

<https://info.nodo50.org/A-proposito-de-las-donaciones-a-la-sanidad-publica.html>



# A propósito de las donaciones a la sanidad pública

- Noticias - Noticias Destacadas -



Fecha de publicación en línea: Miércoles 5 de junio de  
2019

---

Copyright © Nodo50 - Todos derechos reservados

---

**Durante la fase final de la campaña electoral se ha abierto una polémica sobre el rechazo de una de las candidatas a las donaciones de “esa persona de la que Usted me habla” de alta tecnología relacionada con la oncología a la [Sanidad Pública](#).** Las declaraciones eran, por supuesto, poco oportunas ya que abrían un flanco que fue inmediatamente aprovechado por sus oponentes, porque el tema precisa de un debate sosegado y reflexivo que, en general, es casi imposible en una campaña electoral y que, por otro lado, se abre a posicionamientos muy pasionales y fácilmente manipulables (los enfermos de patologías graves suelen tener poca capacidad de reflexión si se les prometen soluciones a sus problemas, de ahí el éxito entre ellos de las que se autodenominan “medicinas alternativas”). Dicho esto, y ahora que se ha despejado el ruido electoralista, convendría hacer algunas reflexiones al respecto.

La primera, que la Sanidad Pública debe de tener una financiación suficiente y que, esta, no puede depender de la generosidad de algunos millonarios. Para garantizar la financiación sanitaria se precisa de unos impuestos suficientes y de una recaudación progresiva, situación que en nuestro país no se da. Es bien conocido que hay un diferencial de 7-8 puntos de presión fiscal sobre el promedio de la UE (y de más de 10 puntos sobre los países europeos que la tienen mayor), y que ese diferencial se produce a costa de una baja tributación de las grandes fortunas, que se ven favorecidas por cuantiosas exenciones y desgravaciones, a más de su capacidad para la ingeniería financiera. No parece razonable que las grandes empresas estén tributando en torno al 8-9% sobre los beneficios y un pensionista pueda superar el 20% de IRPF. Por lo tanto, ese es el primer cambio que se debería llevar a cabo, que las grandes fortunas tributen por sus ingresos reales y que esta tributación no pueda bajar del 30% real, con eso tendríamos garantizada la financiación de la Sanidad Pública.

La segunda, recordar que las donaciones gozan de unas ventajas fiscales que vienen a rondar una desgravación del 30% sobre lo donado (puede variar según las CCAA), de manera que una tercera parte de esas donaciones, en realidad, las estamos pagando todos los españoles

La tercera es que, si analizamos la situación de las donaciones a nivel internacional, se observa que las donaciones son muy frecuentes en los países con presión fiscal moderada o baja, con servicios públicos insuficientes en cobertura y medios (el paradigma es USA, donde por cierto las rebajas fiscales de Trump han ido seguidas de un [aumento de las donaciones](#)) y que en aquellos otros en que hay un potente estado del bienestar, con potentes servicios públicos de cobertura universal y medios suficientes así como, una importante presión fiscal con carácter progresivo (el ejemplo son los países nórdicos), las donaciones son prácticamente inexistentes y están dirigidas básicamente a programas de ayuda internacional. Es decir, existe una relación entre buenos servicios públicos con financiación suficiente y progresiva con ausencia de donaciones y un papel importante de estas en modelos neoliberales de baja y/o deficiente cobertura pública. Por ello, el debate va más allá de las donaciones concretas sino que atañe a que modelo de sociedad queremos y explica bien el apoyo a las donaciones de los partidos neoliberales y de los grupos empresariales y mediáticos.

La cuarta, es que las donaciones de las que se trata han sido condicionadas, es decir, dirigidas de una manera concreta según los intereses del donante, sin considerar los intereses generales del sistema sanitario y de las necesidades de salud más apremiantes de la población. También, resulta inapropiado y peligroso para el sistema sanitario que particulares puedan de hecho entrometerse en la política de organización y planificación de recursos de la [Sanidad Pública](#) porque ello condiciona esta organización y puede generar desigualdades intolerables, y muchos recursos para problemas no prioritarios, mientras otros que si lo son permanecen desatendidos. No parece razonable que particulares tengan capacidad por esta vía para condicionar decisiones estratégicas del sistema sanitario.

