

¡¡ NUNCA MÁS MUERTES EVITABLES !!

1. Cuando el lucro entra por la puerta, la salud sale por la ventana. La privatización mata.

Derogación de la Ley 15/97 y del artículo 90 de la Ley General de Sanidad. Rescate de todo lo privatizado. Potenciación de la atención primaria. Incompatibilidades público-privado. Supresión de redes paralelas. Democratización y transparencia.

Derogación de la Ley 15/97: La Ley General de Sanidad no permitía la gestión por parte de empresas privadas de los recursos públicos sanitarios o sociosanitarios. Por esa razón, en 1997, PSOE, PP, PNV, CC y CiU aprobaron la Ley 15/97 de “Nuevas formas de Gestión en el Sistema Nacional de Salud”. A partir de su entrada en vigor, se sucedió la apertura de centros sanitarios gestionados por empresas privadas mediante concesiones por décadas. Paralelamente, se fueron desmontando los centros públicos de “gestión directa” y consecuentemente trayendo dinero de la gestión directa, para pagar los cánones de estas empresas privadas. Añadido a ello, la proliferación de empresas privadas para prestar servicios dentro de nuestros Centros (Limpieza, Transporte Sanitario, Mantenimiento, etc.). Así como la instauración de las Unidades de Gestión Clínica.

La derogación de la Ley 15/97, impediría la gestión privada de la sanidad y los servicios sociosanitarios públicos.

Blindaje de la sanidad: ningún centro sanitario del SNS podrá enajenarse o pasar a manos privadas.

Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. Artículo único. 1. En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, garantizando y preservando en todo caso su condición de servicio público, la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria podrá llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho.

- **Razones por las que hay que derogar la Ley que permite la privatización sanitaria**

<http://www.casmadrid.org/primera/index.php?idsecc=documentos&id=48&limit=&titulo=DOCUMENTOS>

- **Argumentarlo del PSOE sobre la aplicación de la Ley 15/1997**

http://www.casmadrid.org/docStatic/argumentario_psoe_15_97.pdf

- **Reflexiones sobre el argumentarlo del PSOE Ley 15/97**

http://www.casmadrid.org/docStatic/reflexiones_sobre_argumentos_psoe_ley-15_97.pdf

Derogación del artículo 90 de la Ley General de Sanidad. Permite, mediante los “conciertos” la parasitación del sistema público. Ideado para que los hospitales privados “complementaran” a los públicos excepcionalmente, ha sido la estrategia para dirigir el dinero público a los bolsillos privados, mientras los centros públicos mantenían infrautilizadas alta tecnología sanitaria, camas, quirófanos, etc. En 2018, unos 10.000.000 millones de euros, 1 de cada 7 euros, se dedicaron a conciertos privados, cantidad similar al gasto sanitario de Andalucía (8,5 millones de habitantes). Existen grandes variaciones por territorios, así Cataluña dedica a conciertos privados, uno de cada cuatro € de su presupuesto(1).

La dependencia de los hospitales privados del presupuesto público es clara. En 2016, uno de cada cuatro € ingresados por estos hospitales provino de presupuestos públicos. Por otra parte,

los privados “religiosos” facturan al año unos 4.000 millones de €, y gestionan más del 27 % de las camas privadas existentes a nivel estatal(2).

La supresión de los conciertos permitiría dedicar ese dinero a la reapertura de las camas y servicios que han sido cerrados en los últimos años, al aumento de plantillas, con implantación de un turno de tarde en aquellas especialidades médicas necesarias, eliminando las “peonadas” y horas extra, para utilizar al 100 por 100 los recursos, y evitar la emigración de muchos de nuestros profesionales.

Artículo 90. Punto 1. Las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas. A tales efectos, las distintas Administraciones Públicas tendrán en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios.

Rescate de todo lo privatizado: Durante los últimos años se han abierto decenas de centros bajo las fórmulas de colaboración público-privado, en la que lo público es el dinero y lo privado son los beneficios.

Estos contratos se han firmado por décadas. En el caso de Madrid por 30 años prorrogables, habiendo recuperado lo invertido a los 5 años de explotación(3). Este modelo no ha demostrado ninguna ventaja sobre la gestión directa pública y si muchas disfunciones de funcionamiento y opacidad absoluta. Se han convertido en un negocio especulativo con continuo cambio de inversores. Con variadas fórmulas, se han privatizado laboratorios, servicios de diagnóstico por la imagen, esterilización, centros de atención primaria (EBAs en Catalunya), etc.

Por otra parte, hay evidencia que demuestra que ser atendido en un hospital con ánimo de lucro, aumenta las probabilidades de muerte respecto a ser atendido en un hospital público en un 2% en adultos, un 8 % en pacientes crónicos y un 9,5 % en recién nacidos(4).

En base al interés general, proponemos la puesta en marcha de un plan de rescate de todos los centros privatizados en los últimos años, en base su deficiente funcionamiento, corruptelas, a los manifiestos incumplimientos de las concesionarias, a la selección de riesgos que se produce en ellos, al lastre económico que suponen para las arcas públicas, etc. No se debería aplicar el concepto ‘lucro cesante’ ya que las empresas ya se han resarcido más que ampliamente de lo que invirtieron.

Potenciar la Atención Primaria: La atención primaria de salud tiene su fundamento principal en la actuación sobre los factores que inciden sobre la salud colectiva. Sin embargo, tras décadas de funcionamiento, ha acabado centrándose en los aspectos clínicos, olvidando la actuación sobre los determinantes sociales de la salud y la enfermedad. Paralelamente ha sufrido más recortes que la atención especializada, dedicándosele, de media, apenas un 14% del presupuesto.

