



TRANSFERENCIAS

UN PASO HACIA LA DESCENTRALIZACION Y LA PARTICIPACION

O

UN PASO HACIA LA FRAGMENTACION DEL SISTEMA SANITARIO Y LA PRIVATIZACION

(Septiembre 2002)

SINDICATO DE SANIDAD DE MADRID

CONFEDERACION GENERAL DEL TRABAJO

C/ Alenza, 13-Madrid 28003-☎ 91 553 33 29 fax: 91 553 33 29

UN PASO HACIA LA DESCENTRALIZACIÓN O HACIA LA PRIVATIZACIÓN

El proceso transferencial se desarrolla en unas condiciones determinadas que el gobierno y la mayoría de las fuerzas políticas y sindicales eluden afrontar, y que determinarán significativamente sus resultados y consecuencias.

El que se hallen sin desarrollar aspectos básicos de la **Ley General de Sanidad** -que van desde la *Alta Inspección* (entidad que velaría por la calidad de la atención sanitaria en todas las CCAA y por el cumplimiento de los objetivos generales del Sistema Nacional de Salud-SNS), hasta temas de *participación*, pasando por el establecimiento de *ratios de población por profesional* de la sanidad-, en un marco de *ausencia de planificación general*, sin un análisis de partida de la situación *ni la realización de un Plan Integrado de Salud*, apunta a que **en los próximos procesos de transferencias primarán los aspectos economicistas**, como ya sucedió en los realizados hasta la fecha, **desplazando éstos a los temas sanitarios de fondo** (garantía de las prestaciones sanitarias, desigualdades territoriales, necesidades de salud generales y diferenciación territorial, necesidades de equipamientos, condiciones laborales y adecuación de plantillas, etc.), **y a la articulación de una participación real de la población y de los trabajadores del sector.**

FINANCIACIÓN

Aunque la negociación del nuevo modelo de financiación de la sanidad pública corre por cauces administrativos diferentes del proceso de transferencias, su impacto sobre las mismas obliga a tratarlo simultáneamente, ya que dependiendo del tipo de financiación y de la cuantía de los fondos repartidos, se producirán toda una serie de modificaciones que orientarán el modelo sanitario y sus perspectivas futuras. Se espera, si se alcanza un acuerdo entre el gobierno y las diferentes CCAA, que el nuevo pacto de financiación entre en vigor el 1 de enero de 2002 -con anterioridad a la culminación de un proceso de transferencias que supondrá la liquidación formal del INSALUD, y que en Madrid se estima que concluya antes de finalizar dicho año-, teniendo vigencia hasta el 31 de diciembre de 2006. Para el **Sindicato de Sanidad de Madrid de CGT**, existen 4 aspectos esenciales:

1. **Suficiente asignación de fondos a la sanidad pública para atender con garantías y**

calidad las necesidades de salud de la población. Dependiendo de la transmisión de fondos que acompañe a las transferencias sanitarias se establecerán las políticas de salud, se estructurarán los servicios, se definirán las políticas de personal y se proyectarán en el futuro las prestaciones e infraestructuras de cada Comunidad Autónoma (CCAA), resultando más perjudicadas las Comunidades que partan con mayor déficit en infraestructuras y medios. **Sin una financiación suficiente, tenderá a agudizarse el deterioro generalizado de la sanidad pública**, deterioro que responde a intereses económicos privados al servicio de los que la Administración ha tomado las oportunas decisiones políticas y que ha desembocado en una situación caracterizada por *las graves restricciones de personal, la masificación y la falta de desarrollo del modelo de Atención Primaria, la existencia de listas de espera inasumibles, la degradación hospitalaria, etc.* **La única manera de impulsar un modelo público sanitario y corregir estas deficiencias, sería el establecimiento de un PLAN ECONÓMICO EXTRAORDINARIO que, además, abordase las importantes desigualdades territoriales existentes.** Según diversos estudios debería **INCREMENTARSE EL GASTO SANITARIO EN UN 1 PUNTO DE PIB** (Producto Interior Bruto), alcanzando en dos años un incremento de los presupuestos destinados a sanidad de 1'5 billones de pts, para, posteriormente, vincular el crecimiento del gasto sanitario al crecimiento del PIB real. Este Plan debería concretarse previamente a la finalización del proceso de transferencias, al igual que debería establecerse la creación de un fondo sanitario anual destinado a corregir las desigualdades que la propia dinámica del sistema vaya generando. Sin embargo, y aunque no parece lógico restringir entre los bienes de consumo los gastos destinados a un bien superior como es la sanidad, ni parece juicioso mantener unos elevados niveles de consumo y emprender medidas que incidan negativamente en la esperanza de vida de la población o en sus niveles de salud, el gobierno no contempla plan futuro alguno en este sentido. Los **Presupuestos Generales del Estado** (PGE) para el 2001 **siguen la tónica de contención del gasto público de los últimos años** (mientras los ingresos del Estado se incrementan por encima del 6'5%, los gastos aumentan tan sólo un 4'5%), y las autoridades públicas se vanaglorian de haber

alcanzado el déficit cero en sus presupuestos y de haber “saneado” financieramente el Sistema Nacional de Salud, sin tener en cuenta los costes sociales de esas medidas y la degradación a que han sometido al sistema sanitario público.

Por ello, todo apunta, **si no se ejercen las presiones suficientes en sentido contrario**, a que la finalización del proceso de transferencias iniciará un período caracterizado por la tendencia a mantener una financiación general *básica*, y en ese sentido restrictiva, pudiendo aumentar cada Comunidad Autónoma sus fondos a través del incremento de sus impuestos, lo que a su vez tenderá a aumentar las desigualdades territoriales en beneficio de las CCAA más ricas y a acentuar los riesgos de una limitación y disparidad de las prestaciones sanitarias gratuitas.

2. **Utilización de dichos fondos y control público (con intervención de los ciudadanos) de cómo se gastan.** Hechos como la entrega de 1.600 millones de pesetas a la Fundación Hospital de Alcorcón o de 10.000 millones a la Fundación Jiménez Díaz para evitar su quiebra y sin acompañarse de las medidas oportunas para rectificar el tipo de gestión causante (sujeta al derecho privado), o el incremento de los fondos sanitarios destinados a los conciertos con la sanidad privada en los PGE para el 2001 (por encima del crecimiento sanitario porcentual para dicho año), o la propia política del medicamento, nos hacen pensar que sin ese control el aumento de los gastos sanitarios -en caso de lograrse- no encubrirían otra cosa que la transferencia de dinero público a las arcas privadas, sin compensación en mejoras de las prestaciones e infraestructuras sanitarias públicas y gratuitas.

Cuando nos referimos a participación ciudadana lo hacemos en un sentido totalmente diferente de las concepciones al uso en la Administración o en la mayoría de los círculos políticos y sindicales. Estas concepciones tienen una visión individualista, mercantilista y restrictiva de la misma y de los temas sobre los que puede establecerse, por ello no se han abierto cauces efectivos organizativos para que discorra dicha participación, ni se les ha dotado de capacidad para que el ciudadano pueda incidir en la toma de decisiones, como queda patente en la **falta de voluntad política para desarrollar la Ley General de Sanidad en este sentido, no constituyéndose**

los Consejos de Salud en sus diferentes niveles. La participación real y el control de ciudadanos y trabajadores del sector, en unos momentos caracterizados por la disminución del papel regulador del Estado, es la única garantía de proceder a una utilización adecuada del presupuesto sanitario.

