

salud2000

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

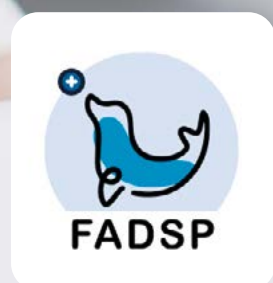
Marzo 2025 · nº 166



IN MEMORIAM. MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE

IONA HEATH. ENTREVISTA

JOAN GUIX. INTELIGENCIA ARTIFICIAL





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

salud2000

Marzo 2025 N° 166

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.

- 03 EDITORIAL**
Nos falta Marciano Sánchez Bayle...
- 05 ENTREVISTA**
Iona Heath: "Necesitamos un mayor compromiso con la continuidad de la atención y priorizar a los enfermos por encima de los sanos"
- 10 POLÍTICA SANITARIA**
Los presupuestos sanitarios de las CCAA para 2025
- 12 Propuestas para un cambio en la política sanitaria del Ministerio de Sanidad y de los Servicios de Salud Autonómicos**
- 15 La FADSP ante la dedicación exclusiva**
- 16 ATENCIÓN PRIMARIA**
Consenso profesional para la mejora de la Atención Primaria
- 19 SALUD PÚBLICA**
Inteligencia Artificial, poder y sistema sanitario
Joan Guix
- 26 In Memoriam**
Marciano Sánchez Bayle
- 32 NOTICIAS**
La FADSP ante la situación de MUFACE
- 33 Salud Mental**
- 34 Más medidas privatizadoras en Madrid**
- 35 Galicia: Las mentiras de Feijoo**



Nos falta Marciano Sánchez Bayle...



Fotografía: Iker González Izaguirre

Las primeras Jornadas de Debate de la FADSP se celebraron a finales de 1982 en el salón de actos del hospital Francisco Franco en Madrid (hoy Gregorio Marañón). Fueron las Jornadas donde se nombró presidente a Pedro Zarco y secretario a Gerardo Hernández-Les, y donde la figura con más gancho fue la de Vicente Navarro, recién desembarcado de los EEUU, y donde Marciano ya mostraba sus capacidades. Su contribución ha sido esencial para el conocimiento de las funciones de los sistemas sanitarios, de la gestión sanitaria y, en general, de la política sanitaria. La sanidad española no se entendería como la conocemos hoy sin las aportaciones de Marciano Sánchez Bayle. Si alguien tiene dudas, puede rastrear sus centenares de artículos en revistas profesionales y de opinión pública, o las decenas de libros, o las múltiples comparecencias en debates, congresos o en sede parlamentaria; o los cientos de Informes Anuales con los que puntualmente nos ha enseñado con datos y análisis rigurosos aspectos como la evolución de la financiación sanitaria, como las desigualdades presupuestarias, en prestaciones y en resultados de la sanidad de las Comunidades Autónomas, o como la evolución de las medidas privatizadoras.

Marciano Sánchez Bayle falleció el pasado 21 de diciembre. Marciano fue el cerebro de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) desde sus comienzos a principios de los años 80 del pasado siglo. Su capacidad de trabajo, su conocimiento de los sistemas sanitarios y de las dinámicas políticas y su precisión en el análisis de la sanidad española han alimentado la actividad de la FADSP y de sus asociaciones federadas durante cuarenta años. Fue uno de los cuatro firmantes de los primeros estatutos de la inicial Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP). Su aparición en 1981 en Madrid, promoviendo un sistema sanitario universal y gratuito, fue una iniciativa inesperada y atractiva a la que se unieron muchos médicos jóvenes políticamente identificados con la izquierda, en formación, o que ejercían aislados en provincias, y que soportaban organizaciones profesionales anacrónicas.

Los que hemos compartido con él su trayectoria en la FADSP reconocemos su pragmatismo, su capacidad organizativa, su apego a la realidad, su generosidad, su capacidad de trabajo y su disponibilidad. Poco amigo de personalismos, nunca quiso prebendas, ni puestos ni honores para sí. Nunca fue entrevistado para Salud 2000, aunque en realidad no lo necesitaba porque casi todos los artículos de la FADSP, incluso algunos que aparecen en este mismo número, y muchos editoriales, los escribió él. Siempre nos quedará la duda de si su esfuerzo tuvo el reconocimiento que se merecía. Este número de la revista se lo dedicamos a Marciano: Es una llamada a renovar los esfuerzos en defensa y mejora del sistema sanitario público y es una deuda de gratitud que le debemos por su generosa dedicación durante tanto tiempo.

...pero la defensa de la Sanidad Pública debe continuar.

En este número las páginas centrales recogen un puñado de recuerdos y elogios a la persona de Marciano Sánchez Bayle. Si el estuviera no dejaría de señalar los problemas del sistema sani-

tario y de llamar al análisis y al posicionamiento en su defensa. Además de los problemas habituales, como la deficiente financiación, las desigualdades territoriales y sociales, las listas de espera, las dificultades en el acceso, el exceso de gasto farmacéutico, etc..., recientemente se han añadido al menos tres problemas más que encuentran eco en este número. Nos referimos a la dedicación exclusiva en el sistema sanitario público, a la continuidad o desaparición del modelo MUFACE o a las dificultades de la atención primaria. Los dos primeros han vuelto a despertar las protestas de quienes consideran sus privilegios amenazados, por el contrario desde la FADSP pensamos que es

conveniente implantar la exclusividad para todo el personal facultativo y para los cargos de responsabilidad de la Sanidad Pública, así como promover la desaparición del modelo MUFACE, porque perpetúa un modelo que favorece a 1,5 millones de ciudadanos que mantienen el derecho a recibir mayores prestaciones (prótesis, gafas, atención dental..) que el resto de la población y a los que se permite cambiar a la Sanidad Pública en caso de sufrir enfermedades graves para ser atendidos en los hospitales públicos (mejor equipados y que ofrece una mayor calidad y seguridad que los privados).





“Necesitamos un mayor compromiso con la continuidad de la atención y priorizar a los enfermos por encima de los sanos”

Iona Heath

- La longitudinalidad de la atención se asocia con menor necesidad de servicios fuera de horario, de ingresos hospitalarios agudos y con disminución de la mortalidad.
- Un número cada vez mayor de médicos tiene la sensación de que están haciendo poco más que promocionar medicamentos.

La Doctora Iona Heath es referente mundial de la medicina de familia. Ejerció durante 35 años como médico de cabecera en Londres y llegó a ser presidenta del Royal College of General Practitioners (RCGP) del Reino Unido, donde también ocupó cargos en los comités de Ética y de Desigualdades en la Salud. Ha escrito numerosas publicaciones en torno al uso excesivo de los servicios médicos y al sobrediagnóstico. Son conocidas sus denuncias del sobret ratamiento con estatinas y sus libros sobre la práctica de la medicina general y sobre las ayudas al final de la vida.

Dra Heath, la publicación en España del libro de PollyMorland “Una mujer afortunada”, una especie de homenaje al famoso de John Berger “Un hombre afortunado”, nos lleva a preguntarle: ¿Por qué leer hoy libros como *Un hombre afortunado* y *Una mujer afortunada*?

Porque, en este momento, muchos profesionales de Atención Primaria se sienten marginados, deprimidos y desilusionados, y están sufriendo un grave daño moral porque ya no pueden respetarse a sí mismos. Esto es así porque ahora no tienen el poder de ejercer la medicina como quieren y como les han enseñado: con un verdadero

compromiso con el bienestar de las personas y la población a la que sirven. En esta situación, puede ser útil y gratificante leer las historias de profesionales, pasados y presentes que, aun así, han seguido encontrando alegría y satisfacción en su trabajo.

¿Qué significa sentirse profesional de Atención Primaria afortunado/a?

Sentirse afortunado como profesional de atención primaria es tener la sensación de que el trabajo es algo positivo que aporta la posibilidad de mejorar la vida de nuestros pacientes, aunque habitualmente pueda ser sólo un pequeño cambio. Es también encontrar alegría en el trabajo diario con el contacto íntimo con muchas personas de una enorme diversidad de edad, cultura, religión y raza, a las que uno nunca tendría la posibilidad de conocer en ninguna otra vida. Vivimos nuestras propias vidas, pero, a lo largo de nuestra trayectoria profesional, tenemos el privilegio enorme de compartir partes de las experiencias de vida de miles de personas más.

Los médicos ya no están condenados a permanecer en sus pedestales tradicionales por encima de la población a la que sirven, pero aún necesi-

tan sentirse valorados por sus pacientes, por su comunidad y, al menos, también respetados por los políticos, por los responsables de las políticas y por los burócratas que crean el contexto en el que se ven obligados a trabajar.

