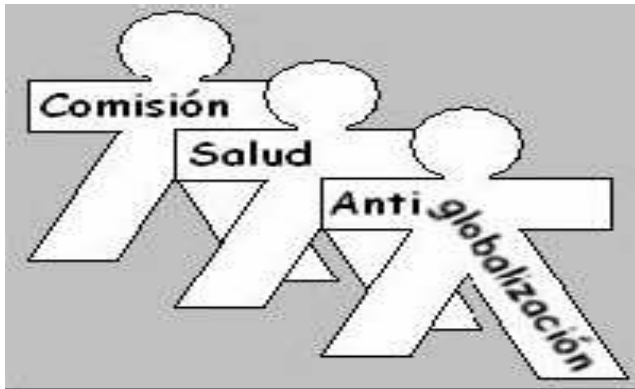


FRENTE AL CAMBIO DE MODELO SANITARIO



**MANTENER LA PROPIEDAD PÚBLICA DE LAS
INFRAESTRUCTURAS**

PARAR LA RECONVERSIÓN SANITARIA

NUEVOS HOSPITALES

A medida que avanza la puesta en marcha de los nuevos hospitales, el gobierno de la Comunidad de Madrid (CM) va desvelando sus intenciones de imponer por la vía de los hechos consumados un nuevo modelo sanitario, variando la propiedad pública de las infraestructuras sanitarias y las relaciones laborales de sus empleados. Las consecuencias de este cambio para la salud de los madrileños y para los trabajadores del sector -no puede ocultarse la nefasta experiencia que tuvo en el Reino Unido-, exigen un debate social abierto y transparente que facilite la libre elección de la población -que es quien financia los servicios sanitarios- sobre el tipo de sanidad que quiere.

La apertura de estos centros como Concesiones de Obra Pública, supone que la propiedad de los mismos pertenecerá a las empresas privadas concesionarias durante un período de 30 años, pagando la Comunidad un canon anual por su uso. En los Estados donde se ha aplicado este sistema ha quedado demostrado un aumento del coste de construcción y mantenimiento de los servicios, una pérdida del control público sobre las infraestructuras y políticas sanitarias, y una caída de la calidad. Los nuevos hospitales cuando pasen al sistema público después de 30 años de sobreexplotación y sin haber invertido en su mantenimiento -nadie invierte si sabe que cesa su concesión en 30 años- estarán inservibles. Y si tenemos en cuenta que cualquier variación en el número de camas o ritmo de explotación que exceda a lo acordado en los pliegos de condiciones por los que se rigen, supondrá la correspondiente indemnización de la Comunidad a las empresas concesionarias, podremos afirmar que los nuevos hospitales carecen de la necesaria flexibilidad para adaptarse a unas necesidades sanitarias cambiantes en el tiempo.

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

La creación de estos hospitales no implica ni el aumento del número de camas ni el de personal en la Comunidad, ya que se acompaña de una drástica reducción en los hospitales públicos a través del desarrollo de los Planes Directores. De este modo y tras una década en la que no se han generado nuevas infraestructuras hospitalarias, los nuevos hospitales representan únicamente el trasvase de camas, servicios y personal público al sector privado, y una reducción global del funcionamiento de los hospitales públicos. Y a nadie se le puede escapar la dificultad para atender con un mínimo de calidad unas necesidades crecientes en salud -ocasionadas entre otros factores por el propio envejecimiento de la población, como la Consejería de Sanidad expone cuando se refiere al gasto creciente-, si los medios se reducen.

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

EXTENSIÓN DEL MODELO

Ningún centro público queda a salvo. Los nuevos hospitales tienden a concentrar las actividades quirúrgicas y las más rentables económicamente, lo que hará fluir hacia ellos tecnología y fondos en detrimento de los públicos. De ahí la reducción de actividad (servicios, camas y plantillas) que se va a producir en los hospitales públicos que cuenten con un nuevo hospital en su Área (G. Marañón, La Princesa, La Paz, Getafe, 12 de Octubre), y el incierto futuro de Virgen de la Torre o los despojos del Puerta de Hierro tras el traslado a Majadahonda.

Pero el hecho determinante para el porvenir de la sanidad pública fue expuesto por la Consejería de Sanidad antes de las últimas elecciones autonómicas, al anunciar que los hospitales Gregorio Marañón, La Paz y 12 de Octubre afrontarían en la siguiente legislatura una reforma integral a “coste cero”, dado que se seguiría el mismo proceso que en los nuevos hospitales, basándose en la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos de la CM del 2007, que posibilita la creación de Empresas Públicas para la gestión de los servicios y el personal sanitarios en cualquier hospital público. Las obras y propiedad posterior de los hospitales correría a cargo de empresas privadas, siendo similar el tratamiento de los servicios y del personal sanitario. Estos tres hospitales constituyen el “núcleo duro” de la sanidad pública, por su número de camas y trabajadores, siendo determinante para asegurar el nuevo modelo la alteración de su propiedad y de sus actuales relaciones laborales, porque ningún hospital tendrá posteriormente capacidad para resistirse a los cambios, y menos con armas como los Planes Directores y el nuevo Estatuto Marco en manos de la CM.

