



Federación de Asociaciones
para la Defensa
de la Sanidad Pública



BALANCE DE LA POLÍTICA SANITARIA DEL GOBIERNO DEL PP

***CUATRO AÑOS DESTROYENDO LA
SANIDAD PÚBLICA***

***Federación de Asociaciones para la Defensa de
la Sanidad Pública***

Octubre de 2015

Cuatro años después del triunfo electoral del PP en 2011 conviene hacer un análisis de lo que ha supuesto para la Sanidad Pública del país la política sanitaria del PP que, hay que recordarlo, se había comprometido precisamente a respetar la Sanidad Pública en la campaña electoral.

Es evidente que esta promesa se ha incumplido de manera amplia y reiterada y que los recortes, deterioro, desmantelamiento y privatización de la Sanidad Pública han estado a la orden del día en todo este tiempo, y que solo se han moderado, en parte, por el amplio rechazo social y profesional que se ha producido casi desde el primer momento. Conviene recordar que durante estos años se han producido las mayores movilizaciones conocidas en defensa de la Sanidad Pública, de profesionales y de ciudadanos, y que estas se han extendido prácticamente a todos los puntos de la geografía de este país.

Otro hecho relevante es el estrepitoso fracaso de esta política. Vamos a señalar, sin ánimo de ser exhaustivos, aquellos aspectos principales de la misma.

1. LA POLITICA DE RECORTE Y DESMANTELAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO ESTA INCREMENTADO LAS DESIGUALDADES DE SALUD

La política de recortes de gasto social, especialmente en sanidad (el Gobierno se comprometió ante la Comisión Europea en 2011 a reducir el presupuesto en más de 7.000 millones) supone el intento de aprovechar la crisis económica provocada por la especulación bancaria y la burbuja inmobiliaria para desmontar una de las patas del estado del bienestar. España es el país con mayor desigualdad de Europa de renta disponible, superando en 2014 a Grecia y Letonia. Este aumento tiene que ver con las medidas restrictivas del Gobierno del PP sobre el gasto en bienestar social y en sanidad. Los riesgos más importantes para la salud dependen de la evolución negativa de los determinantes sociales, entre los que destaca el paro y la gran proporción de personas en riesgo de pobreza (en España se alcanzó en 2014 el 29,2% de población en riesgo de pobreza y exclusión social). Las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios han aumentado como muestra la disminución de la frecuentación de los servicios sanitarios y la retirada de medicamentos prescritos con receta pública. El modelo de financiación y las diferencias en los recortes del gasto sanitario público están incrementando las desigualdades sanitarias territoriales tensionando el sistema. En 2015 la diferencia en presupuesto por habitante entre la mayor presupuesto (País Vasco) con 1.548 euros y la que menos (Andalucía) con 1.004 es de 544 euros. Globalmente la diferencias entre las que más presupuestan y las que menos se han incrementado en un 5,1% desde el año 2010.

El alcance real de los recortes no es bien conocido debido a la tradicional falta de transparencia de nuestras administraciones públicas. En todo caso y

dependiendo de las fuentes este recorte presupuestario puede cifrarse entre 13 y 20.000 millones € desde 2009, año de mayor presupuesto sanitario público. Conviene recordar que pese a que la crisis económica hizo descender el PIB, el porcentaje de gasto sanitario público sobre el PIB no ha parado de descender, desde el 6,7% en 2009 hasta el 5,8% en 2015, y aun mas aunque en 2015 y 2016 esta previsto un aumento del PIB las previsiones del gobierno enviadas a la UE siguen previendo una disminución del mismo hasta el 5,6% en 2016.

La disminución de gasto sanitario promedio en las CCAA, según datos oficiales, alcanzaba en 2013 (respecto a 2009) el – 20,9% con casos extremos como el de Castilla la Mancha (-28,5%). Estos tremendos recortes han tenido grandes repercusiones sobre el funcionamiento del sistema sanitario y se han trasladado sobre todo a las partidas destinadas a las retribuciones de personal (Los datos de FUNCAS señalan que la disminución del gasto sanitario ha supuesto solo un 0,87% menos que la del gasto sanitario total), de manera que en 2015 el sistema sanitario público tenía en torno a unos 55.000 trabajadores menos (una vez mas chocamos con la falta de transparencia de los datos oficiales).

Estos recortes han supuesto cierres de plantas hospitalarias, cierres de quirófanos, consultas, puntos de atención continuada, etc, la no cobertura de las jubilaciones, bajas y suplencias, el deterioro condiciones de trabajo: mas horas, menos retribución, mas carga de trabajo, mas precariedad, y el aumento la presión asistencial: deterioro calidad, aumento estrés, errores y accidentes laborales. A la vez un aumento de las listas de espera que han sido sistemáticamente maquilladas y ocultadas por una política oficial más preocupada en el “marketing” y la “imagen” que en la resolución de los problemas. En resumen se ha producido una perdida de la capacidad del sistema sanitario público para atender a las necesidades de salud de la población.

2. A PESAR DE TODOS LOS RECORTES DE GASTO, LA DEUDA SANITARIA SIGUE AVANZANDO

La enorme influencia de los lobbys de empresas sanitarias y constructoras han conseguido mantener e incluso incrementar sus beneficios a costa del Gasto Sanitario Público mientras en apariencia se recortaba por la crisis económica, afectando a profesionales y pacientes. Los mecanismos extraordinarios de financiación creados por el gobierno de España, de Rajoy y Montoro (Fondo proveedores y Fondo de liquidez financiera) aportan 26.172 millones de euros de dinero público entre 2012 y 2013 para pagar las facturas sanitarias guardadas en los cajones de las CCAA, esencialmente de medicamentos y tecnologías. A pesar de todo, la deuda sigue creciendo. En solo los 5 primeros meses de 2015 las autonomías generaron una deuda con los proveedores sanitarios de 6.309 millones de euros. Gran parte de esta deuda multimillonaria

sanitaria se ha contraído con la industria farmacéutica y la de tecnologías sanitarias, que imponen sus innovaciones y disparan el precio de sus productos, mientras los recortes son para los profesionales y la población, afectada por los copagos y listas de espera. Los préstamos de Montoro tienen años de carencia y recaerán en los próximos gobiernos, lo mismo que los compromisos adquiridos por la construcción de los hospitales realizados mediante la denominada “colaboración público-privada” (CPP). Esta gestión, basada en cuentas irreales y el desplazamiento de pagos a ejercicios siguientes, pone en grave riesgo la Sanidad Pública futura. Pan para las empresas hoy, y hambre para los enfermos mañana.

En este orden de cosas, la Comisión Europea ha puesto a España una multa por manipular y falsear las estadísticas de déficit público y la deuda sanitaria de la Comunidad Valenciana enviando sistemáticamente información incorrecta a lo largo de muchos años. La sanción, por negligencia grave, es la primera multa europea por falsear el déficit, es de 19 millones de euros, aunque podría haber ascendido a 2.000 millones si la legislación se hubiera aplicado con criterios de rigor.

