

CRÍTICA AL ANTEPROYECTO DE LEY DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



CONFEDERACIÓN GENERAL DEL TRABAJO

SINDICATO DE SANIDAD DE MADRID

INTRODUCCIÓN

La futura Ley de Cohesión tendrá el **mismo rango que la Ley General de Sanidad (LGS)**. Este Anteproyecto no sólo desarrolla los aspectos más reaccionarios contenidos en dicha Ley, sino que orienta sus disposiciones, respecto a los derechos sanitarios de la población y laborales de los trabajadores del Sistema Nacional de Salud (SNS), basándose en las interpretaciones más restrictivas y contrarias al espíritu de la misma.

A su vez, esta Ley llega tarde. El que previamente a la culminación del proceso de transferencias se hallasen sin desarrollar aspectos básicos de la LGS -desde la **Alta Inspección** (entidad que velaría por la calidad de la atención sanitaria en todas las Comunidades Autónomas -CCAA- y por el cumplimiento de los objetivos generales del SNS), hasta la **participación**, pasando por el establecimiento de **ratios de población por trabajador** de la sanidad-, en un marco carente de **planificación general** y en ausencia de un Plan Integrado de Salud, ha generado **diferentes enfoques y políticas sanitarias en las CCAA**, que en algunos casos han llegado a ser contradictorios (basta comparar las Leyes de Ordenación Sanitaria que han aprobado los diferentes gobiernos autonómicos).

Es estas condiciones es **difícil armonizar y cohesionar** un sistema sanitario. Y esto es así porque el Estado carece de potestad ante la diversidad de competencias de las autonomías en materia de sanidad interior (condiciones económicas, inversiones, universalidad y gratuidad del sistema, dependen de la voluntad de las CCAA), lo que, **en ausencia de mecanismos de control social**, supone la fragmentación del sistema y pone en grave riesgo el mantenimiento de la protección sanitaria como derecho social universal, ya que **sin los controles del Estado y sin los controles sociales el sistema será más vulnerable frente al sector financiero y las cada vez más poderosas compañías privadas** que operan en la sanidad.

También es difícil proceder a esa armonización tras la aprobación de la Ley 21/01 de 12/01, que impone un nuevo modelo de financiación sanitaria que **no garantiza la suficiencia de los fondos** destinados a la sanidad pública, **ni asegura** con carácter ge-

neral el **uso y destino sanitario del dinero público** entregado a las CCAA para tal fin, **ni tiene en cuenta las grandes diferencias de recursos económicos e infraestructuras de las diferentes Comunidades**, lo que **impide** prácticamente la **planificación general** y **dificulta la coordinación** del Sistema.

Por tanto, **esta Ley es ineficaz para cumplir su objetivo central** en torno a la coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas Sanitarias, y para hacer frente a los grandes problemas y retos sanitarios generales: financiación suficiente, garantía y homogeneidad de las prestaciones sanitarias, desigualdades territoriales, atención a las necesidades de salud generales y específicas de las CCAA, necesidades de equipamientos y distribución correcta, establecimiento de condiciones laborales y plantillas adecuadas a fin de garantizar la calidad de la atención, y articulación de una participación real de la población y de los trabajadores del sector para hacer efectiva la descentralización real del sistema.

Para lo que sí se demuestra eficaz esta Ley es para anular los aspectos progresistas y avances contenidos en la LGS, sustituyendo un enfoque de protección del derecho a la salud por otro centrado en criterios economicistas y de rentabilidad económica, desarrollado y aplicado a raíz de la Ley 15/97 sobre Nuevas Formas de Gestión. Con esta Ley se persigue **cerrar toda posibilidad real de descentralización y participación**, e **imponer definitivamente el camino hacia la fragmentación del sistema y su privatización**, dado el rango de ley de leyes sanitarias que se le atribuye.

Una ley que busque la cohesión y calidad del SNS, debe preservar el bien común, la solidaridad y la equidad del sistema, y tender a disminuir las actuales e importantes desigualdades territoriales, garantizando los mismos derechos a toda la población. Para ello debe definir las garantías del sistema en su conjunto y los mecanismos para hacerlas efectivas, de manera que **todos los ciudadanos del Estado puedan acceder a todos los recursos del sistema de forma gratuita** y equitativa; y debe definir mecanismos que garanticen la participación desde la base del sistema, facilitando el **control y acercando la toma decisiones sanitarias a**

la población y a los trabajadores del sistema en los diferentes niveles. Pero no ha sido ni es este el interés del poder económico ni del político, de ahí que no se haya procedido a asegurar estas medidas con antelación al proceso de transferencias.

En definitiva, la Ley de Cohesión consolida un escenario sanitario con recursos fragmentados, dispersos y sin estructura integrada, con una gestión mercantilista y una provisión de servicios que favorece a la medicina privada, y cuyas consecuencias serán el fortalecimiento de las tendencias actualmente dominantes:

- Inexistencia de una política de salud en el marco estatal.
- Incremento de la dispersión de los recursos sanitarios públicos, de la privatización de la gestión y de la provisión.
- Aumento de las desigualdades sanitarias.
- Restricción de acceso a las prestaciones y limitación de las prestaciones públicas.
- Disminución del empleo en la sanidad pública y precariedad laboral.
- Aumento de las listas de espera, de la masificación de las urgencias y de los servicios.
- Pérdida de la calidad de la atención sanitaria.
- Inexistencia de mecanismos reales de participación social.

PRINCIPIOS RECTORES

Según el Anteproyecto, son **objetivos** de esta Ley establecer las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas Sanitarias, una vez acabado el proceso de transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, “que garanticen la **equidad**, la **calidad** y la **participación social** en el SNS”.

Sin embargo, se abre la puerta a la **restricción de prestaciones** sanitarias con carácter general, mediante la creación de un **Catálogo de Prestaciones** de carácter básico del SNS, limitando nuevas inclusiones y facilitando la exclusión de prestaciones actualmente en vigor; se autoriza la **desigualdad de prestaciones y derechos sanitarios** según lugar de residencia, al no impedir que cada CCAA amplíe ese catálogo si corre con los gastos (como determinaba el Acuerdo de Modernización del SNS); **se impide esta-**

blecer criterios que garanticen la adecuada calidad de la atención en el SNS y en las CCAA, al no definirse las plantillas necesarias con carácter general a todos los servicios y centros públicos o concertados, o al no establecerse cargas de trabajo apropiadas, a fin de que errores y accidentes evitables no sucedan; **se impide la resolución** al problema estructural de las **listas de espera** inasumibles sanitariamente, al no establecerse criterios de dotación y creación de las infraestructuras precisas; **se impide la participación ciudadana** y la acción social sanitaria, al no desarrollarse criterios comunes de participación ciudadana ni establecerse diferentes niveles de participación, al confundirse derechos individuales con participación colectiva e institucionalizarse ésta con la clara intención de vaciarla de contenido.

Otra “**aportación**” de la Ley es definir aquellos ámbitos en que es precisa la colaboración entre el Estado y las CCAA, “**sin interferir en la diversidad de fórmulas organizativas, de gestión y de prestación de servicios consustancial con un Estado descentralizado**”.

Sin embargo, la “descentralización” que propugna el gobierno poco tiene que ver con facilitar más eficazmente la cobertura de las necesidades sanitarias en las diferentes CCAA, con **acercar la toma de decisiones a la ciudadanía o facilitar que trabajadores y población ejerzan el control sobre la sanidad pública que les corresponde**.

CAPÍTULO I: PRESTACIONES

ORDENACIÓN DE LAS PRESTACIONES.

Se define la confección de un **Catálogo de Prestaciones** (art.4,8,9,10,11,12,13,14,15,16) que contendrá las prestaciones comunes a todo el SNS, pudiendo éstas hacerse efectivas en centros y servicios propios y concertados.

- La descripción de las prestaciones que dará el SNS es tan amplia como difusa, ya que al no detallar las técnicas, tecnologías o procedimientos que ofertará, queda reducido a una serie de titulares. Por ejemplo, la prestación de salud bucodental ¿incluirá los empastes o las prótesis con cargo a la financiación pública? El contenido real de las prestaciones del SNS

vendrá determinado por la Cartera de Servicios, y será un Real Decreto quien informe de la cobertura real que establezca el gobierno.

Se establece que las prestaciones serán **responsabilidad financiera de las CCAA** (art.7).

- **El nuevo modelo de financiación** (Ley 21/01) **y su insuficiencia** -a los que se hizo anteriormente referencia-, junto al Acuerdo de Modernización del SNS de 12/97 (que establece unas prestaciones básicas y comunes al SNS y otras complementarias sufragadas por las Comunidades que las instauren), van a tender a que las CCAA restrinjan la Cartera de Servicios común del SNS, para evitar el máximo de desembolsos obligados, y proceder, posteriormente, a la creación de las prestaciones adicionales según la presión de su población (que procurarían sufragar a través de impuestos especiales).

Esta tendencia u otras similares, se verán favorecidas desde las Comunidades más pobres y con menos infraestructuras, dado que un amplio catálogo podría llevarlas a la ruina. El Consejero de Sanidad de Murcia, en el IV Encuentro sobre Sanidad Privada celebrado en 2001 y patrocinado por Adeslas, manifestaba que “va a ser difícil que la financiación sirva a la vez para cubrir los gastos asistenciales y las inversiones que vayan haciendo falta”, y añadía que “no habrá más remedio que fomentar un debate para conocer la posibilidad real de integración de otros agentes en el servicio sanitario”, en clara alusión a la necesidad de recurrir a la financiación privada o ceder a ésta parcelas asistenciales.

El carácter restrictivo del Catálogo es inevitable, debido a las tendencias e intereses desatados por el desarrollo del nuevo modelo sanitario que se ha ido configurando a raíz de la Ley 15/97 sobre Nuevas Formas de Gestión.

Qué diferencia con lo expuesto en la LGS: “Los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a **corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso** a los

Servicios Sanitarios Públicos en todo el territorio español” (art.12). “La generalización del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria que implica la **homologación de las atenciones y prestaciones del sistema sanitario público** se efectuará mediante una **asignación de recursos financieros** que tengan en cuenta tanto la población a atender en cada Comunidad Autónoma como las inversiones sanitarias a realizar **para corregir las desigualdades territoriales sanitarias**, de acuerdo con lo establecido en el art. 12” (art.81).

DESARROLLO Y ACTUALIZACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS.

Mediante **Real Decreto** (art.17-1) el gobierno decidirá, previo informe del Consejo Interterritorial del SNS, la **Cartera de Servicios** (técnicas, tecnologías o procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias), correspondiente al Catálogo de Prestaciones común al SNS y con cargo a la financiación pública, **sin perjuicio de que tanto el catálogo como la Cartera puedan ser ampliados por las CCAA si éstas corren con los gastos** que se deriven de ello.

- En primer lugar, determinar un tema de tal envergadura como es el Catálogo de Prestaciones y su Cartera de Servicios mediante **Real Decreto**, supone un **abuso del gobierno**, que pretende ocultar sus verdaderas intenciones al hurtar todo posible debate en el Congreso y evitar que éste llegue a la sociedad civil, procurando impedir así que ésta pueda intervenir y manifestar su parecer de forma previa a su promulgación. **Desprecia, por tanto al Congreso** -al evitar que las decisiones se tomen en él-, y **desprecia a la sociedad civil**, a la que intenta impedir toda acción política, sindical o social previa a la promulgación de la ley. **Escasa credibilidad** pueden tener en estas circunstancias **sus declaraciones sobre la participación ciudadana** en el nuevo modelo sanitario.
- La elaboración de un Catálogo de Prestaciones en los términos que aquí se exponen significa un cambio histórico importante. La **actual ordenación de las**

prestaciones procede de la organización de los servicios sanitarios y de las decisiones de los profesionales, básicamente de los facultativos, es decir, de las necesidades que captan los agentes directos en contacto con la población y las soluciones que dan, y que inciden en la propia organización de los servicios. A este proceso se suman los estrechos y formales cauces de participación ciudadana (no ha existido voluntad política para desarrollarlos). Con esta Ley se **trasladan los centros de decisión en esta materia a las autoridades sanitarias** -en el sentido ya avanzado en el Acuerdo de Modernización del SNS de 1997-, siendo éstas las que definan desde arriba quiénes y en qué condiciones tendrán acceso a determinadas prestaciones. Dada la visión economicista que impregna la actual política sanitaria, las consecuencias serán la limitación de las prestaciones para la población y la concentración de poder sanitario en manos de políticos y gestores, al limitar el protagonismo e iniciativas de los agentes sanitarios en contacto con la población, lo que limitará aún más las posibilidades de control y participación ciudadana. En este marco, **carecen de nuevo de credibilidad las referencias a la descentralización del sistema sanitario**.

