

**Álvaro Corazón Rural**

**Marciano Sánchez Bayle: «Isabel Díaz Ayuso no es imbécil, es bastante lista y bastante malvada»**

*JOT DOWN*, noviembre de 2022.

*El SNS, Sistema Nacional de Salud, la sanidad pública universal, se implantó en España en los años 80, pero tardó muchos más años en desarrollarse por la falta de recursos. Se pasó de un sistema de seguridad social a uno universal pero, en ese periodo inicial, el contexto internacional de auge del neoliberalismo lo sometió casi desde el principio a reformas que introducían las leyes del mercado en su funcionamiento, cuando no eran políticas netamente privatizadoras. En el siglo XXI, la que ya era una infrafinanciación crónica se convirtió en recortes con la crisis de 2008. Una década después, la pandemia puso al descubierto de forma dramática todas estas debilidades del sistema. Aun así, el SNS probablemente sea la herramienta más eficaz contra la desigualdad en España y el salario indirecto más cuantioso que reciben los españoles. La FADSP, Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, lleva años no solo denunciando los ataques que sufre el SNS, también el derroche de sus recursos o su mal uso en beneficio de los proveedores. El doctor **Marciano Sánchez Bayle** (Plasencia, 1949) es su portavoz. Queremos repasar con él la historia del SNS, que se ha encontrado a contracorriente desde que nació.*

**En julio anunció Díaz Ayuso una reforma «profunda» y «severa» de la sanidad de Madrid.**

Le gustan mucho los titulares y las palabras grandilocuentes que, luego, generalmente, están vacías de contenido. Igual que cuando ofreció el Zendal para los enfermos de Ucrania, pacientes básicamente quirúrgicos y traumatológicos que difícilmente podrían ser atendidos en un hospital sin quirófanos. Hace esas declaraciones buscando los titulares para que después alguien conteste con irritación diciéndole «eres una imbécil». Y por lo que yo conozco, **Isabel Díaz Ayuso** no es imbécil, es bastante lista y bastante malvada, además de reaccionaria.

Lo que planea seguramente sea un golpe de Estado en el sistema sanitario, una contrarrevolución según la terminología clásica. Un golpe de timón en el que el sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid desaparezca y tengamos un sistema en manos privadas para la gente que tenga dinero suficiente para buscarse la vida y tener una atención más o menos de calidad, que los trabajadores tengan un sistema público de baja calidad y, el resto, a la beneficencia. Esa es su idea, la del neoliberalismo, lo que quería [Margaret Thatcher](#) para el Reino Unido, aunque no lo pudiera llevar a cabo, también **Reagan** o lo que hubo en Chile con la Escuela de Chicago. Lo que pasa es que en Chile hubo un golpe de Estado para tomar estas medidas, en un sistema democrático es más complicado.

**¿Como la primera ley de sanidad española, que era de 1855 y hablaba de higiene y vacunaciones, los médicos recibían sus honorarios por el servicio que daban y el resto quedaba en manos de la beneficencia...?**

Igual durante el franquismo. Había aseguramiento privado y la gente con contrato laboral tenía la Seguridad Social, que en el caso de la atención hospitalaria al final de la dictadura llegó a tener buena calidad, pero la extrahospitalaria, los ambulatorios, etc., tenían una calidad ínfima. Y el resto de la población, a la beneficencia. De hecho, el Hospital Diego de León de Madrid se llamaba Gran Hospital de la Beneficencia del Estado, o las diputaciones, que tenían hospitales provinciales para atender a la gente sin recursos. Cuando empecé la carrera hice prácticas en un hospital provincial y lo que te encontrabas eran salas con quince o veinte camas sin separación y una monjita atendiendo a todos, que les daba de comer, que ya era algo para gente en situación de extrema pobreza, y algún tipo de tratamiento médico. Creo que este es el horizonte al que quieren que volvamos.

**Sin embargo, lo que se repite es el mérito de que el franquismo creó la Seguridad Social.**

Fue así, **Franco** puso la Seguridad Social. Ese es un hecho evidente. También conviene recordar que el sistema de Seguridad Social de Alemania lo hizo **Bismarck**, que no era precisamente de ideas muy democráticas. Hubo un momento en el que los países capitalistas más o menos avanzados entendieron que era importante asegurar una atención sanitaria básica a la población trabajadora, porque si no eso acababa empeorando de una manera muy notable su negocio.

**La producción.**

Claro, de hecho, en Estados Unidos, donde no se pudo hacer una reforma sanitaria, los primeros proyectos los hizo **Ford** por intereses económicos muy concretos. Veía que necesitaba una población trabajadora relativamente bien atendida que no podía estar al albur de tener un accidente y encontrarse él de repente sin trabajadores. Con esta filosofía surgieron los modelos de seguridad social, primero Alemania y luego se extendieron a todos los países de Europa y después Chile, Argentina o México, que tiene un sistema de seguridad social malo, pero lo tiene.

**La descripción de broma de que los sistemas de seguridad social eran talleres de reparación de obreros es precisa, entonces.**

Sí, en España la población que no era trabajadora no estaba cubierta hasta que se aprobó la Ley General de Sanidad en 1986, donde pasamos de un sistema de seguridad social a un sistema universal. De todas formas, no hay que engañarse, lo del franquismo sigue pasando hoy, aunque sea de otra manera. Ahora la atención también está relacionada con la renta. Si pides cita en atención primaria y te dan para dentro de un mes, tú tienes derecho a la atención sanitaria, pero ejercerlo no puedes. Es mejor tener derechos sobre el papel a que no existan, pero es un consuelo un poco...

