe en Euskal Herria los y las ciudadanas vascas reciben asistencia sanitaria de tres sistemas sanitarios públicos.

En el caso del norte del País Vasco es el sistema del estado francés financiado por los presupuestos generales el que gestiona la asistencia sanitaria mediante la contratación de mutualidades sanitarias y centros hospitalarios privados en su mayoría. En el territorio vasco existe un único hospital público en Baiona con autonomía de gestión aunque depende financieramente del estado y la Seguridad Social. En este caso las privatizaciones vienen más de mano de la reducción de las prestaciones financiables que de procesos directos de privatización, siendo esta reducción más preocupante tras la puesta en marcha de las políticas sobre servicios públicos de Sarkozy.

En cuanto a los sistemas del sur de Euskal Herria esto es Osasunbidea y Osakidetza han tenido un desarrollo diferente aunque con algunas características comunes. En ambos servicios los gestores han sido representantes políticos de la derecha, esto es el PSN y UPN en Navarra, y PNV y PSE en vascongadas. En ambos sistemas también los intereses privados han marcado las políticas sanitarias; en el caso de Navarra sobre todo por la omnipresencia de la Clínica del Opus y en vascongadas por los intereses propios del PNV.

En cuanto a los procesos de privatización estos se han ido consolidando de manera paulatina en ambos servicios. En el caso de Osakidetza

fue la Ley General de Sanidad del País Vasco del año 96 la que abrió las puertas a la privatización mediante la contratación libre de servicios, al convertir a Osakidetza en un ente público de derecho privado, encargado de la provisión de servicios sanitarios mediante los distintos contratos- programa firmados con la administración sanitaria.

Las diferentes modalidades de privatización han pasado desde la subcontratación de actividades no asistenciales con empresas de servicios (limpieza, lavandería, cocina) a la concertación directa de procesos mediante falsos programas de reducción de listas de espera. En cuanto a la salud laboral nunca ha estado integrada en el sistema público estando en manos de mutuas privadas. Se han creado así mismo empresas públicas con participación privada para servicios específicos de alta resolución o rendimiento.

En los últimos años se han iniciado procesos de gestión mixta en el sector socio sanitario, cesión de terreno público a empresas privadas que para la construcción de los edificios y posterior cesión de uso y de gestión por 50 años a empresas de servicios.

El resultado final es la descapitalización y deterioro progresivo del sistema público, mientras las empresas sanitarias privadas se van asentando y ganando cuota de mercado.



➤ En el País Valencià sólo hay 9'24 trabajadores sanitarios por cada mil habitantes, 1,20 puntos por debajo de la media estatal. El ratio de médicos y enfermeros por habitante también es muy inferior a la media.

Hay 1'9 camas por cada 1.000 habitantes mientras en el conjunto del Estado hay 3'8. El gasto por habitante es de 1.158 euros, 200 menos por persona que la media estatal. Con respecto a estos dos indicadores el País Valencià ocupa el último puesto entre las CC.AA.

Estos datos no son solo números. Se trata de la cruda realidad, pacientes amontonados en los pasillos por falta de camas, listas de espera interminables y profesionales en unas condiciones de precariedad absoluta. En la sanidad valenciana se ha puesto en marcha una constante degradación para justificar con posterioridad un regalo muy provechoso para determinadas empresas cercanas al poder.

El hospital de Alzira fue pionero en la implantación del modelo de privatización PFI (Iniciativa de financiación Privada). La construcción del edificio (suelo público gratis) y la prestación de la asistencia sanitaria corre a cargo de una Unión Temporal de Empresas llamada Ribera Salud (ADESLAS, Caja de Ahorros del Mediterráneo, Dragados y Lubasa), que a pesar de gestionar en función de objetivos de ahorro (altas precoces, reducción del gasto en pruebas diagnósticas y tratamientos, etc) tuvo pérdidas de 5,24 millones de euros en 2003. La Consejería rescindió el contrato y abonó a Ribera Salud 25,4 millones de euros por "lucro cesante" y otros 43,9 millones por los activos quedaban