La atención primaria debe de ser no solo reforzada, sino que tiene que recuperar las actuaciones contra los productores de enfermedad, primando siempre el principio de precaución. Se debe de dedicar a ella, como mínimo, el 25 % del presupuesto sanitario de cada territorio, incluyendo atención integral a la reproducción y a la sexualidad, así como atención odontológica y gerontológica.

Iguales derechos/Listas de espera/Desmantelamiento redes paralelas: Tras más de tres décadas de la LGS, es imprescindible acabar con las abismales diferencias entre los 17 servicios de salud.

Reclamamos incrementos de financiación(5), gasto sanitario per cápita(6), cartera de servicios y prestaciones, igualándolos al alza para todos los territorios.

Además, es imprescindible un plan de choque urgente para reducir las listas de espera, ya pavorosas antes de la crisis del coronavirus(7). Gracias a esta desastrosa situación de falta de respuesta del sistema, los seguros privados (esos que han desaparecido en la pandemia), no han parado de crecer y hacer caja a nuestra costa.

Utilización de los recursos públicos al 100 por 100 mediante incrementos de plantilla y establecimiento de los turnos necesarios para garantizar la asistencia en tiempos aceptables. Evitaríamos la emigración de miles de profesionales, al tiempo que se reducirán los seguros privados, que han crecido exponencialmente en los últimos años a la sombra del deterioro del SNS.

Supresión de las redes paralelas. Más de tres décadas desde la aprobación de la Ley General de Sanidad, los diferentes gobiernos han mantenido la existencia de redes paralelas financiadas con dinero público (Muface, ISFAS, Mugeju, Colaboradoras..) lo que implica trato desigual para los diferentes sectores de la población.

Integración en el SNS, para evitar la diferencia de trato y la parasitación del sistema público.

Incompatibilidades público-privado: Establecimiento de un sistema real de incompatibilidades para todas/os los/ las trabajadoras/es SNS. Consecuencia: freno a los intereses particulares cruzados y a la parasitación sistema público, así como acabar con las corruptelas y repartir el empleo. Es algo básico, como ejemplo, ninguna empresa de automoción permite a sus ingenieros trabajar por la tarde en la competencia(8).

Fuera las privadas en el SNS: En plena pandemia la sanidad privada ha mostrado su ADN. Incrementar sus beneficios económicos en lugar de atender a la población: cierre de centros y servicios, vacaciones obligadas para sus trabajadores, ERTes, etc. Donde ha aparecido, ha sido previo acuerdo económico beneficioso para ella, como es el caso de las tarifas pactadas en Catalunya(9) o las pruebas a 800 € en Madrid, al tiempo que se derivan los pacientes contagiados a los públicos(10). Más claro agua. Cuando más falta hacía, en lugar de ofrecer sus medios gratuitamente, han visto una forma de incrementar su reparto de dividendos este año. La sanidad privada no puede vivir de nuestro dinero. Ha demostrado sus intereses(11) y debe de permanecer al margen del sistema público.

Se deben de realizar informes exhaustivos de este funcionamiento, accesibles a todos los interesados y establecer sanciones económicas e incluso retiradas de los permisos de funcionamiento de actividad.

Democratización y transparencia: La vuelta a la “gestión directa” no va a solucionar parte de los problemas del SNS como venimos denunciando desde hace años(12). A tres décadas de la Ley General de Sanidad y de las primeras transferencias sanitarias, la democratización de la gestión de los centros y la participación ciudadana han demostrado ser una falacia. Gerentes, directores médicos y jefes de servicio mayoritariamente defienden los intereses de los partidos dominantes, no los de los pacientes. La introducción de conceptos relacionados con la gestión

privada y la competencia, base de la mercantilización, han permeado todos los estratos del sistema. Priman la obsesión compulsiva en la codificación, y la repetitiva medición de indicadores de atención sanitaria de dudosa utilidad para los pacientes, utilizados para justificar los nefastos sistemas de incentivación económica.

Los “consejos de salud” han sido totalmente inoperantes al no participar en la toma de decisiones. La gestión de los centros es absolutamente opaca y vertical, y las decisiones son tomadas por una élite minoritaria: gestores y jefes de servicio a las órdenes de los partidos políticos de turno, sin grandes diferencias entre ellos. Lo que ha primado en estas décadas ha sido el cumplimiento de los planes económicos derivados de los ajustes de la UE, el maltrato a los trabajadores, y la supeditación al complejo médico industrial y a Big Pharma.

Proponemos la democratización real de la gestión de los centros. Elección de los gestores por la plantilla, con posibilidad de revocación. Comités paritarios gestores-trabajadores-usuarios, con mecanismos reales de veto y decisión.

Transparencia. Publicación, en tiempo real con acceso libre, de todo lo relacionado con el gasto: licitaciones, adjudicaciones y compras, así como toda la información sobre plantillas, tecnología disponible, actividad, resultados, indicadores de calidad, etc.

(1)

<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario2005/home.htm> En 2018 los conciertos fueron 8.093 millones €. Incluye el canon de los hospitales PPP, IVES, pruebas de diagnóstico, hospitales de media y larga estancia, salud mental, etc. Aparte, hay que sumar el canon para los concesionarias de los hospitales modelo PFI, que en Madrid para el año 2019 fue de 166 millones €. Tampoco contempla el gasto de los Servicios No Sanitarios que se pagan a través de epígrafes presupuestarios que no son de conciertos como limpieza, lavandería, seguridad, datos, mantenimiento, etc. En el caso de Madrid es como mínimo un 3% del total. Teniendo en cuenta que el gasto total estatal en 2018 fue de 71.145 millones €, más de 10.000 millones euros se dedican, como mínimo, a ir a empresas privadas, un 14% del presupuesto total para 2018.

