

[400.000 firmas contra la Ley 15/97](#)

Enviado por pabloelorduy el Jue, 05/14/2009 - 01:00

Antetítulo (dentro):

LA PRIVATIZACIÓN EN MADRID ALCANZARÁ UNA NUEVA FASE CON LA LICITACIÓN DE CUATRO NUEVOS HOSPITALES

Sección principal:

[Panorama](#)

Cuerpo:

En los próximos meses se aprobará la licitación de cuatro hospitales en Torrejón de Ardóz, Carabanchel, Móstoles y Villalba, y la implantación de un área única sanitaria que agrupará a seis millones de personas. [La gestión privada de gran parte de los centros sanitarios de la Comunidad Autónoma de Madrid \(CAM\) será un hecho](#). Desparecerán cientos de centros de asistencia primaria para ceder a los pacientes a dichos hospitales y crecerá la posibilidad de que el ejemplo defendido con más ahínco por Esperanza Aguirre se extienda por el resto del Estado.

Estos proyectos podrían detenerse con la derogación de la Ley 15/97. Al menos ése es el parecer de las 400.000 personas que con sus firmas han pedido en el Parlamento que se acabe con un proceso que amenaza el derecho a la salud. La entrega de las firmas el 7 de mayo [culminó un año de movilizaciones](#) en el que grupos como la plataforma Matusalén, en la que se integra la [Coordinadora Antiprivatizadora de Madrid \(CAS\)](#), han logrado sacar a la calle a decenas de miles de personas en sendas manifestaciones el 13 de noviembre de 2008 y el 5 de marzo “sin ningún apoyo de los sindicatos institucionales ni de los grandes partidos” dice Antonio Gómez Liébana, de CAS. Ahora, explica, el objetivo es sumar a las fuerzas políticas y sociales que defienden una asistencia digna e igual para todos y conseguir una cohesión similar a la que en Canadá defendió con éxito la titularidad pública de los hospitales.

Hace ya 12 años, todos los partidos representados en el Parlamento, excepto BNG e IU, votaron a favor de esta Ley. A pesar de que es corta –sólo tiene un artículo– la 15/97 Sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el sistema nacional de salud introduce un concepto ambiguo: precisa que podrá gestionar una institución sanitaria cualquier entidad jurídica admitida en derecho, que sea de “naturaleza pública”. “Cuando, según los expertos en Derecho

Administrativo, la naturaleza pública la pueden tener un cine o un taxi”, explica Gómez Liébana. Mientras el PP muestra sin ambages su intención de aplicar todas las posibilidades que la Ley reconoce al sector privado, [el PSOE sin embargo ha mantenido un discurso tibio](#), alternando críticas a la presidenta de la Comunidad de Madrid, con una postura suave en cuanto a la privatización. Así, el secretario de los socialistas madrileños, Tomás Gómez, ha declarado recientemente que sería deseable dejar en un 14% la inversión privada en sanidad.

Iniciativa Financiera Privada

“Con la libre elección de médicos, los más solicitados tendrán un plus salarial”. La afirmación del consejero de Sanidad de la CAM, Juan José Güemes, en 20 Minutos sirvió para explicar cómo desembarcará el sector privado en la atención primaria. Los incentivos a los médicos, que ya se aplican en la ciudad alicantina de Torreveija, implican un cambio en el modelo de Atención Primaria, expone este miembro de CAS: “Lo que se va a pagar [hasta 2.000 euros al mes] depende del descenso en las derivaciones al hospital”. Es decir, si un facultativo quiere ponerle salsa a su sueldo no tiene más que asegurarle al paciente que está como una rosa, mandarle a casa y evitarle con ello un gasto al centro privado, que cobrará por esos “clientes”, hagan uso o no del servicio, un canon estimado de 44,5 millones de euros al año. Al deterioro de la atención privada, que supondrá a corto plazo el desmantelamiento de 400 centros de salud en la CAM, hay que sumar la clausura de laboratorios públicos solventes, como el de Coslada, para trasvasar ese servicio a laboratorios privados de nuevo cuño.

Tres palabras inglesas, Private Finance Initiative (PFI), que pueden traducirse como Iniciativa Financiera Privada, y sus correspondientes siglas, resumen el programa que sigue la Administración Aguirre. [La PFI sólo es uno de los modelos que ampara la Ley 15/97](#), pero tiene la marca de haber sido el preferido de Margaret Thatcher y Tony Blair, quien llegó a aprobar la construcción de 60 hospitales por ese sistema. La PFI consiste en que, a cambio de un coste por paciente atendido, el Estado cede los terrenos, aporta la “clientela”, y traslada la gestión del sistema sanitario a una empresa durante 30 años prorrogables a 60. La construcción de los hospitales bajo este sistema es más cara, ya que los intereses de los préstamos son mucho más altos de lo que serían si la infraestructura fuera pública. A esto hay que sumar que los sueldos de los ejecutivos de estos hospitales son superiores a los que se cobran en los tradicionales. Además, para su funcionamiento

precisan actores ajenos al sistema sanitario: equipos de márketing y publicidad y bufetes de abogados.

