



Hace ahora 35 años que nació en Madrid la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (el acta fundacional es del de noviembre y la legalización del de diciembre de 1981). Entidad de profesionales sanitarios que garantizaba a toda la población una atención sanitaria de calidad.

## La ADSP/FADSP ha sido crucial para potenciar la Sanidad Pública y disminuir su deterioro

### Marciano Sánchez Bayle

*Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*

### ¿Qué ha pasado en estos años? ¿Se consiguieron sus objetivos?

Por supuesto habrá muchas versiones de respuesta a esta última pregunta. Si se tiene en cuenta la situación de 1981 es evidente que se han producido avances espectaculares en casi todos los terrenos, que hacen que el sistema sanitario de nuestro país este considerado entre los mejores del mundo, el 7º lugar en la última clasificación publicada por la revista Lancet (21/9/2016), con unos resultados excelentes en cuanto a esperanza de vida, mortalidad infantil, etc. Una respuesta considerando un plazo más cercano de tiempo nos diría que se está produciendo un gran retroceso y deterioro de nuestra Sanidad Pública y que las perspectivas no son nada halagüeñas.

Ambas versiones son acertadas y ejemplifican una visión distinta, y complementaria, de la realidad.

### Pasemos revista a los avances y retrocesos más significativos en este tiempo:

En primer lugar se produjo una década de grandes avances en el sistema sani-

tario, en parte también porque la situación previa era muy mala. Se aprobó la Ley General de Sanidad (LGS) que configuraba un sistema sanitario público en la estela de los Servicios Nacionales de Salud, del Reino Unido y de los países nórdicos, aunque con algunas inconsistencias, algunas de las cuales se fueron solucionando con el tiempo. Por ejemplo, la universalidad de la cobertura no se acabó de establecer hasta la Ley General de Salud Pública de 2011. Pero la LGS supuso un gran avance porque unificaba las dispersas redes sanitarias de titularidad pública y pretendía centrar el sistema sanitario sobre la salud y no meramente sobre la asistencia sanitaria. Antes incluso de aprobarse la LGS se realizó una apuesta por la Atención Primaria (AP), ejemplificada en la puesta en funcionamiento de la especialidad de medicina de familia y en el real decreto de estructuras básicas de salud. El desarrollo de la AP, a veces desesperadamente lento, continuó durante este periodo y los años siguientes, con grandes diferencias entre las distintas CCAA, de manera que a finales del siglo XX la cobertura por el nuevo modelo era prácticamente del 100%. Durante esta primera etapa se produjo además una gran expansión de la red hospitalaria con la creación de múltiples hospitales comarcales y/o de área que acercaban la atención especializada a casi todos los puntos de la geografía espa-

ñola. Por otro lado, también se impulsó un mayor protagonismo de la profesión de enfermería, profesionales que habían accedido a la titulación universitaria (diplomados universitarios de enfermería desde 1977), y que vieron reconocidas y potenciadas sus funciones en el ámbito de los cuidados (por ejemplo con el desarrollo de las consultas de enfermería en AP). Finalmente, en 1987 se implantó la dedicación exclusiva de los médicos de nueva incorporación, así como la de aquellos que ya trabajaban en el sistema sanitario y lo decidieran voluntariamente (lo que hicieron el 70% de los mismos), lo que supuso un intento de delimitar claramente al sector público del privado.

### “Working for patients”

Paralelamente se produjo un incremento continuado de los presupuestos del sistema sanitario público que pasaron de 4,01% del PIB en 2009 al 6,78% en 2009, con una disminución posterior (6,29% en 2015).

Conviene recordar que todos estos avances ocurren en un momento en el que a nivel internacional se estaba produciendo una gran ofensiva contra los sistemas públicos de protección social, cuyo principal exponente, en lo que se refiere a los modelos de Servicio Nacional de Salud, fue el informe de engañoso nombre “Working for patients”



(1987) en el que el gobierno de Margaret Thatcher planteaba las líneas maestras para dismantlar el hasta entonces ejemplar Servicio Nacional de Salud del Reino Unido.