- En tercer lugar, esta Ley no acota la posibilidad, contemplada en el Acuerdo de Modernización del SNS, de ampliación de las prestaciones comunes del SNS por parte de las CCAA, siempre que corran con su coste. Dejar abierta tal posibilidad supone dar carácter de básicas a las prestaciones comunes al SNS y, por tanto, de mínimas en todos los sentidos. El que las **CCAA puedan establecer prestaciones adicionales en sus Carteras de Servicios** (como ya vienen haciendo), supone eliminar el principio de equidad del SNS, al acabar con la homogeneidad en la cobertura de prestaciones y la igualdad en el acceso a éstas, ya que **impide que todos los ciudadanos accedan a la totalidad de los recursos públicos**, aumentando así las **desigualdades geográficas** según los recursos económicos que posea cada Comunidad y la presión fiscal que sean capaces de soportar sus ciudadanos.

La quiebra de la LGS es evidente. Esta Ley, en su capítulo Primero, artículo tercero, dice que «*la política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales o sociales*»; **se quiebra igualmente la Constitución**, que exige la garantía para todos los ciudadanos de tener cubierta la contingencia de la enfermedad, definiendo la igualdad de oportunidades en el acceso; y **quiebra**, finalmente, **las recomendaciones del Consejo de Comunidades Europeas** cuando expone la necesidad de «garantizar el acceso de las personas que residan legalmente en el territorio del Estado miembro a la asistencia sanitaria, así como las medidas de prevención de las enfermedades» ("La protección social en Europa", Comisión de las Comunidades Europeas, 1.993).

La confección de la Cartera de Servicios se realizará "teniendo en cuenta la eficacia, **eficiencia**, seguridad y utilidad terapéuticas (...) y su **impacto económico y organizativo**" (art. 17-1). La inclusión de nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos, tras valoración de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo, deberá cumplir una serie de requisitos entre los que se contempla la **eficiencia** (art.18-2). "La exclusión de una técnica, tecnología o procedimiento actualmente incluido en la Cartera de Servicios se llevará a cabo cuando concorra **alguna** de las circunstancias siguientes: evidenciarse su falta de eficacia, efectividad o **eficiencia**, o que el **balance beneficio/riesgo sea significativamente desfavorable**" (art.18-5).

- Los conceptos que pueden encerrar términos como "necesidad", "utilidad terapéutica o social", "ventajas y alternativas asistenciales", dependen de la filosofía con que se aborde. La confección de la Cartera de Servicios de forma ajena a las decisiones de los agentes sanitarios y de la población, como hemos visto anteriormente, **tenderá a separar esas decisiones de sus ámbitos naturales y reales. Dejar esa responsabilidad en manos de políticos, gestores** y, a lo sumo, de unos expertos de dudosa independencia (quien paga y elige, manda), **sólo responde a la intención política de reducir las prestaciones gratuitas del SNS**, trasladando el

coste de las que queden fuera de cobertura al bolsillo de las precisen (rompiendo así el principio de solidaridad del sistema).

- Que la “**eficiencia**” (coste/efectividad) o el “**impacto económico y organizativo**”, determine la gratuidad o no de una prestación, también es de **difícil explicación**, ya que significa colocar factores como el coste o la organización por encima de la necesidad real **en una sociedad que presume de estar entre las diez economías primeras del mundo**. Tampoco puede recurrirse al pretexto de un gasto excesivo, ya que los gastos sanitarios están por debajo de la media europea, igual que los gastos sociales (5 puntos de PIB por debajo), y que el gasto público en protección social ha caído 3’1 puntos desde 1993.

Por ejemplo, en determinadas tumoraciones neurológicas, como el glioblastoma maligno, el tratamiento quirúrgico más la radioterapia no logra prolongar el año de vida en el 90% de los casos, falleciendo el 10% restante en los primeros meses transcurrido aquel, y siendo muy raros los casos que alcanzan los 2 años de vida. En términos económicos el tratamiento posee una coste/efectividad muy bajo. Además, el número de nuevos casos anuales en España apenas ronda los 1500. ¿Se incluye entre las prestaciones públicas? ¿Y los tratamientos del SIDA? ¿Y cualquier tratamiento en ancianos mayores de 75 años, causantes realmente de un importante incremento del gasto sanitario, máxime si se trata de varones, cuyas expectativas de vida son ya mínimas? **¿Cuál es el precio asumible por cada mes o cada año en que se alarga la vida? ¿Cuál por la calidad de vida en ese tiempo?** ¿Vale lo mismo para los poderosos que para los trabajadores?

Entre dos tratamientos, uno con un bajo coste, efectos secundarios importantes y un porcentaje considerable de riesgos vitales, y otro más caro y que sin lograr mayor efectividad que el anterior sus efectos indeseables son mucho menores, prestando una mejor calidad de vida, ¿cual se introduciría en la Cartera de Servicios? **¿Va a tener la población acceso a una información veraz y va a poder participar en este tipo de deci-**

siones? En numerosas patologías, a partir de ahora, quienes tengan medios económicos podrán acceder a medios terapéuticos en el medio privado, en tanto que quienes no los tengan carecerán de esas posibilidades.

Si se hace referencia al impacto organizativo, significa que se está colocando la organización por encima de la necesidad o la eficacia de la técnica o tecnología a aplicar. Es inadmisibles que en lugar de adaptar la organización del sistema a las prestaciones, se pretenda rechazar éstas porque no encajan en la organización, o lo que igual, se pretende que las necesidades sanitarias de la población se adapten a la organización del sistema, y no al revés. **El coste de determinados cambios organizativos no puede imperar a la hora de incluir o no una prestación** en el Catálogo.

Si atendemos a los principios expuestos en la LGS, podremos observar las diferencias existentes: “Los servicios sanitarios, así como los administrativos, económicos y cualesquiera otros que serán precisos para el funcionamiento del Sistema de Salud, **adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia**, celeridad, economía y flexibilidad” (art.7 de la LGS).

- Estas medidas amenazan con acercar **el comportamiento del SNS al de las sociedades privadas**, al limitar las alternativas de los profesionales, que quizás eligiesen otras terapias que no cubre el SNS y que podrán encontrarse en el sector privado. La contradicción entre la autorización a que una prestación pueda darse en el sector privado y, sin embargo, no se incluya en la Cartera de Servicios del SNS con carácter gratuito, es de **difícil explicación**. Y esto es así, **porque o se está cometiendo un fraude en el sector privado o se está hurtando un derecho en el sector público**, ya que si una prestación presenta alguna característica que la descarta como válida en el sector público, sucederá lo mismo en el privado. De la misma forma, si una prestación es lo suficientemente buena como para someter a la población a ella en el sector privado, lo mismo sucederá en el público.

- Por último, los aspectos económicos deben tenerse en cuenta a fin de evitar el despilfarro y conocer realmente el coste de la actividad sanitaria, pero sin perjuicio para la población. Las actividades que integran programas y políticas de salud deben ser protocolizadas y **la valoración de eficacia, eficiencia y efectividad se deben hacer midiendo costes marginales, minimización de costes, coste/oportunidad, coste/eficacia**, etc.

En cualquier caso **el criterio básico de inclusión** debería ser **el nivel de impacto sobre los problemas de salud y las mejoras logradas en el tiempo y calidad de vida** de las personas afectadas y de la población en su conjunto, **y no la rentabilidad económica** alcanzada, y ello sin olvidar que **la población, que es quien costea el gasto sanitario público, debe ser quien tenga la última palabra**, de forma directa y concreta, sin diluirse en apoyos a opciones políticas de forma general (el voto en unas elecciones generales no supone el apoyo a una política sanitaria concreta; ésta debe ser, por su transcendencia, consultada directamente al tiempo que se abren canales de participación y decisión directa y en todos los niveles asistenciales e institucionales).

En salud es inadmisibile sustituir el concepto beneficio social por el de beneficio económico, y si esto se hace se acaba por pagar un alto precio, ya que determinados ahorros despiertan mayores necesidades y problemas, aumentando el coste global.

GARANTÍAS DE LAS PRESTACIONES.

“El gobierno, mediante Real Decreto, previo informe del Consejo Interterritorial, establecerá el marco para garantizar un **tiempo máximo de acceso a las prestaciones** en el SNS. Las **CCAA** definirán **tiempos máximos de acceso en su Cartera de Servicios** dentro de dicho marco” (art.22).

- Se mantiene el abuso de la vía del RD como forma de legislar (el poder ejecutivo asume así los poderes del poder legislativo), y se margina a las organizaciones sociales a la hora de definir un punto de grave repercusión. Se abre, igualmente, la

posibilidad de **diferentes tiempos de espera para acceder a las prestaciones públicas, según el lugar de residencia**, aumentando así las desigualdades territoriales al romper la equidad en el acceso.

- No se aclara como se resolverán esos tiempos máximos de espera, pero parece evidente que **se recurrirá a la remisión del paciente a centros concertados o directamente privados** (como han manifestado varios Consejeros de Sanidad), **ya que no existe ningún planteamiento de adecuar los equipamientos y las plantillas a las necesidades sanitarias reales**, lo que supone mantener el problema estructural de las listas de espera y una derivación innecesaria de usuarios y fondos económicos al sector privado.

El Anteproyecto establece la creación de un “Registro General de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, de carácter público, que permitirá conocer a los usuarios los centros, establecimientos y servicios **de cualquier titularidad**, autorizados por las CCAA” (art.23-2).

- Sin embargo, el registro de centros y servicios sanitarios ya existe, siendo una información pública. Tampoco es debido a la culminación del proceso de transferencias sanitarias a las CCAA, pues este proceso ha durado más de una década y en este período la información sobre qué centros son públicos o concertados no ha sido un misterio. El objetivo de esta medida no es disponer de un registro mercantil o de licencias de apertura, ni el de facilitar las direcciones de los centros a la población (bastaría cualquier guía de teléfonos o los registros existentes pertinentes).

La finalidad responde al objetivo, ya expresado en el Acuerdo de Modernización del SNS, de crear un organismo capaz de elaborar información sensible de los diferentes centros sanitarios, a fin de posibilitar la **libre elección de médico y centro** en un marco sanitario caracterizado por la competencia de centros y servicios, y por la **desestructuración de las infraestructuras públicas del SNS** (aumento de los conciertos con el sector

privado, inclusión masiva de centros privados en una red sanitaria única que contemplan algunas Comunidades, existencia de centros “públicos” con personalidad jurídica propia y sujetos al derecho privado, coexistiendo con de centros de gestión directa).

“El gobierno, mediante RD, determinará los **requisitos mínimos** para la autorización por parte de las CCAA de la **apertura y puesta en funcionamiento** de todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios, **públicos y privados**, como **garantía de la seguridad y calidad** en la prestación de los servicios” (art.24-3, Garantías de Seguridad).

- Con este apartado se intenta, de nuevo, **confundir a la opinión pública**. ¿Acaso significa que se van a establecer criterios de titulación necesaria de forma uniforme en los centros públicos y privados? ¿O que van a establecerse las plantillas necesarias por cama de forma similar en los centros públicos o privados? ¿O que van a definirse las infraestructuras y equipamientos necesarios para abrir con seguridad centros, servicios, quirófanos, etc., y que pública y privada deberán cumplir los mismos requisitos? Y podría procederse así con cualquier variable que se considere necesaria para “*garantizar la seguridad y calidad en la prestación de servicios*”.
- No sólo la vía del Real Decreto resta credibilidad a esta medida. Si atendemos a las tendencias actuales, alentadas desde las Administraciones Públicas (central o autonómicas), observaremos como la **fiscalización y los controles públicos** de los centros sanitarios están **disminuyendo alarmantemente**; como el descontrol de las **clínicas privadas** salta a la prensa con **constantescándalos**; como **se han roto criterios comunes** no escritos **sobre plantillas, infraestructuras**, titulaciones, explotación de las instalaciones, en el propio sector público (a raíz del desarrollo de las Nuevas Formas de Gestión).

Y esto es así, porque **a medida que avanza la creación de un mercado, avanza consecuentemente la desregulación sanitaria.**

- Ya en 1997 se eliminó la intervención previa del gasto -a la que se tachaba de excesivamente lenta-, instaurando un control a posteriori tan ágil como inútil. La Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM, 12/01), por ejemplo, crea una Red Sanitaria Única de Utilización Pública, que englobará centros públicos y privados en régimen de competencia interna, según el principio -contenido en dicha Ley-, de que “**la demanda configure el propio sistema y su funcionamiento según las reglas de la economía de libre mercado**”.

Una **auditoría** realizada por la **Inspección Sanitaria del INSALUD** en 1998, que analizó 259 centros asistenciales gestionados por 21 **mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales**, concluyó que **existían deficiencias y riesgos importantes**. Salvo los hospitales de referencia, presentaban dificultad de acceso físico y temporal (ya que sólo funcionaban los días laborables y en horario diurno), falta de requisitos físicos para prestar la atención, equipamiento escaso y dotación de especialistas insuficiente (siendo atendido el equipo de radiodiagnóstico por personal auxiliar y presentando una inadecuada ubicación), escasez de plantilla de técnicos de prevención y falta de reconocimientos médicos específicos. Llamaba la atención que tratándose de mutuas de accidentes la tónica general era la **inexistencia** de traumatólogos, rehabilitadores o médicos preventivistas, siendo la mayor parte generalistas. En los conciertos con estos centros no mediaban contratos por escrito y carecían de libro de reclamaciones.

