

OSASUNGINTZA PUBLIKOAREN ALDE

Por un sistema de salud público



2011ko urriaren 14a, Jesuiten ikastetxea (Bilbo)
14 de octubre de 2011, Colegio Jesuitas (Bilbao)

Egitaraua/Programa

09:30.- Aurkezpena/Presentación

09:50.- Egoera ren ekonomikoaren azterketa (Adolfo Muñoz, "Txiki" ELAko Idazkari Nagusia)

10:20.- Osasungintzari buruzko txostena Sanidad (Mikel Noval, ELAko Gizarte Politika arduraduna)

10:45.- Eztabaida/Debate

11:00.- Atsedena/Descanso

11:30.- Privatización de la Sanidad Pública (CASmadrid)

12:00.- Por un sistema de salud público de calidad (Plataforma Matusalén)

12:30.- Eztabaida/Debate

Moderatzailea/Moderador: Jone Olariaga, ELAko Osakidetzako arduraduna

Hego EHko osasun publikoaren inguruko txostena

ELAko Azterketa bulegoa

Azterketak 19, 2010eko urtarrila

Osasun-sistema publiko egokia izatea garrantzi handikoa da herritar gehienentzat, bereziki langileriarentzat eta kolektiborik erdeinatuenentzat. Hego Euskal Herrian egiten ari diren politika kapitalistek, aitzitik, baliabide publiko gutxi bideratzen dituzte xede horretara, eta, ondorioz, osasun publikoa narriatuz doa. Atal honetan, azpikontratazio- eta pribatizazio-politikek protagonismo berezia hartzen dute. Iruñeko eta Gasteizko gobernuek osasun-sistema publikoaren alde egiten duten inbertsio eskasak osasun pribatuari estaldura ematea eta bera sustatzea dakar.

Sistema publikoaren gabeziak osasun-enpresa pribatuekiko hitzarmenen bidez estaltzea ohiko jardunbidea da, enpresa horiek arlo publikoak betetzen ez dituen hutsuneak estal ditzaten, edo itxarote-zerrendak murriztearren. Era horretan, osasuna medio negozioa egiteko aukera ematen zaie enpresa pribatuei.

PROPUESTAS

1. AUMENTAR EL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD

a) Equipararnos a la media de la OCDE

Pese a la numerosa propaganda que se hace, lo cierto es que tanto Navarra como la CAPV se encuentran en último lugar en el gasto público destinado a salud, si comparamos con el resto de estados miembros de la OCDE.

[...]Esto es cuestión de voluntad política nada más, puesto que para aumentar el presupuesto, los gobiernos tienen muchos recursos, ya sea aumentando la presión fiscal, eliminando el fraude fiscal, y en definitiva desarrollando una fiscalidad que recaude más de quienes más tienen (rentas de capital, rentas altas, empresas...).

b) Un aumento de los recursos humanos y materiales

Los datos nos permiten constatar un aumento de la actividad, a la vez que ha disminuido la estancia media. Esta realidad se une a la enorme temporalidad existente, que refleja la deficiencia de la plantilla para hacer frente a todas las necesidades. [...]

Por tanto, ELA reclama un fuerte incremento de los recursos humanos y materiales en el sistema sanitario público, para que hagan posible una mejora en la calidad del servicio.

c) Ampliar las coberturas de la sanidad pública

En la actualidad existen necesidades de primer orden que no están cubiertas por la red pública sanitaria. La salud mental, los cuidados paliativos o las enfermedades psicosociales se contemplan de manera muy precaria y el cuidado de quienes se ven afectados recae básicamente en las familias. Del mismo modo, las enfermedades de la vejez sólo se contemplan como una gran bolsa de negocio para el sector privado, no hay geriatras en la red pública, por lo que estas necesidades básicas no se cubren desde la sanidad pública. La salud buco-dental y la oftalmología son otras necesidades no cubiertas. Ello hace que la población que pueda permitirse se vea obligada a acudir a centros privados, quedando parte de la población sin poder hacerlo. En Navarra no se ofrece la posibilidad de abortar en ningún centro público. [...]

d) Que se garantice una atención médica en los núcleos rurales

Existen numerosos núcleos rurales en la geografía de HEH en los que no se da ninguna atención médica, y quienes residen en ellos deben trasladarse largas distancias para recibir hasta el más básico de los servicios.

2. POTENCIACIÓN DE LA RED PÚBLICA

a) Fomento de la red pública sanitaria

El fomento de la red pública sanitaria prima únicamente el objetivo de dar un servicio igualitario para toda la sociedad y de calidad. Sin embargo, el sistema privado o concertado, parte de la idea de obtener el máximo beneficio económico posible, lo cual implica mercantilizar la sanidad. Esto es ya motivo suficiente para exigir que los recursos públicos se destinen en su totalidad a mejorar la red pública, para lograr un sistema integral de sanidad que sea de calidad. [...]

b) Información y recorte de la concertación

La contención que se hace en el sector público, conlleva que éste no pueda asumir toda la carga sanitaria.