**En Alemania se implantó el sistema de Bismarck, pero en Reino Unido apareció el de sir William Beveridge, el padre del NHS, que tenía un enfoque universal, como luego tuvo el nuestro.**

Después de la Segunda Guerra Mundial entendieron que dar solo atención sanitaria a la población trabajadora por cuenta ajena dejaba a mucha gente fuera de la cobertura. Este sistema británico, de entrada, fue prácticamente universal. Llegaron a dar cobertura hasta a los no nacionales si se encontraban en ese momento en Reino Unido. Este

sistema lo importaron los países escandinavos y los ricos de la Commonwealth, Australia y Nueva Zelanda. Posteriormente, llegó a Portugal, Grecia y España, pero ya de aquella manera. Muy tarde y con pocos recursos, porque nuestro país era, evidentemente, mucho más pobre.

**Como fuere, al adoptar este sistema, se tuvo que valorar que su eficacia era mayor.**

La falta de cobertura estaba clara. En España la Seguridad Social alcanzaba al 75 % de la población, que es una parte muy importante, pero se quedaba fuera otra parte significativa. Otra cosa buena de la Ley General de Sanidad fue unificar todas las redes sanitarias porque, como decía su preámbulo, había como medio centenar de organismos. También se hizo pivotar la sanidad sobre la Atención Primaria, porque se incorporaba de manera relevante la prevención y la promoción, y se descentralizó en las comunidades autónomas para que asumieran todos los recursos sanitarios de forma integral. La pena es que esta ley tenía una vocación salubrista y esta se desarrolló muy poco.

**¿Qué eran las igualas?**

Un sistema que tenían en España los médicos en el ámbito rural, en los pueblos, en el que la población pagaba una determinada cantidad y el médico se comprometía a atenderles de una manera diferente o mejor que a las personas de la beneficencia.

**También había en los barrios de las grandes ciudades.**

Sí, entonces la red de la Seguridad Social funcionaba muy mal y había pequeñas clínicas del sector privado que, fundamentalmente, atendían urgencias. Al que estaba en la iguala se le atendía y, el que no, tenía que pagar in situ.

**Llegó hasta los 80.**

Hasta finales de los 80. En la medida en que se empezó a desarrollar la atención primaria, dejó de tener sentido. En los pueblos aguantó más tiempo. Ahí tenía cierto carácter coercitivo. El que no estaba en la iguala sospechaba o sabía que la atención que iba a recibir no iba a ser la misma.

**La Ley General de Sanidad invocaba la Constitución, de hecho, las primeras leyes del gobierno de Suárez seguían esa senda...**

Le cambió un poco el nombre al Instituto Nacional de la Seguridad Social, que pasó a ser el Insalud. Incorporó el término «salud» porque empezaba a ser evidente que la atención no debía centrarse exclusivamente en la reparación, sino que tenía que promover la salud también. Ya se había producido la Declaración de Alma Ata de la Organización Mundial de la Salud y se notaba cierto aire de transformación y cambio.

La **Constitución** decía: «Se reconoce el derecho a la protección de la salud» y «**compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto**». ¿Estaba bien el redactado o es ambiguo?

Apartados 1 y 2 del artículo 43. Supuso un gran avance sobre lo que había antes, que no existía ningún derecho. Su redacción no es ambigua, porque hablar de la protección de la salud es razonable, no es algo que se pueda exigir, la genética y el cuerpo humano tienen limitaciones. El problema que tenía la Constitución es que en los artículos de competencias de las comunidades autónomas aparece un apartado que es Seguridad e Higiene y las CCAA empezaron a desarrollar actividad legislativa por ahí. Se le

traspasó a las CCAA de manera rápida un dispositivo asistencial importante, los médicos de ámbito rural, la beneficencia y las diputaciones. Esto fue positivo, porque era razonable, pero también problemático porque la legislación se empezó a crear de forma descoordinada. Una legislación estatal y diecisiete autonómicas, este es uno de los problemas que arrastra el Sistema Nacional de Salud.

Habría sido mejor o no dar inicialmente Seguridad e Higiene a las CCAA o habérselo transferido todo desde el principio. Esta situación ambigua ha generado un problema que sigue sin resolver. Cuando se aprueba la Ley General de Sanidad, el 38 % de la población vive con la sanidad transferida a su comunidad y desde ese momento se legislan muchas cosas que ya no eran de aplicación en esas comunidades, disposiciones que ya no eran de obligado cumplimiento por las CCAA. ¿Qué supuso? Pues, por ejemplo, que las CCAA no desarrollaron nada la participación comunitaria, que supuestamente era uno de los pilares de un sistema sanitario público.

**Pero eso no lo vimos en ningún lado, ¿no? El artículo 58 de la Ley General de Sanidad preveía la creación de Consejos de Salud de Área para la participación comunitaria y seguimiento de la gestión, formados por organizaciones sindicales y profesionales sanitarios, la administración del Área de Salud y una representación de los ciudadanos «que supondrá el 50 % de sus miembros».**

Nunca funcionaron. No se pusieron en marcha. Los vecinos a través de estos consejos tenían derecho a participar en la gestión de su área de salud, pero como no se llevó a la práctica, pues forma parte de esas cosas que pasan en España con las leyes, como decía **Claudio Sánchez-Albornoz**, que este es un país que se caracteriza por tener muy buenas leyes que nunca se cumplen.

**A nadie le interesaba que los vecinos metieran mano en nada.**

Claro, también señalaba que la sanidad penitenciaria se transfería a las CCAA y ahí estamos... Esa misma ley también dice claramente que los dispositivos asistenciales y sanitarios de los ayuntamientos se tienen que transferir a las CCAA y ni Madrid ni Barcelona lo han hecho, siguen teniéndolos y nunca han querido transferirlos porque eso significa dinero, mucho presupuesto que no quieren que vaya a las CCAA, porque el presupuesto es poder y cargos políticos que distribuir entre amistades, conocidos, familiares y parientes.

**La primera oposición que tuvo la Ley General de Sanidad fue de los propios médicos.**

Del Consejo General de Colegios de Médicos, con **Ramiro Rivera**.