El **Tribunal de Cuentas**, en sus conclusiones, criticaba igualmente la mala gestión y las deficiencias señaladas. Sin embargo, **estas mutuas ofertan mejores cuentas de resultados económicos y mejores precios de mercado**, hasta límites que no podrían permitirse los centros públicos de mantener el actual nivel de instalaciones, de accesibilidad, de plantillas, de categorías profesionales, de profesionales titulados, etc.

- El establecimiento de requisitos mínimos, incluso referido sólo a centros públicos,

carece de credibilidad si atendemos a la política favorecida por el gobierno central en los últimos años, y ya denunciada en 1997, de relajar los sistemas de control internos y externos, favoreciendo la dispersión de criterios comunes de compra y contratación, y acercando el comportamiento de los centros al de empresas ajenas al derecho administrativo.

Las consecuencias pudieron observarse en el informe anual del **Tribunal de Cuentas** sobre los **hospitales del INSALUD** publicado en 2000. En 10 hospitales (entre ellos Ramón y Cajal, Marqués de Valdecilla o Son Dureta), se habían **vulnerado sistemáticamente los principios de publicidad, concurrencia, eficiencia y legalidad en la contratación de servicios** (contrataciones prorrogadas por encima del plazo legal, revisiones de precios prohibidas, adjudicaciones vinculadas a licitadores en función de la marca de los bienes contratados, cesiones de uso o donaciones o depósitos de equipos sin cobertura legal o contractual, contratos de ensayos clínicos por personas no competentes, mala acreditación de la solvencia financiera y técnica de los contratistas,...), **tanto en los que suponen ingresos** (cafetería, comedor, teléfonos y TV, prensa, etc.), **como en los que generan gastos** (limpieza, mantenimiento, jardinería, seguridad, etc.). Debe tenerse en cuenta que muchas de las contrataciones eran consecuencia de **privatizaciones y externalizaciones** de esos mismos servicios.

La adquisición de productos médicos y farmacéuticos tampoco se había ajustado a la Ley de Contratos del Estado, produciéndose un abuso en la contratación menor, mediante el fraccionamiento de los contratos, para eludir los requisitos de publicidad y concurrencia (sólo los contratos que alcanzan un volumen monetario determinado quedan sujetos a esos procedimientos), o procediéndose a adjudicaciones por procedimientos no recogidos en la Ley (así adjudicó el Hospital Ramón y Cajal 2.875 millones de pts para adquisición de fármacos), llegándose a una situación donde cada centro paga precios diferentes por un mismo medicamento (dos centros hospitalarios de

Toledo, pertenecientes ambos al mismo complejo hospitalario, pagaban por un mismo medicamento 1.302 y 718 pts/unidad respectivamente).

Esto no significa sólo la pérdida de la objetividad de la contratación, sino el encarecimiento del producto y la extensión de la corrupción: el Tribunal de Cuentas constataba que en algunos centros se estaba pagando un precio superior al del mercado o, cosa inaudita, que el Hospital La Paz, con un volumen de compra superior al resto, fue el que pagó los precios más caros).

Sobre los **archivos de historias clínicas**, mayoritariamente privatizados, llamaba la atención el **insuficiente grado de tutela, protección y garantía de los datos personales** recogidos, llegando, en algunos casos, a no fijarse siquiera garantías de seguridad y confidencialidad en los contratos, y sin establecerse, mayoritariamente, criterios de control sobre los ficheros de gestión de archivo.

El mismo informe del Tribunal de Cuentas establecía que las **Fundaciones Públicas Sanitarias** dependientes del INSALUD habían **contratado aún en peores condiciones para el interés público** que el resto de hospitales del mismo ente. **Las condiciones de contratación en situaciones idénticas**, en la Fundación Hospital de Manacor y en la Fundación Hospital de Alcorcón, **fueron dispares**. Manacor mantuvo las mismas prácticas incorrectas que el año anterior, sin consecuencia alguna sobre sus gestores, y siguió sin hacer públicas las convocatorias, careciendo, además, de un órgano competente para valorar y ponderar las ofertas, siendo el resultado una ineficaz e ineficiente gestión económica (en el contrato, por 12 años, para la explotación de la telefonía y la TV, el centro sanitario asumía todos los riesgos económicos de esta actividad empresarial en beneficio de la adjudicataria privada).

En **Alcorcón** no existía un órgano de supervisión de las ofertas e **infringía sus fines fundacionales** al sacar provecho económico de la explotación, a medias con una empresa privada, del servicio que

ofrece información a las personas que se han presentado a la selección de plazas ofertadas por el centro (el Tribunal de Cuentas lo calificaba de tasa o precio público encubierto).

- Igualmente carece de credibilidad el establecimiento de requisitos mínimos de apertura, cuando **el propio gobierno central**, con la creación de las Nuevas Formas de Gestión, **ha favorecido la desregulación de las plantillas o de las condiciones laborales** en el propio sector público.

En la Fundación Hospital de Alcorcón, el número de trabajadores por cama es de 2'6 frente a los más de 4 que tiene el H. de Móstoles, de gestión directa y en el mismo Area de Salud. En un estudio realizado en 1998, la Fundación de Verín, con 88 camas, contaba con 2'27 trabajadores por cama, frente a las 84 camas y 3'59 trabajadores por cama del H. Comarcal Valdeorras, de gestión directa. En consecuencia, y este era el objetivo buscado, Verín gastaba 15.659 pts por cama y Valdeorras 21.428.

Desde 1996, las plantillas han disminuido, pero a diferentes ritmos según el tipo de gestión, situándose la media de personal por cama en las NFG en 2'2, en tanto que en los hospitales de gestión directa se sitúa en torno a 3'3.

- Por último, como la media en el **sector privado** es de **1'1 trabajador por cama**, el establecimiento de criterios comunes significaría, bien un descenso de plantilla hasta acercarse a los niveles del sector privado o bien la obligación de que éstos incrementen sus plantillas, rompiendo uno de los pilares que les permite mantener una elevada rentabilidad económica. De igual manera habría que actuar con otros parámetros que inciden sobre la calidad de la atención y la seguridad de la población al ser atendida, con los mismos resultados. Parece evidente que, en estas circunstancias y ante las políticas privatizadoras del gobierno, **esos criterios no se establecerán o se situarán en los niveles que mantiene el sector privado**, que es el principal instigador, junto a los sectores financieros, de dichas políticas.

“Las instituciones asistenciales **adecuarán su organización para facilitar la libre elección de facultativo** y una segunda opinión en los términos que reglamentariamente se establezcan” (art.25-1).

- Debe diferenciarse el derecho de una 2ª opinión -derecho evidente-, de la libre elección. Por otra parte, la **libre elección** de médico ya es factible en la zona básica o incluso fuera de ésta. La gravedad de este artículo radica en que **no se acota** esa capacidad de elección y que **obliga a adecuar la organización del sistema** a la misma, pudiendo colocar **en peligro la propia zonificación**, lo que nos retrotraería a un modelo sanitario basado en la demanda, dificultaría la planificación sanitaria, haría prácticamente imposible la participación, etc.
- Quizás por ello, **la libre elección de médico es uno de los argumentos más utilizados contra los modelos públicos de gestión directa y a favor de la creación de mercados sanitarios**. Sin embargo, en algunos sistemas de gestión pública se da una cierta elección de médico (Suecia, España o el Reino Unido antes de la reforma Thatcher), y en algunos sistemas de gestión privada esa capacidad de elección se ve reducida.

En EEUU, las reformas de Clinton, encaminadas a reforzar el mercado sanitario, disminuyeron la capacidad de elección de médico por parte del usuario. Si antes la mayoría de la población estadounidense con cobertura sanitaria podía elegir a su médico general, tras la reforma la elección se restringió a escoger mutua, y a un médico y centro hospitalario pertenecientes a ésta, lo que reforzaba a las grandes corporaciones proveedoras de servicios.

La introducción del mercado en el Reino Unido, a partir de 1991, fracturó los mecanismos tradicionales de responsabilidad local, pasando los proveedores directos del sistema a ser gobernados por comités de trusts, sin mecanismo democrático o legal que asegurase los intereses de los pacientes de esas comunidades locales.

En otras palabras, la libre elección se utiliza contra los sistemas públicos con la

intención de resquebrajarlos, pero una vez impuesto el mercado, **la teórica libre competencia es sustituida en la práctica por la tendencia al monopolio**, a la concentración de capitales, y la libertad de elección se reduce a escoger entre los productos ofertados, sin poder incidir en la propia oferta.

- La libre elección de médico no es la panacea en torno a la que deba girar el propio sistema sanitario, ya que **las relaciones usuario/profesional y usuario/sistema sanitario no se establecen sobre la igualdad**, al carecer el primero de los conocimientos médicos y sanitarios precisos para realizar una elección realmente libre, siendo **fácilmente manipulable la opinión pública por sectores interesados**. Tengamos en cuenta que el dinero, al seguir la elección del paciente, dispara la competitividad de centros y servicios, que en definitiva es otro de los objetivos de esta medida.

Para evitar estos riesgos y facilitar una elección responsable y con conocimiento, sería preciso desarrollar por parte de la Administración una **información sanitaria relevante y distribuirla entre la población**, teniendo en cuenta que **la disparidad de legislaciones específicas que limitan la intervención y fiscalización públicas**, dificultarían esta iniciativa.

Los problemas que entraña esta medida son evidentes. En primer lugar, la existencia de fuertes intereses mercantiles incrementaría los riesgos de corruptelas administrativas, nada infrecuentes cuando se cruza lo público y lo privado. En 2º, lo complicado de la medida y el alto coste que supondría obligaría al consumo de importantes recursos económicos, aumentando de forma intolerable el gasto administrativo sanitario público. En 3º, se favorecerían flujos poblacionales hacia determinados centros, que generarían problemas de listas de espera, sobrecargas y una tendencia a la explotación de servicios por encima de lo recomendable para mantener unos mínimos de calidad.

Como estos **flujos** arrastrarían financiación en la misma dirección, se **dispararía la competencia**, favoreciendo que una

parte de la financiación de los centros se destinase a campañas de imagen y propaganda para captar clientes.

En la mercantilizada sanidad catalana no son extrañas prácticas como la del Consorcio Hospitalario Parc Taulí de Sabadell -proveedor sanitario del Servicio Catalán de Salud, que da cobertura a 390.000 personas del Vallés Occidental-, que ya a finales de 1997 destinaba inversiones de más de 1.000 millones de ptas para crear productos que atrajeran más pacientes privados, al tiempo que en sus informes de gestión exponía que con sus recursos sólo podía atender al 80% de la demanda existente en su zona y que mantenía unas listas de espera media superior a los 500 días (Diario Médico, 4/9/97).

El aumento de la competitividad, además, tenderá a favorecer la contratación de "figuras" como medio de atracción de clientes, **en detrimento de la calidad media del sistema**. Igualmente, se potenciarán los grandes hospitales que manejan alta tecnología, a costa de los pequeños y medianos, dando lugar a un **proceso de concentración y centralización de la financiación y de los recursos** en menos hospitales, y a un **aumento de las desigualdades en el acceso sanitario según lugar de residencia** en perjuicio de los pueblos y zonas rurales, ya que los recursos tenderán a centralizarse las grandes capitales y zonas más desarrolladas económicamente. La suma de todos estos riesgos tenderá a incrementar el gasto sanitario, pues está demostrado que los enormes complejos hospitalarios además de ingobernables disparan el gasto.

- Una vez establecido que la libre elección no es practicable como algo absoluto -y no sólo porque un trabajador sanitario o un equipo o un centro tengan una cuota máxima de trabajo posible, cosa obvia debida a un simple problema de espacio y tiempo-, la cuestión sería **definir las condiciones sobre las que una libre elección limitada podría realizarse**, referidas principalmente al marco hospitalario, por ser el sector más especializado y costoso.

Parece evidente que esta libre elección debería realizarse sobre necesidades

sanitarias y sociales, y que **los sectores más necesitados tendrían preferencia a la hora de elegir**. Serían los aquejados de procesos más graves, los sectores sociales más débiles económicamente y con peores condiciones de vida, o los marginados, los primeros en elegir por ser los más vulnerables. Pero **este no es el sentido que dan a la libre elección sus defensores**, que sólo buscan ganarse a las clases medias en el combate contra el modelo sanitario público. La instauración del mercado en la sanidad, no persigue cubrir las necesidades sanitarias de la población sino hacer negocio ofertando sus servicios, por ello **la libre elección en los mercados depende en último término del poder económico del elector**.

La libre elección de médico y centro supone la sustitución de los objetivos de universalidad y equidad del sistema, de participación y control del mismo por parte de usuarios y trabajadores, por el de soberanía del consumidor.

