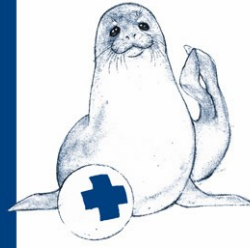




Federación de Asociaciones  
para la Defensa  
de la Sanidad Pública



## LA PRIVATIZACION SANITARIA Y LA ESTRATEGIA PARA DEFENDER LA SANIDAD PÚBLICA

El triunfo electoral del Partido Popular en las elecciones para el Gobierno del Estado y en la mayoría de las Comunidades Autónomas ha ido acompañado de una aceleración de la política de desmantelamiento del sistema sanitario público. El proceso de privatización sanitaria se ha venido desarrollando de manera lenta pero continuada desde principios de los años 90 , siguiendo las pautas marcadas por el **Informe Abril** que planteaba una serie de medidas destinadas a crear un mercado sanitario con la competencia entre proveedores públicos y privados: separar la financiación de la provisión de servicios (imprescindible para crear un mercado de compra-venta de los mismos), pagar por la asistencia (copago), potenciar el aseguramiento y transformar los centros sanitarios en empresas. Aunque estas medidas fueron paralizadas en un principio por la enérgica respuesta de los sindicatos y de la FADSP, los sucesivos gobiernos, centrales y autonómicos, las han ido desarrollando de manera más o menos solapada (en cómodos plazos).

Ahora el PP está acelerando este proceso, aprovechando el enorme poder que acumuló tras las últimas elecciones en las que consiguió mayoría absoluta en el gobierno central y en gran parte de las Comunidades Autónomas. Con el subterfugio de que la crisis económica y los límites al endeudamiento público establecidos de la UE obligan a reducir gasto público, el Gobierno ha dado un gran impulso al desmantelamiento y privatización de la sanidad, probablemente con la finalidad de alcanzar una masa crítica que haga irreversible el cambio de modelo sanitario.

**Podríamos sintetizar esta política en tres grupos de medidas:**

1.- **Reducción del gasto sanitario público** (11,6% del gasto per cápita entre 2010 y 2013), un total de mas de 7.500 millones € en este periodo.

2.- **Cambiar los fundamentos del sistema:** La promulgación del **Real Decreto Ley de medidas para garantizar la sostenibilidad del Sistema (RD 16/2012)** incluye medidas de diferente naturaleza como el **copago** para los medicamentos de los pensionistas, traslados no urgentes en ambulancia, prótesis, ortesis, sillas de ruedas o alimentos especiales; la **vinculación del derecho a la asistencia a las cotizaciones laborales** (potenciando el aseguramiento privado); **la exclusión de colectivos de población de la cobertura del SNS;** el **fraccionamiento de la cartera de servicios** financiados y prestados por la sanidad pública estableciendo en una básico de acceso gratuito y otras dos a financiar mediante copagos. Este conjunto de medidas suponen la voladura controlada del derecho universal a la sanidad y del acceso equitativo a la atención.

3.- **Aceleración de la privatización y desmantelamiento de los servicios** en las CCAA gobernadas por los sectores más neoliberales del PP: Valencia, Madrid, Galicia o Castilla la Mancha. Cabría destacar por su trascendencia estratégica el recurso a la financiación privada de las nuevas infraestructuras sanitarias (**Iniciativa de Financiación privada-PFI, Concesiones**, etc) que multiplican los costes finales y dejan durante años los centros de salud y hospitales en manos de consorcios privados, multinacionales sanitarias o fondos de inversión de capital riesgo; o privatización de la provisión (que llaman “*externalización*”) de servicios sanitarios y de apoyo.

Es decir se recorta gasto y se apuesta por una financiación que multiplica su coste real (a pagar con cargo del gasto corriente para el funcionamiento de hospitales y/o centros de atención primaria). Apostar por estas dos medidas contradictorias hará insostenible económicamente al sistema público, y obligará a muchos de los ciudadanos a completar las prestaciones sanitarias no financiadas por un sistema público sin recursos suficientes, con seguros privados complementarios.

