Derogación de la ley 15/97 y el art.90 de la LGS:puntos claves contra la privatización de la sanidad

EDURNE LH :: 18/06/2020

Al hilo de las movilizaciones que están convocadas este sábado en más de 40 ciudades en defensa de la sanidad pública, hablamos con Toño Gómez, miembro de CAS Madrid

Este sábado hay convocadas movilizaciones en más de 40 ciudades de todo el Estado en defensa de la sanidad pública, y por la derogación de la ley 15/97 y el artículo 90 de la LGS. Una reivindicación que cobra fuerza tras la crisis sanitaria por el Covid-19.

Desde La Haine hablamos con Toño Gómez, miembro de CAS Madrid, sobre esta jornada de movilizaciones, así como sobre el estado actual de la Sanidad Pública tras años y años de privatizaciones, de recortes y tras la crisis del covid19.

Hola Toño, antes de la crisis del covid-19 la sanidad pública ya estaba en serio peligro, tal y como habéis venido denunciando desde la Cordinadora Antiprivatización de la Sanidad durante años. ¿Qué leyes son las que han generado esta situación y en que se han traducido dichas leyes?

Hay dos leyes que permiten convertir la sanidad en un negocio. Por un lado, la ley 15/97, que es una ley de artículo único que establece que cualquier centro sanitario y sociosanitario del Estado español puede ser gestionado a través de cualquier tipo de empresa privada. Esta ley vino a abrir en canal a la Ley General de Sanidad que impedía este tipo de participación de empresas privadas en el sistema sanitario público.

A partir de la entrada en vigor de la 15/97 se fueron sucediendo aperturas de hospitales de gestión privada en la Comunidad Valenciana, Madrid, Galicia Castilla León, Baleares… y hemos llegado a la situación actual en la cual una parte muy importante del sistema público de salud está en manos privadas. La fórmula que utilizan es la de la "colaboración público-privada", que es una especie de cesión durante 30 años a cambio de la construcción del edificio y de la gestión de la parte sanitaria por parte empresas con ánimo de lucro.

En el caso de Madrid, la mayor parte de las empresas que están en este negocio son fondos de capital riesgo, bancos y constructoras que tienen contratos con la administración sanitaria hasta el año 2037, en el mejor de los casos, o en otros casos hay hospitales que acabarán la concesión en el año 2044. Son concesiones por 30 años, durante los cuales pagamos un canon por utilizar estos hospitales, que es un canon muy lesivo, porque lo que se está viendo a través de la experiencia internacional es que construir un hospital de modelo privado de esta forma conlleva unos costes 7 veces superiores a lo que costaría si es la administración pública la que encarga la construcción del hospital.

Es gravoso económicamente y por otra parte perdemos el control de la asistencia sanitaria en esas zonas. También hay que recordar que no sólo es un tema económico, sino que hay

diferentes estudios internacionales que demuestran que cuando un paciente es atendido en un hospital con ánimo de lucro la mortalidad se incrementa un 2% en adultos, un 8% en crónicos y un 9,5% en recién nacidos. Estos son porcentajes muy importantes porque demuestran que la atención es peor.

En el caso de los hospitales de gestión privada de Madrid lo que está ocurriendo es que disponen de menos plantilla que los públicos, además la estancia media cae casi a la mitad que en los públicos. Eso demuestra que los beneficios que se reparten los accionistas de estos hospitales dependen de dos factores: por una parte, de la disminución de la plantilla que se produce en los centros privados, y, por otra parte, la reducción de la asistencia sanitaria que reciben los pacientes.

En segundo lugar, la otra ley que pedimos que se derogue es el artículo 90 de la Ley General de Sanidad. Este artículo está vigente desde 1986 y era un artículo que parecía que sólo se podía utilizar cuando los hospitales estaban llenos de actividad y no daban abasto. En ese momento, podrían concertar actividad determinada con hospitales privados. Por ejemplo, mandarles 500 operaciones de cadera o de oftalmología. En principio esos artículos solamente se podrían utilizar si los hospitales públicos hubieran utilizado óptimamente sus recursos, pero la realidad nos ha demostrado en estos 35 años de andadura de la Ley General de Sanidad que se ha utilizado de forma indiscriminada. De forma que ahora tenemos muchos servicios hospitalarios que cierran a las 3 de la tarde, tenemos plantas enteras cerradas en muchos hospitales que no se están utilizando, y se están derivando a centros privados actividades que se podían hacer perfectamente en estos hospitales. Es una estrategia para vaciar económicamente al sistema sanitario público y dar de comer a la privada, hasta el punto de que los últimos datos disponibles del Ministerio de Sanidad establecen que, en el 2018, de 71.000 millones de euros que gastamos en el Sistema Nacional de Salud en todo el Estado,8.000 millones de euros se fueron en conciertos privados. Eso es muchísimo dinero, es exactamente la cantidad que gasta Andalucía para atender sanitariamente a una cantidad de población de 8,5 millones de personas al año. Dedicamos un presupuesto similar al de Andalucía solamente para pagar conciertos privados.