(2) Los hospitales privados siguen creciendo a costa de los presupuestos públicos <http://casmadrid.org/index.php/noticias/999-2018-03-24-los-hospitales-privados-siguen-creciendo-a-costa-de-los-presupuestos-publicossta-del>

(3) Los nuevos hospitales de Madrid: una sangría que no cesa http://www.casmadrid.org/comunicados/SANGRIA_HOSPITALES_ENERO_2017.pdf

(4) Devereux,PJ, CMAJ, may 28, 2002. A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. Devereaux PJ, JAMA. 2002 Nov 20;288(19):2449-57. Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis.

(5) Gasto sanitario público UE, 2017. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/tablas/tabla30_1.htm

(6) 2018 alcanzó el 6,24% del PIB, 1.617 euros por habitante <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/espana>

(7) En junio de 2019, según cifras oficiales (convenientemente maquilladas), casi 700.000 personas esperaban una intervención quirúrgica, y 2.400.000 la primera consulta con el especialista.
https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LLEE_SNS_IndicadoresResumen_Junio2019.pdf

(8) <http://www.casmadrid.org/index.php/comunicados/281-propuestas-de-cas-madrid-ante-las-proximas-elecciones-generales-2>

(9) <https://elpais.com/espana/catalunya/2020-04-20/el-govern-pacto-con-la-sanidad-privada-las-compensaciones-por-la-crisis-de-la-covid-19.html> 10
https://www.vozpopuli.com/sanidad/sanidad-privada-hospitales-coronavirus-pacientes_0_1335167411.html

(11) <https://www.elsaltodiario.com/sanidad/1.500-camas-sanitarias-menos-desde-2012-en-madrid-la-sanidad-en-cifras>

(12) Propuestas básicas para garantizar asistencia sanitaria de calidad para todos.
<http://www.casmadrid.org/primer/index.php?idsecc=comunicados&id=137&limit=&titulo=COMUNICADOS>

2. Por una industria sanitaria y farmacéutica pública.

La industria farmacéutica, como cualquier negocio privado, obedece al objetivo prioritario de aumentar los beneficios de sus propietarios. Es decir, los objetivos del sistema sanitario de disminuir la enfermedad y la muerte y mejorar la salud son fines supeditados para quienes fabrican, distribuyen y venden los medicamentos a la capacidad de pago de los usuarios.

Teniendo en cuenta que:

- el gasto farmacéutico supone alrededor del 20 % del gasto sanitario total y está en permanente ascenso. En España se consumen un 50% más fármacos que el promedio de la UE,
- la comercialización de nuevos fármacos supone constantes incrementos de precio sin que apenas aporten ventajas sobre los ya existentes,
- hay una medicalización creciente del malestar social de forma que los medicamentos más prescritos, con diferencia, son los ansiolíticos y los antidepresivos,
- por el contrario, con relativa frecuencia se dan situaciones de desabastecimiento de fármacos necesarios(1), pero poco rentables, que provocan aumento de reacciones adversas, errores en la medicación e incremento de la mortalidad(2),
- en el caso de los hemoderivados, la obtención de sangre por parte de las multinacionales farmacéuticas procedente de países o sectores de la población con alta prevalencia de infecciones ha sido responsable de la transmisión de infecciones como la Hepatitis B y C o el SIDA.

- la industria farmacéutica tiene una influencia decisiva en la formación del personal sanitario y dirige la totalidad de la investigación (se investiga lo rentable, no lo eficaz) y en la práctica controla la prescripción,

- el escándalo de altos cargos del sistema sanitario relacionados con multinacionales del medicamento(3) se ha convertido en norma,

- el escandaloso negocio realizado por FarMafia con la hepatitis C no debe repetirse. Pagamos hasta 40.000 € por un tratamiento cuyos costes no superaban los 110 €. La vigente Ley de Patentes(4) permite, por “motivos de interés público”, y “debido a su primordial importancia para la salud pública”, emitir la concesión de licencias obligatorias, lo que habría supuesto fabricar el genérico a precios de coste, unos 12 millones de euros, en lugar de los exorbitantes 1.500 millones(5) que costó tratar a unos 76.000 pacientes. Cantidad similar a la que dedican a sanidad anualmente comunidades autónomas como Murcia o Aragón, con casi 1.500.000 habitantes,

- medicamentos y vacuna para el Covid-19, en el caso de lograrse, han de ser libres de patentes, accesibles para todas las personas,

- auditoría de los medicamentos actualmente financiados, eliminando todos aquellos que no demuestren su utilidad terapéutica y su relación coste/ precio.

Puede afirmarse que es más que dudoso que los cerca de 20.000 millones de euros de dinero público que van a parar cada año a las grandes empresas del sector respondan a legítimos objetivos de salud.

Por todo ello es imprescindible adoptar medidas que aseguren que tan importante sector se desarrolla en función del objetivo general de mejorar los niveles de salud de la población.

En consecuencia es preciso adoptar de forma prioritaria y urgente las siguientes medidas:

Nº1 - La investigación, fabricación, distribución y dispensación de medicamentos deberán estar sometidas a la planificación estratégica del Sistema Nacional de Salud.

Nº2 - Creación de una Industria Farmacéutica Pública que se ocupe de la investigación, fabricación y distribución de, al menos, los 433 medicamentos considerados esenciales por la OMS(6). Entre ellos necesariamente deben incluirse todos los hemoderivados que obtendrán la sangre de donantes altruistas, volviendo a manos públicas todas las donaciones actualmente privatizadas(7). Su germen debería ser el Centro Militar de Farmacia de la Defensa cuya experiencia es preciso extenderla al ámbito del Sistema Nacional de Salud.

Nº3 - Puesta en marcha de los estudios necesarios para desarrollar una industria sanitaria para aquellos elementos esenciales dentro del SNS: material de protección (mascarillas, EPIs, etc.), respiradores, test diagnósticos, etc. Es posible fabricar dichos productos a escala europea o por lo menos, con los países más cercanos.