De esta forma, se crea la obligación de crear conciertos y contratos asistenciales con entidades sanitarias privadas para dar salida a todas aquellas personas que no se les puede dar cobertura en el sector público. Claro ejemplo de este proceder es lo que sucede con la reducción de las listas de

espera. Se marcan unos plazos de garantía (son plazos antes de los cuales se debe dar la atención médica), y así se crea la obligación de derivar todo el exceso que no se pueda atender en esos plazos a centros privados. Con esto, se da la apariencia de que se han disminuido las listas de espera, y además se crea la obligación de derivar la asistencia médica a dichos centros privados. [...]

c) Eliminación de la autoconcertación, de las peonadas y de la ampliaganda

[...] ELA considera que es necesario construir un sistema sanitario que dé cabida a toda la demanda de salud existente, sin que tenga necesidad de recurrir a este tipo de prácticas. Un sistema sanitario capaz de ofrecer respuesta de forma estructural a todas las necesidades.

3. MEJORA DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO

Para lograr un desarrollo equitativo y sostenible de la sociedad, se deben ofrecer unos servicios públicos dignos y de calidad, con los recursos personales y materiales que ello requiere. Si bien los recursos personales que se pongan a disposición no deben de recibir el tratamiento de mero instrumento o recurso, sino el tratamiento de personas que dedican su tiempo a trabajar por la sanidad, por lo que requieren de condiciones de trabajo acordes a su tarea. Sólo se puede ofrecer una sanidad de calidad con un personal suficiente, que pueda atender a las crecientes necesidades y al aumento del servicio ofrecido de forma adecuada.

a) Aumento de la plantilla

En la actualidad existen numerosos puestos de trabajo, que en realidad son estructurales, pero se cubren mediante la contratación temporal. En Navarra la temporalidad es del 44,8%, y el 17,8% de los contratos temporales que se hacen en la CAPV corresponden a Osakidetza. Son cifras inaceptables.

b) Disminución de la temporalidad

La información manejada a la hora de realizar este informe no permite realizar un estudio para toda HEH, ya que la información en la CAPV es insuficiente.

No obstante, en el caso de Navarra se constata que la temporalidad se sitúa en el 45%, una tasa que es más del doble que la tasa general de temporalidad.

Es inaceptable que un Gobierno, que supuestamente debe dar ejemplo, sea responsable de que casi la mitad de la plantilla destinada a la sanidad tenga contrato temporal. El único ejemplo que da el Gobierno es el de la precariedad. [...]

c) Mejora de las condiciones de trabajo

- Definición y valoración de las funciones de trabajo de cada categoría y puesto
- Realizar estudios para examinar las cargas de trabajo de cada puesto
- Planes de jubilación

ELA euskal sindikatua: 1911. urteko uztailaren 23an 178 langilek osatutako talde batek ELA sindikatua sortu zuen Bilbon. Orduetik hona hamaika gorabehera bizi izan ditu sindikatuak, Hego Euskal Herriko sindikaturik nagusiena izatera iritsi arte.

Hoy en día representa un sindicalismo reivindicativo y de confrontación frente a los poderes, gracias a su autonomía financiera y política.

- **Azterketak 19. La sanidad pública en Hego Euskal Herria. 2010, Manu Robles Arangiz Institutua** (http://www.mrafundazioa.org/centro-de-documentacion/estudios/informe-sobre-la-sanidad-publica-en-hego-euskal-herria/view?set_language=es)

CASmadrid/ plataforma Matusalén (MAdrileñ@ TU SALud EN peligro): grupo de profesionales del sistema público, usuarios y vecinos, así como organizaciones sindicales y sociales no subvencionadas, que decidieron crear la Coordinadora Anti Privatización de la Sanidad de Madrid con el objetivo de aunar esfuerzos y organizarse en defensa del sistema público sanitario.

La Coordinadora Anti-privatización de la Sanidad Pública de Madrid (CAS) impulsó la creación de esta plataforma por la Sanidad pública para pedir la Derogación de la Ley 15/97 de nuevas formas de gestión sanitaria y las leyes autonómicas dictadas en su desarrollo, que permiten la entrada de capital privado en los nuevos hospitales.

Ante el galopante deterioro de los servicios públicos

CASmadrid.org

2011ko urtarrila

Si fuera cierto que su obligación es velar por el interés general de la población, este Gobierno ya habría decretado el estado de alarma y habría actuado contra los "mercados", dada su responsabilidad en el deterioro de los servicios públicos:

- El gasto total en protección social del estado español se ha mantenido históricamente muy por debajo de la media de los países de la UE-15, con el agravante de que, año tras año, el porcentaje dedicado a conciertos privados y externalizaciones (tanto en sanidad como en educación) va en aumento, mientras disminuye el gasto en los centros gestión directa.

