

# salud2000

Revista de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Enero 2024 · nº 164

**SANIDAD  
PÚBLICA  
NO SE VENDE  
SE DEFIENDE**



**La Sanidad Pública Andaluza**

**La Sanidad en Galicia**

**Prácticas multidisciplinares**

**Los retos de la Sanidad Pública**



Revista de la Federación de  
Asociaciones para la Defensa  
de la Sanidad Pública

# salud2000

Diciembre 2023 N° 164

## EDITA

**Federación de Asociaciones  
para la Defensa de la Sanidad Pública.**  
C/ Arroyo de la media Legua, 29, Local 49.  
28030 Madrid  
Tel. 91 333 90 87 - Fax: 91 437 75 06  
www.fadsp.org

## DIRECTOR

Luis Palomo (Cáceres)

## COMISIÓN TÉCNICA FADSP

Manuel Martín García (Presidente); María Dolores Martínez Ruiz (Secretaria); Joan de Pedro Gómez (Vicepresidente); Marciano Sánchez Bayle (Secretario de Organización); María Isabel Montserrat Blasco (Vicesecretaria); Luis Villanueva Aranguren (Tesorero); Luis Palomo Cobos (Responsable de Publicaciones); María Luisa Fernández Ruiz (Responsable Secretaría Mujer); Juan Antonio Sánchez (Vocal); Carmen Sánchez Bellido (Vocal); Mercedes Boix Rovira (Vocal); Mario Fernández López de Ahumada (Vocal); Araceli Ortiz Arteaga (Vocal); María José Anes Iñiguez (Vocal).

## REDACCIÓN

Avda. París, 30. 5ª Dcha. 10005 Cáceres.  
E-mail: luispalomocobos@gmail.com

## PUBLICIDAD

Salud2000  
C/ Arroyo de la media Legua, 29. Local 49.  
28030 Madrid  
tel. 91 333 90 87

## REALIZACIÓN

Tevescop, S.A.  
C/ Príncipe de Vergara, 211. 28002 Madrid

DEPÓSITO LEGAL: M-18195-1985

ISSN • SVP: 0214-3615•442

www.fadsp.org  
Twitter y Facebook: @FADSPU

salud2000 no comparte necesariamente las opiniones vertidas en los artículos firmados que son de la exclusiva responsabilidad de sus autores.

## NORMAS DE PUBLICACIÓN

Salud2000 aceptará para ser publicados trabajos inéditos relativos a la organización y a la administración de servicios sanitarios y asistenciales y, en general, a las políticas de salud. Podrán ser artículos de revisión, de opinión, cartas al director, colaboraciones especiales o artículos científicos que comuniquen resultados originales producto de investigación.

**Las dimensiones máximas aconsejadas son 3.000 palabras y un máximo de 6 figuras o tablas.**

Los textos en formato Word se enviarán a la dirección [luispalomocobos@gmail.com](mailto:luispalomocobos@gmail.com).

- 03 EDITORIAL**  
**Los retos de la Sanidad Pública**
- 06 POLÍTICA SANITARIA**  
**Los presupuestos sanitarios de las Comunidades Autónomas para 2024 FADSP**
- 08 La Sanidad Pública andaluza**  
*Lola Martínez Ruiz, Antonio Vergara de Campos*
- 12 La sanidad en Galicia, o de cómo hemos llegado hasta aquí y de cómo salir de esta**  
*Xosé M.ª Dios Diz, Manuel Martín López*
- 15 Prácticas multidisciplinares para preservar nuestra sanidad**  
*Gonzalo Baquero Sanz*
- 16 ATENCIÓN PRIMARIA**  
**Demoras en Atención Primaria y aseguramiento privado FADSP**
- 18 SALUD PÚBLICA**  
**Ley de Salud Pública en Euskadi**  
*Guillermo Jubierre. OSALDE*
- 22 NOTICIAS**  
**Listas de espera FADSP**  
**Balance Sanitario de 2023 FADSP**  
**Barómetro Sanitario de 2023 FADSP**
- 25 COMENTARIO BIBLIOGRÁFICO**  
**La sanidad pública en la era post-covid**



# EDITORIAL

## Los retos de la Sanidad Pública

**Resulta urgente intervenir para reforzar nuestra Sanidad Pública  
Tenemos que exigir la paz en Palestina y el cese del genocidio**

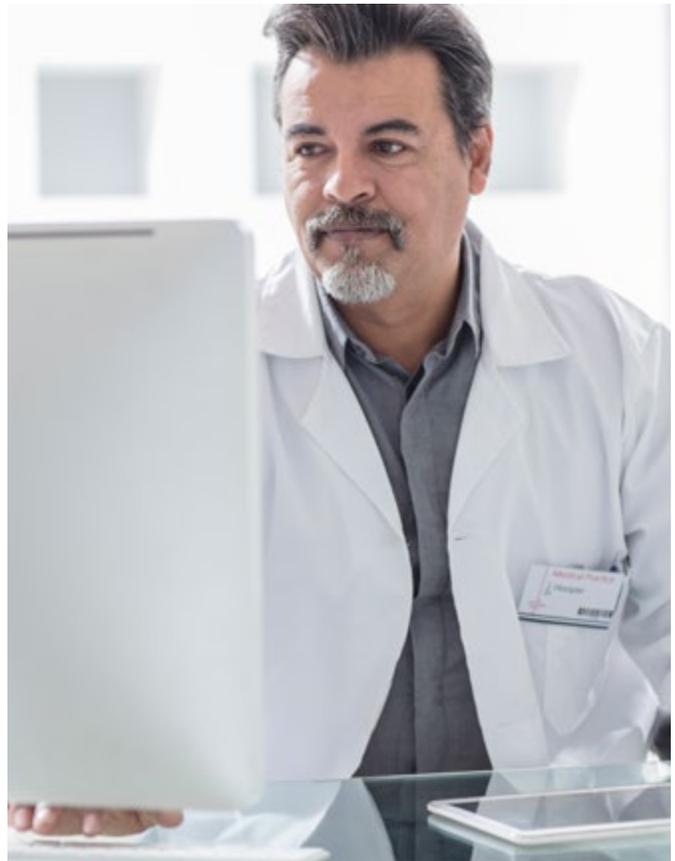
La reciente epidemia de infecciones respiratorias ha vuelto a colocar contra las cuerdas al sistema sanitario público de nuestro país. Una epidemia que, vista objetivamente, no ha sido extraordinaria y ha estado lejos de, por ejemplo, las primeras olas de la covid19. Si un aumento de la incidencia poco relevante ha producido un colapso del sistema es que las cosas están muy mal y que la debilidad del mismo es más que preocupante.

El diagnóstico de los problemas del sistema sanitario público viene de lejos, pero se hizo evidente ante la opinión pública durante la Covid19 y de hecho el dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica aprobada por el Congreso ya en 2020 señalaba los problemas principales y las medidas a tomar, pese a lo que poco se ha hecho para solucionar la situación.

Resulta urgente, por lo tanto, intervenir para reforzar nuestra Sanidad Pública salvo que se quiera que la situación continúe empeorando, y para ello debería de actuarse de manera inaplazable en los siguientes aspectos:

Se precisa una financiación suficiente y finalista, cuya ausencia está en el origen de la mayoría de los problemas que tiene el sistema, y que se deben a una financiación crónicamente inadecuada y con una excesiva variabilidad entre las CCAA. Para ello deben de considerarse fondos especiales con carácter finalista en los próximos PGE.

La Atención Primaria sigue en un estado lamentable, con un deterioro muy importante y con graves problemas de accesibilidad. Se necesitan más recursos profesionales y una inversión para garantizarlo, porque sigue siendo el nivel más infr FINANCIADO de una sanidad con presupuestos escasos.



Las listas de espera son muy elevadas en la atención especializada y coexisten con una continuada disminución de las camas hospitalarias, las cuales precisan de un aumento urgente.

Una privatización en aumento en todas las CCAA, que conlleva sobrecostes entre 5 y 11 veces sobre la provisión pública y que supone un empeoramiento de la salud de la población y un aumento de la mortalidad evitable, abriendo paso al círculo vicioso de la privatización. Por eso, todos

los nuevos recursos deben de implementarse en los centros públicos, y hay que detener la deriva privatizadora del sistema, empezando por la integración de las mutualidades de funcionarios en la Sanidad Pública.

El gasto farmacéutico continúa disparado y creciendo por encima de lo que lo hacen los presupuestos sanitarios, coexistiendo con graves problemas de desabastecimiento sin que se hayan tomado medidas al respecto. Precisamos la contención del gasto farmacéutico.

Por fin, la necesidad de potenciar unos dispositivos de Salud Pública que están infradotados e infradesarrollados para lo que sería preciso aplicar la Ley General de Salud Pública, que lleva “solo” 13 años a la espera de su desarrollo.

Todo ello configura un escenario complicado, en el que tendrán impacto las sucesivas elecciones pendientes (Galicia, País Vasco, Cataluña, europeas) y las interminables, y a veces, incomprensibles luchas partidistas.

Es obvio que la ciudadanía sigue reclamando que el derecho a la protección de la salud se convierta en una realidad palpable, lo que precisa una Sanidad Pública de calidad, accesible y suficientemente financiada.

## Detener el genocidio palestino

Desde hace tres meses el gobierno de Israel está asesinando a la población palestina, especialmente en Gaza, donde se superan los 25.000 muertos, pero también en Cisjordania, donde los asesinatos superan los 300. Mayoritariamente los muertos son población civil (casi el 50% de ellos niños). En tres meses han muertos 10 veces más civiles en Gaza que en 3 años en Ucrania y, mientras que las muertes en esta última parecían intolerables a la UE y EEUU, las de los gazatíes parece que se asumen como “daños colaterales” de una supuesta guerra.

Paralelamente, se está produciendo un desplazamiento forzoso de población, destruyendo sus





viviendas, y un bloqueo de suministros que produce hambre y sed entre la población civil. Los centros sanitarios se han convertido en un objetivo significativo de los ataques, se han destruido hospitales, centros de salud, ambulancias y otros recursos sanitarios, se impide la entrada de medicinas básicas incluida la anestesia, y se ha asesinado y raptado a numerosos profesionales sanitarios. Este especial empeño en destruir las infraestructuras sanitarias parece ser una estrategia para devolver a Gaza al Neolítico y favorecer la expulsión de la población.