## **Análisis por CCAA**

**Aunque las líneas generales de esta política son compartidas por todo el sistema, algunas Comunidades Autónomas han avanzado más que otras en el desmantelamiento y privatización sanitaria. Esta situación puede explicarse por qué un gobierno presidido por Aznar, político de una clara trayectoria centralista, transfiriera las competencias sanitarias a los gobiernos autonómicos, con la finalidad de que algunos de ellos pilotaran la privatización sanitaria, y evitar una repuesta global y coordinada en todo el Estado**

### ***Comunidad Valenciana***

Esta CCAA ha sido la pionera en el desarrollo de la privatización. Fue la primera en recurrir a la financiación, gestión y provisión de los servicios sanitarios utilizando la figura jurídica de Obra Pública, para levantar nuevos hospitales (el llamado modelo Alzira). El gobierno valenciano presidido por Camps cedió este hospital a un consorcio integrado por la aseguradora ADESLAS y Ribera Salud (Bancaja y CAM), que acompañó de todo tipo de apoyos como el rescate y devolución de la concesión en mejores condiciones a las mismas empresas cuando el negocio hizo crisis. Posteriormente este modelo (incluyendo en algunos casos la Atención primaria y la sociosanitaria) se ha extendido a los hospitales de Torrevieja, Denia y Manises y se aplicará a los nuevos hospitales de Elx-Crevillent y Torrent. A esto habría que añadir la privatización de los servicios de radiología avanzada (que ha multiplicado la realización de pruebas) y la “*externalización*” de otros servicios. Los sobrecostes de la financiación privada han llevado esta CCAA a la bancarrota, según ha denunciado la Sindicatura de Cuentas. Recientemente las autoridades valencianas han anunciado su intención de concentrar todos los servicios “*externalizados*” como los servicios generales (limpieza, lavandería, restauración, mantenimiento), los servicios concertados (oxigenoterapia, hemodiálisis) y la logística (almacenes, distribución, compra), para posteriormente adjudicarlos a empresas privadas. La idea es que la Generalitat se concentre en la gestión sanitaria, dejando lo demás (el negocio económico) en manos de operadores privados.

### **Comunidad de Madrid**

El gobierno autonómico está embarcado en una vorágine privatizadora que incluyó en un primer momento la financiación y gestión privada de siete hospitales; la concesión a otros tres de la atención y la gestión; la privatización de los laboratorios y su adjudicación a una empresa privada; la externalización de los servicios de radiología (Anillo Radiológico); la adjudicación a un hospital privado (Fundación Jiménez Díaz) la atención especializada de 400.000 habitantes mediante un concierto singular muy favorable a los intereses de la misma; la cesión de dos centros de especialidades a una multinacional; la privatización de la construcción y gestión de 27 centros de salud; el cierre de dos hospitales públicos y la transformación de un gran hospital tercero en un geriátrico (que se deberá hacer cargo de la atención de pacientes crónicos con

pluripatologías muy costosas de atender, liberando de este gasto a los centros privados financiados con dinero público). Paralelamente se están debilitando los centros públicos, rebajando sus presupuestos (un 16% de promedio en hospitales y un 7,03% en AP) y reduciendo sus plantillas mediante un ERE oculto al adelantar la jubilación obligatoria de los médicos a los 65 años sin reposición de las vacantes creadas (se han perdido así más de 1.000 plazas médicos). Por último señalar que previamente se habían desmantelado las 11 áreas sanitarias (necesarias para planificar y gestionar los recursos de manera integrada y en función de las necesidades específicas de cada zona) con la finalidad de crear un gran espacio al libre mercado y a la competencia entre centros públicos y privados.

## **Galicia**

Además de severos recortes en gasto, la Xunta ha privatizado servicios estratégicos como la Central de Llamadas, la Plataforma Informática, la Central de Compras, el sistema de archivos, o la provisión, gestión y control de los recursos de alta tecnología (GALARIA), etc. También se han puesto en manos privadas servicios como la diálisis renal de algunos hospitales o se están desmantelando algunas áreas sanitarias, paso previo a su eliminación total. También se ha recurrido a la financiación y gestión privada para construir el Nuevo Hospital de Vigo mediante un contrato con un consorcio privado en quiebra económica (la construcción lleva un retraso de tres años y no está clara su culminación por falta de financiación), lo que además de multiplicar su coste ha ido acompañado de una reducción superior al 30% en los recursos previstos en camas, equipamiento, espacio, etc. Si se trasladara este modelo a la financiación (siete veces superior al coste real), a las obras de los nuevos centros de salud y planes directivos previstos para reparar y ampliar 7 hospitales o 66 centros de salud, el presupuesto para asistencia quedaría reducido al 4% del total, algo incompatible con el mantenimiento del sistema público