**Y se criticó al gobierno socialista por no enfrentarse a ellos.**

Se enfrentó a ellos, pero de una manera insuficiente. La clase médica ya sabemos lo que es, en el Reino Unido también se opusieron. El enfrentamiento aquí fue con los médicos, no fue ni con la población ni con las enfermeras, pero se mezclaron varias cosas. Había una posición política de Ramiro Rivera, que luego fue portavoz de Sanidad del Partido Popular. Tenía esa ideología de la señora **Esperanza Aguirre**: el sistema sanitario público no tiene sentido, la sanidad tiene que estar provista por seguros privados y sálvese quien pueda. Luego, había un sector profesional importante que vivía de la consulta privada y otros de tener cinco o seis puestos de trabajo públicos simultáneamente y veían peligrar eso si se integraban las redes, como de hecho pasó. Y luego estaban los intereses de la industria farmacéutica, que fue la que claramente financió esta llamada Operación Primavera, porque también tenía miedo de que el

gobierno socialista se pusiera a controlar el gasto farmacéutico, que en España ha sido tradicionalmente muy elevado.

### **¿Qué fue la Operación Primavera?**

Salió en la prensa, una operación organizada por la Organización Médica Colegial y financiada por la industria farmacéutica que, mientras se discutía la Ley General de Sanidad en Madrid, pretendía poner cien mil profesionales de la medicina y la gente que se uniera para hacer una gran manifestación contra el Sistema Nacional de Salud. Se desactivó porque se hizo público, se vio lo que había detrás y quedó todo desprestigiado de una manera muy importante.

Luego, viendo cómo fue todo, yo sospecho que el gobierno les amenazaría con quitar la colegiación obligatoria si seguían por ese camino, les dirían: «Si no os estáis calladitos y quietecitos la quitaremos». Es mi sospecha, no tengo ninguna seguridad, pero es probable. Porque son muy liberales, pero la colegiación es obligatoria, yo he tenido que estar colegiado obligatoriamente y a mí nunca me ha controlado el colegio cómo he ejercido la medicina. No se puede decir que eso sea representativo, ahora mismo creo que han votado en las elecciones del colegio el 15 % de los médicos. La mayoría no participamos en los colegios y consideramos que es una cosa antediluviana, es una institución napoleónica. Intentamos en su día una ley de colegiación voluntaria y no tuvimos ningún éxito. Había muchos intereses por detrás, entre ellos cierto pasteleo entre el gobierno y los colegios, porque estos también le sirven a los políticos para decir «los médicos están con nosotros».

### **¿Cómo se explica que los médicos se opusieran a la creación del SNS y luego se diga que el SNS salió adelante gracias a los profesionales?**

Porque, como he dicho, una cosa es el colegio y otra los médicos, que tienen los mismos intereses e ideología que hay en la sociedad. Esa oposición no representaba a los profesionales. La profesión era consciente de que la práctica anterior era muy mala, estaba muy mal retribuida, totalmente maltratada, y un sistema público ofrecía grandes ventajas. Primero, como ciudadanos, los médicos también necesitan el sistema algún día, ellos o su familia, y quieren que las cosas funcionen. Luego, son profesionales y generalmente les gusta hacer las cosas bien en lugar de mal, a nadie le gusta estar todo el día chapuceando y quedarse fastidiados porque no saben si han tratado adecuadamente a un enfermo. Además, los médicos tienen ideología, por ejemplo yo, como muchos otros, veníamos de las movilizaciones de la universidad, éramos de izquierda o progresistas, y pensábamos que era necesario reforzar el sistema, cambiar una situación que entendíamos que era muy mala para el país. Lo raro es que los médicos estuviesen en contra y, cuando se vio la realidad, se comprobó que en contra estaban muy pocos.

**Una desgracia de la democracia española es que llegara justo con las crisis del petróleo, también con un momento histórico de posmodernidad en el que se incrementó el desapego por la política. En el caso del SNS ¿qué supuso que se instituyera justo cuando las potencias, con personajes tan influyentes como Thatcher, fueran en la dirección contraria?**

Lo que yo digo es que mejor en ese momento que en ninguno, pero afectó enormemente. En el 91 se hizo el Informe Abril que ya replanteaba las bases del sistema sanitario público y puso al SNS a nadar contracorriente. Un sistema sanitario público siempre nada contracorriente en una economía capitalista, porque un sistema público siempre atiende según necesidad y recibe aportaciones según posibilidades. Eso, un

señor que se llamaba **Carlos** lo describía de una determinada manera. Un sistema público está en contradicción con el capitalismo y cuando el capitalismo se ha convertido en neoliberalismo, todavía más.

La sanidad pública en España ha nadado contracorriente desde que nació. Yo solo he visto un cambio en la hegemonía ideológica tras la pandemia. Ahora se ha vuelto a pensar que hace falta un sistema público que proteja a la sociedad frente a la adversidad. Hace cinco o diez años la idea predominante era que la mejor forma de solucionarlo todo es el mercado, que lo que había que hacer para regular era privatizar. Ahora mismo hasta **Ursula von der Leyen**, que por cierto es médica, dice que hay que ponerle coto al mercado. Esto es importante porque yo creo, como **Gramsci**, que la hegemonía se gana primero en el discurso. Luego habrá que hacer las leyes, pero si tienes perdida la hegemonía en el discurso ya la tienes perdida en todo lo demás.

**¿Qué papel o influencia tuvieron los sistemas sanitarios soviéticos o comunistas en los que se establecieron en Europa occidental?**

Creo que los sistemas sanitarios públicos, como otros sistemas de protección social en Europa, surgieron como una contrapartida al socialismo real. Como decían en los *Lunes al sol*, con la caída del [muro de Berlín](#) los rusos vivían mucho mejor y nosotros mucho peor. Los sistemas de protección del sistema capitalista, en su conjunto, servían para evitar que la gente viera las partes positivas que tenía el otro sistema.

