

El negocio del futuro ya está aquí: los nuevos hospitales de Madrid

Aplicación del modelo "concesión"
en la sanidad pública madrileña

www.casmadrid.org

LOS NUEVOS HOSPITALES
MÁS CAROS, MENOS SERVICIOS... Y ENCIMA PRIVADOS
"PORQUE EL DINERO ES LO PRIMERO"
LO QUE INTERESAN SON LOS BENEFICIOS... A COSTA DE LOS PACIENTES



Piratas de la  *Sanidad Pública*

**EL PP CONVIERTE LA SANIDAD
EN UN MERCADO Y SE LO ENTREGA
A LAS MULTINACIONALES**

CAS-MADRID
Coordinadora Anti-Privatización de la Sanidad Pública de Madrid
(CNT, CGT-MSE, Solidaridad Obrera, Plataforma Sindical EMT,
SAS, Ecologistas en Acción) www.casmadrid.org



El contexto: deterioro planificado

- Déficit crónico de financiación (300 €/habitante menos al año que las Comunidades que más gastan)
- Centros colapsados, tecnología obsoleta.
- Congelación plantillas (gasto personal: del 57 % en 1992 al 45 % en 2003)
- Aumento de 1.500.000 usuarios de 2000-2007
- Pérdida de camas públicas en la última década (3,5 camas/1.000 habitantes)
- Futuro cierre de cientos de camas públicas (planes directores)
- Listas de espera, masificación.
- Incremento de conciertos y seguros privados (las camas privadas ya suponían en 2007 el 38 %).
- Colaboración de "agentes sociales" (Lamela: paz social)

GSP 2007: 6.071 millones € *

- Primaria: 1.886 (1.200 a farmacia)
- Especializada: 3.780 (438 a farmacia)
- Conciertos privados: 1.000 millones €
- Farmacia total: 1.635 millones €
- Los conciertos privados más el gasto en Farmacia suponen el 40 % del gasto total.

• * Presupuestos CAM 2007

Situación de la atención primaria

- Gasto Sanitario Público 2004: Primaria 15 %; Especializada 53 %; Farmacia 23 %
- En 1985, España dedicaba el 21 % a Primaria, en 2001 el 15 % (media Europa 22 %).
- Masificación consultas: más errores clínicos, aumento prescripción y derivaciones a especializada y urgencias (más gasto), descenso de la calidad asistencial.
- No cobertura de ausencias de profesionales, deterioro condiciones laborales, aumento de la presión asistencial (citas a 4-5 días).

Características

M. privado

- Titularidad privada
- Animo de lucro
- Finalidad: reparto de plusvalías anuales
- Beneficiarios: accionistas
- Competencia
- Selección de riesgos
- Rentabilidad económica

M. publico

- Titularidad pública
- No lucrativo
- Finalidad: dar respuesta a necesidades de salud
- Beneficiarios: pacientes
- Complementariedad
- No selecciona pacientes
- Rentabilidad social

Modelo PFI (Concesión de obra pública): privado y lucrativo

- Cesión gratuita de suelo público: una Unión Temporal de Empresas privadas construye y explota el hospital durante 30-60 años
- Arrendamiento: alquiler anual
- Servicios de "apoyo" externalizados y subcontratados a otras empresas (1).
- Explotación libre de "zonas complementarias comerciales" (2) beneficio\$ privado\$ imposibles de cuantificar y, secretos.
- Salto cualitativo: ánimo de lucro en la sanidad.
- (1) esterilización, limpiezas, alimentación, administración, jardinería, lavandería, residuos, desinfección, transporte, almacenes y distribución, archivo y documentación, telefonía
- (2) (parking, tiendas, restauración, vending.....),

Justificación de la Administración

- Limitaciones presupuestarias (Maastrich)
- Menor plazo de construcción
- Menores desviaciones sobre el presupuesto inicial
- El sector público no paga inicialmente
- Supuesta transferencia de riesgo al sector privado
- Supuesta "mayor eficiencia del sector privado"
- El sector público "no se endeuda" (Eurostat: no computa como deuda). Truco de la chistera: cambio de lugar la deuda para que no compute como gasto público
- Sistema más barato ("la competencia reduce costes")
- Sistema de pago "llave en mano".

Modelo PFI: más caro

- Tasas de interés 3 puntos más altas que si los créditos fueran del sector público (1)
- Accionistas exigen tasas de retorno del 15 % al 25 % anual
- Gastos de negociación innecesarios (abogados, marketing)
- Asesorías: hasta el 4 % del valor del proyecto.
- Costes reales más caros
- Sueldos más altos de sus directivos
- La propia banca reconoce el modelo como más caro. (2).
- (1) PFI Perfidious financial idiocy. BMJ, 319: 2-3
- (2) Los nuevos instrumentos de la Gestión Pública, Colección de Estudios Económicos, nº 31, La Caixa, 2003