(1) El número de fármacos desabastecidos según el Ministerio de Sanidad es de 543. Ministerio de Sanidad. Agencia Española del Medicamento y productos sanitarios. <https://cima.aemps.es/cima/publico/listadesabastecimiento.html>. Consultado en febrero de 2019.

(2) Recientemente ha saltado a los medios de comunicación la escasez de medicamentos útiles para el tratamiento de algunos casos de COVID-19, como la hidroxiclороquina o necesarios

para la sedación , como los relajantes neuromusculares. <http://espanol.arthritis.org/espanol/la-artritis/enfermedades-relacionadas/escasez-hidroxicloroquina/>

(3) <https://www.dsalud.com/reportaje/el-fenomeno-de-las-puertas-giratorias-en-el-campo-de-la-salud/>

(4) Ley 24/2015, de 24 de julio, artículo 95. Licencias obligatorias por motivos de interés público.

(5) Hepatitis C: 1.500 millones de € que podían haber sido 12 millones de €. <http://www.casmadrid.org/index.php/comunicados/530-hepatitis-c-1-500-millones-de-que-podian-haber-sido-120-millones-de>

(6) <https://www.who.int/es/news-room/detail/27-02-2020-who-launch-e-emi>

(7) <https://www.sasmadrid.org/index.php/noticias/sanidad/1483-la-comunidad-de-madrid-privatizara-de-nuevo-la-donacion-de-sangre-con-cruz-roja-pese-a-que-la-justicia-investiga-si-es-legal-22-12-2019>

3. Sanidad para todos y todas, sin requisitos ni excepciones.

Desde que en el 2012 se nos arrebatara el derecho a la salud se han sucedido las políticas de apartheid sanitario, independientemente del gobierno de turno.

El Decreto 16/2012 impulsado por el PP abolió el derecho a la salud (800.00 personas perdieron su tarjeta sanitaria) e introdujo el copago sanitario. Luego serían las CCAA las que se encargarían de desarrollar “parches legislativos” que mitigaran el drama de la exclusión sanitaria. Posteriormente, como enmienda al decreto, el PSOE emitió el Real Decreto-Ley 7/2018 sobre el acceso Universal al Sistema Nacional de Salud. **El título de este nuevo decreto simulaba restituir la sanidad universal, pero su contenido daba continuidad a una política sanitaria racista** que retira la titularidad del derecho –inherente a todo ser humano - según la situación administrativa de las personas. Un decreto ambiguo y escasamente desarrollado volvía a dejar en manos de las CCAA el reconocimiento y la acreditación de la asistencia sanitaria a las personas extranjeras. De este modo, el actual decreto impone una serie de requisitos para reconocer esa asistencia y agrava, aún más si cabe, la situación de algunos colectivos:

- Impone acreditar un **empadronamiento de al menos 3 meses y elimina las excepciones del decreto anterior para la atención en urgencias a embarazadas y menores de edad**. Así, a todos aquellos que no demuestren una estancia de 90 días se les emite una factura por los servicios prestados. Puede deducirse entonces el gran número de personas que quedan desamparadas y requieren de un tratamiento continuado o urgente: enfermos de cáncer, problemas cardiovasculares, VIH, interrupción del embarazo, etc. Para estos casos se define una vía excepcional mediante informe de un trabajador/a social que acredite la necesidad de atención urgente. Tenemos constancia de que en diversas CCAA estos informes se quedan en papel mojado.

- Otra exigencia impuesta es la de no tener que acreditar una cobertura obligatoria sanitaria por otra vía, requisito establecido por la ley de Extranjería de contar con un seguro médico privado para obtener el permiso de residencia por reagrupación familiar. Este aspecto está afectando, principalmente, a **los migrantes con residencia regular a través de la reagrupación familiar**

ascendente (tramitada por sus hijos de nacionalidad española o comunitaria), **que son sistemáticamente excluidos del sistema sanitario por el gobierno, debido a una interpretación racista que antepone la normativa de extranjería al derecho de atención sanitaria.**

- Las personas de **nacionalidad española que están en el extranjero** también son excluidas del sistema sanitario. Esto afecta principalmente a personas que llevan 3 o más meses fuera y todavía no han encontrado un trabajo, castigando así las situaciones de mayor precariedad.

- Aunque se eliminaba progresivamente el **copago** a pensionistas, **este se sigue aplicando en un máximo del 40% para extranjeros que no tienen regularizada su situación administrativa.**

- Inquietante resulta también la mención referente a los **trasplantes para extranjeros**. Aunque no queda desarrollada, anuncia el establecimiento de unos requisitos y periodos mínimos de los que se deduce unas condiciones discriminatorias para poder acceder a la lista de trasplantes.

Las políticas vigentes son responsables de poner miles y miles de vidas en peligro, llevando a cabo una vulneración racista del derecho a la salud. Recordemos, además, que la financiación pública de los servicios sanitarios proviene exclusivamente de los impuestos (directos e indirectos) a los que toda persona contribuye con independencia de su origen, nacionalidad o situación administrativa. Por todo ello, **exigimos que nos sea devuelto el derecho robado a la salud y se implante de manera inmediata una sanidad pública, universal, gratuita en el momento del uso, de calidad para todos y todas, sin requisitos ni excepciones, incluidas las personas migrantes en situación irregular.**

4. Cuidados con dignidad para nuestros mayores.

La pandemia del Covid-19 ha tenido efectos dramáticos en las residencias de mayores, que representan casi la mitad de las muertes totales en el estado español. Que se trate de lugares con alta concentración de un colectivo de riesgo agrava la culpabilidad de los responsables de la administración y empresas en esta sangría: Precisamente por ello, las medidas de aislamiento social, sin dar la posibilidad de llevarlos a casa, imposibilitando a las familias la supervisión que venían realizando en residencias que acumulaban innumerables denuncias archivadas por la administración, unido a las graves situaciones de falta de personal, sin adecuada competencia en el manejo de esta realidad, sin equipos de protección, así como la irresponsabilidad de sus gerentes, han convertido a las plantillas en un dramático y letal vector del virus. En el pico, la negativa de determinadas áreas a trasladarlos a centros sanitarios o a recibir atención del SNS, la no medicalización prometida y el colapso de los servicios funerarios, han convertido las residencias de mayores y de personas con discapacidad en un festín para el SARS COV2.