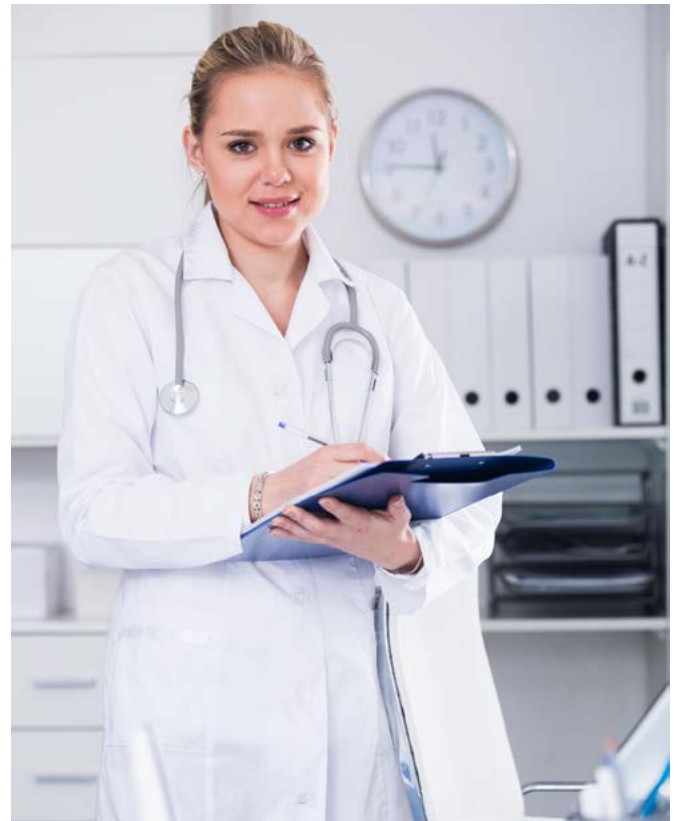
Los médicos ya no están condenados a permanecer en sus pedestales tradicionales por encima de la población a la que sirven.

Acorralados por los imperativos de las directrices y los protocolos, los médicos empiezan a sentirse poco más que traficantes de drogas y, seguramente, a no sentirse afortunados. Esas directrices funcionan mucho más en beneficio de las industrias farmacéuticas y de las tecnologías, que tratan a todas las personas que tienen el mismo diagnóstico como si fueran idénticas y tienden a ignorar todas las cuestiones de contexto. La Atención Primaria existe en la intersección de las verdades generales de la biología y de la sucesión de biografías individuales únicas. Y cuando los médicos pueden trabajar en este espacio y ajustar la atención y el tratamiento a la historia, el contexto, la esperanza y las aspiraciones particulares de cada paciente, entonces se sienten afortunados.

¿Cuáles son las dimensiones del compromiso de los profesionales de Atención Primaria?

Uno de mis héroes fue Ian McWhinney, el médico de familia británico-canadiense. Describió la obligación moral de los médicos generales como un compromiso con cada persona, sin importar lo que pase, y un compromiso de no abandonar al paciente. Esta obligación solo puede terminar con la muerte, la separación geográfica o el consentimiento mutuo. Tal obligación presupone una relación continua entre el médico y el paciente y una atención longitudinal. En los libros, tanto el hombre afortunado como la mujer afortunada trabajan en ese contexto, y ambos estarían de acuerdo en que es una parte muy importante de su buena suerte.

En mi libro, **John Berger: Waysof Learning**, describo como, poco después de conocerlo por primera vez, le escribí esta carta: “Los médicos de



*cabecera siempre hemos valorado lo que llamamos “continuidad de la atención”, y hemos tendido a pensar en esto en términos de acompañar al paciente en un viaje, o en presenciar una historia de vida, ambas cosas parecen tener cierta validez, pero lo que usted parecía decir era diferente: parecía sugerir que la continuidad es en sí misma una dimensión de la salud, y que los médicos pueden ser parte de ella y destacar la continuidad que recorre una vida incluso a través de la dislocación de la enfermedad. Pero esto me lleva de nuevo a lo que decía sobre las fotografías en su libro **Otra manera de contar**: allí parecía casi decir que una fotografía es una dislocación de la continuidad, como una enfermedad es una dislocación de la continuidad de una vida. Y nuestras consultas son casi como fotografías de la vida del paciente, porque nos permiten sacar conclusiones de momentos breves y aislados tomados del continuo. Tenemos, pues, dos tipos de discontinuidad –la enfermedad y la consulta– superpuestas, a partir de las cuales intentamos construir un sentido”.*

Para Berger, “... cuando damos sentido a un acontecimiento, ese sentido es una respuesta, no sólo a lo conocido, sino también a lo desconocido: sentido y misterio son inseparables y ninguno puede existir sin el paso del tiempo. La certeza puede ser instantánea, la duda requiere duración: el sentido nace de los dos.”

En las actuales circunstancias de precariedad laboral, ¿cómo se puede recuperar el compromiso profesional?

Necesitamos ampliar, difundir y enseñar la investigación que ha revelado la enorme importancia y eficacia de la longitudinalidad de la atención. Un estudio observacional basado en registros realizado en Noruega proporcionó pruebas sólidas de que la continuidad de la atención por parte de un médico generalista habitual se asocia con una menor necesidad de servicios fuera de horario y de ingresos hospitalarios agudos, y con una disminución de la mortalidad de forma dependiente del tiempo. Si la relación médico generalista-paciente ha durado más de 15 años, la probabilidad de que se produzcan estos hechos se reduce entre un 25 y un 30 %. Se trata de unos hallazgos sorprendentes que hacen que la aten-

ción longitudinal sea más importante que todos los medicamentos recetados a personas asintomáticas en nombre de la prevención, por ejemplo.

En un artículo publicado en el British Medical Journal la semana pasada y titulado *Sacrificar la atención al paciente en aras de la prevención: distorsión del papel de la medicina general*, (<https://www.bmj.com/content/388/bmj-2024-080811>), Minna Johansson y sus colegas han señalado hasta qué punto la imposición de intervenciones preventivas para quienes están bien ha desviado la atención de las necesidades mucho más urgentes de quienes están enfermos y sufren. La atención primaria ha comenzado a asustar a los sanos y a descuidar a los enfermos. ¡No es de extrañar que los profesionales de atención primaria se sientan moralmente comprometidos! "Esta expansión del territorio médico -sin un beneficio proporci-



nal o una expansión imposible del tiempo- es un importante contribuyente a la crisis de la atención primaria en muchos países de altos ingresos. Para salvar la atención primaria del colapso, el entusiasmo por los servicios preventivos clínicos, mínimamente beneficiosos, en poblaciones asintomáticas de bajo riesgo, debe frenarse y la responsabilidad de la prevención primaria de enfermedades debe devolverse o reasignarse a la salud pública".

Las sucesivas iniciativas han buscado fortalecer la atención primaria a bajo costo, ampliando la actividad del equipo de atención primaria con una multiplicidad de funciones, al tiempo que se permitía que el número de médicos generales plenamente capacitados siguiera disminuyendo. Esto ha aumentado enormemente la posibilidad de que se produzcan fracturas en las líneas de comunicación dentro del equipo, fragmentando la atención al paciente e interrumpiendo la continuidad de la atención para todos los involucrados.

Otro estudio reciente (<https://bjgp.org/content/early/2025/01/27/BJGP.2024.0312>) informó que las consultas con prescripciones de antibióticos con médicos de cabecera habituales con continuidad se asociaron con menos ingresos hospitalarios posteriores y con un menor uso del departamento de emergencias, pero hubo más derivaciones ambulatorias por los médicos suplentes y por los médicos de cabecera no habituales. Los investigadores concluyeron que las diferencias en los resultados se asociaron más con la continuidad que con el estado de médico de cabecera suplente. Consultar a un médico de cabecera con el que el paciente tenía continuidad de atención se asoció con una menor carga de trabajo dentro de la práctica y en el hospital.

Hay una avalancha de polifarmacia, con poca evidencia de beneficio para los pacientes individuales.

Como me señaló un amigo y colega hace años, el décimo encuentro entre dos personas siempre es diferente del primero y esto se aplica tanto en las relaciones sanitarias como en cualquier otra esfera de la vida.

El Dr Sassall del libro de Berger ejerció cuando empezaba el NHS y la doctora del libro de Morland cuando el NHS está en decadencia. ¿Cuáles son los principales problemas que hay que resolver para recuperar el NHS?

John Berger observó y describió al Dr. Sassall casi veinte años después del inicio del NHS y casi doce años antes de que Margaret Thatcher introdujera la política del neoliberalismo, que inició el proceso de sabotaje que culminó en el estado actual del NHS. El proceso de decadencia se aceleró con la imposición ideológica de la austeridad bajo el gobierno de Cameron, que ha continuado en mayor o menor medida desde entonces.

En su importante libro, *Late Soviet Britain*, la economista Abby Innes escribe: “La destrucción del Estado británico en los últimos cuarenta años fue impulsada por la idea de que los mercados son siempre más eficientes que el Estado: el sec-

tor privado es moral y funcionalmente superior al sector público.” Éste es el credo de la economía neoliberal y ha causado estragos.

Ahora, en comparación con otras economías desarrolladas, el Sistema Nacional de Salud (NHS) carece de recursos suficientes, tanto en términos monetarios como de personal. Es urgente priorizar la atención a los enfermos y aumentar los niveles de gasto hasta alcanzar, al menos, los promedios europeos. También necesitamos un mayor compromiso con la continuidad de la atención y priorizar a los enfermos por encima de los sanos. El contexto socioeconómico más amplio también es relevante, ya que la creciente concentración de la riqueza socava activamente la salud de quienes están en el lado perdedor.

En relación a las ayudas al final de la vida, ¿Qué opinión le merece la regulación de la eutanasia en España?