Modelo PFI: inconvenientes

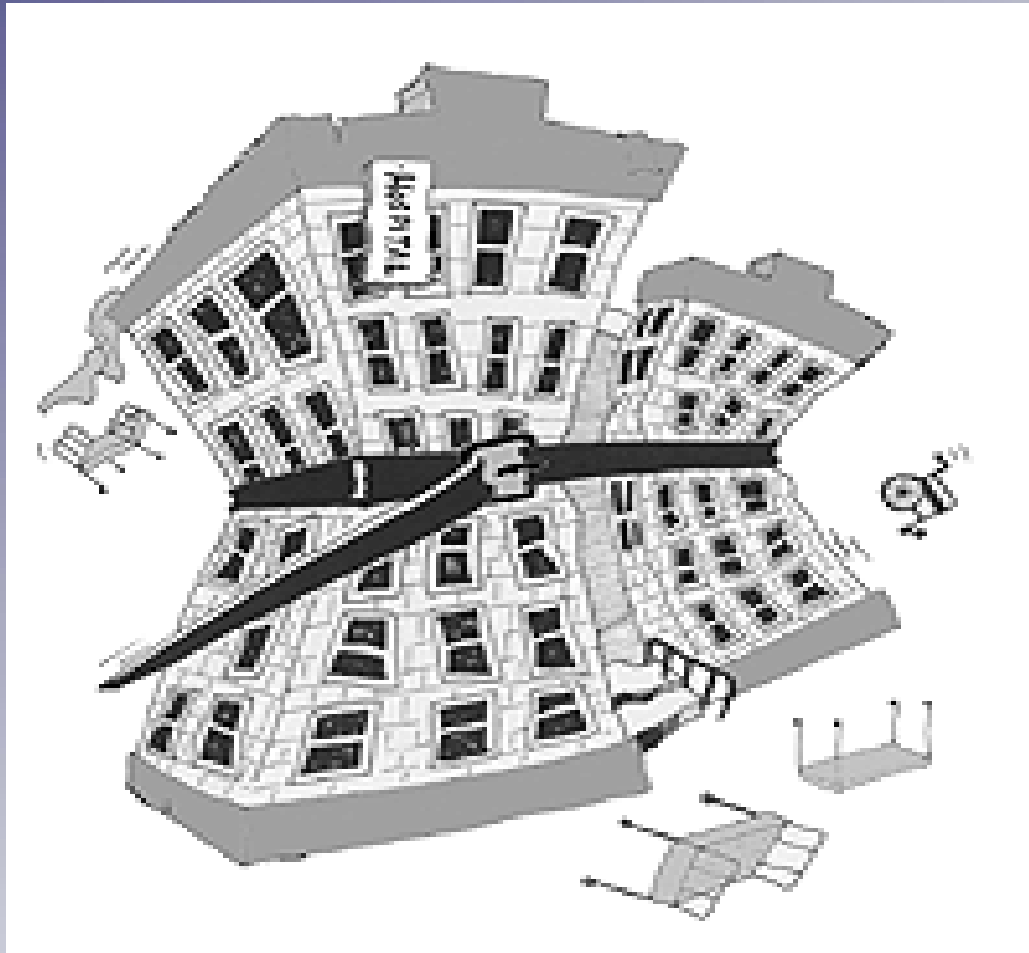
- Endeudamiento de 4.000 millones € durante 30 o más años: hipoteca a varias generaciones.
- Esquema similar al de la autopista M-45 (1).
- Si a los 30 años se recuperan los centros, su estado obligará a su rehabilitación (con fondos públicos).
- Hospitales muy pequeños: no podrán cubrir la demanda sanitaria actual: masificación,
- Cualquier modificación requiere negociación y acuerdo con propietarios y encarece el proyecto.
- Gran Bretaña: el coste final de los hospitales de este modelo fue un 72 % más de lo previsto (2).
- (1) El País, 8 -8-2005

Hipoteca: desde 2008 130 millones de €/año. En 2007 cerrados: 54 millones

- Como el presupuesto total anual de un hospital de 525 camas -116 millones de €- (1)
- El gasto anual en sueldos de los 2.200 trabajadores de ese hospital tipo (350 médicos, 650 enfermer@s, 150 técnicos, 450 auxiliares enfermería, y 600 PNS), es de 65 millones €.
- Se podrían contratar un año a 700 médicos, 1.300 enfermer@s, 300 técnicos y 1.200 trabajadores no sanitarios.
- (1) Memoria hospital Getafe 2004

Se reducirán los presupuestos clínicos (mínimo 130 millones € en 2008)*

* 22.000 millones pts



Las empresas no corren riesgos económicos

- Reciben una población fija: “demanda sanitaria” asegurada
- Beneficios garantizados: la asistencia sanitaria no puede dejar de prestarse
- Si tienen pérdidas económicas, la Administración garantiza el negocio (rescate del Hospital de Alzira)
- Si tras 2008, se produjeran variaciones de volumen superiores al 15 %, revisión al alza del canon.

Diferencia de coste: Puerta de Hierro / Central de Asturias

	Nº CAMAS	COSTE+ EQUIPAMIENT	COSTE FINAL
P. HIERRO	802	250	1.200
C. ASTURIAS	1.039	239	350
DIFERENCIA	237	11	850

Lo más barato sale más caro: ¿Innovación o especulación?