por amortizar. Se convocó un nuevo concurso en el que se incluyó la atención primaria (13 centros de salud) entre lo privatizado, se elevó el pago por persona y se alargó el periodo de concesión a 15 años, prorrogables a otros 5, que fue ganado por la misma UTE. Ya en 2007 Ribera Salud declara ganancias de 3,1 millones de euros. En 1999, el Tribunal Superior de Justicia del País Valenciano, sentenció que la Ley 15/97 de Nuevas Formas de Gestión ampara completamente la gestión privada de la sanidad. El modelo Alzira se ha extendido a Torrevieja, Denia y Manises y se aplicará a los nuevos hospitales de Elx-Crevillent y Torrent. En Torrevieja, por ejemplo, se incentiva con 2.000 euros/mes a médicos de primaria a cambio de la reducir las derivaciones de enfermos a especializada. La utilización intensiva del personal (hasta 12 horas al día), su inferior especialización, el recorte de plantillas, la falta de formación continuada y el funcionamiento de dichos servicios sin controles de calidad, incrementan vertiginosamente los riesgos para los pacientes.

Mientras tanto, las clínicas son empresas donde se impone el sentido empresarial asentado en la máxima: cuantos más enfermos, mejor. Una sociedad enferma es negocio. Lo que era un derecho básico de la ciudadanía conquistado por los trabajadores y trabajadoras, es ahora un negocio redondo para unos pocos.



+ El SALUD, Servicio Aragonés de Salud es el organismo autónomo del departamento de Salud y Consumo que se encarga de los servicios sanitarios en Aragón. La sanidad pública aragonesa es universal y da cobertura a la totalidad de ciudadanos que residen en nuestro país, con independencia de su nacionalidad. La sanidad pública aragonesa fue transferida del Gobierno Español al Gobierno de Aragón en el 2002.

El territorio aragonés, caracterizado por la dispersión y la despoblación requiere una especial atención en lo que se refiere a la asistencia sanitaria, dado que es necesario dar un nivel de calidad sanitaria en las mismas condiciones en todas las comarcas del territorio. En la actualidad existe una enorme diferencia entre el nivel de calidad asistencial de Zaragoza capital y el resto del territorio aragonés. Esto es debido a dos factores: Primero por qué los recursos económicos se centran en los grandes centros hospitalarios, y segundo porque la Administración aragonesa no motiva con incentivos a los profesionales de la medicina para que ejerzan su labor en el mundo rural.

“Hay un giro de la Consejería de Salud tendente a la externalización de servicios”

Uno de los principales problemas de la sanidad aragonesa son las listas de espera, en citas para centros de especialidades, este hecho ha supuesto que Aragón pasé a ocupar el 9º puesto en el ranking de calidad de las Comunidades Autónomas en un solo año, siendo que siempre había estado a la cabeza entre los 5 primeros. Los pacientes aragoneses esperan una media de 80 días para ver al especialista.

Otra de las cuestiones que preocupan de la sanidad aragonesa es el giro dado por la externalización de servicios, se pretende ir a la gestión privada de los servicios sanitarios. Uno de los hechos que han marcado la voluntad privatizadora del Gobierno de Aragón, ha sido la creación del Consorcio Aragonés Sanitario de Alta Resolución (CASAR) que se está poniendo en funcionamiento en Fraga, Ejea, Jaca y Tarazona.

En referencia al medio rural es necesario que todas las comarcas dispongan de todos los servicios socio-sanitarios que precisan l@s ciudadan@s. Hay una carencia de pediatras y de profesionales esto se acentúa en temporadas estivales. El transporte sanitario en el medio rural es deficiente, hay demoras en el traslado de pacientes y en ocasiones estos traslados se hacen sin el personal suficiente. La estimulación de los profesionales del SALUD debe ser un objetivo primordial si se quiere una sanidad pública de calidad. Para ello se tiene que consolidar el empleo y mejorar las condiciones laborales, ya que existe intranquilidad entre los profesionales de la sanidad. Los profesionales sanitarios están realizando tareas sin los medios adecuados, con una elevada temporalidad.