No puedo comentar la situación en España en relación con la eutanasia y la muerte asistida, ya que no tengo experiencia directa ni relevante. Me opongo a ambas en el Reino Unido porque las encuentro moralmente peligrosas y creo que es significativo que los discapacitados crónicos hayan hecho una campaña enérgica contra la legalización de tales medidas, porque pueden verse a sí mismos como objetivos de intervención, si no ahora, al menos en el futuro. Los seres humanos han sido seducidos por la eugenesia durante siglos.

La enfermedad y la muerte han pasado a ser consideradas, poco a poco, como fracasos de la medicina, incluso por los propios médicos, en lugar de componentes inevitables de lo que es ser humano. Para mí, el problema fundamental es que la medicina no sabe cuándo parar debido a ese miedo al fracaso, que lleva a un exceso de tratamientos que a menudo llega hasta el punto de la crueldad al final de la vida. La medicalización de la vida no se resuelve con la medicalización de la muerte.

Finalmente: ¿Cómo influye en la prestación de servicios sanitarios el poder de la bigpharma y la medicalización de la vida cotidiana?

Si queremos salvar la atención primaria, tendremos que reconocer la brillantez con la que el complejo médico-industrial ha logrado reestructurar la atención sanitaria en su propio beneficio.



Ha habido tres métodos principales en juego: primero, persuadir a los médicos clínicos para que traten el riesgo de enfermedad como una enfermedad en sí misma, en nombre de la prevención; segundo, persuadir a los responsables políticos para que rastreen, incentiven y controlen la actividad sanitaria; y finalmente, financiar grupos de interés y de consensos especiales para equiparar los estándares de calidad con los niveles de pruebas y/o prescripción. Estas tácticas han tenido

un éxito devastador, produciendo una avalancha de polifarmacia, con poca evidencia de beneficio para los pacientes individuales, y dejando a un número cada vez mayor de médicos con la sensación de que están haciendo poco más que promocionar medicamentos. En el proceso, los médicos y otros profesionales clínicos han permitido que la sabiduría de siglos, en relación con la atención, la precaución y la minimización de daños, se erosionara casi por completo.

Los presupuestos sanitarios de las CCAA para 2025

Los presupuestos que aprueban las CCAA se pueden considerar como un índice de la preocupación de estas 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.

En este momento los presupuestos de las CCAA están todos presentados a excepción de 4 de ellas, y aunque todavía quedan trámites para que finalice su aprobación, no parece probable que vayan a producirse modificaciones significativas, por lo que pueden considerarse como casi definitivos, aunque es posible que algunos de ellos se modifiquen y o acaben prorrogándose. De las 4 CCAA que no tienen todavía presupuesto

y, por lo tanto, consideraremos que prorrogarán los de 2024, son Aragón, Cataluña, Comunidad Valenciana y Murcia.

En la tabla siguiente se recoge el presupuesto por habitante y año previsto para 2025 en cada una de las CCAA, así como el promedio de las mismas. Para el cálculo de los presupuestos por habitante se han usado los datos de presupuestos anunciados por las Comunidades Autónomas, así como los datos de población (proporcionados por el INE) más recientes en función de cada año analizado. También se recogen los presupuestos de años anteriores, aunque 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 - 2025

	2010	2021	2022	2023	2024	2025
Andalucía	1180,09	1.388,86	1.388,86	1605,33	1649,19	1763,61
Aragón	1419,37	1.766,91	1.684,09	1939,01	2055,38	2057,67
Asturias	1507,15	1.949,95	1.932,83	2133,13	2299,93	2422,28
Baleares	1066,37	1.597,52	1.722,12	1826,76	1910,13	1981,21
Canarias	1295,36	1.475,18	1.542,17	1650,53	1869,26	2041,44
Cantabria	1347,47	1.711,34	1.760,56	1860,01	1943,32	2067,01
CyL	1360,62	1.817,94	1.863,55	1999,38	1987,26	2094,06
CL-M	1346,52	1.791,68	1.756,56	1765,98	1869,08	1794,42
Cataluña	1298,84	<i>1.279,28</i>	1.456,45	1576,44	1524,45	1515,99
C.Valenciana	1122,79	1.497,61	1.553,14	1628,26	1597,79	1586,38
Extremadura	1509,72	1.743,87	1.880,72	2092,47	2165,74	2288,44
Galicia	1333,39	1.697,63	1.701,52	1847,26	1918,02	2007,65
Madrid	1108,14	1.236	1.300,55	1446,13	1450,09	1482,25
Murcia	1334,25	1.305,93	1.433,02	1534,64	1517,65	1511,18
Navarra	1543,12	1.771,34	1.915,56	2019,65	1963,96	2219,43
Pais Vasco	1623,08	1809,41	1.991,21	2130,19	2197,84	2290,32
La Rioja	1443,94	1.669,36	1.745,74	1809,27	1907,10	1932,74
Media CCAA	1.343,95	1.612,31	1.679,26	1.815,55	1872,13	1944,47
Ratio Máx-min	1,52	1,57	1,53	1,47	1,59	1,63

* En negrita, para los años 2024 y 2025 aparecen las CCAA que (en principio) prorrogan los presupuestos, pero se ven leves diferencias entre ambos años debido a la variación en la población.

De los datos presentados en la tabla anterior podemos sacar las siguientes conclusiones:

1. Se ha producido un crecimiento de los presupuestos sanitarios per cápita respecto a 2024 en promedio (72,34€, un 1,04% más), crecimiento que es insuficiente para las necesidades del sistema sanitario (recuérdese que la inflación prevista para 2025 está en el 2,8%). Desde la FADSP reclamábamos ya en 2022, un aumento de 1.000€ per cápita. Traduciéndose esto en que se seguirá estando por debajo de la media de los países de la UE en gasto sanitario per cápita, y muy por debajo de los países del euro.

2. Hay que recalcar también que hay 4 CCAA que, distando del resto, en lugar de incrementar el presupuesto de 2025 con respecto al de 2024, lo disminuyen. Estas CCAA son: Castilla La-Mancha, que presupuesta para 2025 74,66€ menos por habitante, Cataluña: 8,46€ menos, Comunidad Valenciana: 11, 41€ menos, y Murcia, que presupuesta 6,47€ menos que en 2024.

3. El mayor presupuesto per cápita, al igual que en 2024, es el de Asturias (2.422,28€, lo cual supone un aumento de 114,42€ con respecto al año anterior) mientras que el menor es el de Madrid (1.482,25, suponiendo un leve aumento con respecto a 2024: 32,16 más), que lo es por

sexto año consecutivo, y ello a pesar de que como ya se ha señalado 4 CCAA tienen prorrogados los presupuestos. La ratio máximo-mínimo es de 1,63 la más elevada de los años analizados.

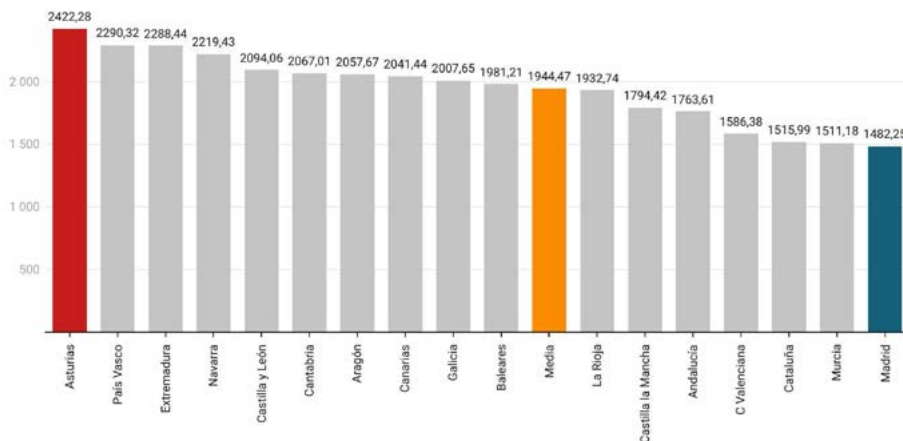
4. La situación es más complicada en las CCAA que prorrogan presupuestos porque en el mejor de los casos los nuevos presupuestos no estarán operativos hasta el 2º trimestre de 2025 y eso impedirá hasta entonces el necesario refuerzo del sistema sanitario en estas Comunidades.

5. Nuevamente, las diferencias son excesivas: 940,02€ 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, hay 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.

En el siguiente gráfico se pueden ver los presupuestos de todas las Comunidades Autónomas para el año 2025, ordenadas de mayor a menor.

Presupuestos CCAA 2025



Desde la FADSP volvemos a reiterar la necesidad de que:

1. Se realice un esfuerzo presupuestario para reforzar la Sanidad Pública.

2. Se desarrollen mecanismos de financiación finalistas que permitan reducir las excesivas diferencias y garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud.

3. Efectuar un refuerzo especial de la Atención Primaria, lo que resulta imposible de realizar con los presupuestos presentados.

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

Propuestas para un cambio en la política sanitaria del Ministerio de Sanidad y de los Servicios de Salud Autonómicos

El Sistema Sanitario Público atraviesa una profunda crisis, resultado de las políticas de reducción del gasto público (del gobierno de Rajoy para afrontar la crisis del 2008) y las medidas de austeridad impuestas por la Unión Europea, que han introducido importantes recortes de recursos sanitarios públicos, especialmente en personal y en Atención Primaria.