3. Un tercer aspecto, es **si la financiación de las diferentes CCAA debe establecerse capitativamente** (según la población cubierta), **o si deben introducirse elementos correctores, como la distribución por edades** (mayores de 65 y menores de 14 años), **la morbimortalidad, el nivel socioeconómico, la dispersión poblacional, los recursos sociosanitarios disponibles**, etc. Dependiendo de la vía a seguir, se realizará o no un reparto más equitativo de la financiación.

Ya en el Acuerdo de Modernización del SNS (12/97), el gobierno del PP, con los apoyos de CIU, PNV y CC, optaron por una financiación meramente capitativa, y ésta sigue siendo la tendencia imperante, sin recoger ningún criterio corrector de las actuales desigualdades territoriales, fruto de la desigual dotación sanitaria que ha tendido a concentrarse en los grandes núcleos urbanos y en las zonas más desarrolladas económicamente. Bajo la pretensión de la objetividad en el reparto de los fondos sanitarios, se olvidan las diferentes posiciones de partida y se condena a las CCAA con menores niveles de renta, que son las que presentan mayores necesidades de salud de la población. Éstas, carecerán en el futuro de los medios económicos para equilibrar su situación, haciéndolas aún más dependientes de los centros más potentes que, a través del pago por la atención a desplazados, absorberán además parte de sus fondos, agudizando el problema.

4. Un cuarto aspecto, se centra en **si la financiación sanitaria a las CCAA transferidas debe incluirse en el modelo general de financiación autonómica, para que éstas repartan los fondos entre las distintas consejerías (financiación generalista), o debe realizarse directamente desde los PGE (financiación finalista).**

Si la financiación general de las CCAA incluyera el presupuesto sanitario (cuenta con los apoyos del gobierno, a través de su Ministerio de Hacienda, del informe anual del

Senado, de la mayoría de las CCAA y de las formaciones políticas; el PSOE muestra reticencias a un modelo único de financiación, manteniendo una u otra postura dependiendo de la Autonomía que se trate y del sector interno de este partido que se exprese, dado que existen posiciones que optan por reducir el compromiso público sanitario; IU, FADSP y la mayoría de los sindicatos se decantan por la financiación finalista), **se correrían diversos riesgos:**

- Se mezclaría el dinero destinado a garantizar las prestaciones sanitarias, a mantener el funcionamiento de hospitales o centros de salud y las plantillas, con el destinado a carreteras y obras públicas, a la enseñanza, al empleo, etc., y el reparto de los fondos públicos sanitarios no correría a cargo del gobierno central sino de los gobiernos autonómicos. El gobierno central eludiría sus responsabilidades traspasándolas a los gobiernos autonómicos y serían las diferentes consejerías de éstos las que compitiesen por la captación de fondos, **dependiendo la financiación sanitaria del peso político de cada Consejería de Salud en su Comunidad Autónoma o de los intereses concretos de los gobiernos autonómicos en cada momento**, lo que podría suponer pérdidas económicas en materia sanitaria, cosa imposible cuando vienen como capítulo cerrado desde el Ministerio de Hacienda. Quienes defienden esta modalidad no dejan lugar a la duda sobre los intereses que persiguen, al argumentar que de esta manera podrían propiciar un mejor control del déficit de las autonomías y facilitar que se cumpla el objetivo del déficit cero (no debemos olvidar que el presupuesto sanitario supone entre el 30 y el 40% de los presupuestos autonómicos), o defender que existan unas asignaciones básicas procedentes de los PGE y que las autonomías que quieran gastar más puedan recaudar para hacerlo.
- Es un tipo de financiación que **no tiene en cuenta las necesidades específicas de salud de la población ni las grandes diferencias en lo referente a recursos económicos de cada Comunidad**. La actual estructura territorial unida a este modelo de financiación, basada en la corresponsabilidad fiscal, situaría al borde

del colapso a diversas CCAA que carecen de capacidad para mantener sus propios servicios sanitarios, acrecentándose las actuales desigualdades sanitarias.

- **Impediría una planificación general** y el establecimiento de objetivos y criterios comunes, al ser sustituida una política sanitaria general a todo el Estado por múltiples políticas sanitarias definidas en cada Comunidad, que dependiendo del criterio o las prioridades económicas de cada momento tenderían a separarse paulatinamente. Una vez adoptado este tipo de financiación, el Estado carecería de potestad ante la diversidad de competencias de las autonomías en materia de sanidad interior (las condiciones económicas, las inversiones, la universalidad y gratuidad del sistema, dependerán de la voluntad de las diferentes CCAA), lo que, en ausencia de mecanismos de control social, supondría la fragmentación del propio sistema y podría poner en grave riesgo la protección sanitaria como derecho social universal, ya que una fragmentación sanitaria sin estos órganos de control hace al sistema más vulnerable frente al sector financiero y las cada vez más poderosas compañías privadas que operan en la sanidad.
- **Dificultaría la coordinación** de un sistema dispar y altamente diferenciado (diferentes políticas y enfoques de uso sanitario, desigual distribución de los recursos materiales y de personal, diferentes objetivos y prestaciones, ya que cada Comunidad tendrá las prestaciones básicas y aquellas que desee o pueda financiarse, a tenor del Acuerdo de Modernización del Sistema Nacional de Salud de diciembre de 1997), y aún cuando el Estado tenga una competencia de coordinación ésta no puede sustituir unilateralmente las capacidades que poseen las CCAA, lo que incidirá negativamente sobre la eficacia del sistema, al perderse la garantía de que determinadas acciones puedan generalizarse para lograr los objetivos deseados. Esto afectaría, por ejemplo, a la gestión de las listas de espera, a la equidad en el acceso a los diferentes servicios, a la atención a grupos de patologías de baja prevalencia, etc.

- **Tenderían a incrementarse los costes añadidos** por duplicidades en servicios que por diversos motivos, sanitarios y económicos, es preferible mantener centralizados, ya que es previsible que cada Comunidad intente mantener la autosuficiencia de recursos para evitar las pérdidas de capital que supondría el pago de desplazados, pudiendo mantener en algunos servicios actividades por debajo de lo recomendable para garantizar la calidad de la atención. El problema real, por tanto, es **hasta donde llevar la descentralización sin perder eficacia y aumentar costes evitables que no repercutirán positivamente sobre la salud de la población.** Hay suministros cuya adquisición conviene realizar por Comunidades o incluso por centros, y otros donde la compra centralizada genera un importante ahorro (la alta tecnología, por ejemplo, impone precios más elevados en compras limitadas o si no se enfrentan a un comprador único).

La financiación finalista (partidas cerradas que parten del Ministerio de Hacienda y que las CCAA no pueden alterar), **elude la mayor parte de los riesgos descritos anteriormente y es una garantía para el conjunto de la población** -máxime en las Comunidades más pobres, para los estratos sociales más débiles económicamente, en las zonas rurales y más deprimidas, para las patologías menos frecuentes, etc.-, lo que la hace más proteccionista. **Supone**, a su vez, **una dificultad añadida para el desmantelamiento del sistema público y para imponer políticas restrictivas de plantillas y desreguladoras de las condiciones laborales.** Se trata de un modelo de financiación, al partir de los PGE, más transparente, medible y comparable entre las diferentes CCAA, lo que la hace ser más equitativa que el modo anteriormente descrito.

Este Sindicato entiende que la financiación sanitaria debe tener un marco propio por ser la salud un bien de primer orden, y debe tener un **carácter redistributivo y garantista de la equidad en el acceso a las prestaciones.** Apostamos por la descentralización, entendida ésta como un mecanismo para facilitar la participación, acercar la toma de decisiones a la ciudadanía, y para que trabajadores y población ejerzan el control que les corresponde.