Respecto a la Ley de la Dependencia, que iba a ser la "cuarta pata del estado de bienestar", ya nació privatizada y sigue en la práctica sin ser aplicada y con los dependientes abandonados a su suerte. En el 2011 la situación se agravará ya que los Presupuestos Generales del Estado prevén una drástica reducción del gasto público (un 7,9%).

- El gasto público en educación (todos los niveles) como porcentaje del PIB, siempre se ha mantenido por debajo de la media de la UE-15, con el agravante de que ha ido descendiendo de forma sostenida desde 1992, mientras que la media de la UE-15 ha tenido una tendencia al alza. En 2011, el gasto en educación se reduce un 8,1%, lo que supone 1.800 millones menos que el año anterior, dato muy importante dada la influencia que una educación de calidad tiene en los principales indicadores de bienestar social.

- En sanidad seguimos más de un punto respecto al PIB por debajo de la media de la UE-15, con el agravante de que al no ser su financiación finalista, cada comunidad autónoma dedica en la práctica lo que quiere, estableciéndose diferencias de hasta 560 € en el gasto por persona dependiendo de donde se viva (País Vasco: 1.564 €; Baleares: 1.003 €).

Mientras:

- Los casos de delito fiscal atascados en los tribunales sumaban ya en 2010 una deuda tributaria de más de 6.000 millones de €, cantidad similar al presupuesto anual de sanidad de una comunidad de casi 7 millones de habitantes como Madrid. El fraude fiscal supuso en el 2005 (el último año en que el Mº de Economía y Hacienda ha publicado los datos) nada menos que 88.617 millones de euros, muy superior al gasto público total en sanidad.

- Se aprueba el rescate de las concesionarias de las autopistas (en muchos casos las mismas que las de los hospitales), que en el caso de las radiales de Madrid se concretará en una "ayudita" de 295 millones de € (cantidad similar al coste de dos hospitales de 300 camas –por ejemplo Vallecas y San Sebastián de los Reyes-).

Es más, en un alarde de política socialista, el ministro de Fomento, José Blanco, ha cifrado en 1.400 millones de euros el importe "que nos va a costar a todos los españoles" (más bien a algunos), el problema que afrontan las concesionarias de autopistas en todo el estado ante la situación de quiebra en la que se encuentran.

- Continúa el trasvase de dinero público a los responsables de la crisis, a través de la adjudicación de la explotación de hospitales modelo PFI por décadas, tanto en autonomías gobernadas por el PP como por PSOE (Son Espases, -Baleares-; Torrejón, Villaba y Móstoles –Madrid-; Vigo y Pontevedra –Galicia-), lo que conlleva paralelamente un continuo cierre de camas públicas y una reducción de la parte destinada a plantillas y pacientes.

- Empeora el acceso a los servicios sanitarios. Las recomendaciones del Mº de Sanidad en materia de listas de espera son de siete días para una prueba diagnóstica básica, 10 días para la primera consulta con el especialista y 45 días para una intervención quirúrgica programada, pero hay pacientes que han tenido que esperar 2,5 años para cirugía⁴. Estas recomendaciones no solo no se cumplen en absoluto, sino que las Comunidades Autónomas ocultan los datos e incluso alguna como Madrid, privatiza la central de llamadas de forma que una empresa privada pasa a controlar las listas de espera, hurtando su control a los propios profesionales.

- Con la disculpa de la falsa crisis⁵, arrecia la campaña mediática de supuestos expertos, empresarios y políticos de todos los pelajes anunciando el cataclismo: una supuesta "insostenibilidad del sistema sanitario", mensaje muy similar al que llevan repitiendo décadas respecto a las pensiones, y que a día de hoy ha resultado ser falso. El objetivo es preparar a la población para introducir una nueva agresión: el pago (repago) en el momento de la utilización de la sanidad.

Los principales determinantes de salud (condiciones de vida y de trabajo, educación, vivienda, hábitos..) dependen en su mayor medida del grado de desigualdad de una sociedad⁶ y en mucha menor medida de las medidas parciales que desde el sistema sanitario se puedan tomar (que en muchos casos solo sirven de justificación a la Administración para hacer creer que se está actuando). Cuando la desigualdad interna de una sociedad se incrementa, y no se actúa con medidas globales para reducirla, se están sentando las bases para un rápido deterioro de los principales indicadores de bienestar social: esperanza de vida, morbilidad, mortalidad, suicidios, depresión, niveles de ansiedad, fracaso escolar, obesidad, incremento de la población reclusa, reducción de la movilidad social.....