Este tema tiene miga, porque el paciente se hace la prueba o se opera en la privada pero luego vuelve a la pública. Es decir, una persona operada de cadera en la privada, una vez que es dada de alta, la privada cobra el dinero y el paciente al día siguiente va al centro de salud para realizarse las curas y el seguimiento. O sea, la privada cobraría solamente por operarla en este ejemplo, no se encargaría del seguimiento y el control del paciente posteriormente, eso nos lo cargan a la pública. En el Sistema Nacional de Salud hay más de medio millón de trabajadorxs en este momento, si los 8.000 millones de euros que dedicamos a engordar a las privadas a través del modelo de conciertos se dedicarán a contratar plantilla podríamos tener 130.000 trabajadores más en el Sistema Nacional de Salud, que es algo así como la plantilla total de sanitarios de Madrid, Cataluña y La Rioja. Imagina la cantidad de contratos que se podrían hacer para que tuviéramos los hospitales públicos funcionando hasta las 10 de la noche con todos los servicios funcionando al 100%. Así evitaríamos, por una parte, concertar con la privada y, por otra parte, disminuiríamos drásticamente las listas de espera.

Así que la 15/97 y el artículo 90 de la LGS son para nosotrxs los puntos innegociables si queremos luchar contra la privatización de la sanidad. No nos sirven los lemas de plataformas fantasmas vinculadas a partidos políticos del poder que defienden que lo único que hay que reclamar es Sanidad Pública o "la Sanidad no se vende, se defiende". Son lemas que puede asumir desde Ciudadanos hasta cualquier partido. Todos se llenan la boca con la Sanidad Pública. Gritar "la sanidad no se vende, se defiende" no tiene sentido en algunas comunidades autónomas del Estado español, que son la gran mayoría, donde tienen ya privatizado parte del sistema. Gritar "la sanidad no se vende, se defiende" en Madrid no tiene sentido, porque ya los han vendido.

Mención aparte merece el estado de las residencias geriátricas, donde se han registrado el mayor porcentaje de muertes por Covid19 ¿Cómo veis esta cuestión desde CAS?

Otro punto importante de la campaña es el de cuidados con dignidad para los ancianos, porque la epidemia del Covid-19 ha puesto sobre la mesa el abandono que están sufriendo los ancianos en todo el Estado español, han sido los grandes pagadores de la crisis del coronavirus. Entendemos que hay una absoluta desregulación, las regulaciones son autonómicas y están hechas para saltárselas. No hay nada concreto con el tema de las plantillas, hemos comprobado que en muchas residencias disponen de muy poca gente de trabajadores de atención directa. Además, la forma de calcular los ratios es engañosa, porque mezclan titulados superiores, como pueden ser médicos, con limpiadoras u otros servicios, de forma que el ratio es general, y no establece unos mínimos de personal sanitario que deba estar atendiendo a los ancianos.

Nosotrxs lo que proponemos aquí es que todas las residencias de ancianos del Estado español deberían estar controladas por el Sistema Público, y los sanitarios, médicos y enfermeras de estas residencias no tendrían que ser personal privado, sino que tendrían que ser personal vinculado directamente al Sistema Nacional de Salud a través de la atención primaria. No se trata de pasar esta carga de trabajo a los centros de salud actuales, sino que la plantilla de los centros geriátricos y residencias de ancianos pertenecieran también a los centros de Salud, aunque hiciera su trabajo en las residencias, pero que tuviera una vinculación con el Sistema Público.

¿Qué propuestas hacéis desde CAS para avanzar en un sistema sanitario de calidad, 100% público y universal?

Los otros puntos de la campaña que hemos puesto en marcha, y que está firmada ya por unas 170 organizaciones de todo el Estado, son la creación de una industria farmacéutica y sanitaria pública de forma que no tengamos que depender de empresas privadas ni de terceros países para garantizarnos los insumos que necesitamos en el sistema sanitario, desde trajes de protección o mascarillas a medicamentos básicos.

