

# cuaderno POLÍTICAS DE SALUD

ANÁLISIS, REFLEXIÓN Y DEBATE

OBSERVATORIO DE POLÍTICAS DE SALUD

# 10

**A MODO DE EDITORIAL**

Malas perspectivas para la sanidad

**MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE**

Reflexiones sobre el Estado social y la crisis

**MARCO MARCHIONI**

20 años defendiendo la sanidad pública  
en Galicia

**HIXINIO BEIRAS CAL**

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

**LUIS PALOMO**

**ENERO 2012**

**Coordinador** | Eddy D'Orleans

**Consejo Editorial** | Marciano Sánchez Bayle, Alberto del Pozo, Carmen Mancheño, Elvira S. Llopis, Antonio Cabrera, José A. Serrano, Joan Canals, Merche Boix, Javier González Medel, Manuel Martín García, Araceli Ortíz.

## A MODO DE EDITORIAL

# Malas perspectivas para la sanidad

MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE

Director del Observatorio de Políticas de Salud, Presidente de la International Association of Health Policy y Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

El nuevo gobierno del PP como era previsible acaba de estreñarse con un conjunto de recortes que las CCAA trasladarán en su mayoría y de manera previsible a los servicios públicos, entre ellos a la Sanidad.

Aunque todavía no tenemos toda la información para saber lo que va a pasar esta bastante claro que se van a intentar imponer fuertes recortes sobre todas las parcelas del Estado de Bienestar, sin embargo merece la pena hacer dos consideraciones, la primera tiene que ver con cuales son los objetivos últimos de la política neoconservadora o neoliberal en cuanto a la sanidad y la segunda con que escenarios son previsible para su desarrollo.

La primera cuestión esta bastante clara. Desde la época de Thatcher y Reagan la ideología neoliberal ha partido de la base de que es necesario adelgazar el Estado y hacer que sean las personas las que individualmente asuman los riesgos de su vida, también de su salud. Consecuentemente se propugnó el desmantelamiento de los sistemas de bienestar y la puesta en funcionamiento de un modelo de sociedad donde el mercado asume la totalidad de la provisión de bienes y servicios y, lógicamente, el acceso a los mismos esta mediatizado por la capacidad económica de cada persona. La idea de que el mercado es el mecanismo mas eficiente de asignación de recursos en todos los ordenes de la sociedad se ha hecho cada vez mas hegemónica y predominante, y para ello se ha producido un ataque sistemático a los principales enemigos de este modelo teórico: los sistemas de protección social por burocráticos e ineficientes, las redes y organizaciones de solidaridad y de modulación de los ataques del capitalismo salvaje (los sindicatos y otras organizaciones sociales) y los sistemas de organización social y política capaces de poner trabas a la voracidad insaciable de los mercados (los sistemas de organización política, las administraciones publicas, y los políticos identificados con corrupción, como si el mundo empresarial no fuera el origen y

la principal fuente de corrupción e ineficiencia en nuestra sociedad).

En cualquier caso hay que ser conscientes de que en Sanidad este proceso se ha producido con una gran flexibilidad y capacidad de adaptarse al terreno concreto, las circunstancias de cada país, lo que hizo que mientras que en los países con sistemas sanitarios públicos se hiciera hincapié en la ruptura de la integralidad de los mismos introduciendo mercados internos, desregulación y empresarialización de los centros sanitarios, en los sistemas mas liberalizados se fomentaran copagos, subvenciones al sector privado, disminución de las coberturas públicas, etc.

En España los objetivos son bien conocidos y se pueden concretar en desregular los servicios sanitario públicos favoreciendo pseudomercados y/o mercados internos, incentivar la presencia del sector privado dentro del Sistema Nacional de Salud (concesiones administrativas, PFI, etc) aunque sea a costes exorbitantes, recortes de los presupuestos públicos para deteriorar la Sanidad Pública (conscientes de que uno de los principales obstáculos a la política privatizadora es el convencimiento generalizado de la población y de los profesionales que la calidad de la atención sanitaria es significativamente mejor en el sistema público, no tiene precio la imagen de Esperanza Aguirre acudiendo a un hospital público cuando creía que tenía un grave problema de salud ), establecimiento de copagos, favorecer el aseguramiento privado (CiU no para de señalar como uno de sus objetivos la desgravación fiscal de las pólizas de seguros privados) y en fin segmentar la asistencia sanitaria con un sector privado que atienda a las clases altas y media-alta y el establecimiento de una nueva beneficencia para los sectores de asalariados con menor poder adquisitivo (recuérdese que mas del 60% de los asalariados cobra menos de 1000 euros/mes), parados y pensionistas.

Hay una especial insistencia en establecer el copago que a primera vista no se entiende bien porque hay muchísima eviden-

cia que no contiene el gasto, que es incapaz en discriminar la demanda apropiada de la inapropiada y que tiene efectos muy negativos sobre las personas mas enfermas y con menos recursos. Siendo así ¿Porqué hay tanto interés en ponerlo en marcha? Hay al menos tres motivos evidentes: primero se quiere mercantilizar la atención sanitaria y acabar con su carácter solidario y redistributivo para convertirla en un producto mas de consumo, en una mercancía, y ya se sabe que el acceso a las mercancías esta ligado a la capacidad económica de cada uno, y a la capacidad de pago directo y no a las necesidades de salud; segundo, porque establecer sistemas de pago en el acceso a las prestaciones sanitarias favorece a los seguros sanitarios por dos vías, porque comparativamente se vuelven mas baratos y porque se pueden articular seguros privados que cubran estos copagos, y tercero porque el ruido sobre el copago crea una cortina de humo sobre los despilfarros del gasto sanitario, es decir sobre el elevado gasto farmacéutico y la sobreutilización tecnológica que son los problemas reales de nuestro sistema sanitario.

¿Qué escenarios son previsibles?. Básicamente dos aunque es obvio que al final puede concretarse una combinación de ambos.

Estaría el que podría denominarse vía rápida de transformación del sistema sanitario, que abordaría el cambio de la Ley General de Sanidad para arbitrar un sistema dual de seguros/beneficencia y/o el establecimiento de copagos generalizados (farmacéutico, consultas, hospitalización, etc.). Es, seguramente, lo que quieren algunos sectores del PP, los mas neoliberales (Esperanza Aguirre, FAES, etc) y obviamente la actual mayoría parlamentaria se lo permite a nivel legal. El principal problema, desde la óptica del PP, es que podría promover una amplia contestación social y uniría a la mayoría de las fuerzas a su izquierda, con evidentes repercusiones en las elecciones andaluzas. De todas maneras no puede descartarse porque el PSOE parece estar noqueado, con poca capacidad de respuesta, y la ofensiva mediática para favorecer y encubrir este tipo de actuaciones esta siendo muy potente.

La otra opción, la vía lenta consistiría en actuaciones en las diferentes comunidades autónomas de naturaleza distinta, pero convergentes y complementarias (privatizaciones, recortes, externalizaciones, copagos menores en temas secundarios, etc). Paralelamente, se avanzaría en la promoción del aseguramiento privado con fuertes desgravaciones fiscales a quienes contraten estos seguros. Esto permitiría sacar a una parte importante de la clase media (es además el sector más importante económicamente e influyente políticamente) y dejaría un sistema público débil y descapitalizado para los sectores sociales más débiles de la clase trabajadora, resucitando el concepto de

beneficencia (ya lo dijo Olof Palme "un servicio para pobres será siempre un pobre servicio"). Esta opción plantearía como principal limitación, desde la óptica del PP, el que tardaría mas tiempo en cambiar la situación y que esta sujeta a muchas mas incertidumbres. Las ventajas desde ese mismo punto de vista es que pasa más desapercibida y que puede presentar diferente intensidad según comunidades autónomas y por lo tanto provocar respuestas diversas e incoordinadas. Puede ser la estrategia más factible y de hecho es la que ya está en marcha en muchas comunidades autónomas donde los recortes están avanzando de manera clara (Galicia, Madrid, Castilla La Mancha, Baleares, Valencia, Cataluña, etc)

No es nada improbable que acabe produciéndose una combinación de ambas estrategias, además con intensidad variable dependiendo de los territorios concretos, del predominio de las familias que hay dentro del PP, y de la respuesta social que encuentren estas medidas, también debe tenerse en cuenta que se esta produciendo una agresión importante sobre los profesionales sanitarios (aumento de horas, disminución de salarios, cancelación de contratos, etc ) que aumenta las probabilidades de una respuesta desde el propio sector que siempre es importante para favorecer la movilización social.

Conviene hacer un recordatorio de los aspectos clave que tiene pendientes la Sanidad Pública en España y que son fundamentales para garantizar una Sanidad Pública de calidad, universal y gratuita en el momento del uso.

## 1. FINANCIACION SUFICIENTE Y FINALISTA

El mantenimiento de la Sanidad Pública precisa de recursos suficientes para asegurar la atención de calidad a los problemas de salud de la población. El gasto sanitario público en España es bajo, en comparación con los países de nuestro nivel socioeconómico (menor que el promedio de la UE15, UE27 y OCDE) y crece moderadamente (aproximadamente la mitad en % anual que la media de la OCDE) y mas el gasto privado que el público. Por lo tanto no se justifican las visiones alarmistas sobre la sostenibilidad del sistema sanitario público.

Un problema a tener en cuenta es el actual modelo de financiación de las CCAA que permite a estas decidir la cuantía que dedican a Sanidad sin garantizar ninguna cantidad mínima, de esta manera se ha producido una gran disparidad en la financiación sanitaria pública según comunidad autónoma (hasta 500 € por habitante y año de diferencia en los presupuestos de las CCAA para 2012). Por ello hay que plantear un incremento de la financiación de la Sanidad Pública y poner en marcha una financiación finalista, controlada por el Ministerio de

Sanidad y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) que asegure unos presupuestos sanitarios suficientes.

## **2. GARANTIZAR LA ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN SANITARIA A TODOS LOS CIUDADANOS EN TODO EL TERRITORIO**

La crisis económica ha favorecido la actitud de algunas CCAA que pretenden ahorrar negando y/o dificultando la atención sanitaria a las personas que teniendo derecho a ella están domiciliadas en CCAA distintas. Este hecho es notoriamente ilegal, ya que la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (2003) señala que uno de los derechos de los ciudadanos es *"recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa comunidad autónoma"*, lo que también es ratificado por el RD sobre catálogo de prestaciones del SNS (2006).

Por lo tanto es obvio que los problemas de desatención son ilegales y que una de las tareas del nuevo gobierno y del Ministerio de Sanidad es evitar que se produzcan, mediante la actuación inmediata de la Alta Inspección del Ministerio de Sanidad y si es preciso arbitrando las medidas económicas y/o de otro tipo que garanticen el derecho del acceso a la atención sanitaria en todo el territorio español.

## **3. MANTENER LA GRATUIDAD EN EL MOMENTO DEL USO**

Como ya se ha señalado no existe en nuestro país un problema real de exceso de gasto sanitario público, sino más bien lo contrario, tampoco existe una sobreutilización del sistema sanitario (la tasa de consultas/habitante y año está por encima de la media de la UE, mientras que las estancias hospitalarias/habitante/año son las menores de toda la UE), y por otro lado tanto los medicamentos como las pruebas diagnósticas, los ingresos hospitalarios son indicaciones de los profesionales sanitarios, y la mayoría de las consultas también lo son. Por otro lado los copagos / tasas o tickets moderadores no han demostrado ningún efecto sobre la contención de la demanda inapropiada y si sobre la equidad y la accesibilidad, además de tener elevados costes de transacción y efectos indeseados. Por todo ello es imprescindible el mantener la gratuidad en el momento del uso de las prestaciones asistenciales y además el garantizar que

no se van a producir tasas en algunas CCAA rompiendo el principio de cohesión y equidad del SNS.

## **4. ESTABLECER MECANISMOS EFICACES DE COORDINACIÓN EN EL CONJUNTO DEL SNS**

La experiencia demuestra que no existe un funcionamiento coordinado del SNS, empezando por la falta de funcionalidad del CISNS. Aunque se planteó una mejora de su funcionamiento en la Ley de Cohesión la práctica ha demostrado la insuficiencia de las medidas adoptadas. Es necesario establecer mecanismos eficaces, tanto para la toma de decisiones por el CISNS como para garantizar que se estas son operativas. También es preciso desarrollar el Plan Integrado de Salud, pendiente desde la aprobación de la Ley General de Sanidad, en 1986, para establecer objetivos comunes de salud en todo el SNS.

## **5. GARANTIZAR LA TRANSPARENCIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

Para poder evaluar el funcionamiento del SNS se precisan de sistemas de información compartidos por todas las CCAA y que estén disponibles para el conjunto de la población que es quien lo sufraga con sus impuestos. Es imprescindible que desde el Ministerio se realice un compromiso con la transparencia informativa de los datos fundamentales del funcionamiento del sistema sanitario público.

## **6. MEJORAR LA EFICIENCIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

El SNS tiene aspectos de ineficiencia que son bien conocidos y que deben de abordarse de manera inmediata para mejorar su situación financiera y reforzar su sostenibilidad, habría que hacer referencia a los tres más importantes:

- **Gasto farmacéutico:** El gasto farmacéutico en España es muy elevado, muy superior al de los países de la UE y OCDE, aunque se han realizado avances al respecto, estos se han centrado en la prescripción extrahospitalaria, especialmente en Atención Primaria, mientras el gasto hospitalario continúa aumentando de una manera descontrolada. Hay que realizar una política más activa de contención del gasto sin alterar la calidad de la prescripción, con especial atención al control de las medidas de marketing de las empresas farmacéuticas y las actividades de formación e investigación patrocinadas por la industria. Si se consigue situar al gasto farmacéutico en España en el promedio de la OCDE se ahorrarían 5.000 millones € anuales

- **Sobreutilización tecnológica:** existe un exceso de utilización inapropiada de los recursos tecnológicos en España (alrededor de un 30% del gasto se realiza en actuaciones inapropiadas), un mejor control de la utilización de la tecnología conseguiría ahorros muy notables superiores a los 30.000 millones € anuales, para ello hay que avanzar en la utilización de la medicina basada en la evidencia y en la creación de una agencia de evaluación de la tecnología que en la línea del NICE británico evalúe sus indicaciones
- Es necesaria la puesta en funcionamiento de una agencia pública de compras que utilice las ventajas de la economía de escala para las compras de tecnología y consumibles del SNS, probablemente podría producirse un ahorro en torno al 20-30% de su coste actual.