La actitud de Netanyahu, y los otros asesinos que le secundan, no tiene justificación desde ningún parámetro humanitario ni del derecho internacional.

Paz para la salud, salud para la paz, dice la OMS, objetivo que hoy parece bien lejano. Tenemos que movilizarnos, hacer oír nuestro rechazo a los asesinatos y exigir la paz en Palestina y el cese del genocidio. Estos crímenes no pueden quedar impunes, porque si así fuera nos haríamos cómplices de los mismos y estaríamos propiciando su continuidad y amplificación.

---

LPC

# Los presupuestos sanitarios de las Comunidades Autónomas para 2024

Los presupuestos que aprueban las CCAA son un índice de la preocupación de las mismas por el sistema sanitario, y su interés en responder a los problemas de la Sanidad Pública, especialmente cuando estamos en una situación de crónica desfinanciación de la misma y además hay que tener en cuenta que el gasto sanitario de las CCAA es el 92,1% del gasto sanitario

público total. En este momento los presupuestos de las distintas CCAA están presentados

salvo en 3 de ellas, y aunque todavía quedan tramites para que finalice su aprobación, no parece probable que vayan a producirse modificaciones significativas por lo que pueden considerarse como casi definitivos. De las 3 CCAA que no tienen todavía presupuesto y por lo tanto prorrogan las de 2023, en 2 de ellas,

Castilla y León y Navarra, parece que no habrá problemas

relevantes para su definitiva aprobación sobre marzo de 2024, tal y como han prometido, en el caso de Cataluña, la situación es menos clara y resulta difícil pronosticar si se aprobaran o no nuevos presupuestos.

En la tabla siguiente se recoge el presupuesto por habitante y año previsto para 2024 en cada una de las CCAA, así como el promedio de las mismas aparecen en negrita y cursiva los datos de las 3 CCAA que prorrogan, recogiendo el mismo del año anterior). También se recogen los presupuestos de años anteriores si bien las comparaciones con varios años, en este caso desde 2010, deben ser vistas con prudencia porque no se considera el efecto de la inflación.

Presupuestos 2010 - 2024

	2010	2021	2022	2023	2024
Andalucía	1180,09	1.388,86	1.388,86	1605,33	1674,79
Aragón	1419,37	1.766,91	1.684,09	1939,01	2092,47
Asturias	1507,15	1.949,95	1.932,83	2133,13	2311,16
Baleares	1066,37	1.597,52	1.722,12	1826,76	2000,92
Canarias	1295,36	1.475,18	1.542,17	1650,53	1922,24
Cantabria	1347,47	1.711,34	1.760,56	1860,01	1962,75
C y León	1360,62	1.817,94	1.863,55	1999,38	<b>1999,38</b>
CLM	1346,52	1.791,68	1.756,56	1765,98	1913,50
Cataluña	1298,84	1.279,28	1.456,45	1576,44	<b>1576,44</b>
C Valenciana	1122,79	1.497,61	1.553,14	1628,26	1668,12

Extremadura	1509,72	1.743,87	1.880,72	2092,47	2163,49
Galicia	1333,39	1.697,63	1.701,52	1847,26	1929,41
Madrid	1108,14	1.236	1.300,55	1446,13	1468,38
Murcia	1334,25	1.305,93	1.433,02	1534,64	1555,61
Navarra	1543,12	1.771,34	1.915,56	2019,65	<b>2019,65</b>
País Vasco	1623,08	1809,41	1.991,21	2130,19	2217,67
La Rioja	1443,94	1.669,36	1.745,74	1809,27	1931,90
<b>Media CCAA</b>	<b>1.343,95</b>	<b>1.612,31</b>	<b>1.679,26</b>	<b>1.815,55</b>	<b>1.906,29</b>
<b>Ratio</b>					
<b>Máximo/</b>	<b>1,52</b>	<b>1,57</b>	<b>1,53</b>	<b>1,47</b>	<b>1,57</b>
<b>Mínimo</b>					

### De los datos podemos sacar algunas conclusiones:

1. Se ha producido un crecimiento de los presupuestos sanitarios per cápita respecto a 2023 en promedio (90,74 €, un 4,99% más), crecimiento que sigue siendo insuficiente para las necesidades del sistema sanitario (recuérdese que la inflación prevista para 2023 está en el 3,8%). Si analizamos solo aquellas CCAA donde se aprobarán presupuestos antes de fin de año el aumento es de 112,36 € respecto a 2023 (un 6,22% más). Desde la FADSP reclamábamos ya en 2022, un aumento de 1.000 € per capita, eso significa que seguiremos estando por debajo de la media de los países de la UE en gasto sanitario per capita y muy por debajo de los países del euro.

2. El mayor presupuesto per capita es el de Asturias (2.311,16 €) y el menor el de Madrid (1.468,38 €), que lo es por quinto año consecutivo, y ello a pesar de que como ya se ha señalado 3 CCAA tienen prorrogados los presupuestos. La ratio presupuesto máximo/mínimo es de 1,57 la más elevada de los años analizados situación que comparte con 2021.

3. La situación es más complicada en las 3 CCAA que prorrogan presupuestos porque, en el mejor de los casos, los nuevos presupuestos no estarán operativos hasta el 2o trimestre de 2024, y eso

impedirá hasta entonces el necesario refuerzo del sistema sanitario.

4. De nuevo las diferencias son excesivas, 842,78 € por habitante entre la Comunidad autónoma que más dedica y la que menos presupuesta, evidentemente una variabilidad tan amplia dificulta que se puedan

proveer los mismos servicios sanitarios, en cantidad y/o en calidad, y rompe con la necesaria equidad y cohesión entre las CCAA.

En resumen, un aumento escaso y muy mal repartido que hace que se mantenga la insuficiencia financiera global de nuestro sistema sanitario y consolida las desigualdades interterritoriales.

Desde la FADSP volvemos a reiterar la necesidad de que se realice un esfuerzo presupuestario para reforzar la Sanidad Pública, así como mecanismos de financiación finalistas que permitan reducir las excesivas diferencias y garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud, porque la única manera de reclamarse constitucionalista, es garantizar en la práctica el cumplimiento de la Constitución.

### Federación de Asociaciones para la Defensa de la sanidad Pública

18 de diciembre de 2023

# La Sanidad Pública andaluza

Lola Martínez Ruiz, Antonio Vergara de Campos.  
Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP)  
Andalucía.

Coordinadora Andaluza de Mareas Blancas

Un sector nada despreciable de la población andaluza, que es la sociedad que conocemos mejor, percibe las decisiones políticas que influyen en su día a día, sanidad, educación, dependencia, pensiones..., como si fuera todo consecuencia de un fenómeno “natural”, como una tormenta vamos. Probablemente sea debido a la resignación cristiana. Y queremos comenzar escribiendo sobre la historia reciente de la sanidad pública en Andalucía, para dejar claro que todo lo que ocurre se debe a las acciones del gobierno correspondiente o bien a su nefasta gestión.

En el año 2008, La Unión Europea presiona a España para que la crisis financiera, que era histórica, se corrigiera, al menos en parte, con la reducción del gasto público, es decir la disminución presupuestaria de los servicios públicos. El PP y el PSOE se ponen de acuerdo para obedecer, sin valorar las consecuencias que tendría sobre las clases trabajadoras.

Según nuestras propias experiencias, en Andalucía, desde el año 2002, padecíamos ya políticas economicistas, como no sustituir a los profesionales en jubilaciones, bajas médicas prolongadas, períodos veraniegos, etc. Eran los inicios de lo que vendría posteriormente.

Las políticas de austeridad que exigían desde Europa eran un conjunto de políticas económicas, tendentes a reducir el gasto público, a la vez que salarios públicos y pensiones, con el objetivo principal de disminuir el déficit público y, por consiguiente, el peso de la deuda pública.

Las soluciones fueron rescates bancarios con dinero público, compra de deuda pública, desempleo a tope y los préstamos no eran viables para la mayoría de la población. Es decir, la crisis la pagamos las clases trabajadoras.

Por estos motivos, desde 2008, con gobiernos socialistas, se van reduciendo los presupuestos sani-

tarios andaluces a un ritmo de 1.000 millones de euros anuales. El deterioro de la sanidad pública fue importante y comenzaron las privatizaciones, derivando a clínicas privadas aquello que el sector público reducido no era capaz de acometer.

Paralelamente, la Atención Primaria de la Salud, que en Andalucía había sido referente estatal, también va sufriendo un importante deterioro. A la vez que se le van asignando más tareas, padece un continuo recorte de plantillas y se van debilitando todos los Programas de Salud. La especialidad era cada vez menos Familiar y Comunitaria.

En ese contexto, el PP llega al gobierno andaluz en 2019 y se encuentra con un escenario ideal para sus intereses privatizadores. La sanidad pública deteriorada y los conciertos con la privada en auge. Sólo había que rematar la faena... y lo están haciendo.

En honor a la verdad, hay que resaltar que en la primera crisis económica, el gobierno central del PP disminuyó drásticamente los Presupuestos a las Comunidades Autónomas, mientras que en esta segunda se han recibido más de 3.500 millones de euros por año procedentes de Fondos Europeos. Hay menos argumentos para justificar la necesidad de la austeridad.

Desde el primer momento, el gobierno del Partido Popular se puso mano a la obra, desarrollar su programa sanitario, que no es otro que, con la falacia de la colaboración público-privada, vaciar de contenido (reducir la actividad) de la sanidad pública e incrementar de forma progresiva los conciertos y las derivaciones a las clínicas privadas.

En dos medidas tardaron días. Primero suspender la subasta de medicamentos, mediante la cual el Servicio Andaluz de Salud se ahorraba más de 300 millones de euros anuales y que consistía en una puja a la baja, es decir, durante un año, en toda Andalucía se recetaría en la pública el principio activo



que menor precio ofertara. Las multinacionales recuperaron su alegría.

La segunda medida fue tremenda. Hasta ese momento, los/as médicos/as que trabajaban sólo en la sanidad pública cobraban un complemento de exclusividad. En pocos días el gobierno del PP suspendió este complemento y lo extendió a todos por igual, modificando el concepto. Se incentivaba económicamente el trabajar en la pública y en la privada. El colmo es que este concepto afectaba también a los cargos intermedios. El responsable de un Servicio para reducir las listas de espera, podía trabajar en la privada que vive de dichas esperas. Perfecto.