**¿No nacían de dinámicas propias de aquí? Los lucharon sindicatos, los consiguieron partidos votados.**

Es que cuando el comunismo desapareció la contraofensiva para desmontar los sistemas de protección pública fue tremenda.

**Pero cuando se empezó con esa ofensiva, que fue con las crisis del petróleo, todavía estaba vivo el comunismo y nadie se esperaba que cayese.**

En parte, pero no se hizo con la misma fuerza que tuvo a partir de la desintegración comunista. En ese momento ya no había alternativa, era o esto o esto, que es lo mismo. Antes, también hay que decir, la alternativa comunista era más ilusoria que real, en mi opinión, pero al menos en el imaginario había una alternativa y convenía dotar a esta de ventajas concretas, conquistas para los trabajadores, el salario mínimo, las vacaciones. El capitalismo aceptó eso porque tenía miedo a la revolución social.

**Para mí eso entra en contradicción con el hecho de que aquí esas conquistas llegaron de la mano de fuerzas de izquierda, con la derecha tirando para otro lado.**

Los poderes económicos aceptaron eso porque entendían que podía ser el peaje para evitar males mayores.

**¿Qué significa aceptar, cómo lo iban a impedir?**

Pues no movilizaron a la sociedad contra eso, no hicieron lo de Chile. Pensarían que no era lo mejor para ellos, pero que había que soltar un poco de lastre porque si no se hundía el barco. Luego los partidos socialistas supieron aprovechar la situación.

**Entonces influyó como amenaza, no como inspiración.**

El funcionamiento del sistema soviético de salud dejaba bastante que desear, por decirlo de la mejor manera posible. Sufría la crisis del resto del sistema, tenían un gasto militar y de imagen, como en la carrera espacial, que no se correspondía con lo que podía dar de sí la economía de esa sociedad, y todo eso se hacía en detrimento de los derechos de la gente y de la economía real. Yo no soy nada prosoviético, la verdad.

**Ahora en el SNS, si la población envejece y aumentan los nuevos medicamentos o tratamientos, aunque se mantenga el mismo gasto o solo crezca un poco ¿podemos considerar que en realidad está bajando?**

Creo que el problema que hay actualmente es por la eficiencia del sistema. El sistema sanitario público está muy colonizado por los intereses industriales. La industria farmacéutica y la tecnología tienen una gran capacidad para incentivar el gasto. Hasta hace unos años han sido bien conocidos los congresos médicos que sufragaba la industria en lugares como, por ejemplo, Marrakech, en hoteles de lujo y pagando la estancia de acompañantes. No solo es un fenómeno español, el British Medical Journal ha estudiado el tema y ha citado ejemplos de cómo se llevaban a los médicos a Turquía a fiestas diversas. Es un sector que funciona así, aproximadamente un 30 % del gasto que hace esa industria es en promoción, que suele ser en eventos de este tipo, y pasa lo mismo con las tecnológicas. El SNS tiene sobreutilización tecnológica. Alrededor de un 20 % de las pruebas diagnósticas que se hacen no están bien indicadas, no son necesarias. Aunque esto siempre es más fácil decirlo a posteriori que a priori, porque el médico ante la incertidumbre en un paciente actúa, pero es un hecho evidente que muchas exploraciones son innecesarias y redundantes y a veces incluso están pensadas para servir de iconografía en una publicación.

Si el sistema utilizase mejor los recursos que tiene podría ser mucho más eficiente, podría ahorrar una cantidad importante. Sobre todo podría ahorrar más si se controlase los precios descontrolados de los medicamentos. En resumen, son necesarios más recursos porque hay más población, por supuesto, más envejecida, con más enfermos crónicos, pero el problema está más en que los recursos no se utilizan bien. Un ejemplo, el 80 % del gasto sanitario de una persona lo hace el último año de su vida. Eso quiere decir que eficaz se ha sido poco. No quiero decir que a la gente se la deje de atender, pero muchas veces se usan recursos que no están justificados. Deberían racionalizarse mejor. El problema también es que esto es muy difícil de hacer. Cada caso concreto puede ser complicado, con mucha variabilidad, y tomar decisiones es muy difícil, he sido médico cuarenta y siete años y lo sé, siempre hay margen de error y siempre te equivocas alguna vez. El problema es que hay que equivocarse el menor número de veces posible y que las equivocaciones no sean irreversibles.

**El sistema de trasplantes ha recibido alguna crítica en ese sentido, en que cuando se tiene que llevar a cabo uno en muchas ocasiones es porque ha fracasado todo el sistema antes. ¿Está de acuerdo con esa visión?**

No, yo aparte de pediatra soy nefrólogo y hay cosas que se pueden evitar, pero otras que no. En este campo, la mayoría de las enfermedades renales terminales son por causas no evitables. En la mayoría se puede hacer poco. No me parece un buen ejemplo. En las cardiopatías, por el contrario, sí. Los infartos y anginas de pecho sí que están relacionados mayoritariamente con problemas que se pueden prevenir relacionados con el colesterol y la hipertensión arterial, que es muy barato de evitar, con una dieta sana y haciendo ejercicio.

**El SNS arrastró de inicio los problemas de la sanidad del franquismo: exceso de medicalización y parasitación del sector público por el privado. En lugar de más reformas o más profundas, lo que nos encontramos al empezar los 90 fue el Informe Abril que ya hemos mencionado. ¿Qué fue?**

**Abril Martorell** había sido ministro de la UCD, pero esto de alguna manera surgió del poder, porque fue una comisión que nombró el Congreso de los Diputados, cuya mayoría la tenía el PSOE. Yo creo que a Abril se le fue un poco la mano en el informe, puso las cosas en crudo. Si un hospital tenía déficit presupuestario, había que cerrarlo. Eso generó un gran rechazo social, sindical, incluso dentro del propio PSOE, y lo dejaron ahí metido en un cajón, inicialmente no se aprobaron las medidas que proponía, pero luego con los años se han ido aplicando poco a poco.

