

LEE CON MUCHA ATENCIÓN, TAMBIÉN TE AFECTA A TI

La sanidad privada no es más barata

Se difunde la idea de que la gestión privada/empresarial es más eficiente que la pública y que, por tanto, la sanidad privada es más eficiente y barata que la sanidad pública. Pero este argumento puede ser rebatido por varios motivos. Observando algunos resultados en salud, como la esperanza de vida en todos sus aspectos (años de vida sana, esperanza de vida al nacer, etc.) se ve que es más larga en países con sistemas sanitarios avanzados con un fuerte componente público que en aquellos en los que predomina el sector privado. (1)

Otro de los aspectos que se deben tener en cuenta es la calidad de los servicios sanitarios que realmente es menor en el sector privado con ánimo de lucro. En estudios realizados en Estados Unidos se vio que la mortalidad para el mismo tipo de pacientes era mayor en dicho sector; también que se reducían costes a base de reducir el personal sanitario cualificado y aumentar el no cualificado; o que era mayor el número de complicaciones de los tratamientos clínicos. (2)

Además, el gasto en salud en España en 2009 fue inferior al de la media de la OCDE: El porcentaje de gasto en salud sobre el PIB en España fue de 9,5%, mientras que el promedio de los países de la OCDE fue de 9,7%. El gasto per cápita en salud en España fue de 3.067 \$, mientras que el promedio de los países de la OCDE fue de 3.361 \$. Tres de los países que más gastaron (Estados Unidos: 7.960 \$, Suiza: 5.144 \$ y Canadá: 4.363 \$) tienen un porcentaje significativamente mayor de gasto sanitario privado (52%, 40% y 29%) respecto al total de gasto sanitario que el de España (26%). (3)

Finalmente, teniendo en cuenta al personal sanitario y las camas hospitalarias, se ve que el sistema que mejor rédito saca de cada \$ o € invertido es el mayoritariamente público. (1)

Todo lo anterior apoya la idea contraria a la que se difunde, es decir, la gestión pública realmente es más barata y eficiente que la privada. Por ello, exigimos la paralización del proceso de privatizaciones, que se está realizando gracias a la Ley 15/97 (aprobada con los votos de PP, PSOE, CC, PNV y CiU), y el rescate de los centros ya privatizados.

(1) <http://www.socialdemocracia.org/articulos-de-fondo/estado-del-bienestar/76-mitos-sobre-la-eficacia-el-gasto-de-la-sanidad-pca-y-la-privada.html>

(2) <http://www.vnavarro.org/?p=3294>

(3) http://www.oecd.org/document/8/0,3746,en_2825_499395_2742536_1_1_1_1,00.html

No abusamos de los servicios sanitarios

Montoro: *"Hay mucho abuso en la cartera de servicios de la Sanidad"* (1)

Aunque algunos estudios sitúan a España a la cabeza en el número de consultas al médico de atención primaria (7,5 por habitante y año, por 6,7 de media OCDE, 2011) (2), esta sobrefrecuentación no implica mayor gasto, ya que una parte de esas consultas, o bien son para temas burocráticos o para otras necesidades que podrían ser atendidas por otros profesionales.

La mayor parte el gasto sanitario se produce en la atención especializada, y es ahí donde España se sitúa en los últimos lugares de los países de nuestro entorno, con sólo 10,4 ingresos por 100 habitantes, frente a 15,9 de la media UE-15 E, o a 17,2 de media de los países europeos de la OCDE. (3)

Otros estudios sitúan incluso a España en la mitad de la frecuentación hospitalaria frente a países como Inglaterra, Gales, etc. (104 ingresos por 1.000 habitantes frente a 251 Inglaterra) (4); o incluso en pruebas diagnósticas (España 43 resonancias magnéticas por 1.000 habitantes frente a 55,2 de Francia) (5). El propio Ministerio de Sanidad reconoce que España presenta el menor número de altas hospitalarias de la UE-15 (10.411/100.000 habitantes) junto con una frecuentación comparativamente baja (6).

