

El neoliberalismo lleva años intentando privatizar la sanidad con el apoyo de organismos internacionales como el Banco Mundial (la negociación de la OMC y la UE para liberalizar los servicios públicos pretende eliminar los servicios sanitarios públicos para facilitar la implantación del sector privado en la sanidad, introducir la competencia entre proveedores y la libre circulación de empresas sanitarias), la Organización Mundial del Comercio (incluso los órganos rectores de la Unión Europea (el Tratado de Maastricht que limitó la capacidad de endeudamiento los países de la Unión Europea para construir nuevas infraestructuras sanitarias, pero con la trampa de no contabilizar como tal el contraído por empresas públicas acogidas a gestión privada o por servicios contratados con empresas privadas).

La aplicación de estas políticas en Europa ha hecho que la privatización sanitaria haya avanzado mucho, especialmente en España donde la Comisión Abril propuso hace algunos años un conjunto de medidas, que, aunque no fueron aprobadas en su globalidad, se han ido aplicando de manera gradual y solapada.

Entre las medidas que más han contribuido a la privatización de la sanidad destacan: la fragmentación del sistema en una parte que financia y otra que compra (necesarias para crear un mercado interno), desgravaciones fiscales a los seguros complementarios de empresa; creación de empresas para la gestión de hospitales (Fundaciones Sanitarias, Consorcios, Concesiones Administrativas, Sociedades Anónimas, etc.); participación privada en la construcción de infraestructuras sanitarias (Concesiones de Obra o Contratos de Colaboración Público-Privada-PFI); creación de cooperativas para gestionar la atención primaria (EBAS en Cataluña); cesión de la asistencia hospitalaria de algunas áreas a centros privados (Alcira en

Valencia, Valdemoro en Madrid o POVISA en Vigo), integración de servicios de AP en estas áreas (Valencia y probablemente próximamente Madrid); incremento de la concertación y subcontratación de servicios con el sector privado, mantenimiento y potenciación de la asistencia a colectivos de funcionarios públicos por aseguradoras privadas.

Gracias a estas políticas, la sanidad privada en España ha experimentado un importante crecimiento en los últimos 25 años, pasando del 19% en 1980 al 29% en 2006. La privatización ha sido más intensa en nuestro país que el resto de la Europa desarrollada ya que el diferencial en cuanto al gasto privado respecto de la media europea entre 1990 y 2001 se incrementó en 21 puntos el público, mientras que el privado descendió en 6 puntos.

La gestión privada se rige por el criterio de conseguir el mayor beneficio económico, lo que determina que las empresas intentan a toda costa reducir sus costos: bien seleccionando pacientes y rechazando los más costosos o bien intentando aminorar sus costes de producción: reduciendo plantillas, incrementando horarios de trabajo del personal, restringiendo sus sueldos y limitando la actividad asistencial y las pruebas diagnósticas que encarecen los procesos asistenciales.

La privatización sanitaria está teniendo importantes consecuencias para la organización y funcionamiento del sistema sanitario, los recursos disponibles (el coste de los nuevos hospitales en Madrid es 5 veces superior al del modelo tradicional), la calidad de la asistencia a los ciudadanos y la situación de los profesionales sanitarios.

Para los sanitarios, las áreas más afectadas por este proceso son las relacionadas con las condiciones de trabajo, la estabilidad y seguridad en el empleo, el desarrollo profesional y la autonomía profesional.

A lo largo de estos años se ha ido acumulando una información que pone en evidencia las consecuencias que estos procesos de privatización tienen para los profesionales sanitarios:

1. PEORES CONDICIONES LABORALES

- La situación laboral de los profesionales que trabajan en las mutuas privadas concertadas con la sanidad pública son mucho peores que en la sanidad pública y en algunos casos rozan la indefensión (la ausencia de contratos por escrito, de reconocimiento de la especialidad o de actualización de honorarios han suscitado reiterados conflictos). En Cataluña los trabajadores de la Red Concertada trabajan más horas y sus empresas pueden aplicarles criterios de movilidad y de delegación de funciones.
- La contratación del personal en los centros privados o acogidos al modelo de gestión privada se realiza en régimen de labolarización, lo que facilita su despido, sus contratos se adjudican a dedo, trabajan más horas y sufren mayor precariedad.
- En las Fundaciones y otras empresas de gestión privada los profesionales y trabajadores no tienen reconocido el tiempo trabajado como mérito para acceder a otras plazas, no tienen derecho de traslado a centros públicos, ni siquiera a otras Fundaciones.
- Disfrutan de menos derechos en días de vacaciones o en incapacidad temporal por enfermedad.

2. MENORES PLANTILLAS

- Las *Fundaciones Sanitarias* tienen un 28,3% menos médicos por habitante, un 40,7% menos de enfermeras, un 68,4% en personal no sanitario y un 43,8% en el personal total que los centros públicos de características similares.
- En los nuevos hospitales de Madrid, construidos por

el modelo de *Colaboración Público-Privada o concesión de obra pública (PFI)* las plantillas de médicos y de enfermería son un 55% y un 71% inferiores respectivamente que las de hospitales públicos de similares características. En el caso del personal no sanitario las reducciones de plantillas han llegado al 50%, a lo que habría que añadir que la contratación, despidos, salarios y condiciones laborales del personal no sanitario han quedado en manos de la parte privada de los centros.