+ La realidad canaria es una realidad fragmentada por el hecho insular, con el condicionante de que no todos los canarios tienen la misma cartera de servicios sanitarios.



Aunque en la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias se presenta la concertación con centros privados con carácter complementario, la realidad es que la Sanidad Pública es la complementaria de la privada, ya que desde el PP se ha potenciado el incremento de los conciertos: salud buco-dental, resonancias magnéticas, mantenimiento de la central térmica del Hospital de Lanzarote, etc.

En octubre de 2008, 22.538 personas estaban en lista de espera diagnóstica y 21.339 en la quirúrgica. La sanidad privada en Canarias factura al año 1.000 millones de euros (el 4% de la facturación total del sector en el estado), gracias a la infrautilización de los recursos públicos (quirófanos, diagnóstico por la imagen, etc.), y la potenciación de los conciertos. Eso explica que mientras la media estatal de camas en la sanidad privada es de 6,8 por 10.000 habitantes, en Canarias es de 14,3; más del doble. El sector sanitario privado se convierte así en parásito del público, ya que realiza casi todo su negocio a través de estos conciertos, sólo el 10% son clientes privados puros. Lo mismo ocurre con las Mutuas y Aseguradoras privadas que logran un 60% de su negocio al ser subvencionadas por el sector público. Actualmente el sector privado controla más del 30% de las camas de agudos de la red de utilización pública, ingresa más del 31,7% de los procesos agudos financiados por el Servicio Canario de Salud (SCS), y realiza más de la tercera parte de las intervenciones quirúrgicas. En 10 años el SCS ha dedicado 1.119 millones de euros sólo en derivaciones quirúrgicas.

Lo grave de esta situación es que se dan dos diferentes niveles de servicio: el público, con más tecnología, recursos, medios humanos y experiencia; y el privado, con menos recursos y parasitario de lo público. Es tal el fraude que los centros privados, una vez intervenidos los pacientes derivados desde la pública, los dan de alta y casi nunca se hacen cargo de su tratamiento posterior. Si hay complicaciones, al no ser rentables económicamente, son enviados de nuevo al sector público para que asuma su asistencia. Desde el SCS no se establecen los controles necesarios y precisos para garantizar una equidad, calidad y seguridad en los servicios recibidos por el paciente. No existe una acreditación mantenida de los servicios concertados.

“La participación privada en el sistema sanitario público disminuye la calidad asistencial”

En la práctica la participación privada en el sistema sanitario público disminuye la calidad asistencial, ya que la introducción de empresas con ánimo de lucro, descapitaliza y rompe las estructuras públicas. Se trasladan a los usuarios los gastos del sistema, promoviendo las aseguradoras privadas y extendiendo el uso de los recursos privados. Los grupos financieros empresariales utilizan los fondos públicos para lograr los máximos beneficios y los mejores clientes, buscándolos entre los más rentables económicamente y rechazando a los menos sanos que requieren tratamientos más prolongados y costosos.

En otras comunidades se están aplicando también políticas de privatización. Así, **Castilla y León** (gobierno PP) ha privatizado el nuevo hospital de Burgos (que sustituirá al público General Yagüe), y **Baleares** (gobernada por PSOE, IU, PSM, UM) el de Son Espases (que sustituirá al público Son Dureta) y posiblemente el nuevo de Ibiza. Respecto a **Galicia**, con la entrada de un nuevo gobierno del PP, podría ocurrir lo mismo con el futuro hospital de Vigo (PSOE-BNG gobernaron durante 4 años y no licitaron el hospital prometido como centro de propiedad y titularidad públicas).



Asturias y Murcia están experimentando con modelos similares mediante la creación de empresas públicas interpuestas para la construcción y gestión posterior de las infraestructuras sanitarias. En estos dos casos, los centros sanitarios serán de propiedad y titularidad públicas, aunque los servicios "no sanitarios" podrán privatizarse.