Los dos sistemas que debían haber protegido a los más vulnerables son los mismos que han boicoteado sus posibilidades de supervivencia. Ello ha quedado demostrado cuando han sobrevivido los mayores a los que se les ha protegido de verdad o se les ha dado la oportunidad de curación, en igualdad de condiciones que a los demás. La opacidad en la información, el maquillaje de cifras, excluyendo de estadísticas a los fallecidos en residencias o en su casa, los certificados de defunción absurdos, así como los posibles casos de negligencia y maltrato deberán ser debidamente aclarados y las responsabilidades deberán ser asumidas por quien corresponda en cada caso. En ese sentido, el archivo de denuncias por parte de la fiscalía en algunas provincias, o la falta de audiencia a familiares de las víctimas o a las entidades denunciantes (sindicatos, asociaciones en defensa de los usuarios, etc.) no permite ser

demasiado optimista. En dos meses de pandemia, más de 16.500 personas que vivían en residencias murieron por COVID19 o con sintomatología compatible, mientras numerosos gobiernos autonómicos o forales -de distinto color- evitaban ofrecer datos desglosados por residencias o por provincias. Excusas contradictorias y pueriles para una deliberada ocultación que vulnera el derecho a la defensa frente a la pandemia de residentes, familias y plantillas.

La situación derivada de la pandemia ha sacado a la luz pública una problemática social de la que ya se venía alertando: **la tendencia de envejecimiento poblacional, la falta de oferta pública y una legislación que favorece la privatización de los servicios socio-sanitarios han convertido la atención y el cuidado a la tercera edad en un sector dominado por criterios de rentabilidad:** la vinculación político-económica para la configuración de regulaciones y definición de políticas explica que la mayoría de centros residenciales sean ya de gestión público-privada (“indirecta” o concertada) o totalmente privada. Los escasos centros que son públicos en su totalidad se rigen por criterios de gestión empresarial, al estar estos subordinados a un cuerpo normativo hecho a medida de los poderes económicos.

La lógica empresarial del coste-beneficio pone nuestras vidas en peligro. Esta lógica, sin embargo, gana cada vez más terreno en el ámbito de “lo público”, en una renuncia a ser garante de los derechos más básicos. Las residencias de ancianos son un ejemplo paradigmático de esta dinámica, que ha demostrado ser incompatible con unas condiciones de vida digna y que atenta contra la integridad física de las personas.

Nunca más dinero público a manos privadas: Según el INE, el porcentaje de población mayor de 65 años se sitúa actualmente en el 19,2% y se prevé que en 2050 alcance el 30%, con 4 millones de mayores de 80 años. La OMS recomienda una ratio (ya de por sí insuficiente) de 5 plazas residenciales por cada 100 personas mayores de 65 años. La media en el estado español (con variaciones según CCAA) es de 4,21%, por lo que sería necesario crear 70.000 plazas para cumplir con dichas recomendaciones. **El 60% de las plazas existentes cuenta con financiación pública, pero el 75% de los centros son privados – de ellos, dos tercios son privados “puros” y el resto son concertados(1).** Esto solo nos da una idea aproximada de la cantidad de dinero público que financia el negocio privado, pues los centros de titularidad pública gestionados por empresas o fundaciones (“gestión indirecta”) computan como “públicos”, por lo que los datos exactos sobre la privatización del sector geriátrico son intencionadamente inaccesibles. Además, las desigualdades en inversión y modelo de intervención entre comunidades autónomas, señala en el mapa auténticos agujeros negros.

En el indefinido ámbito de lo “socio-sanitario” confluyen el sistema sanitario y el de servicios sociales, ambos severamente perjudicados por el proceso de mercantilización de los servicios públicos. En particular, el deterioro del sistema público de atención a la dependencia perpetrado en ciclo de recortes y privatizaciones de los últimos 15 años (5.864 millones de euros recortados desde 2012) ha abierto las puertas al negocio privado en los servicios socio-sanitarios. Servicios como la teleasistencia o la asistencia a domicilio ya están privatizados en su práctica totalidad.

Por unas condiciones laborales y asistenciales dignas en las residencias: La normativa en materia de dependencia y residencias geriátricas favorece la explotación laboral en detrimento de la calidad asistencial. Los gestores de los centros encuentran el entorno idóneo para sortear cualquier enfoque socio-comunitario, basado en la calidad de vida, en la autodeterminación, la intervención centrada en la persona, porque ya no sería rentable.

- La normativa que regula licencias y ratios es autonómica. Los **ratios de personal** necesario para atender a las personas según su grado de dependencia son insuficientes y no se adecúan a

las exigencias de atención y cuidado que garantiza la dignidad de las personas. El personal de los centros sufre una constante sobrecarga laboral, presión por cumplir los horarios y altos índices de enfermedades laborales, al tiempo que los residentes ven mermada la calidad en la asistencia. Además, para las ratios se considera el grado de dependencia de la persona en el momento del ingreso y no su variación por el rápido avance del deterioro de la salud de los residentes. Este aumento de la demanda de cuidados tampoco se contempla para actualizar la composición de las plantillas.