## **7. PARALIZAR LOS PROCESOS DE PRIVATIZACIONES**

Los procesos privatizadores puestos en marcha en algunas CCAA han supuesto notables incrementos de los costes de la atención sanitaria y en la construcción de las infraestructuras (entre 7-8 veces de sobrecoste), además de empeorar la calidad de las prestaciones y deteriorar la red sanitaria pública que ha sufrido un detrimento presupuestario para poder sufragar estas privatizaciones. Acabar con el proceso de privatizaciones es una medida fundamental para mejorar la eficiencia y la calidad del SNS

## **8. POTENCIAR LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD**

La Atención Primaria de Salud es la clave de la accesibilidad y la eficiencia de nuestro sistema sanitario, pero pese a ello esta sufriendo un proceso progresivo de postergación, tanto presupuestaria como de recursos de personal y de pérdida de protagonismo en la atención sanitaria. Hay que recuperar las propuestas de la estrategia AP21 para que vuelva a ser el eje fundamental del SNS

## **9. DESARROLLAR INSTRUMENTOS EFICACES DE PARTICIPACION**

No pueden avanzarse en la mejora de eficiencia, eficacia y calidad del sistema sanitario público sin contar con la activa participación de profesionales, organizaciones sociales y ciudadanos. Hay que desarrollar los instrumentos concretos para que esta participación pueda hacerse efectiva.

Todas estas cuestiones son las que parecen prioritarias. Tareas que están enfocadas a asegurar una Sanidad Pública de calidad como pilar básico de los sistemas de protección social.

Para conseguirlo y desde la perspectiva de quienes defendemos el sistema sanitario público quedan cuatro ejes de trabajo en los que hay que avanzar, sin descuidar ninguno de ellos porque son complementarios. Uno es el científico-técnico, que tiene que ver con el seguimiento y evaluación de las privatizaciones y la política neoliberal, desvelando las debilidades que presenta en el marco teórico y analizando sus repercusiones sobre la salud y sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios; el segundo es el profesional, que debe de analizar las consecuencias sobre los profesionales de la política privatizadora, tanto en cuanto a sus condiciones de trabajo como sobre la propia práctica profesional y la calidad de la misma; el tercero es el social, potenciando una amplia alianza de todos los sectores políticos y sociales que se enfrentan a la privatización, y el cuarto y no menos importante, es el internacional, porque los problemas y las soluciones no se circunscriben a España y hay que darles respuesta desde un marco mas amplio que permita avanzar en alternativas globales a lo que es una estrategia global de desmantelamiento de los servicios sanitarios públicos.

Se trata de una tarea dificultosa y llena de problemas, pero que puede y debe de afrontarse con flexibilidad y tenacidad, aunando los esfuerzos de todos los agentes, porque es muy importante lo que esta en juego, un sistema sanitario público universal y de calidad. ♦



# Reflexiones sobre el Estado social y la crisis

**Marco Marchioni**

Trabajador e Investigador Social | [secretaria@institutomm.org](mailto:secretaria@institutomm.org)

En un momento tan complejo y difícil por la crisis económica y por la presión que sufrimos por parte de los llamados 'mercados', conviene intentar realizar una reflexión seria y crítica del porqué hemos llegado a esta situación. Naturalmente esta reflexión tendría que ser la más amplia y completa posible; cosa que se escapa de mi posibilidad y de un espacio escrito como el que ofrece esta revista.

A pesar de estas limitaciones objetivas, creo que, desde diferentes ámbitos y desde diferentes visiones, podemos dar nuestra aportación, conscientes de que va a ser limitada. En este sentido creo que, en el 'follón de la crisis,' podríamos olvidarnos —o darles menor importancia— a algunos elementos que considero importantes y que, sin un orden de prioridad y de manera muy sintética, me permito aportar.

Desde hace muchos años, algunos de nosotros estábamos denunciando situaciones 'patológicas' que requerían ser afrontadas y, de alguna manera, modificadas profundamente. Sólo hemos recibido 'silencios administrativos'. Nos referimos concretamente al uso patrimonialista de los recursos del Estado Social y a la gestión asistencialista y sectorial por parte de las diferentes administraciones (lamento decir que con pocas diferencias entre diferentes fuerzas políticas se han podido refrendar en este tema).

Los partidos han estado usando las diferentes parcelas del Estado Social como cuerpos separados, rompiendo no solo las necesarias sinergias y multiplicando los costes, sino favoreciendo una tremenda parcelización y fragmentación de la acción social. Además de no poder así afrontar las necesidades sociales de manera más global, más colectiva y más social, han ido contribuyendo a la división social de las organizaciones ciudadanas y del Tercer Sector (que tampoco ha hecho mucho, dependiendo del mecanismo perverso de las subvenciones, para modificar esta praxis administrativa). La multiplicación del gasto —sin, ni siquiera hablar de la corrupción inevitable en este esquema— y, por ende, del déficit, se ha hecho insostenible. Para botón de muestra, el caso de la Ley de Dependencia. Además ya no tenemos un Estado Social ya que, más allá de las pala-

bras, lo que tenemos ahora es un Estado asistencial. Éste ha renunciado de hecho —más allá de las declaraciones— a que las prestaciones sociales sean un elemento que permita a todo el mundo volver a recuperar una situación personal y social digna y en paridad de condiciones con todos los demás. Este principio absolutamente fundamental se ha ido perdiendo en la nebulosa de la gestión burocrática y partidista de las diferentes administraciones. Pero, en la euforia de la sociedad del 'pleno empleo', preconizada hace poco más de tres años por el entonces Presidente del Gobierno, todo era posible, incluso su insostenibilidad. Naturalmente ahora hay que recortar... y, con el recorte, posiblemente ir eliminando parcelas y ámbitos del sistema público de seguridad social.

Algo similar ha pasado en otra de las conquistas de las luchas democráticas del final del Franquismo: el Estado autonómico. La autonomía ha representado un avance democrático enorme, no sólo respecto al franquismo, sino a la misma concepción del poder en un sistema democrático, dando lugar a una profunda descentralización del poder decisional, al nacimiento de gobiernos más directamente relacionados con la realidad —regional y local— y a la posibilidad de articular un 'sistema integrado' de competencias que pudiera atender, de manera más adecuada, a las diferentes realidades sociales y territoriales.

Pero todo esto se ha perdido en gran medida en la niebla del patrimonialismo con el que los partidos políticos han pensado ser legitimados en su gestión y, lo que tenía que haber sido un elemento de avance y de integración racional de recursos y competencias institucionales, se ha convertido en un aparato costosísimo, administrado de manera fragmentada y sin una visión global y compartida. Siempre que mal utilizamos una conquista, al final hay alguien que quiere eliminarla o, por lo menos, reducirla. Hablar ahora de eliminar las diputaciones, por ejemplo, representa la manera de evitar discutir a fondo el porqué se ha llegado a esta situación y plantear alternativas que no eliminen el sentido profundo de la existencia del Estado autonómico.

Naturalmente, ambos temas hasta ahora tratados, nos llevan, directa y/o indirectamente, a uno de los nudos centrales de la situación social y política del país: el funcionamiento de nuestro sistema democrático y el papel de los partidos. Creo que hay que empezar afirmando y pregonando que los partidos políticos son instrumentos fundamentales del sistema democrático; pero que la manera de funcionar y de gestionar la política (es decir lo más fundamental de la vida de las sociedades, ya que afronta todas las cuestiones de la vida colectiva) está siendo más negativa que positiva y que, por lo tanto, son necesarios cambios estructurales y fundamentales en su funcionamiento y en su manera de relacionarse con la ciudadanía.

Naturalmente sé que existen diferencias entre los partidos y que generalizar siempre es peligroso y des-educativo, pero pienso que la Izquierda tiene en esto las responsabilidades más grandes, ya que ha construido su existencia -y su posibilidad de tener un papel en sociedades dominadas por el sistema productivo capitalista- gracias a su capacidad de relacionarse con las clases trabajadoras en particular y con la sociedad en general; siendo, por lo tanto, la única fuerza que reivindicaba y luchaba por y para los intereses comunes y generales. Su fuerza estaba justamente en esta relación. Relación que han ido perdiendo -junto a la defensa de los intereses generales- paulatinamente a favor de una gestión burocrática, endogámica y mediática de la política... Parodiando cada vez más a la forma de hacer política por parte de las organizaciones de la derecha. Hasta tal punto se ha dado esta mimesis que mucha gente no encuentra elementos distintivos entre derecha e izquierda<sup>1</sup>.

Uno de los elementos centrales sobre el que se ha podido construir un Estado que podríamos definir como social, ha sido el factor trabajo y este es, justamente, el elemento en el que se han evidenciado los cambios más estructurales producidos por la 'revolución planetaria' que el capital ha realizado, y que nos ha cogido en gran medida impreparados y sin haber podido adecuar nuestros instrumentos de lucha y de defensa.

En la época anterior a la globalización y financiarización del capital, el trabajo ha constituido -durante décadas y hasta la consecución de un Estado social digno y funcional-, un elemento de unión y unidad entre las clases trabajadoras para

las finalidades generales (el bien común). En la época actual el trabajo está representando un elemento de desunión, cuando no directamente una actualización de la 'guerra entre los pobres' preconizada por Marx y Engels hace más de 150 años. El trabajo es hoy un bien escaso y en gran medida precario. La desindustrialización y la desregulación de las relaciones laborales son las armas del capitalismo globalizado y nuestros instrumentos sindicales funcionan aun sólo para unos sectores productivos o unos ámbitos a los que la globalización no ha llegado (con el peligro añadido, de que estos sectores o ámbitos están siendo vistos como 'privilegiados' por los demás trabajadores y trabajadoras).

Sin embargo, nunca he sentido tan actual el llamamiento 'proletarios de todo el mundo uníos', aunque está claro que habría que comprender qué significa en este nuevo contexto creado por el capital. No es verdad, como muchos dicen y repiten, que la gente ahora se ha vuelto individualista. Lo que sí es cierto es que la realidad existente parece inducir a buscar salidas y soluciones individuales. No es lo mismo decir una cosa o que la otra. Personalmente considero que el gran fracaso de la 'Izquierda' oficial es haber abandonado el terreno de los intereses generales y haber entrado en la lógica del particularismo (sea localista, gremialista o nacionalista), que siempre ha designado a las fuerza de definimos como 'Derecha'.

Con la finalidad del 'crecimiento ininterrumpido' -que se vio acompañado por un creciente y anárquico flujo inmigratorio- la precarización, junto al fomento inevitable del autonomismo, se ha instalado en las relaciones laborales y con ella la fragmentación de las clases trabajadoras que, en una situación de paro, llega en algunas situaciones a rozar el racismo y la xenofobia.

Pero lo que interesa aquí señalar es que tenemos que repensar el sindicato y su manera de volver a ser un instrumento de organización y de luchas de las clases trabajadoras, en un contexto socio-político y un marco laboral profundamente modificados. Uno de los elementos de este cambio tiene que ser 'la vuelta del sindicato al territorio', ya que la fábrica ya no es el centro y el motor de la organización y de las luchas obreras. Pero este no es tema para ser tratado ahora<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> En este sentido muy significativo el slogan del PSOE para las últimas elecciones políticas: "pelea por lo que quieres". Se usa la palabra pelea en vez de lucha y se pelea sólo por lo que cada uno quiere; el horizonte colectivo, desaparecido...

<sup>2</sup> Me gustaría que, para entender todo esto, pudieran ver la película 'I compagni' de uno de los maestros del neo-realismo italiano, Mario Monicelli. La película narra las primeras luchas y organizaciones obreras en Italia del norte a finales del siglo XIX.



Con esta somera aportación sólo se quiere subrayar que la realidad que estamos viviendo en el marco de la crisis no puede ser afrontada –desde una perspectiva de avance y de justicia social evitando, por ejemplo, que los costes repercutan como casi siempre en ‘los de siempre’- de manera sectorial o parcial. La crisis es global y como tal hay que afrontarla. Los elementos que hemos intentado aportar identifican el terreno del que tenemos que partir tanto para realizar un análisis adecuado y actual de la realidad, como para ir construyendo una

alternativa a esos factores que aparecen como dominantes.

En mi modesta opinión este terreno es de la reconstrucción de la política –por ende de los partidos y de los sindicatos- y de las relaciones con la ciudadanía que tienen que ser bidireccionales y mucho más dialéctica de lo que han sido en el reciente pasado. La participación es la clave del futuro, las masas ha sido la clave del pasado. La ciudadanía es la de ahora. ♦





# 20 años defendiendo la sanidad pública en Galicia

**Hixinio Beiras Cal**

**Médico, socio de la Asociación Gallega para la Defensa de la Sanidad Pública**

Quizás debido a la posición periférica de Galicia para los medios de comunicación nacionales, se suele desconocer que algunas de las políticas de privatización que a caballo de la crisis se aplican en las distintas comunidades autónomas, han sido ensayadas en esta Comunidad Autónoma por algunos de sus impulsores actuales hace casi 20 años. Se suele desconocer también que estas tempranas iniciativas desencadenaron una precoz oposición y que todo lo relativo a las complejas y diversificadas políticas de privatización de la sanidad pública que tan novedosas suenan para los sorprendidos ciudadanos de otras CCAA, son hace tiempo relativamente familiares para la ciudadanía gallega que ha protagonizado, liderada por las *Plataformas para la Defensa de la Sanidad Pública* (PDSP), las manifestaciones en defensa de la sanidad pública más numerosas que Europa recuerda.

Es por ello que Galicia tiene el interés de ser un pequeño laboratorio donde se han ensayado diversas iniciativas privatizadoras de la Sanidad Pública y es a la vez por ello un campo donde la ciudadanía, los profesionales sanitarios, los sindicatos y también los partidos políticos progresistas, se han fogueado en su defensa. Debido a estos antecedentes, la Xunta de Galicia presenta quizás uno de los catálogos más completos y coherentes de las políticas de socavamiento, fragmentación y privatización de la sanidad pública en nuestro país, ocupando con frecuencia en dura competencia con la Generalitat catalana, los ahora grandes titulares de los medios de comunicación.

## LA SANIDAD GALLEGA HOY:

Un reciente informe de la *FADSP* (*Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*) acerca de la situación Sanitaria de las CCAA coloca a Galicia en los últimos puestos, el 14 de los 17<sup>1</sup>. Según este informe Galicia carece de un nivel de recursos económicos, materiales y humanos suficientes

para atender las necesidades reales de la población y su gasto sanitario es de 1266 euros por habitante al año, por debajo de la media estatal de 1271, ocupando el décimo lugar. En lo referente a camas hospitalarias, aparatos de TAC, Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) por médico y por enfermera de AP, y mortalidad infantil, está en un rango medio/bueno, pero existe un gran déficit de camas para enfermos crónicos.

El elevado gasto farmacéutico fue de 333 euros por habitante en 2009, el más elevado de todas las CCAA, que presentaron una media de 271. Ello se relaciona con la escasa prescripción de genéricos - la más baja de todas las CCAA con un 4,17% frente a 8,3 - y coloca a Galicia en el lugar 16º de 17 CCAA lo que parece haber movido a la Consellería a adoptar algunas tímidas medidas para corregirla.

La valoración global del funcionamiento del sistema sanitario por la ciudadanía gallega en los diversos apartados es de las más bajas del Estado. La situación de las listas de espera en sus diversas variables ocupa el 15º lugar. La política de reducción de actividad en los hospitales públicos por la tarde y la paralización del *Plan de Mellora de la Atención Primaria*, están disparando las listas de espera en hospitales y la aparición de las mismas en este nivel asistencial.

