

Entrevista a Marciano Sánchez Bayle sobre *Privatización sanitaria. Análisis y alternativas (I)* “Hay que avanzar en el camino de garantizar a todas las personas los mismos derechos y la misma accesibilidad en todo el territorio del país.”

Salvador López Arnal
El Viejo Topo

Marciano Sánchez Bayle nació en Plasencia (Cáceres) en 1949, es doctor en medicina, especialista en Pediatría y Nefrología. Ha sido jefe de sección de hospitalización de Pediatría del Hospital del Niño Jesús de Madrid hasta su jubilación voluntaria en enero de 2018 (previamente había sido jubilado forzosamente siendo reintegrado por sentencia judicial). Fundador de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP) y de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), actualmente es presidente de la ADSP de Madrid y portavoz de la FADSP. Ha sido presidente de la Internacional Association of Health Policy de la que ahora es vicepresidente.

Ha escrito varios libros sobre sanidad y política sanitaria, habiendo coordinado además una veintena de libros más y escrito capítulos en otros muchos. Los últimos: *La Sanidad no se Vende. Manual en Defensa de la Sanidad Pública* (2015), *Sanidad Pública: entre el éxito y el desastre* (2018) y *Privatización sanitaria. Análisis y alternativas* (2019). Ha publicado más de un centenar de artículos en revistas científicas de ámbito nacional e internacional. También en prensa periódica.

Centramos la conversación en el último libro publicado.



Mil preguntas posibles. Tendré que dejar muchas en el archivo de “lo pendiente”. Empiezo por el título: del libro *Privatización sanitaria*. ¿Cómo debemos entender aquí la palabra “privatización”? ¿Cuáles son las finalidades de fondo que mueven a esa privatización?

Según la RAE privatizar es “Transferir una empresa o actividad pública al sector privado”.

Existen muchas formas de privatización sanitaria: 1. Financiación (por ejemplo, lo que se paga cuando se acude al dentista). 2. Aseguramiento: los seguros privados bien pagados individualmente, bien subvencionados con dinero público (MUFACE, lo que desgravan las empresas que contratan seguros a sus empleados). 3. Provisión, las empresas que dan servicios sanitarios (hospitales, centros de salud, laboratorios, etc) o de apoyo (equipamiento, transporte, manutención, limpieza, etc)

Otras privatizaciones: mantenimientos, servicios de apoyo, informática, formación, planificación, control, investigación, etc

El libro se centra sobre todo en la privatización de la provisión y las que se han realizado más recientemente al amparo de lo que se conoce como “colaboración público-privada”, aunque se hace referencia tanto al marco general como a otras formas de privatización

¿A quiénes está dirigido su libro? ¿En quiénes han pensado al escribirlo? ¿En los especialistas, en los gestores de la sanidad pública?

Hemos pensado fundamentalmente en las personas interesadas por la Sanidad Pública y que consideran que hay que trabajar para mantenerla y mejorarla. También en las que trabajan en el sistema sanitario. Me temo que la mayoría de los gestores están en otra cosa, mayormente en ganar dinero.

¿La salud es un derecho humano? Un ex consejero del gobierno catalán de Mas y Mas Colell de infausto recuerdo, don Boi Ruiz “el privatizador”, negó la mayor y la menor. Nada de derechos, la salud no lo era en su opinión.

La Organización Mundial de la Salud y la ONU señalan que la salud es un derecho humano básico, la opinión de Boi Ruiz es lógica. El solo es un empresario que solo quiere tener beneficios y los derechos dan pocos beneficios

Hay personas, bienintencionadas y sin intereses ocultos, que sostienen que claro que es deseable un sistema nacional público de salud pero no hay medios para ello. No es sostenible, es demasiado costoso, es una hermosa utopía, y más cuando la población española va a envejecer mucho en los próximos años. ¿Es o no sostenible en su opinión un sistema público de salud?

Seguro que se trata de gente tan bienintencionada como desinformada. En España tenemos un bajo gasto sanitario total, que ha disminuido y un gasto público que esta a la cola de Europa en % sobre el PIB y en % sobre gasto sanitario y que está bajando (hemos pasado del 75,4% al 70,8% en pocos años). Lo que es difícilmente sostenible es la provisión privada. USA dedica el 17,5% del PIB mientras nosotros estamos en el 8,8% con resultados muchísimo mejores.