- La indefinición respecto a las **categorías profesionales** de las plantillas permite a las residencias privadas “trampear” en beneficio de su negocio. Al no establecer exigencias mínimas por categorías profesionales, se da cumplimiento a las ratios computando al personal de “atención indirecta” (cocina, mantenimiento, limpieza...) como personal de “atención directa”. La empresa ahorra en costes y el personal se ve obligado a realizar tareas que no le corresponden.

- Gran parte del problema radica en la **concepción del modelo de las residencias**. Son personas que tienen dependencia, que pueden tener enfermedades, pero no son enfermas o menores de edad y deben ser tratadas respetando su autodeterminación y calidad de vida. Así los centros no deben concebirse como establecimientos sanitarios sino como socio-comunitarios o sociosanitarios. Esta indefinición da como resultado un planteamiento pseudosanitario que tiene un reflejo directo en los perfiles profesionales actuales. Estos deberían haber sido actualizados desde que la LOGSE (1990) creara títulos específicos coherentes con los patrones internacionales, o más tarde, de acuerdo al Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales. Tampoco se adecuaron las plantillas desde que la nueva Ley de Dependencia de 2006 (LAPAD) regulase dichos perfiles. La desactualización, la falta de cualificación e inadecuación de los perfiles profesionales de atención directa al ámbito socio comunitario residencial obedece a una cultura organizativa desfasada, pero que resulta mucho más lucrativa que contar con profesionales de los perfiles que prevé la LAPAD, respetando los derechos de las personas usuarias y sus familias.

Por otro lado, cabe incidir en las condiciones sanitarias de los residentes enfermos o que requieren de un seguimiento médico, las cuales no están bajo el control del SNS (muchos de estos centros cuentan con su propio personal médico, que es privado). Correspondería, en ese sentido, que la atención médica estuviera vinculada a los centros de salud, dándose la evidente necesidad de potenciar la atención primaria en medios y efectivos para una adecuada asistencia sanitaria de los que, al fin y al cabo, son pacientes.

- A la escandalosa insuficiencia de personal cualificado se suma la **escasez de medios y recursos**. Los centros deberían concebirse con las dotaciones necesarias para atender a personas que padecen patologías múltiples, enfermedades crónicas y diversos niveles de dependencia. Sin embargo, reina una concepción empresarial de los centros donde las necesidades de los residentes suelen ser aportadas por las familias (andadores, sillas de ruedas, pañales, medicamentos...), se ahorra en los recursos que necesitan las plantillas para realizar su labor, así como en alimentación (mala calidad, escasez, falta de productos frescos...). Y qué decir de la falta de estimulación orientada al mantenimiento de su autonomía y del **abuso farmacológico o de sujeciones**, porque es más cómodo.

- Hay una preocupante **falta de control y transparencia** respecto a los centros público-privados o privados. Es habitual que la residencia sea avisada antes de las inspecciones. En aquellos casos en los que son sancionadas, la información no se hace pública, por lo que no hay

modo de prevenirnos ante posibles malas prácticas. El personal testigo del funcionamiento de los centros y víctima de la precariedad impuesta, se ven forzados a la sumisión y al silencio.

- El personal de las residencias, compuesto principalmente por mujeres, es un colectivo altamente explotado. La infravaloración endémica del trabajo de cuidados, los salarios de miseria (rondan en el mejor de los casos los 900€), la desprotección laboral y el miedo a posibles represalias perpetúan la situación de precariedad laboral de sus trabajadoras y afectan de manera directa a la calidad asistencial.

Nuestras vidas son su negocio: Multinacionales y fondos buitres han desembarcado en el sector sociosanitario y de atención a la tercera edad por una sola razón: la demanda demográfica, el ahorro en costes, la puesta a disposición de dinero público y los cobros desorbitados por el ingreso reportan enormes beneficios económicos a estos grandes grupos empresariales. La progresiva pérdida del poder jurídico de los estados en favor de un Derecho Corporativo Global(2), que vela por los intereses de las corporaciones transnacionales, elimina cualquier tipo de barrera para aquellos poderes fácticos interesados en privatizar todos los aspectos de nuestras vidas.

La situación de atomización de las gestoras geriátricas ha dado paso en los dos últimos años a la adquisición de estas compañías por parte de fondos de capital internacionales, dándose una progresiva concentración en el sector. El negocio geriátrico facturó más de 4.500 millones de euros en 2018, con un crecimiento del 4% interanual desde 2016(3). Algunos de los grupos empresariales

que encabezan este mercado son DomusVi, Orpea, Amavir y Vitalia Homeo Ballezol, CLECE, entre otros. También se han creado diversas SOCIMIS que se dedican a especular en bolsa y gozan de importantes privilegios fiscales para comprar terrenos, construir residencias o adquirir las existentes, que serán gestionadas por un tercero. Una de las primeras fue Healthcare Activos Yield SOCI- MI SA, presidida por Jorge Guarner, quien a su vez fue consejero-delegado de SARQuavita (actual DomusVi), presidente de AESTE (patronal de las residencias) y miembro de la junta directiva de la CEOE. Guarner participó en la aprobación de la Ley de Dependencia del PSOE en 2006 – un buen ejemplo de lo que quieren decir cuando hablan de colaboración público-privada. Empresas de otros sectores también están presentes en el negocio: constructoras, aseguradoras, fundaciones (principalmente religiosas), patronatos o entidades bancarias. En este último caso, por ejemplo, ya se ofrecen las llamadas “hipotecas inversas” para mayores de 65 que sean propietarios de alguna vivienda. La entidad bancaria ofrece una renta mensual para el pago de la residencia hasta su fallecimiento, a cambio de hipotecar su propiedad. Al fallecimiento del titular, sus familiares deben asumir el pago de la deuda acumulada.