La llegada de la pandemia por el Covid 19 constituyó la tormenta perfecta con un efecto demoleedor para la Atención Primaria. El acceso a los Centros de Salud se restringió mucho y descubrieron el chollo de las Consultas Telefónicas. De facto se estaba desmantelando la entrada y el eje vertebrador del Sistema Sanitario Público, que probablemente era el objetivo del gobierno andaluz de entonces y de ahora.

Durante los casi tres años de epidemia por el coronavirus, inicialmente comprensible pero no su mantenimiento temporal, los recursos sanitarios se destinaron muy prioritariamente a combatir el virus, con los efectos obvios que tuvo y sigue teniendo

sobre el resto de las patologías. Lo escandaloso, en nuestra opinión, es que todavía a fecha de hoy se siga limitando el acceso a los Centros de Salud y se mantienen las Consultas Telefónicas, con un retraso en la atención de 14 días de media andaluza.

Es decir, la Atención Primaria de Salud en Andalucía no existe en la actualidad con la concepción y funciones que debe tener.

El remate de la faena fue que en Marzo de 2023, se publica en el BOJA la tarificación de las consultas médicas en los Centros de Salud para profesionales de entidades privadas, además con un precio de 65 euros por consulta, que es mucho más de lo que perciben los y las Médicas de Familia y Salud Comunitaria. No terminaba ahí el escándalo, sino que esos médicos/as con ejercicio privado podían pasar dichas consultas en los propios Centros de Salud.

Se ponía en evidencia el concepto que tiene el Partido Popular, reduciendo la Atención Primaria a consultas médicas. Un despropósito. Estaban intentando un hito histórico, privatizar la Atención Primaria de la Salud.

De momento, gracias a las grandes movilizaciones que se organizaron, en las que la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP) y la Coordinadora Andaluza de Mareas Blancas (CAMB) fueron protagonistas, junto a Sindicatos de clase

(elDiario.es 28 Octubre 2023), esta medida está en suspenso pero no ha sido derogada como hemos exigido desde entonces.

Después, todo ha consistido en un aumento leve de los Presupuestos Sanitarios Andaluces anuales pero basados en un incremento de los dineros dedicados a la privada, en detrimento de la pública, hasta llegar al momento actual en que el 40% de dichos presupuestos se dedican a favorecer el negocio privado. “Peasso” de colaboración público-privada.

La ADSP de Andalucía y la CAMB han denunciado que la privatización sanitaria aumenta la mortalidad injusta y evitable, publicando estudios científicos que lo evidencian (InfoLibre, 10 Octubre 2022).

Hemos publicado nuestras reivindicaciones sanitarias antes de las elecciones (InfoLibre, 15 Julio 2023). El marco conceptual es que la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía tiene la obligación de gestionar una Sanidad 100% Pública, de la máxima calidad, gratuita y universal. La legislación que permite las privatizaciones debe ser derogada para permitir la equidad sanitaria.

Se trata de recuperar los Presupuestos Sanitarios pero de forma absoluta dirigidos de forma finalista a la Sanidad Pública para poder reponer las plantillas estructurales que hagan posible una atención de calidad y así evitar las indecentes listas de espera que padecemos en la actualidad.

La situación actual es una emergencia social. Una media de 14 días para que te atienda alguien por teléfono desde tu Centro de Salud y después de

una ocultación por fin se ha revelado que las escandalosas cifras de las listas de espera andaluzas han crecido en un 55% y además los contratos para derivar pacientes a la privada no tenían anclaje legal (elDiario.es Andalucía, 21 diciembre 2023). Un desastre de gestión sanitaria pública que debería avergonzar a sus responsables.

El diagnóstico está claro y, como comprobamos históricamente, no tiene nada que ver con “fenómenos naturales” sino con decisiones políticas, nefastas para preservar los derechos de la población.

Los recortes presupuestarios realizados desde 2010 y que llegan hasta ahora (cerca de 20,000 millones de en total), son la base de la situación presente. En este periodo de tiempo, además, ha habido un aumento de la población a atender (160,000 personas más) y, sobre todo, ha aumentado la población de más de 64 años en 270,000 personas más, llegando a 1,5 millones de personas en esta franja de edad. Es sabido que estas personas son las que más recursos necesitan. Este elemento que no se ha ajustado en este periodo. En definitiva, los recortes son un factor determinante del deterioro asistencial del sistema.

Las privatizaciones, es decir, las derivaciones masivas de exploraciones complementarias elementales y de la actividad quirúrgica (no complicada) y la pandemia por el coronavirus fueron los factores que explican la situación actual.

También están muy claras las medidas terapéuticas. Andalucía es la Comunidad Autónoma con menor financiación de la sanidad pública per cápita.



pta. Hay que conseguir presupuestos que posibiliten la recuperación de la calidad asistencial.

Necesitamos plantillas adecuadas a las necesidades. Estimamos que se necesitan 12.000 nuevos profesionales, pero no con contratos miserables sino con la convocatoria de Concursos Públicos que consigan que los que están emigrando actualmente se queden en su tierra.

Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud al que se debe destinar el 25% de los presupuestos sanitarios. Desarrollar Planes de Salud Pública y Comunitaria que haga posible que la población de cada barrio sienta que el Centro de Salud es suyo.

La Salud Mental en Andalucía es una vergüenza. No sólo se deben adecuar las plantillas actuales sino hay que procurar la incorporación de profesionales multisectoriales (Psicología Clínica, Enfermería, Trabajo Social, Orientadores ...) para dar un enfoque con orientación comunitaria y no sólo medicalizada.

Dotación adecuada de los Servicios de Salud Pública. Elaboración de un Plan de Educación para la Salud, a impartir como asignaturas en los Colegios e Institutos, de acuerdo con los parámetros y contenidos que los expertos en educación determinen en el sistema curricular de cada fase, con especial atención a los aspectos nutricionales, medioambientales, psicológicos, relacionales, y hábitos saludables que van dirigidos a mejorar la calidad y expectativas de vida, así como a disminuir las patologías que tienen su causa en estos ámbitos.

Exigimos un Plan Andaluz que ponga freno a las privatizaciones y otro para la desprivatización, aunque sabemos que será complicado. La primera obligación de los gobiernos debería ser preservar los derechos de la ciudadanía y esto sólo se puede conseguir potenciando el sector público.

Pensamos que quedan pocas oportunidades para preservar el Servicio Nacional de Salud. Una nueva legislatura con gobiernos del PP y Vox harían muy complicado revertir lo privatizado. Por eso exigimos al gobierno central progresista actual que haga todo lo posible para que no se pueda legalmente privatizar Lo Público. En una publicación reciente nos extendemos (InfoLibre, 23 Diciembre 2023).

En España, se dedican a las entidades privadas más de 9.000 Millos de euros (InfoLibre, 12 Diciembre 2023) y las declaraciones de la nueva Ministra de Sanidad no nos tranquilizan porque nos parecen dubitativas. Ante un problema de la magnitud de perder el Sistema Sanitario Público no se puede ser paliativo sino terapéutico radical. Ojala sea así.

Mientras tanto, nuestra federación (FADSP) y las Mareas Blancas seguiremos denunciando públicamente y tratando de concienciar a la población porque somos plenamente conscientes de lo que nos jugamos, nada más y nada menos que la vida o la muerte.




---

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública  
Octubre de 2022

# La sanidad en Galicia, o de cómo hemos llegado hasta aquí y de cómo salir de esta

Dr. Xosé M.<sup>a</sup> Dios Díaz.

Médico Especialista de AP de Outes. A Coruña y portavoz de la Plataforma SOS Sanidade Pública de Compostela.

Dr. Manuel Martín García.

Portavoz de la Plataforma SOS Sanidade Pública de Galicia.

Está claro que el actual gobierno gallego apuesta por mantener su estrategia de desmantelamiento y privatización

Las movilizaciones de SOS Sanidade Pública pretenden llevar la defensa de la sanidad a la agenda electoral

El 1 de marzo de 2.009, el Partido Popular de Galicia gana las elecciones autonómicas con mayoría absoluta. Ciertamente, si sumamos el voto individual de la izquierda y lo comparamos con los de derechas, sale ganando la izquierda por muchos votos, pero la división de las izquierdas, hace que el PP consiga tres mayorías absolutas. La última, en 2.020, con 60.000 votos menos, consiguió 3 diputados más (Ley d'Hont).

La primera medida que tomó Feijoo cuando llegó al poder en 2.009 fue derogar el Plan Galego de Mellora da Atención Primaria, consensuado por la administración del PSdeG-PSOE y el BNG (que gobernaron la legislatura anterior) con los sindicatos y todas las organizaciones que trabajamos en la Sanidad Pública Gallega. De un plumazo, lo retiró, dejando sin ejecutar temas como las oposiciones que de verdad hacían falta en ese momento, aumento de infraestructuras y un desarrollo de salarios con la carrera profesional que pondrían en marcha para mejorar el sistema sanitario en Galicia. Todo se quedó en nada, pues las intenciones del PP eran el desmantelamiento de la Atención Primaria y dejar sin efecto lo que mejoraría la asis-

tencia sanitaria según los protagonistas del propio sistema sanitario.

En los años sucesivos, el declive en los presupuestos de sanidad, fueron evidentes: si en el año 2.009 el presupuesto para AP fue de 1.436 millones de euros, el descenso del presupuesto fue acusado, destacando los años 2.014: 1.169, 2.015: 1.139 y 2.016: 1.141. Vemos que la estrategia de disminuir el presupuesto en AP fue la tónica, lo que nos lleva a pensar en una actuación definida y programada para deteriorar primero el sistema sanitario gallego, para tener la disculpa de ir privatizando diferentes entidades que estaban en la sanidad pública. Decir que sí hacen aumento de presupuesto desde la Pandemia, pero sin llegar nunca al presupuesto del año 2.009: y además, si tenemos en cuenta la Inflación, el déficit de recursos es más que evidente. Pero, además, el presupuesto en la Atención a la Dependencia es un auténtico escándalo, con listas de espera interminables y que en los 14 años que llevan gobernando no hicieron ni una sola Residencia Pública de Mayores (las 2 que donará este año 2.024 Amancio Ortega, el PP las va a entregar al clero y a las multinacionales de las residencias privadas).