Como decía al principio, el contexto de aquellos años era de neoliberalismo, de la globalización, de las privatizaciones, de introducir el mercado en los sistemas sanitarios... Estas reformas estaban inspiradas en un teórico estadounidense, **Alain Enthoven**, que bastaba con examinar su trayectoria para ver de quién estábamos hablando. Cuando estuvo en Defensa años atrás, había implantado la «gestión por resultados» en la guerra de Vietnam, el famoso «*body count*», el recuento de cadáveres, que sirvió para incentivar la ejecución de todo vietnamita, fuese Viet Cong o no, para alimentar los balances o la estadística. El resultado, además de una masacre, fue incluso contraproducente para los intereses americanos en la guerra, porque volvió a toda la población contra ellos. Si mataban a todos, los vietnamitas pensaron «mejor que me maten matando que quietecito cultivando arroz». Pues este fue uno de los genios modernos que metió el mercado dentro del sistema sanitario.

**Pero en estas fechas ya se conocían las fisuras del sistema sanitario estadounidense. ¿Por qué adoptarlo?**

Martorell proponía una reprivatización. En el sistema de Estados Unidos lo público era muy débil, bajo mínimos, allí solo ha funcionado la Administración de Veteranos porque tiene una red propia con recursos propios. Luego Medicare y Medicaid es parecido al modelo Muface de aquí. Son dos seguros gestionados desde el sistema público, pero que conciertan y contratan con el sector privado. Pues todo esto se tomaba como referencia de las ventajas del mercado, algo delirante porque Estados Unidos es el país que mayor porcentaje del PIB dedica a sanidad y tiene una situación espeluznante, mucho peor que la de España, con un 20 o 30 % de la población sin cobertura y otro tanto con cobertura limitada...

**En esas fechas, en Catalunya también se puso freno al sistema público.**

En Catalunya siempre habían tenido un sistema muy privatizado. Cuando muere Franco aproximadamente el 70 % de las camas hospitalarias de Catalunya eran privadas y el 30 % públicas y, en el resto del país, la situación era a la inversa. Muchísimos catalanes, todos los que se lo podían permitir, tenían un seguro privado o una iguala. Era un sistema muy privatizado y cayó en manos de Convergencia i Unió, que lo que hizo fue sacralizarlo. Hicieron una ley que fue la LOSC, Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, que introducía las llamadas teorías de mercado de la Nueva Gestión Pública. Se creó la XHUP, Red de Hospitales de Utilización Pública, donde los centros privados estaban incluidos. Así, la gente iba indistintamente a centros públicos o privados con dinero público. De esta manera, los privados florecieron y se especializaron en lo que les era rentable y, lo que no, pues lo derivaban a Bellvitge, al Vall d'Hebron o donde fuera.

**Más adelante, en el 96, el SNS no tenía ni diez años, y a estos dos envites había que sumarle el Real Decreto que habilitaba «nuevas formas de gestión», o la Ley 15/97 que permite la entrada de entidades privadas... Se llevaba el modelo catalán a escala nacional.**



Eso coincide con el modelo Alzira, el Hospital Costa del Sol de Málaga, las fundaciones sanitarias de **Feijóo**, secretario general de Sanidad de la Xunta en ese momento, en Galicia... Dos hospitales bajo este modelo, cuando luego gobernó el PSG en coalición con el BNG, los devolvieron a la red pública, pero ya habían diseñado hospitales para pobres y paisanos en el ámbito rural.

Sin embargo, este modelo que arranca en la segunda mitad de los 90 se extendió a Madrid, a La Rioja y a Baleares. En la Comunidad Valenciana el modelo Alzira también se fue extendiendo a otros departamentos. Aguirre en Madrid hizo el modelo de contrato de financiación privada, las silgas en inglés son PFI, que en ese momento estaba en boga en el Reino Unido, y luego fue a Burgos, a Galicia... Una serie de empresas construyen el hospital y se quedan con la gestión de todo lo que no es sanitario, que queda en manos de las consejerías y se les paga un canon por un plazo que suele ser veinte años. En Madrid, además, privatizaron también los laboratorios de los hospitales que iban a otra empresa privada distinta. Cada vez más diversificado, más empresas y empresitas...

### **¿Las consecuencias?**

Primero, que el servicio acaba siendo más caro, pero no solo eso. Estas empresas luego han solido ir revendiendo su parte a grandes multinacionales. También, además de ser más caro, se empeora la situación del personal, más horario y menos retribución, y un montón de trampas que luego se han ido descubriendo. Por ejemplo, un informe de la Comunidad de Madrid señalaba que en la Fundación Jiménez Díaz la población que estaba en la farmacia hospitalaria era mucho menor que en el resto de hospitales. Es decir, que se incentiva a los pacientes a que se trasladen a otros sitios en cuanto presentan una enfermedad que no es rentable.

Había una historia en Estados Unidos de que si querías abrir un negocio de seguros privados de salud, lo primero que tenías que hacer era poner la oficina en un piso alto sin ascensor, así los clientes, si podían llegar hasta ahí, es que muy mal no estaban, y eran a los que rentaba darles servicio. Y cuando hubiera un problema, pues se les llenaba de trabas para que se fueran a otro seguro. Práctica que es la que hace Muface aquí en España, con diez mil asegurados que se cambian a la pública cada año, la mayoría personas mayores o con enfermedades graves.