En el resto de comunidades (**Cantabria, Castilla La Mancha, Extremadura, La Rioja**), aún no se han aplicado modelos tan agresivos, sin embargo, en todas ellas se aprecia un incremento de concertos y derivaciones a la sanidad privada, de externalizaciones de servicios, así como un deterioro continuado y planificado de los centros de gestión pública directa, mecanismo previo e indispensable para justificar posteriormente las privatizaciones.

➤ Hay que tener presente que tanto consejeros de sanidad del PP como del PSOE, como grupos empresariales con intereses en el sector, vienen lanzando insistentemente mensajes sobre la falta de sostenibilidad del sistema sanitario público y a favor de la ampliación del copago (por la utilización de servicios de atención primaria, especializada, incrementando el ya existente en farmacia...), ampliación que aunque no parece posible de forma inminente (en marzo de 2009, en el Congreso de los Diputados se aprobó una enmienda que rechazaba, por ahora, la introducción de fórmulas de copago por parte de los usuarios del Sistema Nacional de Salud), podría ocurrir en el futuro. Los recortes de gasto público sanitario con la disculpa de la "crisis" los mensajes sobre una supuesta "utilización inadecuada" de los servicios por parte de los pacientes, la "privatización encubierta" de ciertas patologías, así como las recomendaciones de "expertos" para que el sistema público no asuma la prestación de determinados diagnósticos o tratamientos que han demostrado su eficacia (algunos para enfermedades muy graves), son parte de la misma estrategia privatizadora.

coSP

Coordinadora de Organizaciones por la Sanidad Pública

Este documento ha sido elaborado y/o suscrito por las siguientes organizaciones:

➤ Andalucía:

Coordinadora de Trabajadores de Andalucía
Sindicato Andaluz de Trabajadores
www.sindicatoandaluz.org
Sindicato Unitario de Andalucía
www.sindicatounitario.net

➤ Aragón:

Sindicato Obrero Aragonés - Sencicato de @s Treballadors y Treballadores d'Aragón
http://es.wikipedia.org/wiki/Sindicato_Obrero_Aragonés

➤ Asturias:

Corriente Sindical D'Izquierda
www.csi-asturies.org

➤ Canarias:

Federación de Salud de Intersindical Canaria
www.intersindicalsalud.com
Coordinadora Canaria por una Sanidad Pública y de calidad
coordinadorasanidad@yahoo.es

➤ Cantabria:

Sindicato de Trabajadores Asamblearios de Cantabria
www.stac-stec.org

➤ Castilla y León:

Plataforma por el Hospital Comarcal en el valle del Tiétar:
www.plataformatietar.org
Trabajadores Unidos de Castilla y León
www.trabajadoresunidos.net

➤ Catalunya:

CATAC/CTS
Intersindical Alternativa de Catalunya
www.catacctsiac.cat
Federación de Sanitat de la CGT de Catalunya
www.cgt.es/cgtcatalunya

➤ Euskadi:

LAB Sindikatua Osasuna
www.labsindikatuia.org/sektoreak/administrazioa/publikoa

➤ Galiza:

Central Unitaria de Traballadores/as de Galicia
www.cutgalicia.org

➤ Madrid:

CAS Madrid
www.casmadrid.org
Coordinadora de Trabajador@s de la Sanidad Pública de Madrid contra la Privatización
www.misaludnoesunnegocio.net/coordinadora

Plataforma Matusalén (Madrileño, Tu Salud En Peligro)
matusalén.salud@gmail.com

➤ País Valencià:

Sindicat de Treballadors i Treballadores de la Salut del País Valencià
www.stspv.intersindical.org
Plataforma per a la Defensa i millora de la sanitat pública valenciana

©2009. Algunos derechos reservados

Licencia Creative Commons:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/>

Maquetación

Mi Salud No es un Negocio
www.misaludnoesunnegocio.net