- Puerta de Hierro. Costes de construcción y equipamiento: 221 millones.
- Canon: 44,5 millones de €/año (CMA). A los 5 años amortizada la inversión.
- Si la empresa no cumpliera las cláusulas de ninguno de los servicios externalizados, sólo cobraría el 40 % de la CMA (17 millones de €/año): en 13 años se habría amortizado la inversión.

Los inversores



Asegurando beneficios para el futuro

NUEVOS HOSPITALES	COSTE OBRA	COSTE OBRA+ EQUIPAMIENTO BÁSICO	ALQUILER ANUAL	ALQUILER 30 AÑOS (mill. €)	Nº CAMAS	EMPRESA
MAJADAHONDA	221	250	44,5	1.200	809	DRAGADOS
PARLA	64	84	14	387	180	SACYR
S.S. REYES	98	114	18	505	240	ACCIONA
COSLADA	65	93	15	425	180	SACYR
VALLECAS	98	107	15,4	437	204	BEGAR-PLODER
ARGANDA	49	63	10	278	110	FCC-C. MADRID
ARANJUEZ	43	58	9	253	66-90*	HISPÁNICA
VALDEMORO**	63	72	Variable	Variable	106	APAX PARTNERS
TOTALES	701	841	127	3.485	1.895*	

Los nuevos hospitales PFI

- “Los servicios programados se realizarán en otro laboratorio externo” ⁽¹⁾
 - Estancia media de 4 días ⁽²⁾
 - Pocos servicios: 32 especialidades (excepto Majadahonda que ofrecerá 64) ⁽³⁾
 - “Tendencia a atender pacientes privados” ⁽⁴⁾
 - Posibles déficit en algunas especialidades.
- (1) Programa funcional, pag 179
 - (2) Programa Funcional, pag. 326
 - (3) www.madrid.org: Seguimiento obras NNHH
 - (4) Programa Funcional, pag. 329

Privatizar la limpieza: más infecciones, más muertes

- **Gran Bretaña: tasa de infecciones por MRSA más alta de la UE ⁽¹⁾.**
De 67.000 a 36.000 limpiadoras en 15 últimos años.
- **Del 30-50 % de estas infecciones son prevenibles ⁽²⁾**
- **Relacionadas con reducción de gastos. Remiten al duplicar las horas limpieza ⁽³⁾**
- **Hospital C.Vancouver: 86 % sanitarios afirmaron que la limpieza había disminuido desde su privatización.**
- **(1)** Comptroller & Auditor General. 2000. The management and control of hospital acquired infection in acute NHS trusts in England. National Audit Office. London.
- **(2)** Zoutman et. al, "The state of infection surveillance and control at Canadian acute care hospitals," *American Journal of Infection Control*, 2003:31 , 266-275.
- **(3)** Rampling, A., Wiseman, S., Davis, L., Hyett, P., Walbridge, A. N., Payne, G. C., & Cornaby, A. J. (2001). Evidence that hospital hygiene is important in the control of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Journal of Hospital Infection*, 49: 109-116. 50

Privatizar la limpieza: más caro

- Gastos añadidos (reingresos, estancias más altas, IT, antibióticos, ..)
- Intervenciones quirúrgicas sobrevenidas, cierre de plantas y quirófanos, retraso de otras operaciones.
- Gasto debido a infección MRSA: 14.360 \$ por paciente ⁽¹⁾.
- Estudio NAO Gran Bretaña: 20 de 23 de los hospitales que tenían mala limpieza habían privatizado servicio.
- Los gastos de personal explican 93 % del gasto de la limpieza: la "eficiencia" a expensas del personal.
- (1) Tony Kim, MA; Paul I. Oh, MD; Andrew E. Simor, MD, "The Economic Impact of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in Canadian Hospitals," *Infect Control Hosp Epidemiol* 2001;22:99-104

Hospitales lucrativos: mayor riesgo de mortalidad en adultos ⁽¹⁾

- Estudio de 26.000 hospitales de USA, entre 1982-1995, datos de 38 millones de pacientes. Se encontró que el riesgo de muerte en los hospitales lucrativos era un 2 % mayor que en los no lucrativos.
- Se aplicaron los resultados a Canadá: en 1999-2000 murieron en sus hospitales 108.333 pacientes
- Si sus hospitales se hubieran transformado en lucrativos, hubiera habido 2.220 muertes más en ese tiempo.
- (1) Devereux,P.J., CMAJ, may 28, 2002

Hospitales lucrativos: mayor riesgo de mortalidad perinatal ⁽¹⁾

- Estudio de 1,6 millones de pacientes en 243 hospitales.
- Se demostró un incremento del riesgo relativo de muerte era un 9,5 % más alto en los hospitales lucrativos que en los no lucrativos.
- Aplicándolo a Canadá, si sus hospitales se transformaran en lucrativos, de 1.800 muertes, 100 de ellas se deberían a la atención en hospitales lucrativos