Pese a todo, la población gallega apuesta por la Sanidad Pública pues prefiere ser atendida por los servicios sanitarios públicos en una proporción mayor que la media con 64,47% frente a 58,4% y ocupa el tercer lugar. Los datos que explican la realidad sanitaria gallega son coherentes y a la vez producto de la historia de las últimas décadas; se trata de una crónica subfinanciación al igual que en otras CCAA, aquí agravada por el envejecimiento poblacional y su dispersión en multitud de pequeños núcleos rurales que alejan y encarecen la cobertura asistencial.

A esta situación se enfrentó el gobierno bipartito PSOE-BNG 2005/2009 con una política de incremento económico entre

<sup>1</sup> Los Servicios Sanitarios de las CCAA. Informe 2011 (VIII Informe), Septiembre 2011

otros destinos, para el diseño de nuevos hospitales y el refuerzo de la AP, el citado *Plan de Mellora de la A P* que inyectaba recursos financieros para el aumento de profesionales, recursos tecnológicos y una fuerte apuesta por la introducción de las TICs con el fin de reducir también la carga burocrática.

### LOS PRIMEROS PASOS EN LA FRAGMENTACIÓN, PRIVATIZACIÓN Y EN LA CREACIÓN DE UNA OPOSICIÓN:

A mediados de los años 90, el entonces consejero de Sanidad de la Xunta de Galicia y más tarde ministro de Sanidad en el gobierno de Aznar, Romay Becaría, impulsó al frente de un equipo de jóvenes políticos entre los que destacaba ya Alberto Núñez Feijóo en la dirección del *Servicio Galego de Saúde* (SERGAS), una batería de iniciativas novedosas como fueron la creación de las denominadas "*fundaciones hospitalarias*"<sup>2</sup> u hospitales de gestión privada en alguna comarcas que carecían de centros hospitalarios comarcales, y también la creación de Empresas Públicas como el *Instituto de Medicina Técnica* más conocido como *MEDTEC*, al que se le encargaron las actividades de hemodinámica, cirugía cardíaca, radioterapia oncológica y otras actividades asistenciales de alto valor tecnológico ubicadas en el Hospital do Meixoeiro en la ciudad de Vigo.

Estas iniciativas fueron percibidas prontamente por los colectivos profesionales y por los sindicatos sanitarios como la punta de lanza de una solapada privatización a caballo de la introducción de un espacio para la actividad del mercado sanitario. Entre otros aspectos perversos se introducía la fragmentación de la actividad asistencial, y se sustraía todo el proceso de gestión al SERGAS, así como la selección de personal, las compras de tecnología y del caro material fungible que esas actividades requerían y prontamente fueron denunciados en los informes del *Consello de Contas de Galicia*, que detectaba el ocultamiento a los mecanismos administrativos de control.

Estas medidas que la administración solo justificó con vaguedades y "*wishful thinking*" o confusión de los deseos con la realidad, fueron el motor de un prolongado proceso de organización de la oposición que se articuló alrededor de la naciente *Plataforma la para la Defensa de la Sanidad Pública*

*de Vigo* (PDSPV). Con la perspectiva histórica que proporcionan los más de quince años transcurridos desde entonces, la *PDSP de Vigo* constituye uno de los más exitosos hallazgos para articular entonces, y más aún ahora en este momento de agresión a los servicios públicos que el neoliberalismo bajo sus diversas formas, -y cada vez menores disfraces mediáticos- protagoniza con el pretexto de la crisis.

La PDSPV integró con un funcionamiento democrático alrededor del *principio del máximo común denominador* o máximo nivel de acuerdo posible compartido por todas las organizaciones integrantes, a los sindicatos sanitarios, a los partidos políticos, a la *Asociación Galega para a Defensa da Sanidade Pública AGDSP-FADSP*, y de manera muy señalada al potente y organizado movimiento ciudadano de la ciudad y de la comarca de la ría viguesa<sup>3</sup>. Se afanó la PDSPV en el proceso de conocer primero, analizar, y en una segunda fase, elaborar estrategias de comunicación y de movilización teniendo a la ciudadanía como objetivo. Su mayor éxito consistió en entender en esa tan lejana fecha los entresijos de estas políticas complejas que los medios nos presentan ahora ya sin camuflaje. Por entonces las experiencias privatizadoras no habían salido prácticamente del Reino Unido iniciadas en el periodo Thatcher, y los primeros estudios publicados fueron de una enorme ayuda. En justo retorno, los expertos del R. Unido observaron con interés la respuesta articulada en Vigo<sup>4</sup>, algo novedoso que ellos lamentaron no tener en su país.

Tales análisis eran para muchas de las personas consideradas expertas objeto de desdén en un momento en que los denominados "*nuevos métodos de gestión*" eran vendidos como una panacea. Pero contaban por el contrario con el aprecio de parte de crecientes sectores de la ciudadanía del sur de Galicia. Conceptos tan complejos y de uso restringido como la propia privatización sanitaria, las externalizaciones, la selección adversa de riesgos, el mercado sanitario frente a derecho asistencial, los modelos de SNS, por citar algunos, empezaron a ser familiares a lo largo de los años. Y abriéndose camino la importante idea de que la sanidad pública era y es un vulnerable objeto de deseo, que debe ser defendido principalmente por quienes la financian y utilizan.

La información, el conocimiento, la preocupación por entender estas políticas sirvieron en los años noventa de cimiento a la acción que se acompañó de manera sorprendente inclu-

<sup>2</sup> John Lister, pag 38 <http://www.ofl.ca/uploads/convention/UKSTUDY.pdf>

<sup>3</sup> Sanchez Bayle M, Beiras Cal H. *J Public Health Policy*. 2001;22(2):139-52. *The people's campaign against health care counter-reforms in Spain*.

<sup>4</sup> Allyson Pollock. *NHS Plc: The Privatisation of Our Health Care*, pag. 210

so para sus propios impulsores, de crecientes y en ocasiones exitosas experiencias de movilización.

### UN PASO ADELANTE...

Las constantes y crecientes acciones cívicas y de los trabajadores de la sanidad pública en contra de las políticas que las Fundaciones Sanitarias y MEDTEC representaban, supusieron la inclusión de su desmantelamiento en los programas del *Partido Socialista de Galicia/PSOE* y del *Bloque Nacionalista Galego BNG*, los dos partidos que ganaron las elecciones de 2005, y fueron casi necesarios los cuatro años de una legislatura para desmontar su enmarañado entramado jurídico y financiero. Igualmente la antigua reclamación formulada por la PDSPV de un nuevo gran hospital para la demográficamente pujante área de Vigo, de referencia para todo el sur de Galicia, encontró acomodo en los programas del gobierno bipartito.

<http://www.lavozdeg Galicia.es/hemeroteca/2001/02/24/439157.shtml>

Justo es decir que su diseño se vio torpedeado por los sectores que en el seno del propio PS de Galicia eran más bien proclives a las medidas pro mercado sanitario, tanto desde el lícito punto de vista ideológico como desde el de posibles intereses económicos particulares. Estas posiciones más pro mercado en el PS de G, en el grupo parlamentario y en el seno de la Consellería y del propio gobierno de la Xunta por un lado, y algunos sectores más socialdemócratas y pro sanidad pública aunque quizás insuficientemente mayoritarios, por otro, se enredaron con un debate no explícito que demoró lo suficiente alguna de las iniciativas gubernamentales como ésta tan decisiva de la construcción del NH de Vigo.

<http://www.farodevigo.es/opinion/2787/hospital-pfibr/94375.html>

Todo ello practicando el gobierno bipartito una política sanitaria justo es decirlo, más progresista que la común en las CCAA donde el PSOE gobernaba, en un momento inicial en el que el debate público/privado en el ámbito sanitario no aparecía para el PSOE tan claro como parece comenzar a tenerlo en el presente. Debido a todo ello la nueva Xunta del Partido Popular se encontró en la primavera de 2009 con la jugosa oportunidad de licitar su construcción bajo la contestada fórmula de Colaboración Público/Privada o PFI.

<http://www.fadsp.org/pdf/PFI.pdf>

Una modalidad que se prevé afecte también al nuevo hospital de Pontevedra y a los futuros Centros de Salud que pue-

dan construirse. Ambos asuntos han jugado un enorme papel como más abajo se detalla en las movilizaciones del sur de Galicia y en la extensión de las PDSP al resto de la C. Autónoma. Un gran paso en este camino ha sido la natural constitución de un nivel de coordinación autonómico de la creciente cantidad de Plataformas que aparecieron a lo largo de los años con la constitución de lo que en aras de su facilidad y adecuación mediática, se ha llamado SOS SANIDADE PÚBLICA.

### UN PASO ATRÁS AL INTRODUCIR EL MERCADO EN LA SANIDAD PÚBLICA GALLEGA:

Desde el triunfo electoral del Partido Popular, la Xunta de Galicia viene desarrollando una estrategia dirigida a estrangular económicamente, deteriorar, debilitar fragmentando, abrir más la puerta al mercado descapitalizando y en definitiva a privatizar el sistema sanitario público. Son multitud las diferentes iniciativas, con muy distintas características perjudiciales de muy diversa intensidad y de actuación a diferentes niveles pero que conforman una pinza que acosa a la Sanidad Pública.

### UNA PERVERSA POLÍTICA DE COMUNICACION

Es de destacar que todas las medidas del nuevo gobierno de la Xunta han ido acompañadas de una constante "transversal" que modula todas las políticas que cuentan con oposición o al menos prevención por parte de la opinión pública: la perseverante política de confusión en los medios, con declaraciones irregulares que funcionan como "globos sonda" y que son inmediatamente desmentidas cuando se levanta la previsible polvareda mediática. También la tan fácil distorsión, la demora, medias verdades en la presentación de los datos técnicos de difícil comprensión, especialmente los económicos o los relativos a la listas de espera. A título de ejemplo, este párrafo extraído de la prensa:

*"La gerente del Servicio Galego de Saúde, Rocío Mosquera, resaltó la semana pasada, en la presentación de ese estudio semestral, que "la actividad quirúrgica aumentó en un 22% en jornada ordinaria, con 3.482 intervenciones más que en el mismo periodo de 2010". Y precisó que el rendimiento, del 75,6%, se sitúa "por encima del estándar", que es del 75%. Mosquera no explicó el proceso que hace posible que aumente el rendimiento quirúrgico suprimiendo las peonadas. Los representantes de los trabajadores de estos hospitales sostienen que la gerente del Sergas ofreció un dato impreciso".*

[http://www.elpais.com/articulo/Galicia/Sergas/reduce/peonadas/deriva/operaciones/privada/elpepuespgal/20110729elpgal\\_6/Tes](http://www.elpais.com/articulo/Galicia/Sergas/reduce/peonadas/deriva/operaciones/privada/elpepuespgal/20110729elpgal_6/Tes)

Se trata de una vieja manera cada vez mas familiar para la opinión pública de intentar introducir disfrazado todo lo que esta puede considerar negativo; unos métodos que ya eran habituales durante los gobiernos de la época de Manuel Fraga. Los Defensores de la Sanidad Pública (DSP) estaban familiarizados con esa táctica cuyas fases son inicialmente ignorar sus argumentos, tratarlos paternalmente luego como equivocados o carentes de información cuando se abren camino en los medios, y cuando éstos son evidentes e incontestables, intentar descalificarlos atribuyéndoles intereses políticos y partidistas. También es destacable y sorprendente el hecho de la habitual carencia de argumentación sólida y sustentada por datos y no por el ya citado "wishful thinking". La evidencia y los datos siempre están del lado de los DSP.

### LOS RECORTES ECONÓMICOS SANITARIOS

Una de las más universalmente comunes políticas de privatización es el recorte en la financiación<sup>5</sup> y la Consellería de Sanidade, fiel a la norma, ha reducido, por primera vez en su historia el presupuesto destinado a sanidad para el año 2010, alegando falta de recursos como consecuencia de la crisis económica.

Este recorte se ha traducido ese año en la paralización del *Plan de Mellora de AP* que tenía previsto crear 450 plazas en AP en el 2009 y la no renovación de más de 100 contratos de médicos de hospital. También la paralización de la actividad de los hospitales por la tarde y el *Plan de Reducción de las Listas de Espera* como más abajo se detalla.



En la centrifugación del conflicto y de la consiguiente aparición de nuevas PDSP comarcales desempeñaron un importante papel la paralización de las obras de ampliación del Hospital de la comarca del Salnés en la ría de Arousa y el cierre de laboratorios y la desaparición de su área sanitaria. También la desaparición de la de Monforte y la paralización del equipamiento de su hospital entre otros muchos asuntos.

<http://www.youtube.com/watch?v=9c5VQpay9W0>

Y en un ámbito menos local, la rescisión de los acuerdos alcanzados con los sindicatos en las Mesas Sectoriales que contemplaban mejoras salariales, el desarrollo de la carrera profesional, la aplicación de horarios por la tarde para eliminar las *peonadas* o lo referido a la dedicación exclusiva.

### LA REDUCCION DE LA AUTOCONCERTACIÓN Y EL INCREMENTO DE LA EXTERNALIZACIÓN:

La reducción de los gastos salariales y de ellos los mas fáciles de suprimir, fueron los primeros recortes. De tal forma la *autoconcertación* o *peonadas* se suprimieron prontamente con las afirmaciones no exentas de demagogia para los DSP y para el colectivo profesional al afirmar que su suspensión se debía a que "se pagaba por la tarde lo que no se realizaba por la mañana".

<http://www.abc.es/20090828/galicia-galicia/puede-pagar-tarde-hace-20090828.html>

<http://www.elcorreogallego.es/index.php?idMenu=5&idNoticia=611177>

[http://www.elpais.com/articulo/Galicia/Sergas/reduce/peonadas/deriva/operaciones/privada/elpepiautgal/20110729elpgal\\_6/Tes](http://www.elpais.com/articulo/Galicia/Sergas/reduce/peonadas/deriva/operaciones/privada/elpepiautgal/20110729elpgal_6/Tes)

El anulado programa de *Autoconcertación "PERLE (Programa Especial de Reducción de Lista de Espera)* significaba solo en el área de Vigo como ejemplo, realizar 6.000 intervenciones quirúrgicas al año que en ningún caso las entidades privadas podían asumir. Esto dio lugar a que en el periodo de dos años las listas de espera se duplicasen, pasando en la actualidad de 19.000 los pacientes en L.E. con demoras superiores

<sup>5</sup> Milton Terris, "The neoliberal triad of Anti-Health reforms: Government Budget Cutting, deregulation, and privatization)

res a los 5 años. La ausencia de transparencia de la Administración es evidente, al negar cualquier cifra del Registro —o lista total— y dar solo las cifras de la Lista de Espera Estructural (pendiente hasta los 180 días) oculta el grueso en la lista de espera no estructural. El mal resultado y la demora llevaron a la Consellería de Sanidade a introducir nuevamente para ciertos servicios la autoconcertación.

<http://www.laopinioncoruna.es/sociedad/2010/04/17/sanida-de-recupera-peonadas-bajar-lista-espera-pagara/376157.html>

Todo lo relativo a las listas de espera sufre grandes anomalías que los DSP califican como maquillaje, lo que les animó a presentar una demanda ante el valedor del pueblo.