Precisamente por este entorno tan negativo, al poco de aprobarse la LGS empezaron a surgir las primeras iniciativas privatizadoras, como la aprobación de la LOSC (Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña) en 1990 y, sobre todo, el conocido como Informe Abril (1991), que sentaba las bases para la privatización y mercantilización del Sistema Nacional de Salud (SNS), y que, aunque inicialmente se paralizó por el generalizado rechazo social y profesional, años después ha servido como guión para las iniciativas de desregulación y privatización del SNS.

Otro hecho remarcable en este tiempo fue la descentralización del sistema sanitario público en las CCAA, las transferencias sanitarias, que se produjeron de una manera un tanto anárquica: dos CCAA las recibieron antes de la aprobación de la LGS, dos en 1987, dos en 1990, una en 1994 y el resto en 2001. Este proceso tan desordenado es una parte importante de los problemas que se han generado, como también lo es que la Ley de Cohesión y Calidad del SNS no se aprobase hasta 2003, con lo que se acabó asumiendo casi en su to-

talidad la práctica habitual hasta ese momento, de forma que la falta de coordinación y de una política común siguió siendo la norma. Aun con estas limitaciones, las desigualdades entre las CCAA y la escasa colaboración y coordinación entre las mismas, la descentralización supuso un gran paso adelante para el sistema sanitario público, porque acercó de una manera importante las decisiones de la administración y gestión sanitaria a la ciudadanía y fue un factor determinante en algunos avances, como la extensión de la cobertura de la AP, la puesta en funcionamiento de la red de hospitales comarcales y/o de área, etc. No obstante también conviene resaltar que la descentralización fue un factor que favoreció las privatizaciones, que tuvieron un gran impacto en la red sanitaria pública a partir de los años 90 del siglo pasado.

Aunque siempre ha existido un sector privado de provisión sanitaria al que se solía recurrir mediante la utilización de conciertos, y de una manera limitada, con excepción de Cataluña don-

**“La descentralización fue un factor que favoreció las privatizaciones”**

de el sector privado era predominante, a partir de los años 90, la utilización de recursos privados experimentó un progresivo incremento que se encubrió con la utilización de eufemismos como “externalizaciones” (en realidad derivaciones de enfermos para pruebas diagnósticas, tratamientos o ingresos a centros privados, así como la utilización de empresas privadas para “subcontratar” determinados servicios, inicialmente no sanitarios pero luego de carácter estrictamente sanitario), o “nuevos modelos de gestión” (que incluyen desde mecanismos de gestión privada para la gestión de centros de titularidad pública hasta la presencia de empresas privadas que gestionan, sufragadas con dinero público, en todo o en parte a los centros sanitarios). Las privatizaciones han seguido incrementándose todo este tiempo con altibajos, sobre todo relacionados con los distintos gobiernos autonómicos.

La utilización de la gestión privada para los centros públicos se concretó en las fundaciones, que iniciaron su andadura en Galicia (fundación de Verín 1993) y las empresas públicas (hospital Costa del Sol 1993). Ambos modelos se extendieron por el resto del país, aunque el primero, las fundaciones, ha experimentado un retroceso al reintegrarse a la gestión tradicional las

de Galicia y Asturias, y fracasó el intento de generalizar el modelo a todos los hospitales del INSALUD (1998).

El siguiente paso ha sido la implantación de los centros que con financiación pública son gestionados por empresas privadas (las concesiones administrativas, el denominado modelo Alzira en 1999, y los hospitales PFI iniciados en Madrid en 2008), modelo que comenzó en Valencia pero que se ha implantado también en Madrid, Baleares, Castilla y León, Galicia y Cantabria, aunque toda la evidencia disponible demuestra que disparan los costes y empeoran la atención sanitaria.

A todo ello hay que sumar los recortes implantados desde 2009 (entre 10 y 20.000 millones € menos de presupuesto), que sumado al incremento del gasto farmacéutico (que se mantiene constante a pesar de los copagos, siendo especialmente importante en lo que respecta a la farmacia hospitalaria) y a los sobrecostes de las privatizaciones hacen que las cantidades destinadas a la asistencia sanitaria haya disminuido todavía más, con las repercusiones que ha tenido sobre el empleo en el sector (alrededor de 55.000 trabajadores menos en el SNS) y lógicamente en el aumento de las listas de espera y en el deterioro de la calidad asistencial.