**Nuestro SNS, en teoría, se iba a articular con la atención primaria como pilar básico. Un sistema basado en buena parte en la medicina más eficaz y barata, la prevención. Por eso tenía sentido la participación ciudadana que hemos comentado antes...**

Lo que peor funcionaba antes de la Ley General de Sanidad era la primaria, los ambulatorios, los médicos podían atender a setenta pacientes en dos horas...

### **¿Setenta en dos horas? ¿uno por minuto?**

Y menos de un minuto. Los *malveían*. Los médicos decían «receta bien y no mires a quién». Se daba una receta y, venga, siguiente. La atención era de calidad ínfima. Esto es lo que la gente percibió de forma más importante como una transformación del sistema sanitario. Se hizo muy lentamente, porque la inversión necesaria para la transformación no se hizo en el acto, fueron incrementos muy paulatinos y muy lentos, por eso tardó mucho en generalizarse el modelo de atención primaria, como unos diez años, acercándonos al 2000.

Teníamos entonces un modelo que se había hecho siguiendo los criterios de Alma Ata, sobre promoción y prevención, pero como nunca tuvo financiación suficiente, funcionaba más sobre la buena fe y buena disposición de los profesionales que sobre los recursos existentes. Y claro, la buena fe y la buena disposición da para lo que da, la gente llega un momento que se harta, se jubila o se muere. Los médicos que entraron con la Ley General de Sanidad estaban muy comprometidos con el sistema, pero luego después los siguientes fueron buscando más la comodidad, como es lógico en cualquier trabajo, y no ha habido un gran compromiso. De tal manera que todas las debilidades del sistema en cuanto a personal y recursos cada vez son más patentes. Para rematar, con la crisis de 2008, la mayoría de recortes se hicieron sobre la Atención Primaria, y cuando se salió de la crisis, se recuperaron los presupuestos de los hospitales, pero no los de la Atención Primaria. Eso está ahí.

### **Se recomienda invertir un 25 % en primaria y España está en un 14,93 %.**

Y hay comunidades con menos, que 14 % es la media de las CCAA. Madrid está en un 10,7 %. Aparte, hay un problema que nosotros siempre destacamos, el de la enfermería. En España hay muy pocos profesionales de enfermería en Atención Primaria. En todas las CCAA hay más médicos que profesionales de enfermería. El promedio de la UE es de 1,4 por médico, en España estamos por debajo de 1. En Atención Primaria necesitamos en torno a 20 000. Esto agilizaría el funcionamiento, porque todas las labores de promoción y prevención de la salud las harían en enfermería. Muchas labores que hacen los médicos ahora mismo las puede hacer un profesional de enfermería. Mirarte la garganta lo puede hacer alguien de enfermería. De hecho, en España se aprobó la prescripción enfermera, pero no se está llevando a cabo porque la han ido boicoteando las CCAA.

### **Y está la sobrecarga al médico con labores burocráticas.**

Porque también faltan profesionales administrativos. Las plantillas están descompensadas y son muy desiguales de unas CCAA a otras.

### **Pasada la pandemia, tenemos listas de espera en Atención Primaria de nueve a once días.**

Y más... El 20 % es más de once días, según el último barómetro.

### **Esto era inverosímil hace veinte años.**

Catalunya ya empezó a hacer listas de espera en los años 90. Yo tuve alguna pelea con algún médico de atención primaria en Catalunya que decía que todo funcionaba estupendamente, pero con listas de espera de una semana. Con una semana para la cita no es una atención primaria. La gente se va a un seguro privado. Solo le puede funcionar bien al médico, porque tiene menos pacientes. Ahora mismo hay un nuevo problema en primaria derivado de esto, que es que hay un porcentaje cada vez mayor de personas que no se presentan a la cita. Eso tiene relación directamente con la demora. Si te dan la cita a quince días, la mitad se va a urgencias o se cura sola o se va a la privada o se ha muerto. Eso es un desastre. Aparte, el fenómeno genera un círculo vicioso que sigue aumentando las demoras.

Este año, en Madrid, hicimos una encuesta con CCOO y detectamos que las matronas tenían cita a treinta días. ¿Qué son treinta días para una embarazada? Muchísimo tiempo. Fisioterapia, setenta u ochenta días de media. Salud mental te da para seis meses... ¡la primera consulta! Aparte, en Madrid se hace trampa. Se dan antes las primeras citas, para que contabilice la media de listas de espera como menor, pero luego

la segunda cita se te va a meses y meses. También se trampean las listas para intervenciones quirúrgicas en Madrid, aquí te cuenta oficialmente cuando te ve el anestesista hasta la operación, cuando deberían contar desde el momento en que se decide que ese paciente necesita una intervención, como en el resto. Así Madrid presenta listas de espera llamativamente por debajo de la media española.

### **Una trampa burda.**

Pero les funciona.

### **En las residencias de mayores, la FADSP ha reclamado que la Atención Primaria se responsabilice de la atención en todas ellas.**

Primero, por lo que hemos visto y porque es razonable que la sanidad de la residencia esté en manos externas y no del empresario de la residencia, porque puede hacer cualquier tropelía. Y luego porque la atención sanitaria tiene que ser integral para toda la población. Esto lo que supondría es que el equipo de atención primaria que tenga asignada una residencia reciba el refuerzo correspondiente.

### **¿Qué pasó en la pandemia?**

No les atendieron y, cuando les quisieron atender, les encerraron. Uno de los problemas que observamos es que la explotación de las residencias suele hacerse por *holdings* que tienen varias. De modo que el personal sanitario de la empresa era el mismo para muchas e iba de una a otra extendiendo los virus alegremente. Luego, donde hubo casos, fue la Comunidad de Madrid y no las residencias la que decidió encerrarlos allí y que no salieran, que se murieran sin tratamiento, ni diagnóstico ni nada. Mucha gente se podía haber curado perfectamente o a lo mejor no tenía covid-19 y necesitaba otras cosas. Fue un matadero.