Como consecuencia se han generado importantes problemas para acceder a los Centros de Salud y realizar consultas presenciales; las listas crecen batiendo récords; ha empeorado la coordinación dentro del Sistema; avanza la privatización; empeora la calidad de la atención, la medicalización y el gasto farmacéutico; se están incrementado las diferencias en la financiación de



las Comunidades Autónomas; el personal sanitario trabaja en unas condiciones de gran precariedad, mientras que el modelo de formación no garantiza disponer del personal sanitario necesario; algunas empresas aprovechan las ventajas fiscales para concertar seguros privados, mientras que más del

20% de la población tiene contratado seguros privados de bajo coste que ofrecen una atención de mala calidad (y que derivan los casos graves al Sistema Público); mientras crece el pago directo de las familias para la asistencia sanitaria.

Los actuales responsables del Ministerio de Sanidad han manifestado su voluntad política de abordar esta situación crítica del Sistema Sanitario Público, que abre una ventana de oportunidad de cambio que no se debería desaprovechar, por lo que desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública proponemos una serie de medidas para frenar el deterioro, recuperar y mejorar el Sistema:

PROPUESTAS DE ACTUACIONES QUE SON RESPONSABILIDAD DIRECTA DEL MINISTERIO DE SANIDAD.

Aprobar **nuevos fondos con carácter finalista** para que las CCAA los destinen a recuperar la Atención Primaria, reducir las Listas de Espera y potenciar los Servicios de Salud Pública.

Elaboración del **Plan Integrado de Salud**, contemplado en la Ley General de Sanidad, que establezca de manera consensuada las prioridades del Sistema Nacional de Salud en base a las necesidades de salud de la población.

Desarrollar la Alta Inspección para garantizar el cumplimiento de la legislación vigente.

Implementar **una Política Farmacéutica racional y sostenible**: regular conflictos de interés, crear Centrales de Compras, realizar subastas de medicamentos, la financiación selectiva de los mismos de acuerdo a su eficacia y seguridad probada y controlar de las actividades de marketing y presión de los laboratorios en manos de multinacionales sobre los prescriptores.

Crear un **Organismo Independiente que evalúe los nuevos recursos tecnológicos** antes de su difusión en el sistema.

Desincentivar el aseguramiento privado suprimiendo las desgravaciones fiscales a los seguros sanitarios contratados por las empresas.

Proponer al Gobierno el **fin del modelo de mutualidades (MUFACE, ISFAS y MUGEJU)** integrando al personal funcionario en el Sistema Nacional de Salud, que genera desigualdad y mantiene subvencionadas a importantes empresas aseguradoras.

Desarrollar la Ley General de Salud Pública (33/2011), para coordinar los Servicios de Salud Pública con el sistema asistencial (cuya necesidad se evidenció en la pandemia COVID) y poner en marcha la **Agencia de Salud Pública**.

Garantizar y mejorar la formación del personal sanitario incluyendo la Atención

Comunitaria en la formación pre-graduada y post-graduada de todas las categorías del personal del SNS.

Modificar el actual Sistema MIR de formación del personal médico sacando todas las plazas docentes y garantizar la formación a todo el personal recién graduado en el Modelo de Salud Comunitaria.

Derogar la Ley 15/97 de Nuevas Formas de Gestión que permitió la privatización del sistema.



ACTUACIONES DONDE EL MINISTERIO DE SANIDAD PUEDE LIDERAR EL CAMBIO.

1.- Mejorar la financiación del sistema

Apoyar la aprobación de un Nuevo Modelo de Financiación Autonómica que garantice una financiación finalista de acuerdo a las características sociodemográficas, los problemas y las necesidades de salud sus condiciones socioeconómicas de cada CA y que corrija las desigualdades mediante fondos de compensación (algo compartido para el Gobierno, el Ministerio de Sanidad y por la mayoría de las Comunidades Autónomas).

Priorizar los presupuestos de AP hasta que alcancen el 25% del total.

Destinar 8.000 millones a la recuperación y refuerzo del SNS.

2.- Potenciar y mejorar el sistema público y recuperar lo privatizado

Apoyar a las CCAA para que recuperen los hospitales y centros de salud privatizados.

Introducir cambios legislativos que transformen el **Consejo Interterritorial** en el organismo que garantice la Gobernanza del Sistema de manera consensuada (para que deje de ser un mero órgano deliberativo).

Incluir en la **Cartera de Servicios del SNS la Salud Sexual y Reproductiva, así como la Eutanasia.**

Aplicación de la **Ley de Incompatibilidades**, que no permite percibir dos remuneraciones de la Administración Pública.

3.- Aprobar un Nuevo Modelo de Atención Primaria basado en la Salud Comunitaria

Ampliar los equipos con nuevas categorías profesionales para desmedicalizar la atención de salud y den respuesta a las necesidades y demandas de la población.

Potenciar planes, programas y actuaciones que intervengan sobre los determinantes de la salud,

desarrollen la **participación social y coordinen los recursos** sanitarios con los de comunitarios, servicios sociales, instituciones locales y de atención a la dependencia.

Incluir las políticas de salud en todos las políticas, proyectos y programas de las administraciones e instituciones autonómicas y locales.

Mejorar la capacidad docente de la Atención Primaria incrementando sus recursos, orientando las actividades a la atención integral, salud comunitaria e investigación. Mejorar las condiciones del personal docente de los centros.

4.- Reactivar y mejorar la Atención Hospitalaria

Promover **Planes para la Reducir las Listas de Espera** con recursos públicos, mediante una financiación finalista de las CCAA que incentive su aplicación (ampliando horarios y promoviendo políticas de personal incentivadoras).

Coordinar la atención hospitalaria con la atención primaria desarrollando los procesos asistenciales y la utilización de protocolos comunes.

Aumentar el número de camas hospitalarias públicas y crear Centros de Media y Larga estancia para descongestionar los hospitales de agudos.

5.- Desarrollar y potenciar las Áreas sanitarias indispensables para coordinar de los recursos asistenciales de AP y hospitales, Salud Pública, atención socio-sanitaria y Dependencia

Consideramos todas estas medidas razonables y aplicables. Y cuentan con el respaldo de la población, gran parte de las organizaciones profesionales y de la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud.

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

La FADSP ante la propuesta del Ministerio de Sanidad para recuperar la dedicación exclusiva en la Sanidad Pública

Ante la avalancha de reacciones indignadas en los medios de comunicación generalistas y profesionales, de la propuesta de Mónica García, Ministra de Sanidad, en el marco de la negociación del Estatuto Marco, de recuperar la dedicación exclusiva en la sanidad pública, desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública queremos comunicar que:

1.- El régimen de incompatibilidades afecta a todos los funcionarios de la administración pública y es una práctica común en la empresa privada. La Sanidad Pública tiene la obligación de motivar e incentivar la exclusividad, al igual que las empresas privadas y otros sectores de la administración pública.

2.- La exclusividad fortalece el sentido de pertenencia al sistema público, una motivación fundamental en cualquier actividad humana y que, en sanidad, tiene una dimensión moral y ética por la responsabilidad que supone sanar y cuidar de la salud de toda la ciudadanía por igual.

3.- No cuestiona la libertad de los y las profesionales para desarrollar su actividad en el sector privado, sino evitar la doble fidelidad.

4.- Los conflictos de intereses de ejercer simultáneamente en el sector público y el sector privado pueden propiciar problemas de productividad, prácticas irregulares y parasitarias del sistema sanitario público.

5.- Es un salvavidas para la expansión de la sanidad privada, que tiene déficit de profesionales. El pluriempleo potencia las bajas retribuciones, tanto en el sector público como en el privado, porque unas y otras se hacen complementarias. Seguramente, las malas condiciones económicas

y laborales de las y los profesionales en nuestro país tienen mucho que ver con la amplia presencia de pluriempleo entre el colectivo médico.

6.- La exclusividad debe ser remunerada, como contempla explícitamente la legislación laboral vigente. El Sistema Sanitario Público tiene el mismo derecho que las empresas privadas al retorno de la inversión realizada en formar a sus empleados, como el personal en formación (MIR).

7.- Mejorar los incentivos, el entorno laboral y una “gestión sanitaria pública” es clave para asegurar que las y los profesionales sanitarios trabajen con dedicación plena y hacer compatible el trabajo asistencial con la investigación y la formación continuada, un factor muy importante para garantizar un ejercicio profesional de calidad

8.- Implementar la exclusividad para todo el personal facultativo y los cargos de responsabilidad de la Sanidad Pública es necesario para una sanidad pública mejor.

Finalmente hay que considerar las limitaciones físicas e intelectuales de las personas. Un horario de trabajo excesivamente dilatado produce cansancio, pérdida de atención, y favorece los errores profesionales (existen estudios en EE.UU. que relacionan los errores médicos, y los accidentes, con horarios profesionales muy prolongados).

Todos estos motivos explican por qué la dedicación exclusiva es beneficiosa no solo para el sistema público, sino también para la salud de profesionales y población a la que atienden, y evidencian que la no existencia de la misma supone un serio daño para la sanidad pública y sólo se entiende desde la lógica de incrementar los beneficios empresariales y de la privatización sanitaria.

Consenso profesional para la mejora de la Atención Primaria

El «Consenso profesional para la mejora de la Atención Primaria» es fruto de las reuniones de trabajo online realizadas en el período comprendido entre el 29 de mayo y el 7 de octubre de 2024, por las instituciones y sociedades científicas abajo firmantes, con el objetivo de debatir sobre la situación actual de la Atención Primaria (AP).