Por fin el RDL 16/2012 que cambia el modelo sanitario, fragmenta la cartera de servicios e introduce copagos sobre farmacia (al colectivo de los jubilados), en el transporte sanitario, dietas, órtesis y prótesis, produciendo exclusiones de la atención sanitaria e imponiendo barreras económicas para el acceso a prestaciones necesarias.

A todo ello hay que sumar el olvido y/o postergación de la AP, la salud mental, la salud laboral, la sexual y reproductiva y la participación social y profesional.

### Y en este tiempo, ¿qué fue de la Asociación?

En un primer momento hubo un gran auge y extensión de la Asociación que acabó transformándose en Federación de las distintas Asociaciones de ámbi-

to territorial (FADSP), fue un periodo de gran intensidad en el que se dieron importantes confrontaciones para la aprobación de la LGS, el desarrollo de la Atención Primaria y la puesta en funcionamiento de la dedicación exclusiva. Tiempo de importantes movilizaciones y de gran actividad, pero también complicado en la medida en que se produjo un cierto trasvase de cuadros/activistas de la FADSP a las distintas administraciones, probablemente con el objetivo de impulsar las reformas iniciadas.

Posteriormente el punto álgido fue cuando se hizo público el Informe Abril, y se pusieron en marcha los primeros ejemplos de los “nuevos modelos de gestión”. Conviene recordar que las fundaciones sanitarias, como ya se ha dicho, se consiguió reintegrarlas en la red pública en dos CCAA y que se paralizó la aplicación de las recomendaciones del Informe Abril, y se evitó la transformación de todos los centros sanitarios en fundaciones, tal como pretendió el INSALUD cuando lo presidía Núñez Feijoo.

Los años posteriores fueron aparentemente más tranquilos, aunque la situación fue muy distinta según cada comunidad autónoma, y la privatización silente continuaba, incluso hubo quien pensó que una asociación “para la defensa de la sanidad pública” carecía de sentido porque esta ya estaba consolidada en nuestro país.

A partir de 2009 se demostró con toda su crudeza que la ofensiva neoliberal contra la Sanidad Pública no había parado sino solo se había disimulado, y que la privatización, deterioro y desmantelamiento de la misma estaban en el orden del día.

En los años siguientes se generalizaron las movilizaciones, centradas en cada comunidad autónoma o en cada localidad concreta en razón de las agresiones sobre la Sanidad Pública, y en 2011 es cuando tuvieron una mayor visibilidad con las movilizaciones de Madrid. Desde entonces han continuado existiendo movilizaciones en la mayoría del país con intensidad, calendarios y duración variables. ◆

## Últimas reflexiones

**1** La Sanidad Pública, como otros servicios públicos esenciales, está en constante peligro porque suponen una contradicción con un sistema neoliberal muy agresivo que siempre intentará desmantelarlos utilizando todos los medios a su alcance.

**2** La evolución del sistema sanitario en estos 35 años, globalmente positiva, habría sido significativamente peor de no haber existido la ADSP/FADSP, y resulta llamativo que se haya mantenido en el nivel actual a pesar de un contexto internacional muy desfavorable.

**3** Para mantener un sistema sanitario público universal y de calidad es necesaria la presencia de organizaciones profesionales que lo favorezcan e impulsen, así como amplias alianzas sociales, políticas y profesionales.

**4** Las movilizaciones son importantes, cruciales, pero no pueden mantenerse indefinidamente, hay que hacer un trabajo de difusión, de análisis y propuestas que son indispensables para avanzar, para contrarrestar las ofensivas privatizadoras y para permitir un sustrato desde el que favorecer las movilizaciones en los momentos en que sean necesarias y posibles.

Estas son las tareas que han desarrollado las Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, aunque con limitaciones, por eso han sobrevivido durante 35 años y por eso es necesario que continúen.