Descentralizar no significa fragmentar, su objetivo sería cubrir las necesidades sanitarias de la población en situaciones diferenciadas, pero el nuevo modelo de financiación que amenaza imponerse unido al proceso concreto de transferencias iniciado, fragmenta el actual sistema sanitario y ataca directamente su papel igualitario y redistributivo.

MODELO, ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN SANITARIA DE LA CAM

La CAM apuesta decididamente por un **modelo sanitario mixto público/privado**, caracterizado por la **separación de las funciones de financiación, compra y provisión de servicios**, donde **la autoridad sanitaria sería la propia Consejería de Sanidad:**

1. La **financiación** sería **pública y generalista** (mezclada con el resto de la financiación de la Comunidad), decidiendo las asignaciones destinadas a sanidad el gobierno de la CAM.
2. La **provisión de servicios** se estructuraría de forma más complicada: los servicios procedentes de la propia Comunidad se agruparían en el **Servicio Madrileño de Salud (SMS)** y los procedentes del INSALUD en el **Instituto Madrileño de la Salud (IMSALUD)**, transformando ambos, “para ganar en flexibilidad”, en **entidades públicas de derecho privado**, lo que significaría de hecho *la privatización de la gestión máxima de los servicios de procedencia pública* y orientaría el futuro de la gestión de los servicios que coordinasen. La provisión de servicios **también procedería del sector privado**, teniéndose previsto potenciar su papel a través de incrementar las partidas destinadas a aumentar de forma importante los conciertos con la privada, e impulsar el desarrollo de la misma como medio de “estimular la competencia en el sistema al fijar una referencia comparativa y una amenaza”. De ahí las negociaciones con **UNESPA**, la patronal de las aseguradoras, y el ofrecimiento de diálogo a otras compañías que no estén en esa organización, con el objetivo de alcanzar acuerdos sobre las condiciones que permitan su contratación (criterios de acreditación) y la forma de ser complementarias con la pública, es decir, sobre el tipo de servicios que les sería más rentable desarrollar. Por tanto, el Plan de la Consejería de Salud es “optimizar todos los

recursos sin preocuparse de que sean públicos o privados” y no sólo en el aspecto sanitario sino también en los administrativos que acompañan al anterior.

- 3. El Servicio Regional de Salud (SRS) sería el ente asegurador y comprador de servicios**, ya sean públicos o privados; es decir, sería el intermediario entre la financiación de la Consejería de Salud y los centros proveedores de servicios sanitarios. Esto significa, en palabras del gerente del SRS, que la población “deja de pertenecer o depender de un hospital o centro de salud para hacerlo del SRS, que será el organismo encargado de vehicular sus *preferencias* y la disponibilidad de centros”, hechos de los que dependerá la contratación de servicios y, por tanto, la financiación de los mismos (“el dinero sigue al cliente”), lo que supondría restringir el papel que actualmente juega el proveedor de los servicios sanitarios y limitar su financiación a la población **que se le remita** y al cumplimiento de objetivos. Para llevar estas tareas a cabo se crearía una red de **Agencias Sanitarias**, que se encargarían, por una parte, de facilitar al paciente “la información necesaria para que elija entre la oferta disponible -pública o privada- el centro donde quiere ser atendido” y, por otra, de “gestionarle el acceso a la atención”, **privando este esquema de sentido a la zonificación sanitaria**. Es decir, se encargarían de contratar realmente la provisión de servicios a través del reparto de la población a los diferentes centros públicos o privados integrados en el sistema. Esto supone que serían los organismos canalizadores de la financiación concreta a los centros, dado que éstos se financiarían según los procesos atendidos. Su funcionamiento sería similar al de las agencias de viajes, que se encargan de contactar con los mayoristas y contratar sus servicios, y los resultados también serían similares (dependencia real directa de estas agencias de mayoristas concretos o canalización de la demanda en base a ventajas económicas que no trascienden a los viajeros, y desconocimiento real de lo que están ofertando o engaño interesado al no corresponderse lo anunciado con la realidad).
- 4. Tanto la Consejería de Salud como la gerencia del Servicio Regional de Salud de la CAM, han manifestado en repetidas ocasiones ser fervorosos admiradores de las Nuevas Formas de Gestión (NFG) y de**

extender el derecho privado a los centros sanitarios, poniendo recientemente como ejemplo los logros de la Fundación Hospital Alcorcón (“del total de la cirugía practicada en el centro, el 62% corresponde a cirugía mayor ambulatoria”), y eludiendo sus problemas de financiación, el coste real del centro, el que reúna el mayor número de quejas de todos los centros gestionados por el INSALUD y la tendencia a aplicar una selección de riesgos negativa (derivar los casos menos rentables económicamente a otros centros), o la ineficacia e ineficiencia y las posibles corruptelas contenidas en el último **informe del Tribunal de Cuentas**.

El freno que las autoridades sanitarias pusieron recientemente a la extensión de las **Fundaciones Públicas Sanitarias** a los centros ya constituidos (sin hacer referencia al resto de Nuevas Formas de Gestión -NFG- ni al régimen jurídico que adoptarán los centros de nueva creación, que mayoritariamente funcionan con personal laboral), no significa que hayan variado los objetivos de transformación de la gestión de los mismos, como pone de manifiesto que los dos órganos que agrupan la provisión pública de servicios en la CAM vayan a estar sujetos al derecho privado. **Se trata de una adaptación de las vías para llegar al mismo fin** tras los malos resultados de sus experiencias piloto. Las NFG han sido incapaces de controlar su propio gasto en las actuales circunstancias, precisando la mayoría créditos extraordinarios, lo que amenazaba el objetivo prioritario del gobierno de reducir el gasto público y alcanzar el déficit cero, y eso sin mencionar los problemas sanitarios ocasionados por sobreexplotación (infecciones en los quirófanos de **MEDTEC**), las condenas por abuso en las jornadas de trabajo (**Manacor**), los problemas suscitados en los centros de gestión directa con los jefes de servicio o con el estamento médico que reclamaba seguridad ante los riesgos que entrañan estas NFG, o la alarma social despertada. Es evidente que **sin el desarrollo de la contabilidad analítica y sin establecer los costes por proceso con las debidas correcciones que permitan establecer fiablemente costes por servicio, será imposible establecer un mecanismo de facturación no sólo entre Comunidades y centros sino entre los propios servicios de un mismo centro, lo que impedirá avanzar con garantías en la empresarialización de los mismos**.

La Administración ha entendido que puede lograr sus objetivos eludiendo los problemas descritos y que son precisos pasos previos para adecuar a todo el sistema a las condiciones necesarias para imponer su pseudomercado sanitario. Las direcciones territoriales del INSALUD coinciden con la del Servicio Regional de Salud de la CAM, en que las **Unidades Clínicas** son un modelo más versátil que los **Institutos Clínicos** de cara a imponer una nueva cultura profesional y laboral, y que la extensión de la **Gestión Clínica** como nueva organización del trabajo es una prioridad, facilitando su desarrollo acometer en un futuro próximo la creación de Institutos Clínicos sujetos al derecho privado con mayores garantías.