El informe de la Comisión indica que la Comunidad Valenciana gobernada por el PP manipuló de forma sistemática sus estadísticas oficiales durante más de 20 años, minusvalorando el gasto sanitario para ocultar el déficit real ocasionado por la financiación y construcción y gestión de los hospitales de Alzira, Torrevieja, Dénia, Manises y Elche y el servicio de Resonancia Magnética (utilizando la fórmula de Colaboración Público Privada). La táctica utilizada por el Gobierno Valenciano fue trasladar a futuros ejercicios económicos los gastos de la atención sanitaria. Solamente en el presupuesto de 2007 se relegó el pago de casi cuatro mil millones de euros al futuro (2015) mientras que en el 2008, cuando se produjo un salto espectacular al trasladar a futuros gobiernos pagos por valor de más de seis mil quinientos millones de euros. En Valencia el déficit declarado, de un 3,68% del PIB supone unos 3.600 millones de euros, fue elevado por el Ministerio de Hacienda hasta el 4,5%. El responsable de la intervención general valenciana atribuyó los problemas del agujero económico de la Comunidad (unos 1.800 millones de euros) a la Consejería de Sanidad.

En esta enorme deuda que el PP valenciano pretendía ocultar el resultado de los enormes sobrecostes de los hospitales gestionados mediante concesiones administrativas y de la privatización de las Resonancias Magnéticas de los Hospitales Públicos valencianos. Eduardo Zaplana, sacó a concurso en el año 2000 la privatización de las resonancias en los hospitales públicos, privatización ampliamente rechazada por Sociedades Radiología Valencia y española. El primer concurso que se licitó por 130 millones de euros con una vigencia de ocho años se adjudicó a tres empresas: Eresa, que antes del concurso ya tenía el servicio concertado y equipos en el hospital General de Valencia, la clínica de Benidorm (de un íntimo amigo del presidente) e Inscanner (propiedad de la familia de un diputado popular y entonces presidente de las Cortes). La facturación final de las concesionarias a la Consejería de Sanidad Valenciana fue de 270 millones de euros. En el último

concurso del año 2008 las resonancias se adjudicaron a la UTE Erescanner Salud S.L. (Eresa, Inscanner SL, Beanaca SA, y Ribera Salud (entonces en manos de Bancaja y la CAM). En esta nueva licitación, la Conselleria de Sanidad duplicó el importe del concurso, que se adjudicó por 475 millones de euros con una vigencia de diez años.

3. PARALIZACIÓN Y RETROCESO EN LA APLICACIÓN DEL REAL DECRETO-LEY 16/2012, *"De medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones"*

EL RDL introdujo el Copago farmacéutico para los pensionistas y puso fin de la Universalidad de la asistencia al vincular el derecho a la asistencia sanitaria con el aseguramiento y por ello excluir de la sanidad pública a inmigrantes sin papeles y personas con estancias en el extranjero superiores a 90 días (la retirada de la tarjeta sanitaria a estos colectivos impide el acceso a la asistencia en centros de salud y hospitales y a medicamentos subvencionados por la sanidad pública). Esta especie de "Apartheid Sanitario" es una normativa fracasada además de por su injusticia e inhumanidad, por no haber conseguido ningún ahorro económico y por haber creado el caos y la confusión entre los diferentes servicios de salud autonómicos en su aplicación práctica. Ni siquiera los negocios previstos por las empresas de turismo sanitario han obtenido los beneficios esperados.

El RDL ha tenido una repercusión muy negativa para el colectivo de inmigrantes no regularizados que han visto empeorada su salud y han sufrido muertes por desatención. Aparte de las consideraciones humanitarias y de la vulneración de derechos humanos, no se ha logrado un ahorro significativo; no están evaluadas las repercusiones sobre las personas con estancias superiores a 90 días en el extranjero; las modificaciones en la cartera de servicios han tenido un impacto económico irrelevante y en cambio plantean serios problemas de discriminación; los copagos y retiradas de la financiación pública de medicamentos han trasladado gasto sanitario público a gasto privado (bolsillos de los pacientes) generando desigualdades y creando entre los pensionistas grupos significativos que no retiran los medicamentos prescritos con los resultados que tendrá sobre su salud (el 14,76% según nuestros datos)

El texto se encontró desde el principio con una fuerte oposición de todos los grupos de la oposición (salvo Ciudadanos) y de una parte relevante del sector sanitario, que consiguieron que algunos apartados del mismo como la fragmentación de la Cartera de Servicio en tres (dos de ellas de copago como el transporte sanitario no urgente o productos ortoprotésicos o dietoterápicos) no fueran desarrollados. Ahora el propio Ministro de Sanidad ha anunciado que revisará la implantación del copago de medicamentos de dispensación hospitalaria a pacientes que no estén hospitalizados ya que, en su opinión, no tiene mucho sentido que siga en vigor después de que ninguna comunidad autónoma lo adoptase tras su aprobación en 2013

Tras las elecciones autonómicas del 24 de mayo los nuevos gobiernos de Baleares, Cantabria, Extremadura, Castilla-La Mancha, País Valenciano y Aragón han introducido cambios en sus nuevas normativas para acabar con esta situación, sumándose así a las cuatro Comunidades: Andalucía, Asturias, País Vasco y Navarra, que desde el principio se negaron a aplicarlo. Posteriormente la Comunidad de Madrid gobernada por el PP ha dictado instrucciones para asistir, con algunas condiciones, a las personas que no tengan regularizada su situación. Murcia ha promulgado recientemente instrucciones para acabar con la mayoría de las trabas que el sistema imponía a los inmigrantes, aunque parece que por ahora no devolverán la tarjeta sanitaria.

Por último el propio Ministerio, en un recientemente Consejo Interterritorial de Sanidad, ha propuesto la creación de un registro diferenciado de las personas sin papeles que residan en territorio español desde hace más de seis meses y se encuentren en situación de vulnerabilidad y exclusión, para tener derecho a la asistencia. Sin embargo la mayoría de comunidades rechazaron la propuesta y exigieron, de nuevo, la derogación del RDL 16/2012, que el PP volvió a tumbar. Habría que recordar que otra reunión del Consejo Interterritorial (diciembre de 2013), aprobó una resolución para “proporcionar el seguimiento en Atención Primaria de las personas excluidas con patologías graves” como el caso del inmigrante irregular que falleció de tuberculosis por un error de diagnóstico condicionado por su situación ilegal en España. Lo cierto es que no hay una concreción en cuanto a su plasmación legal: ni en el cómo ni en el cuándo

En resumen, el RDL, aunque no se está aplicando en una gran parte de su contenido, sigue en vigor, persistiendo como una “espada de Damocles” sobre el derecho de las personas a la atención sanitaria, por eso entendemos que es urgente su derogación y que es la única salida coherente en la situación actual.