## **Castilla la Mancha**

La señora Cospedal, Secretaria General del PP y presidenta de la CCAA, tiene previsto sacar a licitación la gestión integral (de servicios tanto sanitarios como no sanitarios) de cuatro hospitales públicos, siguiendo el llamado modelo Alzira. La empresa concesionaria (que apunta a Capiro Sanidad) pretende quedarse también con la gestión de los nuevos hospitales de Madrid. Además ha paralizado la construcción del Hospital General Universitario de Toledo por conflictos de intereses, nada claros, con las constructoras. La empresa Ferrovial ha conseguido contratos para mantener y limpiar hospitales, por valor de 30 millones de euros. En esta comunidad autónoma además de recortes de prestaciones y personal, se han cerrado numerosos servicios de urgencias en zonas rurales con comunicaciones difíciles.

## **Cataluña**

Esta Comunidad, pionera en la concertación con el sector privado, ha desarrollado múltiples fórmulas de gestión y provisión de servicios sanitarios (Consortios, Fundaciones, Sociedades Anónimas, Entidades de Base Asociativa- EBAS etc.), y puesto en práctica un proceso de fragmentación del Instituto Catalán de la Salud (ICS) concediendo autonomía de gestión a los hospitales y centros de atención primaria, “*externalizando*” gran parte de sus servicios, incluso en etapas de gobiernos progresistas. Con la vuelta al poder de Convergencia i Unión (partido de ideología neoliberal absolutamente servil a los intereses del mercado, con muchos responsables con intereses en el sector empresarial como el Conseller de Sanidad Boi Ruiz, presidente de la Unió Catalana de d’Hospitals, privados), la privatización ha adquirido un gran impulso con recortes presupuestarios, cierre de hospitales, camas, salas y despidos de personal contratado e interino. La comunidad autónoma ha sido la primera en aplicar copagos y otras tasas por el uso de los servicios públicos. Existe un plan estratégico elaborado por la consultora PwC, que incluye la venta, vía subasta, de partes fundamentales del sistema sanitario como hospitales, servicios de ambulancias Servicio de Emergencias Médicas (SEM), laboratorios o la empresa que gestiona los servicios de diagnóstico por imagen en los grandes hospitales públicos. Se pretende poner en manos privadas hospitales, y centros de atención primaria y un centenar de otros dispositivos

## **Murcia**

En la Región de Murcia se ha reducido el presupuesto en sanidad por segundo año consecutivo, suponiendo el presupuesto del 2013 una disminución del 24%, con respecto al del 2010. Ello se ha traducido en una pérdida de 850 profesionales sanitarios, con una importante reducción de la actividad y un incremento intolerable de las listas de espera (En doce meses se ha multiplicado por 15 el número de pacientes que esperan más de un año para ser operados). Como solución se ha comenzado con un plan de derivación de pruebas diagnósticas, y de intervenciones quirúrgicas a hospitales privados concertados. Así mismo se ha planteado la centralización de Laboratorios en varios Hospitales, lo que podría ser un primer paso para su “*externalización*”. La Central de Compras y de Logística está privatizada desde 2010, sin que haya conseguido reducción del gasto; y el Plan de Reequilibrio Económico Financiero de 2012 supuso el cierre de varios puntos de atención continuada rurales y de especial aislamiento

## **Aragón**

Con la llegada del PP al Gobierno de Aragón las dinámicas de privatización y los recortes se han acentuado, tal es así que si desde 2010 la inversión/cápita ha disminuido en un 24% en términos reales que no nominales, en el último año ha sido de, al menos, el 15%, recortándose 238 millones de euros del presupuesto sanitario público a la vez que se incrementan 18 millones para la privada. Aragón es una de las CCAA que aplica con más rigor el RDL 16/2012

y el nuevo hospital a construir en Alcañiz esta previsto que sea de financiación privada (PFI); se está en proceso de dismantelar el centro de especialidades Grande Covian, de la margen izquierda del Ebro y se habla de que pueden hacer lo mismo con el de Monzón (Huesca). Se están cerrando laboratorios clínicos en toda la CC. AA. para abrir un macrolaboratorio que presumiblemente privatizaran y se han suprimido los servicios de urgencias de 22 municipios. Está previsto privatizar los servicios de salud mental, todo tipo de servicios auxiliares y de atención sociosanitaria, cuando un 30,4% de los dependientes aragoneses reciben atención de este tipo.