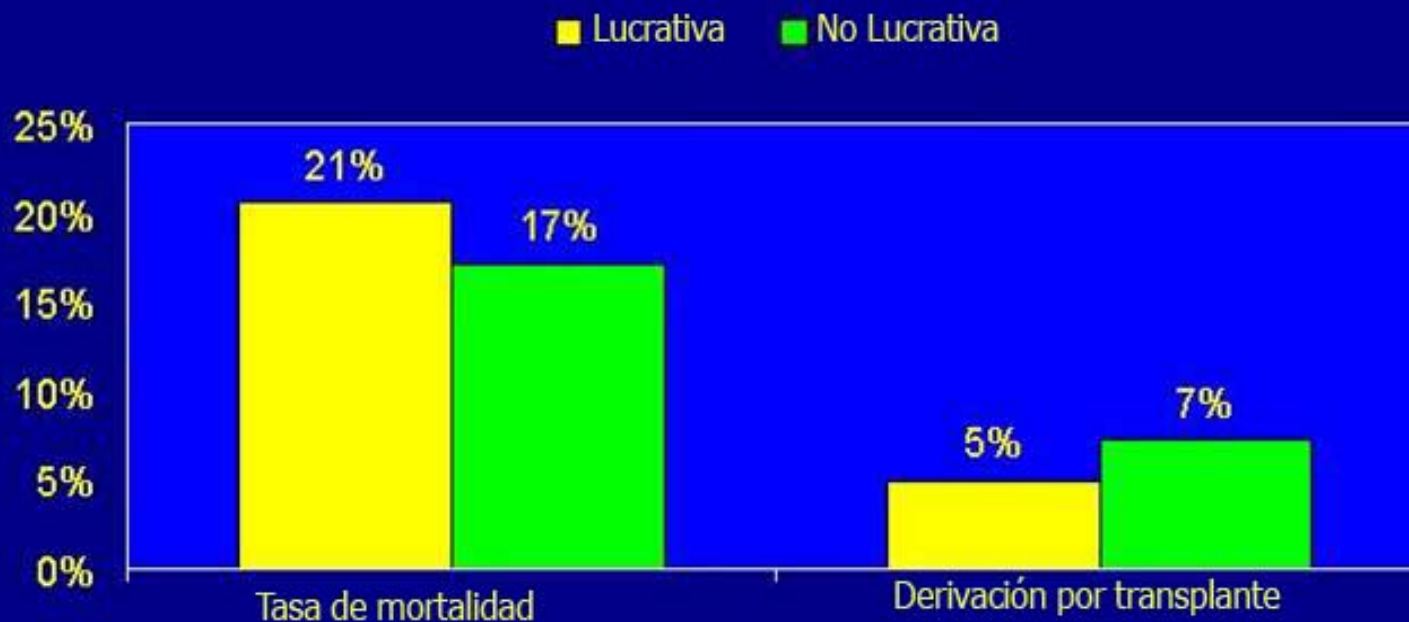
- (1) Devereux, P.J. CMAJ, may 28, 2002

Hospitales lucrativos: mayor riesgo de mortalidad en pacientes dializados ⁽¹⁾

- Mortalidad en centros de hemodiálisis privados lucrativos y no lucrativos de EEUU (más de 500.000 pacientes entre 1973-97)
- Aumento del riesgo relativo de muerte del 8 % en lucrativos.
- EEUU, 2001:
 - 208.000 pacientes en ttt^o de hemodiálisis (el 75 % en lucrativos)
 - 20 % fallecen cada año
 - 2.500 muertes prematuras al año son debidas al tratamiento en centros lucrativos
- Canadá, 1999:
 - 12.715 pacientes recibieron ttt^o hemodiálisis
 - 1.966 fallecieron
 - Si Canadá convirtiera sus centros en lucrativos, se producirían unas 150 muertes más al año.
- (1) Devereaux, P. J. Et al. *JAMA*. 2002;288:2449-2457