<http://www.radiobradoiro.com/portada/ro/denuncian-decreto-permite-maquillar-listas-espera/idEdicion-2011-05-05/idNoticia-665884/>

#### **LO PRIMERO, DESARBOLAR LA ATENCION PRIMARIA :**

La movilización unitaria de los profesionales y organizaciones de la A.P. y la política del gobierno bipartito, estuvo dirigida a conseguir los recursos, cambios organizativos y funcionales que permitieran dotar a la AP de la capacidad resolutoria y la calidad asistencial necesaria para ser el eje del sistema, algo que frecuentemente se proclama pero raramente se hace. Resultado de ello fue el ya citado *Plan de Mellora de AP*, elaborado y consensuado por las organizaciones de AP en línea con la Estrategia AP21.

<http://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/AtencionPrimaria/PlanMellora/PropTransAPGal.pdf>

<http://diariodeunmedicodeguardia.blogspot.com/2011/10/atencion-primaria-en-galicia-en-outono.html>

Con la llegada de la actual Consejera de Sanidad la situación experimentó un cambio sustancial: se introdujo un recorte en el presupuesto de AP (21,7% en los dos últimos años) muy lejos del 2,3% de reducción en la Atención Hospitalaria. Ello paralizó la aplicación del *Plan de Mellora* a pesar de que quedaban por crear 193 plazas de médicos de familia, 40 de pediatría o 915 de todas las categorías profesionales; se dejó de invertir el 60% de lo presupuestado o se mantuvieron las limitaciones en el acceso a los recursos diagnósticos.

En las nuevas gerencias únicas desaparece la AP que queda-

rá sometida a los gerentes de los hospitales de área. Esto supone que la AP quedará sin posibilidad para gestionarse autónomamente, conseguir recursos, o para controlar los procesos asistenciales. Con esta medida la administración sanitaria gallega abandona el objetivo de que la AP sea algún día el eje del sistema sanitario.

También es reseñable que dos planes estrella del gobierno bipartito, el *Plan de Salud Mental* y el *Plan de Atención a la Salud de la Mujer*, han sido ambos dejados de lado, discriminando a juicio de la AGDSP aún más a estos colectivos.

#### **CONSUMO DE MEDICAMENTOS Y TECNOLOGÍA EN GALICIA:**

Galicia es la CCAA con mayor gasto en medicamentos, con 332,26 euros en gasto farmacéutico público por habitante. Solamente de tener un gasto similar a la CCAA con menor consumo (Baleares, 198 euros/habitante) el ahorro anual sería de 374 millones de euros, lo que cuesta un gran hospital. Paralelamente el consumo más bajo de envases de genéricos se encuentra en Galicia (9,79%), frente a Andalucía (29,86%), la de mayor consumo. Según un informe reciente de *Farmaindustria* todas las CCAA han sido capaces de recortar el gasto farmacéutico público, a excepción de Murcia y Galicia, la que a pesar de tanto ajeteo, aunque a un ritmo inferior a ejercicios anteriores, sigue incrementando su gasto farmacéutico.

En general, en lo referido a la Alta Tecnología, toda España aumenta un 49,53% en número de estudios por habitante en Alta Tecnología Diagnóstica (ATD) desde 1999 hasta 2004, pero se puede comprobar como la comunidad Gallega es la comunidad que más ha crecido en el número de pruebas entre 1999 y el 2004, con un 181,5% de crecimiento, mientras que Navarra y Baleares son las que han sufrido una disminución de pruebas, un -2,53% y un -0,60% respectivamente. Hay que tener en cuenta que Galicia tiene el gasto más alto de España, que a su vez tiene un gasto en tecnología sanitaria muy por encima de la media de los países europeos (en el año 2005 fue de 5,5 mM de euros en España, el 8,2% del gasto total en salud del país, siendo la media de los países europeos de 6,3%)<sup>6</sup>

Un reciente estudio de instituto *Healthcare Improvement* titulado "The triple Aim" (triple objetivo) considera que para el

<sup>6</sup> Libro blanco López i Casanovas. Gestión Sanitaria. Jano.es 23 de junio de 2011

incremento de la mejora de la salud de la población debe replantearse la práctica médica y cada vez más autores consideran que no es el envejecimiento de la población sino que es el uso y abuso de las tecnologías, uno de los factores principales en el crecimiento del gasto sanitario presente y futuro.

Y en sentido contrario, según el informe "Europa 2020" realizado en 2010 por Euromed (Asociación Europea de Tecnología Médica) es primordial incrementar la competitividad en sectores que han mostrado un crecimiento sostenido, como el de los dispositivos médicos, para que Europa salga fortalecida de la crisis, "ya que además este sector tiene la ventaja de contar con un ciclo de vida promedio de solo 18 meses antes que se presente una mejora del producto disponible, lo que deriva en un mayor dinamismo y crecimiento para la industria". Este sector es el segundo en el mundo, después del de EEUU <sup>7</sup>

#### LA PRIVATIZACIÓN DE LA ALTA TECNOLOGIA:

Por si lo que antecede no fuera suficiente, el Partido Popular ha aprobado el pasado 27 de septiembre una *Proposición No de Ley* para implantar un modelo de gestión que permita renovar la alta tecnología de los centros hospitalarios a la que denomina "fórmula del diálogo competitivo", para la adquisición de equipos tecnológicos y su mantenimiento.

<http://www.farodevigo.es/galicia/2011/09/28/sergas-usara-modelo-publico-privado-renovar-equipos-hospitales-200-millones/583803.html>

Esta Ley supone una nueva vuelta tuerca en la extensión de la colaboración público-privada, en este caso aplicada a la renovación de los equipos de alta tecnología como TAC, resonancias magnéticas, radiografías digitales o mamografías en los centros hospitalarios públicos, que comenzará por el equipamiento del Nuevo Hospital de Vigo y de tres centros de alta resolución (CAR) proyectados para Galicia con un coste de unos 200 millones de euros.

Según este sistema ya no serán los técnicos del Sergas los que definan mediante concurso, qué aparatos necesitan los hospitales públicos, sino las propias empresas que participarán directamente en la elaboración del contrato, establecerán las características de los aparatos que ellas mismas proporcionarán a la Administración pública y que financiarán y gestionarán. Se eliminan de tal forma los mecanismos de la función

pública que obligan a que los concursos de adjudicación y compra de equipamiento, se atengan a los principios de transparencia, eficiencia y libre concurrencia. No es difícil que cediéndoles los servicios tecnológicos, las empresas que ya son arte y parte, tendrán mayor poder de decisión en las compras y sus costes, que de acuerdo a la experiencia europea y española, multiplican varias veces los costes reales.

#### ..Y TODA LA LOGÍSTICA DE COMPRAS Y DISTRIBUCIÓN

Estos pequeños empujones hacia el mercado pasan uno a uno desapercibidos, pero vistos en conjunto conforman una peli-grosa estrategia que va entregando sucesivas parcelas de poder a las empresas. Así se pretende adjudicar a una empresa privada el *Servicio Logístico Integral del SERGAS*, la gestión del almacenaje, la distribución del aprovisionamiento, la gestión operativa, construcción de la plataforma y almacenes de los centros sanitarios; compra y gestión de farmacia, material quirúrgico, laboratorio, implantes, prótesis, ortopedia, lencería y otros materiales como limpieza, oficina, etc. En una palabra, que se cede a la iniciativa privada la gestión de la *Central Única de Compras* de material y equipamiento de los centros sanitarios.

La medida pondrá en manos privadas un servicio estratégico para la Sanidad Pública como es la gestión de las compras del SERGAS: Esto proporcionará una información privilegiada a las empresas adjudicatarias para hacer negocio con dinero público, favorecerá irregularidades y abusos, y les otorga la capacidad de bloquear el funcionamiento de los servicios sanitarios ya en peligro por la privatización de la gestión de los servicios de informática.

<http://www.farodevigo.es/galicia/2011/04/18/xunta-preve-privatizar-suministro-material-sanitario-hospitales-ambulatorios/536928.html>

Resulta peculiar que se pretendan destinar más de 98 millones de euros en contratar una empresa privada para realizar una actividad que se podría realizar perfectamente con los propios medios sin coste adicional alguno. Hay que recordar que, alegando la falta de dinero por la crisis económica, el SERGAS ha reducido este año su presupuesto en 100 millones y paralizado el *Plan de Mellora de Atención Primaria* que costaba únicamente 62 millones

<sup>7</sup> El Hospital. Abril 2010

## EL CIERRE DE LOS SERVICIOS DE RADIOLOGÍA DE LOS HOSPITALES COMARCALES

La Consellería de Sanidade ha optado por crear tres mancomunidades radiológicas en otras tantas comarcas gallegas suprimiendo guardias de radiología por la tarde y concentrándolas en un solo hospital, lo que supone dejar sin radiología de urgencia a estos centros.

[http://www.lavozdeg Galicia.es/galicia/2010/05/05/0003\\_8463183.htm](http://www.lavozdeg Galicia.es/galicia/2010/05/05/0003_8463183.htm)

La ausencia de especialista implica que los estudios ecográficos sean enviados al hospital de referencia y los opositores estiman que esta medida tendrá importantes consecuencias para la calidad y la seguridad los servicios de urgencias. Ello además hará imposible realizar ecografías que son pruebas muy necesarias en la atención urgente, lo que tendrá importantes consecuencias al alejar estas técnicas de los pacientes. Los opositores, usuarios y profesionales, estiman que cerrar los servicios de radiología de estos hospitales por las tardes supone un primer paso en la estrategia de privatizarlos, como ha ocurrido en las Comunidades de Madrid, Valencia o La Rioja, donde gobierna el Partido Popular, en las que los nuevos hospitales carecen de radiólogos y su actividad está siendo sustituida, en muchos casos, por servicios privados externos.

## RECORTES A LA LEY DE DEPENDENCIA/ATENCION SOCIO SANITARIA<sup>8</sup>

En contra de lo que dicen los sectores que desean introducir recortes en los servicios sociales por su elevado coste en dinero y personal, el sector público en nuestro país está poco desarrollado y nuestro Estado del Bienestar es aun débil: El gasto social representa el 30,6% del PIB frente al 24,7% de los países de la Unión Europea desarrollada (UE-15), mientras que el porcentaje de la población que trabaja en los servicios públicos del Estado del Bienestar es el 9% frente al 15% de la UE-15%, lo que nos coloca a la cola de la Europa desarrollada. La Ley de Dependencia tiene una financiación incierta porque nació sin que tuviera asegurada una fuente de financiación y corre a cargo del Estado Central, las CCAA y los usuarios. La Xunta redujo el presupuesto para la Dependencia al 30% (debería ser el 50%) y paralizó el desarrollo de las mismas,

poniendo en riesgo el futuro de la propia Ley. Además este año la Xunta recortó las subvenciones que concedían al servicio de ayuda en el hogar que prestan los ayuntamientos (cerca del 80%), lo que hace imposible mantener la ayuda a domicilio a los dependientes dado que estos no tienen ingresos para sufragar el servicio.

En Galicia existen 292 mil personas con discapacidades mayores de 6 años, de los que reciben ayuda a la dependencia el 36,6% del total. La mayor tasa de discapacidad del Estado se da en Galicia (112,9 por mil habitantes), seguida de Extremadura (109,9). Las políticas de recortes de gasto de la Xunta de Galicia están dejando sin atención a un importante número de personas discapacitadas que tienen derecho a la misma y que se eternizan en listas de espera. Galicia ocupa el tercer lugar en personas discapacitadas en lista de espera (el 40% de los beneficiarios potenciales), consecuencia de la paralización del desarrollo de la Ley de Dependencia por los recortes presupuestarios introducidos por la Xunta.

La apuesta por la atención a cargo de los familiares condiciona que esta sea de baja calidad y la soporten como ha sucedido siempre, las mujeres de la familia. El perfil del cuidador principal es una mujer, de entre 45 y 64 años y las personas que prestan cuidados tienen dificultades para desempeñar las tareas y se ven afectadas en su salud y vida personal. Pagar a un familiar es mucho más barato que la atención a cargo de un servicio profesional cualificado con los recursos técnicos adecuados (520 euros al mes frente a 1.800): en los Servicios Residenciales las CCAA aportan el 52% del coste de la prestación, la administración Central el 18% y el beneficiario el 30%. Esta fórmula, que permite a la Consellería reducir aun más los gastos, hace que se pierda una importante oportunidad de general empleo de calidad para los jóvenes. Una última razón por la que la Xunta pretende que la atención a la dependencia corra a cargo de familiares es que al fidelizarlos políticamente, reproduce una vez más el viejo caciquismo gallego.

## EL GRAN TEMA: LA CONSTRUCCION DE HOSPITALES VIA PFI:

Más allá de las últimas iniciativas que han saltado escandalosamente a los medios de comunicación, como son las inten-

<sup>8</sup> Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (INE), Observatorio Discapacidad M<sup>o</sup> d Sanidad; Eurostat; Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. (INE); Memoria Económica de la Ley de Dependencia; Vicente Navarro revista digital SISTEMA; Memoria económica para la Financiación del Sistema del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia; Instituto Nacional de Estadística; Panorama de la Discapacidad en España; Informe implantación del Sistema de Dependencia por Comunidades Autónomas CCOO

ciones de introducir el copago en los servicios de hostelería a los pacientes ingresados y la retirada de la tarjeta sanitaria a desempleados y dificultárselo a los inmigrantes y retornados de reciente empadronamiento, uno de los principales y más movilizadores conflictos de estos años ha sido el comienzo de la construcción del Nuevo Hospital de Vigo por la vía de la PFI y la intención de hacerlo también con el de Pontevedra y los Centros de Salud.

Nada más hacerse cargo el Partido Popular del gobierno gallego, pone fin a los acuerdos del Gobierno bipartito de Febrero de 2009 para que la financiación y construcción de los nuevos hospitales de Vigo y Pontevedra corriera a cargo de la *Sociedad Pública de Inversiones (SPI)*. Y a continuación la Consellería asigna su financiación, construcción y gestión parcial a consorcios privados para que los exploten durante 20 años siguiendo el conocido modelo PFI vigente en Madrid y Valencia.

[http://www.lavozdeg Galicia.es/vigo/2010/02/01/0003\\_8265785.htm](http://www.lavozdeg Galicia.es/vigo/2010/02/01/0003_8265785.htm)

[http://www.elpais.com/articulo/Galicia/nuevo/hospital/Vigo/costara/450/millones/modelo/PP/elpepuespgal/20100531elpegal\\_2/Tes](http://www.elpais.com/articulo/Galicia/nuevo/hospital/Vigo/costara/450/millones/modelo/PP/elpepuespgal/20100531elpegal_2/Tes)

La PFI o iniciativa de financiación privada, argumenta la PDSPV, “multiplica los costes de los centros, reduce los recursos disponibles, empeora la calidad constructiva y del equipamiento y genera un enorme endeudamiento público, como ha quedado constatado en numerosas evaluaciones independientes, entre ellas la de la Organización Mundial de la Salud”.