El Sistema adolece de algunos aspectos que favorecen las privatizaciones: obsolescencia tecnológica (no hay PET público, oferta de RNM inferior a la demanda), escasez de camas de crónicos, paliativos y camas geriátricas con generalización de conciertos con entidades privadas (públicas 214 y privadas concertadas 188).

En 2012, los despidos son la norma y para ello se limita el horario de los consultorios (22 varios rurales) y se centralizan servicios (macrolaboratorio con gestión privada, psiquiatría...) cierre de centros de atención especializada por las tardes, supresión de 500 camas en verano y vacantes de especialistas no cubiertas que han duplicado las esperas en esas especialidades. Las jubilaciones a los 65 años con reposición del 10% de vacantes es de gran importancia en Aragón porque supondrán 833 médicos menos (este año 400 menos sobre un total de 6.283). Se ha anunciado el cierre de Puntos de Atención Continuada (salvo 8, uno por sector) y hay 24 centros cuya reforma es prioritaria (sin presupuesto).

Se han incrementado los conciertos privados: Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria, de los 8 sectores, en 5 hay Convenios privados para esta Atención; en Salud mental predominan los Conciertos privados para media y larga estancia, Centros de Día, pisos, talleres, centros ocupacionales de inserción (solo hay 200 plazas en Aragón, en su mayoría privadas). En drogodependencias solo hay un Centro de gestión directa y el resto son concertados; el gasto para la implantación de la receta electrónica ha supuesto un convenio privado con Colegio de Farmacéuticos y APISCAM y una adjudicación a la empresa INDRA Systems; el Consorcio Aragonés de Alta Resolución (CASAR) con una cobertura de unas 150.000 personas. Entidades privadas del tercer sector aragonés En Aragón atienden a 155.063 personas. Un 7,8% de estas organizaciones tienen actividad en el área de salud. Hay una empresa pública Banco de Sangre. Convenio con la Mutua de Accidentes de Zaragoza para la atención de Traumatología para 33.000 personas del sector Zaragoza I. Es un convenio sustitutorio con pago por número de usuarios (les asistan o no). El hospital de la Defensa en 2010 presta asistencia sanitaria a 3 zonas de salud con 35.373 habitantes (hospital sustitutorio para toda la cartera de servicios). Entidades S.A.L: convenio para pacientes crónicos dependientes y rehabilitación ambulatoria del sector Zaragoza II, convenio para ESAD,

atención bucodental; gestión de desplazamientos para hemodiálisis. Tratamientos de rehabilitación Atención Psico-oncológica, clínicas privadas para cirugía .Transporte sanitario (Ambuibérica y T.S. Cataluña). Servicio de Oxigenoterapia, Aerosoles, CPAP, BIPAP Ventiladores, etc. Central de llamadas privada: CETET Centralización de las citas a través de una central (similar a la de Madrid). Hay un Ente Público Aragonesa de servicios telemáticos proveedor principal de la Administración en relación con los servicios para la información y las telecomunicaciones. Las citas se conciertan por el Proyecto SALUD Informa: teléfono 902 (UTE Telefónica) también gestiona información. Historias Clínicas: Contrato con la empresa privada S. Servicio Móvil para su archivo y custodia en el Sector Zaragoza I

## **Cantabria**

El Hospital Universitario Marqués de Valdecilla ha adjudicado todos sus servicios a una empresa a cambio de la construcción de la última fase del mismo (PFI). Se han cerrado centros de salud dejando a los pacientes sin atención fines de semana y festivos

## **La Rioja**

La gestión de los servicios de Radiología se sacarán a concurso para adjudicarlos a una empresa privada, al igual que la gestión de la Fundación Hospital de Calahorra. La dirección del centro será adjudicada a una empresa de forma que “aportará su conocimiento” a la gerencia del hospital, con el objetivo de la total privatización del centro, dejando fuera del control público tanto la contratación de personal como la función asistencial.

## **Castilla y León:**

La financiación y gestión del nuevo Hospital de Burgos se ha abordado de acuerdo al modelo PFI, que incluye la alta tecnología de centro. En esta comunidad autónoma también se han cerrado servicios de urgencias en el medio rural

## **Extremadura**

El gobierno del Partido Popular ha previsto utilizar la fórmula de la concesión administrativa para financiar y gestionar dos de sus hospitales (PFI), algo inédito en una comunidad autónoma sin ninguna experiencia en fórmulas privadas. También se han cerrado algunos PAC rurales.