Todo esto es posible hacerlo hoy día. Por ejemplo, Noruega tiene unos 500 medicamentos en el sistema público y nosotrxs en cambio tenemos 17.000 especialidades farmacéuticas. Ocurre que Noruega no tiene unas tasas de mortalidad peores que las nuestras, con lo cual, podríamos tener un sistema farmacéutico público en el cual se podrían producir la mayor parte de los medicamentos que han perdido la patente y ahorraríamos gran parte del dinero

dándonos cuenta que en farmacia un 30% se va en distribución, un 30% en farmacia y un 30% en la farmacéutica productora. Si distribuimos los medicamentos desde los centros sanitarios públicos nos ahorraríamos una parte muy importante del gasto farmacéutico que podríamos dedicar a labores de prevención, de implemento de plantilla o construir infraestructuras donde hicieran falta.

Otro de los puntos que planteamos es que el sistema sanitario está centrado en labores curativas, es hospital-centrista. Planteamos que hay que recuperar el espíritu de la atención primaria de salud y dotarla de medios. Si hubiéramos tenido una atención primaria dotada de medios habríamos podido contener la pandemia teniendo los materiales de protección y los materiales de investigación. Si hubiéramos tenido test podríamos haber detectado a los positivos, haber hecho aislamiento individual, no en sus casas, para que no contagiaran a nadie, podríamos haber hecho seguimiento de los contactos durante los 5 días anteriores del positivo, y si fuera necesario hacer test también, e ir haciendo periodos de cuarentena.

De esa forma, que es como se actúa frente a las epidemias, podríamos haber contenido las epidemias en barrios y pueblos y habríamos evitado el espectáculo de la gente llegando en muy malas condiciones a los hospitales. Y habríamos conseguido bajar las tasas de mortalidad en un grado significativo.

Esto no se puede hacer porque ha habido una despreocupación por parte de los gobiernos autonómicos y del gobierno central. Nosotrxs creemos que pensaban que el virus sólo afectaba a los que tenían los ojos rasgados, pero cuando ya se empezó a ver la situación de Italia, era previsible que llegase a España en cualquier momento. Si la atención primaria hubiera sido una atención primaria potente y con plantilla y con medios hubiéramos podido trabajar desde el primer nivel. Como no se hizo, pasó lo que pasó, y ahora parece que se van a repetir los mismos errores. Oímos propuestas de crear hospitales para las pandemias, cuando lo que hay que hacer es preparar a la atención primaria, con más plantilla y con rastreadores y con gente capacitada (se les puede formar con cursos de muy pocas horas) para hacer un seguimiento de los contactos y de los positivos.

Habría que volver a darle una vuelta al modelo de atención primaria y centrarlo en la salud colectiva. Cuando hablo de esto hablo de que hoy día el patrón epidemiológico y de enfermedades que tenemos en Europa Occidental es un patrón ligado a condiciones de vida (no a estilos de vida, porque creo que la gente no elige los estilos de vida, sino que vienen condicionados por la clase social), entonces el tipo de patologías que tenemos y el tipo de mortalidad que tenemos es una mortalidad ligada a enfermedades crónicas, cardiovasculares, respiratorias, cánceres… que ya hay multitud de estudios que demuestran que están vinculados con los modos de vida, y con el tema medioambiental.

Por poner un ejemplo, si en una zona básica de salud que abarca 25.000 habitantes hay estudios que demuestran que hay una incidencia superior de determinado tipo de cáncer que puede estar relacionada o asociada a una industria tóxica que está en las cercanías, lo que toca no se trata de tratar a los pacientes que se van enfermando a partir de esa contaminación, sino que se trata de actuar sobre el foco, sobre la causa. O bien cerrando la fábrica que está produciendo los tóxicos que está produciendo esas enfermedades, o bien trasladándola de sitio. Porque si no volvemos al modelo actual en el cual, estamos actuando

sobre los síntomas, pero conociendo las causas no actuamos sobre ellas. En esto nosotrxs defendemos un lema que es fundamental que es que “es mejor prevenir lo que no sabemos curar”, es más rentable económicamente y aparte vas a evitar la mortalidad y morbilidad que se va a producir.

Más allá de Madrid ¿En qué situaciones están los sistemas sanitarios en otras zonas del estado?

La situación a nivel del Estado es compleja, hay bastantes diferencias, fruto de que el proceso de descentralización que se ha dado en el Estado español, ha dado lugar a que en estos momentos no tengamos un Sistema Nacional de Salud, sino 17 sistemas sanitarios distintos. A esto hay que sumarle que durante 30 años la financiación ha sido muy variable. Por ejemplo, en zonas como País Vasco, Asturias o Navarra dedican unos 1.600-1.700 euros al año por habitante mientras que otras están dedicando 1.100-1.200 euros. Esa diferencia de 400 -500 euros por cada habitante y cada año es la que ha dado lugar a que haya diferentes sistemas de salud, de diferente calidad y con diferentes prestaciones. Hoy día no es lo mismo vivir en Canarias, en cuanto a acceso sanitario, que vivir en Bilbao. Las diferencias son abismales. Los sistemas vasco, navarro, etc, están más cercanos a los de Europa Central, pero por ejemplo el sistema canario de salud está más cercano a un sistema que podríamos llamar tercermundista.