Por su parte, la empresa establece un objetivo de beneficios y plusvalías que oscila entre un 15% y un 20% del dinero facturado al Estado, para lo cual necesita, en primer lugar, competir por los pacientes más “sanos”: aquellos que no permanecen muchos días de baja y que no tienen enfermedades crónicas, entre los que se cuentan, por ejemplo, los peor alimentados. La Organización Mundial de la Salud (OMS), que defiende este modelo, no tiene reparos en reconocer que permitir los hospitales PFI es más caro que seguir con atención pública, la OMS admite asimismo que disminuye la calidad asistencial y que estos hospitales adolecen de falta de flexibilidad para introducir modificaciones.

Salud de clase

Alfredo Díaz Cardiel, secretario de Organización del [Sindicato de Sanidad de Madrid-CGT](#) y trabajador del hospital Puerta de Hierro de Majadahonda (uno de los ocho de la primera hornada de licitaciones), considera que la desregulación del empleo público en Sanidad y la precariedad de las plantillas de contratadas y subcontratadas repercute directamente en la calidad asistencial. “Por poner un ejemplo, desde que abrimos hace un año, nadie ha comido a su hora”, explica Díaz Cardiel a este periódico, “la primera fuente de beneficio que buscan es reducir personal; la segunda, reducir pruebas”. La experiencia en Gran Bretaña demuestra que se redujeron las plantillas entre un 20% y un 30%, con un descenso de un 14% en personal médico y de enfermería y un recorte del 38% del personal de apoyo.

Menos camas

Díaz Cardiel ahonda en los fallos: “Falta personal, falta material, y hay muchas diferencias entre los que estamos contratados por estatuto y quienes vienen por contrata”. El resultado es que, a pesar de que se abrieran ocho hospitales, [el número de camas en la Comunidad no ha aumentado](#), ya que se cerraron camas de los hospitales tradicionales. Marciano Sánchez Bayle, de la Plataforma en Defensa de la Sanidad Pública, subraya que las prisas con que se licitaron y construyeron esos centros demuestran una “notoria incapacidad de planificación por parte de los responsables de la administración sanitaria madrileña” y pone de ejemplo la caótica implantación del sistema informático que permite seguir las historias de los pacientes.

Más datos de los hospitales británicos plasman que la privatización de la limpieza en los centros ha conllevado problemas de higiene que han situado a Gran Bretaña en primer lugar de la UE en la tasa de infecciones. Esto, junto al descenso de personal médico, de enfermería y no sanitario, ha hecho que el porcentaje de adultos muertos en los hospitales privados sea un 2% mayor que en los

no lucrativos. Gómez Liébana explica que Gales y Escocia han paralizado el modelo PFI y han dado marcha atrás, pero que Inglaterra se mantiene fiel como un “caballo desbocado”.

Junto a la amenaza a la sanidad pública para los próximos 30 años (ampliables a 60), el sistema público adolece de otros problemas como las listas de espera, y un déficit casi endémico, el poco gasto público sanitario, que sitúa al Estado español a la cola de los países occidentales de la UE en este aspecto. La principal ventaja para el Estado del modelo PFI es que deuda y déficit del sistema sanitario dejan de computar como gasto público en los indicadores del Eurostat, algo que, según CAS, no deja de ser “un truco de la chistera”.

Gómez Liébana señala cuál será la deriva: “Los hospitales que se queden con los pacientes crónicos, o con los de bajo nivel adquisitivo, van a acabar con los pacientes que más gastan y más atención necesitan, de forma que terminarán descapitalizados, como ya ha ocurrido en otros países”. Para este miembro del CAS, la situación dará lugar a dos redes sanitarias: una para clases con más poder adquisitivo y otra red de beneficencia.

400.000 firmas contra la Ley 15/97

Publicado en Periódico Diagonal (<https://www.diagonalperiodico.net>)



Pie de foto:

Entrega de firmas en el Congreso de los Diputados el 7 de mayo.

Temáticos:

[Sanidad](#)

[Número 102](#)

Edición impresa:

Licencia:

[CC-by-SA](#)

Compartir:

Tipo Artículo:

Normal

Autoría foto:

[José Alfonso / ISO Press](#)