## Baleares

El hospital Son Espasses (Palma de Mallorca) ha entregado a una concesionaria privada la construcción, equipamiento, mantenimiento y servicios no médicos (PFI). El gobierno balear está preparando la extensión de este modelo a los hospitales comarcales de Inca y Manacor, incluyendo además la parte asistencial de los centros. También se ha anunciado la intención de cobrar a los pacientes por el uso de la sanidad pública, además de cerrar por la noche los centros de salud con menor actividad y cobrar por aparcar en los hospitales.

## Andalucía

La privatización en Andalucía es cualitativamente similar a otras comunidades, cuantitativamente poco relevante y, lo más importante, no avanza desde finales de los años 90.

- Desde un punto de vista cualitativo la concesión de la atención especializada de áreas enteras de población a la orden de San Juan de Dios (Consortio Hospitalario Aljarafe en Sevilla) y a la Empresa Pascual (Hospitales de la Sierra de Cádiz y Sanlúcar de Barrameda), la colaboración público privada para la radio-farmacia y la dotación tecnológica del nuevo hospital de Granada, no difieren en mucho de experiencias realizadas en otras comunidades.
- Desde un punto de vista cuantitativo el porcentaje de población atendida bajo modelos privatizados y el porcentaje de gasto total en concesiones, conciertos singulares y “*externalizaciones*” es relativamente bajo respecto a otras comunidades, no alcanzando el 5% del gasto sanitario total.
- Respecto a la tendencia, y quizás esto es lo más importante, la privatización no se han visto agravada en las tres últimas legislaturas, más bien al contrario, se ha reducido en lo que respecta a la “*externalización*” de pruebas diagnósticas y conciertos singulares quirúrgicos y auto-conciertos.
- Sí existe una muy amplia red asistencial y de apoyo constituida inicialmente como empresas públicas o fundaciones al amparo de la ley de nuevas formas de gestión, ahora agencias públicas. Se trata del dispositivo del 061, los hospitales Costa del Sol, el Ejido y la amplia red de hospitales de alta resolución (12 abiertos y 11 previstos), así como las fundaciones encargadas de tareas de gestión de calidad, docentes y de investigación. En principio centros 100% públicos no deberían ser computados como experiencias de privatización.

La sanidad pública andaluza tiene grandes fortalezas que pueden hacer que afronte la crisis con éxito: una apuesta por la planificación y la racionalidad frente a las presiones del mercado como es patente, por ejemplo en la política farmacéutica, o en la distribución territorial y la organización funcional de los recursos, una apuesta por la salud pública, una atención primaria más desarrollada que en otras comunidades que recibe el 18% del gasto sanitario



público y con una política sostenida de inversión en infraestructuras, una apuesta fuerte por la gestión clínica que, pese a la falta de normativa y a la muy mejorable estructura de calidad y algunos otros problemas, es un modelo consolidado que está permitiendo una creciente articulación de los profesionales y una apuesta, con todos sus claroscuros, por la modernización de lo público como es el caso de las nuevas tecnologías, la formación o la investigación.

Entre los enormes riesgos figuran, fundamentalmente, la caída en picado de la financiación per cápita desde 2011 que ha implicado importantes recortes de personal (no sustitución de jubilaciones, no renovación de eventuales y reducción al 75% de la jornada de los eventuales). Estas medidas han generado un enorme descontento entre los profesionales y pueden comprometer el mantenimiento de las prestaciones actuales como se está viendo ya con la atención domiciliaria y ciertos programas en atención primaria. Destacar también la ausencia de un modelo de atención socio-sanitaria dada la muy reciente unificación de las competencias de salud y bienestar social, la nula voluntad de luchar contra las incompatibilidades de los profesionales y las fuertes inversiones que está realizando el sector privado en las áreas urbanas de Málaga y Sevilla donde prácticamente todas las aseguradoras y empresas locales están ampliando sus infraestructuras, buscando negocio ante el previsible deterioro de la sanidad pública con los recortes.