Diálisis en instituciones lucrativas

Más muertes, menos trasplantes



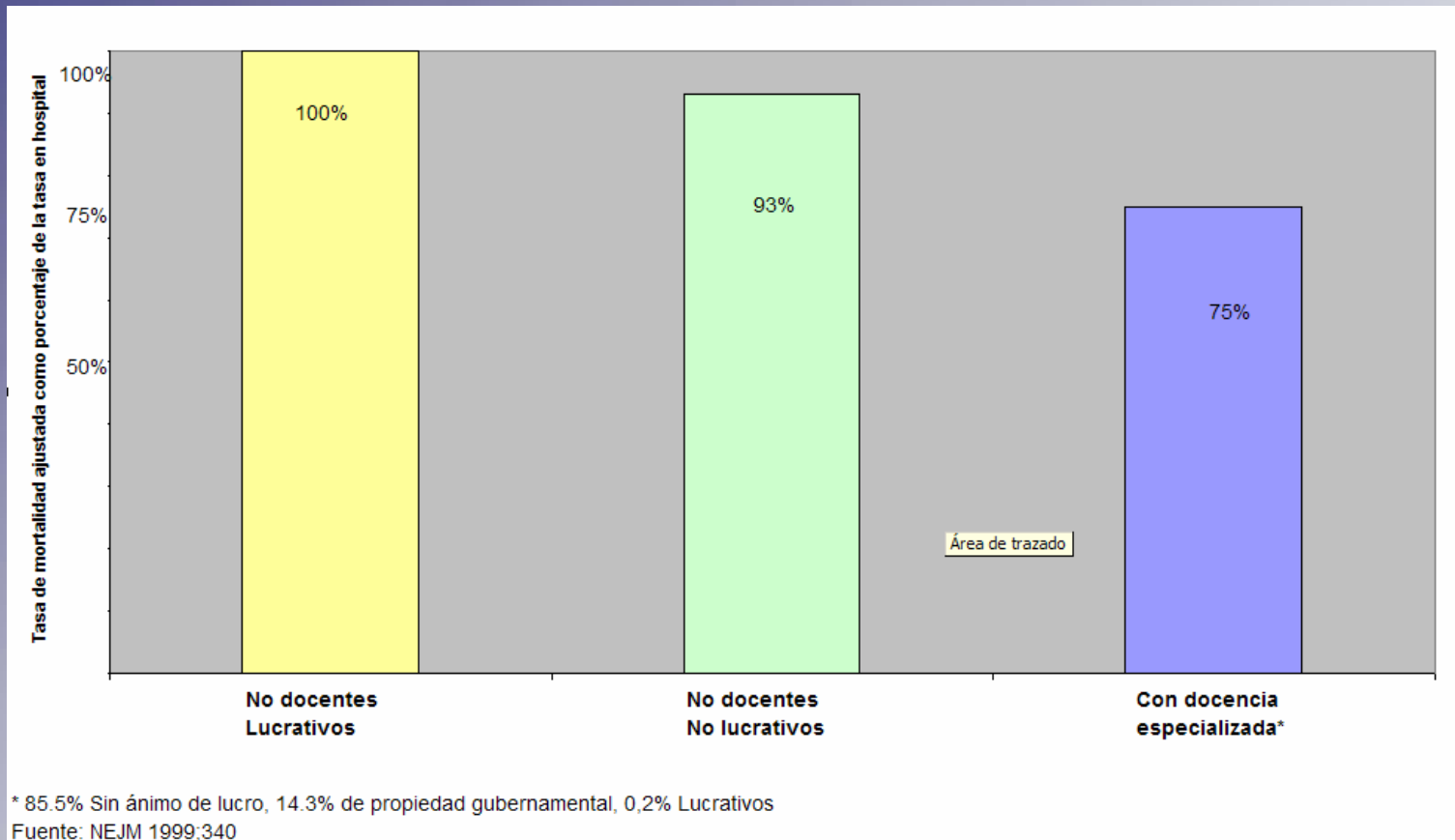
Nota: Los gráficos han sido ajustados de acuerdo con factores demográficos y co-morbilidad
Fuente: NEJM 1999; 341:1653

Atención a enfermos renales en fase terminal.
El 85% de los centros de EEUU son lucrativos y tienen peores resultados que en Canadá donde no son lucrativos

- En EEUU, las tasas de mortalidad de pacientes en diálisis son un 47% más elevadas. En Canadá se realizan más trasplantes (35% frente a 17% en EEUU) * (1)
- En EEUU, el 57% de los pacientes son tratados con dializadores reciclados. En Canadá, el 0%
- El coste en Canadá es menor: 503 dólares menos por paciente y mes
- Una empresa alemana, Fresenius, controla el 24% del mercado americano. Declara unos beneficios de 225 dólares por paciente y mes

- *(tras ajuste por edad, sexo, raza y co-morbilidad)
- (1) Med Care 1997; 35:686 & Fresenius SEC filings, 2000

Las tasas de mortalidad son más altas en hospitales con ánimo de lucro



La seguridad del paciente aumenta cuando el número de trabajadores es adecuado

- Los pacientes corren peligro de sufrir efectos adversos: errores de medicación; caídas; complicaciones postoperatorias; "fracaso terapéutico"
 - Canadá: de 2,5 millones de ingresos hospitalarios anuales, 185.000 están asociados con efectos adversos y 70.000 serían evitables (1).
 - EEUU: 98.000 defunciones / año por "errores médicos" (2)
 - Sólo en California y Victoria (Australia), se aplican coeficientes legislados de pacientes por enfermera.
- (1) Baker et al. The canadian adverse events study. CMAJ, 170, 1678-1686
- (2) Kohn LT et al. To err is human: building a safer health system. National Academy: Washington,DC

Más enfermeras, menos complicaciones ⁽¹⁾

- El aumento de 1 hora diaria en los cuidados de enfermería especializada se asoció con:
 - 8.4% menos neumonías post-operatorias
 - 2% menos trombosis post-operatorias
 - 6% menos insuficiencia respiratoria post-operatoria
 - 8.9% menos infecciones urinarias post-operatorias
- Los hospitales lucrativos presentaron tasas mas elevadas de neumonía, insuficiencia respiratoria e infecciones urinarias.