## A propósito de las donaciones a la sanidad pública

---

La quinta, tiene que ver con las necesidades de equipamiento tecnológico de nuestra Sanidad Pública que no parecen tan evidentes. En España, según la OCDE (OECD Health Data 2018), hay 17 resonancias magnéticas (RM) y 18,3 Tomografías axiales computerizadas (TAC) por millón de habitantes. En el primer caso una cifra superior al promedio de la OCDE (16,4) y en el segundo por debajo (26,1). La situación en la UE es de 17 RM y 22 TAC/millón. Esta cifra de España es claramente superior a la de muchos países más desarrollados que el nuestro, por ejemplo los RM/TAC millón sería de 7,2/9,5 en Reino Unido, 9,5/15 en Canadá, 11,1/14 en Suecia, por poner ejemplos significativos, y parece que estas cifras están bastante relacionadas con el modelo sanitario, siendo muy superiores en modelos neoliberales (36,7/41,8 en USA) y no con las mortalidad por cáncer, ni con la mortalidad general, ni con la esperanza de vida de la población. Como suele suceder, hay una gran disparidad en la dotación entre las CCAA, en cuanto a las RM oscilan entre un máximo en Madrid (19,5) y el mínimo de Cantabria (8,6) y en los TAC entre Navarra (21,9) y Canarias (15,4).

Se ha dicho que el [parque tecnológico español está obsoleto](#), pero esto es bastante discutible (mas allá de que en los años de la crisis no se haya producido reposiciones del mismo) porque la información proviene de la industria y está sesgada, de hecho no está tan claro, habría que analizar, caso a caso, si las innovaciones que pretende vender la industria suponen mejoras reales en los resultados (por ejemplo, una revisión de la utilización de robots quirúrgicos, cuyo uso se magnificó en los medios como un “gran avance”, no encontró diferencias significativas en las complicaciones postoperatorias comparadas con la laparoscopia, aunque si tuvieron mayores tiempos quirúrgicos y mayores costes de hospitalización a los 90 días, con lo que podría concluirse que las nuevas tecnologías quirúrgicas robóticas parecen ser más un instrumento de marketing y una nueva vía de dilapidar dinero público que un avance real para enfermos. Eso sí, en España, en 2018 se compraron 46 robots Da Vinci, con un coste aproximado de 92 millones €). Lógicamente, la industria en esto, como en los coches, los televisores, las lavadoras, la ropa, etc., procura vendernos “lo último” que no necesariamente incorpora ventajas significativas para la salud ni es coste/eficiente. Y una prueba de que tan necesarios no eran los equipos donados está en el hecho de que, a día de hoy, dos años después, cerca del 50% de los equipos todavía no han llegado al sistema sanitario y otros continúan en sus embalajes originales.

La sexta, es que a pesar de que la dotación tecnológica del país no es especialmente baja sí que lo es su utilización en el sistema sanitario público. Porque para que funcione un acelerador lineal, un RM o un TAC se precisa de personal médicos, técnicos, enfermería, mantenimiento, etc. Con los recortes se disminuyó el personal sanitario y bajó la escasa utilización que ya existía en la Sanidad Pública que contrasta mucho con su uso en el sector privado. O sea que tener más aparatos no va a mejorar nada si no se acompaña de un aumento de personal cualificado que permita su utilización.

La séptima está relacionada con la sobreutilización de la tecnología sanitaria que es un problema importante en una doble vertiente. Por un lado está constatada una utilización excesiva e innecesaria de la tecnología médica (una revisión de The Lancet en 2017 de la utilización de 56 técnicas de uso común detectó entre un 0,26 y un 73% de utilización inapropiada y excesiva) y aunque en nuestro país no hay muchos estudios sobre el tema, se considera que en torno al 30% del uso de la tecnología médica no está justificada; por el otro el conocimiento de que el uso excesivo entraña en ocasiones problemas para la salud de las personas, como sucede por ejemplo con la relación entre radiación y cáncer y los numerosos efectos adversos de los medicamentos (se ha llegado a hablar de un “sistema toxico”). O sea que, deberíamos ser conscientes de que más tecnología y más utilización de la misma no solo puede no ser bueno para la salud sino que puede ponerla en peligro, por lo que se impone un uso prudente de la misma.

Otras consideraciones, como la [procedencia del capital que se dona](#); de las posibles sanciones al donante por parte de Hacienda o de la utilización propagandística de las donaciones, no cambian las repercusiones para el sistema sanitario del hecho en si.

En resumen, las dotaciones del sistema sanitario público deben de garantizarse por los impuestos, lo que precisa de

## **A propósito de las donaciones a la sanidad pública**

---

un cambio del sistema fiscal que asegure la contribución progresiva de todos. Una vez que se garantice esta equidad fiscal no sucede nada si alguien decide contribuir con una donación a la Sanidad Pública siempre que esta sea incondicionada y pueda ser utilizada por las administraciones sanitarias, de acuerdo con las necesidades y los planes de salud (equipamientos, personal, infraestructuras, etc.). No tiene ninguna lógica fomentar la sobreutilización tecnológica ya existente, tenemos que utilizar los recursos tecnológicos de la Sanidad Pública de una manera intensiva (para lo que se necesita más personal cualificado, no necesariamente más aparatos) y deberíamos de avanzar en medidas preventivas y de promoción que favorezcan la desmedicalización de la sociedad.