5. **En cuanto a la creación de infraestructuras**, las autoridades sanitarias de la CAM no contemplan ampliaciones de los servicios sanitarios ni nuevas construcciones de hospitales, y dejan claro que en el caso hipotético de edificar un nuevo hospital, se precisaría el compromiso de los ayuntamientos afectados para sufragar buena parte de su financiación. Si el **gobierno central imprime a los procesos de transferencias a las CCAA un carácter restrictivo en el reparto de fondos y generoso en la transmisión de riesgos políticos** que hasta ahora corrían a su cargo, las **CCAA**, concededoras del riesgo que supone un bajo presupuesto, bien por tener que imponer una serie de duras medidas restrictivas sanitarias y laborales, o bien por tener que aumentar los impuestos para suavizar dichas medidas, pretenden transmitir responsabilidades y riesgos (desgaste político) a los **ayuntamientos**.

La **reorganización de los servicios se realizará tendiendo a la optimización de los recursos existentes y procediendo a incorporar la oferta privada a la financiación pública antes de proceder a crear nuevas infraestructuras**, concentrando, además, la atención hospitalaria en grandes centros, ya que los hospitales pequeños y medios son más vulnerables económicamente en un medio competitivo (se refieren a sus debilidades en la lucha por captar clientes y financiación, dado su menor presupuesto y su dificultad para liberar partidas destinadas a esos fines).

En cuanto a la ordenación de las prestaciones, tienden a desarrollar el Acuerdo de Modernización

del SNS y se encuadran entre las voces más exigentes para que se desarrolle de forma inmediata un **catálogo de prestaciones básicas gratuitas** del Sistema Nacional de Salud, que podría ser ampliado posteriormente por las CCAA si corren con su financiación, y para **establecer limitaciones a la inclusión de nuevas prestaciones**, de tal manera que la inclusión de nuevas tecnologías debería superar un proceso de evaluación y se financiarían, preferentemente, por vías alternativas (impuestos especiales, copago,...). Todo ello supone que la finalización del proceso de transferencias marcará el inicio del declive en cuanto a prestaciones gratuitas se refiere, iniciándose su progresiva limitación, la variación de derechos según lugar de residencia, y el encarecimiento de las nuevas inclusiones.

CONSECUENCIAS

Este proyecto sanitario en su conjunto supone:

- **Un avance en la variación del enfoque del sistema sanitario, para ser tratado como un sector productivo más de la economía, sometiéndole a las leyes del mercado y la competencia, lo que implica abandonar el concepto de “beneficio y rentabilidad social” por el de “beneficio y rentabilidad económica”, y la sustitución de una planificación según necesidades sanitarias de la población por otra en base a la productividad de los servicios prestados** (evidentemente y en estas circunstancias es imposible abordar una *planificación sanitaria global*). Las características de la atención sanitaria, como bien esencial y servicio básico ineludible e inexcusable, le imprimen la tendencia a consumir importantes recursos económicos y a ser un sector deficitario, como consecuencia del aprovechamiento de los nuevos descubrimientos y el uso de una tecnología cada vez más avanzada, en manos, fundamentalmente, privadas (elaboración y distribución), y como resultado de los logros positivos sobre la esperanza de vida de la población. **Variar la organización y la gestión sanitaria con una finalidad economicista**, en un marco de políticas restrictivas del gasto público y de extensión de las leyes del mercado a los servicios públicos, **supondrá transformar al usuario en un productor de beneficios económicos y dividir a la población en grupos según su**

capacidad de producir o no dichos beneficios, con las consiguientes consecuencias negativas iniciales sobre los sectores de población no rentables y la repercusión, antes o después, sobre los niveles de salud del conjunto de la sociedad. La entrada del sector privado va a generar, a su vez, el incremento de flujos de fondos públicos hacia este sector, bien directamente (aumento de los conciertos) o bien a través de la lógica de reducir las prestaciones públicas gratuitas, lo que supondrá la derivación obligada como único recurso de hacer frente a determinados problemas de salud hacia el consumo privado. A su vez, el mercado sanitario resultante, aunque imperfecto (se teorizan como "cuasimercados"), **colocará de nuevo al hospital y a los aspectos meramente curativos y reparadores en el centro del sistema**, dado que utilizan tecnología y medios más cualificados y sofisticados, moviendo más dinero y haciendo más rentable su actuación. **El mercado introduce tal inmediatismo en las relaciones, que tiende a eliminar las inversiones a largo plazo por poco seguras e irrentables, máxime si son actividades que reducen el consumo en otras áreas, relegando todo tipo de actividades de prevención y promoción de la salud**, y buena parte de la actividad rehabilitadora (por ejemplo, entre los ancianos). Esto supone la **liquidación de hecho de la Atención Primaria**, que mueve mucho personal, escasa dotación técnica y precisa de inversiones que se rentabilizarán a largo plazo, y porque la intención del mercado no es disminuir las intervenciones evitables, sino incrementar aquellas que puedan generar ingresos económicos. La nueva atención extrahospitalaria, que ya está sustituyendo a la Atención Primaria, se centrará en limitar el acceso a actividades no rentables y favorecer la rentabilidad de las actividades hospitalarias, partiendo de que los grandes negocios se hacen en el hospital y transformándose en el brazo de éste fuera de su recinto. De ahí, por ejemplo, los nuevos enfoques en cuanto a la visita domiciliaria, que responden más que a actividades propias de Atención Primaria a facilitar el índice de rotación de camas, sin tener en cuenta los riesgos y complicaciones que puedan aparecer, y sin cuantificar los reingresos y los posibles gastos añadidos (en caso de reingreso, éste será tratado estadísticamente como nuevo ingreso).

➤ **La entrada masiva del sector privado en el acceso a la financiación pública en pie de igualdad con los centros de procedencia pública.** Cuando el Consejero de Salud de la CAM alude al importante desarrollo tecnológico del sector privado y las importantes ventajas para la población de introducir masivamente a este sector en una red pública/privada, parece olvidar los numerosos estudios existentes sobre las debilidades del sector hospitalario privado (**M. Martín García** exponía en 1997 la situación de la sanidad privada gallega, destacando su escasa dotación y su inadecuado equipamiento, los bajos indicadores de salud asistencial, la mortalidad quirúrgica superior en un 14% a la de los centros públicos de la zona, la escasez de plantillas -casi la quinta parte de personal médico y de enfermería contratado por 1000 camas que en la pública-, etc.). Si atendemos a la calidad asistencial en los centros privados concertados y la comparamos con los centros públicos de gestión directa, según las Estadísticas de Indicadores Hospitalarios, los resultados desaconsejan igualmente impulsar la política de conciertos con este sector (escasez de personal en todas las categorías sanitarias, disminución de pruebas diagnósticas, diferenciación de la estancia media según quien pague la misma -la estancia media de los enfermos privados llega a ser la tercera parte que cuando quien paga es el sistema público-, discriminación de las infraestructuras según atiendan a pacientes privados o provenientes del sistema público, etc.). Por tanto, no parece serio, o esconde otros fines, hablar de **impulsar significativamente y a corto plazo los conciertos con la privada**, aún creando un **sistema de acreditación** de los centros, teniendo en cuenta la situación real de partida. Por otra parte, los sistemas de acreditación -al margen del coste que supondría establecerlos con un mínimo de garantías-, están siendo negociados con organizaciones que agrupan al sector privado y atienden a criterios de calidad bajo una óptica economicista, de costes de procesos. La experiencia práctica de MUFACE es significativa, ya que al contratar proveedores privados limita sus responsabilidades de control a la tramitación de las infracciones que detecte con posterioridad y ante las quejas que pueda recibir de sus mutualistas.