Durante los años de gobierno del PP, modificó 2 veces la Lei Galega de Saúde. Primero retiró Áreas Sanitarias importantes, acabó con las Gerencias de Atención Primaria y dejó sin desarrollar la Participación Ciudadana en los Consellos de Saúde de Área Sanitaria y en el Consello de Saúde de Galicia.



La Sanidad Pública Gallega se enfrenta a una grave crisis de recursos e irracionalidad con problemas de acceso a los Centros de Saúde que soportan consultas masificadas (medias de 40 a 50 pacientes diarios de forma mayoritaria en Atención Primaria); listas de espera superiores a la semana: llegaron a hacer lo que llaman eufemísticamente “Lei de Garantías de Prestaciones Sanitarias”, con la idea de poner 45 días para una primera consulta y para una prueba diagnóstica y 65 días para una intervención quirúrgica. Como esto no se cumple nunca, el propio sistema permite que vayas a la privada que paga la Pública: increíble pero cierto y colocado en una Lei...; como no se invierte ni se ponen los medios necesarios, no se cumple nunca...; tenemos hegemonía de la consulta telefónica (sigue siendo preferente frente a la consulta presencial); imposibilidad de derivar pacientes desde la consulta de AP al especialista, teniendo que hacer una consulta electrónica previa, que demora la asistencia en 3-4 días más (lista de espera para entrar en la lista de espera); cierre de Centros de Salud y PAC; plantillas diezmadas; equipos mal dimensionados; abandono de la atención pediátrica (hay una auténtica rebelión de las familias afectadas donde más de la mitad de los ayuntamientos de Galicia no cuentan con Pediatra); abandono de la promoción, prevención, rehabilitación, atención

comunitaria y atención a personas con enfermedades crónicas o que viven en Residencias de Mayores; demoras de años para acceder a la atención a la dependencia; enormes listas de espera hospitalaria ocultas y falseadas (la lista de espera no estructural ya es mayor que la oficial); crecimiento de la actividad concertada con centros privados en manos de multinacionales y el clero; aumento de los seguros sanitarios privados basura. Parece surrealista...y es surrealista!

Los servicios privatizados en Galicia, podemos decir que “son todos” menos la bata blanca.

Respecto a la falta de personal: es el problema fundamental de la Sanidad Pública Gallega. Se sabe desde hace años, que 433 médicos de Atención Primaria superarán la edad de jubilación en 2023, lo que supone más del doble de las nuevas plazas ofertadas (200). Es decir, si no hay un cambio estratégico en la política de personal del PP, las reducciones de facultativos de plantilla en este nivel asistencial continuarán. El Ministerio de Sanidad destinará 60 millones en 2.024 a la creación de nuevos puestos en AP (lo que representa sólo el 1,1% del presupuesto sanitario) de los cuales 200 serán personal médico. Según datos del Ministerio de Sanidad, el número de profesionales médicos de

**MANIFESTACIÓN**

**SOS**  
sanidade  
pública

**pola sanidade  
que queremos  
e merecemos !!**

**domingo, 4 de febreiro de 2024  
ás 12:00, desde a Alameda  
Santiago de Compostela**

la AP que trabaja en Galicia es de 2.768, lo que supone un incremento de sólo el 7%, a pesar de las grandes necesidades del sistema tras los recortes del PP en los últimos años.

La gestión sanitaria se basa en el amiguismo (la gerente del SERGAS es hermana del gerente de la patronal de los hospitales privados, la prima de Feijoo es la gerente del Hospital Clínico Universitario de Santiago) y sigue creciendo la actividad concertada con centros en manos de multinacionales. Los 2 hospitales "Públicos" de Vigo están en manos privadas. La política de personal se basa en los bajísimos salarios, en la inestabilidad, la precariedad y la ausencia de planificación como demuestra que más de la mitad de los profesionales sanitarios se jubilarán en los próximos 5-10 años y no tengan una planificación prevista para esta dramática situación. El sueldo base de un/a Médico/a del Grupo A1, es de 1.288 euros al mes. Lo que pagan por un sábado de mañana, de

7 horas, son 133 euros: sale la hora de trabajo con su responsabilidad en atender a un pueblo determinado a 19 euros la hora de trabajo de un sábado de mañana...

Estos bajos salarios y condiciones de precariedad e inestabilidad, afectan no solo al personal médico: sucede en todas las especialidades que forman parte de los Centros de Saúde en Galicia. La administración del PP, no tiene previsto poner en marcha medidas para suplir la falta de personal, reorientar la AP al modelo de salud comunitario dando una atención integral o poner en marcha planes extraordinarios para reducir las listas de espera hospitalarias o una política de personal incentivadora, dado que acaba de aprobar unos presupuestos para el 2.024 que reducen un 2% los del año pasado y otorgan casi 200 millones de euros menos que en el año 2.008 cuando accedieron al gobierno de la Comunidad Autónoma Gallega.

Está claro que el actual gobierno gallego apuesta por mantener su estrategia de desmantelamiento y privatización. No quiere poner en marcha medidas para afrontar una situación tan crítica para la Sanidad Pública de Galicia. Si el Partido Popular vuelve a ganar las elecciones (18 de febrero del 2.024) el Sistema Sanitario Público corre peligro de desmantelamiento.

La Plataforma SOS Sanidade Pública es una gran alianza social y profesional que integra a organizaciones vecinales, asociaciones de pacientes, ONGs, sindicatos de clase (CIG, CC.OO., UGT), organizaciones de familiares de personas en residencias de mayores que perdieron el derecho a la asistencia sanitaria pública, partidos políticos progresistas (Bloque Nacionalista Galeg, PSG-PSOE, Sumar, Podemos, Esquerda Unidad, ANOVA, etc), con una gran presencia en numerosos municipios con casi 40 Plataformas Locales de composición variable y que en muchas localidades cuentan con el apoyo de Ayuntamientos y Diputaciones.

Durante los últimos años han organizado decenas de manifestaciones y concentraciones en defensa de la sanidad pública y contra el desmantelamiento y privatizaciones del sistema sanitario público. La Plataforma SOS Sanidade Pública de Galicia, convoco una Manifestación el 4 de febrero de 2024, en Compostela, que culmina un proceso de movilizaciones locales a lo largo del presente año, con el objetivo de poner la sanidad pública en la agenda electoral

# Prácticas multidisciplinarias para preservar nuestra sanidad

Gonzalo Baquero Sanz.

Presidente del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina.

**En medicina no se trabaja de forma aislada, y esto hay que enseñarlo desde el grado. Como futuros médicos y médicas tendremos que estar familiarizados con la labor del resto de piezas del sistema sanitario, desde el papel de enfermería hasta el rol de psicólogos y psicólogas.**

Las prácticas clínicas ideales para el estudiantado de medicina deberían ser mixtas entre diferentes campos de ciencias de la salud. Así, futuros médicos y médicas deberían tener la opción de formarse, también, al lado de profesionales como el equipo de psicología, de enfermería, de fisioterapia o de nutricionistas.

El aislamiento en las prácticas con, únicamente, el cuerpo de medicina, es un anacronismo que acrecienta la falta de solidaridad entre diferentes agentes del sistema sanitario y la falta de comprensión holística del conjunto.

Este modelo mixto es algo ya establecido por una parte muy reducida del profesorado con ideas innovadoras y afán de progreso. Pero esto no es, ni por asomo, la realidad en el grado de medicina en España. La gran mayoría de estudiantes de medicina en nuestro país rotan solamente con el personal de medicina. Como si fueran los únicos profesionales con los que trabajarán en un futuro y del que tendrán que aprender y conocer. Jóvenes estudiantes víctimas de un sistema imperfecto.

Sin embargo, la viabilidad de este modelo es más que asumible por la totalidad de facultades de medicina en España; al menos de forma técnica. No solo sería viable, sino también conveniente.

Conveniente incluso en términos económicos -los incentivos aparentemente más poderosos- al mejorar la eficiencia con un mejor trabajo en equipo posterior entre diferentes profesionales de la salud. Además, la defensa de nuestra sanidad pública irá de la mano de la valoración y comprensión entre diferentes profesionales.

Permitir a nuestro estudiantado formarse en ámbitos como el sector de enfermería o dietética y nutrición no minará el estatus o relevancia del cuerpo médico. Esta falsa creencia podría ser uno de los principales motores en contra del establecimiento de prácticas mixtas, la creencia de que

estudiantes formados con profesionales diferentes a los de medicina no defenderán el valor de su profesión.

Lo que no se advierte es que el valor de nuestra profesión se adquiere alejándose de ella. Se adquiere viéndola en perspectiva y entendiendo el sistema en conjunto. Se adquiere desde el grado y se perpetúa en la vida laboral. Se adquiere dando también valor al resto de cuidadores y agentes en salud teniendo la oportunidad de apreciarlo desde sus primeros años de formación.



# Demoras en Atención Primaria y aseguramiento privado

## FADSP

El porcentaje de población con seguro privado está relacionado positivamente con la demora en AP

Las demoras en Atención Primaria (AP) son uno de los grandes problemas de la situación de la Sanidad Pública y del deterioro de la Atención Primaria. Por ello la satisfacción de la población con la AP ha disminuido durante los últimos años (1,06 entre 2019 y 2022 y 1,1 entre 2017 y 2022). Paralelamente se ha producido un incremento notable del aseguramiento privado entre la población que ha alcanzado los niveles mayores en 40 años.

Para conocer la influencia del incremento de demoras en AP (tiempo de demora en consulta de medicina de familia) y el porcentaje de población con aseguramiento privado hemos analizado los datos del Barómetro Sanitario de 2019 y 2022, así como los porcentajes de población con aseguramiento sanitario privado en cada una de las CCAA con los datos de UNESPA, la patronal del seguro privado.

Se han analizado los datos descriptivos, los coeficientes de correlación y la regresión lineal múltiple.