NUEVA ZONIFICACIÓN

También el proyecto de nueva zonificación juega a favor de la estrategia del gobierno de la Comunidad. Al situar como cabeceras de Área Sanitaria a los nuevos hospitales y a otros de propiedad totalmente privada (Fundación Jiménez Díaz y Valdemoro, dirigidos por empresas de capital de riesgo), se les confiere un poder en la sanidad y en la toma de decisiones de las políticas sanitarias madrileñas que no se corresponde ni con el interés público ni con su peso real, poder que ceden los hospitales públicos mencionados más el Clínico. Y lo mismo sucede si contemplamos el proyecto de gerencia única, que dejará a la deriva las actividades de prevención y promoción de la salud -la Atención Primaria- en favor de otras más rentables en el momento de uso, volviendo a una concepción hospitalocentrista no sostenible económicamente, a no ser que se instauren medidas que supongan el abandono de los sectores sociales cuyos bolsillos no puedan soportar una buena parte de los costes que exija su estado de salud. Por tanto no es el gasto el que motiva la reforma, sino sobre quien recae éste y la posibilidad de hacer negocio de las grandes corporaciones sanitarias, las financieras y las empresas privadas (construcción) que ven decaer sus ganancias en sus sectores.

CAMBIO DE RELACIONES LABORALES

Ningún trabajador quedará a salvo. El nuevo modelo sanitario, a medida que se vaya extendiendo, generalizará la expulsión de la función pública del personal no sanitario, dejando en manos del sector privado contratación, despidos, salarios y condiciones laborales. Generalizará la vinculación indirecta del personal sanitario con la Consejería de Sanidad, quedando bajo la dirección de unos Consejos de Administración de las Empresas Públicas con capacidad para establecer plantillas, condiciones laborales y parte del salario. Rx, laboratorios y otros servicios centrales o de alta rentabilidad (y con ellos su personal), tenderán a ser externalizados. Ni quienes ocupan jefaturas u otros cargos están a salvo. La elección de cargos en las Empresas Públicas de los nuevos hospitales no está siguiendo ningún proceso académico o administrativo, pesando básicamente la filiación política para elegir puestos técnicos. Por tanto, no se trata de mejorar la gestión de los recursos ni su distribución. La finalidad es una reconversión que permita ajustar los efectivos y orientar su actividad para facilitar la rentabilidad económica privada.

LA IMPORTANCIA DEL CONFLICTO DE LOS LABORATORIOS

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

La movilización de los laboratorios -incluidos los MIR- y sus planteamientos (defensa del modelo público, laboratorios y plantillas acordes a la dimensión y actividad de los nuevos hospitales, no a los macrolaboratorios, no a la disminución de camas y mantenimiento de las relaciones y condiciones laborales públicas), representan la primera respuesta de unos profesionales sanitarios a los nuevos hospitales en una situación caracterizada por el escaso movimiento de trabajadores y ciudadanos, medidos por la débil respuesta de la oposición política y el silencio sindical. Su importancia radica en que desvela en los hechos los aspectos cruentos que acompañan a los nuevos hospitales y la finalidad del gobierno de la Comunidad de imponer un nuevo modelo sanitario, pudiendo extenderse en el actual panorama, de ahí las respuestas desairadas que han recibido desde diferentes lugares.

ORGANIZARSE EN DEFENSA DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS

Evitar la imposición del nuevo modelo sanitario público-privado -sobre el que incluso la OMS en 2006 llamaba la atención por los riesgos que conlleva- y evitar sus consecuencias pasa hoy por asumir las reivindicaciones que plantean los trabajadores de los laboratorios, por darles cobertura para que su voz llegue directamente a todos los hospitales y centros sanitarios públicos de la CM. Y pasa por organizarse en cada centro en defensa de su hospital, recogiendo planteamientos que ya están en marcha aunque dispersos -contra el cierre de cualquier hospital o servicio públicos y por unos hospitales 100% públicos, por acabar con las externalizaciones y recuperar servicios externalizados (por ejemplo las limpiezas, tras las infecciones y muertes evitables provocadas en el Reino Unido), ni una cama ni un empleo público menos, pertenencia de todos los trabajadores de la sanidad a la función pública y vinculación directa con la Consejería de Sanidad,...-.

Pero sólo esto no sumaría las fuerzas necesarias para acabar con las políticas privatizadoras del gobierno de la Comunidad. Es preciso que en esa organización confluyan trabajadores de la sanidad pública y movimientos sociales, para movilizar al sector sanitario y a la ciudadanía en defensa de sus intereses comunes, en defensa de la sanidad pública madrileña. Ya hay terreno andado y sectores activos en las Plataformas de Defensa de la Sanidad Pública, organizadas en diferentes Áreas y barriadas, y en la Comisión de Sanidad de la Federación Regional de AAVV.

Y sobre esa base es posible generar un marco más favorable que permita actuar sobre la oposición política, los sindicatos, las organizaciones profesionales, las sociedades científicas o los Colegios profesionales, para que asuman sus responsabilidades.

No debe permitirse que se imponga el nuevo modelo sin el debido debate social. El nuevo modelo, donde se ha llevado a cabo, ha fracasado en lograr los objetivos perseguidos desde el punto de vista del ahorro o una mejora de la gestión para el sector público, el desarrollo profesional de sus trabajadores o la mejora en la calidad de la atención prestada a la población -aunque entidades privadas hayan obtenido importantes beneficios económicos-. Ha aumentado el descontrol y la corrupción, han empeorado las condiciones laborales -aumentando las cargas y ritmos de trabajo por encima de lo aconsejable para la seguridad de pacientes y trabajadores-, han disminuido los derechos sanitarios y han aumentado los riesgos para la salud desde el propio sistema sanitario.

La experiencia en otros Estados demuestra el alto coste económico y social que representa la extensión y mantenimiento del nuevo modelo -lo que ha dificultado realizar nuevas inversiones y ha hipotecado las políticas sanitarias-, y el elevado coste de dar marcha atrás -recuperar los hospitales privatizados-, dejando tras de sí un panorama desolador. El momento de pararlo es AHORA.