4. LA FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE LAS NUEVAS INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS MEDIANTE LA COLABORACIÓN PÚBLICO PRIVADA INCREMENTAN EL GASTO SANITARIO, EL NIVEL DE ENDEUDAMIENTO Y FAVORECEN LA CORRUPCIÓN. MUCHOS DE ESTOS HOSPITALES TIENEN PROBLEMAS LEGALES Y LOS NUEVOS GOBIERNOS ESTUDIAN FÓRMULAS PARA RESCATARLOS

COMUNIDAD VALENCIANA

Fue la pionera en aplicar la gestión indirecta en los hospitales. Así el Hospital de Alzira, abrió sus puertas en 1999, convirtiéndose en el primer hospital público gestionado por un grupo de empresas por Concesión Administrativa, fórmula por la que la Administración paga a la concesionaria una cantidad anual por habitante adscritos a su área. Esta fórmula se ha aplicado también a

ocho hospitales cinco de ellos en Valencia (Torrevieja, Elche, Denia, Manises y Alzira) y cuatro de Madrid. Desde 2003 se les añadió a estos centros la gestión de la Atención Primaria del área. Desde el principio esta fórmula (presentada como la gran oportunidad para demostrar las ventajas de la gestión privada) tuvo problemas. La Concesionaria del Hospital de Alzira (Ribera Salud creada para tal efecto por el Gobierno Valenciano) sufrió pérdidas económicas durante los tres primeros años de funcionamiento. Para salvar este desastre (que suponía el fracaso del modelo de privatización de la sanidad valenciana ideado por Camps), la Consellería de Sanidad rescató la concesión anulando el contrato y pagando a la Concesionaria una indemnización 69 millones (25 millones por lucro cesante), se hizo cargo de las deudas y redactó un nuevo contrato que incrementó el pago por habitante en un 68% (de 225 a 379 euros, en la actualidad le paga 639), y le cedió el control de la Atención Primaria para controlar y seleccionar pacientes y patologías. Pese a este fracaso el gobierno valenciano volvió a utilizar este modelo para construir y financiar los nuevos hospitales de Torrevieja (2006), Dénia (2006), Manises (2009) y Vinalopó-Elche (2010).

Ribera Salud (la madre del llamado modelo Alzira) está actualmente controlada por la compañía estadounidense Centene Corporation especializada en asistencia a personas pobres (Medicaid), y por el Banco Sabadell que la compraron a precio de ganga a Bankia. Estas empresas se han hecho recientemente con el control total de las empresas que gestionan la sanidad pública en Torrevieja, Elche y Alzira, al comprar las participaciones de Asisa y Adeslas en las mismas. En el Hospital de Denia, gestionado por la multinacional DKV y Ribera Salud, la situación asistencial está muy deteriorada por el afán de lucro de estas multinacionales que han cerrado 37 camas y las urgencias en los centros de Atención Primaria dependientes del hospital lo que ha incrementado las listas de espera hasta situarlas a la cabeza de la Comunidad Valenciana, mientras que el Servicio de Urgencias sufre un colapso recurrente. Como el contrato CPP contempla que la empresa adjudicataria debe pagar a la Conselleria por cada paciente que traslada a hospitales públicos, esta obliga a los facultativos a dar altas prematuras a pacientes con enfermedades crónicas para evitar su traslado a centros hospitales públicos. Por otro lado los profesionales son obligados a trabajar más horas por menos salario, con contratos precarios que no ofrecen garantías de continuidad. La Junta de Personal ha denunciado deficiencias en la atención a pacientes con infarto, la coexistencia en la misma sala de recién nacidos sanos y sus madres con enfermos adultos, la ausencia de microbiólogos, o la desatención a enfermos críticos y recién operados. Esta primacía de intereses económicos y especulativos de la DKV-Ribera Salud por encima de los sanitarios y la falta de recursos, además de un deterioro de la calidad asistencial, supone un riesgo la salud de los pacientes.

Como consecuencia de todo esto ya ni el Partido Popular refrenda este tipo de gestión en Valencia. El propio Fabra (anterior presidente de la comunidad) anunció en la pasada campaña electoral que no pensaba renovar las concesiones de estos centros. Ahora el nuevo gobierno valenciano ha

prometido una auditoria del funcionamiento de los mismos y está estudiando fórmulas para revertir al sistema público estas concesiones privatizadas y se ha comprometido mientras tanto a controlar los servicios que se prestan, las derivaciones de pacientes a centros públicos y a no renovar la concesión de Alzira cuyo contrato expira en 2018. El fracaso del Modelo Alzira supone un serio golpe para la estrategia del Partido Popular de privatizar la sanidad valencia, madrileña y del resto del Estado. Nada volverá a ser como antes.

MADRID

Durante la presidencia de Esperanza Aguirre el PP la Comunidad de Madrid apostó por privatizar la sanidad utilizando diversas fórmulas: Fundaciones Sanitarias (Hospital de Alcorcón); Iniciativas de Financiación Privada-PFI (Hospitales Infanta Cristina, Infanta Leonor, Infanta Sofía, Henares, Tajo y Sureste) en los que las concesionarias privadas financian y gestionan los servicios no asistenciales y Concesión Sanitaria-Modelo Alzira (Hospitales de Valdemoro, Torrejón y el Rey Juan Carlos, de Móstoles y Villalba) en los que las empresas gestionan también los servicios asistenciales; mientras que la Fundación Jiménez Díaz ha pasado a hospital de referencia de un área poblacional a través de un concierto, aunque mantiene un área de atención a pacientes privados.

En todos los casos los costes se multiplicaron respecto de los de financiación y gestión pública directa. Construir los 6 Hospitales del modelo PFI (las concesionarias no gestionan los servicios asistenciales) junto al de Valdemoro (incluyen la gestión de servicios sanitarios y no sanitarios) supuso 701 millones de euros. Sin embargo tras pagar a las Concesionarias un canon anual de 158,2 millones durante 30 años, el coste final de acuerdo con el contrato inicial sería de 5.010 millones. Pese a ello estas empresas, una vez puestos en marcha los centros, exigieron más dinero, por lo que en el 2010 el gobierno de Madrid incrementó el canon de los hospitales, que supuso tener que pagar otros 1,9 millones de euros extras cada año (que el PP disfrazó como reequilibrio presupuestario). Por si fuera poco todos estos centros tienen graves problemas en sus estructuras, equipamiento y funcionamiento.

El intento de Ignacio González (sucesor de Esperanza Aguirre) de privatizar también la gestión asistencial de los hospitales PFI (Infanta Sofía, Infanta Leonor, Infanta Cristina, del Henares, del Sureste y del Tajo) fue paralizada cautelarmente por el Tribunal Superior de Justicia de Madrid por presunta vulneración de la legislación de contratos del estado, lo que supuso el abandono de este nuevo intento de privatización, la dimisión del Consejero de Sanidad, (Fernández Lasquetty) y la retirada de las empresas multinacionales elegidas (Ribera Salud, Sanitas e HIMA San Pablo).