3. RIESGOS DE MALA PRAXIS

Como consecuencia de la reducción de plantillas, las cargas de trabajo que soportan los profesionales sanitarios son mucho mayores que en la pública: En Cataluña, los trabajadores de la Red Concertada trabajan más horas y están sometidos a los criterios de movilidad y de delegación de funciones que las empresas les quieran aplicar. En las Fundaciones la escasez de personal obliga a los facultativos y al resto de categorías a realizar más guardias y horas de presencia física.

Numerosas publicaciones demuestran que la reducción de plantillas del personal médico o de enfermería incrementan el riesgo de errores, de denuncias judiciales por mala práctica y de sufrir accidentes laborales (según una reciente publicación del Consejo Internacional de Enfermería, las reducciones de plantillas en enfermería se asocian a incrementos en la mortalidad de hasta un 31% y de riesgos laborales de lesiones por agujas).

4. ARBITRARIEDAD EN LAS CONTRATACIONES ■

La contratación en las empresas privadas (aseguradoras, fundaciones y otras formas de gestión privada) no está sometida a la legislación pública que garantiza que se haga atendiendo a criterios de igualdad, mérito y capacidad, lo que da origen a arbitrariedad y clientelismo por parte de los órganos de dirección (como reflejan, por ejemplo, los sucesivos informes sobre las Fundaciones Sanitarias y MED-TEC del Consello de Contas de Galicia).

En las Fundaciones la adjudicación de plazas se decide por la gerencia y el único instrumento para la selección es la entrevista personal.

En los nuevos hospitales PFI de Madrid esta se realiza directamente por los consejos de administración. Las adjudicaciones de las Jefaturas de Servicio, Sección y Unidad en las PFI de Madrid se han hecho a *dedo* sin respetar la legislación vigente y sin convocar tribunales ni respetar los baremos existentes.

5. PEORES RETRIBUCIONES ■

– Las condiciones salariales de los profesionales al servicio de las aseguradoras son mucho peores que las del sistema sanitario público, se mantienen fijas durante años y generan malestar y frustración como muestra que la mayoría de las plantillas consideren sus honorarios como insuficientes y recurrentemente generen situaciones conflictivas.

En Cataluña los médicos de AP que trabajan en la Red de Utilización Pública perciben entre 3.000 y 8.000 euros menos al año que los de la red pública del Instituto Catalán de la Salud. En el Reino Unido las enfermeras de los PFI gana 17.500 libras anuales, frente a las 26.000 de los hospitales públicos tradicionales, mientras que las reducciones salariales del personal no sanitario no público de las mismas alcanzan el 40%.

6. LIMITACIÓN DE LA LIBERTAD DE DECISIÓN CLÍNICA ■

La gestión privada tiene como objetivo fundamental conseguir una buena cuenta de resultados económicos, a costa de reducir gastos. Estas empresas otorgan un gran poder de decisión a sus gestores, lo que unido a la inestabilidad laboral de los profesionales hace que éstos tengan condicionada su libertad de decisión diagnóstica y terapéutica.

En las Fundaciones, el componente salarial variable es un 30% superior al del modelo tradicional, lo que facilita a las gerencias orientar la actividad profesional a una mayor productividad y a poner los objetivos económicos de la empresa por encima de los asistenciales. Esto podría explicar por qué los procedimientos utilizados en los procesos diagnósticos y terapéuticos de los pacientes en algunas de las Fundaciones son un 61% inferiores a los de los hospitales tradicionales de similares características. De la misma manera, las HMO americanas condicionan la capacidad de decisión de sus médicos (prescripciones, hospitalización, exámenes de salud, interconsultas con especialistas, etcétera) para reducir y controlar los costes de producción.

7. MENORES DERECHOS SINDICALES ■

Dividir a los trabajadores reduce su capacidad de respuesta laboral global y favorece el avance de los procesos de privatización. Los derechos sindicales en las empresas privadas y en las públicas de gestión privada son inferiores a los del sector público.

En el Reino Unido, el personal femenino de algunos hospitales PFI percibe salarios inferiores al de los hombres, rompiendo con la política de igualdad y no discriminación.

8. MAYOR INSATISFACCIÓN LABORAL ■

En diferentes encuestas realizadas a los trabajadores de las Fundaciones, la gran mayoría se muestra insatisfecho con los incentivos y premios recibidos, con las oportunidades de promoción y ascenso, con los salarios y con el reconocimiento de su trabajo por la empresa. En muchos de estos centros el Síndrome de Burn-out por sobrecarga de trabajo afecta a buena parte de sus plantillas.

En resumen, la privatización supone para los profesionales:

- Precariedad laboral.
- Menos plazas y posibilidades de trabajo.
- Incremento de riesgos de mala praxis.
- Contrataciones arbitrarias y clientelismo.
- Reducciones salariales.
- Condicionamiento de la libertad de decisión clínica.
- Restricciones sindicales.
- Mayores cargas y ritmos de trabajo.
- Aumento importante de estrés e insatisfacción laboral.

PARA DEFENDER EL DERECHO A LA SALUD CONTRA LAS PRIVATIZACIONES

- POR EL DERECHO DE LOS CIUDADANOS A UNA ATENCIÓN SANITARIA DE CALIDAD.
- POR LOS DERECHOS LABORALES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.
- POR LA CALIDAD Y LA EXCELENCIA DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL.

MOVILÍZATE EN DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA

LA PRIVATIZACIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA

Consecuencias para los profesionales sanitarios



Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid
Tel. 91 333 901 87 Fax 91 437 75 06
E-mail: fadspu@gmail.com www.fadsp.org