- La soberanía del consumidor implica una situación de mercado y que cada individuo tiene la facultad de distribuir sus gastos como crea conveniente, y dependiendo de su criterio podrá comprar una casa mejor o peor, o comprará más o menos salud.

A su vez, la soberanía del consumidor queda reducida a diario en el mercado, al ver éste limitada la satisfacción de sus necesidades por la oferta existente, y sin control de lo que adquiere. Toda una aventura, como lo demuestran los sucesivos desastres en torno a la alimentación (“vacas locas”, descontrol sobre los piensos, pesticidas y vertidos “incontrolados”, fiebre aftosa, etc.). Y esto es así porque **el problema de fondo no consiste en elegir centro, sino en ejercer control sobre los centros y sobre el sistema**, en decidir qué tipo de sanidad y qué orientación sanitaria se quiere, teniendo en cuenta que controlar implica comprobar, inspeccionar e intervenir, y que esto debe hacerse colectivamente.

Por último, **parece un sin sentido promover la libertad de elección individual al tiempo que se reducen las formas de protección colectiva**, como se manifiesta

en el desarrollo de políticas presupuestarias restrictivas, en el recorte de las prestaciones gratuitas o en el incremento de dificultades en el acceso de la población a las mismas.

“Los **hospitales del SNS incorporarán progresivamente habitaciones de uso individual**” (art.25-1).

- No parece sensato que mientras se desarrolla una política restrictiva en cuanto al establecimiento de prestaciones gratuitas o al acceso a las mismas, o en cuanto a la contratación de trabajadores y a sus salarios (las plantillas hospitalarias han disminuido al menos un 10% en los últimos 7 años y cada día la cobertura de ausencias y bajas es menor), o que mientras se instauran paulatinamente impuestos especiales con fines sanitarios (como el reciente impuesto de los carburantes) y el gobierno nos amenaza con la quiebra del sistema sanitario público si no se restringen sus derechos, se de rango de ley de leyes a establecer 1 cama por habitación.

Carece de sentido orientar el gasto sanitario a lograr una supuesta comodidad (más para el acompañante que para el enfermo), en lugar de orientarlo a mejoras directamente sanitarias, y más cuando las necesidades son evidentes, como puede apreciarse a diario con el problema de las listas de espera o la masificación de numerosos servicios.

CAPÍTULO II: FARMACIA

ORGANIZACIÓN Y EJERCICIO DE LAS COMPETENCIAS DEL ESTADO EN MATERIA DE FARMACIA.

Se mantiene la misma política farmacéutica que hasta ahora.

- Medidas como la **separación entre registro y financiación pública de las nuevas especialidades farmacéuticas**, la **financiación selectiva** (no financiando públicamente una serie de sustancias), **incremento de la aportación** sobre el precio de los medicamentos **de los asegurados en activo**, o la **retirada de la financiación pública a más de 1400 medi-**

camentos (medicamentazos de 1993 y 1998), entre otras, han sido ineficaces para controlar el gasto farmacéutico y sólo han logrado castigar el bolsillo de los ciudadanos. Este gasto aumentó en 1998 un 10% y un 11'2% en 1999. Tres años después, en 2002, el incremento del gasto farmacéutico ha seguido manteniéndose en la línea del 10%, en tanto que la tasa de beneficios de la industria química y farmacéutica es de las más elevadas.

- Y ese control no se ha logrado a pesar de la **inmoralidad de no financiar públicamente especialidades que existen en el mercado** (lo que es útil en el sector privado debe serlo también en el público y viceversa), **y olvidar que el Estado tiene la responsabilidad de la salud de toda la población** (Constitución Española). No puede olvidarse que este tipo de políticas restrictivas en el acceso a los medicamentos se suma al actual sistema de **cofinanciación**, que no parece el más adecuado por los efectos negativos que puede estar originando sobre el consumo necesario y por la injusticia que comporta.
- No se plantea en esta Ley restringir el número de especialidades tanto de uso público como privado, a pesar de ser el mercado español uno de los más elevados de Europa, incluyendo muchos fármacos cuya efectividad es más que dudosa y sobre los que se carece de datos sobre posibles reacciones adversas (curiosamente cuando se habla de retirar ciertos medicamentos de la financiación pública no son éstos los afectados, y sólo se sigue el criterio del coste), y de estar a la cabeza de la Unión Europea en aparición de resistencias a los antibióticos, resultado directo de un uso masivo e indiscriminado de los mismos (ya sea sobre los pacientes o sobre el ganado, que posteriormente entra en la cadena alimentaria).
- Sólo un conjunto de medidas simultáneas y en una dirección totalmente contraria a la que sigue el gobierno, puede hacer frente a esta situación: creación de una industria pública que desarrolle medicamentos esenciales y de mayor consumo público, establecimiento de sistemas de control por parte de usuarios y trabajadores sanitarios, compra al por mayor

de los fármacos más prescritos con distribución en los propios centros sanitarios públicos, extensión de los auténticos genéricos (con detalle de grageas, viales, etc.), limitación de los gastos de promoción y reducción del margen comercial de oficinas de farmacia y Farmaindustria.

El problema no está en la ausencia de alternativas, sino en la falta de voluntad política para llevarlas a cabo. La mayoría de las medidas expuestas se hallan en vigor en diferentes Estados de nuestro entorno y su aplicación permitiría no sólo restringir el acceso a los medicamentos sino **garantizar que aquellos que sean considerados esenciales sean gratuitos para toda la población.**

En definitiva, el ahorro farmacéutico es imprescindible para evitar que devore los incrementos presupuestarios sanitarios y cortar esa vía de sangría de capital público a bolsillos privados, y debe proceder de un cambio a estructuras más eficaces y de las restricciones de los elevados beneficios del sector, no del recorte de derechos a la población en este terreno. Justo al contrario que las políticas gubernamentales.

- Por último, condenar a que las CCAA sufraguen los gastos farmacéuticos, favorece la insuficiencia presupuestaria de las Comunidades más pobres, cuya solución sólo puede orientarse en el sentido de recortar los derechos sanitarios o buscar vías de financiación privada, con el consiguiente aumento de la influencia de ese sector en la definición de las políticas sanitarias.

Estos gastos deben centralizarse, para evitar esas situaciones y abaratar costes, al ofertar un comprador único a las grandes empresas privadas farmacéuticas.

COLABORACIÓN DE LAS OFICINAS DE FARMACIA.

En colaboración con la Oficinas de Farmacia se tenderá a la implantación de la receta electrónica y a la dispensación personalizada. Será el Ministerio de Sanidad y Consumo, previo informe del Consejo Interterritorial,

quien establezca los criterios generales y comunes que desarrollen la colaboración de las Farmacias, por medio de los conciertos contemplados en la Ley del Medicamento (art.30).

CAPÍTULO III: PROFESIONALES

PLANIFICACIÓN Y FORMACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL SNS.

El art. 31 señala la disposición de toda la estructura asistencial del sistema sanitario para ser utilizada en la docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales, y la necesidad de actualización permanente de los conocimientos de éstos, a fin de mejorar el proceso asistencial.

- Respecto a la formación continuada, esta Ley no establece que esos planes **deben acompañarse de la financiación que los garantice**, ni que deba realizarse con medios públicos (salvo casos imposibles).

El art. 35, referido a la Formación Continuada, recoge que el Consejo Interterritorial establecerá criterios comunes para ordenar las actividades formativas.

- Parece evidente que la planificación de esos planes de formación se realice con carácter general, añadiendo las diferentes CCAA aquellos aspectos exigidos por sus realidades específicas. Sin embargo, no es tan evidente que no se contemple que su **coste**, en cualquier caso, corra centralizadamente a cargo **del Estado**.

Esta medida, lo mismo que la propuesta de **financiación finalista** (partidas cerradas que parten del Ministerio de Hacienda y que las CCAA no pueden alterar), sería la única garantía de que los fondos con destino a actividades de formación se emplean correctamente, evitando que Comunidades desvíen los mismos (desvío justificado si la Comunidad en cuestión presenta dificultades para cubrir necesidades asistenciales).

A su vez, la formación continuada debe garantizar los derechos laborales y no suponer un sobreesfuerzo para unos trabajadores que soportan unas cargas de

trabajo excesivas. En consecuencia estos planes de formación deberían desarrollarse **en horario de trabajo**.

El art. 32 contempla la creación de una Comisión de Recursos Humanos del SNS, dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, que “desarrollará las actividades de planificación, diseño de programas de formación, y modernización de los Recursos Humanos del SNS”. La composición de la Comisión no pasa de ser una suma de cargos (Ministro, Subsecretario de Sanidad, Secretario General de Sanidad,...).

- Como era de prever, el **establecimiento de necesidades formativas** y la elaboración de planes de formación se desarrollarán desde arriba (de arriba abajo), **sin intervención de los trabajadores del sector**. Se olvida, de nuevo, que las necesidades no se detectan en los despachos, más cuando éstos se hayan aislados y separados de las realidades de los centros de trabajo. Se sigue reproduciendo el método burocrático que marca la formación continuada al margen de las necesidades detectadas por los propios agentes o trabajadores sanitarios, lo que aboca a esta formación a no ser otra cosa que una suma de “titulillos” con los que competir posteriormente los trabajadores en cualquier concurso que se establezca. Esto supone vaciar la formación continuada de sentido.

DESARROLLO PROFESIONAL Y MODERNIZACIÓN DEL SNS.

Al referirse a la Carrera Profesional, el Anteproyecto define ésta como “reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y **cumplimiento de los objetivos de la organización en la cual presta sus servicios**” (art.38-1).

- La carrera profesional se desarrollará en el Nuevo Estatuto Marco, que está negociándose entre los sindicatos más representativos y el Ministerio. La ausencia de propuestas concretas en dicho borrador, reduce el debate que pueda desarrollarse sobre este tema a meras abstracciones. Este Sindicato entiende que **la carrera profesional responde a una concepción**

competitiva del trabajo y que es **innecesaria a la hora de elegir responsabilidades o cargos “directivos”**, ya que existen otro tipo de mecanismos, o a la hora de lograr una buena calidad del trabajo (para eso está la formación continuada).

La argumentación de establecer ese procedimiento para evitar las actuales arbitrariedades (puestos de confianza), olvidan que la única vía para limitar éstas consiste en la democratización del sistema sanitario público.

Para ello, las Jefaturas de Servicio y de Unidad, y los diferentes cargos de responsabilidad (cuyas funciones son más administrativas que profesionales), deberían ser propuestos y elegidos directamente por los propios trabajadores según categorías, procediéndose periódicamente a su renovación. Los altos cargos Directivos de hospitales y gerencias, deberían ser nombrados con participación de población y trabajadores (Consejos de Salud, Juntas de Personal y Juntas Técnico Asistenciales, pudiendo articularse organismos más adecuados), de la misma forma que en las Universidades a la hora de elegir a los rectores participan los alumnos. La finalidad es reducir los cargos políticos, garantizando así la necesaria representatividad y estabilidad sanitaria, y su independencia administrativa.

El art. 38-2, hace referencia al **Estatuto Marco** como una normativa básica aplicable al personal del SNS, que deberá ser desarrollada posteriormente por los diferentes Servicios de Salud de las CCAA.

- Un **resumen de la crítica de este Sindicato al último borrador de Nuevo Estatuto Marco**, presentado por el Ministerio, figura en el **anexo 1** de este documento.

“El Consejo de Recursos Humanos definirá los **criterios básicos de evaluación de la competencia de los profesionales** sanitarios”. El Ministerio, previo informe del Consejo Interterritorial, “acreditará las entidades autorizadas para la evaluación de la competencia de los profesionales” (art.39, Evaluación de Competencias).

- Se establece así la posibilidad de realizar pruebas que midan la competencia de los profesionales sanitarios en activo. No entendemos que sea éste el mejor método para garantizar la puesta al día de los conocimientos y aptitudes de los trabajadores, dado que puede entenderse como un corte en el tiempo en lugar de una evaluación continuada.

También podría dar lugar a **transferir la responsabilidad de la actualización de conocimientos al trabajador**, en lugar de ser responsabilidad de la administración. La diferencia radica en que en el primer caso la actualización de conocimientos correría a cargo del trabajador económicamente y saldría de su tiempo libre, cosa que no sucedería en el 2º caso. Por otra parte, una formación continuada que involucre y obligue al trabajador, evitaría la puesta en marcha de otro tipo de mecanismos y ofrecería mayores garantías para asegurar los niveles de calidad oportunos, actuando, además, en positivo al lograr el objetivo perseguido evitando medidas de penalización.

En el art. 40, el Anteproyecto contempla la **garantía de movilidad del personal en todo el SNS**, instando a la búsqueda de un **desarrollo armónico de los concursos de traslados** convocados en los distintos Servicios de Salud.

- Deberá aguardarse a la promulgación del correspondiente Real Decreto para conocer concretamente los requisitos establecidos que garanticen dichos traslados.