<http://www.europapress.es/galicia/noticia-sos-sanidade-publica-asegura-financiacion-publico-privada-hospital-vigo-oscurantista-mas-costosa-20110803194016.html>

Para entender la importancia de este asunto debe tenerse en cuenta que este nuevo hospital había sido una temprana demanda de la PDSPV formulada a través de un informe por ella realizado para evaluar los recursos sanitarios en el área de Vigo en 2000 (informe *REVISAN 2000*). Una demanda que encontró acomodo en los programas electorales con los que PSG y BNG se presentaron a las elecciones de 2005.

<http://www.lavozdeg Galicia.es/hemeroteca/2001/02/24/439157.shtml>

El gobierno bipartito dio impulso al proceso del Plan Estratégico y del Plan Funcional, con el diseño arquitectónico pactado servicio a servicio y finalmente, tras la elección del mejor proyecto constructivo, el proceso quedó listo para la licitación

justo antes de las elecciones que dieron la victoria al PP.

Hoy puede considerarse desde el punto de vista de los DSP que el bipartito cometió el error de no apurar todo el proceso y proceder a la licitación antes del cambio de gobierno.

<http://www.outrovigo.com/pdf/Plataforma.pdf>

La prevista financiación de 300 millones en Vigo (que según los propios cálculos de la Xunta ascenderán a 957 millones) pueden alcanzar los 2000 millones al finalizar los 20 años de la concesión. Además de la forma de financiación, el Nuevo Hospital de Vigo, entre otras pérdidas relevantes como el módulo de investigación y docencia, contará con menos camas, pasando de las 1400 previstas por el bipartito a unas 900, como a pesar de las negativas de la Xunta se demostró en la página Web de *GERENS HILL*, la empresa titular de la concesión para la supervisión de la obra. Resulta demostrativo de esa antes citada política de comunicación que tras saltar la noticia a los medios, desaparezca de la citada página toda referencia al proyecto. La referencia eliminada decía:

*Hill International seleccionada para gestionar la construcción del nuevo Hospital de Vigo en España* ([http://www.gerenshill.com/proyectos\\_detalle.php?id=167&lan=](http://www.gerenshill.com/proyectos_detalle.php?id=167&lan=))

*Marlton, Nueva Jersey y Vigo-Galicia, España, 31 de enero 2011 (GLOBE NEWSWIRE) - Hill International (NYSE: HIL), líder mundial en la gestión de riesgo de la construcción, anunció hoy que su filial con sede en Madrid Gerens Hill International ha sido adjudicado un contrato por el Consorcio Novo Hospital de Vigo, SA para prestar asistencia técnica y servicios de vigilancia durante la construcción del nuevo Hospital de Vigo en Vigo, Galicia, España. El contrato de dos años tiene un valor estimado de la colina de aproximadamente € 2,7 millones (\$ 3,7 millones).*

*El Hospital de Vigo, que se ubicará en Vigo, Galicia, España, tiene un costo estimado de construcción de aproximadamente € 315 millones (\$ 432 millones).*

*El nuevo hospital dará servicio a una población de unas 600.000 personas y tendrá capacidad para 900 camas, 35 quirófanos, 160 consultas médicas externas y 62 salas de análisis de imágenes. Además de proporcionar servicios para el nuevo Hospital de Vigo, Gerens Hill se prestan servicios para el desarrollo de los documentos de diseño técnico, el edificio en forma de salida, mantenimiento, conservación y funcionamiento general de las instalaciones del edificio, así como la financiación del desarrollo del proyecto los costos.*

<http://misaludnoesunnegocio.net/actualidad.php?p=7545&more=1&c=1&tb=1&pb=1>



No es banal a propósito de *Gerens Hill internacional* recordar que en el Consejo de Administración de *Concessia* esté su Consejero Director, que interviene en el grupo constructor de tres de los nuevos hospitales PFI de Madrid y es accionista de las cajas de ahorros citadas a continuación, cuyos directores también forman parte del consejo de administración de *Concessia*, que forma parte de la UTE seleccionada para la financiación del Nuevo Hospital de Vigo (NHV).

*Caja Badajoz* y *Caja Círculo*, cajas de ahorros de la Iglesia Católica (en unión con *Caja Inmaculada*, forman la *Caja 3*

*Banco de Sabadell* (fusionada con otras entidades catalanas en el grupo *UNNIM*) y *Caja de Ahorros del Mediterráneo CAM*

*Invernostra de Sa Nostra* (caja de ahorros de Baleares), forma parte del grupo *BMN e Ibercaja*

*Bankia* grupo de cajas de ahorros (*Caja Madrid, Bancaja, Caja de Canarias, Caja Rioja, Caixa Laietana, Caja de Ávila, y Caja Segovia*) que comenzó a operar en enero de 2011 con la asesoría de *Price Waterhouse Coopers* y cuyo director es Rodrigo Rato.

Resulta para algunos evidente que toda esta reducción del NH de Vigo se debe al deseo de que el hospital privado POVISA conserve la atención de unas 140 mil personas del área que el actual *concierto singular* le garantiza y que un gran hospital de 1400 camas pondría en peligro. En Pontevedra el cambio consiste en renunciar a la gran ampliación del hospital de Montecelo que el gobierno bipartito había preparado, aplazándose por tiempo indefinido el inicio de la obra que debería haberse iniciado el 2009; se reducen las camas previstas y se mantendrá el fraccionamiento de los recursos en varios centros separados por kilómetros de distancia. Todo está diseñado para renunciar al actual hospital y a su gran ampliación y demorar todo el proceso con el lejano y virtual proyecto de un hospital de nueva construcción financiado vía PFI. Y ello se debe a que esta modalidad aplicada a una ampliación de un hospital público ya existente, excesivamente compleja.

La financiación 99 millones de euros previstos para Pontevedra pueden también alcanzar los 2000 millones, al recurrir a la financiación privada.

El proceso de Vigo inicialmente y el de Pontevedra poco después, estimularon las campañas de ambas plataformas que lograron reunir miles de personas en Vigo,

<http://blogs.lavozdeg Galicia.es/videoblog/2010/03/25/%C2%ABa-privatizacion-da-sanidade-perxudica-seriamente-a-saude%C2%BB/>

Y en Pontevedra también en una de las mayores manifestaciones que la ciudad recuerda con miles de manifestantes, con la participación de los alcaldes de las capitales de área y de los de multitud de ayuntamientos provinciales que se sintieron concernidos<sup>9</sup>. No es extraño que los DSP consideren que se tratan como avanzábamos, de las mayores manifestaciones que la Unión Europea recuerda en defensa del SSP y en contra de su privatización.

[http://www.elpais.com/fotografia/Galicia/Manifestacion/privatizacion/hospital/Vigo/elpdiaaut/20100326elpgal\\_1/les/](http://www.elpais.com/fotografia/Galicia/Manifestacion/privatizacion/hospital/Vigo/elpdiaaut/20100326elpgal_1/les/)

[http://www.elpais.com/articulo/Galicia/Decenas/miles/personas/rechazan/capital/privado/financie/hospital/Vigo/elpepi-autgal/20100326elpgal\\_1/Tes](http://www.elpais.com/articulo/Galicia/Decenas/miles/personas/rechazan/capital/privado/financie/hospital/Vigo/elpepi-autgal/20100326elpgal_1/Tes)

<http://www.lavozdeg Galicia.es/vigo/2010/03/25/00031269550411180120426.htm>

<http://www.farodevigo.es/gran-vigo/2010/03/25/50000-personas-piden-hospital-publico-vigo/423653.html>

<http://www.outrovigo.com/pdf/Diptico.pdf>

Se pretende a criterio de los DSP aplicar un modelo para financiar y construir los nuevos centros que multiplica por siete sus costes en una situación de crisis económica que se utiliza para justificar importantes recortes del gasto sanitario que están repercutiendo sobre los pacientes que soportan mayores listas de espera) y sobre los sanitarios que han perdido puestos de trabajo, incentivos e ingresos. Los únicos beneficiarios de esta política estiman, "*son las empresas privadas (constructoras, aseguradora y bancos) que levantarán y gestionarán los nuevos centros con dinero público*".

<http://m.publico.es/410891>

Alrededor del complejo y técnico asunto de la PFI que las Plataformas explicaron recurriendo a todas las modalidades posibles, giró en estos dos años el núcleo de la oposición a la política sanitaria del gobierno Popular.

<http://www.elcorreogallego.es/index.php?idMenu=5&idNoticia=613653>

[http://canarias\\_islas.satse.es/comunicacion/noticias/el-tsjpg-admite-a-tramite-el-recurso-de-la-pdsp-contra-la-resolucion-del-sergas-que-deja-en-manos-privadas-el-hospital-de-vigo](http://canarias_islas.satse.es/comunicacion/noticias/el-tsjpg-admite-a-tramite-el-recurso-de-la-pdsp-contra-la-resolucion-del-sergas-que-deja-en-manos-privadas-el-hospital-de-vigo)

<sup>9</sup> <http://privatizationhealthobservatory.eu/manifestos/more-forty-thousand-protesters-against-private-management-santiago>

Resulta sorprendente para los propios DSP en primer lugar, que un asunto tan complicado se haya ido aclarando para la opinión pública y también para las direcciones de los partidos de la oposición y las propias bases sindicales de sectores no sanitarios, y que con el concurso de una progresiva atención por parte de los medios, haya generado un inesperado ambiente de oposición, colocando los recortes y la privatización de la sanidad pública en la agenda de la ciudadanía gallega.

[http://fadsp.org/pdf/Nota%20para%20FADSP%20acerca%20concesion%20V%20Distinguidos.doc?codigo=3693&cod\\_primaria=1171&cod\\_secundaria=1171](http://fadsp.org/pdf/Nota%20para%20FADSP%20acerca%20concesion%20V%20Distinguidos.doc?codigo=3693&cod_primaria=1171&cod_secundaria=1171)

Parece claro para la PDSP de Galicia, que la Xunta pretende *“además de beneficiar al los sectores privados afines al Partido Popular, iniciar el desmantelamiento del sistema sanitario público: este partido ya está utilizando en Valencia y en Madrid el mensaje de que para evitar la quiebra económica del sistema (por los sobrecostes de la financiación privada) la única alternativa sería reducir actividad asistencial, despedir personal, reducir sus sueldos, introducir el copago y acabar con la universalidad asistencial introduciendo seguros complementarios para determinadas prestaciones.”*

## LOS INTERESES QUE HAY DETRÁS DE LAS PROPUESTAS PRIVATIZADORAS DE LA SANIDAD

A lo largo de los últimos años en modelo de PFI, o la llamada PPP o colaboración- participación público/privada se ha convertido en un conocido método de financiación para abordar la construcción de todo tipo de infraestructuras que ha saltado del exclusivo campo de los expertos a la opinión pública. Esta vez claro en gran medida, que se trata de que los gobiernos puedan dotarse de infraestructuras en el corto plazo de una legislatura para poder inaugurarlas y rentabilizarlas electoralmente, sin la penosa contrapartida de su pago que se transmite ilícitamente a las generaciones futuras<sup>10</sup>, algo que todo el mundo sabe es una trampa contable para obviar los límites del Tratado de Maastricht, y más ahora que la crisis ha destapado el endeudamiento autonómico.

Además de lo que antecede, son numerosos los escritos en la literatura internacional que desaconsejan el método de PFI, especialmente y más allá de sus perversidades económicas, por la complejidad e hipotecas que supone su aplicación al

campo de las infraestructuras sanitarias, especialmente a la construcción de los grandes hospitales públicos. Pero también son bien conocidas las experiencias en nuestro país en la CA de Madrid y en la de Valencia por colocar a su sistema sanitario al borde de la bancarrota.

Resulta esclarecedora la investigación de la Dra. ML Lores acerca de los intereses económicos que están detrás de la PFI en el caso del Nuevo Hospital de Vigo y que claramente dan la razón a los DSP, quienes argumentan que detrás de toda la cháchara pseudo económica acerca de las bondades de la PFI, lo que hay es el deseo de las grandes empresas de hacer un buen negocio con los fondos públicos destinados a la sanidad, a la vez que se descapitaliza y debilita al SSP con la complicidad de las administraciones sanitarias, comprometiendo su futura sostenibilidad.

<http://www.nuevatribuna.es/opinion/luisa-lores/2011-12-09/los-intereses-que-hay-detras-de-las-propuestas-privatizadoras-de-la-sanidad/2011120913314400637.html>

Afirma en su escrito: *“... Las entidades que forman Ribera Salud, La CAM (Caja de Ahorros del Mediterráneo) y Bancaja, integradas en Concessia Cartera, forman parte de la UTE seleccionada para la financiación del Nuevo Hospital de Vigo (NHV) gracias a la intervención de la consultora PwC que recibió de la Xunta de Galicia 220.000 euros por la asesoría de esta adjudicación, realizada en diciembre de 2010[2]. Sin embargo, y a pesar del maquillaje de sus cuentas, la insolvencia de la CAM no era un secreto en esas fechas.*

Y prosigue: *“El Presidente del Banco de España, Fernández Ordóñez, que definió a la CAM como lo peor de lo peor de las cajas de ahorros había filtrado, ya en abril de 2009 una lista de 7 cajas que debían ser reestructuradas, entre las que se encuentra la CAM”.*

Se hace entre otras muchas las siguientes preguntas y llega a varias conclusiones finales: *“... ¿Cómo se pretende financiar el Nuevo Hospital de Vigo mediante una entidad como la CAM que ha sido adquirida por un banco catalán (que tiene cuestionada su solvencia, por 1 euro)?*

*¿Cómo pudo la Xunta de Galicia adjudicar el contrato para financiar y construir el Nuevo Hospital de Vigo a una entidad como la CAM que estaba considerada por el Banco de España como la peor de todas esas entidades y en situación de quiebra técnica?*

<sup>10</sup> [http://www.elpais.com/articulo/opinion/coalicion/vivos/elpepiopi/20080628elpepiopi\\_4/Tes](http://www.elpais.com/articulo/opinion/coalicion/vivos/elpepiopi/20080628elpepiopi_4/Tes)

*¿Como puede este gobierno introducir recortes en la atención sanitaria gallega mientras cede a la iniciativa privada la construcción del Nuevo Hospital de Vigo por un coste 1.000 millones de euros superior al de financiación pública?*

*¿Como puede hablar el Partido Popular de sacrificios de los ciudadanos y de privatizar una sanidad que no nos podemos permitir mientras una parte de sus militantes se beneficia de las mismas?...*

Y concluye: *"La Sanidad pública no puede ser utilizada para compensar la merma del negocio de constructoras o de entidades financieras afectadas por la burbuja inmobiliaria. No es fácil explicar porque el gobierno gallego en plena crisis económica anula el proyecto previo del NHV financiado por el SPI y paga a la consultora PwC 200.000 euros por un nuevo proyecto que entrega el hospital a unas entidades financieras privadas insolventes y con un incremento de su coste en más de 1.000 millones de euros, decisión por lo demás contradictoria con el discurso de la Consellería de Sanidade, de que la falta de recursos económicos la obligan a introducir severos recortes en los servicios sanitarios públicos de la Comunidad Autónoma que ponen en peligro el acceso universal y equitativo a la salud de los ciudadanos."*

No es descabellado que en línea con este informe, los DSP afirmen que *"La adjudicación de la financiación, construcción y gestión del Nuevo Hospital de Vigo (NHV) se ha realizado a un grupo de Cajas de Ahorro que carecen de capacidad económica para afrontarla. Esta situación era conocida por la Xunta a pesar de lo cual siguió adelante con la licitación de la obra recurriendo a la colaboración privada. Las Cajas de Ahorro adjudicatarias están recibiendo fondos públicos para capitalizarse y evitar la quiebra. .... Resulta paradójico e inaceptable que estas entidades reciban dinero público que posteriormente prestarán a la Xunta de Galicia (concesión Nuevo Hospital de Vigo por la fórmula PFI) con unas ganancias garantizadas del 8% y que multiplicará por siete el coste final del centro, hipotecando durante años a la sanidad gallega. ... Esta decisión supone un derroche escandaloso y un despilfarro de fondos públicos en momentos de crisis, a cuyo amparo el gobierno gallego ha despedido personal, eliminado recursos, desmantelado áreas sanitarias o reducido sueldos del personal sanitario."*

*Dada las serias dudas surgidas, referidas a la capacidad de financiación del proyecto por parte de las empresas adjudicatarias y los elevados costes de una operación en momentos de crisis y que ha conducido a que la Xunta introduzca serios recortes al proyecto de Nuevo Hospital de Vigo que le privan de sus carácter estratégico para el área sanitaria, parece más*

*que razonable exigir que la Xunta se haga cargo de la financiación rescatando la Concesión y adjudicando la financiación de la misma a la Sociedad Pública de Inversiones."*

No parece que estas alarmantes ideas sean una especulación de los DSP puesto que el propio *Consello -o Tribunal- de Cuentas de Galicia* emite en su informe opiniones coincidentes.