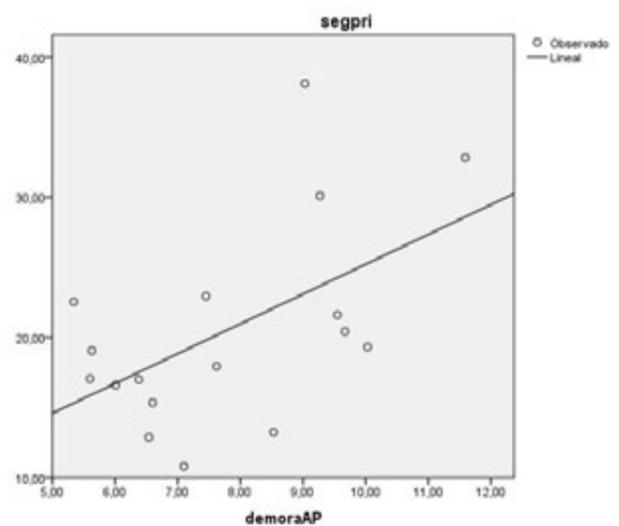
## Resultados

El promedio de las CCAA en cuanto a porcentaje con aseguramiento privado está en el 20,45% y va desde el 38,11% de Madrid al 10,79% de Navarra. Entre 2019 y 2022 el porcentaje de población con aseguramiento privado aumento globalmente en un 2,29% (entre el 6,68% de Cantabria y el 0,79% del País Vasco).

La demora media en AP fue de 7,76 días en 2022 y había aumentado un promedio de 3,21 días desde 2019 (entre 5,24 días en Madrid y 1,64 días en Cantabria).

Hay que destacar que el aumento tanto en %

Relación entre las demoras en AP y el % de población con seguro privado



de población con seguro privado como en días de demora en AP se ha producido en todas las CCAA y que la media es la media de los datos de cada una de ellas, no estando ponderada por población.

Se encontraron coeficientes de correlación positivos y significativos entre el porcentaje de población con seguro privado y la demora media ( $r = 0,540$ ;  $p = 0,025$ ) y entre la demora en AP y el aumento de la misma entre 2019 y 2022 ( $r = 0,557$ ;  $p = 0,020$ ) y entre el aumento de la demora media en el periodo analizado y la demora en 2019 ( $r = 0,816$ ;  $p < 0,0001$ ).

Además, realizamos una regresión lineal múltiple en la que se introdujo además el PIB per capita de cada CCAA. El resultado fue que el % de población con seguro privado estaba relacionado positivamente con la demora en AP ( $\beta = 0,618$ ;  $p = 0,008$ ) y con el PIB per capita ( $\beta = 0,427$ ;  $p = 0,049$ ). Un modelo con una  $r$  cuadrado de 0,469 y una  $p = 0,012$ .

## Conclusiones

De los datos analizados pueden extraerse las siguientes conclusiones:

1. Hay un gran porcentaje de población con un seguro sanitario privado, con una gran variabilidad entre CCAA (desde el 38,11% de la población en Madrid hasta el 10,79% en Navarra), porcentaje que viene aumentando hace años pero que lo ha hecho de manera más importante desde 2019, es decir tras la pandemia.

2. La demora en Atención Primaria es también muy elevada (7,76 días de media de las CCAA en 2022, desde 11,59 días en Cataluña hasta 5,34 en el País Vasco) y asimismo ha aumentado en este periodo de manera notable, y lo ha hecho de más justamente en aquellas CCAA en que ya era más elevada, es decir han empeorado más las que estaban peor en 2019.

3. Existe una clara y significativa relación entre el porcentaje de personas con un seguro privado y la demora en las citas de AP, de manera que cada día más de demora supone un aumento de 0,618 en el porcentaje de personas con seguros privados, o lo que es lo mismo, que, si se redujera el promedio de demora hasta 48 horas, tal y

como solicitamos desde la FADSP, el porcentaje de población con seguro privado se reduciría en un 3,56% (1,68 millones de personas).

4. Como era de esperar también existe una relación entre el PIB por capita y el aseguramiento privado, porque a este solo pueden tener acceso las personas con mayores ingresos, y por lo tanto supone un claro factor de inequidad.

5. Desde la FADSP no tenemos nada en contra de que quien así lo desee se haga un seguro privado, siempre y cuando se den dos condiciones básicas, que no lo haga porque no tiene una alternativa en tiempo y calidad aceptable en el sistema público, y que este aseguramiento privado no este subvencionado con fondos públicos, como sucede con los seguros contratados por las empresas y en el caso de las mutualidades de funcionarios.

Por todo ello entendemos que es crucial para garantizar un buen funcionamiento de la Sanidad Pública el reducir las demoras en Atención Primaria, pues el buen funcionamiento de esta es la base de la Sanidad Pública, y que este debería de ser un objetivo fundamental para todas las opciones políticas.



# Ley de Salud Pública en Euskadi

Guillermo Jubierre, OSALDE

La aplicación de la ley permita reducir las desigualdades sociales en salud.

La salud pública coordinará las políticas asistenciales con el resto de las políticas que influyen en los determinantes de salud.

Se ha aprobado la Ley de Salud Pública de Euskadi. Es la primera norma que regula específicamente esta materia en Euskadi y su objetivo es profundizar en la garantía de los derechos de las personas en materia de salud, la igualdad de oportunidades y la equidad. OSALDE ofrece una primera lectura de la Ley tratando de contribuir al análisis y debate de tan relevante iniciativa política para la Comunidad Vasca, siendo ampliamente comentada por la Junta celebrada el 10 de diciembre de 2023. Este es nuestro primer borrador comentando algunos aspectos relevantes de la Ley.

Oportunidad y conveniencia de esta Ley: Tenemos como ejemplo la Pandemia provocada por el Sars-Cov-2, que puede indicarnos el futuro inmediato y a medio plazo que podemos sufrir. Decía Osalde que “la actual pandemia pasara, pero no sabemos si quizás para siempre, o vuelva todos los años en forma de epidemia estacional, o se quede en situación endémica, en todo el mundo o solo en algunos países, en todo caso habrá que prepararse para nuevas situaciones más o menos parecidas, porque los cambios que nuestro sistema económico y social ha producido en el ecosistema y la globalización neoliberal tienen unos costes que aunque con frecuencia los olvidamos, la realidad nos los recuerda, a veces como ahora de manera trágica” (OSALDE, mayo 2020).

Dentro de los sistemas sanitarios, los servicios dedicados a la salud pública, a lo largo de la historia han sido casi marginales, con pocos recursos, sus funciones han estado poco desarrolladas y han dispuesto de pocos profesionales.

La descentralización del sistema de salud supuso un incremento de recursos humanos y materiales para las actividades de salud pública, especialmente en planificación sanitaria, pero los recursos dedicados a las actividades específicas de promoción de la salud no han estado a la par en crecimiento. Hasta épocas recientes no han existido estrategias para adaptar la salud pública (y a las administraciones competentes) a los cambios acontecidos en la sociedad.

Entre los técnicos en salud pública a nivel internacional existe un consenso sobre la necesidad de revisar las normas que regulan las actuaciones en salud pública, que siempre están muy dispersas y/o atomizadas. La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del SNS incluía prestaciones de salud pública en el catálogo de prestaciones del SNS; el RD 1030/2006 determinaba la cartera de servicios comunes del SNS en materia de salud pública. Pero no fue hasta la llegada de la Ley 33/2011 General de Salud Pública, que la legislación nacional se actualizó en relación al desarrollo de las evidencias científicas en esta materia, a los procesos de cambio y reforma de los sistemas de salud, a los nuevos estilos de vida en sociedad y cambios en el entorno y sociodemográficos, etc.

Por desgracia esta Ley no tuvo continuidad, y no llegó a cumplirse con lo previsto en su “Disposición final quinta...desarrollo reglamentario”,...“El Gobierno... en el ámbito de sus competencias, dictará las disposiciones que sean necesarias para el desarrollo y aplicación de esta ley”.

Con la llegada de un nuevo gobierno de otro signo político se dio un giro, y con la modificación

realizada por el RDL 16/2012 se produjo la división de la cartera de servicios comunes del SNS en 3 tipos: la cartera básica de servicios asistenciales, la suplementaria y la de servicios accesorios, relacionaba cada una de ellas según si conllevaba aportación del usuario para su prestación o no. Asimismo, con esta modificación, no se incluyeron las prestaciones de salud pública de forma específica en la cartera común de servicios.

Aquí en el País Vasco estuvimos a punto de aprobar una Ley de Salud Pública, proyecto de 2011 que decayó por un adelanto electoral, y que el siguiente gobierno no tuvo a bien darle continuidad a dicho anteproyecto, ni tan siquiera a reutilizarlo, modificándolo.

En esta pasada Legislatura estatal estuvo a punto de salir adelante la Ley de creación de la Agencia Estatal de Salud Pública, pero con el ade-



lanto electoral parece que, al menos de momento va a “dormir el sueño de los justos”. Sería muy conveniente que este nuevo gobierno finalice este proceso durante esta Legislatura y publique esa Ley, cree dicha Agencia y la ponga en marcha.

La LEY de Salud Pública de Euskadi, que entrará en vigor a los 20 días de su publicación (BOPV 12 de diciembre de 2023), es una Ley importante, imprescindible, y que ha demorado mucho su llegada.

Algunos asuntos a destacar de esta Ley:

Positivos:

Se trata de una Ley bien cohesionada y estructurada pero que, sobre todo, resultaba necesaria. El desarrollo técnico de la ley es correcto, pero la multitud de órganos y entes que se nombran (y que se van a crear) podría derivar en un carácter más retórico que transformador.

Esta ley pretende actualizar en Euskadi todo lo concerniente a la salud pública, recogido en diversas normas (LOSE, etc.) y ordenará toda

la legislación relacionada con la materia. Es imprescindible y urgente el desarrollo reglamentario de esta ley y su correcta implementación:

1. Puede reorientar el sistema sanitario de Euskadi, que seguirá apostando por la asistencia curativa, pero poniendo el foco de interés en las políticas que influyen y modifican los determinantes de la salud (educación, medio ambiente, empleo, salud laboral, etc.) y la prevención de conductas insanas.

2. Puede ofrecer cierta garantía, que permitirá asentar las bases para asegurar a los ciudadanos la protección y la prevención de los problemas de salud, especialmente en todo lo relacionado con los determinantes de la salud. La salud pública será la parte del Sistema Vasco de Salud encargada de coordinar las políticas asistenciales con el resto de las políticas que pueden influir en los determinantes de salud.

3. Uno de los objetivos expresados es que la aplicación de la ley permita reducir las desigualdades sociales en salud. Otro es medir los impac-

tos en salud de todas las políticas que se lleven a cabo y que tengan alguna relación con la salud, para poder modificar las que no alcancen impactos positivos en la salud de los individuos y la comunidad. Estos objetivos son muy adecuados.