CAPÍTULO IV: INVESTIGACIÓN

El Ministerio, previo informe del Comité Interterritorial, elaborará “el Plan Sectorial de Investigación en Salud, y lo incorporará al Plan Nacional de I+D+I”. Para la elaboración del Plan se tendrá en cuenta: “la **priorización de las inversiones** en líneas de investigación orientadas **contando con la opinión de los diferentes actores sociales**” (1); “la **facilitación de la transferencia de los resultados de la investigación a la práctica clínica y el uso de la evidencia científica para** informar el proceso de decisión de los órganos responsables de **definir y actualizar la práctica**”

del SNS" (2); "la modernización de la gestión de la investigación, mediante la creación de sistemas de información, evaluación, rendición de cuentas y **atracción de fondos**" (3); "la utilización de todos los recursos del SNS y los que se acuerden con las otras **organizaciones públicas y privadas**" (4); "la **alineación de objetivos y procedimientos del sector privado** en el ámbito sanitario **con el Plan Sectorial de Investigación** en Salud, y el **incremento de la cooperación** estable a largo plazo entre el **sector público y el privado**" (6).

- (1) Si la creación de un Plan de Investigación parece positivo, no lo es tanto su elaboración. Las inversiones se priorizarán contando con los "**actores sociales**", no con los agentes sanitarios y sociales. Mucho nos tememos que esos "actores" se encuentren en la **industria privada y en las fuentes de inversión... privadas**.
- (2) Respecto al uso de la **evidencia científica**, debe matizarse que desde el poder político se está utilizando este concepto de forma tan poco científica como para darle **carácter absoluto**, con la pretensión -tan poco científica de nuevo- de **cerrar cualquier voz crítica**.

Mediante la "evidencia científica" se está **atacando el saber hacer de los profesionales** -al alterar sus conocimientos teóricos, sus técnicas o sus habilidades-, con la intención de **imponer una actuación y comportamiento homogéneos en la práctica sanitaria que responda a los intereses del poder político o económico**. Para hacer efectiva esta política se apoyan en los "comités de expertos" y en las "sociedades científicas", pero ocultan que al estar la investigación mundial está en manos privadas, los dictados de éstas sociedades y comités obedecen a los intereses de quienes les sostienen profesional y económicamente. El objetivo es debilitar profundamente el poder de los profesionales, pero de forma insensible a éstos, en favor de los nuevos tecnócratas de la Administración y del mundo privado de los negocios.

El problema radica en dilucidar qué información o qué porcentaje de una

información científica se debe al cruce de intereses económicos privados o políticos al servicio de los anteriores. La dificultad es patente en este modelo económico, político y social. Sólo una investigación pública y un sistema de información crítica, en un medio intervenido y controlado por trabajadores del sector y movimientos sociales, puede disminuir la manipulación y la corrupción de esa información. Es fundamental el impulso de una concepción científica abierta y plural, dada la imposibilidad de conocer y controlar todos los factores en juego en cada momento, justo al contrario que la conciencia dominante, que busca imponer un único pensamiento y que parte de concepciones absolutas.

- (3) En primer lugar, parece evidente la **insuficiencia de fondos destinados a la investigación**. Actualmente los fondos dedicados a I+D se sitúan en la mitad de la media europea (el gasto de I+D per cápita es un 38% menos que la media europea), y no puede perderse de vista que en 2002, los apoyos presupuestarios a la I+D de Defensa alcanzaron el 60'5% del presupuesto de gastos del programa de Investigación más Desarrollo Tecnológico (según Alberto Lafuente).

En 2º lugar, y ante la **falta de voluntad política** de invertir más medios públicos en el terreno de la investigación, **no es extraño que fuentes estatales contemplan en su Plan de Investigación Sectorial el desarrollo de políticas que atraigan fondos privados** ("atracción de fondos"). Esta orientación no sólo entregará aún más la investigación en manos privadas, sino que la propia investigación pública se colocará bajo la dirección del sector privado, que es lo mismo que decir bajo sus intereses económicos.

- (4) (5) (6) Estos apartados abundan en lo expresado anteriormente y **cierran cualquier posibilidad de una investigación pública al margen de los intereses comerciales privados**.

No es ninguna exageración lo expuesto. Más del 90% de los fondos dedicados a investigación sanitaria están en manos de un pequeño número de Estados que dan prioridad a sus propias necesidades de

investigación médica. Así, sólo el 10% de ésta se dedica a los males que causan el 90% de las muertes en todo el mundo (Fundación Foro Global). Según la OMS, más de mil millones de personas no participan de las mejoras sanitarias logradas en el siglo XX.

El Informe de la ONU sobre Desarrollo Humano de 1997, ya avisaba que “17 millones de personas mueren al año, en los países en desarrollo por causa de enfermedades evitables”. La neumonía y las diarreas, responsables del 11% de las muertes en el mundo, sólo atraen el 0’2% del dinero dedicado a investigación sanitaria. Esto muestra los intereses que mueven a los poderosos laboratorios farmacéuticos, y que el Sur no es un mercado rentable. Por ejemplo, ningún laboratorio está interesado en el cloramfenicol, uno de los fármacos más baratos y efectivos contra las enfermedades tropicales, por los insuficientes beneficios económicos que supone.

De la misma manera que esta búsqueda del beneficio económico ocasiona perjuicios evidentes para la población de los Estados más débiles económicamente, afecta negativamente, también, a la población de los Estados ricos y, por supuesto, al Estado español. Favorecer la investigación privada o someterse a ésta, en lugar de desarrollar vías públicas propias, supone impulsar criterios de investigación basados en la rentabilidad económica de las empresas involucradas en el negocio. No es de extrañar que el resultado sea que se investigue cada día más en adelgazantes, crecepelos o medicamentos que aumenten la potencia sexual masculina.

“Su financiación se fijará sobre la base de las prioridades, objetivos y contenidos del Plan, con criterios de calidad y pertinencia” (art.42-3).

- Pero en este apartado no se menciona que las prioridades, objetivos y contenidos del Plan han sido establecidos, según el propio Anteproyecto, **colocando los intereses privados al mismo nivel que los intereses públicos** (“alineación de los objetivos y procedimientos del sector privado con el Plan”, art.42-2), y que la

“calidad y pertinencia” dependerán de la mano financiadora.

Para la **ejecución** del Plan se podrá recurrir a diferentes modalidades, entre las que se contemplan: “**redes cooperativas, institutos de investigación, sociedades y empresas mixtas**”. Para la **financiación y gestión** de esas modalidades, podrán utilizarse los siguientes “instrumentos”: “**subvenciones, préstamos, encomiendas de gestión, contratos, convenios, coparticipación en sociedades y fundaciones, programas de cofinanciación y mecenazgo**, entre otras”. “Se fomentará el incremento de los fondos destinados a investigación sanitaria favoreciendo la **sinergia entre los fondos públicos y privados** mediante los mecanismos que articule el **Consejo de Investigación en Salud**” (art.42-3).

- Este artículo es esclarecedor sobre la política de investigación vigente. Se elimina cualquier viso de gestión directa, a fin de sujetar ésta al derecho privado. El **recurrir a Nuevas Formas de Gestión (NFG) como mecanismo de organizar la investigación pública**, tiene como **objeto** permitir abiertamente la entrada de capitales y empresas privadas en este terreno, así como **favorecer la transferencia de capitales públicos** dedicados a investigación **al sector privado**.

Si atendemos al Reglamento sobre NFG, observaremos que el art. 12 da capacidad a éstas para gestionar la totalidad de sus recursos económicos y humanos, lo que **supone la pérdida real del control público sobre el capítulo económico**; que el art. 16, confiere capacidad a las NFG de poseer **patrimonio propio**, no sujeto al control de la Tesorería de la SS, así como capacidad para comprar, vender, ceder o arrendar bienes y derechos de cualquier clase (**con dinero público pueden comprarse bienes a título privado o venderse a manos privadas bienes adquiridos con dinero público**); o que el art. 14 permite que las NFG puedan recibir dinero extraordinario procedente de aportaciones de cualquier persona jurídica y donaciones y legados públicos y privados.

- Curiosamente, y por si aún existiesen dudas sobre la influencia en la investigación

de los intereses privados, en el Consejo de Investigación en Salud tendrán **más representantes “la industria y los servicios relacionados con el sector sanitario”** (cuatro) **que las CCAA** (dos) (art.43-2).

CAPÍTULO V: SISTEMA DE INFORMACIÓN SANITARIA

SISTEMAS DE INFORMACIÓN SANITARIA.

El Ministerio establecerá un Sistema de Información Sanitaria del SNS que garantice la información y comunicación entre la Administración Sanitaria del Estado y las CCAA. “Para ello definirá los objetivos y contenidos de la información, así como los medios tecnológicos que le den soporte”, con el objeto de garantizar una información general en todo el sistema que responda a las “necesidades de las autoridades sanitarias, de los profesionales, de los ciudadanos, y de las organizaciones y asociaciones en el ámbito sanitario”. Entre otra información, contendrá aquella referente a **“las prestaciones y cartera de servicios en atención sanitaria pública y privada (...), resultados obtenidos,...”** (art.50).

- La idea de un centro de información del SNS accesible es positiva. Sin embargo, el hecho de contener información sanitaria sensible -que puede incidir en los intereses económicos del sector privado y de todo el SNS, como consecuencia de la privatización de la gestión de centros y servicios-, genera dudas sobre su fiabilidad. Ya nos hemos referido al elevado coste administrativo que tendría elaborar una información realmente fiable y a los peligros que ese mecanismo entrañaría.

Favorecer la Alta Inspección y los mecanismos de control público -al revés de lo que se está haciendo-, así como su difusión, permitiría disponer de informes más verídicos y a más bajo precio, aunque sea a posteriori.

TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL.

Se crea una TSI con carácter general al SNS, que contendrá los datos del interesado, “el derecho que le asiste en relación con la prestación farmacéutica y **del servicio de sa-**

lud o entidad responsable de la asistencia sanitaria”.

- Aunque es positiva la creación de una TSI de ámbito estatal, la inclusión de datos sobre la “entidad responsable de la asistencia sanitaria” hace pensar en la **fractura del aseguramiento único**. Esto se debe a que junto a la referencia al Servicio de Salud (que corresponde a la Comunidad de procedencia), se añade “la entidad responsable”, que sólo puede señalar en la dirección de una aseguradora privada.

Incluir el Servicio de Salud en la TSI responde a la necesidad de figurar la Comunidad de procedencia para que ésta se haga cargo de los gastos originados por su población fuera de su territorio. Y dado que se hace referencia al problema de los **“desplazados”**, destacar la necesidad de crear un fondo único estatal que haga frente a esos desplazamientos en tanto se corrigen las actuales desigualdades en infraestructuras y financiación entre las CCAA.

INSTITUTO DE INFORMACIÓN SANITARIA.

Con la creación del Instituto de Información Sanitaria, encargado de recabar, elaborar y distribuir la información en el SNS, queda institucionalizado completamente el tema de la información.

CAPÍTULO VI: CALIDAD

ACCIONES EN MATERIA DE CALIDAD.

“La mejora de la calidad en el sistema sanitario debe presidir las actuaciones de las instituciones sanitarias tanto públicas como privadas” (art.57-1, sobre infraestructura de la calidad). “La infraestructura para la mejora de la calidad del SNS estará constituida por los elementos siguientes: a) Normas de calidad y seguridad, que contendrán los requerimientos que deben cumplir los centros y servicios sanitarios (...) b) Indicadores, que son elementos estadísticos que permitirán comparar la calidad de diversos centros (...) c) Guías de práctica clínica (...) d) El Registro de buenas prácticas (...) e) El Registro de acontecimientos adversos(...)” (art.57-2).

- En tanto se expone que la calidad debe presidir las actuaciones sanitarias públicas y privadas, la “infraestructura para la mejora de la calidad” sólo hace referencia al SNS. Esto parece indicar que el sector privado queda al margen de normativas comunes respecto de la calidad, y que, por tanto, calidad y seguridad no son conceptos uniformes, y que dependen del tipo de entidad que presta el servicio.
- En el articulado **no se hace referencia a los equipamientos necesarios, ni a ratios de trabajadores por cama o de población por profesional**, para asegurar esa calidad. La Ley General de Sanidad ya definía en 1986 la necesidad de establecer ratios de población adecuados que garantizasen una atención de calidad; 17 años después el SNS sigue pendiente de esa legislación, y es seguro que las actuales **políticas desreguladoras impedirán establecer este criterio**, íntimamente relacionado con la calidad de la atención.

Población y trabajadores han llamado repetidas veces la atención sobre este punto (en Atención Primaria la Plataforma de los 10 minutos; en los hospitales, las continuas campañas exigiendo la cobertura de bajas y ausencias desde el primer día; denuncias de masificación y listas de espera inasumibles), y se ha denunciado públicamente como el **aumento de las cargas y ritmos de trabajo** que han acompañado a la actual reforma sanitaria, **inciden negativamente en la atención prestada y en la salud de los trabajadores** del sector sanitario (aumento considerable de las bajas por depresión y estrés, aumento de los accidentes de trabajo, etc.).