La Comunidad de Madrid, lidera la privatización sanitaria mediante la aplicación de la colaboración Público Privada (en 2010 rescató a las empresas adjudicatarias de seis hospitales con 80 millones de euros) lo que aumentó su endeudamiento de 8.614 millones de euros en 2002 (cuando el PP asumió la

competencia sobre la sanidad), a 32.723 millones de euros en 2014 (casi cuatro veces más). En los presupuestos se han ido incrementando el dinero destinado a financiar estos centros privados en detrimento de los públicos (los presupuestos de Madrid solo han tenido recortes para los hospitales públicos: -16,09 en 2013, -7 % en 2014 y -1,09% en 2015, frente a aumentos para los centros privados: + 5%, +2%, y + 34,72% respectivamente en los mismos años)

CASTILLA LA MANCHA

Intento fallido de privatizar hospitales comarcales:

Tras la conquista del poder de Castilla la Mancha María Dolores de Cospedal (presidenta de dicha Comunidad y Secretaria General Nacional del PP) pretendió trasladar a la misma el modelo PFI a cuatro Hospitales comarcales. Unas de las primeras medidas anunciadas por la presidenta fue la privatización de los cuatro hospitales comarcales (Villarrobledo, Manzanares, Tomelloso y Almansa), que se extenderían posteriormente a los de Puertollano y Valdepeñas y a los centros de salud de sus áreas. Esta estrategia contaba con el apoyo interesado de Ribera Salud, Capio y grandes constructoras, con conflictos de intereses en el PP. Los enfrentamientos entre las empresas interesadas en el reparto del pastel, las movilizaciones sociales y profesionales, los pronunciamientos de algunos ayuntamientos afectados, las denuncias de sindicatos y partidos políticos, y la resolución judicial que paralizó el concurso de los hospitales madrileños, acabó con el proyecto. En el 2013 la propia Cospedal anunció la renuncia a privatizar los 4 hospitales comarcales poniendo como excusa la mejora en la gestión de los mismos y la reducción del déficit económico. Esta decisión entra en franca contradicción con el discurso del PP sobre las ventajas de la gestión privada..

Privatización del Nuevo Hospital de Toledo

Otra de las decisiones de Cospedal fue paralizar las obras de construcción del Nuevo Hospital de Toledo para lo que rescindió el contrato con la empresa constructora (el anterior gobierno socialista disponía de 475 millones de euros aportados por el Banco Europeo de Inversiones, la Comunidad Autónoma, la Empresa Publica 'Servicios Generales Hospitalarios' y un préstamo del BBV. La obra fue adjudicada, aplicando el Modelo PFI, a una Concesionaria liderada por Acciona, OHL y una filial de ACS/Dragados). El gobierno del PP castellano-manchego debería pagar a la misma un canon anual de 72 millones durante 30 años con una rentabilidad garantizada del 14% (el sueño de cualquier fondo de inversión). Las constructoras se beneficiarían además de grandes reducciones en los gastos (al permitirles introducir recortes en el edificio y en los servicios previstos) y de la cesión de la explotación de los servicios no asistenciales como limpieza, aparcamientos, cafetería, seguridad, alimentación, comunicaciones, etc. Este cambio de modelo suponía que finalmente el hospital sería más pequeño que el actual, con menos servicios para los pacientes y ponía en riesgo los empleos de 400 trabajadores, a pesar de que el

coste final sería 500 millones € superior al de financiación gestión pública. Posteriormente un juzgado de lo contencioso anuló la privatización del personal estatutario del nuevo hospital, que afectaba a un total de 307 trabajadores, dando la razón a un recurso del sindicato CCOO contra el pliego de condiciones del nuevo hospital que transfería a una empresa privada la «gestión funcional» de los mismos. El tribunal consideró que no es procedente la integración del personal estatutario fijo en una sociedad concesionaria, porque la empresa adjudicataria no cumple los requisitos que establece en esta materia la legislación vigente. Desde el cambio de gobierno regional todavía esta pendiente de concreción de la concesión que se había comprometido a paralizar.

ARAGON

El Proyecto de construcción y explotación del Nuevo Hospital de Alcañiz por el modelo PFI pretendía ceder a un grupo de empresas privadas o fondos de inversión (la concesionaria podía presentar una garantía mediante participaciones de fondos de inversión aunque estuvieran en paraísos fiscales) la construcción en terreno público de un hospital a gestionar por la UTE durante 20 años a cambio de un canon anual. El contrato no aseguraba la solvencia de la concesionaria (en los criterios de adjudicación el grado de compromiso de las entidades financiadoras se valoraba con 25 puntos sobre un total de 1.000 mientras que la penalización por incumplimientos era muy baja y el contrato no cumplía la Ley de contratos del Estado al carecer del informe que demuestre que el proyecto privado es más eficiente que hacerlo por financiación pública. El coste del hospital fijado inicialmente en 85 millones de euros sería finalmente de 451 (el canon anual se fijó en 22,5 millones) es decir 5 veces superior. El Ayuntamiento compró además 12 hectáreas de terreno para que la concesionaria explotara una funeraria y una floristería. El Gobierno del PP autorizaba, además, a la Concesionaria a realizar una primera rebaja de 110 millones de euros (sobre una estimación de un coste total de 561 millones) y a introducir recortes de hasta un 30% en la construcción por otros 135 millones. Tras numerosas movilizaciones convocadas por la Plataforma para la Defensa de la Sanidad Pública de Aragón, y la presentación de una denuncia ante el Juzgado Contencioso-Administrativo Número 2 de Zaragoza. Tras ella el Gobierno del PP de Aragón anunció el abandono del proyecto PFI, mientras que el Gobierno elegido en las pasadas elecciones municipales ha anunciado que el hospital será de financiación y gestión públicas.