Se señala en el libro que el “Sistema Nacional de Salud” español constituye un avance histórico del que hemos de sentirnos orgullosos. Un avance histórico, ¿respecto a qué? ¿En el haber de quién hay que ubicar ese “avance histórico”?

Evidentemente respecto al sistema sanitario heredado del franquismo y que sobrevivió hasta el año 1986 (Ley General de Sanidad), un sistema desigual, de mala calidad y con baja cobertura. Pues, como también se dice en el libro, la responsabilidad de un buen sistema sanitario es de tres factores conjuntados: Apoyo social mayoritario, Grupos profesionales significativos que apuesten por la Sanidad Pública y Gobiernos progresistas y/o de izquierdas.

¿Y se cumplen en España estas condiciones en estos momentos?

Yo diría que las dos primeras claramente. Hay un apoyo social muy importante como señalan todas las encuestas de opinión (que por cierto sorprenden mucho en otros países) y las movilizaciones, y un sector profesional significativo expresado en las posiciones de las organizaciones profesionales, como la FADSP, y en las encuestas.

En cuanto al último aspecto en el caso español es más complejo porque el sistema esta muy descentralizado y se precisa que se den en el gobierno central y en las CCAA. Ahora parece que hay una probabilidad razonable para que se dé tanto a nivel central como en la mayoría de las CCAA, aunque hay algunas amenazas importantes en las mas pobladas por motivos distintos (Cataluña, Andalucía y Madrid). En todo caso habrá que ver como se desarrollan las cosas en el ámbito de la política.

¿Por qué se habla en singular en el libro del “Sistema Nacional de Salud”? ¿No hay, de hecho, muchos sistemas autonómicos de salud?

Se habla de Sistema Nacional de Salud porque así lo define la Ley General de Sanidad. Es verdad que hay diferencias importantes entre las CCAA, que a nosotros nos parecen inmensas y

difícilmente tolerables pero que vistas con perspectiva (lo que opinaría por ejemplo un inglés, un norteamericano, un francés o un brasileño, y no digamos un marciano que llegasen a España) en realidad son variaciones no demasiado significativas de una organización sanitaria general.

Pero, por ejemplo, personas de una determinada comunidad cuando viajan a otra comunidad (por trabajo, para visitar familiares, por turismo) encuentran a veces dificultades para ser atendidos en el sistema de salud de la segunda comunidad. ¿Eso es razonable?

Por supuesto que no. En el libro señalamos como una de las debilidades del sistema las carencias en cohesión y coordinación, que tienen sobre todo que ver con motivos históricos (conviene no olvidar que cuando se aprueba la Ley General de Sanidad en 1986 ya se había transferido la Sanidad a dos CCAA, Cataluña y Andalucía, y dos más, Valencia y País Vasco las reciben en 1987, antes de que se desarrolle la LGS, y la Ley de Cohesión se aprueba en 2003, dos años después de finalizar estas a todas las CCAA), con la existencia de un estado federal de hecho, pero no de derecho, y con una financiación no finalista que provoca serias reticencias a la hora de abordar gastos de personas con residencia en otras CCAA.

Con todo las cosas han ido mejorando con el tiempo (por ejemplo con las recetas interoperables) y en todo caso hay mucha mayor homogeneidad que en otros temas como la educación. Por supuesto: la situación es francamente mejorable y hay que avanzar en el camino de garantizar a todas las personas los mismos derechos y la misma accesibilidad en todo el territorio del país.

Una de las advertencias del libro: “El falso argumento dice que lo privado es más eficiente que lo público. Con esa premisa, desde hace un par de décadas se ha iniciado en España un proceso de privatización de los recursos sanitarios. Un proceso altamente costoso para el erario público y que no ha aportado mejoras en relación con el modelo precedente.” Lo privado, entonces, ¿no es más eficiente que lo público? ¿El asunto central es la eficiencia?

Bueno, podemos hablar de eficiencia social y de eficiencia económica, en las dos gana por goleada la Sanidad Pública. Conviene hablar también de la económica porque primero los recursos son limitados y deben usarse bien, y luego es el argumento al que se aferran los neoliberales. No está mal meterles goles con sus propios esquemas de pensamiento.

Se habla en ocasiones, y desde hace bastante tiempo, de deshumanizar la enfermedad y su gestión. ¿Qué debe entenderse aquí por deshumanizar?