- (1) Fuente: Kovner & Gergen – Image: J Nurs Schol 1998;30:315 Estudio realizado en 589 hospitales

Mas enfermeras, menor mortalidad

- Aumentar de 4 a 6 los pacientes de cirugía /enfermera incrementó un 14 % la probabilidad de que uno de ellos muriera en los siguientes 30 días de su ingreso ⁽¹⁾
- En 68.000 pacientes de I.A.M. se constató que las horas de enfermera por paciente y día estaban en relación inversa con la mortalidad ⁽²⁾
- En pacientes con SIDA, un día adicional de enfermera por paciente estaba relacionado con un descenso de la mortalidad del 50 % en los siguientes 30 días ⁽³⁾
- (1) Aiken L.et al.,Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality. JAMA 1987-1933
(2) Schultz, van Servellen et a, The relationship of hospital structural and financial characteristics to mortality. Outcomes management for nursing practice , 1998)
(3) Aiken et al, Organization and outcomes of inpatient AIDS care. Medical Care. 1999

Las enfermeras de North Durham hablan ⁽¹⁾

- **Una enfermera especializada recordaba el caso de un paciente de unos 40 años, en fase terminal:** *"Lo había estado atendiendo durante siete años, tanto en el hospital como en su domicilio. Falleció poco después de que nos mudáramos al nuevo hospital. No me di cuenta de que había muerto hasta cuatro horas después. Sencillamente, no había tenido tiempo. No había gritado y todos los demás pacientes sí, por eso no pude fijarme en él. Había cuatro trabajadores para 32 pacientes: dos cualificadas y dos ayudantes y, encima, dos de ellas eventuales. Eso ahora es lo habitual. Se hace todo lo contrario de lo que aprendimos. Me hice enfermera porque quería cuidar a los pacientes."*
- (1) <http://www.web.net/ohc/nursesandP3s.htm>

Las enfermeras de North Durham hablan ⁽¹⁾

- **Otras comentaban:**
- *"No paro de decir: lo siento, lo siento, tiene que esperar. Estoy sujetando tres bolsas de orina con una mano y con la otra estoy tratando de poner la medicación, no tendrá más remedio que esperar a que termine. Todos los días me digo: dios, si fuera mi madre o mi padre"*
- *"No tenemos tiempo para lavar a los pacientes. El cuidado diario es básico, y no se haceNo hay suficientes auxiliares para atender a los que necesitan ayuda"*.
- (1) <http://www.web.net/ohc/nursesandP3s.htm>

La Organización Mundial de la Salud reconoce desventajas del modelo PFI ⁽¹⁾

- El modelo PFI tiene costes más elevados que los hospitales tradicionales.
- Descenso de la calidad
- Falta de flexibilidad para introducir modificaciones
- Incremento de la complejidad

• (1) Public-private partnerships for hospitals. McKee, M. et al. Bulletin of the W.H..O. November 2006

Recortes laborales (G.Bretaña), repercusión en los cuidados

- El 13 % de las enfermeras tituladas son reemplazadas en parte por ayudantes de atención sanitaria (1)
 - Hospitales PFI: entre un 20 y un 30 % menos de plantilla que los públicos (14 % menos de médicos y enfermería, 38 % menos de personal de apoyo) (2)
 - NHS calcula en 100.000 el número de puestos de trabajo que reducirá (el 10 % de la plantilla) (3), 36.000 de ellos en el 2007 (5).
 - Exodo enfermería: el 45 % de las enfermeras tituladas en los últimos 4 años se han ido al extranjero (4).
- (1) <http://www.web.ca/ohc//nursesandP3s.htm>
 - (2) Pollock, A. et al. Private finance and “value for money” in NHS hospitals: a policy in search of a rationale? *bmj*, Vol. 321, 2002
 - (3) *The Guardian*, april 12, 2006
 - (4) Nursing crisis looms, says RCN.
 - (5) *Diario Médico*, 8 enero 2007

Recortes laborales (Canada), repercusión en los cuidados

- Entre 1995-1999, con la apertura de hospitales PFI y cierre de hospitales públicos, se redujeron 25.000 puestos de trabajo ⁽¹⁾
 - Columbia Británica: reducción de 1.300 puestos (12 % de la plantilla) en hospitales pediátricos y obstétricos ⁽²⁾
 - Cesión servicios psiquiatría a empresas privadas
- (1) Submission to the SARS Comission, november 2003, OHC/CUPE
 - (2) Cuts at children's and Women's Hosopital, BC Cancer Agency. HEU, 2002