Fruto de este consenso, se quieren hacer públicas algunas propuestas básicas y urgentes para frenar el deterioro de la AP, avanzar hacia su recuperación y desarrollar el modelo de Atención Familiar y Comunitaria (AFyC) que asegure una atención de calidad a la ciudadanía.

En los últimos años, el Ministerio de Sanidad y algunas de las consejerías de las comunidades autónomas (CCAA) han elaborado planes de acción y estrategias para mejorar y fortalecer la AP, en las que han participado organizaciones, sociedades científicas y agentes sociales, acordándose las medidas por consenso tras la revisión sistemática de la evidencia.

Muchas de estas medidas no fueron implementadas por las administraciones y es necesario retomarlas para frenar el deterioro de la AP. En la situación actual, los recursos humanos y materiales son cada vez más limitados, la población tiene dificultades para acceder a las consultas, la integralidad y la continuidad en la atención se están perdiendo, y la atención comunitaria y la participación social y profesional se están abandonando.

Visibilizar la situación con propuestas y soluciones de mejora nos permitirá hacer más comprensible el momento por el que atraviesa la AP, así como la necesidad de crear un diálogo con la población, los profesionales sanitarios, los gestores de los servicios sanitarios públicos y los responsables políticos.

El objetivo último es lograr el mayor nivel de apoyo posible para las medidas compartidas por gran parte de los agentes sociales y profesionales, y estimular a las administraciones a poner en práctica lo acordado en los últimos años. Esto ayudará a mejorar la frágil situación actual en la que se encuentra la AP. Aún se puede reconducir.

1. INCREMENTAR LOS RECURSOS DE LA AP

Destinar a la AP el 25% del gasto sanitario público.

2. GARANTIZAR LA ACCESIBILIDAD, LA LONGITUDINALIDAD Y LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Cada problema de salud debe ser atendido por el profesional más adecuado, en el sitio correcto y el tiempo oportuno. Hay que asegurar la longitudinalidad, especialmente a los pacientes que precisen mayor intensidad de cuidados y atención sanitaria, y la continuidad asistencial dentro del sistema sanitario.



Para las consultas con cita previa, es preciso que la demora no supere los 3 días y, en el caso de las urgencias, que sean atendidas durante el mismo día. Con ello se evitará correr riesgos, sufrimiento innecesario y la utilización inadecuada de los servicios de urgencias, así como la prolongación de las bajas laborales.

3. GARANTIZAR LA EQUIDAD

Asignar los recursos según las necesidades, y la universalidad efectiva con plenos derechos a asistencia sanitaria a toda persona residente en España (migración irregular).

4. ADECUAR LA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

Incrementar las plantillas de profesionales sanitarios adaptándolas a las actuales necesidades de las personas (envejecimiento poblacional, cronicidad, complejidad, fragilidad, migraciones). Se debe mantener el modelo generalista, pero contando con las nuevas profesiones con orientación comunitaria (psicología clínica, terapia ocupacional, logopedia, trabajo social, fisioterapia, odontología, educación social, etc.) y ampliando la cartera de servicios en función del diagnóstico de salud de cada territorio para reasignar los recursos.

Reorganizar la asignación de funciones y tareas de los distintos estamentos de los equipos de Atención Primaria (EAP) en función del techo competencial de cada categoría profesional, reorientando la demanda hacia el profesional más adecuado.

Asegurar la conciliación familiar.

5. COMBATIR LA MEDICALIZACIÓN Y LA IATROGENIA

Generalizar las estrategias desmedicalizadas «no hacer» de fármacos y de pruebas complementarias. Las estrategias de «no hacer» y la recomendación de tratamientos no farmacológicos deberían ser una prioridad para aumentar la eficiencia y frenar el uso creciente de los recursos por temas que pueden ser resueltos con autocuidados o cuidados mutuos. La incorporación de nuevos profesionales y servicios puede ofrecer tratamientos no farmacológicos desmedicalizadores.

6. DESARROLLAR UN MODELO SANITARIO Y SOCIAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS. IMPLEMENTAR PROCESOS COLABORATIVOS QUE ASEGUREN LA ATENCIÓN INTEGRAL Y LA COMUNICACIÓN EFICIENTE ENTRE TODOS LOS NIVELES ASISTENCIALES

Basar la gestión de los procesos desde la AP en las áreas sanitarias, creando espacios formales de colaboración con la atención especializada hospitalaria, la salud mental, la salud pública, los servicios sociosanitarios y de atención a la dependencia y la promoción de la autonomía personal y de la salud.

7. REORIENTAR LA AP HACIA LA SALUD EN LUGAR DE A LA ENFERMEDAD, DESARROLLANDO ESTRATEGIAS DE SALUD COMUNITARIA

Reforzar las acciones de promoción de la salud con intervención y participación comunitarias. Se deben poner en valor los activos en salud de cada territorio e integrar, mediante acciones intersectoriales y de participación, a las administraciones locales y los recursos educativos, sociales y ciudadanos en las actuaciones sobre los determinantes de la salud y la enfermedad.

8. PROFESIONALIZAR, CUALIFICAR E INTEGRAR EN EL EAP AL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO

El personal administrativo sanitario, como profesional indispensable, debe estar dotado de mayores competencias y funciones en la gestión de la demanda y la resolución de los procesos. La longitudinalidad en la atención al usuario mejorará si se incorpora un administrativo de referencia en las unidades de atención familiar (UAF). Eso ayudará a la desburocratización de las consultas de AP, lo que se traduciría en más tiempo disponible para otros profesionales sanitarios que podrían dedicar a la atención de los pacientes y la participación comunitaria.



9. IMPLEMENTAR UNA POLÍTICA DE PERSONAL INCENTIVADORA PARA TODOS LOS TRABAJADORES DE AP

Dar estabilidad, acabar con la precariedad laboral y aplicar mejoras salariales e incentivos reales. Se trata de dar prestigio a la AP mediante el reconocimiento profesional. Poner en marcha una política de incentivos para cubrir plazas de difícil cobertura (áreas rurales, elevada penosidad, etc.).

10. ASEGURAR LA FORMACIÓN DE CALIDAD DEL PERSONAL

Incorporar la AP a la Universidad: facultades de medicina, facultades de enfermería, centros de formación profesional y de otras categorías profesionales. Garantizar la formación continuada a todos los profesionales, con presupuestos y finalidades específicos y a desarrollar dentro del horario laboral.

11. EVALUAR LAS INNOVACIONES INTRODUCIDAS EN LOS CENTROS DE SALUD DURANTE LOS ÚLTIMOS AÑOS (GRADO DE IMPLEMENTACIÓN, EFECTOS, NECESIDAD DE RECURSOS Y SATISFACCIÓN)

Ampliar la cartera de servicios de los centros de AP: cirugía menor, ecografía, retinografía, espirometría, comunicación telemática con otras especialidades, consultas telemáticas, sistemas de citación previa, cribado de la demanda, etc.

12. DEDICAR ESPECIAL ATENCIÓN AL ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y DE LA ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR

Debe realizarse desde los modelos transversales y multidisciplinares, facilitando la prevención del daño y la promoción de estilos de vida saludables.



Inteligencia Artificial, poder y Sistema Sanitario

Joan Guix. Medical Anthropology Research Center (MARC). Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.

En este trabajo queremos plantear los potenciales cambios en las relaciones de poder en el seno del sistema sanitario como consecuencia de la introducción de la Inteligencia Artificial (IA), que pueden implicar una ruptura total en cómo hemos venido concibiendo estas relaciones hasta el momento actual.



I. SISTEMA SANITARIO

La primera cuestión que debemos plantearnos es “¿qué es el sistema sanitario?”

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un sistema de salud es “una estructura social que está constituida por el conjunto de personas y acciones destinadas a mantener y mejorar la salud de la población”¹, y esto lo hace implementando una serie de funciones como son: *la financiación (¿quién pone el dinero?); la planificación (¿quién decide que debe hacerse con este dinero?); la compra de servicios (¿a qué se destina el dinero?); la provisión (¿quién hace el trabajo?); la autoridad ; y la evaluación y la investigación* . Dependiendo de cómo se configuran estas funciones y relaciones tendremos varios modelos sanitarios posibles (mercado, seguridad social o servicio nacional de salud).

Estas funciones las desarrollan un conjunto de actores que establecerán distintos tipos de relaciones entre ellos, generando determinados atributos característicos de un sistema sanitario. Así podemos identificar básicamente como actores principales a ciudadanos, pacientes, médicos, otros profesionales sanitarios, gestores, autoridades en sus diversos niveles, académicos e industria farmacéutica y tecnológica, entre otros.

El sistema sanitario y, más concretamente, su núcleo esencial, los médicos, se configuran organizativamente, siguiendo a Minzberg², como una “*Burocracia profesional*”, caracterizada por basarse en los conocimientos y habilidades de los profesionales que están integrados, por ser un colectivo muy homogéneo, relativamente poderoso, de alto nivel, socialmente influyente, con una gran conciencia de grupo (clase médica), escaso



sentimiento de pertenencia a la empresa, poco tendente a la supervisión, y con un conjunto de principios éticos y profesionales universales (Juramento Hipocrático, bioética). Ésta es la base organizativa de lo que Eduardo Menéndez denomina “*Modelo Médico Hegemónico*” (MMH) y que define como “*el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, que desde fines del siglo XVIII ha ido consiguiendo establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta conseguir identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado*”³, cuyos principales rasgos son su biologicismo predominante, el enfoque individualista, la asimetría, el autoritarismo, la exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, y tendencias inductivas al consumo médico, es decir, en la medicalización.