- La **definición de las infraestructuras** necesarias y su **correcta distribución geográfica en el SNS y dentro de cada Comunidad**, o la **homogeneidad de las prestaciones del SNS**, son otros puntos esenciales a determinar si pretende mejorarse la calidad.

No puede existir calidad sin garantizarse la equidad en el acceso a la totalidad de los recursos del sistema sanitario a la totalidad de la población residente de hecho.

Los anteriores aspectos se vieron en detalle anteriormente, excepto la alusión a la atención de la población residente de hecho en el Estado, lo que incluiría a la población emigrante. No incluir a esta población, ya sea por criterios de control del gasto o cualquier otro, significaría establecer una desigualdad que, seguro, traería graves consecuencias.

El Banco Mundial, en su informe del año 1.991, exponía: “...no existe evidencia de que el ahorro dependa de la desigualdad social o que ésta, la desigualdad social, conduzca a un mayor crecimiento económico. En realidad, la evidencia apunta a un sentido contrario, es decir, que mayor desigualdad lleva a menor crecimiento económico”. Tampoco deben olvidarse las palabras de V. Navarro (Desigualdades sociales en España, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1.996): “...toda la población está en situación de riesgo debido a las desigualdades...”.

- Curiosamente en el capítulo dedicado a calidad no se hace mención alguna al **grave problema de las listas de espera**, ni a la adecuación de los servicios a las necesidades reales que se plantean.

No se establece, por ejemplo, la necesidad de realizar los correspondientes estudios epidemiológicos que permitan adelantarse a los acontecimientos, generando las infraestructuras necesarias allí donde se precisen, ni se determina la obligatoriedad de destinar a este fin los fondos oportunos. Tampoco se plantean en el Anteproyecto medidas que permitan optimizar los recursos propios del sistema (ampliación horaria de quirófanos, consultas, etc., junto a la contratación del personal preciso), y mucho menos su crecimiento: aumento de la dotación física y humana de determinadas especialidades, recuperación de las camas perdidas desde 1980 (más de un 25%) y que nos sitúa en el 2º Estado con menos camas por 1000 habitantes de la UE, incremento general de personal hasta ajustarlo a las necesidades sanitarias de la población.

Aparte de las deficiencias en infraestructuras señaladas -que impiden hablar de calidad en tanto no se inicien las

medidas destinadas a su corrección-, deben tenerse en cuenta: el déficit de centros y camas para crónicos, y en algunas zonas también de agudos; una atención primaria mal dotada en medios y personal; la escasa estructura de salud mental, y el déficit de camas y de centros de día; la ausencia de una estructura mínima de salud pública, laboral, medioambiental, de atención geriátrica, planificación familiar, odontoestomatología; la escasa atención sociosanitaria y de servicios sociales,... y ello sin entrar en la falta de coordinación entre atención primaria y especializada, o la tendencia a aumentar la falta de coordinación y cooperación entre centros y servicios, debido a la empresarización de los centros y el aumento de la competitividad entre ellos.

Se crea la Agencia de Calidad del SNS a fin de garantizar los 5 elementos descritos en el art. 57-2, recurriendo al asesoramiento de las sociedades científicas y los expertos del sector (art.58). El Ministerio y las CCAA elaborarán en el Consejo Interterritorial los Planes de Calidad del SNS (art.59).

- De nuevo se margina, en este caso al hablar de la calidad de la atención, a trabajadores del sector y ciudadanos. **Se desprecia la experiencia y las conclusiones de quienes viven y hacen realidad la atención diaria, y de quienes la padecen**, para recurrir a unos tecnócratas que ya han sido tratados anteriormente. La conclusión será unos Planes de Calidad escasamente relacionados con la realidad y, por ello, con escasa garantía de cumplimiento. Son, por ejemplo, los trabajadores de quirófano quienes conocen los riesgos y errores más frecuentes de su actividad, y sus causas, y como solucionarlos. Es la población quien conoce sus temores y el porqué, y las experiencias sufridas, el tiempo que tienen que esperar, etc. Un Plan de Calidad debe contar en su elaboración con los agentes sanitarios y sociales (los movimientos sociales), debe situar los problemas reales y sentidos detectados, analizarlos y poner los medios para superarlos.

El Ministerio “fomentará la evaluación externa y periódica de calidad y seguridad de los centros y servicios sanitarios mediante auditoto-

rias por parte de instituciones públicas o empresas privadas, totalmente independientes de la gestión de los centros y servicios”. La Agencia de Calidad del SNS “certificará las instituciones públicas y las empresas privadas competentes para realizar las auditorías” (art.60).

- La experiencia de diferentes auditorías en los últimos años, permite establecer que existe una mayor objetividad en las realizadas desde el sector público. Cuando se recurrió a Arthur Anderson, con motivo de los Planes Estratégicos del INSALUD, se obtuvieron unas conclusiones alarmantes. Su enfoque fue meramente economista, destacando la necesidad de restringir al menos un 25% de personal para hacer rentables los centros públicos, y sin mencionar ninguno de los problemas estructurales del sistema ni los cambios que permitiesen su superación.

Los criterios de rentabilidad de la eminente y fiable empresa quedaron al descubierto poco tiempo después, con motivo de los fraudes, quiebras y toda una serie de corruptelas detectadas en EEUU y en las que estaba envuelta dicha empresa auditora.

No se establecen, sin embargo, evaluaciones internas periódicas, con la finalidad de medir el cumplimiento de los planes y objetivos establecidos antes de finalizar el tiempo marcado para su cumplimiento, pudiendo introducir así los cambios que corrijan las desviaciones detectadas e incluso ajusten los objetivos.

EL OBSERVATORIO DEL SNS.

Este órgano, “dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, proporcionará un análisis permanente del SNS en su conjunto, mediante estudios comparados de los Servicios de Salud de las CCAA, en el ámbito de la organización, provisión de los servicios, gestión sanitaria y resultados. El Observatorio elaborará anualmente un informe sobre el estado del SNS (...)” (art.61).

- A lo ya expuesto con anterioridad sólo cabe añadir que carece de sentido disminuir y eliminar controles y fiscalizaciones públicas, y recurrir a este entramado ingo-

bernable de consejos, comités, agencias, observatorios,... con el teórico objetivo de controlar y facilitar información.

CAPÍTULO VII: PLANES INTEGRALES

Ministerio y CCAA “elaborarán Planes Integrales de Salud sobre patologías prevalentes o relevantes”. Los Planes “establecerán criterios sobre la forma de organizar los servicios para atender las patologías de manera integral y semejante en el SNS” (art.62).

- Es difícil entender el concepto integral en salud cuando se establecen planes por patologías sin un Plan Integrado de Salud previo. Pretender sustituir el Plan Integrado de Salud por diferentes planes sobre determinadas patologías, **rompe la planificación general del sistema** sanitario. Un Plan Integrado recogería -como dice la LGS en su art. 74-, los planes estatales, los de las CCAA y los planes conjuntos, y se confeccionaría tras la remisión de los proyectos de planes por parte de las CCAA y una vez comprobada la adecuación de esos planes a los criterios generales de coordinación. El Plan debería definir el conjunto de objetivos a lograr, planificando y distribuyendo los medios existentes entre ellos, y debería contemplar obligadamente su financiación a través de los Presupuestos Generales del Estado.
- No definir y garantizar la financiación de los mismos, cuando los recursos del sistema sanitario público no sólo son limitados sino claramente deficientes y desigualmente repartidos, cuando los medios económicos son claramente insuficientes, y cuando se pretende que centros y servicios sustituyan las relaciones de cooperación y complementariedad por la competencia entre ellos, va a enfrentar entre sí a los diferentes planes por patologías por captar financiación y medios, favoreciendo despilfarros y mala utilización de las infraestructuras.

CAPÍTULO IX: PARTICIPACIÓN SOCIAL

Se crea el Consejo de Participación Social del SNS, dependiente del Ministerio, que tendrá 3

formas de organización: Comité Consultivo, Foro Abierto de Salud y Foro Virtual.

Las funciones del Comité Consultivo serán “informar, asesorar y formular propuestas sobre **materias de especial interés en el funcionamiento del SNS y que respondan a las necesidades sociales de la población**. (...). Estructurar el diálogo entre el Ministerio y los agentes sociales” (art.65-2).

- Por un lado, las labores de este Comité son **básicamente informativas**. Por otro, introduce dos condiciones que **limitan incluso esas labores** informativas, que respondan a necesidades sociales de la población Y que sean de interés en el funcionamiento del SNS. Tampoco aclara quien realizará estas valoraciones.

La composición será de 33 miembros (si la mala redacción del art.65-3 no engaña): 10 de la Administración, 6 de colegios profesionales y sociedades científicas, 4 de organizaciones empresariales, 4 de los sindicatos más representativos, 3 de consumidores y usuarios, 3 de asociaciones de enfermos y 3 de ONG´s.

- Imaginamos que con la referencia a “usuarios” se pretende denominar a los movimientos sociales. **No se especifican los criterios que se han seguido para llegar a esta composición**, que carece de sentido si se pretende que este sea el marco estatal de participación. De cualquier modo, la composición es desproporcionada al restringir fundamentalmente la participación de los movimientos sociales no sindicales, que carecen de cualquier otro nivel estatal donde estar representados y que en principio abarcan a la mayoría de la población. Esa composición tampoco tiene nada que ver porcentualmente con la población que pueden representar los afortunados integrantes de dicho Comité.
- Tampoco **se definen criterios de participación comunes a todo el SNS**. Pero esto es difícil para quienes tienen una concepción burocratizada de la participación. En primer lugar, la participación que se estructura por arriba y desde arriba, prescindiendo del resto de niveles, no es tal. La participación debe estructurarse organizativamente desde

abajo, favoreciendo la participación directa de los movimientos sociales, acercando las decisiones a la población y a los afectados. Sobre esta base se asientan los siguientes peldaños. Comenzar estructurando la cúpula (que no se sabe a qué responde) y olvidar todos los escalones anteriores es lo menos participativo.

- Participar no es escuchar o consultar. La información sólo es uno de los componentes de la participación. **Participación** es todo lo contrario de pasividad, **significa control, fiscalización, debate y toma de decisiones**, sobre la orientación y la organización del sistema, sobre la financiación y la distribución de los fondos, o sobre cualquier tema que se relacione con la salud -desde la infravivienda al paro, pasando por los ambientes y las condiciones laborales-.
- El nuevo modelo sanitario, las Nuevas Formas de Gestión, el aumento de la concertación con el sector privado, la introducción de relaciones de competencia interna entre centros y servicios, la regulación interna del sistema sanitario según las reglas del libre mercado, dificulta, cuando no impide, la participación de la sociedad civil, que queda reducida al papel de mero consumidor individual (al que ya se hizo referencia).

La nueva orientación sanitaria supone un salto al pasado, al negar a la población, desde posturas técnicas y de conocimientos especializados (sanitarios o administrativos), los derechos que entraña la participación, y no esconde más que una concepción de salud basada en la responsabilidad individual, donde las soluciones a los problemas deben proceder básicamente del individuo, sin cuestionar ningún cambio estructural del sistema económico o social, o del sector sanitario. Una concepción donde la salud es cosa exclusiva de técnicos, de laboratorios, de investigadores o de gestores. La realidad es bien diferente.

Históricamente, **la conciencia y la organización de los trabajadores** han logrado imponer aspectos más acordes con sus necesidades e intereses colectivos, como considerar la **salud como un dere-**

cho y no como un bien de consumo, incorporar al discurso sanitario los factores socioeconómicos que intervienen en la aparición de la enfermedad, o estructurar los sistemas públicos de protección social a fin de garantizar la universalización de las prestaciones y la equidad en el acceso.

Es la situación socioeconómica la que incide directamente en la salud y la determina. Basta recordar el emblemático Informe del Congreso estadounidense de 1979, donde se destacaba que cada aumento del desempleo en un 1´4% en EEUU determinaba 51.570 muertes (más que en la guerra de Vietnam), y daba origen a 5.520 ingresos en clínicas psiquiátricas del Estado, y a muchos otros tipos de lesiones y enfermedades (*Capitalismo, imperialismo, salud, medicina*. V. Navarro). **Es la clase social la que determina la salud** (“El derecho a la protección de la salud”, V. Navarro; conferencia en el Seminario *Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, de la Universidad Carlos III, 1996): un pobre de Harlem (Nueva York), aún teniendo mayores recursos materiales (8.000 dólares anuales) que una persona de clase media en Zambia, tiene peores indicadores de salud y mayor mortalidad que éste, tal hecho es atribuible a que el concepto pobreza no es absoluto sino relacional. Ser pobre en Harlem es mucho más difícil e insano que ser una persona de clase media en Zambia, ya que el primero “sufre más su pobreza, está más marginado, tiene menos respeto de sí mismo, está en situación más vulnerable, que el segundo”, porque lo que enferma al pobre de Harlem “es la distancia que le separa del promedio y de lo que es definido como exitoso”.