## **Canarias**

**La privatización** se refuerza cada vez más **concertando servicios sanitarios con entidades privadas**. Cabe resaltar que la media española de camas en la sanidad privada es de 6,88 por 10.000 habitantes, en Canarias es de 14,30. El sector privado controla el 40 por ciento de las camas de agudos de la red de utilización pública, ingresa más del 31,7 por ciento de los procesos agudos financiados por el Servicio Canario de Salud. En 2012 la concertación supuso un 8% (206,7 millones de euros) que en 2013 aumentaron a 210,3: cirugía, hemodiálisis, oxigenoterapia en domicilio, radiología, resonancias magnéticas, medicina nuclear, salud buco-dental, lavandería y mantenimiento. Mientras, se infrutilizan los recursos públicos.

Se han aplicado **dos vías más para privatizar la sanidad pública**, una que empresas privadas gestionen en dependencias sanitarias públicas directamente los servicios con su propio personal y otra que el Gobierno canario realice un procedimiento de concesión de obra pública, donde la empresa privada sanitaria redacta el anteproyecto de obra, la construye y luego la explota con su propio personal privado, es el caso de Radioterapia Oncológica en el Hospital Materno-Infantil.

En cuanto a los recortes, desde 2008 hasta la actualidad el presupuesto ha menguado en más de 500 millones, ahora para 2013 tiene una reducción real de 218 millones (el 8% de sus fondos) sobre todo por el pago a las farmacias de 190 millones de euros. En el capítulo de personal se ha sufrido una reducción de 2000 empleos. En los hospitales públicos, con el cierre de quirófanos de tarde las listas de espera quirúrgica tienen un tiempo medio de

espera del doble que la media estatal. Obras paralizadas de centros de salud y hospitales comarcales, cuestionamiento de la Unidad de Cirugía Cardíaca Infantil del Hospital Materno y de otros programas y servicios, sobre todo quirúrgicos donde se suspenden intervenciones, incluso oncológicas, por falta de materiales. En la actividad quirúrgica de mañana se está viendo afectada la Cirugía Mayor Ambulatoria. Se están suspendiendo consultas de tarde de las especialidades hospitalarias, también se están tratando de reducir las consultas de mañana.

### **Quien gana y quien pierde con esta política**

#### **Ganan**

Los principales beneficiarios de esta política son las **grandes aseguradoras, la industria farmacéutica y de tecnología sanitaria** que tendrán la oportunidad para ampliar su negocio. Las *entidades de capital riesgo* como CAPIO Sanidad, Ribera Salud (Sanitas y Adeslas), USP-Quiron; grupos empresariales como HM hospitales, que se están apoderando con gran parte de los hospitales de numerosas CCAA. **Aseguradoras sanitarias** a las que se facilita clientela y ayudas fiscales (desgravaciones por suscripción de pólizas complementarias). **Empresas auditoras** como PWC que están suplantando a la administración en las funciones de Planificación Estratégica (elaborando los Planes de Salud Autonómicos, Planes Directorios de Hospitales, concursos de adjudicación de plazas, provisión de recursos etc.), lo que le otorga una enorme capacidad para utilizar los fondos públicos para satisfacer sus intereses económicos y empresariales. Estas medidas también benefician a los **grupos de gerentes y expertos sanitarios** que actúan como un potente lobby profesional. También forman parte de los ganadores los **dirigentes del Partido Popular, familiares y allegados** que salen y entran de la administración y de las empresas adjudicatarias en función de sus intereses (puerta giratoria). Por último las **empresas constructoras** afectadas por la crisis del ladrillo que ven en la PFI la oportunidad de seguir con sus negocios utilizando los prepuestos sanitarios públicos y las **entidades bancarias** (financiadoras de las PFI), que se benefician de los contratos millonarios a pagar por las administraciones públicas

## Pierden

Los **ciudadanos en general** que han sufrido recortes en sus derechos sanitarios, que deben pagar más por la una asistencia sanitaria que antes se financiaba con impuestos (manera más justa y progresiva socialmente), y que deberán contratar seguros privados para complementar la menor oferta de servicios de la atención sanitaria pública, por otro lado pierden también la garantía de que en su atención sanitaria priman la evidencia científica y los intereses generales y no los criterios empresariales . Las **personas con menos recursos, desempleados, parados, los pensionistas** que verán dificultado su acceso a las prestaciones sanitarias por carecer de dinero para afrontar los múltiples copagos. Las **personas mayores, los enfermos crónicos y los discapacitados** que necesitan más atención sanitaria y mayores recursos terapéuticos y rehabilitadores, y que son los más afectados por los recortes y privatizaciones. Los **profesionales y trabajadores de la Sanidad** que han perdido salarios, derechos laborales, estabilidad en el empleo y puestos de trabajo. Los sanitarios tienen además una menor oportunidad para desarrollar su profesión, conocimientos y habilidades y muchos de ellos se verán obligados a emigrar a otros países para poder trabajar, pese al enorme esfuerzo que el sistema educativo y sanitario ha dedicado a su formación. Estas pérdidas serán mayores entre las mujeres que son numéricamente predominantes en el sector. Pierde también **la economía española** que con los recortes en los servicios sanitarios y socio-sanitarios reduce los puestos de trabajo que estimularán la economía y reduciría la elevada tasa de desempleo. Por último hay que recordar que los sistemas sanitarios públicos universales y accesibles son necesarios para mantener la fuerza de trabajo que se asocian a mejores niveles de desarrollo económico y social.