La relación entre el profesional sanitario, especialmente el médico, y el paciente se basa en una asimetría de información. El profesional tiene todo

el conocimiento y habilidades para identificar y tratar el problema de salud del paciente. Este lo desconoce, incluso hoy, en tiempos de internet y Google. Esto, ya de por sí, comporta una relación de poder del médico sobre el paciente, que al ser desconocedor de lo que hay que hacer, no tiene más posibilidad que delegar las decisiones referentes a su salud en el profesional. Ésta es la relación de agencia, la cual puede ser “*perfecta*”, cuando el médico, para tomar las decisiones en nombre del paciente, sólo tiene en cuenta el interés objetivo del paciente y ninguna otra cosa. Pero esta relación también puede ser “*imperfecta*”, cuando en las decisiones del profesional también intervienen otros intereses distintos a los del paciente. Y el abanico de posibilidades de esta relación de agencia, desde la visión ética, es muy amplio, desde lo meramente académico a lo cuasi delictivo. Es en este sentido que, en el terreno de la bioética, además de los tres principios hipocráticos clásicos (no maleficencia, beneficencia y justicia), se añade el de autonomía del paciente, es decir, la exigencia de que sea el propio paciente, asesorado, no influenciado, por el profesional, el que tome las decisiones. Estamos hablando del consentimiento informado. Estamos hablando del ejercicio del poder en el sistema sanitario.

El propio paciente, asesorado y no influenciado por el profesional, debe tomar las decisiones.

II. PODER

“*Poder*” es un concepto evidentemente polisémico dependiendo su significado de la posición ideológica o social desde la que se hable. En modo alguno se trata de un concepto neutral, sino explícita o implícitamente, claramente partidario. Para Max Weber el poder es “*la probabilidad de imponer la propia voluntad, dentro de una relación social, incluso contra toda resistencia y cualquiera que sea el fundamento de esta probabilidad*”.⁴ Dahl afirma que: “*A tiene poder sobre B cuando puede obtener de B que haga algo que B de otra manera habría querido hacerlo*”⁵, y Manuel Castells dice que “*El poder es la capacidad relacional que permite a un actor social influir de forma asimétrica en las decisiones de otros acto-*

res sociales de forma que favorezcan la voluntad, los intereses y los valores del actor que tiene el poder. El poder se ejerce mediante la coacción (o la posibilidad de ejercerla) y/o mediante la construcción de significado partiendo de los discursos a través de los cuales los actores sociales guían sus acciones”⁶. En todas, o en la mayoría de las definiciones de poder que pueden encontrarse en la literatura esta implícita la existencia de relaciones asimétricas, de desigualdad, y la posibilidad del ejercicio de la coerción que los detentores del poder pueden provocar en el sometido ⁶, aunque la coerción no es la única ni la mejor forma de ejercer el poder. En palabras de Foucault, lo que hace que el poder se acepte es que no pesa tan sólo como una fuerza negativa, sino que produzca cosas, que genere satisfacción e, incluso, placer. Hay que considerarlo más como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social, que como una instancia negativa sin otro objetivo que el reprimir⁷. Más recientemente Byung-Chul Han y otros piensan que “cuanto más fuerte es el poder, con más sigilo actúa”⁸, y que “es un signo de poder superior cuando el súbdito quiere expresamente, por sí mismo y libremente lo que quiere el soberano”⁸. Esta matización será básica para cuando, posteriormente, hablemos del poder en el sistema sanitario.

III. EL PODER EN EL SISTEMA SANITARIO

El poder en el sistema sanitario, una vez arrebatado a la religión y la beneficencia en los siglos XVII y XVIII, fue ostentado principalmente por la clase médica en tanto que profesionales y bajo el ejercicio de la ya mencionada relación de agencia, resultado de la asimetría de información entre el médico y el paciente y el sesgo de poder a favor del médico que esto comporta. El médico controla esencialmente y de forma prácticamente exclusiva las funciones de autoridad, compra, provisión y evaluación, con lo que su dominio sobre el conjunto del sistema es casi absoluto.

Fue hacia la década de los 80 y 90 del siglo pasado que ese poder, prácticamente total, de los médicos fue limitado por la eclosión del paradigma de la gestión y de las gerencias. Ciertamente, desde siempre en los centros sanitarios existía la figura del administrador, pero con unas funciones casi marginales, orientadas a la gestión de lo complementario a la asistencia, como la limpieza, hostelería o mantenimiento, pero la consolidación de los sistemas nacionales de salud y de la seguridad social en buena parte del mundo desarrollado, junto al trabajo en equipo y el incremento geométrico de los costes sanitarios com-



portaron una visión de empresa más que de servicio, y el paciente pasó a tener la consideración de "cliente", lo que alteraba la relación, aunque sin superar la ya citada relación de agencia. Sin embargo, la salarización del médico, la asignación de recursos por parte de las entidades gestoras, ya que no su distribución en las diversas actividades, y la aparición de conceptos como la eficiencia y la competencia minaron, como hemos dicho, el poder casi absoluto del médico en fases anteriores. El médico ya no posee la totalidad del poder, aunque sigue conservando buena parte del mismo. La autoridad y buena parte de la función de financiación, a excepción de los sistemas de mercado puro, recae en las Administraciones, mientras que el gestor es quien dialoga y negocia con ésta. El gestor, con esta negociación, ofrece una cartera de servicios de su interés al comprador y planificador (Administraciones), asignando los recursos y encargando a los profesionales, núcleo productivo de la organización sanitaria, las tareas a realizar. Como dice el anteriormente citado Minzberg², el profesional llega a depender fuertemente del gestor, aunque, ciertamente, persiste la relación de agencia y, por tanto, la relación de poder entre el profesional sanitario y el paciente-cliente. Pero el poder ya es, al menos, compartido. El profesional ha perdido buena parte de su anterior poder, cuasi absoluto.

Si el paciente pasa a tener la consideración de "cliente" se altera la relación profesional.

IV. LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Sin embargo, el primer cuarto del siglo XXI nos ha traído una auténtica ruptura potencial en las relaciones de poder en el sistema sanitario. La aparición de la Inteligencia Artificial (IA) aplicada en el campo de salud puede, y de facto ya lo está haciendo, cambiar totalmente el paradigma existente hasta el momento.

¿Pero qué entendemos por IA? Este término fue utilizado por primera vez por el informático John McCarthy en la Conferencia de Dartmouth en 1956, y lo definió como *"La ciencia y la ingeniería para crear máquinas inteligentes, especialmente programas informáticos inteligentes"*⁹.

Por otra parte, de forma más exhaustiva, la Unión Europea ha establecido que *"Los sistemas de inteligencia artificial (IA) son sistemas de software (y posiblemente también de hardware) diseñados por humanos que, ante un objetivo complejo, actúan en la dimensión física o digital percibiendo su entorno mediante la adquisición de datos, interpretando los datos estructurados o no estructurados recopilados, razonando sobre el conocimiento, o el procesamiento de la información, derivado de estos datos y decidir las mejores acciones a tomar para conseguir el objetivo determinado. Los sistemas de IA pueden usar reglas simbólicas o aprender un modelo numérico, y también pueden adaptar su comportamiento analizando cómo el entorno se ve afectado por sus acciones previas."*¹⁰. Más simplemente, *"La inteligencia artificial (IA) es un campo de la informática que se enfoca en crear sistemas que puedan realizar tareas que normalmente requieren inteligencia humana, como el aprendizaje, el razonamiento y la percepción"*¹¹. Alan Turing, matemático británico y padre del ordenador, en 1950, afirmó que *"estaríamos en el mundo de la IA cuando un ser humano no fuera capaz de diferenciar si, interlocutando a través de una computadora, hablaba con otra persona o con una máquina"*¹², dando pie a lo que posteriormente se ha denominado *"Test de Turing"* para discernir hasta qué punto una máquina tiene un comportamiento inteligente o no. ¿Hemos llegado ya a este mundo de la IA?

Ciertamente la IA puede presentar enormes ventajas e incluso representar el inicio de una nueva revolución cultural y social, a nivel del período neolítico o la aparición de la imprenta.

Las ventajas que ofrece la IA son muchas y diversas. Entre estas ventajas cabe destacar la automatización de procesos repetitivos, agilización en la toma de decisiones, fomento de la creatividad, mejora de la precisión, disponibilidad 24/7, minimización del tiempo de análisis y aumento de la productividad y, sobre todo, conectividad y capacidad de actualización inmediatas, cualidades imposibles de conseguir en un entorno humano.

Los sistemas de IA pueden usar reglas simbólicas o aprender un modelo numérico.