El diario *El País* en su edición para Galicia incluía la noticia el 30 de julio de 2011: *"El Consello de Contas critica el abuso de la contratación público-privada; el órgano fiscalizador alerta de la "insostenibilidad" de los pagos aplazados - "Se trasladan las inversiones presentes a las próximas generaciones", advierte. ... "genera incertidumbre en cuanto a la sostenibilidad futura de las finanzas, restringe el margen de maniobra de próximos gobiernos y traslada la carga de las inversiones presentes a generaciones futuras"... también dedica varios párrafos del mismo a la Concesión de Obra del Nuevo Hospital de Vigo por parte de la Consellería de Sanidade."*

Las principales conclusiones, que coinciden con todo lo publicado y expresado en los dos últimos años por la Plataforma SOS Sanidade Pública así como con los términos de la denuncia presentada por la misma al Valedor do Pobo, son:

- *"Los modelos de colaboración público privada nacen al margen de los presupuestos públicos limitando su transparencia ante la opinión pública y el control parlamentario de estos modelos".*
- *"Aunque la deuda generada por la concesión de obra pública no se consolide en las cuentas de la Administración, la deuda que generan es real, afecta seriamente a la sustentabilidad de las finanzas públicas y, por lo tanto del gasto público social (sanidad, educación, servicios sociales), traslada un coste superior a los impuestos que pagaremos en el futuro e hipoteca la capacidad de acción de los futuros gobiernos."*
- *"Los estudios de viabilidad son insuficientes porque el Gobierno Gallego sustituye el Estudio de Viabilidad (que tiene que demostrar que la Colaboración Público Privada es más eficiente que el modelo de financiación público tradicional) por una simple información económico-financiera".*
- *"El Consello de Contas critica que todos los estudios, incluida la selección del contratista, han sido realizados por empresas externas privadas".*

No es nada extraño que tras este demoledor informe, la *PDSP de Galicia/SOS Sanidade Pública* manifieste que este informe del *Consello de Contas*, avala todo lo dicho y por ella publicado respecto del proceso privatizador de la concesión de

obras como modelo para la construcción y gestión de hospitales y centros de salud del SERGAS, con un coste que multiplica al modelo de financiación pública convencional y que además oculta información a la ciudadanía y exige a la Consellería de Sanidade que haga caso del informe del *Consello de Contas* y revise su política privatizadora con respecto de las infraestructuras asistenciales del SERGAS.

Ya la guinda es que exija a la Conselleira de Sanidade que presente sus excusas a la Plataforma por haber puesto en duda su credibilidad, acusándola de engañar y de alarmar a los gallegos, cuando quien muestra falta de transparencia es la propia Consellería, como pone de manifiesto el informe del *Consello de Contas*.

### EL COPAGO POR EL DENOMINADO "USO IRRESPONSABLE"

Uno de los asuntos que mas eco mediático ha tenido ha sido el Decreto 209/2011, del 27 de octubre, por el que se establecen las tarifas de los servicios sanitarios prestados en los centros dependientes del SERGAS y en las fundaciones públicas sanitarias. Se acompaña de una disposición adicional única que establece un procedimiento para repercutir sobre los usuarios los gastos que ocasionen como consecuencia del "uso irresponsable" de las prestaciones asistenciales del Sistema Público de Salud de Galicia.

Obviamente esta medida desencadenó la oposición de los defensores de la Sanidad Pública que lo interpretaron como un paso más en la estrategia solapada de introducir el *copago* en la sanidad pública en paralelo al copago por el acceso a la tarjeta sanitaria (TIS), que ahora se traslada a algo más transcendental como es el pago por asistencia sanitaria. Absolutamente demagógico es el recurso al concepto de uso irresponsable de los recursos cuya amplitud y ambigüedad lo hacen a su juicio imposible de determinar.

El Decreto no establece tampoco los criterios acerca de quién valorará tal irresponsabilidad en el uso. Recuerdan los DSP la conocida dificultad para introducir estos conceptos en la atención sanitaria a la vista de la existente para reducir la "no responsable" -o carente de criterios científicos- prescripción de estudios y pruebas que solicitan los especialistas.

### LOS ENREDOS CON LA TARJETA SANITARIA

El pasado 21/10/2011 la edición gallega de *EL PAIS* destacaba que *"El Sergas cobrará 10 euros por la renovación de la tarjeta sanitaria; El Consello Económico e Social achaca la*

*tasa a un "error" y pide suprimirla; "Es el precio que tendrá la emisión de un nuevo cartoncillo plástico a partir del 1 de enero del 2012 si el usuario la pierde o se despista con la caducidad y no la renueva en plazo. El proyecto de ley de acompañamiento a los presupuestos del año próximo que ayer aprobó el Consello de la Xunta incorpora esta tasa aplicable a todos los beneficiarios del Servizo Galego de Saúde"*.

Ello se producía debido a la publicación el pasado 5 de septiembre de una orden por la que se *"actualiza el procedimiento para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria por parte de las personas sin recursos económicos suficientes y de aquellas que se encuentran en situación de desempleo"*. Se trata de un nuevo asunto con varias aristas, que promovió un gran escándalo mediático cuyos ecos aun resuenan en el momento de escribir estas líneas.

<http://www.farodevigo.es/galicia/2011/11/25/fejoo-desaconseja-cobrar-consultas-propone-cambios-acceso-farmacos/600607.html>

[http://www.elpais.com/articulo/Galicia/Feijoo/defiende/pague/farmacos/tasas/universitarias/elpepuespgal/20111125elpgal\\_2/Tes](http://www.elpais.com/articulo/Galicia/Feijoo/defiende/pague/farmacos/tasas/universitarias/elpepuespgal/20111125elpgal_2/Tes)

[http://www.elpais.com/articulo/Galicia/Farjas/culpa/Gobierno/central/bloqueo/tarjetas/sanitarias/elpepuespgal/20111125elpgal\\_3/Tes](http://www.elpais.com/articulo/Galicia/Farjas/culpa/Gobierno/central/bloqueo/tarjetas/sanitarias/elpepuespgal/20111125elpgal_3/Tes)

El protocolo de aplicación deja a las personas sin recursos que solicitan la tarjeta sanitaria sin el derecho a tener un médico asignado, a poder ser citados y a disponer de la prestación farmacéutica. Solo se les reconoce el derecho a la asistencia de urgencia y de emergencia, excepto en el caso de los menores y de las mujeres embarazadas, que los mantienen. Además de esto, en el protocolo se indica que las personas sin recursos que solicitan la tarjeta sanitaria serán clasificadas como *"privados"* y se les hará firmar un compromiso de pago de la asistencia realizada.

El mismo protocolo establece trabas en el acceso a la tarjeta Sanitaria para los extranjeros. A partir del 1 de enero de 2012, el Sergas exigirá una antigüedad mínima en el padrón de 183 días para poder solicitar a Tarjeta Sanitaria, indispensable para garantizar la Asistencia Sanitaria. Esta condición previa para acceder a la Tarjeta Sanitaria va a limitar su acceso a la Atención Primaria y a los centros de salud.

Sin embargo, la *Ley Orgánica sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España* establece en su artículo 12:

*"Los extranjeros que se encuentren en España, inscritos en el padrón del municipio en el que tengan su domicilio habitual,*

*tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles"*

Nada se dice de incluir un período mínimo de empadronamiento como ahora hace el Servicio Gallego de Salud. La Xunta de Galicia vulnera el principio de Universalidad reconocido en la *Ley 8/2008 de Salud de Galicia*:

*Artículo 4º.-Titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria.*

*1. El derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia y de cobertura universal se garantiza a todas las personas que residan en los ayuntamientos de esta comunidad autónoma.*

Fácil era, en medio de esta polvareda mediática, que la *Asociación para la Defensa de La Sanidad Pública* del Área Sanitaria de Santiago presentara su denuncia ante el Valedor del Pueblo para que estudiase la posible incompatibilidad del artículo 3.A.4 y que se promueva en su caso recurso de inconstitucionalidad ante el Tribunal Constitucional contra el mismo, a la vez que se le pedía que solicitase de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia su paralización. Se apoyaba en una larga lista de argumentaciones jurídicas. Pocos días más tarde el gobierno comenzó una disimulada marcha atrás. Una nueva escena de vodevil gubernamental entre nubes de niebla artificial.

## **COPAGO POR SERVICIOS DE HOSTELERIA HOSPITALARIA**

Esta ha sido otra reciente medida del gobierno gallego, que anunciada por boca de su presidente - que cada vez más ejerce a la vez como responsable de la política sanitaria- ha desencadenado una nueva polvareda mediática. Titulares como los *El Correo Gallego*: *"Rechazo unánime a un posible pago de servicios no sanitarios; La Plataforma en Defensa da Sanidade Pública valora la "reflexión" de Feijóo como "un paso más" hacia el copago y la privatización de la Sanidad Gallega"* reflejan bien la situación.

<http://www.elcorreogallego.es/galicia/ecg/fejoo-plantea-debate-costes-no-sanitarios-ingresos-hospitalarios/idEdicion-2011-12-07/idNoticia-716941/>

Estas declaraciones, consideradas como un globo sonda por su carencia de concreción y por haber sido realizadas en un programa de una cadena estatal de televisión de baja cobertura en Galicia, se interpretaron por los DSP como un nuevo paso en la preparación de la opinión pública para la introduc-

ción del copago *"que se sumaría al cobro por la tramitación de la tarjeta sanitaria, el bloqueo de la tarjeta a los parados de larga duración, a los emigrantes con menos de 183 días empadronados, al pago por un uso irresponsable o al abono por adelantado de las prótesis de enfermos, al pago por transporte en ambulancias, etc."*

También lo consideraron *"un grave atentado a la equidad ya que diferenciará entre pacientes con recursos económicos y los que no los tengan, a la hora de recibir determinados servicios en los hospitales públicos"* y como una barrera a la atención sanitaria para mucha gente teniendo en cuenta que el 60% de las personas que viven de un sueldo ganan *"menos de 1.000 euros al mes y existen 253.000 desempleados en la comunidad, además de que la pensión media en Galicia se sitúa en torno a los 600 euros al mes"*. Con estos ingresos, muchos pacientes, argumentan los opositores, deberían renunciar a comer, a la ducha, al cambio de ropa de cama, o simplemente abandonar el hospital.

Afirman también algo para los profesionales sanitarios obvio: es imposible diferenciar entre servicios sanitarios y no sanitarios en la asistencia hospitalaria, ya que la limpieza, esterilización, higiene personal, alimentación, etc. son tan importantes como los de diagnóstico o terapéuticos. En el Reino Unido, citaban *"debido a la privatización de los servicios de limpieza la mortalidad hospitalaria se incrementó hasta colocarla a la cabeza de Europa"*. Toda esta polémica tuvo un amplio reflejo en los medios siguiendo el ya comentado método del "globo sonda".

El *Faro de Vigo* la titulaba: *"Los médicos rechazan una tasa de estancia en hospital porque crearía 'graves desigualdades sociales'; Advierten de que abriría una brecha entre los pacientes en función de sus recursos"*

<http://www.farodevigo.es/galicia/2011/12/09/medicos-rechazan-tasa-estancia-hospital-crearia-graves-desigualdades-sociales/604463.html>

También El Mundo titulaba: *"Oposición a la idea de Feijóo de cobro por servicios no médicos en hospitales"* y El Correo Gallego: *"Rechazo unánime a un posible pago de servicios no sanitarios"*

<http://www.elmundo.es/elmundo/2011/12/08/galicia/1323370580.html>

El diario *Que* de A Coruña, del 8 de diciembre de 2011 por su parte titulaba: *este paso supone "un grave atentado a la equidad" al "diferenciar" pacientes en función de su capacidad adquisitiva...."la AGDSP afirma que "El dinero que se*

*obtendría sería una menudencia si lo comparamos con el gasto hospitalario en medicamentos o pruebas innecesarias, no decididas por los pacientes”*

El día que se discutían en el parlamento de Galicia los presupuestos para 2012, los parlamentarios de la oposición salieron a la puerta del recinto a saludar a los miembros de las distintas PDSP de Galicia allí congregadas en protesta, quienes les hicieron entrega de unas bolsas con un “kit” para los pacientes que deban ingresar en los hospitales públicos, conteniendo alimentos, agua y útiles de limpieza.

### **LA PRETENSIÓN DE NUÑEZ FEIJOO DE HACER PAGAR LAS RECETAS A LOS PENSIONISTAS**

Las declaraciones del Presidente de la Xunta de Galicia sobre su intención de aplicar copagos en la prestación farmacéutica supone un nuevo paso en su estrategia solapada, pero cada vez más acelerada de introducir el debate de los copagos en la sanidad pública gallega con el argumento de que la crisis obliga a recortar gasto público, lo que se suma a la pretensión de hacer pagar a las personas que se les agota el paro, a los que hacen un uso “irresponsable de los servicios”, a los que precisan prótesis, como veíamos..