ISLAS BALEARES

El Gobierno de Jaume Matas sacó a concurso la adjudicación de la construcción y gestión del Hospital de Son Espases mediante la fórmula de Colaboración Público Privada. A dicho concurso se presentaron seis empresas Sampol, Ferrovial, Dragados, OHL, Testa y Acciona. La Mesa de Contratación fallo como ganadora a OHL (cuya oferta fue la mejor valorada por una

consultora externa contratada por el Gobierno) pero la adjudicación quedó aplazada y posteriormente la misma Mesa de Contratación la adjudicó a la empresa Dragados, en base a dos nuevos dos nuevos informes elaborados por otra empresa privada. La reacción de la constructora OHL fue presentar un recurso contencioso administrativo contra este cambio en la adjudicación. En el juicio Aina Castillo (ex consellera de Sanidad de Jaume Matas y el anterior director gerente del Servicio Balear de Salud Sergio Bertrán,) ratificaron que Matas manipuló el concurso y que les advirtió de que habría "problemas políticos" si la concesión no recaía en manos de Dragados, perteneciente al grupo ACS. La querrela de la Fiscalía Anticorrupción incluye delitos de prevaricación, falsedad documental y fraude a la administración pública por las irregularidades que rodearon a la adjudicación del hospital que es una de las principales obras públicas impulsadas por el gobierno popular de Matas. Este proceso ejemplifica los problemas y corruptelas del modelo de privatización hospitalaria mediante la colaboración Público Privada, que prima los intereses económicos y políticos) de las empresas y administraciones) por encima de los sanitarios y de la población. El mismo Matas, en su afán por privatizar el sistema, intento en el año 2012 vender los edificios de los hospitales públicos de Inca y Manacor a empresas privadas especializadas en el negocio de la gestión hospitalaria, para alquilárselos posteriormente por un período de 30 años. Afortunadamente esta maniobra fue frustrada por los escándalos.

GALICIA

Núñez Feijoo nada más llegar al poder decido privatizar el Nuevo Hospital de Vigo cambiando el modelo de financiación pública, previsto por el gobierno del PSOE y BNG, por lo que suspendió un acuerdo del anterior Gobierno de la Xunta que lo asignaba a la Sociedade Pública de Inversión de Galicia. Este acuerdo de financiación pública del Nuevo Hospital fue sustituido por otro de Colaboración Público Privada (PFI). La obra se asignó a una Unión Temporal de Empresas liderada por Acciona, Bankia y Caja de Ahorros del Mediterráneo (en quiebra y rescatadas con dinero público). Posteriormente se introdujeron modificaciones el proyecto que redujeron los recursos contemplados en el contrato para abaratar la obra a la concesionaria, aunque esta percibiría íntegramente todo el canon de 72 millones de euros anuales. La Oficina Técnica de Seguimiento (OTS) del nuevo hospital de Vigo, destinada a controlar y supervisar la ejecución del contrato fue asignada a una empresa *Efficientia Clinical Management* constituida tres meses antes por una alta directiva del PP, que tiene la sede social en su domicilio particular y sin ninguna experiencia en control de obras. Esta empresa unipersonal, definió y redactó el Proyecto Definitivo de acuerdo con los intereses de la Concesionaria: Suprimió los módulos de docencia e investigación, el hotel de pacientes, el módulo de cuidados críticos, el Servicio de Laboratorio (para favorecer al nuevo Laboratorio Central de Galicia, cedido a una empresa suiza); recortó las camas de hospitalización en un 31.8% (de 1.450 a 850) , los quirófanos en un 31.4%, el Servicio de Urgencias en un 55.5% o las salas de Radiología en un 45.5%. Como consecuencia el Nuevo Hospital dejó de ser Centro de Referencia en

Servicios de Alta Tecnología y Especialización para 300.000 personas de la provincia de Pontevedra (que pasaron a depender de Santiago). Según un informe de los propios técnicos del SERGAS se han recortado drásticamente la calidad de la construcción con reducciones en el grosor y calidad de tabiques, techos, alicatados, ventanas, lavabos, equipamiento. Se han reducido las superficies previstas en el proyecto inicial en 11.883 m² de la superficie útil; 15.423 m² en la superficie construida y 16.173 m² en el aparcamiento y los accesos y en la urbanización de los espacios exteriores. Estos recortes supusieron un ahorro de 30 millones de euros (15.8% del total) para la Concesionaria. La Financiación privada de este centro supone que un hospital cuyo coste estaba previsto en 450 por financiación pública acabara costando más de 1.300 millones y quedará en manos de constructoras, multinacionales y fondos de inversión que buscan el lucro a costa de la calidad. Desde su apertura se han multiplicado los incidentes como caídas de techos de consultas sobre los pacientes, contaminación de quirófanos por aspergillus, inundaciones de las urgencias por aguas fecales, epidemias de roedores, paredes que no resisten el mobiliario, etc. Las deficiencias y el interés de la Concesionaria por obtener beneficios rápidamente están creando continuos problemas como son la suspensión de intervenciones quirúrgicas, limitaciones de acceso de pacientes y familiares por el elevado precio del aparcamiento, cobro por agua a los enfermos hospitalizados, menús inapropiados y de baja calidad, etc., y ha generado un clima de indignación ciudadana y profesional y que culminó en una manifestación de más de 200.000 personas (la tercera parte de la población del área) convocada por la Xunta de Personal y la Plataforma SOS Sanidade Pública con el apoyo de la mayoría de los ayuntamientos afectados. La Asociación Galega para a Defensa da Sanidade Pública ha presentado una denuncia ante la Comisión Europa por los incumplimiento de la legislación española y europea que regulan los hospitales de Colaboración Público Privada (ausencia de estudio de viabilidad previo o cambios en el contrato que hacen que la concesionaria no corra con los riesgos de construcción y financiación ya que finalmente ha sido la Xunta de Galicia quien se ha endeudado con el Banco Europeo de Inversiones y recurrido a entidades públicas como el FROB o el ICO para financiar un proyecto que según el contrato debería correr a riesgo y ventura de la concesionaria privada. Como consecuencia de este enorme fracaso político Núñez Feijoo que tuvo que cesar a su Conselleira de Sanidade mientras se suceden las huelgas y movilizaciones

CASTILLA Y LEÓN

La construcción del Nuevo Hospital Universitario de Burgos, licitado en 2006, fue adjudicada a la Concesionaria Eficanza integrada por compañías bancarias y empresas constructoras entre ellas la omnipresente OHL. El mayor accionista de la Concesionara es la empresa Urbanizaciones Burgalesas, adjudicataria también del proyecto de construcción del bulevar del barrio de Gamonal paralizado hace un año por la movilización ciudadana. El coste de la obra previsto en 243 millones de euros se incrementó a 529 millones en 2012,

lo que supone un sobrecoste de 286 millones, el doble de lo inicialmente estimado. Sin embargo como por contrato la administración deberá pagar a la Concesionaria un canon de 38 millones anuales durante 30 años, el hospital costará finalmente 1.140 millones a las arcas de la Consejería de Sanidad de Castilla y León. El aumento de los gastos inicialmente previstos ha condicionado que el canon del año 2013 ascendiera a 69 millones y a 71 millones en 2014, estando previsto un nuevo aumento para 2016 a 79 millones (de seguir así el coste total del centro podría superar los 2.000 millones €). En este desastre tiene mucho el que la supervisión de la obra se adjudicara a una sociedad mercantil privada. Los recortes han supuesto una reducción en las camas hospitalarias de la ciudad que han pasado de 934 a 861 (8% menos) y de más de 100 trabajadores) por lo que el nuevo hospital no ha solucionado los problemas sanitarios de la ciudad y condiciona que el nuevo centro tenga la lista de espera más elevada de toda Castilla y León. Finalmente las denuncias han obligado al Ministerio de Economía y a la Comisión Europea a abrir sendas investigaciones para conocer posibles irregularidades en la financiación del centro.