Esto ha resultado de la parcialización del Sistema Nacional de Salud. Entendemos que durante la pandemia ha quedado claro el descontrol que ha existido entre las comunidades autónomas, no ha habido apoyo entre unas y otras, ha sido un auténtico caos. Hay zonas del Estado español como es Cataluña que tienen un porcentaje altísimo de privatización que ya venía de antes de la ley 15/97, porque disponían de un modelo de consorcios y fundaciones de gestión privada (aunque tuvieran titularidad pública), y entonces la situación es muy diferente: Cataluña gasta el 25% de su presupuesto en conciertos privados, mientras que otras sólo gastan un 3% en conciertos, la diferencia es brutal. Hay muchas comunidades que tienen hospitales de tipo concesión a manos privadas durante 30 años como es el caso de Madrid y el País Valenciano, y que tienen que dedicar ingentes cantidades de dinero todos los años para pagar el canon. En el caso de Madrid todos los años pagamos 800 millones de euros por la utilización de los hospitales privados. Eso daría, en el caso de Madrid para contratar a 18.000 trabajadores más, de una plantilla de 72.00 trabajadores que tenemos en la actualidad podríamos tener 90.000. Pero ese dinero en vez de dedicarse a pagar las plantillas se está dedicando a pagar los conciertos.

Con lo cual, la situación es muy diferente dependiendo de las regiones, pero en todas está avanzando el proceso de privatización, ya sea en el núcleo duro, la parte sanitaria, como en la parte no sanitaria que también es muy importante (limpieza, cocina, esterilización, servicios auxiliares). No hay ninguna autonomía que quede al margen del proceso de privatización, porque en el fondo aquí de lo que se está hablando es del reparto de una tarta de 72.000 millones de euros al año de presupuesto sanitario estatal, que es una tarta muy golosa, y entonces están entrando empresas de diferentes tipos, pero fundamentalmente lo que está habiendo es una concentración de grandes empresas que están desembarcando desde los países anglosajones. Por ejemplo, Centene, que es una empresa norteamericana que tiene varios hospitales en el Estado español, hay empresas vinculadas a la banca (Lloyds

bank), o Fresenius que es el gigante a nivel europeo (es alemán) y es el que ha comprado 4 o 5 hospitales privados de Madrid. Estos hospitales han cambiado de manos varias veces, hay una compra-venta de acciones y cambio de titularidad cada x años. Eso indica que debe ser un buen negocio, cuando hay una pugna por hacerse con su titularidad.

Nos encontramos con muchas variaciones, hay comunidades que dedican un 17% a primaria (Extremadura, Andalucía) y otras como Madrid que dedican un 1%, pero todas están muy por debajo de lo que reclaman organismos internacionales que piden que por lo menos el 25% del gasto sanitario se dedique a la atención primaria porque es más rentable y es más eficaz sanitariamente.

Pero esto no está pasando así, estamos caminando a un modelo hospital-centrista vinculado también al modo de vida de la población. Estamos viviendo un momento de inmediatez, de querer soluciones en el momento, y eso da lugar a que el modelo hospital-centrista se refuerce. Un modelo en el que todo se basa en pruebas e intervenciones, pero no en actuar nunca sobre las causas que generan la enfermedad.

Nuestra propuesta es que tendríamos que dar la vuelta al modelo, actuar más sobre los factores que provocan la enfermedad, que van desde la vivienda, el salario, la contaminación, el estrés crónico en las grandes ciudades… Son factores que multitud de estudios demuestran que inciden más que tener 400 cirujanos trabajando. Es más rentable invertir en vivienda, en alimentación saludable, un entorno limpio… es mucho más rentable que construir hospitales.

Pero claro, eso no engorda el PIB, no crea lo que ellos llaman riqueza, entonces la línea de actuación del Estado y todas las Comunidades autónomas es la línea asistencialista, hospital-centrista y de crear grandes infraestructuras. Creemos que es un modelo equivocado y habría que darle la vuelta.

Muchas gracias Toño.

Gracias.

@Edur_LH

---

https://www.lahaine.org/est_espanol.php/derogacion-de-la-ley-15