Esto explica porqué un trabajador no cualificado tiene mayor morbilidad y mortalidad que un profesional liberal, no estando la respuesta sólo en términos de recursos y consumo. El trabajador no cualificado carece de una infraestructura de apoyo social, es dependiente sobre su ambiente laboral y sufre una situación represiva de supervisión permanente, lo que le genera una gran inseguridad y estrés. Diversos autores mantienen que **estos factores pueden explicar por sí**

mismos el 90% de las mortalidades diferenciales entre las clases sociales.

Por tanto, **la salud de la población no depende únicamente de los servicios sanitarios**, ni del consumo sanitario, ya que por alto que éste llegue a ser se mostraría incapaz de incidir sobre el nivel y las condiciones de vida de los individuos. Los servicios sanitarios por sí mismos no son garantía suficiente para atender las necesidades de la población y prevenir la enfermedad, dadas sus propias limitaciones, lo que obliga a su integración en un **amplio plan de salud que abarque al conjunto de la sociedad, un plan capaz de incidir sobre los aspectos socio-económicos y medioambientales, rebasando estos factores la mera intervención de los especialistas sanitarios o los técnicos de la Administración.**

En ese marco, **la importancia de los servicios sanitarios se centra en su unicidad y equidad, en garantizar el acceso gratuito** de la población, en planificar la atención según necesidades y superar las desigualdades que puedan existir, en garantizar las prestaciones que la colectividad considere necesarias.

Y estos valores sólo pueden ser defendidos y representados por la población trabajadora, de ahí la importancia de la participación en los términos que fue definida más arriba.

“El Foro Abierto de Salud es un órgano consultivo que se constituirá por convocatoria del Ministerio con objeto de consultar sobre temas específicos, a ciudadanos, profesionales, organizaciones o sociedades de reconocido prestigio en el sector sanitario” (art.65-4). “El Foro Virtual se constituirá a través de la red informática del Ministerio, para el intercambio de información y opiniones de los ciudadanos” (art.65-5).

- El Foro Abierto de Salud, tal y como está formulado, no puede considerarse un órgano de participación y debate, sino una oficina de consulta de temas concretos.
- La pretenciosa denominación **“Foro Virtual”** no esconde más que una **simple página web**, como la que ya tiene el

Ministerio o la propia Comunidad. No es serio que este sea uno de los tres pilares sobre los que se asienta la participación y que se le de entidad suficiente como para figurar en una Ley que pretende ser central para el sistema sanitario.

Las **“redes de conocimiento”**, tienen como función generar y transmitir conocimiento científico, y favorecer la participación social en estas materias de su competencia. “Estas redes se constituyen para servir como plataforma de difusión de la información (...) y como apoyo a la toma de decisiones a todos los niveles del SNS”. Se busca su actuación en las siguientes materias: “Cooperación internacional. Información, promoción y educación para la salud. Cooperación internacional. Evaluación de tecnologías sanitarias. Formación en salud pública y gestión sanitaria” (art.66).

- La formulación carece de sentido desde cualquier óptica participativa. Se trata de crear redes que extiendan propagandísticamente la política gubernamental y respalden sus decisiones en diversos temas (algunos estratégicos por las consecuencias que pueden tener: evaluación de tecnologías o gestión sanitaria), con el fin de ganar credibilidad.

CAPÍTULO X: CONSEJO INTERTERRITORIAL

Se deroga el art. 47 de la LGS, referido al Consejo Interterritorial.

Mientras el referido artículo de la LGS establecía la obligación de coordinar entre otros aspectos “las líneas básicas de la política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes y servicios, así como los principios básicos de la política de personal”, este anteproyecto (art.69, sobre funciones) recurre a una formulación imprecisa y ambigua: “Las Administraciones Públicas representadas someterán al Consejo cuantos asuntos relevantes de su competencia pueden tener incidencia en el funcionamiento cohesionado del SNS”. Al concretar, añade la coletilla “especial relevancia” o se refiere simplemente a la elaboración de análisis e informes generales, pero elude en todo momento los temas

ANEXO 1

CRÍTICA DEL BORRADOR DE NUEVO ESTATUTO MARCO

Las normas que establece son comunes al SNS, debiendo, posteriormente, ser desarrolladas por cada Comunidad Autónoma. Se trata de un proyecto totalmente **regresivo**, que procede a una **desregulación total en lo referente a configuración de plantillas, funciones y categorías, así como a las condiciones salariales y laborales**. Sus características principales son:

1. SELECCIÓN

- **Concurso:** Con carácter extraordinario, podrá consistir únicamente en una valoración global “no baremada del Curriculum”.
- **Oposición:** Valorando competencia, aptitud, e “idoneidad” (¿perfiles?).
- **Concurso oposición:** Suma de los dos anteriores en el orden que la convocatoria determine (¿podrán exigirse una serie de requisitos -perfiles- previos a la oposición?).
- Se crea la figura de **aspirante en prácticas** para el personal no sanitario, debiendo superar las evaluaciones que se determinen en cada convocatoria durante 3 meses para consolidar la plaza. Además, durante ese período sólo percibirán las retribuciones básicas.
- Podrán formar parte de los órganos de selección del personal estatutario miembros procedentes de centros privados concertados o vinculados al SNS.
- *Cada Servicio de Salud establecerá los supuestos y procedimientos para la provisión de plazas que se deriven de reordenaciones funcionales, organizativas o asistenciales.* El sentido de este apartado responde al poder que se confiere a las CCAA para definir su propio modelo sanitario, dependiendo esta elección no de las necesidades sanitarias de la población sino de la voluntad política de los diferentes gobiernos autonómicos. Según el modelo que se adopte se provocarán profundos cambios que afectarán a la organización del sistema, con nuevos enfoques

funcionales y asistenciales, dando lugar a la posible desaparición de determinadas categorías, al establecimiento de diferentes funciones,...

- Sigue sin definirse la periodicidad de las convocatorias, quedando al libre albedrío de las distintas Comunidades. Y sigue sin identificarse correctamente las plazas, a fin de favorecer la movilidad interna sin regulación.
- Los procedimientos de **selección del personal temporal** quedan desregulados con carácter general, al ser establecidos por cada Comunidad. Se expone que deberá seguirse el principio de máxima agilidad y no se explicita la obligatoriedad de quedar sujetos los procesos a mecanismos objetivos (lo que favorecerá el implementar la entrevista y los perfiles). Igualmente se establecen periodos de prueba (A: 6 meses; B: 3, y resto de categorías: 2). Por otra parte, se expone que **las vacantes se cubrirán cuando se considere necesario**.
- Se imponen los **nombramientos “basura”**, al permitirse que puedan expedirse por días, horas a jornada partida o con dedicación parcial.
- Se mantienen los puestos de libre designación para cubrir jefaturas y puestos directivos, no excluyéndose la contratación de personal externo al SNS en la alta dirección.

2. MOVILIDAD

Voluntaria (traslados): No se fija la periodicidad de las convocatorias; se limita el derecho a especialización y modalidad (de Atención Primaria a Atención Primaria y de Atención Especializada a Atención Especializada, y limitación de acceder a servicios para los que no se precisa titulación especial).

Forzosa. Por **razones del servicio:** el personal estatutario podrá ser **adscrito con carácter definitivo en cualquier institución, centro o unidad dentro del ámbito de su nombramiento** por necesidades organiza-

tivas o como resultado de un **Plan de Ordenación de recursos humanos**, eludiendo así tener que presentar justificación suficientemente razonada como paso previo al traslado. Por **necesidades organizativas**: el personal estatutario podrá ser adscrito **temporalmente por un período de 2 años** a otras instituciones, centros o unidades **fuera del ámbito de su nombramiento**, pudiendo ser **trasladado forzosamente con carácter definitivo cuando se decida en un Plan de Ordenación**.

3. RETRIBUCIONES

- Sólo serán **comunes** al SNS las **retribuciones básicas (salario base y trienios)**, no entrando el complemento de destino y otros. Las pagas extras podrán sumar sólo salario base y trienios.

- Las **retribuciones complementarias** se estructuran en fijas y variables, determinando su cuantía **cada Servicio de Salud**, lo que aumentará las ya de por sí enormes diferencias salariales entre Comunidades.

Los **complementos fijos** se refieren a las características del puesto de trabajo, la carrera profesional, la actividad y el régimen de prestación. Los **complementos variables** se dirigen a retribuir el especial rendimiento, el interés, la dedicación extraordinaria y la consecución de los objetivos programados.

Esto supone instaurar un **nuevo modelo retributivo basado en la desregulación de las condiciones laborales**, tendiendo a **personalizar el salario** y fomentando que se abonen diferentes cantidades por el mismo trabajo, o el que se asuma un sobretrabajo o se haga dejación de derechos laborales por una cantidad que en ningún momento cubriría los mismos (y que podría aumentar los riesgos de la población).

- El nuevo modelo retributivo pretende primar el buen comportamiento e implicar al trabajador en la marcha de la empresa, neutralizando su respuesta a las políticas de la Administración al romper el sentimiento colectivo y enmascarar la causa común de sus problemas, lo que acrecienta su indefensión. A su vez ahonda las diferencias salariales entre categorías y favorece el enfrentamiento entre trabajadores.

4. JORNADA Y TIEMPO DE TRABAJO.

- Tanto la **jornada de trabajo ordinaria** como la complementaria serán definidas por el Servicio de Salud de cada Comunidad.

- La **duración máxima de la jornada ordinaria y complementaria** será de **48 horas semanales en cómputo semestral**, con lo que sigue sin garantizarse el descanso semanal necesario que permita la correcta atención a la población y la calidad de la misma.

- Se establece que **por razones organizativas o asistenciales**, y previa oferta expresa de la institución o centro y aceptación del trabajador, **podrá superarse la duración máxima conjunta de la jornada ordinaria y complementaria**. Esta medida sigue la tónica del documento en el desprecio por el cuidado y la seguridad de la población y por el empleo, eludiendo la contratación de personal en un marco caracterizado por el desempleo. A su vez, **la jornada queda sujeta a la arbitrariedad de cada centro, gerencia o Servicio de Salud**.

- Cada Comunidad podrá establecer las jornadas específicas de determinados colectivos, grupos o categorías funcionales (sin concretar a quienes van dirigidas), abriendo la posibilidad de cubrir necesidades de la población realizando sobretrabajos y eludiendo ampliar las plantillas.

- El **régimen común de descansos, vacaciones y permisos** -salvo vacaciones anuales-, queda a expensas de lo que decida cada Comunidad, dando lugar a reglamentaciones distintas en el SNS. Tampoco se establecen garantías comunes en lo referente a **permisos para formación**. Sin embargo, sí pueden impedirse los traslados tras acceder a determinados cursos, en una concepción de explotación empresarial privada de los conocimientos, en lugar de optar por una concepción de rentabilidad social, donde la población es la beneficiada.

5. SITUACIONES.

- **Servicios bajo otro régimen jurídico**. Si a una institución o centro se le otorga **personalidad jurídica propia**, sometiéndose al **derecho privado**, pasará a esta situación

(laboral) el **personal estatutario fijo que acepte el cambio de su relación de empleo** (lo mismo sucederá con el personal que acceda a una institución o centro con personalidad jurídica propia). Durante tres años podrá reincorporarse a su puesto estatutario (si existe) o a áreas limítrofes (si es posible), quedando pasado este tiempo adscrito a la nueva situación con carácter definitivo. El personal que no acepte variar su relación de empleo en una institución o centro afectados, parece evidente que sufrirá un traslado forzoso dentro de su Área, y fuera si no es posible lo anterior.

- **Expectativa de destino.** Quedará en esta situación el personal afectado por una disminución de efectivos adoptada por un Plan de Ordenación, cuando no haya sido asignado a otro destino, cobrando el 100% de las retribuciones (excepto PV) durante el tiempo que defina cada Comunidad y realizando obligadamente las actividades formativas, de capacitación o reorientación profesional que se le impongan. A su vez, deberán **reincorporarse** al destino de su **grupo o subgrupo, sin límite geográfico** (se indemnizarán los gastos de traslado), que oferte el Servicio de Salud. Quien incumpla estas obligaciones pasará a la excedencia forzosa. Pero si tenemos en cuenta que las Nuevas Formas de Gestión emplean en torno a un 20% menos de personal y los privados dos tercios menos, a medida que entre el sector privado y se extiendan las NFG el excedente de personal estatutario fijo será mayor, siendo la aceptación de las variaciones de la relación de empleo la única salida de mantener un puesto de trabajo.

- **Excedencia forzosa.** Se dirige al personal procedente del apartado anterior o de una situación de suspensión de funciones. Cobrarán las retribuciones básicas y el 25% de las complementarias fijas. El tiempo de permanencia en esta situación no se concreta.

- Se dificulta el acceso y se marca un mínimo de 2 años de permanencia para las **excedencias voluntarias**. Empeoran las condiciones para las **excedencias por razones familiares**. Se crea la figura de **excedencia "voluntaria" incentivada**, dirigida al personal afectado por un proceso de movilidad forzosa consecuencia de un Plan de Ordenación. Tendrá una duración de 5 años (las cuantías

se marcarán en cada Plan). Nada se dice de qué sucederá al solicitar el reingreso.