Por unos Servicios Socio-sanitarios 100% públicos y de calidad: Las políticas en materia de dependencia y atención a la tercera edad son un fiel reflejo de la lógica capitalista: exprimir hasta ser desechado cuando ya no se es rentable. La naturaleza de esa lógica es antagónica al derecho a la salud y a los cuidados. Con unas redes comunitarias y familiares dinamitadas, la imposibilidad de las familias de cuidar a sus mayores obliga a estos a abandonar sus hogares e ingresar en centros especializados. Obviar el contexto socioeconómico – esperanza de vida, robo de las pensiones, empobrecimiento de las familias, etc. - y que estos centros no sean de carácter público ni asequibles para todas las personas, es una irresponsabilidad que plantea un escenario de potenciales abusos y vulneración de derechos. Tan solo la lucha unitaria de familias, trabajadoras y trabajadores puede apartar a nuestros mayores y a quienes les cuidan de las manos del negocio privado.

Por todo ello, exigimos:

- **Investigación y transparencia ante los posibles casos de negligencia y maltrato en las residencias durante la pandemia del covid-19. Cierre inmediato de aquellas que hayan incurrido en incumplimiento y devolución del dinero público recibido.**
- **Ninguna contraprestación a empresas con el pretexto de la crisis del Covid-19. Nunca más dinero público para el negocio privado.**
- **Servicios socio-sanitarios 100% públicos. Eliminación de los conciertos, subvenciones públicas, “gestión indirecta” de los centros, así como de cualquier tipo de mecanismo de colaboración público-privada.**
- **Centros residenciales públicos y de calidad, con personal y gestión pública 100%. Incremento de ratio de personal de todas las categorías y definición de los perfiles profesionales.**
- **Vinculación de las residencias con SNS a través de Atención Primaria.**
- **Derecho a una plaza en residencia pública para todas las personas.**
- **Estas exigencias son innegociables porque son de mínimos. Son de mínimos porque un sistema como este no se lo deseamos a nadie. En una sociedad justa y solidaria sus miembros se cuidan entre sí, no se encierran y aparcan unos a otros.**

(1) Informe realizado por la Asociación estatal de directoras y gerentes en servicios sociales con datos del IMSERSO 2018 <https://www.directoressociales.com/prensa/451-faltan-m%C3%A1s-de-70-000-plazas-residenciales-para-personas-mayores-enespa%C3%B1a.html>

(2) Lex mercatoria- OMAL <http://omal.info/spip.php?article4803>

(3) Observatorio DKV <https://www.dbk.es/es/detalle-nota/residencias-tercera-edad-2019>

5. Por un sistema sanitario centrado en los determinantes sociales de la salud y la enfermedad.

El sistema sanitario ha estado centrado exclusivamente en los aspectos individuales de la enfermedad, eludiendo intervenir sobre los factores que condicionan la salud colectiva. Desde hace décadas se ha privilegiado la teoría de la responsabilidad del individuo y de sus malos hábitos de beber, fumar o drogarse, como factores causales de las enfermedades, perfectamente coherente con la privatización de los servicios públicos y también con algo muy útil para el poder: la criminalización de la víctima. El énfasis se pone exclusivamente en generar políticas de promoción y prevención que busquen cambiar los estilos de vida individuales, ocultando así la génesis de dichos “estilos de vida”, más bien condiciones de vida, que vienen determinadas por la desigualdad interna de cada país, la clase social, y las relaciones de poder. Nuestra sociedad se mueve alrededor de una curiosa contradicción: alcanzado un consumo material sin precedentes históricos, experimentamos cada vez una menor calidad de vida. Sabemos que cuanto más desigual es una sociedad, mayores son las diferencias de clase a la hora de enfermar y de morir, pero también peores son los indicadores para todas las clases sociales, incluidas las altas(1). Quienes originan esas desigualdades están interesados en perpetuarlas porque su lucro depende de ellas. Y no es una casualidad.

Estas desigualdades determinan años de vida perdidos por todos y todas. Y tienen que ver con el salario, las condiciones laborales, el ahorro de la patronal en seguridad y salud laboral y la precariedad, que están directamente relacionadas con el incremento constante de los accidentes laborales(2) y las enfermedades profesionales, prácticamente inexistentes porque no son reconocidas. Estos trascendentales aspectos de la salud de la clase obrera, para mayor escarnio, están en manos de las Mutuas Patronales que actúan directamente en función de los intereses del capital. Por otra parte, el nivel educativo, el fracaso escolar, los embarazos adolescentes, las tasas de población reclusa, las condiciones de la vivienda, la alimentación industrial, la calidad del aire, el estrés crónico, los modos de vida consumistas y un largo etcétera de nocividades que impregnan nuestras vidas, reflejan la indeleble marca de clase en el capitalismo que refleja el coste en vitalidad y en desarrollo de capacidades humanas con los que la sociedad capitalista mutila a quienes hacen posible la vida de todos los días.

El desastre ecológico es total: todo está contaminado, estamos impregnados de decenas de miles de sustancias sintéticas (disruptores endocrinos, pesticidas, herbicidas, fungicidas, compuestos orgánicos persistentes, etc.), cuyos efectos perniciosos ya son conocidos en muchos casos, aunque no así muchos de sus efectos sinérgicos, y que la evidencia científica ya reconoce desde hace décadas: los denominados “productores de la enfermedad” responsables de gran parte de las patologías crónicas que se dan en los países “desarrollados”. Conocemos por tanto que muchas industrias tóxicas están relacionadas con el crecimiento de cánceres, diabetes, enfermedades cardíacas y pulmonares, etc., como certifican los propios estudios de la Administración Sanitaria(3). Multitud de puntos negros que producen enfermedades crónicas, dolor y muerte(4) que luego permiten justificar la compra de tratamientos oncológicos de hasta 100.000 euros por persona...y alargar un mes y medio la esperanza de mala vida. Es decir, más gasto sanitario. Identificados estos “productores de enfermedad”, ninguna administración o centro sanitario de la zona ha hecho absolutamente nada. Nunca se han tomado medidas a pesar de que las propias leyes lo permiten. La propia Ley General de Sanidad permite la intervención en estos casos(5), pero nunca se plantea. Hacerlo sería revolucionario, ya lo predijo Iván Illich hace casi 50 años(6).