Las deshumanización es un término que a mí no me gusta porque la Sanidad es por definición humana, se preocupa de la salud de las personas. Se refiere en realidad al aumento de prácticas que se refugian en la tecnocracia y no tienen en cuenta la sensibilidad de las personas. Un ejemplo: hace unos años rotó conmigo una medica cubana y le pregunté: “¿en qué se diferencia la medicina entre los dos países?”, y me dijo “sobre todo en que en Cuba el médico mira a la cara de las personas a las que atiende; aquí mira a la pantalla del ordenador”. Es un buen resumen. La medicina deshumanizada es la que solo ve las enfermedades y no a las personas, la que no dialoga con los pacientes, la que se hace deprisa y sin empatía. Las personas cuando acuden al sistema sanitario están preocupadas y angustiadas y precisan y buscan alguien que les comprenda, que les explique sus enfermedades y sus soluciones, que les dé ánimos, etc

¿Y por qué nuestros médicos no miran la cara de las personas y miran la pantalla de los ordenadores? ¿Reciben mala formación en las facultades de Medicina? ¿No tienen tiempo para atender adecuadamente?

Bueno, pues hay un poco de todo. Suelen tener las consultas muy masificadas, también una gran carga burocrática, en mi opinión innecesaria en la mayoría de los casos, formación muy centrada en la clínica y poco holística, y luego también porque es más fácil centrarse en una máquina que intentar entender y empatizar a las personas, lo que no siempre es sencillo. A veces también porque hay actitudes bastante agresivas

Comentan ustedes que han escrito el libro para combatir el proceso privatizador “analizando y discutiendo con objetividad sus resultados en el conjunto de España”. ¿Con objetividad? ¿Es posible? ¿No hay de entrada una toma de posición? ¿No hay detrás una ideología que “interpreta” esos resultados de determinada manera?

Por supuesto todo el mundo tiene una posición y esa es el compromiso con la salud. Vivimos en el mundo real y por lo tanto tenemos una postura. No obstante se intenta dar datos objetivos de lo que pasa y que difícilmente pueden tener una interpretación racional alternativa. Todo no es opinable: la Tierra no es plana, existe la evolución, existe el cambio climático, la tuberculosis la produce el *Mycobacterium tuberculosis*, etc. O si lo prefiere, el mundo real existe y es cognoscible.

Le veo muy filósofo y muy realista. Mario Bunge firmaría su hipótesis. Todos los autores del libro (doy algunos nombres: Pedro Lorente, Luis Palomo, Sergio Fernández Ruiz, Manuel Martín, Joan de Pedro, Toño Ayllon Domínguez, Pedro Pablo Oyagüez Ugidos, Roger Bernat, Marta Carrera, Vanesa Pi, Carmen Sánchez Bellido,...) son miembros de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). ¿Nos explica sucintamente quienes forman parte de esta federación y cuáles son sus finalidades?

La FADSP es una federación de asociaciones de profesionales relacionados con la sanidad (médicos, enfermeras, auxiliares, administrativos, psicólogos, trabajadores sociales, gestores, economistas, etc.), interesados en la defensa y la mejora del sistema sanitario público. Es una organización, partidista aunque no neutral, ya que nos declaramos a favor de un sistema sanitario público, universal y redistributivo, que garantice el acceso a una atención de salud de calidad en condiciones de igualdad. Consideramos necesario para conseguir este objetivo que el sistema funciones con la mayor eficiencia posible y que cuente con la participación activa de toda la población y de los profesionales sanitarios. En esta asociación se integran profesionales de diferentes ideológicas, integrantes de diferentes partidos, sindicatos o sin adscripción.

Se habla en ocasiones, ustedes así lo hacen, de un sistema sanitario público, universal y redistributivo. ¿Público implica inexistencia de medicina privada? ¿Universal incluye a personas de tránsito o a personas sin documentación legal? ¿Qué quiere decir redistributivo?

La existencia de medicina privada no se cuestiona, que la utilice quien quiera, pero siempre y cuando no lo haga obligado porque la Sanidad Pública no le ofrece una alternativa de calidad.

En nuestra opinión, la sanidad pública debería de atender a todas las personas que están presentes en nuestro territorio.

Redistributiva se ejemplifica en dos frases: el SNS es un sistema de solidaridad social de los más ricos y más sanos con los más pobres y más enfermos, o, si lo prefiere, que recibe de cada uno según sus posibilidades y atiende a cada uno según sus necesidades. La primera es mía la segunda procede de la Primera Internacional.

Abre usted con una cita de Antonio Machado. Le pregunto sobre esa cita pero descansenos antes un momento.

Como quiera.

Fuente: *El Viejo Topo*, octubre de 2019.