CANTABRIA

El anterior gobierno popular recurrió a colaboración privada para terminar la obra de remodelación del Hospital Valdecilla. El nuevo presidente de la Comunidad Autónoma (Miguel Angel Revilla) denunció durante la campaña electoral la "privatización encubierta" del centro y tras ganar las elecciones ha anunciado la apertura de un proceso de investigación para revertir el centro a la gestión pública.

5. RUPTURA DEL PACTO POR LA GESTIÓN CLINICA CON EL FORO DE LA PROFESIÓN (QUE REPRESENTA A LOS GRUPOS MÁS CORPORATIVOS) SUPONE EL FIN DEL INTENTO DE FRAGMENTAR Y PRIVATIZAR LOS SERVICIOS RECURRIENDO A LAS UNIADES DE GESTIÓN CLINICA

Con fecha 11 de febrero de 2013, se suscribió el Acuerdo Marco de colaboración entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) y el Foro de la Profesión Médica, constituido por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, la Federación de Sociedades Científicas la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina y el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina de Madrid, con el objeto de establecer y articular un espacio de colaboración. En función de ello se constituyeron tres grupos de trabajo para

acordar un Pacto por la Sanidad, medidas de mejora de Recursos Humanos y la introducción de la Gestión clínica. El Ministerio de Sanidad declaraba que su objetivo era impulsar las Unidades de Gestión Clínica como forma para mejorar la organización y reorientar la actividad de los centros sanitarios hacia los procesos asistenciales, garantizar la atención integral de los procesos y motivar a los médicos implicándolos en la gestión de los recursos, la realidad era bien distinta: El Ministerio pretendía conseguir el respaldo y complicidad de las organizaciones más corporativas y conservadoras para esta medida destinada a fragmentar los hospitales en múltiples empresas, acogidas al modelo de gestión privada, controladas por las gerencias, dotadas de un presupuesto propio, y de personal laboralizado (se modificó para ello el Estatuto del personal).

El denominado *Foro de la Profesión* (integrado por colegios profesionales, sociedades científicas con importantes lazos con la industria farmacéutica) pretendía ganar poder y capacidad para alcanzar intereses particulares aprovechando el aislamiento del Ministerio cuya política de recortes y privatizaciones era rechazada por la gran mayoría los trabajadores sanitarios y la población. Tras meses de tiras y aflojas finalmente el pasado 8 de octubre el Foro de la Profesión anunció el rompimiento de las relaciones con el Ministerio de Sanidad, ante el incumplimiento del acuerdo-marco firmado por ambos organismos en 2013, y realizaron una concentración de protesta el 21 de octubre ante el Ministerio de Sanidad. En resumen el intento de privatizar los servicios sanitarios mediante la introducción de la Unidades de Gestión Clínica también parece estar fracasando.

6. FRACASO DE LA POLÍTICA DE PERSONAL. LA REBELION DE LOS PROFESIONALES Y TRABAJADORES SANITARIOS

La política de personal de este gobierno se ha basado en recortar plantillas (55.000 plazas en el sistema), reducir sueldos (un recorte en torno al 20% o la eliminación de las pagas extraordinarias), quitar días de descanso, eliminar la carrera profesional, paralizar las ofertas de empleo público (OPES) en Hospitales y Centros de Salud; precarizar las condiciones laborales (más del 40% del personal no tiene plaza fija, mientras y proliferan los contratos por días e incluso horas); e incumplir los acuerdos de incremento de las plantillas de los centros de Atención Primaria recogidas en los acuerdos de la Estrategia AP21. Esta situación, que afecta especialmente a la gente más joven que ve frustrado su futuro tras el enorme esfuerzo que supone de seis años de estudios de pregrado y 4-5 de especialización por vía MIR (suponen además miles de euros para las arcas pública) es el resultado de una estrategia de recortar gasto sanitario a costa del capítulo de personal (40% del presupuesto sanitario) y de debilitar al sistema público para abrir espacios a la privatización. Una política de personal basada en la precarización laboral de los trabajadores solo

puede redundar en al deterioro de la calidad del sistema público que perderá prestigio y favorecerá su privatización. El fracaso de esta política lo muestra el malestar profesional en todos los estamentos del sistema y la huida al extranjero (10.300 médicos o 6.500 enfermeras a principios de 2015). Hasta el sindicato corporativo CESM (cuya cúpula es cercana al gobierno) denuncia que la situación sanitaria está bajo mínimos, con listas de espera ocultas, profesionales desmotivados, escasez de recursos, nombramientos a dedo, ausencia de reposición del material o la amortización de las plazas de médicos jubilados obligatoriamente (en muchos casos contra su voluntad) a los 65 años, motivo por el que anuncia movilizaciones y huelgas.

7. FRACASO DE LA POLÍTICA DE CONTROL Y REDUCCION DEL GASTO FARMACEUTICO. HASTA LA COMISION EUROPEA DESCONFIA DE LA MISMA.

Uno de los principales argumentos utilizados por el gobierno para demostrar el éxito de su política sanitaria ha sido el control del crecimiento del gasto farmacéutico público. Este crecimiento alcanzó el 24,4% entre el 2005 y 2009, tendencia que se rompió en 2010 con una reducción del 2,38%, que se mantuvo hasta el 2014. Desde esa fecha ha vuelto a crecer el gasto farmacéutico total y por habitante en todas las Comunidades Autónomas (tendencia que se mantiene el primer semestre de este año). El gasto público en recetas pasó de 9.183 millones (2013) a 9.362 (2014), mientras que el gasto farmacéutico hospitalario ha experimentado un importante crecimiento (7,2%) pasando de 4.380 millones en 2010 a 4.746 en 2014. La mayor parte de esta reducción es atribuible a la promoción de los medicamentos genéricos y a la política de precios de referencia. Sin embargo la falta de voluntad para controlar la presión de la industria farmacéutica sobre los médicos prescriptores y de una estrategia para mejorar la formación de los mismos en farmacoterapia, explica el repunte de este gasto. La ausencia de una política farmacéutica integral y coordinada genera grandes e irracionales diferencias en el gasto farmacéutico entre CCAA.: En el año 2014 el gasto farmacéutico por habitante en Extremadura, Galicia, Asturias y Valencia fue de 269€, 248€, 239€ y 223€, frente a los 161€, 166€ y 181€ Baleares, Madrid y Cataluña. Por otro lado la imposición del copago por recetas a los pensionistas ha incrementado las desigualdades, especialmente en las personas mayores de menor renta: El gasto privado por habitante en productos farmacéuticos, aparatos y equipos médicos en España creció un 1% en 2014 (alcanzando los 159,23 euros) siendo las personas solas mayores de 65 o más años, los que más gastan en medicamentos y otros productos farmacéuticos con 346,04€ per capita de gasto al año en 2014 (el doble que la media). Un estudio de la FADSP demostró que la entrada en vigor del copago supuso que el 20% de los pensionistas no pudieron retirar de las farmacias los medicamentos que les prescribió en consulta.