Estas muertes planificadas son, por tanto, perfectamente evitables cerrando o trasladando dichas industrias tóxicas en base al interés general. Actuar sobre ellas sería realizar prevención de la enfermedad y, por tanto, promover la salud, con el resultado de reducir la carga de enfermedad y muerte, ahorrando dinero, ya que es más barato prevenir que curar. Pero ello impediría vender carísimos fármacos y tecnologías diagnósticas, por lo que la colisión con los intereses del capitalismo impide dicha intervención. Aquí es donde debemos decidir: salud colectiva o beneficios de una minoría.

Proponemos el establecimiento del “Principio de Precaución” como un principio fundamental de la acción sanitaria en todos sus niveles. Para no seguir actuando solo sobre los síntomas, sino sobre las causas, porque debemos “prevenir lo que no sabemos curar”.

Un Sistema de Salud, basado en la prevención de la enfermedad debe planificar su actividad de forma coordinada con otros sectores sociales y establecer prioridades basadas en la reducción de las desigualdades sociales, en la mejora del estado de salud de la población y en la inversión en bienestar social, aunque para ello haya que cuestionar el “crecimiento” económico.

Los aspectos relacionados con la salud laboral deben pasar a ser competencia del Sistema de Salud con autoridad para intervenir sobre las condiciones de trabajo.

- (1) Wilkinson R. y Picket K. Desigualdad: Un análisis de la (in)felicidad colectiva. Turner
- (2) España ocupa uno de los primeros lugares de la UE <https://www.preving.com/accidentes-laborales-estadisticas-2019/>
- (3) La mortalidad por cáncer en ciudades situadas en las proximidades de incineradoras e instalaciones para la recuperación o eliminación de residuos peligrosos. http://www.casmadrid.org/comunicados/ESTUDIO_MORTALIDAD_CANCER_INCINERADORAS.pdf
- (4) Muertes planificadas: cuando lo que importa son los beneficios industriales. http://www.casmadrid.org/comunicados/INDUSTRIAS_TOXICAS_BENEFICIOS_INDUSTRIALES.pdf
- (5) Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Capítulo V. De la intervención pública en relación con la salud individual colectiva.
- (6) **Illich, Iván. Némesis Médica. La expropiación de la salud.** <https://www.ivanillich.org.mx/Nemesis.pdf>

NUNCA MÁS.

La crisis del coronavirus ha destapado la situación del sistema sanitario en el estado español. Años de privatizaciones y recortes se han plasmado en el espectáculo de estas semanas: atención primaria sin medios para contener la epidemia, hospitales colapsados con pacientes por los suelos, profesionales obligados a decidir a quién intentaban salvar la vida por falta de respiradores, residencias de ancianos en las que los infectados y las muertes sin atención han sido la tónica general, centros de minusválidos psíquicos, cárceles y CETIs de los que ni se habla.....

Hay responsables: políticos que aprobaron la Ley 15/97 o la mantuvieron, sindicatos domesticados que no han defendido el interés general, empresas y fondos de capital riesgo que se han estado lucrando con estas privatizaciones, jueces que no han visto ningún problema en las leyes que desmontaban la sanidad,...y la gran mayoría de la población que se mantuvo en silencio mientras todo esto ocurría pensando que no le afectaba. Hoy, la realidad es otra. Todos y todas hemos perdido o conocido a alguien que ha muerto por falta de asistencia o deficiencias en la atención.

No podemos volver a la situación de partida. Los de siempre pretenden hacer tabla rasa y volver a la previa, en la que ya el sistema estaba desmantelado. En junio de 2019, según cifras oficiales, aban una intervención quirúrgica, y 2.400.000 la primera consulta con el especialista. Mientras, los seguros privados (esos que han desaparecido en la pandemia), no han parado de crecer y hacer caja a nuestra costa.

Ahora no queremos promesas de blindaje en la Constitución, ni comisiones parlamentarias, ni libros blancos para “reconstruir la sanidad”...elaborados por los que nos han llevado a esta situación. **Este es un problema de todos. Es el momento, y la responsabilidad es nuestra.** Estamos obligados a salir a la calle. No un día, ni dos, sino todos aquellos que sean necesarios para obligarles a blindar la sanidad, revertir lo privatizado, expulsar al ánimo de lucro de la atención sanitaria, establecer un sistema digno de cuidado de nuestros mayores. Para centrar el sistema en la prevención, y en la actuación contra los productores de enfermedad..... es decir

para prevenir lo que no sabemos curar. Para que nuestro dinero se dedique a garantizar el interés general.

Nunca más muertos evitables, Nunca más negocio con la sanidad

1. Derogación de la ley 15/97 y del artículo 90 de la Ley General de Sanidad. Rescate de todo lo privatizado. ATENCIÓN PRIMARIA CENTRADA EN LA SALUD COLECTIVA. SUPRESIÓN DE REDES PARALELAS. INCOMPATIBILIDAD PÚBLICO- PRIVADA. FUERA LAS EMPRESAS DE LA SANIDAD.

2. Por una industria sanitaria y farmacéutica pública.

3. Sanidad para todos, independientemente de la situación administrativa.

4. Cuidados de nuestros mayores con dignidad

5. Por un sistema sanitario centrado en los determinantes sociales de la salud y la enfermedad.

Por un sistema público, universal, y con gestión democrática