También resulta muy conveniente el espacio dedicado a “Definiciones” (Art. 4); el dedicado a los “Principios Rectores” (Art. 5); el dedicado a las “Funciones esenciales del Sistema de Salud Pública de Euskadi” (Art. 6). Nos parece muy acertado y necesario ese desarrollo.

No Positivos:

Llama la atención que en esta Ley se crean o denominan muy diversas figuras de control y/o mando, y no nos ha quedado claro cuál va a ser la función y el poder real de cada una de ellas, así como su contenido real. Unos ejemplos:

La palabra “Órgano” se nombra en 54 ocasiones (consultivo, asesor, judicial,...); La palabra “Autoridad” se nombra en 85 ocasiones, y “Autoridad sanitaria” se nombra en 60 ocasiones.

Además es destacable lo siguiente:

\* Sistema de Salud Pública de Euskadi (nombrado en 40 ocasiones)

¿Qué es?... Se “crea” en el art. 1 y en el art. 6 se describen sus funciones. Nos surgen dudas en materia de “Coordinación, Competencias, Responsabilidades, posibles Solapamientos, Participación, etc.”

\* Instituto Vasco de Salud Pública (nombrado en 79 ocasiones)

En la Exposición de motivos dice que esta nueva norma lo que pretende es: “...Crear el Instituto Vasco de Salud Pública, con el fin de ofrecer, de forma integral, el conjunto de actuaciones, prestaciones y servicios de salud pública que corresponden al departamento del Gobierno Vasco competente en salud...”

El Artículo 1, dice: “La presente ley tiene por objeto:... g) Crear el Instituto Vasco de Salud Pública como organismo autónomo administrativo adscrito al departamento del Gobierno Vasco competente en materia de salud, con personalidad jurídica propia, autonomía administrativa y financiera y plena capacidad de obrar en el ejercicio de sus funciones, que se reconocen y establecen por la presente ley...”

El Artículo 40, dice: “... 3. El Instituto Vasco de Salud Pública proporcionará las directrices y recomendaciones en materia de salud pública necesarios para el eficaz cumplimiento de las res-



ponsabilidades en materia de salud pública de las entidades locales y forales...”

La DISPOSICIÓN FINAL SEGUNDA. Habilitación normativa 2, dice: “... El Gobierno, en el plazo de dieciocho meses desde la entrada en vigor de la presente ley, deberá aprobar los estatutos del Instituto Vasco de Salud Pública, que deben regular sus órganos de gobierno, de participación y de asesoramiento, y su estructura orgánica. 3. El Instituto Vasco de Salud Pública adquirirá personalidad jurídica en el momento de la entrada en vigor del decreto de aprobación de sus estatutos. 4. El Gobierno, en el plazo de un año desde la entrada en vigor de la presente ley, debe aprobar el decreto de adaptación de la estructura del departamento competente en materia de salud a la presente ley.”

Es decir, todo este “asunto” queda en el aire (¿de momento?)

\* Comisión Interinstitucional de Salud Pública (nombrada 13 veces)

El Artículo 32. Competencias de las administraciones públicas vascas, dice: “... 2. A fin de evitar solapamientos o concurrencias competenciales..., se podrán suscribir los instrumentos de colaboración interadministrativa y las fórmulas de ejercicio de competencias previstas en el ordenamiento jurídico que resulten más adecuadas...”

El Artículo 41; 1 dice: "...será el órgano de alineación de políticas en materia de salud pública, así como de coordinación, colaboración y participación de las administraciones públicas vascas integrantes del Sistema de Salud Pública de Euskadi, atendiendo a las diferentes competencias que, en materia de salud pública, ostentan las mencionadas administraciones. 2.- La Comisión Interinstitucional de Salud Pública estará adscrita al departamento del Gobierno Vasco competente en materia de salud y presidida por su titular...5.- La estructura, organización y atribuciones de la Comisión Interinstitucional de Salud Pública se determinarán reglamentariamente..."

La pregunta que nos surge es: ¿Quién manda sobre quién?

\* Consejo Vasco de Salud Pública (nombrado en 8 ocasiones)

El Artículo 47 dice: "1... es el órgano superior de participación de la sociedad civil y de carácter consultivo y asesor respecto de proyectos de ley, reglamentos y planes, en materia de salud pública, atendiendo a los principios de «salud en todas las políticas» y de buen gobierno. 2. La composición del Consejo Vasco de Salud Pública se establecerá reglamentariamente... 3. Su estructura, organización y atribuciones se determinarán reglamentariamente"

¿Quién manda sobre quién?

\* Red de Vigilancia de la Salud Pública (nombrado en 6 ocasiones)

El Artículo 71, dice: "1... estará integrada por el conjunto de recursos humanos, tecnológicos, materiales y organizativos, incluidos los sistemas de información, que responden a la función de vigilancia en salud pública. 2.- Formarán parte de la Red de Vigilancia de la Salud Pública los recursos existentes en las instituciones autonómicas, forales y locales, Osakidetza-Servicio vasco de salud, así como otras entidades de carácter público o privado, relacionadas con la salud, que realicen la detección y seguimiento de los problemas y determinantes de la salud relevantes de la población,..."

Para finalizar, esta es una Ley necesaria que tiene que desarrollarse lo antes posible y poner en marcha cuanto antes todos los órganos que se van a crear. Esperamos que no se generen conflictos competenciales.

Las "vías de participación", aunque nombradas



en varios artículos, no quedan meridianamente claras. Esto puede ser un grave déficit de esta ley, ya que los ciudadanos (y las organizaciones en las que se puedan organizar) deben tener un derecho preferente en el diseño, desarrollo y control de todas las políticas que influyan de alguna forma en la salud. Tampoco queda claro el papel que pueden y deben jugar las diversas organizaciones sociales (por ejemplo el papel de las organizaciones sindicales, tan imbricadas en la sociedad, y que en base a su representatividad, deberían participar ampliamente en todo lo relacionado con la salud pública).



# Ante las listas de espera

## FADSP

La situación de las listas de espera durante 2023 precisa de varias reflexiones:

Lo primero que hay que señalar es que seguimos en una mala situación que no ha mejorado como era de prever con los resultados del Barómetro Sanitario de julio de 2023, ya que la lista de espera quirúrgica (LEQ) ha empeorado (77.446 personas más en LEQ desde junio de 2022) y que tiene un récord histórico de 819.964 personas en la misma, y la lista de espera de consultas externas ha bajado solo ligeramente (78,47 /1000 frente a 79,30 de junio de 2022)

La Lista de Espera Quirúrgica ha aumentado en cuanto al número de pacientes, respecto a junio de 2022 que, aunque esperan un día menos de media (de 113 se ha pasado a 112) siguen teniendo una demora excesiva y por otro lado el % que espera más de 6 meses ha bajado solo 2 décimas (pasando del 17,6 al 17,4%). Por otro lado, en el primer semestre de 2023 se realizaron 108.037 intervenciones quirúrgicas menos que en el mismo periodo de 2019, es decir no se ha recuperado la actividad prepandemia.

La lista de espera de consultas externas va peor, 87 días de espera media (79 en 2022), el porcentaje que espera más de 60 días es mayor (51,66 versus 49,3%) sin embargo el número de personas en lista de espera ha disminuido como ya se ha señalado.

Los datos no incluyen las demoras en Atención Primaria ni en pruebas diagnósticas por lo que es razonable pensar que las demoras reales para una atención sanitaria adecuada son muy superiores.

En resumen, una mala evolución con pocas expectativas de mejorar, Desde la FADSP hemos señalado reiteradamente que la Sanidad Pública necesitaba un esfuerzo presupuestario y de aprovechamiento de los recursos propios que no se ha realizado. Es urgente tomar medidas para solucionarlo porque tenemos que garantizar la calidad y la accesibilidad de la asistencia sanitaria en un tiempo razonable. Esperemos que el nuevo gobierno, que ha incluido la propuesta de mejora de las listas de espera entre sus compromisos, aborde seriamente el problema y lo solucione para garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud.

# Balance sanitario de 2023

## FADSP

El balance de lo ocurrido en 2023 en la Sanidad Pública no es positivo. Los

principales problemas pendientes, y en cuya resolución no se ha avanzado,

son los siguientes:

- Se mantiene una financiación insuficiente y no finalista que esta en el origen de la mayoría de los otros problemas pendientes. De resultados de ello hay una crónica insuficiencia financiera con una gran variabilidad entre CCAA.
- La Atención Primaria sigue en un estado lamentable, con un deterioro muy importante y con graves problemas de accesibilidad (una demora

media de 9,48 días y un 27,2% que recibe cita en 11 o más días según datos del barómetro Sanitario de octubre de 2023).

- Listas de espera muy elevadas en atención especializada que coexisten con una continuada disminución de las camas hospitalarias y con unos centros que no han recuperado la actividad asistencial previa a la pandemia

- Una privatización en aumento en todas las CCAA.

- El gasto farmacéutico continúa disparado y creciendo por encima de lo

- que lo hacen los presupuestos sanitarios

- Ausencia de universalidad del sistema sanitario

- La Salud Pública sigue infradotada e infra-desarrollada

- La Salud Mental, la Salud Sexual y Reproductiva y la Salud Laboral

- siguen siendo las grandes cenicientas del sistema sanitario público

- Inexistencia de mecanismos de participación social y profesional

- Legislaciones en principio positivas como las referentes a la IVE y la

- eutanasia tienen importantes problemas para su cumplimiento en

- algunas CCAA

Por otro lado, el resultado de las elecciones autonómicas en mayo pasado no

permite tener buenas expectativas, porque el tándem PP y Vox no solo no

mejorara las cosas sino que previsiblemente profundizara el deterioro y

desmantelamiento de la Sanidad Pública.

No todo ha sido negativo en este año. Hay dos motivos para tener mejores

expectativas en 2024, por un lado el nuevo equipo del Ministerio de Sanidad

que es probable que realice avances significativas en algunos de los temas

señalados, aunque habrá que esperar a ver si se reflejan en los presupuestos

las promesas realizadas; por el otro están las movilizaciones sociales y

profesionales que han continuado durante

2023 (en Galicia, Andalucía, País

Vasco, etc) y que son el contrapeso y el freno a las políticas privatizadoras.

Desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

seguiremos trabajando para que el derecho a la protección de la salud se

convierta en una realidad palpable lo que precisa una Sanidad Pública de

calidad y suficientemente financiada.