<http://www.20minutos.es/noticia/1231176/0/>

<http://www.publico.es/espana/409262/el-copago-perjudica-la-salud-y-eleva-el-gasto-a-largo-plazo>

Pronto se argumentó que se trataba de una medida que pretendía hacer pagar las recetas a los pensionistas lo que supone una medida discriminatoria que limitaría su acceso a la atención sanitaria y afectaría a su salud. Los pensionistas, afirmaban en un comunicado, *“son las personas con menos ingresos y con mas necesidades de medicamentos por padecer enfermedades crónicas. Son muy pocos los pensionistas que no toman medicación de manera habitual y frecuentemente suelen necesitar varios medicamentos para sus múltiples dolencias. A ello se añade el hecho de que las pensiones en Galicia son muy bajas con una media de 767 euros. El 75% de los pensionistas no supera los 1.000 euros mensuales, el 1% los 1.500 euros mes y sólo el 0,5% supera los 2.000 euros..”*

<http://obsaludap.net/articulo/1191-copago-recetas-pensionistas-gallegos>

Finalmente el argumento central: *“esta medida es además injusta porque los responsables de la prescripción no son los pensionistas sino los médicos quienes recetan los medicamentos.”*

### **RECORTES A LAS SUBVENCIONES VIH/SIDA 2010 – 2011 – 2012**

El análisis de las cantidades percibidas en el 2011, en relación a las recibidas en el 2008 o 2010, confirma un importante recorte presupuestario, tanto en las ayudas que percibieron las asociaciones, como las destinadas a Ayuntamientos y Unidades Asistenciales. En el año 2010 se otorgaron a 28 asociaciones un total de 255.000 Euros y a 21 Ayuntamientos 21.000, para financiar proyectos de acción en relación con el VIH/SIDA. Sin embargo en el año 2011 se redujo el montante total de las subvenciones en un porcentaje de un 41%, de esta manera las asociaciones recibieron un total de 149.061 Euros y los Ayuntamientos solamente 12.178 euros.

En el año 2012 hay un cambio en la presentación de presupuestos del SERGAS: mientras que en el 2011 figuraban 2 partidas para proyectos sobre el VIH/SIDA, una para asociaciones, y otra destinada a los Ayuntamientos, en el año 2012 aparece una partida conjunta para proyectos de VIH/SIDA (tanto de asociaciones como de ayuntamientos) pero también para programas de prevención de drogodependencias de asociaciones: ello significa que por un lado se pretende con esa constante de embarullar la información, ocultar el recorte al juntar las subvenciones para proyectos de VIH/SIDA con las de prevención de Drogas.

### **LA HISTORIA DEL QUÉ Y DEL CÓMO**

Lo que comenzó en el área de Vigo a mediados de los años noventa se ha convertido en un extenso movimiento contra la privatización. Se han creado Plataformas para la Defensa de la Sanidad Pública en casi todas las áreas sanitarias y también en comarcas mas apartadas que se han sumado a este movimiento con un sorprendente entusiasmo llegando a reunir manifestaciones nunca vistas. Quizás ello se deba a un buen trabajo pero también a que se trata de asuntos novedosos acerca de los cuales se tiene conocimiento de otros sitios a través de los medios. Y también la percepción de que lo que se mueve en la política sanitaria es alarmante.

<http://plataformadspferrol.blogspot.com/>

<http://plataformabarbanza.blogspot.com/2011/03/creacion-da-plataforma-no-barbanza.html>

[http://www.lavozdegalicia.es/amariana/2011/10/28/0003\\_201110X28C3996.htm](http://www.lavozdegalicia.es/amariana/2011/10/28/0003_201110X28C3996.htm)

[http://www.elpais.com/articulo/Galicia/Salnes/echa/calle/hospital/comarcal/elpepioutgal/20111008elpgal\\_9/Tes](http://www.elpais.com/articulo/Galicia/Salnes/echa/calle/hospital/comarcal/elpepioutgal/20111008elpgal_9/Tes)

Como se apuntaba al principio, además de la *Asociación Gallega para la Defensa de la Sanidad Pública*, en las mismas participan los sindicatos (*CIG, C.C.O.O, FSP-UGT, CSIF*), la *Federación Gallega de Asociaciones de Vecinos*, asociaciones de enfermos y usuarios, y de manera notable, los partidos políticos parlamentarios *PSG-PSOE, BNG*, y también *EU/IU* y *PCPE*.

Lo que en argot de las PDSP se denominó el "*principio del máximo común denominador*" o máximo nivel de acuerdo posible compartido por todas las organizaciones integrantes, ha resultado al cabo de los años un buen hallazgo para que personas y organizaciones procedentes de diversos ámbitos políticos, organizativos, geográficos, profesionales y con diferentes culturas de intervención, se encontraran cómodas y a gusto en el seno de las Plataformas.

Cierto es que de esa manera pueden retardarse algunos procesos e iniciativas, pero siempre se pensó que agrupar a la mayor cantidad de sociedad civil gallega era una buena opción para no despegarse de la opinión pública y para garantizar la fortaleza de un movimiento con vocación mayoritaria.

Las PDSP son obviamente de composición variable, y aparecen y se organizan en torno a los problemas sanitarios que afectan a cada localidad, al rechazo de la política de reducción de recursos y de la actividad de los servicios sanitarios públicos y contra la privatización de la financiación y gestión de los nuevos centros. Cuentan con la colaboración de numerosos ayuntamientos que han sido sensibles a las preocupaciones de sus convecinos, algunos de los cuales se han pronunciado en plenos y están apoyando activamente las movilizaciones. Son destacables las posiciones del alcalde de Pontevedra M.A. Fdez. Lores y del de Vigo, Abel Caballero, a la cabeza de las reivindicaciones ciudadanas y de las grandes manifestaciones cívicas que protagonizaron.

<http://www.farodevigo.es/gran-vigo/2010/01/26/gobierno-local-rechaza-nuevo-hospital-financie-fondos-privados/405876.html>

[http://fadsp.org/pdf/Nota%20para%20FADSP%20acerca%20concesion%20V%20Distinguidos.doc?codigo=3693&cod\\_primaria=1171&cod\\_secundaria=1171](http://fadsp.org/pdf/Nota%20para%20FADSP%20acerca%20concesion%20V%20Distinguidos.doc?codigo=3693&cod_primaria=1171&cod_secundaria=1171)

<http://www.elcorreogallego.es/fotos/ecg/manifestacion-defensa-sanidad-publica-santiago/tema-movilizaciones/idGaleria-4204/?int1=0>

El proceso de creación, fortalecimiento y extensión de las PDSP en Galicia es un fenómeno central y quizás el más inte-

resante por su rareza, de todo este largo proceso que cuenta con multitud de perfiles de variado interés. Se trata de un proceso no diseñado sino que fue asentándose de una manera que ahora en retrospectiva parece lógica, lo que no sucedía a priori, y que ha ido madurando a lo largo de estos últimos 15 años. Cierto es que las políticas del PP en los tres últimos años les han dado un considerable impulso y crecimiento exponencial. No son ya objeto de dudas, porque su historia las avala como un útil instrumento de conocimiento, de información y de movilización y los intentos de hacerles frente del gobierno de la Xunta son a menudo patéticos.

Es destacable que son una demostración práctica de la percepción de la gravedad de las amenazas a la SP y de lo importante que se sentía la necesidad agruparse ya en los años noventa, por encima de las lógicas diferencias de organizaciones de muy diversas culturas y ámbitos de actuación. Es evidente que en muy pocas -si no en ninguna- de las áreas de la política y los asuntos colectivos se da esta circunstancia del trabajo unido y constante. Parece que el poder de la sanidad pública para concitarlo es relevante.

Llama también la atención la temprana percepción de los primeros indicios del proceso privatizador, pero como antes se ha dicho, parece una obvia consecuencia de las agresiones; donde hay una agresión puede haber una respuesta. Y en Galicia las agresiones fueron duras y precoces.

Surgen como decimos al calor de un conflicto pero una vez superado éste pueden permanecer "dormidas" con una vida apenas latente meses o años, para despertar súbitamente ante una nueva agresión; lo que podemos denominar efecto "standby".

## SINDICATOS, PARTIDOS Y POLÍTICA SANITARIA:

Es muy encomiable el paso dado por los sindicatos de ocuparse en la práctica exclusivamente de las reivindicaciones laborales de los trabajadores de la sanidad, a abordar la defensa efectiva de la Sanidad Pública como un servicio a la comunidad, algo seguramente debido a la percepción del peligro real de la amenaza y también de que es la ciudadanía quien mejor puede defenderla, promover su mejora y evitar la deriva privatizadora ahora tan agresiva y sin los disfraces que ha tenido en el pasado. Y la importancia de ello no es solo por la fuerza que las organizaciones sindicales imprimen al movimiento de PDSP, sino porque socialmente los sindicatos pasan a ser vistos como organizaciones que no se limitan a reclamar lo obvio, lo que interesa directamente a sus afiliados y representados, sino que se erigen además en defensores de

algo que la comunidad considera vital. El cuidado de la salud conserva su importancia.

Para ello ha sido necesario además que los asuntos sanitarios hayan dejado de ser considerados por las organizaciones como un asunto exclusivo de la rama sanitaria, como venía sucediendo tradicionalmente, sino como algo que todos los cuadros sindicales que pertenezcan a cualquier otra rama, deberían entender para implicarse. No es todo ello desdeñable en un momento en que partidos y sindicatos experimentan un acoso mediático y una baja estima ciudadana.

La crisis como pretexto privatizador es otro aspecto desmontado por las PDSP: podría ello ser difícil de contraargumentar en este momento tan complejo y de bombardeo mediático intensivo, pero las Plataformas y gran parte de la opinión pública gallega conocen bien la antigüedad de las políticas privatizadoras que han tenido lugar tanto en estos tiempos de crisis, como en los pasados de bonanza. Uno de los aprendizajes ha sido el de la presencia mediática de la política sanitaria. Hace años la sanidad solo estaba presente en los medios con ocasión de grandes avances científico-técnicos o en el del abordaje sensacionalista de graves errores o escándalos. Algún tiempo han tardado las Plataformas en percibir la importancia de ganar "*masa crítica*" en veracidad, argumentación, así como de ausencia de demagogia y utilización partidista.

Ahora la presencia de la política sanitaria en la agenda de interés de los medios, inducida por las políticas privatizadoras y los recortes, ha bajado sustancialmente el umbral de masa crítica y hace tiempo son los propios medios quienes buscan a los DSP en la convicción de que son con frecuencia más ciertos y fiables que la propia autoridad sanitaria.

También los políticos han experimentado un gradual cambio respecto a una sanidad que siempre estaba ahí, pero generalmente en los últimos lugares de la agenda, en la que solo parecía ascender a las puertas de un período electoral, cuando gobernando, las listas de espera brillaban negativamente en los titulares o cuando algún político importante sufría un accidente o una grave enfermedad. Fuera de esos momentos puntuales, la sanidad parecía ser un asunto de médicos, de enfermeras y de pacientes...

En lo referido a la relación sanidad/política, además de esta circunstancia de ser la gran desconocida para los políticos, que no parecían en entenderla quizás en parte por su complejidad, la sanidad era utilizada —léase por ejemplo las listas de espera— como simple munición para la confrontación partidista y raramente se abordaban sus problemas de manera

clara y seria. Las PDSP han tenido el mérito de invertir de una forma natural esta utilización partidista de la sanidad: hace años que son la política, la democracia y sus instituciones quienes al contrario están siendo legítimamente utilizadas para la defensa, la protección y mejora de la SP gallega. La política pues al servicio de la SP

Para los partidos de la derecha era sin necesidad de decirlo, también una oportunidad para el negocio, pero en la izquierda algunos parecían, para desesperación de los sanitarios progresistas, haber olvidado cuales son los pilares del estado del bienestar y que ello se debe al largo trabajo de la social-democracia europea.

### **CONOCER, PENSAR, ELABORAR, EXPLICAR; DIFUNDIR.....Y MOVILIZAR**

La combinación de estudio-conocimiento con el destacable papel de los profesionales sanitarios y de unas pocas organizaciones e individualidades progresistas de la sanidad y del ejemplo de las experiencias privatizadoras en el R.U.> han facilitado la elaboración de estrategias y su explicación a la ciudadanía a través de los medios de comunicación. También con otras imaginativas formas como actos en la calle, en todo tipo de locales vecinales y círculos culturales, siempre presente el vínculo de la agitación argumentada con la movilización. Siempre tratando de actuar localmente pero pensando a escala global, enmarcando las agresiones locales como la parte cercana de las grandes políticas autonómicas, estatales, europeas y también de ámbito mundial).

La importancia de la tercera edad en su conocida vinculación a la SP a la que usa, de la que depende y en consecuencia valora, ha tenido su reflejo en la potencia de este movimiento en el que la juventud estaba lógicamente menos presente pero la aparición del movimiento 15M ha sido una inyección juvenil en forma de actos conjuntos, escritos, manifestos y vínculos personales, una corriente de aire fresco que los DSP necesitan indispensablemente para actualizarse y perpetuarse.

En estos momentos de crisis y también de cierto desánimo ante lo que se presenta una y otra vez como inevitable, los aspectos psicológicos son muy importantes: la idea de que defender la SP es necesario pero también posible con la cascada de éxitos que los DSP han tenido en los últimos años, es un capital de entusiasmo que da gran potencia y constituye un estímulo para las nuevas iniciativas locales y la extensión progresiva del modelo de plataformas por Galicia.



La agilidad y flexibilidad, la toma de iniciativas novedosas, la desenvoltura y la osadía en ocasiones, el paso de unas tácticas a otras, las iniciativas multicéntricas, el repiqueteo mediático no permitiendo iniciativa o declaración gubernamental sin su pronta respuesta, supone un gran esfuerzo pero con importante retorno. Son conscientes los DSP de su capacidad de iniciativa y de su credibilidad ante los medios y la opinión pública, y saben bien en que medida "amargan" al gobierno de la Xunta y a la Consellería, la matutina lectura de la prensa. Ingrediente fundamental de esa tensión mediática es el importante y ya antiguo uso de los métodos informáticos. Correos, web, redes sociales..... pero también iniciativas novedosas como la utilización masiva de los powerpoint en todas las charlas —algo quizás derivado de la "costumbre" de los médicos de no hablar nunca sin un soporte de imagen- presentaciones que han llegado a proyectar a primeras horas de la noche sobre las fachadas de concurridas calles comerciales en un alarde mediático de impacto sin precedentes.

### **UNA NUEVA INICIATIVA POPULAR, PARA LA DEFENSA Y LA PROMOCIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA EN GALICIA**

La *Plataforma SOS Sanidade* acaba de tomar la decisión de promover una Iniciativa Legislativa Popular, algo que ya se había hecho en el año 1998. Han pasado 13 años pero tras tantas vueltas el problema que la motivaba sigue siendo básicamente el principal: las maniobras para deteriorar la atención sanitaria pública y avanzar hacia su conversión en una mercancía.

En la intervención parlamentaria el portavoz de las Plataformas concluía con una frase que no ha perdido su actualidad: *"Está en juego un modelo sanitario resultado de una evolución de años y de los esfuerzos de toda la sociedad, en el que los pasos equivocados son difíciles de desandar. Un modelo que no admite improvisaciones o iniciativas poco reflexivas, ni promovidas por intereses económicos espurios, un modelo sanitario público que no podemos poner en riesgo de deteriorarse"*.