## **Estrategias para defender el sistema sanitario público**

La contradicción de intereses entre ganadores y perdedores de esta política, de desmantelamiento y privatización de la sanidad pública, marca con claridad que hacer. Aunque es verdad que la privatización está apoyada y respalda por grupos de presión muy poderosos, los afectados por la misma son la mayoría de la población. Solo una gran alianza estratégica entre la ciudadanía y los trabajadores sanitarios puede paralizar ese proceso, que sólo beneficiará a una minoría, eso sí muy poderosa e influyente.

La multiplicidad de colectivos, organizaciones e intereses sociales en juego, supone un evidente obstáculo para alcanzar este objetivo. La unidad en la defensa del derecho a la salud y de un sistema sanitario público que la garantice, solo parece posible mediante una estructura organizativa que respete la autonomía, la ideología, los intereses generales, la estrategia de intervención y las formas de organización de cada grupo social y profesional.

Es necesario crear estructuras horizontales, no jerarquizadas; que incluyan a la mayoría de los colectivos sociales y profesionales; que trabajen por

objetivos acordados previamente; que adopten las decisiones por consenso evitando la creación de estructuras directivas y las votaciones, que no den pie a la constitución de alianzas internas y alineamientos por hacerse con el control. Es conocido como las administraciones siempre se han aprovechado de estas cuestiones para dividir a las fuerzas sociales y profesionales.

La estrategia pasaría por crear redes de organizaciones en base a intereses comunes y objetivos fáciles de definir, para posteriormente crear redes más amplias con otros grupos de organizaciones y colectivos, con objetivos compartidos.

Ser profesional o usuario de los servicios sanitarios, la pertenencia a una categoría profesional, el compartir problemas de salud, el género, la edad, el territorio donde se vive, etc. son lazos que unen a la gente, aunque el derecho a la salud y la existencia de un sistema sanitario público universal, equitativo, accesible, redistributivo y de calidad, bien gestionado y racionalmente equipado, es otro importante estímulo para articular la unidad de actuación.

Las **Plataformas para la Defensa de la Sanidad Pública**, integradas por organizaciones sociales; sindicatos; colectivos profesionales; instituciones; y organizaciones políticas, impulsadas por la FADSP y su coordinación con las **Plataformas en Defensa de los Servicios Públicos** más amplias y que integran a otros colectivos, son la aplicación práctica de esta estrategia. Las Plataformas están teniendo evidentes resultados en la movilización contra los recortes y las privatizaciones puestas en práctica en el Estado y en gran parte de las CCAA.

El objetivo esencial de la movilización en Defensa de la Sanidad Pública pasa por **compaginar la movilización contra medidas de corte estratégico para el conjunto del Sistema sanitario** como los recortes de gasto público; el RD Ley 16/2012; la privatización de los centros sanitarios recurriendo a la financiación privada (PFI); las reducciones de personal de las plantillas de los centros; **con otras de ámbito local o autonómico** como el cierre de hospitales públicos y servicios de urgencias; el cierre de plantas, quirófanos y servicios; el desmantelamiento de áreas sanitarias; la privatización de laboratorios y servicios de radiología; la privatización / “externalización” de servicios sanitarios y no sanitarios de los hospitales, la centrales de información y de compras o las plataformas informáticas, etc.

Solo la alianza ciudadana y profesional dotada de estructuras estables que primen la unidad sobre las diferencias hará factible el poder frenar el desmantelamiento y privatización de la Sanidad Pública.

**FEDERACION DE ASOCIACIONES  
PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PUBLICA**

**Abril de 2013**