El gasto farmacéutico hospitalario es objeto de ocultación sistemática por parte de las administraciones sanitarias. No obstante se conoce que en los primeros

8 meses de 2015 el gasto hospitalario en farmacia ha presentado un aumento del 23,2%, lo que hace que el gasto farmacéutico total se haya aumentado en este periodo en el 9,8%.

El fracaso de la política farmacéutica del Gobierno de Rajoy se evidencian (además de en el repunte del crecimiento del gasto, la irracional y las desigualdades), en que la Comisión Europea no se cree los cálculos del Gobierno para lograr los objetivos del déficit para 2015 y 2016, en ahorro farmacéutico de los Presupuestos Generales del Estado para este año. El Comisario Europeo de Asuntos Económicos y Financieros señaló recientemente que “los incentivos y las medidas para conseguir el ahorro farmacéutico no han sido completados ni los gobiernos autonómico los han suscrito, por lo que el gasto en farmacia va a mantener su tendencia irracional y alcista”.

8. LOS RECORTES Y LA MALA GESTION DEL PERSONAL HAN INCREMENTADO UNAS LISTAS DE ESPERA QUE YA ERAN INACEPTABLES CUANDO EL PP LLEGO AL PODER

Los recortes presupuestarios, la reducción de personal sanitario en 55.000 personas; el cierre de la actividad de los hospitales por las tardes, han pasado una abultada factura a las listas de espera. El tiempo de espera para ser operado supera el medio millón de habitantes a finales del 2014, lo que supone 52.388 personas más (un 10%) que cuando el PP llegó al poder en el año 2011. En estos cuatro años el tiempo de espera quirúrgico se ha disparado de 73 a 87 días, es decir 14 días más (16%) que al inicio de la legislatura. Los pacientes que aguardan más de seis meses para ser operados siguen superando el 9% del total algo escandaloso para personas que necesitan ser operadas. Hay que tener en cuenta que estas cifras son solo de la lista de espera estructural, dado que miles de pacientes se acumulan en las listas no estructurales, con las que la administración sanitaria del PP pretende disfrazar la realidad. También los pacientes que aguardan cita con especialista han aumentado pasando de una espera media de 58 a 65 días es decir una semana más (12%), al igual que el porcentaje de los que espera más de dos meses para ser atendidos. En este incremento ha tenido una especial relevancia el cierre de consultas, quirófanos y servicios diagnósticos de los hospitales públicos por las tardes y la supresión de las horas extra que hacían los trabajadores sanitarios para aliviar las listas de espera (peonadas). Las reducciones de profesionales y de medios, sin políticas de aumento de la productividad con incentivos adecuados, explican este desastre asistencial que está pagando las personas enfermas.

9. EL DESMANTELAMIENTO DE LA SALUD PÚBLICA PONEN EN RIESGO LA SALUD DE LA CIUDADANIA FRENTE A LAS EPIDEMIAS LIGADAS A LA GLOBALIZACIÓN

Esperanza Aguirre, y el Consejero de Sanidad, Juan José Güemes, eliminaron la Dirección General de Salud Pública y Alimentación y el Instituto de Salud Pública en el año 2008 fragmentando, dispersando y descoordinado sus competencias en por varias Direcciones Generales de la Consejería de Sanidad. Esta decisión se adoptó atendiendo a criterios de la ideología neoliberal y de ahorro, sin una evaluación previa y con el objetivo de avanzar en el desmantelamiento de la sanidad pública. La supresión de este organismo fragmentó actividades esenciales para la salud como la vigilancia de la potabilidad del agua, la seguridad alimentaria, el control sanitario de mataderos, los calendarios vacunales, la vigilancia de la salud de los trabajadores y trabajadoras en la Comunidad de Madrid, la vigilancia y el control de las epidemias y la realización de campañas para informar y sensibilizar a la población acerca de los riesgos para la salud, etc., en coordinación los servicios asistenciales.

El gobierno madrileño suprimió esta Dirección General pese a las amenazas para la salud como la epidemia de “las vacas locas”, las “dioxinas de la carne de los pollos belgas”, la legionella o los casos de meningitis, que se afrontaron eficazmente gracias a una intervención coordinada de este organismo público que integraba y centralizaba las competencias en salud pública. La OMS lleva años alertando sobre el aumento de las probabilidades de la irrupción de pandemias, favorecidas por la globalización y el cambio climático. Esta decisión se incardina en una estrategia del PP de degradar y acabar con las políticas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud dentro de nuestro sistema de salud, en particular, y de las políticas publicas, incompatible con el mercado y la competencia y que responden a un modelo en el que la salud deja de ser un derecho para trasformase en una mercancía. Para remendar el tremendo fracaso de esta política el nuevo gobierno de Cristina Cifuentes a vuelto a crear la Dirección General de Salud Pública (Decreto 72/2015, de 7 de julio) aunque en su afán de recorte de gasto le ha hecho incorporar a la misma a la Agencia Antidroga, pese a la importancia creciente de este problema de salud.

Paralelamente al desmantelamiento de la Sanidad Pública Madrileña (con la complicidad del Ministerio de Sanidad) la Comunidad de Madrid y con el objetivo de ahorrar gasto, cerró el Hospital Carlos III destinado al control y tratamiento de epidemias y enfermedades transmisibles y emergentes, que contaba con recursos, laboratorios de Microbiología y Parasitología y personal con una gran experiencia. Este hospital era el centro de referencia de enfermedades emergentes e importadas como el ántrax, del SARS, la gripe aviar, la gripe pandémica, el cólera, el Ébola, la tuberculosis multirresistente, la rabia etc., y para formar al personal sanitario del sistema público. La grave alarma suscitada por la epidemia del Ebola mostró que este cierre había dejado al país sin recursos necesarios para atender a enfermos con elevados riesgos de contagio de enfermedades que la globalización disemina por todo el mundo.

En noviembre del 2014 el grupo parlamentario del PP rechazó en las Cortes una proposición no de ley que instaba al Gobierno a recuperar el Hospital Carlos III de Madrid como Centro de Referencia Nacional en enfermedades infecciosas, tropicales y de carácter epidémico y a garantizar la coordinación necesaria con los centros de epidemiología, medicina tropical y microbiología del Instituto de Investigación Carlos III, de la Escuela Nacional de Sanidad y su dependencia del Ministerio de Sanidad. Un mes después el Consejo de Ministros ha vuelto a rectificar su errática política al acordar iniciar las obras del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla de Madrid para adecuar una sola planta a la atención y tratamiento de enfermedades infecciosas como el Ébola, lo que supone un parche, con un gran sobrecoste, para afrontar los enormes riesgos que suponen las enfermedades infecciosas.