6. REGIMEN DISCIPLINARIO

Se endurece la catalogación y prescripción de las faltas, y el régimen de sanciones, reforzando el llamado "principio de autoridad" y a las direcciones. Destacan la **subjetividad** y dificultad de medir la falta, y la **desproporción entre faltas y sanciones**, generando un ambiente que dificultará el trabajo en equipo o la responsabilidad del trabajador ante la población.

Entre las **FALTAS MUY GRAVES** destaca la **desobediencia notoria a un superior**, el notorio **incumplimiento de las funciones o normas reguladoras de funcionamiento de los servicios**, la **falta de rendimiento** o el **abandono del servicio**, sin concretar éste (no es lo mismo abandonar una UVI en un festivo que una consulta en un día de diario; ni es lo mismo abandonar un servicio a falta de 5 minutos para acabar la jornada que 5 minutos después de iniciada). Las **SANCIONES** van desde la **separación del servicio (despido)** y la imposibilidad de presentarse durante 6 años a ninguna prueba de selección para obtener de nuevo la condición de personal estatutario fijo (y sin poder prestar servicios en ese tiempo en ninguna Administración Pública), hasta el **traslado forzoso con cambio de localidad** (y la prohibición de traslado durante 4 años) o la **suspensión de funciones** durante un máximo de 6 años, **con pérdida del puesto de trabajo a partir de los 6 meses** de sanción.

Las **FALTAS GRAVES** podrán establecerse en cada Servicio de Salud (igual que las leves), hecho que podría conllevar a que lo sancionable en una Comunidad no lo fuese en otra. Entre las graves destacan la **falta de obediencia debida a los superiores, incumplimiento de funciones, grave desconsideración con los superiores, falta de rendimiento, incumplimiento de la jornada** (más de 20 horas al mes), **evadir los sistemas de control horario, falta de 3 días consecutivos o 5 faltas en 2 meses**. Las **SANCIONES** abarcan la **suspensión de funciones** (que no superará los 3 años y con pérdida del puesto de trabajo a partir de los 6 meses), el **traslado forzoso sin cambio de localidad** (4 años sin traslado) y la

prohibición de concurrir a procesos de movilidad (4 años).

Entre las **FALTAS LEVES** destaca la incorrección con superiores o compañeros. Las **SANCIONES** podrán ser apercibimiento o prohibición temporal de trasladarse (máximo 4 años).

Los **procedimientos disciplinarios** se establecerán en cada Comunidad, dando lugar a procesos diferenciados para el personal estatutario dependiendo del lugar de trabajo, si bien se marca con carácter general la posibilidad de **suspensión provisional de funciones** mientras se tramita el expediente para las faltas muy graves o los expedientes judiciales (sólo se cobrarían las retribuciones básicas).

7. DERECHOS Y DEBERES

- Se obliga a colaborar cuando existan razones urgentes o de "necesidad". Como éstas no se especifican, queda abierta la posibilidad de prolongar la jornada o doblar por errores de planificación del trabajo o falta de cobertura de ausencias.
- Se obliga a participar eficazmente en la fijación y consecución de objetivos.
- Se anulan las incompatibilidades con actividades privadas si el interesado renuncia a percibir las retribuciones complementarias que defina cada Comunidad, favoreciendo el pluriempleo cuando se están reduciendo las plantillas.
- Se **prolonga voluntariamente la jubilación hasta los 70 años** y se introduce la figura de **jubilación parcial** como consecuencia de Planes de Ordenación.

8. PLANES DE ORDENACION DE RECURSOS HUMANOS

Para lograr los objetivos sobre recursos humanos se llevarán a cabo actuaciones que permitan **lograr su adecuado dimensionamiento, distribución, formación y capacitación**. Los Planes de Ordenación serán el instrumento para lograr una planificación eficiente de las necesidades de personal estatutario, y contendrán los objetivos en cuanto a efectivos y su estructura, así como

las medidas necesarias para lograrlos (**movilidad geográfica y funcional, formación, promoción y reclasificación profesional**).

En primer lugar, estos Planes *marcarán sólo los objetivos en materia de personal estatutario*. En segundo, definirán el *número de trabajadores adecuado y su estructura para lograr esos objetivos de personal*. Un juego de despropósitos, ya que el personal no es una finalidad en sí mismo sino un medio para lograr unos objetivos de salud. Lo primero será determinar las necesidades sanitarias de la población, establecidas sobre los diagnósticos de salud de las diferentes zonas geográficas. Para atender esas necesidades se establecerán los objetivos de salud pertinentes, y se definirán los recursos precisos, tanto físicos como humanos, necesarios para conseguirlos.

Si el personal es excesivo debe justificarse. Sin embargo, la situación general actual no apunta en ese sentido. La disminución de las plantillas -un 10% del personal por cama desde 1996, acrecentado por la disminución de más de un 25% de camas desde 1980-, ha dado lugar a una **situación caótica** y a un **intenso malestar laboral**: listas de espera inadmisibles, caos de las urgencias, saturación de servicios y enfermos atendidos en los pasillos, restricción de acceso a los servicios sanitarios a fin de disminuir la demanda y enfrentar dicha saturación sin aumentar plantillas, aumento de las cargas de trabajo por encima de lo aconsejable para la seguridad de la población, aumento de las denuncias por errores sanitarios,... La **mala distribución** de personal existe, pero en una situación general deficitaria -entendiéndola ésta como el desajuste entre plantillas y necesidades de salud de la población-. Esta mala distribución se ha agudizado en la medida que se han impulsado las Nuevas Formas de Gestión, ya que éstas han disminuido el empleo en un 20%.

A la hora de exponer las medidas que se aplicarán para lograr la estructura de personal que marquen los diferentes Planes, se aclara la finalidad de los mismos. Sin conocer los objetivos ni la estructura a lograr, se disponen los medios para conseguirlo. **Movilidad forzosa** sin límite geográfico, **movilidad funcional sin una ley que defina las funciones**

ANEXO 2

ACUERDO GENERAL SOBRE COMERCIO Y SERVICIOS.

Las recomendaciones de la **Organización Mundial del Comercio** (OMC) para liberalizar progresivamente el sector servicios, que abre un futuro incierto para los modelos sanitarios públicos, tienen su origen en las políticas neoliberales defendidas por EEUU y los Estados de la Unión Europea desde comienzos de los años 80, políticas que responden a los intereses de sus potentes y dominantes sectores financieros, y que se imponen mundialmente a través de sus instituciones internacionales (*Organización Mundial del Comercio, Banco Mundial o Fondo Monetario Internacional*).

Así, las medidas de ajuste económico y control del gasto público, actúan como palancas para descerrar enfoques proteccionistas en cuanto a salud, educación o protección del medio ambiente se refiere, bloqueando cualquier iniciativa mínimamente redistributiva en política de rentas.

La liberalización de los servicios públicos, y básicamente de los servicios sanitarios, tiene como finalidad permitir el acceso del sector privado a un importante volumen de fondos que hasta ahora escapaba a su control, así como **generar las transformaciones estructurales que posibiliten**, en su explotación, **la obtención de beneficios**.

Debe tenerse en cuenta, que si en una primera fase se trata de restringir los gastos sanitarios públicos y limitar las prestaciones gratuitas en el momento de su uso, con la finalidad de debilitar y deteriorar el sistema sanitario público e impulsar indirectamente al sector privado (la población debe recurrir a éste para satisfacer necesidades no cubiertas por el sector público), en una segunda fase, en la medida que se permita el acceso masivo y directo del sector privado a la financiación pública, los gobiernos dejarán de ser tan restrictivos en ese gasto sanitario.

El aumento de los conciertos con el sector privado, la entrada de proveedores privados en el sistema sanitario, la fragmentación del sistema público mediante la creación de las Nuevas Formas de Gestión (sujetas al dere-

cho privado en lugar de al derecho administrativo), la empresarialización de los centros de gestión directa, la externalización y subcontratación de servicios, junto a la introducción en el sistema de mecanismos de competencia interna, son las vías utilizadas para la creación de un **mercado sanitario**. En definitiva, la estrategia neoliberal en materia sanitaria tiene como objetivo último, no tanto la reducción del gasto público como la **expansión del mercado a sectores que escapaban a la posibilidad de hacer negocio**.

La conversión de estos servicios públicos en verdaderos sectores productivos y la transformación del concepto salud en una mera mercancía, se está realizando mediante procesos de desinformación a la opinión pública. Con la clara intención de ocultar lo que en realidad son decisiones políticas conscientemente planificadas desde los propios Estados, se encubren las transformaciones emprendidas bajo aspectos técnicos -como el pretexto de modernizar los dispositivos asistenciales e incorporar formas de organización más acordes con los avances teóricos y tecnológicos en materia sanitaria-, o bajo aspectos de necesidad imperiosa -para garantizar el futuro y la calidad de los servicios públicos sanitarios-, eludiendo hablar de las graves consecuencias que están teniendo sobre la salud de la población.

El ritmo de implantación del nuevo modelo o la profundidad que pueda alcanzar el mismo, dependerá de las resistencias sociales y sanitarias encontradas en los diferentes Estados, y de las propias resistencias de los gobiernos a instaurar unas medidas que contienen un importante coste social.

El **Acuerdo General sobre Comercio y Servicios** de la *Organización Mundial del Comercio*, pretende contribuir a superar esas resistencias, adecuando los objetivos a lograr en la primera década del nuevo siglo en el sector sanitario y las políticas a aplicar por todos los Estados miembros de la OMC. Mientras la Coalición de Industrias de Servicios en EEUU aboga por una **propiedad privada mayoritaria para los servicios sani-**

tarios (“los servicios de sanidad de muchos países extranjeros han sido en gran parte responsabilidad del sector público. Esta propiedad pública de la sanidad ha dificultado que los proveedores de sanidad del sector privado estadounidense vendan en países extranjeros”), la Delegación de Comercio de EEUU perfila los **terrenos concretos de expansión** (“existen oportunidades comerciales en torno a un completo espectro de prestaciones sanitarias y sociales, que incluyen hospitales, consultas externas, clínicas, residencias sanitarias, asistencia domiciliaria y servicios prestados en casas”).

El Acuerdo obliga a los Estados firmantes a la **reducción drástica de las regulaciones internas que supongan un impedimento para el comercio**, y a la derogación de todos los procedimientos o normas técnicas que impidan o limiten la concesión de licencias de apertura de hospitales o servicios sanitarios privados, y da poder a la Organización Mundial del Comercio para anular unilateralmente dichas normativas o expulsar de la Organización al Estado que no se someta a sus dictados (lo que supondría su aislamiento económico). El objetivo es **eliminar toda garantía que, defendiendo el bien común, sea molesta a los intereses de las grandes empresas transnacionales**. Para lograr esta “liberalización”, en aquellos casos de fuertes resistencias, se proponen todo un conjunto de medidas previas dirigidas a fragmentar el actual sistema sanitario, facilitando así su posterior privatización sin dar muestras de lo que se está haciendo y no alertar a la población (desde el desgajar y privatizar sectores asistenciales, hasta extender la gestión privada de hospitales o recurrir a las contrataciones y la subcontratación).

Los Estados de donde proceda el capital están igualmente obligados a abandonar todo tipo de medida proteccionista y abrir al mer-

cado estos sectores dentro de sus fronteras, y el Acuerdo señala que esta apertura implicará ciertos costes sociales, es decir, que el desmantelamiento de los grandes servicios públicos y su privatización aumentará los sacrificios de la población también en los Estados del centro del sistema. Respecto al consiguiente riesgo de desgaste político de los gobiernos, se avisa que serán compensados por la **obtención de importantes beneficios privados, que procederán fundamentalmente de la reducción de los salarios de los trabajadores sanitarios y de la desregulación total del sector** (“los logros más significativos del comercio no llegarán de la construcción y la gestión de hospitales, sino de la posibilidad de emplear en ellos un personal más eficaz y/o menos costoso”, y de la “contratación e importación de trabajadores de acuerdo con las exigencias de los empleadores transnacionales”).

La pérdida de poder adquisitivo de los últimos años, las disminuciones de plantillas, la pérdida de derechos laborales y la desregulación progresiva, la privatización de la gestión de centros y servicios sanitarios, el notable aumento de los conciertos con el sector privado o la extensión de la subcontratación, la pérdida del control público sobre la gestión (manejo de fondos) y las políticas de personal de las NFG, la instauración de controles a posteriori de la gestión de centros y servicios (tal ágiles como ineficaces), la privatización y disminución de las prestaciones públicas gratuitas, el aumento de las dificultades de acceso a las prestaciones con cargo público, la disminución de la financiación pública a los centros de gestión directa en comparación con el incremento de los fondos destinados a las Nuevas Formas de Gestión y a los centros privados concertados,... son buena muestra del avance de las medidas expuestas más arriba.