Otro aspecto que no puede quedarse sin tratar es la **transmisión de recursos, que**

sucede en todo sistema mixto público/privado, del sector público al privado. Este sector tenderá a asumir los aspectos más rentables en tanto que el público, por esa dejación, se verá obligado a asumir los más costosos, ya que se creará un flujo de pacientes no rentables o en situaciones críticas hacia el sector público (y dentro de éste, de las NFG hacia los centros de gestión directa, dadas las posibilidades de las primeras de obtener beneficios), y porque lo público deberá asumir la cobertura de los territorios donde los centros privados eludan su presencia por ser antieconómica la actividad sanitaria. Es decir, se socializarán las pérdidas y se privatizarán los beneficios. Volviendo al ejemplo de **MUFACE**, esta mutualidad de funcionarios contrata el 85% de sus servicios a la privada, sin embargo dejó bien claro hace unos años (1997), que no asumiría la asistencia en las zonas rurales, transfiriendo ésta a los centros públicos. Y apreciaremos la misma tendencia en las NFG (el **Hospital de Alzira**, que funciona como **Concesión Administrativa**, desvió en 6 meses, tras su puesta en funcionamiento, la atención de 4.560 pacientes a centros de gestión directa por falta de medios). Por tanto, es previsible que la entrada del sector puramente privado acreciente esta tendencia.

- **La tendencia a abrir una línea competitiva de precios entre la pública y la privada.** Por una parte, el objetivo inicial de pagar a los centros la misma cantidad por proceso atendido supondría de entrada la pérdida de calidad de la atención, ya que una de las características del sector privado es su ánimo de lucro, el cual se obtendría de la disminución de los costes empresariales, cosa que sólo puede obtenerse de la mayor explotación de sus trabajadores, de la calidad de los materiales o de la sobreexplotación de los recursos por encima de lo recomendable para mantener índices aceptables de seguridad. Pero además es evidente, que en un período breve y a medida que la privada, educada en la competencia, intente captar una mayor cuota de mercado, ofertará mejores precios a los representantes de la Administración, provocando graves problemas a la provisión pública -mucho más vulnerable si pretende mantener unos estándares mínimos de calidad-, o imprimiendo una **presión** sobre la misma **en la dirección del funcionamiento**

del sector privado, con las consecuencias imaginables sobre la atención y los niveles de salud de la población.

Una **auditoría** realizada por la **Inspección Sanitaria del INSALUD** en 1998, analizó a los 259 centros asistenciales gestionados por las 21 **mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales** instaladas en su territorio, concluyendo que existen deficiencias y riesgos importantes (salvo los hospitales de referencia, presentaban dificultad de acceso físico y temporal, ya que sólo funcionan los días laborables y en horario diurno, y 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, llamando la atención que tratándose de mutuas de accidentes la tónica general es la **inexistencia** de traumatólogos, rehabilitadores o médicos preventivistas, siendo la mayor parte generalistas; conciertos sin mediar contratos por escrito y ausencia de libro de reclamaciones). El **Tribunal de Cuentas**, en sus conclusiones, critica 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 mismo nivel de instalaciones, de accesibilidad, de plantillas, de categorías profesionales y de profesionales titulados**, etc.

- **La fragmentación de la provisión pública y la privatización de su gestión**, al someter al derecho privado a los órganos que agruparán la provisión de servicios (Instituto Madrileño de la Salud y Servicio Madrileño de la Salud). Esta variación jurídica, unida al impulso de las Unidades Clínicas y la extensión de la Gestión Clínica, **potenciará transformaciones en el mismo sentido en los centros que dependen de ellos**, favoreciendo su empresarialización. Disfrazar a las instituciones del Estado de empresario privado (comprador de servicios sanitarios a través de los servicios regionales de salud de las CCAA), pretende, bajo el pretexto de la eficacia y la eficiencia del sistema, burlar los controles con que el

derecho público protege el interés general y el manejo de los fondos públicos, perdiendo de vista que cuando el empresario es la Administración, las cautelas del derecho privado no funcionan porque no hay un propietario ante el que los administradores rindan cuentas. Al sustituir el derecho administrativo por el privado, el Estado elude la intervención previa del gasto, el control directo sobre la provisión de servicios, y dificulta la participación e intervención de los trabajadores sanitarios y de la población, instaurando unos controles a posteriori, tan ágiles como inútiles. De la misma forma, la contratación no queda sujeta a procedimientos reglados, **no suponiendo sanción alguna** el incumplimiento de principios como la publicidad o la libre concurrencia. Esta **impunidad** sólo puede contribuir a extender prácticas arbitrarias, despilfarradoras y corruptas.

Este aviso ya se dio en 1997, y puede corroborarse en el **informe anual del Tribunal de Cuentas sobre los hospitales del INSALUD** que, **sin haber privatizado su gestión, han visto relajados los sistemas de control internos y externos como fruto de la política imperante en ese sentido**. En 10 hospitales (entre los que se encuentran Ramón y Cajal, Marqués de Valdecilla o Son Dureta), **se han 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.), debiendo tenerse en cuenta que **muchas de las contrataciones de esos servicios son consecuencia de privatizaciones y externalizaciones de los mismos. La adquisición de productos médicos y farmacéuticos tampoco se han 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 un procedimiento propio no recogido en la Ley (así ha adjudicado 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, pagan por un mismo medicamento 1.302 y 718 pts/unidad respectivamente), y 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 constata que en algunos centros se está pagando un precio superior al del mercado o, cosa inaudita, que el Hospital La Paz, con un volumen de compra superior al resto, ha sido el que ha pagado los precios más caros). Sobre los **archivos de historias clínicas, mayoritariamente privatizados**, se llama la atención sobre el **insuficiente grado de tutela, protección y garantía de los datos personales recogidos**, llegando, en algunos casos, a no fijarse siquiera en los contratos garantías de seguridad y confidencialidad, y sin establecerse, mayoritariamente, criterios de control sobre los ficheros de gestión de archivo.

El mismo informe del Tribunal de Cuentas establece, sin embargo, que las Fundaciones Públicas Sanitarias dependientes del INSALUD han 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, han sido dispares. Manacor ha mantenido las mismas prácticas incorrectas que en el año anterior, sin consecuencia alguna sobre sus gestores, y ha seguido 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 asume todos los riesgos económicos de esta actividad empresarial en beneficio de la adjudicataria privada). En **Alcorcón** no existe un órgano de supervisión

de las ofertas e **infringe 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 califica de tasa o precio público encubierto).

No parece, por tanto, que disminuir los controles públicos previos al o recurrir a formas indirectas de gestión sometidas al derecho privado en lugar de hacerlo al administrativo, mejore la eficacia ni la eficiencia de los servicios sanitarios, más bien en sinónimo de pérdida de control público, disminución de los fondos destinados a atención sanitaria directa, despilfarro y fomento de la corrupción, sin entrar en los mecanismos de descapitalización pública que instaura el Reglamento de las Nuevas Formas de Gestión (se da capacidad a éstas para gestionar la totalidad de sus recursos económicos y humanos; se las capacita para tener **patrimonio propio**, no sujeto al control de la Tesorería de la SS, y se les permite comprar, vender, ceder o arrendar bienes y derechos de cualquier clase, lo que supone que con dinero público se compran bienes a título privado o se venden a manos privadas bienes adquiridos con dinero público, dando lugar a que en pocos años y a través del proceso de renovación tecnológica se pierda el control público directo del aparataje; se permite que obtengan beneficios a partir del ahorro que generen entre lo presupuestado y lo gastado y sin control ninguno de calidad, etc.).