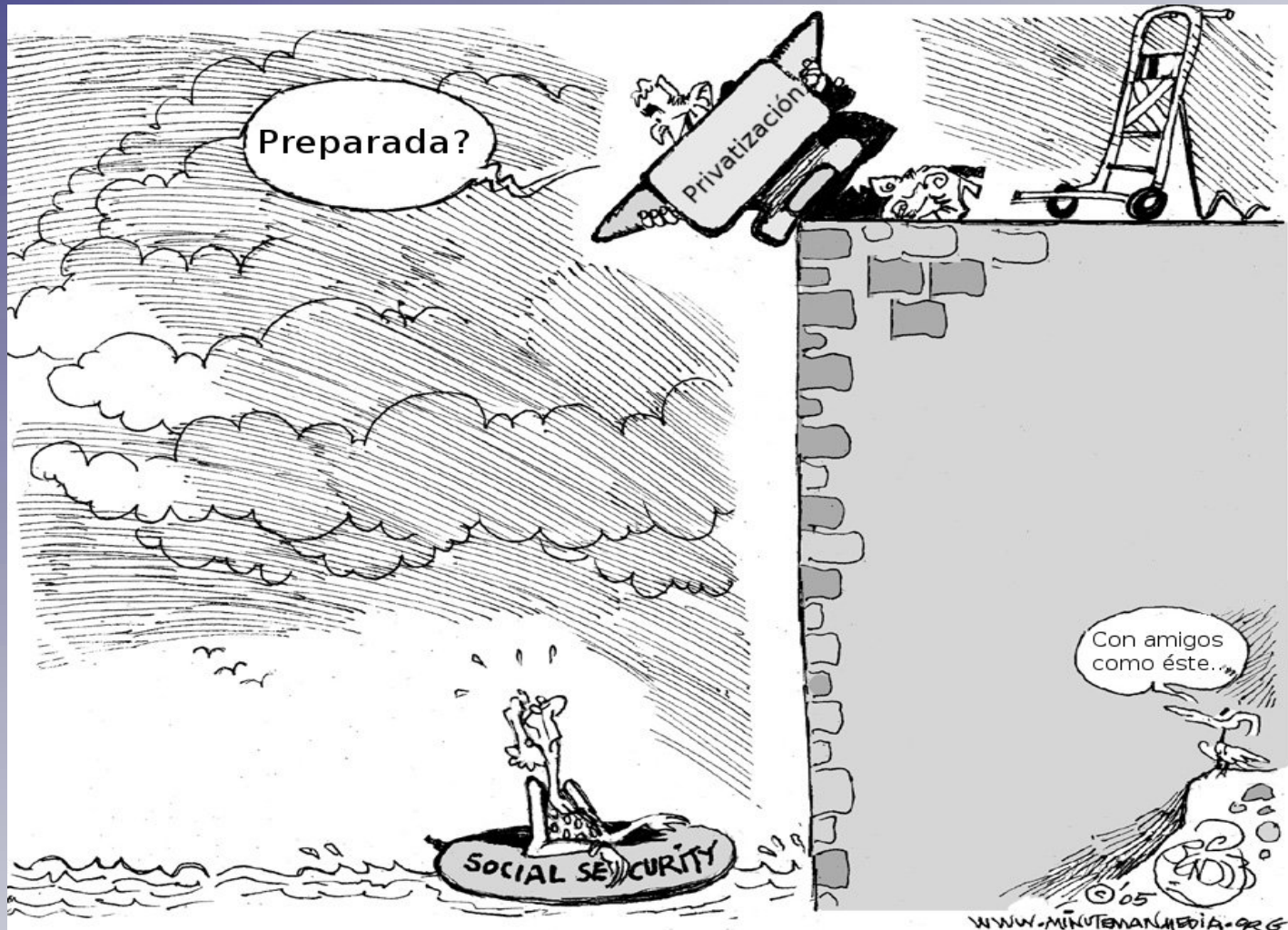
Nueva zonificación: habitantes en hospitales públicos y privados

AREA 1	GREGORIO .MARAÑON	600.000	
AREA 2	PRINCESA Y COSLADA	450.000	150.000
AREA 3	ALCALA DE HENARES	350.000	
AREA 4	RAMON Y CAJAL	350.000	
AREA 5	LA PAZ	420.000	
AREA 6	PUERTA DE HIERRO-MAJADAHONDA		500.000
AREA 7	CLINICO	530.000	
AREA 8	MOSTOLES	230.000	
AREA 9	LEGANES y SA FUENLABRADA	400.000	
AREA 10	GETAFE Y PARLA	320.000	150.000
AREA 11	12 OCTUBRE, VALDEMORO y ARANJUEZ	520.000	200.000
AREA 12	VALLECAS y ARGANDA		425.000
AREA 13	SAN SEBASTIAN DE LOS REYES		300.000
AREA 14	CLINICA JIMENEZ DIAZ		400.000
AREA 15	FUNDACION ALCORCON	230.000	
TOTAL			2.200.000

Desestructuración sanitaria

- Nueva zonificación: intereses privados (Clínica Jimenez Diaz, áreas 12,13,14)
- Infrutilización de centros y tecnología públicos
Ruptura de las áreas para potenciar los centros privados (Valdemoro/Pinto)
- Ocultismo datos sanitarios.
- Creación de empresas sujetas al derecho privado para la gestión de los antiguos centros sanitarios (Gregorio Marañón, 12 Octubre...).

La reforma sanitaria del PP



www.casmadrid.org

EL PP DESTRUYE LA SANIDAD PÚBLICA MADRILEÑA

Eliminan centenares de camas en los hospitales públicos (12 de Octubre, Clínico...) para entregarlas a empresas privadas que serán dueñas de los 8 nuevos hospitales de Madrid: Majadahonda, Vallecas, Coslada, S.S. de los Reyes, Arganda, Aranjuez, Parla y Valdemoro

Por el mantenimiento de la calidad asistencial y contra el negocio y el ánimo de lucro en la salud

Defiende la sanidad pública
¡No permitas la privatización de nuestros hospitales!