# Barómetro sanitario. FADSP

**Alavistadelosresultadosdelaterceraoleada(ctoubrede2023)delBarómetroSanitario(BS), se puede señalar:**

1.- La opinión de la ciudadanía sobre el sistema sanitario público se mantiene en unos márgenes discretos (6,24 de satisfacción; 57,5% que opina que el sistema funciona bien o bastante bien) resultados similares a los del BS de 2022.

2.- La puntuación de Atención Primaria es de 6,41 (6,26 en 2022), muy por detrás de la que reciben las urgencias y la hospitalización (7,44 y 7,22 respectivamente) y la demora media es de 9,48 días (la mayor de las 3 oleadas de 2023 y muy por encima de la 2022 (8,8 días).

3.- En consultas del especialista la puntuación es de 6,01 y el 41,2% esperó más de 30 días para la misma.

4.- A pesar de ello la mayoría sigue prefiriendo la Sanidad Pública en porcentajes que han aumentado en el caso de la AP, consultas del especialista y urgencias respecto a 2022 y bajado ligeramente en hospitalización donde se mantienen elevados (75,6 versus 76,2%).

Todos estos datos dejan claro que la Sanidad Pública tiene muy importantes problemas, fundamentalmente de accesibilidad en la Atención Primaria, y las listas de espera, que no se han solucionado después de la pandemia. Como ya hemos venido señalando de manera reiterada desde la FADSP, las distintas administraciones públicas (a nivel central y autonómico), no han hecho los esfuerzos necesarios, que se prometieron tras la pandemia, para reforzar el Sistema Sanitario Público.

Esperamos que los nuevos responsables del Ministerio de Sanidad afronten la situación de manera adecuada. Los presupuestos que se deben aprobar para 2024 son una oportunidad para hacerlo, especialmente haciendo un esfuerzo significativo para sacar a la Atención Primaria de su situación de deterioro actual.

# La sanidad pública en la era post-covid

Marciano Sánchez Bayle,  
Madalina Crisbasianu  
(coords.). Madrid:  
Los Libros de la Catara, 2023

Durante la pandemia por coronavirus hubo peticiones para que se realizaran evaluaciones rigurosas e independientes de las condiciones de aparición de la infección, de su propagación y consecuencias y de la respuesta de los servicios sanitarios. Estos aspectos son el núcleo del libro que coordinan Marciano Sánchez Bayle y Madalina Crisbasianu. Sus doce capítulos pueden agruparse por su contenido en tres partes: los seis primeros capítulos abordan los efectos de la pandemia y la respuesta asistencial y salubrista en países Europeos (España, Portugal, Reino Unido) y americanos (Chile, México y Estados Unidos); hay cuatro capítulos dedicados a aspectos generales y transversales que influyen de manera determinante en la ocurrencia de enfermedades y en los sistemas sanitarios (medio ambiente y salud, el estado de bienestar en la protección de la salud, la política farmacéutica y las tecnologías de la información); los dos capítulos finales se centran en el papel futuro que deben jugar la atención primaria y el conjunto del sistema sanitario.

Hay dos conclusiones que pueden deducirse de este esforzado análisis: Los servicios sanitarios de los países estudiados estaban debilitados desde antes de aparecer la pandemia y, una vez superada, se constata frustración porque las promesas de reforma y



refuerzo de los sistemas sanitarios no se han cumplido.

Así, por ejemplo, en el caso de Portugal (capítulo escrito por Miguel Cabral de Pinho, Laurinda Queirós e Isabel do Carmo), tras un recorrido minucioso por las olas sucesivas de la pandemia y por las diferencias geográficas (mayor afectación del norte del país) y por los datos de incidencia, mortalidad y letalidad, señalando el descenso de ésta tras el inicio de la vacunación, recuerdan como la pandemia destapó muchos de los errores que se venían produciendo: Como se detectaron muchas residencias de ancianos que operaban ilegalmente, y como el elevado hacinamiento se tradujo en una mortalidad 20 veces superior a la de población de ancianos no institucionalizados. Un déficit de camas hospitalarias estimado en 5.047; falta de profesionales de la

salud y bajos salarios, a pesar de lo cual la respuesta profesional dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) fue extraordinaria y sacrificada hasta el agotamiento, y supuso el traslado de muchos profesionales de los servicios de urgencias a otros con menos presión asistencial.

Señalan como los hospitales público-privados recibieron pacientes covid menos graves y como las informaciones alarmistas y la reiteración de imágenes morbosas o ampliando la sensación de caos perjudicaron el estado mental de la población, pese al esfuerzo honesto de investigadores y clínicos por reforzar las medidas favorables a los cuidados.

Los autores consideran que en Portugal hay oportunidades de mejora si se avanza en las reformas iniciadas de carácter constitucional y sobre el sistema de salud.

En España, los autores del capítulo, Sergio Fernández Ruiz y Marciano Sánchez Bayle, destacan los déficits sanitarios previos a la pandemia, consecuencia, sobre todo, de las medidas tomadas a partir de la crisis de 2008: atención primaria debilitada, prolongadas listas de espera, capacidad hospitalaria reducida, 50.000 trabajadores menos, salud pública infradotada, etc.

A pesar de las promesas de refuerzo del sistema

sanitario, de los aplausos, etc., en el plan de reconstrucción comprometido con los fondos europeos, solo el 1,5 % de esos fondos se destinó a sanidad, el tercer país que menos, mientras que Italia le dedicó a su sanidad el 22,62 %, Alemania el 17,7 %, Francia el 15,0 % y Portugal un 8,3 %.

A modo de conclusión, los autores destacan que la pandemia en España tuvo un comportamiento similar al observado en los países del sur de Europa; que la transmisión se favoreció por la ausencia de sistemas de protección; que fue especialmente dramática la mortalidad en residencias de ancianos, asunto en investigación judicial; que la respuesta profesional fue ejemplar; que las limitaciones en el acceso al sistema sanitario perjudicaron a los enfermos no covid, empeorando su evolución e incrementando su mortalidad y que los compromisos de reconstrucción y mejora del sistema sanitario se han plasmado en pocas medidas.

Sally Ruane señala que el National Health Service (NHS) se encontraba muy debilitado cuando estalló la pandemia porque arrastraba una década de restricciones financieras; que la respuesta del gobierno no aumentó la capacidad permanente del NHS sino que añadió capacidades adicionales al sector privado y a instalaciones temporales; que se exacerbaban las desigualdades existentes y que aumentó el tiempo de





retraso en recibir tratamientos en todo el servicio de salud.

La amenaza para la salud pública que supone la emergencia climática, los altos niveles de endeudamiento, la elevada inflación, los “goles en propia puerta” consecuencia del Brexit, el fracaso de los planes fiscales del efímero gobierno Truss, el aumento del coste de la energía, etc..., repercutirán en el NHS incrementando los costes. En este contexto, fortalecer el NHS pasa por invertir más en medidas preventivas y en promoción de la salud, redistribuir mejor los impuestos, facilitar viviendas y transporte público y expandir la atención primaria y los servicios de atención social.

En el caso de Chile, César Gattini señala las consecuencias sobre la elevada incidencia, letalidad y

mortalidad general durante la pandemia de factores como la pobreza, la ruralidad, el envejecimiento, la menor cobertura vacunal y la postergación de atención sanitaria a casos no covid. Como consecuencias positivas destaca el fortalecimiento de los sistemas de información, vigilancia y monitoreo.

Un sistema sanitario altamente fragmentado en redes, con mucha medicina privada claramente mercantil, con limitaciones en el acceso de la población a los niveles adecuados de atención, acaba incrementando la inequidad. Hay esperanzas en que el nuevo gobierno que llegó al poder en marzo de 2022, formado por los líderes del llamado “estallido social” formulen una reforma hacia un sistema universal de salud de componente esencialmente estatal.

En México (capítulo de Olivia López Arellano, Victoria Ixshel Delgado Campos y Silvana Forti), a febrero de 2023 se habían notificado 7,4 millones de casos de covid y 332.850 fallecidos, y se estimaba la reducción de la esperanza de vida entre 2 y 10 años.

La pandemia, que había llegado al país en pleno apogeo de las políticas neoliberales, mostró las debilidades del sistema público de atención sanitaria. El reto para fortalecerlo pasa, entre otras medidas, por recuperar soberanía sanitaria promoviendo la producción pública de medicamentos y de insumos estratégicos para la salud; colocar la salud en todas las políticas; incrementar la inversión en salud; reforzar la solidaridad internacional y, en el nivel del sistema asistencial, por mejorar la organización territorial de los servicios; priorizar la atención primaria; disminuir las inequidades y las desigualdades en el acceso; ampliar las acciones de seguridad sanitaria y la participación comunitaria o evitar la precariedad laboral de los profesionales de la salud.

Para Daniel Puga Reimann y María Eugenia León Rueda la respuesta a la pandemia en los EE.UU. muestra la paradoja de un país que fracasa en su manejo pero que, a la vez, es capaz de descubrir las herramientas farmacéuticas más efectivas. Con casi 104 millones de casos de covid confirmados y 1.123.299 muertos supone la mortalidad más alta de

cualquier país y la vigésima más alta per cápita.

Al analizar las medidas puestas en práctica contra la pandemia, como el distanciamiento, señalan el clima de desconfianza social hacia esas medidas, caldo de cultivo del negacionismo, fomentado también porque las facturas médicas son la causa principal de bancarrota en los EE.UU. por lo que algunos perciben el sistema sanitario como una amenaza. Las consecuencias de la pandemia se agravaron por los determinantes sociales de salud (pobreza, racismo insitucionalizado, epidemias de obesidad, comorbilidades, etc...) y por la ausencia de un sistema universal de salud. Para los autores ha llegado el momento de encaminarse hacia un sistema de salud universal en los EE.UU. si consideramos el acceso a la salud como un derecho humano y si todos somos lo suficientemente humanos como para disfrutar de ese derecho.

La influencia del medio ambiente en la salud y en los sistemas sanitarios es analizado por Carmen Sánchez Bellido, describiendo su efecto sobre enfermedades emergentes. En el capítulo se describen las consecuencias de la crisis energética, de la contaminación atmosférica, del calentamiento global, de la pérdida de biodiversidad, de las alteraciones sobre la alimentación, de la reducción de recursos hídricos, del incremento en las desigualdades y del aumento de la pobreza, del efecto del deterioro medioambiental sobre las mujeres y sobre la salud mental y laboral.