### **En el SNS, un 30 % del total del gasto sanitario es en medicamentos. Se han hecho estudios que demuestran que se prescriben cajas con una cantidad de medicamentos que luego no se consume y acaban caducados en un armario o en la basura. ¿No sería más eficaz una prescripción por dosis?**

Nosotros lo hemos dicho siempre, no se debería prescribir por envases comerciales sino por tratamiento, como se hace en muchos países del mundo, Estados Unidos mismamente, porque esto no tiene que ver con el neoliberalismo ni con nada de eso, tiene que ver con las farmacias.

Las farmacias tienen un negocio cautivo, una concesión del Estado en unas condiciones especiales y el resultado es que tienen un monopolio. Un cambio en la prescripción de envases supondría una merma significativa en sus ingresos y tienen fuerza para impedirlo, tanto esto como que se liberalice la farmacia, a pesar de lo que dice la normativa de la Unión Europea.

### **Encima la prescripción en general es elevada.**

Hay mucha gente que toma muchos medicamentos, sobre todo la gente mayor, y no son necesarios tantos.

### **En la ley del medicamento de 2006, cuando se reguló el plazo en el que vencía una patente para poder producir genéricos, Farmaindustria, la patronal farmacéutica, se quejaba de que si no podían rentabilizar más las patentes, desaparecería la innovación en España. ¿Era cierto?**

El problema es que los genéricos ya están metabolizados también por la industria. Lo quieren todo, quieren ganar mucho, ganar cada vez más y no renunciar ni a un céntimo

de sus ganancias a pesar de que ganan millones y millones. En España los genéricos se podrían aumentar, podrían disminuir algo el gasto farmacéutico, pero ahora mismo el principal problema son los medicamentos que tienen precios inasumibles.

**Recuerdo el de la hepatitis, que se podría decir que prácticamente el laboratorio estaba extorsionando al Estado.**

Claro. Estaba clarísimo. Y tienen una capacidad para intoxicar a la prensa alucinante, como cuando dijeron que el Remdesivir era buenísimo para el covid-19. ¿Pero qué me estás contando? El Remdesivir parece que se ha demostrado que puede reducir la enfermedad grave, pero tendrías que tomarlo antes de ponerte enfermo.

**Entonces encantado el laboratorio.**

Sí, se lo das al cien por cien de la población y mira qué negocio. El precio de las vacunas también ha sido abusivo claramente. Los medicamentos para enfermedades raras tienen precios exóticos, te pueden pedir doscientos mil euros.

Frente a este problema, hay dos medidas. Ninguna es fácil, porque con la industria nada es fácil, pero una sería dotar al país de una industria farmacéutica propia que permitiera fabricar medicamentos a muy bajo coste y una investigación propia sufragada por el Estado de la cual adquiriríamos los rendimientos que generase. Además, el resto de la industria tendría un competidor que no estaría conchabado con los otros competidores, lo que rebajaría los precios. La segunda medida, más difícil, es acabar con las patentes. Reducir ese plazo en el que no se pueden fabricar genéricos. Por otro lado, cuando haya subvención pública para una patente, que al patentarlo el porcentaje correspondiente revierta sobre lo público. Si, por ejemplo, Glaxo recibe un 80 % del precio de investigación de un medicamento de una subvención pública, esa patente debería ser compartida entre Glaxo y el país que sea y que se repartan los beneficios equitativamente.

**Ante toda esta problemática, en Andalucía se intentó poner en marcha la subasta de medicamentos.**

Sí, para los medicamentos de uso más general se hacía una subasta. Si se preveía el gasto de equis dosis de un medicamento, se hacía público, se subastaba y se le compraba al que las ofreciera por un precio más bajo. Esto redujo el precio que se gastaba la Junta en medicamentos, de la misma manera que cuando se quitó, aumentó.

La medida la llevaron a Tribunal Superior de Justicia de Andalucía y luego al Constitucional. Se hicieron montones de campañas de prensa diciendo que el medicamento que tenía un precio más bajo es porque era peor. La misma campaña que se había hecho años antes con motivo de la entrada de los genéricos. Cuando todos sabemos que se trata de un principio activo que siempre es el mismo, los que lo comercializan son simples envasadores. Le ponen un color y una cajita.

El medicamento necesita que haya una política activa. Al médico que receta, ahora que se hace todo por ordenador, cuando prescribe un medicamento se le tienen que dar opciones, es decir, el mismo principio activo pero más barato. En Andalucía estuvieron muy activos con esto, crearon un cuerpo de farmacéuticos de atención primaria que seguían las prescripciones, cuando alguien se iba mucho se entrevistaban con él y se le daban otras alternativas.

Por ejemplo, omeprazol, que en España es muy discutible el excesivo uso que se hace de estos medicamentos, los inhibidores de H2, pero es igual, el caso es que te encuentras médicos recetando Pantoprazol, que vale tres o cuatro veces más.

**El grado de privatización es más elevado en Madrid, Catalunya y Baleares, que siempre se han mantenido en los altos puestos, y por debajo están Castilla-La Mancha, Extremadura y Andalucía, pero que está subiendo...**

Andalucía está disparada como consecuencia del gobierno liberal. El deterioro del sistema y las privatizaciones van de la mano, son como vasos comunicantes. Si privatizas, deterioras y la gente se va al privado, y entonces luego puedes dedicar el dinero público a concertar con el privado.

**La sanidad es un negocio muy rentable para la economía financiera. ¿Desde la política se pueden abrir espacios de negocio para que entre?**

Hay un presupuesto de ochenta mil millones, las multinacionales ven un nicho de mercado enorme y quieren pillar, y algunos políticos ven ahí la salida, en lugar de irse a un despachito cutre, se quieren ir de director general a una consultora de no sé qué. Eso solo se lo van a dar amigos a los que han favorecido previamente. Igual también hay un dos por ciento que no tiene la cabeza bien puesta y cree que el sistema sanitario está mejor en manos privadas.