**MADRID:
8 NUEVOS HOSPITALES
MODELO CONCESIÓN
=
Privados
Más caros
De peor calidad**

Coordinadora Anti-Privatización de la Sanidad Pública de Madrid (CAS)
www.casmadrid.org - info@casmadrid.org

CNT

CONCESIONES ADMINISTRATIVAS

El ejemplo del País Valenciá
Hospitales de la Ribera
(Alzira) y Torrevieja

Concesión administrativa

- Cesión de las prestaciones sanitarias públicas a una empresa privada, durante un mínimo de 30 años.
- No hay separación entre servicios sanitarios y no sanitarios.
- Retribución capitativa: más beneficios a medida que se reduce la prestación de servicios.
- Retribución por acto médico (pacientes de otras áreas, privados...). En este caso no interesa limitar el acceso sino aumentar el número de pruebas diagnósticas o intervenciones para aumentar los beneficios.
- (1) www.hospital-ribera.com

Alzira: principios

- Principio fundamental: “La actividad médica debe de ser coherente con la estrategia empresarial”.
- “Las diversas áreas del Hospital funcionan a modo de microempresas con el objetivo de lograr un mayor grado de eficiencia y que éste redunde en un beneficio directo a los profesionales de cada área, vía incentivos económicos”.
- Cuantificación monetaria de cada acto médico, para que cada médico sepa en cada momento cual es su capacidad de producción diaria
- (1) www.hospital-ribera.com

Alzira: objetivos

- Lograr rapidez en el proceso productivo médico.
- Premiar la eficiencia en la producción (p.ej. en un quirófano el número de intervenciones realizadas).
- Reducir los costes variables (farmacia, material sanitario, personal, laboratorio, Rx y diagnóstico imagen, número de atenciones en urgencias).
- Reducir el número de determinaciones y pruebas por paciente.
- Reducir el porcentaje de hospitalizados.
- Reducir el coste por paciente.

Alzira: incentivos económicos

- Incentivos: “Los profesionales perciben importantes complementos salariales en concepto de incentivación por el cumplimiento de unos objetivos asistenciales fijados con carácter trimestral que responden a la planificación asistencial”
- - Cada consulta realizada tiene un incentivo.
- - Cada urgencia atendida sin ingreso hospitalario (objetivo: “premiar a aquellos que adecuan el número de ingresos que se producen desde urgencias”).
- - Por intervenciones locales realizadas fuera de quirófano.
- - Por cada alta hospitalaria producida.
- - Por cada intervención quirúrgica (anestésistas).
- (1) www.hospital-ribera.com

Hospital de Valdemoro: privado total

- Valdemoro (Capiro SA): 330 €/paciente/2007
- Capiro SA: área 14-CJD (400.000 habitantes)
- A menor utilización, mayor beneficio.
- Limitación de pruebas y de ingresos
- Altas prematuras
- Selección riesgos
- Reducción de tratamientos

Atención primaria: de puerta de entrada, a barrera de contención

- UTE Hospital Torrevieja Salud (Acciona, Asisa, Grupo Ortiz, Caja Ahorros Mediterráneo, Bancaja).
- La familia Carmona "donó" 100.000 metros cuadrados para construirlo a cambio de permiso para recalificar 760.000 metros y construir 2.684 casas.
- La UTE "recibe" 9 centros públicos de atención primaria en los que establece de 18.000-24.000 €/año de incentivos a los médicos de primaria que reduzcan las derivaciones a especializada y al hospital (2.000 €/mes)
- (1) Abono trimestral de incentivos económicos a los médicos de Atención Primaria en concepto de «resolución» de casos de pacientes que de esta forma no se derivan a la consulta del especialista. Diario Información, de Alicante 27-11-2007

¿Cuál es la base legal para la agresión a la sanidad pública?

- **Ley 15/97 "Nuevas Formas de Gestión" (1)**
- **Ley 55/2003 del Estatuto Marco (2)**
- **Ley 13/2003 reguladora del contrato de concesión obra pública**

•(1) Aprobada con los votos de PSOE y PP . Solo votaron en contra IU y BNG. Permite la entrada de las empresas privadas lucrativas en el sector.

•(2) Aprobada con los votos de PP e IU (a petición de CCOO). Introduce los Planes de Reordenación de Recursos Humanos, la indefinición de jornadas....

•(3) Aprobada con los votos de PP, CiU, CC... Permite introducir en la LCAP la sanidad como un negocio más (autopistas, puertos...)

¿Qué hacer?

informar, organizarse, movilizarse

- Los políticos y empresarios necesitan silencio para llevar a cabo las reformas sanitarias
- En Canadá la población se ha organizado en Coaliciones de Salud para defender la titularidad pública de sus centros (1)
- En otros países, la presión social ha logrado la paralización del modelo, e incluso el “rescate” de algunos hospitales (Australia, Nueva Zelanda, Escocia), o la aprobación de leyes que impiden la venta de hospitales públicos (Stopplagen, Suecia, enero 2006)
- (1)Referendum mayo 2006, 80.000 ciudadanos de Bahia Norte votan NO a los hospitales P3