En cuanto a las propuestas para aminorar el efecto del cambio climático sobre la salud, se enumeran las propuestas por la OMS, por la Organización Meteorológica Mundial y otras organizaciones que, en primer lugar, proponen esforzarse por alcanzar el “cero neto” en 2050 y por dar prioridad a los cobeneficios para la salud de la lucha contra el cambio climático y la contaminación atmosférica y por abordar las desigualdades, ampliando las acciones a nivel local que adaptan los programas de protección, promoción y mejora de la salud al clima.



Carlos Ponte Mittelbrun analiza la evolución histórica de los sistemas de protección a la salud y señala como han ido calando las tendencias biomédicas y comerciales por medio de la despolitización de la salud y de la enfermedad; la descontextualización de la atención sanitaria; la externalización de la tecnociencia y la privatización y por la medicalización de la salud. La apuesta de futuro pasa por considerar la protección de la salud como un derecho humano, por poner a la tecnociencia al servicio de las necesidades humanas, por superar el consumismo por medio de la autogestión y por transformar la democracia representativa (o adversativa, o competitiva) en democracia deliberativa.

Los cambios que necesita la política farmacéutica después de la covid son abordados por Fernando Lamata Cotanda y Serapio Severiano Peña. En primer lugar denuncian como los derechos de propiedad intelectual no aumentan la I + D innovadora, no facilitan la transferencia de conocimiento ni de tecnología y sirven para incrementar enormemente los beneficios de la Big Pharma. Con el modelo ac-

tual de investigación y fabricación de medicamentos, en España, en 2022 se ha producido un exceso de gasto por sobrepagos y prescripción inadecuada de 10.000 millones de euros que podrían invertirse en otras necesidades de salud. Durante la covid la fabricación de las vacunas no ha sido considerada un bien público, de manera que los beneficios de la industria han tenido prioridad sobre las vidas de la gente.

Para conseguir una política farmacéutica más saludable y más justa, los autores proponen separar los precios de los medicamentos de los costes de la investigación y desarrollo y, para España, negociar precios cercanos a los costes de fabricación; fijar incompatibilidades estrictas para evitar puertas giratorias; reclamar los derechos de propiedad de productos resultantes de investigaciones patrocinadas por servicios públicos; tender a la supresión de copagos; establecer programas de garantía de calidad de la prescripción y extremar la transparencia en toda información relativa al sector farmacéutico.

Garantizar información actualizada, de buena calidad e independiente de los intereses comerciales es la base de una política estratégica para lograr intervenciones en salud basadas en la evidencia científica. Esta es la premisa con la que parte el análisis de Carlos Sánchez Fernández sobre las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC). En el capítulo se describe el desarrollo del almacenamiento y accesibilidad de los datos; las alertas y la investigación en salud pública o la telemedicina, y termina advirtiendo sobre la necesaria confidencialidad y protección de los datos sanitarios, sobre las consecuencias de los “apagones” informáticos o sobre la brecha en el acceso que sufren las personas de más edad o con discapacidades, justamente las que tienen más problemas de salud, siendo una muestra más de la ley de cuidados inversos.

Sobre cómo queremos la atención primaria del futuro escribe José Manuel Aranda Regules. A su juicio no es necesario cambiar de modelo, si no resolver



los problemas actuales y los acumulados en su desarrollo. Así, desgana las consecuencias del deterioro de las condiciones de trabajo de los profesionales; las sobrecargas administrativas; la inexistente relación con el hospital, con los servicios sociales y educativos y con la salud pública y la medicalización y el gasto farmacéutico.

El capítulo recuerda las propuestas de mejora que fueron la base del movimiento liderado por la FADSP “salvemos la Atención Primaria”, entre otras: incrementar el presupuesto para recuperar lo recortado años atrás; incrementar el personal e incorporar nuevos profesionales. En cuanto al modelo de atención, recomienda garantizar unos centros de salud abiertos y accesibles dando prioridad a las consultas presenciales; desmedicalizar y desarrollar más la orientación comunitaria y garantizar la participación ciudadana. En cuanto a la gestión, propone desarrollar las áreas de salud integradas, con gestión descentralizada de base profesional y mejorar la relación con el hospital.

El libro termina con el capítulo destinado a describir el aprendizaje que nos queda después de la pandemia y las propuestas para mejorar la sanidad pública, y está escrito por Madalina Crisbasianu y Marciano Sánchez Bayle. La salud debe ser considerado un derecho humano fundamental y hay que universalizar el derecho a la atención sanitaria. Explican ventajas e inconvenientes legales de medidas adoptadas durante la pandemia, como los confinamientos, y las consecuencias desastrosas de unos sistemas sanitarios dañados por la crisis económica de 2008 y con privatizaciones crecientes que aumentaron los costes de la atención sanitaria (en España un coste entre 5 y 11 veces mayor que la alternativa pública), se redujo la calidad asistencial, se incrementaron las desigualdades y se redujo la inversión en investigación.

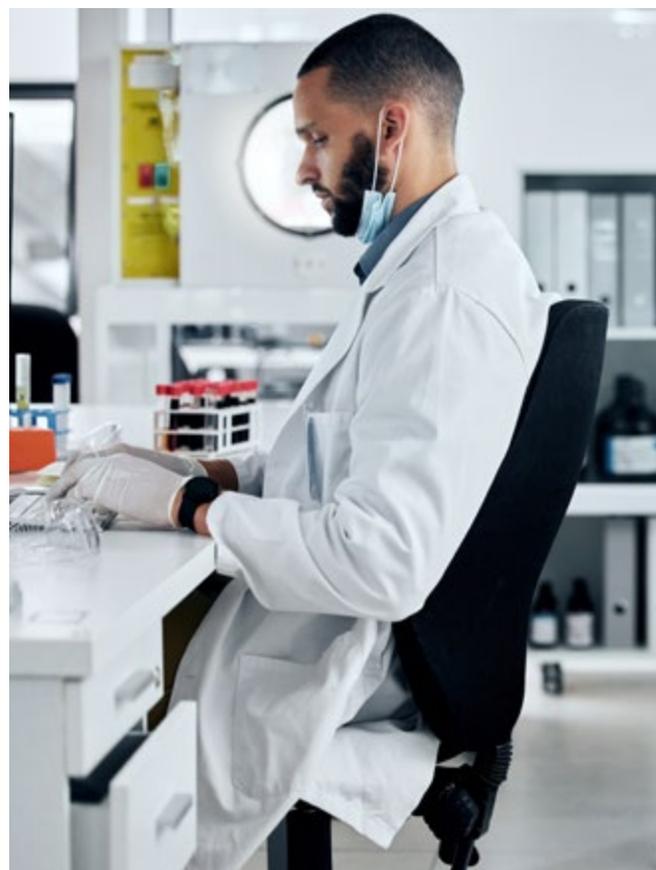
Otros factores que influyeron en las consecuencias negativas de la pandemia fueron la tradicional desatención de la salud pública, la deslocalización de las cadenas de suministro, el papel del negacionismo, las condiciones de las residencias de ancianos, las desigualdades sociales, la desatención de enfermos no covid y la descoordinación regional, nacional y mundial.

Prepararse para afrontar el futuro en un contexto de calentamiento global es un desafío considerable que obligará a reforzar los servicios de salud pública y los mecanismos de gobernanza a todos los niveles (OMS, etc.), así como la participación social. Se debería favorecer la soberanía sanitaria, y políticas de salud independientes de las multinacionales y de las políticas neoliberales; extender y universalizar la protección sanitaria por medio de sistemas sanitarios públicos potentes: dedicar al menos un 8 % al sistema sanitario público para que al menos el 85 % del gasto sanitario fuera financiado públicamente; parar las privatizaciones y revertir las existentes; potenciar la atención primaria; fomentar el compromiso de los profesionales con el sistemas sanitario público; abordar los determinantes sociales de la

salud y garantizar espacios sociosanitarios dignos, entre otras muchas propuestas.

Debemos contar con el apoyo de la población y de amplios sectores profesionales, porque existe una tensión permanente entre una sociedad cada vez más penetrada por el neoliberalismo y el mantenimiento de la sanidad pública y de otros servicios públicos; entre el estado mínimo y el estado de bienestar.

De momento, los sistemas sanitarios van perdiendo la partida frente a las multinacionales farmacéuticas. Los sistemas sanitarios no se han reforzado pero la industria farmacéutica ha asentado su poder adueñándose de las primicias tecnológicas e imponiendo sus condiciones en la metodología científica, condicionando el acceso a los nuevos medicamentos y multiplicando sus ganancias con las vacunas. (LP).



# ADSP

Asociación  
para la Defensa de  
la Sanidad Pública

## SOLICITUD DE ADMISIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS .....

DOMICILIO .....

LOCALIDAD ..... CP .....

TELÉFONO ..... CORREO ELECTRÓNICO .....

PROFESIÓN/CATEGORÍA ..... DNI .....

CENTRO DE TRABAJO ..... TELÉFONO ..... CORREO ELECTRÓNICO .....

Cuotas: 51 € semestrales para los socios con trabajo y 62 € anuales para los socios que se encuentren en situación de desempleo.

BANCO/CAJA ..... OFICINA .....

CUENTA .....

DOMICILIO ..... LOCALIDAD ..... CP .....

Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la **Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública**

Fecha: ..... Firma .....

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. C/Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid (www.fadsp.org) Tel.: 91 333 90 87. Fax 91 437 75 06 (ver direcciones en pág. 31)

# salud2000

## BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS .....

DOMICILIO .....

LOCALIDAD ..... CP .....

TELÉFONO ..... CORREO ELECTRÓNICO .....

PROFESIÓN/CATEGORÍA ..... DNI .....

CENTRO DE TRABAJO ..... TELÉFONO ..... CORREO ELECTRÓNICO .....

Cuotas: 50 euros semestrales para los socios con trabajo y 60 euros anuales para los socios que se encuentren en situación de paro.

BANCO/CAJA ..... OFICINA .....

CUENTA .....

DOMICILIO ..... LOCALIDAD ..... CP .....

Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la revista **salud2000**

Fecha: ..... Firma .....

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. C/Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid (www.fadsp.org) Tel.: 91 333 90 87. Fax 91 437 75 06 (ver direcciones en pág. 31)

MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE  
(COORD.)

# PRIVATIZACIÓN SANITARIA

Análisis y alternativas