- **La pérdida del control público sobre la compra de servicios sanitarios y la entrega de esta función a órganos más permeables a la penetración privada, como son las agencias sanitarias, bajo la farsa de la libre elección de médico y centro por parte de la población.** La extensión de las agencias sanitarias como entidades canalizadoras de información sanitaria a la población y repartidoras de ésta a los diferentes centros, públicos y privados, y, por tanto de la financiación a los mismos, abre serias incertidumbres.

Por una parte, habría que tener en cuenta que **la relación usuario/profesional y sistema sanitario no se establece sobre la**

igualdad, al carecer el primero de los conocimientos médicos y sanitarios necesarios para realizar una elección realmente libre, siendo fácilmente manipulable la opinión pública por sectores interesados. Esta **imposibilidad del consumidor para juzgar el servicio sanitario recibido** implica que la competencia en lugar de establecerse sobre la calidad suele hacerlo sobre los precios, comodidades y marketing.

Por otra, **desarrollar una información relevante**, si es posible vencer lo expresado en el párrafo anterior, y distribuirla correctamente para facilitar una elección responsable y con conocimiento por parte de la población, **consumiría importantes recursos económicos y desviaría fondos a fines administrativos** que, al no acompañarse de una financiación específica, implicaría trasvasar a este capítulo fondos destinadas a atención sanitaria directa.

A su vez, se favorecerían **flujos poblacionales hacia determinados centros**, que no podrían ser asumidos sin generar 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, situando la libre elección en algo más propagandístico que real y en un riesgo para la población. Como estos flujos de población **arrastrarán financiación en la misma dirección**, dispararán la competencia, favoreciendo que una parte de la financiación de los centros se destine a campañas de imagen y propaganda para captar clientes (en la sanidad catalana, la más mercantilizada del Estado, no son extrañas prácticas como la del Consorcio Hospitalario Parc Taulí de Sabadell proveedor sanitario del Servicio Catalán de Salud, que a finales del 97 destinaba inversiones de más de 1.000 millones de pts para crear productos que atrajeran más pacientes privados, en tanto que en sus informes de gestión exponía que con sus recursos sólo podía atender al 80% de la demanda existente en su zona de cobertura y tenía una lista de espera media superior a los 500 días). Del mismo modo se favorecerá la contratación de “figuras” en detrimento de la calidad media del sistema. La tendencia, además, es a que estos flujos de población **favorezcan a los grandes hospitales que manejan alta tecnología**, dando lugar a un **proceso de concentración y centralización**

de la financiación y 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 (si la libre elección se realizase entre diferentes CCAA, los destinatarios de población y fondos serían los hospitales de los grandes núcleos urbanos a costa del resto, lo que agudizaría los desequilibrios).

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 orientadas a la disminución de la financiación pública de los servicios sanitarios, a establecer un catálogo básico de prestaciones -desde una óptica restrictiva del acceso gratuito, al poder ampliar las CCAA el mismo si corren con sus gastos-, a reducir el acceso a las mismas -la población tendrá acceso a prestaciones diferenciadas según su lugar de residencia-. Como, históricamente, **la competencia en los mercados tiende a la concentración y centralización económica** (a la monopolización), **el desarrollo del proceso sanitario iniciado apuntará en la misma dirección**, pero como la situación de partida era la existencia de un “monopolio” público sanitario y el proceso obedece a variar esta situación, es evidente que el fraccionamiento y desmantelamiento de ese “monopolio” público y la entrada de capitales y compañías privadas, dará lugar, antes o después, a la creación de un nuevo monopolio, esta vez en manos privadas. Por tanto, la participación que la población podrá tener en este marco, es la misma que puede tener cuando va al mercado, es decir, comprar lo que necesita entre la oferta existente y sin control real de lo que adquiere. En fin, 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.). La participación no es un concepto limitante ni está al servicio de la venta y beneficios privados de bienes. **No se trata de elegir centro sino de ejercer control sobre los centros y sobre el sistema**, de decidir qué tipo de sanidad y qué orientación sanitaria queremos, teniendo en cuenta que controlar implica comprobar, inspeccionar e intervenir, y que esto debe hacerse colectivamente.

➤ **Limitación de las prestaciones gratuitas, centralización de las tomas de decisiones sanitarias y desvío a la privada.** Las condiciones que se barajan para que una prestación sea financiada por el Sistema Nacional de Salud, son: **necesidad, utilidad asistencial y social, y coste/efectividad.** Hasta ahora el concepto **necesidad** era algo que escapaba a las altas jerarquías del sistema, siendo los profesionales sanitarios, mediante la captación de enfermos y el estudio y valoración de su zona básica, quienes definían las necesidades individuales y colectivas de su población. A partir de ahora, serán las autoridades sanitarias, imaginamos que apoyadas en “Comités de Expertos y de Investigación” (en general dependientes de las grandes empresas farmacéuticas o de la alta tecnología), quienes decidan qué es necesario, lo que supone una **centralización mayor que la existente en la toma de decisiones básicas** (parece que este no es un tema donde “*las preferencias*” y la participación de la población sean necesarias). La **utilidad asistencial o social** no es un concepto unificado, teniendo significados muy diferentes según la filosofía con que se aborde, y actualmente la filosofía de la Administración es acabar con el “Estado protector” y entregar sus poderes a los sectores financieros, en lugar de hacerlo a la población. El tercer factor, **coste/efectividad**, exige unas reflexiones más detalladas. ¿Cuál es el precio asumible por cada mes o cada año de vida prolongado, o por disminuir el dolor, aunque sea en bajas medidas? ¿Se incluyen entre las prestaciones gratuitas los tratamientos contra el SIDA o cualquier tratamiento en ancianos mayores de 75 años? (Podríamos decir que los costes serían muy altos para el tiempo de vida que les resta). Las actividades que integran programas y políticas de salud deben ser protocolizadas y la valoración de eficacia, eficiencia y efectividad se deben realizar atendiendo **simultáneamente** a los costes marginales, minimización de costes, coste/oportunidad, coste/eficacia, etc. En cualquier caso, **el criterio básico de evaluación será el nivel de impacto sobre los problemas de salud y las mejoras logradas en el tiempo y la calidad de vida de las personas afectadas y de la población en su conjunto, y no la rentabilidad económica alcanzada.** En salud sustituir el concepto beneficio social por beneficio económico conduce a pagar un

alto precio. Por otra parte, si la aplicación de determinadas prestaciones supone un fraude en el sector público y no debe permitirse su uso, lo mismo debe suceder para el sector privado, o la población sería engañada de una u otra forma.

Las consecuencias de introducir estas medidas son evidentes: **ruptura de la solidaridad y de la equidad del sistema** (no todos tendrían las mismas prestaciones y derechos sanitarios y tendrían más quienes pagasen más); **aumento de las desigualdades por razones económicas y geográficas**, discriminando a los sectores con menores niveles de renta y a las CCAA con menor desarrollo económico y menores posibilidades de recaudación, que son, además, los que presentan peores indicadores de salud; **desvío de población y beneficios al sector privado**, ya que las prestaciones a las que no se accediese gratuitamente en el sistema público podrían obtenerse, pagando, en el privado.