De cualquier forma hay que remarcar que las decisiones sobre el gasto sanitario son tomadas por el personal médico, es decir, en el supuesto de que hubiera abuso, cosa que no es cierta dados los datos anteriores, éste sería achacable a quien tiene la capacidad de decidir el ingreso hospitalario, la prueba diagnóstica o la intervención quirúrgica, no al enfermo.

En el estado español no existe ninguna ley que obligue a políticos y gestores a dar a conocer la información sanitaria relevante de cada centro sanitario (mortalidad, listas de espera, infecciones, reingresos....), así como en qué y cómo se gasta nuestro dinero .

iiii EXIGIMOS TRANSPARENCIA Y ESTABLECIMIENTO DE GARANTÍAS Y CRITERIOS MÍNIMOS EN TODO EL ESTADO PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO YA!!!!

(1) <http://www.lavanguardia.com/economia/20120410/54283883212/montoro-abuso-sanidad.html>

(2) OCDE, Health Data, 2011

(3) OCDE Health Data, 2009

(4) SESPAS. Informe 2002. <http://www.sespas.es/informe2002/cap23.pdf>

(5) Sistema de Información Sanitaria del SNS. Información y Estadísticas Sanitarias 2010. Ministerio de Sanidad y Política Social

(6) Informe anual SNS 2010. Ministerio de Sanidad y Consumo

El sistema sanitario no es insostenible, no gastamos más de lo que tenemos

Más dinero para la sanidad no equivale necesariamente a mejor nivel de salud de la población, ya que éste depende no sólo del dinero dedicado a ella y de cómo se distribuya (por ejemplo, si se desvía a centros privados), sino de otros factores sobre los que hay que actuar desde un punto de vista socio-político (desigualdades internas, niveles de protección social y paro, privatizaciones...).

En el estado español dedicamos unos 65.000 millones €/año a sanidad pública., pero estamos por debajo de la media de la UE-15 y del promedio de la OCDE en gasto per cápita (3.067 USD en el 2009, OCDE 3.223 USD. (1)

HAY DINERO PARA GARANTIZAR UNA SANIDAD DE CALIDAD, *si recuperamos:*

Los 90.000 millones de fraude fiscal anual, dinero suficiente para financiar otro sistema sanitario (2) El Impuesto de Patrimonio, que aportaría entre 1.800 y 2.100 millones de €. Restablecerlo sólo para los 47.614 personas que declaran un patrimonio individual superior a 1,5 Millones de €, equivaldría unos 1.240 millones de €, el gasto sanitario anual de Extremadura - 1.083.00 habitantes-. (3)

La rebaja / eliminación a partir del 2010 del Impuesto de Sucesiones y Donaciones, supuso dejar de ingresar unos 3.000 millones de euros/año, como el gasto anual de Canarias-2.200.00 habitantes-. (3).

El IVA dejado de ingresar supone alrededor de 18.000 millones de €/año, más que el gasto sanitario anual de Madrid y Cataluña. (4)

El gasto militar supone alrededor de 18.609 millones de €. Por cada avión de combate *Eurofighter* se pueden construir 3 hospitales.(5). Además, continuamente nos bombardean con los 16.000 millones € de deuda sanitaria, pero ocultan que el Ministerio de Defensa tiene una deuda de 30.000 millones.

Trabajadores y pensionistas declaran anualmente a la Hacienda Pública una media de 19.359 euros, 8.300 euros más que los pequeños empresarios y profesionales liberales que declararon unos rendimientos medios de 11.036 euros (6)

EXIGIMOS EL CESE DE LAS PRIVATIZACIONES Y LOS RECORTES Y EL CONTROL CIUDADANO DE LA SANIDAD: ¡¡¡ TRANSPARENCIA YA !!!!.