Sin embargo, los peligros y riesgos son también notables: la potencialidad de que los algoritmos en los que se basa cada uno de los programas de IA puedan ser sesgados si se basan en datos incompletos o no representativos, la utilización con fines malintencionados, la posibilidad de implicar la pérdida de gran cantidad de puestos de trabajo humanos con la conflictividad social y económica que esto podría representar, así como toda una serie de preocupaciones éticas potenciales como la privacidad de datos e información, la seguridad de los mismos y la responsabilidad sobre éste tema o la utilización maléfica de estos contenidos. Un elemento de riesgo a añadir de forma destacada es la propiedad, y por tanto la dependencia, de algoritmos y hardware por parte de grandes multinacionales, lo que comportaría que la última capacidad de decisión sobre la utilización de la IA estaría en manos de unos pocos conglomerados ajenos totalmente a los circuitos y garantías democráticos. El historiador israelí Yuval Harari¹³, y el filósofo coreano-germánico Byung-Chul Han¹⁴, concluyen que la IA supone una gran limitación a la libertad de elección, de decisión, ya la misma esencia de la democracia al delegar esa libertad en el *Big Data* y los algoritmos, determinando así de modo decisivo los procesos sociales, económicos y políticos, a lo que hay que añadir la brecha digital existente actualmente, ya que si bien un 60% de las personas usan redes sociales, entre los de mayor edad o los más desfavorecidos, este porcentaje cae abismalmente, con la discriminación que esto puede comportar en el uso y aprovechamiento de la IA.

V. INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y SISTEMA SANITARIO

A partir de lo anteriormente mencionado es evidente que la IA significara un antes y un después en el funcionamiento de los sistemas sanitarios: Mejora de precisión en el diagnóstico, tanto clínico como por la imagen histológica o analítica, reforzar la investigación a partir de Big Data, desarrollo de medicamentos y test diagnósticos, cirugía robótica, vigilancia epidemiológica, gestión sanitaria, incrementando la comprensión, participación y el control ciudadano sobre sus propios problemas de salud e, incluso, pudiendo sustituir en determinadas circunstancias a los propios profesionales sanitarios en lugares remotos o frente a la escasez de personal. La Cámara de Comercio de Barcelona avanzó que la IA en Cataluña puede significar un ahorro anual de 3.000 millones de euros y 30 millones de horas de profesionales en

el sector sanitario, con un impacto en la salvación de vidas de 6.300 vidas anuales¹⁵.

Sin embargo, en el campo sanitario, los riesgos de la IA son mayores y, potencialmente, incluso más graves que en otros terrenos.

La OMS ha señalado la posibilidad de la utilización de datos sesgados que generen informaciones inexactas o engañosas; utilizar informaciones cuyo uso no haya sido consentido previamente y falta de protección de la confidencialidad, o utilización maliciosa de los modelos de lenguaje generados por IA, difíciles de diferenciar de documentos autorizados, generando desinformación y, por último, pero no menos importante, el posible uso o cesión de uso interesado de las grandes multinacionales de informaciones no consentidas que podrían implicar problemas o disfunciones en los usuarios del sistema, interfiriendo, por ejemplo, en la contratación de seguros o coberturas sanitarias colgando del riesgo del paciente.



Es en este sentido que la OMS¹⁶ reitera que la IA en el campo de la salud debe: promover el bienestar humano, la seguridad humana y el interés público; garantizar la transparencia y la inteligibilidad; fomentar la responsabilidad y la rendición de cuentas; garantizar la inclusión y la equidad y proteger la autonomía al diseñar, desarrollar y aplicar la inteligencia artificial con el fin de que su uso sea de confianza y sostenible, y que, por tanto, debe garantizar un uso ético, una gobernanza adecuada, transparencia, participación, supervisión experta y evaluación rigurosa y continuada.

La IA debe garantizar un uso ético, una gobernanza adecuada, transparencia, participación, supervisión experta y evaluación rigurosa y continuada.

En resumen, las funciones de planificación, compra, evaluación y buena parte de la de provisión son potencialmente asumibles por el algoritmo y, consecuentemente, este es capaz de establecer el listado de posibilidades y su priorización en las que se basen las funciones de autoridad y financiación. El poder en el sistema sanitario puede reducirse a la ejecución del algoritmo, diluyendo el rol de gestores y profesionales sanitarios. El poder en manos de la IA.

El historiador israelí Harari hace la siguiente reflexión en la que remarca este poder y la consecuente hipermediacización de la vida humana: *“En unas pocas décadas, algoritmos de macrodatos alimentados por un flujo constante de datos biométricos podrán controlar nuestra salud en todo momento y todos los días de la semana... La gente gozará de la mejor atención sanitaria de la historia, pero justo por eso es probable que esté enferma todo el tiempo... Siempre hay algo que está mal en algún lugar del cuerpo. Siempre hay algo que puede mejorarse. En el pasado, nos sentíamos perfectamente sanos mientras no sufriéramos dolor o no sufriéramos una discapacidad aparente como una cojera. Pero en 2050, gracias a sensores biométricos y algoritmos de macrodatos, podrán diagnosticarse y tratarse las enfermedades mucho antes de que generen dolor o produzcan discapacidad. Como resultado, siempre nos encontraremos sufriendo alguna «enfermedad» y siguiendo esta o aquella recomendación algorítmica. Si nos negamos, quizás nuestro seguro sanitario quede invalidado, o nuestro jefe nos despida: ¿por qué deberían pagar ellos el precio de nuestra testarudez?”¹⁷.*

Un futuro esperanzador, pero peligroso. Recordemos, una vez más a Harari: *“Hemos inventado algo que nos extrae el poder. Y está pasando tan rápido que la mayoría de la gente ni siquiera entiende qué está pasando. Necesitamos asegurarnos de que la IA tome buenas decisiones sobre nuestras vidas. Y esto es algo que estamos muy lejos de resolver”¹³.*





BIBLIOGRAFIA

1. WHO. The World Health Report 2000: health systems: improving performance. Ginebra: OMS; 2000. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2000/en/>
2. Minzberg H. La estructuración de las organizaciones. Ariel Economía. Barcelona. 1991. P. 393.
3. nción primaria. Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451 - 464. Disponible en: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psiologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
4. Weber M, Economía y sociedad, Madrid, 2002, p. 43.
5. Dahl RA Who Gobiernos? Yale U. Press: New Haven 1961
6. Castells M. Comunicación y poder. Alianza Editorial. Madrid. 2009
7. Foucault M. La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación. Ediciones de la Piqueta. Endymon . Madrid. 1990
8. Han BC. 2016. Sobre el poder. Herder Editorial. Barcelona.
9. McCarthy J, Minsky ML, Rochester N., & Shannon CE (2006). En Proposal for the Dartmouth Summer Research Project on Artificial Intelligence, August 31, 1955. AI Magazine, 27 (4), 12 .
10. HLEGO, 2020. High Level Expert Group on Artificial Intelligence (2019), A definition of AI: Main capabilities and disciplinas. Samoili S., Lopez Cobo M., Gomez Gutierrez E., De Prato G., Martinez-Plumed F. and Delipetrev B. Publications Office of the European Union, Luxemburgo, 2020, ISBN 978-92-76-17045-7, doi:10.2760/382730, JRC118163. Disponible en: <https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC118163>
11. PRTR.2023. Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Gobierno de España. ¿Qué es la Inteligencia Artificial? Disponible en: <https://planderecuperacion.gob.es/noticias/que-es-inteligencia-artificial-ia-prtr>
12. Turing A. 1950. Computing Machinery and Intelligence . Mind , Volume LIX, Issue 236, Disponible en: <https://doi.org/10.1093/mind/LIX.236.433>
13. Harari Y. 'Y don't know if humanos can survive AI'. The Telegraph . 23.April 2023. Disponible en: <https://www.telegraph.co.uk/news/2023/04/23/yuval-noah-harari-i-dont-know-if-humans-can-survive-ai/>
14. Han BC. 2014. Psicopolítica. Barcelona: Herder.
15. Moreno M. La IA permitiría ahorrar 3.000 euros anuales al sistema sanitario. El Punt Hoy. 10 mayo 2023.
16. WHO. 2021. Ethics and governance of artificial intelligence for health : WHO guidance . Geneva: World Health Organization; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240029200>
17. Harari YN. 21 lecciones para el siglo XXI. Penguin Random House Grupo Editorial, Barcelona. 2018.

In Memoriam

Marciano Sánchez Bayle

LOS PRINCIPIOS DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA

“... Conocí a Marciano Sánchez Bayle en el año 1975, cuando la mítica huelga MIR. Entonces él era médico residente de la Clínica Infantil La Paz, a la que yo llegaría de MIR de primer año en 1977, ese año fue el último de residencia de Marciano. Marciano llamaba la atención con su hablar pausado, muy duro en alguna de sus afirmaciones, con un gran compromiso con la izquierda.

Marciano había realizado la especialidad de Nefrología infantil y al finalizar la residencia obtuvo plaza en el Hospital Infantil Niño Jesús. Consiguió acceder a una de las jefaturas de sección de pediatría, tras dura selección. Publicaba en revistas profesionales artículos de interés pediátrico con rigor científico.