POLITICA LABORAL

El carácter de las **transferencias** ha quedado definido por el carácter restrictivo de los **PGE** y los de la CAM para el 2001 (objetivo: déficit cero). Como ya hemos expuesto, este proceso **no va a suponer un simple cambio de administración rectora, sino que será aprovechado para introducir en la sanidad pública madrileña importantes transformaciones de carácter restrictivo, tanto sanitaria como laboralmente**, y para sentar las bases que posibiliten posteriores modificaciones más profundas. La CAM, a través del Consejero de Salud (Juan Ignacio Echániz), ha hecho pública su decisión, “muy meditada y con vocación de continuidad”, de **mantener los diferentes regimenes de personal y las diferentes legislaciones para funcionarios, laborales y estatutarios**, lo que mantendría las **importantes diferencias salariales y laborales** (alcanzan hasta un 30% del salario por el mismo trabajo entre diferentes CCAA). Sólo a “muy largo plazo estudiarían, si se dan las condiciones, una integración”. Esta postura significa **ahondar en las políticas de reducción de los costes salariales** (en la Sanidad Pública el capítulo de personal supone aproximadamente el 60% del gasto), y responde a su objetivo de empresarializar los centros y a la imposibilidad de establecerse ningún proyecto de negocio serio sin abordar la reducción de plantillas (según diversos estudios

y auditorías, los Hospitales públicos para ser competitivos deben prescindir del 25-30% del personal), y la variación de las condiciones laborales (recordemos que los beneficios de los centros se establecen, según el Reglamento de las Nuevas Formas de Gestión, sobre la diferencia entre lo presupuestado y lo gastado, y que los organismos que agrupen la provisión sanitaria en Madrid quedarán sujetos al derecho privado, con las consiguientes repercusiones en los centros que agrupen).

- **No homologación del personal que proviene del INSALUD.** Su planteamiento es aprovechar la elaboración de la **LOSCAM** (Ley de Ordenación Sanitaria de la CAM) para crear el **IMSALUD** (Instituto Madrileño de la Salud), que asumiría los centros y el personal que transfiere el INSALUD y estaría sometido al derecho privado. De esta manera, **eludirían la homologación salarial de su personal**, (entre 35.000 y 40.000 millones de pesetas), y se mantendrían las actuales diferencias salariales entre trabajadores de la CAM y del INSALUD (se estiman en 500.000 pesetas/año para médicos, auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y personal de oficio; 300.000 pesetas/año para celadores y pinches; 700.000 pesetas/año para DUEs y técnicos especialistas), debiendo tenerse en cuenta que en la CAM la mayor parte del salario va incluido en el salario base. Debe quedar claro que **no proceder a la homologación salarial no responde a la falta de dinero, sino a cómo y en qué se decide gastar el existente** (recordemos los regalos de billones de pesetas públicas a sectores privados como eléctricas y telefonía móvil, o los importantes beneficios económicos privados, o la subida salarial de políticos y altos cargos de la Administración madrileña en un 30%, o que el crecimiento económico en términos de PIB y los importantes beneficios económicos de sectores públicos privatizados no han supuesto mejoras para la población), **y a la intención política de trasvasar fondos hasta ahora intocables a manos privadas.**

Esto supone la **pérdida de las expectativas que la homologación salarial había despertado** entre los trabajadores y el mantenimiento de los bajos salarios existentes (**pérdida de 13 puntos de poder adquisitivo en los últimos 10 años que ha supuesto que el salario de varias categorías se sitúe en la mitad del salario**

medio del Estado), del agravio comparativo que suponen las enormes diferencias salariales entre Comunidades y dentro de la misma Comunidad por desarrollar el mismo trabajo, y la imposibilidad de lograr en el futuro (**PORQUE ESTA SITUACIÓN NO VOLVERÁ A REPETIRSE**) una homologación que otros han logrado en otras CCAA y que supusiese compensar las desventajas descritas.

Igualmente se mantendrían las actuales diferencias de jornada (1645h en el Insalud por 1596 en la CAM), de turnos (rotatorios en el INSALUD y fijos en la CAM), de moscosos (6 por 15 en la CAM), o la disparidad de categorías con diferentes funciones (D y E diferenciadas de la I y II en la CAM), o la diferencia de ayudas sociales, etc., de manera que **el personal procedente del INSALUD trabajará más, tendrá peores condiciones laborales y cobrará menos.**

- Una **posible homologación e integración futura**, “muy a largo plazo”, se haría en la perspectiva del desarrollo de un modelo que privatiza la gestión de la provisión pública, que integra centros públicos y privados, que externaliza servicios y favorece la contratación externa, que instaura un modelo de pago a los centros en función de la población que se les remita y del logro de objetivos, que liga el salario a la productividad (como recientemente ha declarado la Ministra de Sanidad), y que crea unas condiciones de competencia interna entre centros por captar clientes y financiación que, evidentemente, determinarán la viabilidad de cada centro, sus plantillas y los salarios reales de sus trabajadores. **Esto implicaría que para cuando las autoridades se planteasen la homologación salarial y la integración del personal procedente del INSALUD, éstas carecerían de sentido**, dada la envergadura de las transformaciones que habría generado el desarrollo del modelo previsto, tanto en la estructura del sistema sanitario como en la empresarialización de los servicios o en la diferenciación de las condiciones salariales y laborales por centros. Es decir, carece de sentido impulsar un modelo disgregador y aplazar las medidas integradoras al desarrollo del mismo.
- **No sólo no están previstos incrementos de plantillas, sino que se prevén pérdidas.** La CAM pretende **optimizar todos los medios materiales y humanos** existentes

en la Comunidad, **públicos y privados**, antes de plantearse la ampliación de los mismos, **impulsando la contratación con el sector privado**. Si, por otra parte, pretende impulsar la transformación de los centros hacia la autonomía de gestión, es previsible una disminución de las plantillas. Las plantillas en las Nuevas Formas de Gestión han disminuido por encima del 25% (la Fundación Hospital de Alcorcón tiene 2,1 trabajadores por cama frente a los 4 que tiene el H. de Móstoles, de gestión directa y en el mismo Área de Salud; la Fundación de Verín, con 88 camas tiene 2,27 trabajadores por cama, frente a los 3,59 del H. Comarcal Valdeorras de gestión directa y 84 camas, y gasta por cama 15.659 pts frente a las 21.428 de Valdeorras -hasta ahora, tanto la disminución del personal por cama como del gasto por cama se consideraban indicadores de atraso o subdesarrollo-; la media de personal por cama en las NFG se sitúa en un 2,2, en tanto que en los Hospitales de gestión directa se sitúa en torno a los 3,3). En definitiva, todo apunta a una **disminución del empleo público y del volumen de empleo total en el sector**, ya que el incremento de la contratación de servicios con el sector privado no va a enjugar las pérdidas que puedan producirse en el sector público, al contar con una media de 1,1 trabajadores por cama. Pero, además, la incorporación masiva de este sector a la financiación pública, prevista por la CAM a través del incremento de los conciertos privados, y las formas de pago a los centros, van a tirar a la baja las plantillas en los centros públicos, como efecto de la competitividad. A su vez, como resultado del trasvase de financiación y contratación en la dirección privada, se va a producir un trasvase de trabajadores del sector público al privado, como medio de lograr un puesto de trabajo.

