



Cinco preguntas a...

En América

Tribuna

Salud alimentaria

Unión Europea



Noticias Eupharlaw

"Cinco preguntas a..." consiste en un breve cuestionario a ciudadanos y a figuras relevantes del sector Salud en el ámbito nacional e internacional.

Juan Antonio Gómez Liébana, Integrante de la Coordinadora Anti Privatización de la Sanidad (www.casmadrid.org)



Juan Antonio Gómez
Liébana

1- ¿Cuáles fueron los motivos para crear CAS Madrid y cuáles han sido las mayores dificultades de estos años de actividad?

CAS fue creada en 2004 por un grupo de usuarios y profesionales de la sanidad pública, cuando conocimos el plan de la Comunidad de Madrid para transformar parte del sistema sanitario público en un modelo de titularidad y gestión privados. Alertamos de que se iba a producir un importante deterioro de la calidad asistencial, paralelo al traspaso a manos de empresas privadas de una parte cada vez mayor el presupuesto sanitario público, y al desmantelamiento y cierre de los centros "tradicionales" de gestión directa pública. Las mayores dificultades han surgido a raíz de nuestra campaña por la derogación de la Ley 15/97, campaña que denunciaba el papel cómplice de los grandes partidos y los sindicatos subvencionados.

2- ¿Existen distintos mecanismos de privatización de la sanidad pública? En concreto en Madrid ¿cómo ha influido el cambio al "área única"? ¿Puede explicar brevemente en qué ha consistido?

El modelo aplicado en Madrid y otras CCAA es el que los anglosajones denominan PF1/PPP (concesiones de obra pública o administrativas), modelo que pone en manos de empresas privadas durante décadas la asistencia sanitaria de millones de personas.

El área única, como denunciábamos en su momento, no es más que un mecanismo para la desestructuración sanitaria y la voladura de los sistemas de planificación sanitaria para crear las bases de un "mercado sanitario". El ánimo de lucro pasa a ser el objetivo central de las empresas concesionarias, por cierto, las mismas que huyendo de la explosión de la burbuja inmobiliaria, se establecieron en el sector público sanitario asegurándose rentabilidades por décadas (gestión sin riesgo). La realidad ha demostrado que el "área única" no sitúa al paciente en el centro del sistema para que pueda elegir (es de todos conocida la imposibilidad de elección real dada, "asimetría de la información en el campo sanitario"), sino que las empresas "eligen" a los pacientes rentables.

3- ¿Qué opinan sobre el mensaje constante de la insostenibilidad del Sistema Nacional de Salud? Por otro lado ¿se informa suficientemente a los ciudadanos con datos reales sobre la calidad asistencial?

Este mensaje es muy antiguo y ha sido utilizado por todo tipo de partidos políticos. En los 90, gobernando el PSOE, se utilizó y sirvió para justificar la creación de la Comisión Abril, cuyas "recomendaciones" estamos sufriendo en estos momentos. La sanidad como servicio público no puede generar beneficios económicos, sino sociales, además existe suficiente dinero como para financiar otro sistema sanitario: el fraude fiscal de las grandes empresas supone, año tras año, cifras cercanas a los 90.000 millones de euros, el IVA dejado de ingresar, alrededor de 17.000 millones de euros...

Respecto a la información sanitaria, la inexistencia de una Ley de Transparencia digna de ese nombre, permite el hurto a la población de cualquier dato desagregado que nos permita comparar la calidad de la asistencia sanitaria de los centros sostenidos con dinero público, lo que impide cualquier evaluación seria, ya que dichos datos sólo están en manos de políticos y gestores.

4. ¿Qué opinan del cambio que supone el Real Decreto 16/2012, que retrocede de una cobertura sanitaria que garantizaba el derecho de los ciudadanos a la salud, por el actual en que se requiere poseer la condición de "asegurado"?

Hay varios cambios de gran calado en el Real Decreto, que nos retraen a épocas anteriores. En primer lugar la transformación del concepto de ciudadano por el de asegurado para poder recibir asistencia sanitaria, hecho este de enorme calado que puede dejar fuera de la asistencia a un importante número de personas, hecho gravísimo dado el contexto de paro estructural creciente en el que nos encontramos. Por otra parte la división de la cartera de servicios en básica, suplementaria y accesorio no puede esconder más que la próxima exclusión de prestaciones, para las que habrá que pagar en un futuro no muy lejano. Por último, la exclusión de los inmigrantes "irregulares", auténtico guiño a los sectores más reaccionarios de la sociedad, es una bomba de relojería contra la salud pública, y una medida discriminatoria y xenófoba con la que no se van a lograr ahorros económicos, sino lo contrario.

5- ¿Cómo podría mejorarse la información terapéutica de los ciudadanos?

En primer lugar entiendo que el SNS debería de tener una política farmacéutica propia y autónoma en lugar de estar a merced de las multinacionales del sector. Mayor gasto sanitario o farmacéutico no conlleva mejores niveles de salud. No es ninguna utopía la creación de un sistema público de farmacia desde el que se fabriquen y distribuyan la mayor parte de los medicamentos de uso más común, así como la reducción del número de fármacos de posible prescripción desde el sistema público (como ocurre en otros países europeos). A partir de ahí, serían necesarias campañas informativas y de concienciación ciudadana sobre la utilización correcta de los medicamentos, aparte de una simplificación de los contenidos de la información farmacéutica.

Juan Antonio Gómez Liébana. Integrante de la Coordinadora Anti Privatización de la Sanidad (www.casmadrid.org) Diplomado en Enfermería. Master en Salud Pública. Licenciado en Sociología. Trabajando en el SNS desde 1976.



Jurídico

Listado de medicamentos excluidos de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.- Publicado el 29 de junio de 2012.

Orden ESS/1452/2012, de 29 de junio, por la que se crea un fichero de datos de carácter personal para la aplicación por el Instituto Nacional de la Seguridad Social de lo previsto en el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Resolución de 13 de junio de 2012, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se anuncia la fecha y lugar para la realización de la primera parte de la prueba de aptitud, se nombra Tribunal y se elevan a definitivos los Anexos I y II de la Orden SSI/1126/2012, de 8 de mayo, sobre convocatoria de prueba de aptitud a determinados nacionales de la Unión Europea que han solicitado el reconocimiento de su cualificación profesional para ejercer en España la profesión de enfermero responsable de cuidados generales.

Resolución de 13 de junio de 2012, de la Dirección General de Ordenación Profesional, por la que se anuncia la fecha y lugar para la realización de la primera parte de la prueba de aptitud, se nombra Tribunal y se elevan a definitivos los Anexos I y II de la Orden SSI/1127/2012, de 8 de mayo, sobre convocatoria de prueba de aptitud a determinados nacionales de la Unión Europea que han solicitado el reconocimiento de su cualificación profesional para ejercer en España la profesión de matrona.