El 83% de los ciudadanos cree que “Una agresiva campaña contra el fraude fiscal permitiría allegar los recursos suficientes para mantener la calidad de los servicios y prestaciones sin modificar la presión fiscal actualmente existente”. 6)

(1) Base de datos de la OCDE sobre la salud

2011.http://www.oecd.org/document/30/0,3746,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407,00.html

(2) Fraude, corrupción y blanqueo de capitales en España. IHE.

En:<http://www.inspectoresdehacienda.org/attachments/Documento24.pdf>

(3) No al copago. CAS Madrid. http://www.casmadrid.org/includes/NO_AL_COPAGO.pdf

(4) Evolución de la recaudación por IVA en los años 1995-2008: radiografía de un gran fraude fiscal. GESTHA, octubre 2009.<http://www.gestha.es/archivos/informacion/monograficos/2009/evolucion-de-la-recaudacion-por-iva-en-losanos-1995-2008.-radiografia-de-un-gran-fraude-fiscal.pdf>

(5) El gasto militar del estado español para 2009. Centre d'estudis per a

MDELÁS. http://www.antimilitaristas.org/IMG/pdf/376_informe_despesa_2009_cas.pdf

(6) Reducir el fraude fiscal y la economía sumergida. Una medida vital e imprescindible para superar la crisis. GESTHA. Nov. 2011.

La sanidad privada no consigue mejores resultados

“Está comprobado que la Sanidad Privada es hasta 2,5 veces más eficiente a la hora de gestionar los recursos” (1). Y esto no es verdad, pues sin embargo, a pesar de la falta de transparencia existente en el estado español, que impide acceder a datos que nos permitan evaluar el modelo de centros sanitarios privados que están sustituyendo por todo el estado a los públicos, la evidencia científica

internacional demuestra que: Las probabilidades de muerte si eres atendido en un hospital con ánimo de lucro son mayores que si eres atendido en un hospital público (no lucrativo):

- **un 2% superiores** en adultos (2)
- **un 9,5 % superiores** en recién nacidos (2)
- **un 8 % superiores** en pacientes renales crónicos (3)

La privatización de la limpieza implica una reducción del número de limpiadores por cama. En Inglaterra se redujo el número de limpiadores de 67.000 a 36.000, lo que coincidió con el incremento de la tasa de infecciones por MRSA hasta llegar a ser la más alta de la UE (4).

Los hospitales lucrativos presentan tasas mas elevadas de complicaciones post-operatorias (neumonía, insuficiencia respiratoria e infecciones urinarias), que los no lucrativos (5).

La mortalidad en pacientes con enfermedad renal fue del 21 % para los pacientes tratados en las centros lucrativos frente al 17 % para los tratados en centros no lucrativos, a pesar de que los riesgos eran inferiores en los lucrativos ya que realizaban un menor porcentaje de trasplantes (6).

¡ BASTA YA DE MÁS MENTIRAS !

FUERA EL LUCRO DE LA SANIDAD:

Derogación de la Ley 15/97 y de las leyes autonómicas que la desarrollan.

PARALIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE PRIVATIZACIÓN

en marcha y RESCATE de los centros privatizados.

SUPRESIÓN DE LOS CONCIERTOS CON CENTROS PRIVADOS.

**DINERO PÚBLICO PARA NUESTROS SERVICIOS PÚBLICOS,
NO PARA RESCATAR BANCOS**

(1) Federación Nacional de Clínicas Privadas, FNCP, Madrid, 2012

(2) A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. Devereaux PJ. CMAJ. 2002 May 28;166(11):1399-406

(3) Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis. Devereaux PJ, JAMA. 2002 Nov 20;288(19):2449-57.

(4) Comptroller & Auditor General. 2000. The management and control of hospital acquired infection in acute NHS trusts in England. National Audit Office. London

(5) Nurse Staffing Levels and Adverse Events Following Surgery in U.S. Hospitals. Kovner , Gergen. J Nurs Schol 1998;30:315 (Estudio realizado en 589 hospitales de EEUU)

(6) Effect of the Ownership of Dialysis Facilities on Patients' Survival and Referral for Transplantation. Pushkal P. Garg, N Engl J Med 1999; 341:1653-16