En la Exposición de Motivos de esta nueva ILP se resume muy bien su pensamiento: *"El artículo 43 de la Constitución reconoce el derecho a la protección de la salud, correspondiendo a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública, mediante las medidas preventivas, las prestaciones y los servicios necesarios. Es competencia de la Comunidad Autónoma de Galicia, conforme a los artículos 148 y 149 de la Constitu-*

*ción y al artículo 33 del Estatuto de Autonomía de Galicia, el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior, así como en materia de Seguridad Social, excepto las normas que configuran su régimen económico."*

*La sanidad pública constituye -junto con la enseñanza y los demás servicios públicos- un elemento básico del Estado Social y un claro indicador de equidad y solidaridad. En las últimas décadas, sin embargo, estos principios aparecen cuestionados por una campaña neoliberal de ataque y desmantelamiento de los sistemas públicos de salud. La decisión de combinar una reducción del presupuesto sanitario con el recurso al sector privado para construir, restaurar, equipar y gestionar los centros sanitarios lleva el sistema a una situación de limitación de los recursos necesarios para el mantenimiento de la actividad de los servicios, y a un grado de endeudamiento incompatible con el sustento del sistema público, cuando menos en las condiciones actuales de universalidad y gratuidad en el momento del uso, y que garantizan la accesibilidad a la atención de salud en condiciones equitativas para toda la población.*

*La finalidad de la ILP es frenar esa tendencia privatizadora, mediante la defensa y promoción de la sanidad pública gallega como garantía para la efectividad del derecho constitucional a la protección de la salud. La ILP opta expresamente por la gestión pública directa de las instituciones sanitarias del Sistema de Salud de Galicia y rechaza las fórmulas de colaboración público-privada alegando que en países de nuestro entorno han producido un contrastado empeoramiento de la calidad asistencial y un enorme aumento de los costes sanitarios. También pretende incrementar la capacidad resolutive en Atención Primaria y defiende un sistema de gestión descentralizado territorialmente, promoviendo la autonomía de las áreas sanitarias, sin renunciar a decisiones centralizadas sobre cuestiones concretas".*

### **UNA DIFÍCIL TAREA**

Nada la resume mejor que este párrafo del Dr. Sánchez Bayle extraído del artículo *"La Sanidad Pública tras la victoria del PP"*, Nueva Tribuna, del 29 de noviembre:

*"Desde la perspectiva de quienes defendemos el sistema sanitario público quedan cuatro ejes de trabajo en los que hay que avanzar, sin descuidar ninguno de ellos porque son complementarios.*

- *Uno es el científico-técnico, que tiene que ver con el segui-*

*miento y evaluación de las privatizaciones y la política neoliberal, desvelando las debilidades que presenta en el marco teórico y analizando sus repercusiones sobre la salud y sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios;*

- *el segundo es el profesional, que debe de analizar las consecuencias sobre los profesionales de la política privatizadora, tanto en cuanto a sus condiciones de trabajo como sobre la propia práctica profesional y la calidad de la misma;*

- *el tercero es el social, potenciando una amplia alianza de todos los sectores políticos y sociales que se enfrentan a la privatización,*

- *y el cuarto y no menos importante, es el internacional, porque los problemas y las soluciones no se circunscriben a España y hay que darles respuesta desde un marco mas amplio que permita avanzar en alternativas globales a lo que es una estrategia global de desmantelamiento de los servicios sanitarios públicos. Se trata de una tarea dificultosa y llena de problemas, pero que puede y debe de afrontarse con flexibilidad y tenacidad, aunando los esfuerzos de todos los agentes, porque es muy importante lo que esta en juego, un sistema sanitario público universal y de calidad”.*

#### **UNA REFLEXIÓN FINAL:**

Es evidente que los PDSP de Galicia y la ciudadanía gallega tienen un trabajo ingente por delante, quizás más duro aún en estos tiempos de la crisis y por la agresividad neoliberal, que en 1998 estaba ensayando aún los primeros pasos para dar un bocado definitivo al estado del bienestar en general y al SS Publico en particular. Ahora no se trata solo de una precoz iniciativa de un gobierno de una pequeña Comunidad Autónoma en la periferia de la Unión Europea. Ahora los gallegos y gallegas se enfrentan al mismo adversario que los conciudadanos de la casi totalidad de las CCAA con gobiernos privatizadores del mismo signo que el que acaba de tomar posesión al frente del gobierno de España.

Y no estamos solos en esta difícil tarea que compartimos también con los ciudadanos de los países que temen perder su sanidad pública, como el Dr. Sánchez Bayle apuntaba. Y por supuesto también con todas las personas que en países que no la disfrutaban, miran atentos hacia Europa esperando el resultado incierto de esta larga batalla. Quizás como una ayuda valiosa, convenga tener en cuenta esta experiencia de casi 20 años de trabajo en defensa de la Sanidad Pública en Galicia. ♦



# Citas bibliográficas

LUIS PALOMO. FADSP.

## LA POBREZA EN EEUU

---

### **Income, Poverty and Health Insurance Coverage in the United States: 2010**

Carmen DeNavas-Walt; Bernadette D. Proctor; Jessica C. Smith

**U.S. Census Bureau, Current Population Reports, P60-239, U.S. Government Printing Office  
Washington, DC, September 2011.**

Available online as PDF file [95p.] at: <http://1.usa.gov/nBvVQ0>

En los EE.UU., la Oficina del Censo ha anunciado que en 2010, el ingreso medio por hogar se redujo un 2,3 % respecto a 2009; la tasa de pobres aumentó del 14,3 % en 2009 al 15,1, alcanzando a 46,2 millones de personas, siendo el mayor aumento de los últimos 50 años. El porcentaje sin cobertura de seguro de salud se mantuvo en valores similares al año anterior y afecta a 49,9 millones de personas, el 16,3 % de la población.

## 1,20 \$/PERSONA/AÑO PARA REDUCIR LA ENFERMEDAD

---

### **From burden to “best buys”:**

#### **Reducing the economic impact of NCDs in low- and middle-income countries**

##### **Summary: World Health Organization, September 2011**

New WHO study details low-cost solutions to help curb the tide on noncommunicable diseases

Strategies to prevent and treat cancer, heart disease, diabetes and lung disease for just US\$ 1.20 per person per year

Available online PDF file at: <http://bit.ly/r7ZY50>

Según la OMS, los países de bajos ingresos podrían introducir un conjunto básico de medidas para prevenir y tratar el cáncer, las enfermedades del corazón, la diabetes y la enfermedad pulmonar crónica por sólo 1,20 dólares EE.UU. por persona al año. Esta recomendación se basa en que las enfermedades no transmisibles son una de las principales amenazas para el crecimiento económico y el desarrollo. En los próximos 15 años las enfermedades no transmisibles costarán a los países de bajos y medianos ingresos más de 7 billones de dólares.

La lista de medidas incluye los impuestos especiales sobre el tabaco y el alcohol; liberar de humo los lugares de trabajo y lugares públicos cerrados; la información sobre salud y campañas como las dirigidas a reducir el contenido de sal de las comidas y la sustitución de las grasas, así como programas de sensibilización pública acerca de la dieta y la actividad física.

Las actuaciones sobre el individuo incluyen la detección, el asesoramiento y la terapia con medicamentos para las personas con alto riesgo de enfermedad cardiovascular; la detección del cáncer de cuello uterino y la inmunización contra la hepatitis B para prevenir el cáncer de hígado.

## LA SALUD TAMBIÉN VA POR BARRIOS

---

### **Segregated Spaces, Risky Places:**

#### **The Effects of Racial Segregation on Health Inequalities**

Thomas A. LaVeist, Darrell Gaskin, Antonio J. Trujillo

##### **Joint Center for Political and Economic Studies –September 2011**

Supported by the W.K. Kellogg Foundation.

Available online PDF [44p.] at: <http://bit.ly/nFtQo9>

Las características del vecindario donde se vive pueden determinar la salud. La calidad de las escuelas, el acceso a la atención médica de calidad y a los alimentos nutritivos, y la exposición a riesgos ambientales tienen un impacto significativo en los años

de vida. Los residentes de los barrios pobres tienen, en promedio, una vida considerablemente más corta que los residentes de los barrios que no sufren carencias.

En los EEUU, a pesar de que la segregación residencial parece estar disminuyendo, las diferencias en mortalidad infantil se han incrementado.

Los gobiernos pueden mejorar las condiciones de salud estimulando la inversión pública y privada para ayudar a que todas las comunidades sean saludables. Se pueden crear incentivos para mejorar las opciones de los barrios para conseguir mejores alimentos; actuar decididamente contra la degradación del medio ambiente; desconcentrar la pobreza de las zonas urbanas deprimidas y dotar a las zonas rurales de viviendas inteligentes y de mejoras en la política de transporte.

## **CONSEJOS PARA MEJORAR LOS HOSPITALES DEL FUTURO**

---

### **Hospitals and Care Systems of the Future**

**American Hospital Association AHA, September 2011**

Report available online at: <http://bit.ly/qtZfrD>

Los hospitales de los Estados Unidos se enfrentan a un cambio sin precedentes. Los expertos del sector consideran que durante la próxima década las presiones asistenciales y los ajustes económicos transformarán la asistencia hospitalaria y se incrementarán los copagos para sostener la financiación.

En el actual entorno económico, los hospitales deben centrar sus esfuerzos en iniciativas como:

1. La continuidad asistencial será la guía que ponga en línea los intereses de hospitales, médicos y proveedores
2. La utilización de prácticas basadas en evidencia para mejorar la calidad y la seguridad del paciente
3. Mejorar la eficiencia a través de la productividad y la gestión financiera
4. El desarrollo de sistemas integrados de información
5. La unión y crecimiento de redes integradas de proveedores
6. Educar e involucrar a los empleados y médicos para crear líderes
7. Fortalecimiento de las finanzas para facilitar la reinversión y la innovación
8. La asociación con los ciudadanos y contribuyentes
9. Avanzar en la planificación estratégica, financiera y operativa

Por su parte, la administración de los hospitales debe lograr la competencia en varias áreas de prestación de la atención y de gestión de la organización, como:

1. Diseño y actividad centrada en el paciente, la atención integral
2. Creación de un gobierno responsable y con liderazgo
3. La planificación estratégica en un entorno inestable
4. Colaboración interna y externa
5. Administración financiera y gestión del riesgo empresarial
6. Participación de los potenciales empleados con dedicación exclusiva
7. Mejorar el rendimiento mediante la recolección y utilización discrecional de datos apoyado en los sistemas de información

## **LA SOSTENIBILIDAD PASA POR LA EQUIDAD**

---

**Human Development Report 2011**  
**Sustainability and Equity: A Better Future for All**  
**United Nations Development Programme UNDP**  
**November 2011 - New York, NY, USA**  
Available online at: <http://bit.ly/uwa0mg>

Según el Informe sobre Desarrollo Humano 2011 la sostenibilidad del planeta está íntimamente ligada a la equidad, a las cuestiones de justicia social y al acceso a una mejor calidad de vida. Las previsiones indican que el fracaso continuo para reducir los graves riesgos ambientales y desigualdades amenaza con desacelerar décadas de progreso sostenido, incluso para revertir la convergencia global en el desarrollo humano.

Los desequilibrios de poder y las desigualdades de género están vinculados a la reducción del acceso al agua potable y al saneamiento, a la degradación del suelo y a la enfermedad y muerte debidos a la contaminación del aire, amplificando los efectos asociados a las disparidades de ingresos.

Alternativas a la desigualdad y la insostenibilidad pasan por el acceso a la energía renovable, al agua y saneamiento, a la salud reproductiva, Mayor rendición de cuentas y los procesos democráticos también pueden mejorar los resultados. Los enfoques con éxito se basan en la participación de la comunidad, en instituciones ampliamente incluyentes y en la atención a los grupos desfavorecidos.

Tanto o más que los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el mundo necesita un marco de desarrollo que refleje equidad y sostenibilidad. El informe muestra que los enfoques que integran la equidad en las políticas y los programas y los que permiten a las personas lograr un cambio en los ámbitos jurídicos y políticos son los más prometedores.

## **LOS MÉDICOS PUEDEN HACER MUCHO POR LA EQUIDAD**

---

**Social Determinants of Health – What Doctors Can Do**  
**British Medical association BMA - October 2011**  
Available online PDF [28p.] at: <http://bit.ly/uOx4Ib>

En todo el mundo los médicos reconocen la importancia de las desigualdades en salud, no sólo del acceso a la atención sanitaria, sino también de la clase social. Las desigualdades en salud están relacionados con los determinantes estructurales, tales como edad, ingresos, educación, ocupación, género, etnia y lugar de residencia. Muchos médicos se sienten incapaces de realizar cambios efectivos en cualquiera de estos aspectos, tanto para sus pacientes como para sus comunidades, y con frecuencia se sienten frustrados. En Inglaterra, la salud y la esperanza de vida están mejorando constantemente y los médicos están buscando formas de reducir el gradiente entre grupos socioeconómicos.

Algunas de las medidas que los médicos pueden adoptar para aminorar el efecto de los determinantes sociales de la salud y reducir el gradiente social son difíciles de llevarlas a cabo durante toda la vida de un paciente individual, por lo cual es preciso incorporar actuaciones que implican trabajar con la comunidad y que los médicos ejerzan funciones de liderazgo social.

Estos son algunos ejemplos del documento:

### **Dar a cada niño el mejor comienzo al inicio de su vida**

- 1 Reducir las desigualdades en el desarrollo temprano de la salud física y emocional, y cognitivo, las habilidades lingüísticas y sociales.
- 2 Asegúrese de alta calidad de los servicios de maternidad, programas de crianza, cuidado de niños y primeros años de educación para satisfacer las necesidades de todas las capas sociales.

3 Crear la capacidad de recuperación y el bienestar de los niños pequeños en todas las capas sociales

**Que todos los niños, jóvenes y adultos puedan maximizar sus capacidades y tener control sobre sus vidas**

1 Reducir el gradiente social de las competencias y cualificaciones  
2 Asegúrese de que las escuelas, las familias y las comunidades trabajen en conjunto para reducir las diferencias en salud, y mejorar el bienestar y la resiliencia de los niños y los jóvenes.

3 Mejorar el acceso y el uso al aprendizaje de calidad

**Crear empleo digno y un buen trabajo para todos**

1 Mejorar el acceso a buenos empleos y reducir el desempleo de larga duración

2 Hacer más fácil para las personas que están en desventaja en el mercado de trabajo para obtener y mantener un empleo.

3 Mejorar la calidad de los empleos en todo el gradiente social.

**Asegúrese de nivel de vida saludable para todos**

1 Establecer un ingreso mínimo para una vida saludable para las personas de todas las edades.

2 Reducir el gradiente social en el nivel de vida a través de impuestos progresivos y otras políticas fiscales.

**Crear y desarrollar lugares saludables y sostenibles**

1 Desarrollar políticas comunes para reducir la escala y el impacto del cambio climático y las desigualdades en salud.

2 Mejorar el capital de la comunidad y reducir el aislamiento social en todo el gradiente social.