**Puertas giratorias tuvo Lamela, consejero de Sanidad de Madrid.**

Fue a varias empresas y tiene un bufete que está relacionado con la patronal de los laboratorios. Luego vino Güemes, que fue a varias empresas, entre ellas la multinacional Unilabs. En Catalunya el recorrido es al revés, de la patronal pasan a la Consejería de Sanidad.

**¿Qué significa?**

Pues que se domina mejor desde dentro. Ahí hilan más fino.

**¿Y en el resto de España?**

Hay montones de casos de estos. En Galicia una consejera montó una consultora con domicilio en su casa e inmediatamente le hicieron un contrato de cientos de miles de euros. Esto es un negocio fenomenal y con la pandemia ha habido todavía más.

**Una de las situaciones más graves que se vive en el SNS es el aborto, que también es un derecho que en realidad no es efectivo en muchos sitios.**

Hay una solución relativamente sencilla: el 30 % de las plazas de ginecólogos, matronas y anestesistas que salgan a concurso tienen que tener la condición de que no pueden ser objetores.

**¿Por qué hay tantos objetores?**

La mayoría de los objetores no son objetores reales, es gente que vive más cómoda siendo objetora, porque obedecen a los jefes de servicio, que son nombrados a dedo por los políticos. Esos políticos son los que no quieren que no haya abortos en la pública y se obedece. Hay que tener en cuenta que gran parte de las plantillas está en una situación de interinidad, eventualidad, etc., y dependen de su jefe de servicios para su contratación siguiente o mantener la que tienen, y hay gente que tampoco tiene mucha capacidad de pelea, porque la Iglesia católica y las organizaciones fundamentalistas son terribles.

En Navarra hubo dos que dijeron que ellos iban a hacer los abortos, empezaron a realizarlos y los llevaron a los tribunales, tuvieron un juicio y los absolvieron, pero se pasaron un año pendientes de los juzgados. Les hacían pintadas en la puerta de su casa

llamándoles asesinos, una de esas personas era una doctora que era madre. Pamplona es un lugar reducido y les hicieron la vida imposible. Les pasaban cosas increíbles como que los celadores se negaban a pasar la camilla al quirófano porque también eran objetores. Total, que al final ellos también se tuvieron que hacer objetores. Esto es lo que pasa en los sitios pequeños, aunque quizá Pamplona sea un lugar especialmente conflictivo. No es fácil y la gente se pone de perfil.

### **Hubo declaraciones triunfalistas de que en España la esperanza de vida era la más alta del mundo, aunque ahora ha bajado bastante...**

Ahora tenemos el exceso de mortalidad más alto de Europa, que está bastante por encima de las muertes asociadas al covid-19.

### **... lo que se criticaba era que la calidad de vida en la tercera edad ya no era tan buena.**

Yo eso tampoco... yo creo que el SNS comparativamente era bastante bueno. Era. Ahora ha empeorado, pero depende de con quién te compares. Si pensamos en el ideal, está muy mal. Si lo comparamos con el resto de países pues es muchísimo mejor que el de Estados Unidos, mucho peor que Canadá o Nueva Zelanda, se moverá así así con Alemania y Francia, seguramente peor que el de Finlandia, mejor que el del Reino Unido. Italia está bastante mal. Con Portugal hay algunas cosas que tenemos nosotros mejor que ellos y otras al revés, su atención primaria es bastante mejor, aunque también atraviesa muchos problemas, aparte, que es una atención primaria muy buena, pero solo cubre al sesenta por ciento de la población, el resto siguen cubiertos, pero por un sistema de peor calidad.

### **¿Cómo respondió el SNS ante la pandemia?**

Hay que tener en cuenta que era algo totalmente inesperado y no se sabía por dónde ir. Creo que se hizo lo que se pudo. A pesar del gran esfuerzo de los profesionales, se pusieron de manifiesto todos los problemas previos del SNS, como la mercantilización, la privatización y el deterioro de la Atención Primaria, que estalló. Y el problema es que después del covid-19 no se ha recuperado la situación anterior.

### **Igual hasta se aprovechó el covid-19 para seguir reformando ya sabemos cómo.**

En el caso de Madrid, de forma flagrante para seguir con la privatización. La atención primaria tiene unas demoras terribles, con las urgencias, treinta y siete centros que había en Madrid, cerrados desde marzo de 2020 y se sigue manteniendo la atención telefónica. En el Congreso hubo una comisión de reconstrucción en la que estuve compareciente, en ella se hicieron muchas promesas. Una vez más, no estaba mal el dictamen final, pero nunca se ha cumplido.

### **¿Qué balance hace de décadas de activismo de defensa de la Sanidad pública?**

Se han conseguido muchas cosas y se han paralizado otras muchas, el balance global es positivo. Para que haya un buen sistema sanitario público se necesita una población que lo apoye mayoritariamente, un colectivo profesional que esté comprometido con el sistema y un gobierno que también lo esté. Si fallan cualquiera de las tres no se puede avanzar.

Las movilizaciones solo pueden evitar que se retroceda o paralizar medidas. En la época de **Javier Fernández-Lasquetty** se pararon muchas cosas, querían privatizar veintiséis centros de salud y no lo hicieron. Planteaban privatizar totalmente los hospitales PFI y

no lo hicieron. Por eso el gobierno de la Comunidad de Madrid ha pasado de un ataque frontal a la sanidad pública a un ataque sinuoso, gota a gota.

**Se privatiza mejor con gota malaya.**

A largo plazo van cambiando la correlación de fuerzas. Es lo que decía **Engels**, una acumulación de cambios cuantitativos acaba produciendo un cambio cualitativo.

**Pues aquí terminamos.**

¿Citando a Engels? Pobre de mí.