- **El futuro del personal interino es incierto, vinculándose a la existencia de financiación suficiente.** Las **elevadas cifras de trabajo temporal** (en torno al 30%, alcanzando algunos centros y categorías el 40%), **suponen un amplio volumen de empleo fácilmente suprimible**, cosa que se verá favorecida por el aumento de la concertación con el sector privado. De ahí la importancia, para evitar estos riesgos, de **luchar por ser estatutarios antes de la realización de las transferencias**, porque será la **ÚLTIMA OPORTUNIDAD DE**

LOGRAR UN EMPLEO FIJO Y CON DERECHOS PARA ESTE PERSONAL. La oferta de la Administración de **laboralizar** al actual personal interino, esconde la trampa de permitir su despido cuando lo considere necesario. Estos despidos se producirían centro a centro y en unas condiciones donde la actual cohesión que presenta este personal se habría esfumado, disminuyendo así su capacidad de defensa y estableciéndose una **correlación de fuerzas favorable a la Administración, cosa que hoy no se da.** Al estar marcado su futuro por la disminución del volumen de empleo sanitario global y por la tendencia al crecimiento de los conciertos con el sector sanitario privado, el actual personal interino se vería abocado al paro o a ser contratado en el sector privado, único con previsión de crecimiento según las autoridades de la CAM. El empleo en este sector se caracteriza por las peores condiciones salariales y su total desregulación laboral, y por la imposibilidad o el notable aumento de las dificultades (preferentemente referidas a los sectores puramente sanitarios), para incrementar su formación o avanzar profesionalmente (dado el ambiente de competencia y que ésta se decanta en favor de las actuales "figuras"), ya que el medio privado se estructura en torno a un escaso número de "reclamos" -que son los que atraen financiación y "clientes", y quienes detentan el poder salarial y profesional-, y un amplio sector dependiente, mal pagado y arrinconado profesionalmente.

Existen dos vías para afrontar el problema:

1) Proceder a un **concurso especial, sacando todas las vacantes en juego.** Esta vía presenta el problema de poder presentarse cualquier trabajador con plaza en propiedad, arrebatando la plaza a un interino (al margen de que el derecho al empleo es básico, el personal propietario se beneficiaría de la consolidación de plantillas, al romper la tendencia a suprimir empleo y aumentar las sobrecargas de trabajo, así como por sumar más de un 30% de efectivos a la lucha por la homologación salarial; el derecho al traslado puede hacerse con posterioridad y con más fuerza al incorporar el total de las plantillas en la presión para articular los procedimientos oportunos).

2) **Proceder a transformarse en laborales fijos para lograr a continuación integrarse**

como estatutarios, hecho que admite la ley (esta opción, al cierre del documento, está siendo estudiada por nuestros gabinetes jurídicos).

UNA ALTERNATIVA DIFERENTE

Desde el Sindicato de Sanidad de Madrid, y como complemento de las propuestas realizadas en el capítulo de financiación, vemos necesario para que el proceso de transferencias suponga un avance en la sanidad pública madrileña y en las condiciones de los trabajadores:

1. **Establecer un único ente, el Servicio Regional de Salud, de gestión directa, que agrupe todos los servicios públicos sanitarios en la CAM,** manteniendo, además, la gestión directa de la provisión pública de servicios y el paso a gestión directa de todas las Nuevas Formas de Gestión de la Comunidad. Mantener la zonificación sanitaria y proceder a los correspondientes ajustes según la Ley General de Sanidad, lo que unido a la construcción de los hospitales e infraestructuras precisas en las Areas Sanitarias que se desdoblasen, acercaría a la población los medios sanitarios y facilitaría su acceso, contribuyendo a solucionar los actuales problemas de masificación.
2. **Reducción de la política de conciertos con la privada,** que ni es más barata en igualdad de calidad ofertada, ni ofrece garantías y seguridad, y que, además, vive de la parasitación del sector público. En caso de precisarse algún concierto (hasta que la Comunidad alcanzase la dotación pública necesaria), deberían detallarse las condiciones exigibles que garantizaran la calidad de la prestación, la seguridad de la población atendida y el ajuste de precios.
3. **Proceder a la homologación salarial de los trabajadores procedentes del INSALUD,** e iniciar las medidas conducentes a integrar las condiciones laborales.
4. **Mantener el volumen de empleo público en la Comunidad y su incremento hasta ajustarlo a las necesidades de la población madrileña,** mediante el establecimiento de un plan que contemple: **1) Incremento de las plantillas en un 10%,** recuperando el empleo perdido en los últimos años, situando de nuevo el número de **trabajadores por**

cama en 3'5 (cifra anterior al inicio de la reforma sanitaria de 1996), y **reduciendo en Atención Primaria los habitantes por médico y personal de enfermería a 1.100-1.750**, según las características de la población definida en los correspondientes diagnósticos de salud de cada zona básica (edad, morbimortalidad, presencia de pluripatología, nivel económico y sociocultural, etc.). **2) Cobertura** adecuada de las **ausencias y las bajas** desde el primer día. **3) Establecimiento de la jornada de 35 horas semanales.** **4) Jubilación a los 60 años.** **5) Recuperación del número de camas destruidas** desde 1980, **alcanzando así las 5 camas por mil habitantes** (ya que su disminución no se ha visto acompañada del incremento de los servicios que podrían haberla hecho posible y ha agudizado, entre otros, el problema de las listas de espera, o la aparición de complicaciones y reingresos por altas prematuras, incrementando los costes sociales y económicos).

5. **Disminuir el trabajo eventual**, como resultado del consecuente aumento del empleo público fijo referido en el apartado anterior, y mediante la presión por lograr la fijeza con derechos del personal interino, lo que sólo se garantiza siendo estatutarios.

**SÓLO LA MOVILIZACIÓN PUEDE HACER
RETROCEDER LA AGRESIÓN QUE ENCIERRA
EL PROCESO TRANSFERENCIAL**

Si la Administración impusiese las transferencias sin homologación salarial y sin respuesta, habría dado un importante paso en el avance de su reforma sanitaria y en la imposición de la nueva

organización del trabajo, en tanto que los trabajadores habrían sufrido un enorme retroceso que incidiría muy negativamente a la hora de afrontar las siguientes batallas (en un tiempo relativamente corto deben resolverse cuestiones como el Nuevo Estatuto Marco o la extensión de los Institutos Clínicos).

Tenemos mucho que ganar o perder, y este es el momento en que van a definirse las ganancias o pérdidas, sin más aplazamientos. El panorama sanitario y laboral no será el mismo tras el proceso de transferencias, ya sea en un sentido o en otro, y su resultado marcará la situación y la correlación de fuerzas para el decenio que viene.

Por todo ello, **entendemos que es el momento de agruparse y crear un amplio bloque capaz de desbaratar estas políticas restrictivas que caracterizan el proceso de transferencias.** Por ello, **hacemos un llamamiento público a todas las fuerzas políticas y sociales para que se sumen a un proceso de información y movilización.** A quienes hablan de "responsabilidad" para eludir esta batalla, el Sindicato de Sanidad de Madrid de CGT les recuerda su responsabilidad en las previsibles y desastrosas consecuencias si el proceso de transferencias se decanta hacia el lado de las pretensiones de la Administración y sectores privados interesados, y en que esta situación no se habría dado sin las vacilaciones y apoyos que suscitó la Ley 15/97. Por ello, **este Sindicato llama a dejar lo secundario a un lado e iniciar, al margen de las diferencias existentes, el combate para lograr que el final del proceso transferencial suponga una mejora para la población y los trabajadores del sector.**

HOMOLOGACION SALARIAL

(recuperación del salario perdido en los últimos 10 años)

RECUPERACION Y AMPLIACION DE PLANTILLAS

(aumento del volumen de empleo)

CONSOLIDACION DE LOS INTERINOS COMO ESTATUTARIOS

(empleo con derechos)

DISMINUCION DE LAS CARGAS DE TRABAJO

(trabajo de calidad)