Por otro lado la Ley General de Salud Pública (23/2011) continúa sin desarrollar en todos sus aspectos principales.

10. PROPUESTAS DE LA FADSP

Tal y como se ha expuesto la política del PP en estos últimos cuatro años ha supuesto una agresión sin precedentes a la Sanidad Pública que era un orgullo de nuestro país y un referente a nivel internacional. Es necesaria una profunda rectificación de esta política para lo que es necesario un cambio en el gobierno y la adopción de medidas que antepongan el derecho a la salud de las personas por delante de los recortes y los intereses económicos de las empresas. Desde la FADSP entendemos que recuperar la calidad de nuestro sistema sanitario y devolverle el alto aprecio que le merece a los ciudadanos pasa por, entre otras, las siguientes medidas:

1. Cambios legislativos

- Modificar la Constitución española para incorporar los derechos a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria en la sección primera o segunda del Capítulo 2.
- Derogar el RD Ley 16/2012 y recuperar el derecho a la asistencia sanitaria para inmigrantes y colectivos de ciudadanía española hasta ahora excluidos (Universalizar el derecho a la asistencia sanitaria), eliminando los copagos que estableció.
- Suprimir a efectos sanitarios las Mutualidades de Funcionarios (MUFACE, MUGEJU, ISFAS), integrándolas en el Sistema Nacional de Salud (SNS)
- Reformar la Ley General de Sanidad (LGS) para establecer los contenidos y las condiciones básicas para prestar en España una asistencia sanitaria universal, accesible, amplia y pública
- Derogar la Ley 15/97 y el artículo 90 de la LGS para poder revertir al sistema sanitario público los centros y servicios privatizados y garantizar por ley la provisión sanitaria pública en el SNS
- Incluir la salud laboral en el sistema sanitario público

- Garantizar el cumplimiento de leyes actualmente en vigor como Ley 33/2011, General de Salud Pública, la Ley 17/2011, de 5 de de seguridad alimentaria y nutrición, la ley de incompatibilidades, etc

2. Mejoras en la financiación

- Incrementar la financiación un punto más del PIB, para aproximarnos al promedio de los países europeos
- Separar la financiación a la sanidad de la financiación destinada a otras competencias (financiación sanitaria finalista)
- Reforzar los fondos de cohesión entre CCAA; garantizar su distribución en función del cumplimiento de objetivos básicos del SNS, garantes de la universalidad y la igualdad de la atención sanitaria
- No implantar nuevos copagos o tasas
- Eliminar las desgravaciones fiscales por la contratación de seguros de asistencia sanitaria privada, tanto de las empresas como de particulares
- Potenciar la Agencia Única de Compras
- Favorecer las medidas destinadas a mejorar la prescripción farmacéutica y los excesos en el consumo de medicamentos (reducir el gasto farmacéutico).

3. Mejorar los mecanismos de coordinación para gobernar el SNS

- Toda la población española tendrá derecho a la asistencia sanitaria y constituirá una base de datos única, custodiada por el Ministerio de Sanidad
- Un documento único, válido para toda España, interoperable en todas las CCAA, acreditará el derecho a la asistencia sanitaria (tarjeta sanitaria única)
- Establecer las competencias del Estado y de las CCAA en todas las materias asistenciales y de salud pública
- El Consejo Interterritorial de Sanidad deberá tener un papel determinante en la planificación sanitaria, en las políticas de personal, en el reconocimiento de las prestaciones asistenciales básicas y en la redistribución de la financiación
- Aprobación del Plan Integrado de Salud
- Articular y potenciar los centros de referencia supracomunitarios.

4. Incrementar la eficacia de los servicios sanitarios

- Garantizar el carácter público de los servicios sanitarios (titularidad, financiación y gestión). Los recursos privados tendrán un carácter complementario
- Las innovaciones de gestión , como la gestión clínica u otras, deberán respetar la integración de los centros del SNS, evitando su fragmentación.
- La presupuestación y gestión de los centros del SNS (también los

centros concertados o privados) estarán sometidos a un sistema unificado de información

- Incrementar la capacidad resolutoria de la atención primaria y favorecer la utilización a pleno rendimiento de los hospitales
- Crear una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del SNS, con gestión pública y libre de conflictos de intereses.
- Las Administraciones Públicas evitarán acuerdos con la industria farmacéutica que supongan compromisos de gasto por parte del SNS
- Profesionalizar la gestión. Desvincular la gestión de los ciclos políticos.

5. Desarrollar una política de personal sanitario motivadora

- Recuperar las dotaciones de personal previa a los recortes para optimizar el funcionamiento de centros cerrados y de camas eliminadas
- Promover la estabilidad en el empleo y las remuneraciones justas
- Favorecer el desarrollo de las carreras profesionales y la variedad en los itinerarios de dedicación y en los tipos de incentivos
- Mejorar la formación postgraduada, dotandola de presupuestos suficientes
- Incorporar a la universidad la Atención Familiar y Comunitaria.
- Plan de docencia e investigación gestionado desde el SNS, independiente de la industria

6. Favorecer la transparencia y la participación en la gestión del SNS

- Establecer un Sistema de Información Sanitaria con indicadores homogéneos en todos los servicios de salud y en todas las CCAA, sensible para detectar cambios y discrecional en su recogida y publicidad
- Devolver la gestión de la historia clínica electrónica al sistema sanitario público.
- Hacer pública la evolución de las listas de espera, de forma continuada, obtenidas con criterios homogéneos en todas las CCAA y servicios que prestan asistencia sanitaria al SNS, según criterios de prioridad asistenciales y eliminando listas ocultas de pacientes
- Desarrollar órganos de participación y control social y profesional. Dotar a los centros sanitarios de órganos de gobierno donde participen representantes de la población, y de una Junta Asistencial colegiada y deliberante
- Incluir las líneas básicas de una estrategia de Promoción de la Salud: intervenir y modificar los determinantes sociales a través de la participación ciudadana y la ampliación de la democracia institucional
- Proporcionar recursos públicos para la I + D, independientes de las multinacionales farmacéuticas y tecnológicas. Poner mayor énfasis en el control, en las relaciones y en las alternativas al actual modelo de industrialización del sector.

La supervivencia del Sistema Sanitario Público exige revisar - y rectificar - determinadas tendencias hegemónicas de los últimos años. El Gobierno que salga de las próximas elecciones puede que necesite pactos para gobernar. En la FADSP pensamos que son prioritarios los acuerdos para mejorar la Sanidad Pública y las políticas sociales como instrumentos necesarios para reducir las desigualdades. Pensamos que se deben promover políticas públicas como las que hemos sugerido para combatir la acumulación y el individualismo y para favorecer la redistribución de la riqueza, la solidaridad y la salud de la población.

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Octubre de 2015