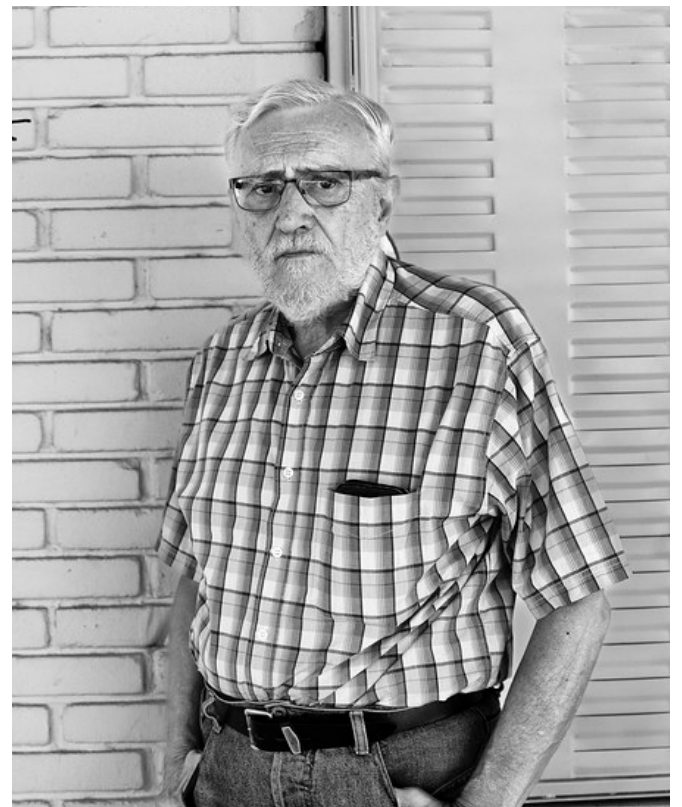
En el año 1981 Román Guaita, Gerardo Hernández de Lés, Marciano Sánchez Bayle y yo mismo, fuimos los cuatro firmantes para la constitución de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, que luego pasaría a ser Federación de Asociaciones para la defensa de la sanidad pública (FADSP). Recorrimos casi todas las provincias y Comunidades Autónomas para presentar la FADSP y buscar consensos para defender la sanidad pública. Desde entonces fue su Presidente, su portavoz y su alma y vida. De aquel cuarteto inicial ya solo sobrevivo yo, triste situación la mía.

Con Marciano no había duda alguna: defensa de la sanidad pública desde una perspectiva de izquierdas inequívoca. Se podía disentir en algunas actitudes que se manifestaban con cierta rigidez, pero nunca había dudas de su compromiso personal y profesional. Era riguroso en el razonamiento y, en no pocas situaciones, se manifestaba de forma escéptica, personificando la máxima que un pesimista es un optimista bien informado. Tenía un peculiar e inteligente sentido del humor, más que ironía era un fino sarcasmo utilizado en el momento preciso. En los debates era temible, intervenciones documentadas, expuestas de forma seria con gesto adusto y voz impecable, una voz que en los últimos meses traducía cierto apagamiento y el cansancio de la enfermedad.

Cuando el Gobierno de la Comunidad de Esperanza Aguirre, con Lamela y Güemes de consejeros de sanidad, se inició la privatización de la gestión sanitaria, todos los días a las 12 am salíamos a cortar el tráfico en el semáforo de la puerta del hospital durante 15 min, allí estábamos los dos con un buen puñado de compañeros y compañeras e hicimos frente a la incompreensión de algunos conductores que nos pretendían embestir con sus coches.

Marciano es de las personas imprescindibles para comprender la defensa de la sanidad pública, lo hacía con rigor, honradez y sensatez. Queda un gran vacío en esa defensa de la sanidad pública, ahora que el SNS se encuentra en uno de los momentos más críticos de su historia...”

(José Luis Pereira; extractos del artículo aparecido el 21-12-24 en Redacción Médica)



Fotografía: Begoña Rivas

“...Conocí a Marciano a mediados de los años 70, en relación con las movilizaciones del MIR, me lo presentó Benito Otero, los dos eran residentes de Pediatría en el hospital de La Paz. Marciano ha sido el ejemplo y el referente en el compromiso por la sanidad pública a la que dedicó toda su vida. Simplemente con llamarlo, a cualquier hora, siempre dispuesto a acudir, en Asturias o en cualquier otro territorio, recorriendo el país en su coche y de manera incondicional. Me hice socio de la Federación porque él me lo pidió y fui presidente

durante unos años también a propuesta suya, con la seguridad de que estaba detrás y se podía contar con él absolutamente para todo. Por el camino han sido muchas las anécdotas, las reuniones de la IAHP en Durban o Londres, o las comidas de los sábados en aquel restaurante chino de Arroyo de la Media Legua, en Moratalaz, al que Marciano era tan aficionado. Lo echaremos de menos, la FADSP ha sido él, y los demás simples colaboradores. Ahora toca el reto de cómo seguir sin Marciano.”

(Carlos Ponte. ADSP Asturias)



“...Lo conocimos en el año 1982. Un grupo de médicos que vivían en Madrid acababan de constituir la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP). Estábamos recién terminada la licenciatura, la situación de la sanidad pública era caótica, desastrosa. No tenía el menor prestigio ante la población. Los que trabajaban y cotizaban tenían Seguridad Social y podían ser atendidos en sus deteriorados y desorganizados recursos. El resto de la población (en Andalucía amplios sectores), que no cotizaban, eran atendidos en la conocida como Beneficencia, cuyo emblema en Cádiz era el Hospital de Mora y el Policlínico.

a ser más de diez mil médicos en todo el estado. En Cádiz, en 1983, se celebró con un éxito increíble el II Congreso Nacional. El sueño se consiguió. España tenía un modelo de Sanidad Pública, que asombró al mundo, que era universal, gratuita, solidaria, accesible, equitativa, integrada, integral y de la máxima calidad.

Este panorama impedía el ejercicio de la profesión médica, tal como la concebíamos algunos. Un servicio público imprescindible. La ADSP se movilizó para reclamar un Servicio Nacional de Salud, una macroorganización que tuviera como objetivo el compromiso de no sólo atender a la enfermedad cuando apareciera, sino de promocionar la Salud mediante programas preventivos.

Marciano ha sido el referente, la brújula, el incansable (el jartible, diríamos en Cádiz), el estudioso de las políticas sanitarias (es un líder a nivel mundial), el coordinador, el que te llama a casa cuando hace falta un sobreesfuerzo, el que ha dado la vida por ese proyecto... El imprescindible.

Se consiguió lo que parecía imposible. Constituimos la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). Llegamos

La FADSP ha sobrevivido gracias a Marciano. Desde que se jubiló, “ha trabajado” en horario completo, en nuestra sede en Madrid, diariamente y sin descanso. Ha conseguido que seamos respetados y que en nuestra web existan casi dos millones y medio de visitas, siempre con su liderazgo permanente...”

(Antonio Vergara y Lola Martínez. ADSP Cádiz; extraído del artículo aparecido en El Diario. es Andalucía el 28-12-24)



Fue tan rápido el final que no dio tiempo a despedirse.

Tú que fuiste capaz de estar con tod@s, por tod@s, y para tod@s, nunca nos dejarás.

¿Por qué la vida/muerte engulle a los que más necesitamos?

Este día rojo, lleno de luz, ahora que los tiempos son... tan difíciles, me dice que no te has ido, que estarás con nosotr@s para siempre.

Hoy nos regala el día un rojo intenso celestial y me recuerda tu imagen, tu mente prodigiosa, tu sabiduría, tu paciencia infinita, tu lucha incansable por los derechos de tod@s, por el derecho a la salud.

Amigo Marciano.

SALUD.

(María Jesús Martínez Sanz, ADSP de Madrid)

REACCIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL

Recordar a Marciano Sánchez Bayle es, sobre todo, recordar a una buena persona. Es innegable que quienes defendemos lo público, en este caso la sanidad, hemos perdido un referente que durante décadas ha sido martillo pilón en defensa del modelo de gestión directa, a costa, en muchas ocasiones, de su vida personal y familiar.

Desde CCOO gratitud eterna por su compromiso, por su colaboración y por esa visión crítica que nos ha ayudado a no desenfocarnos y a navegar en tiempos complejos sin perder el rumbo.

Su tesón en la necesidad de estrechar la colaboración entre CCOO Madrid y la FADSP, posibilitó, entre otras cosas, la elaboración de magníficos trabajos, como son los dos Diagnósticos de Salud del Sistema Sanitario de la Comunidad de Madrid, publicados en 2019 y 2023, de obligada lectura para conocer la realidad de la sanidad madrileña.

Es destacable también su encomio en la organización y dinamización de espacios colaborativos con sindicatos, partidos políticos, entidades, grupos municipales, etc., como el Observatorio Madrileño de Salud, para fortalecer el dique de contención contra las políticas privatizadoras, y que han sido el germen de muchas de las movilizaciones en defensa de la sanidad pública en la Comunidad de Madrid.

Ya no le veremos en los telediarios, mientras comíamos o cenábamos, opinando sobre las diferentes problemáticas en el ámbito sanitario, pero su ejemplo de honestidad, integridad y compromiso siempre estarán en nuestra memoria y en nuestro corazón.

Gracias por todo compañero.

(**Manuel Rodríguez Núñez**, Secretario de Políticas Sociales y Diversidad de CCOO Madrid)



Marciano Sánchez Bayle, un legado imprescindible en la defensa de la sanidad pública. El pasado 21 de diciembre nos dejó Marciano Sánchez Bayle, un gran referente en la lucha por la sanidad pública. Su incansable labor desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) fue clave para denunciar las desigualdades y los intentos de privatización de un derecho fundamental. Como pediatra del Hospital Niño Jesús, no solo ejerció su vocación médica con compromiso, sino que también dedicó su vida a la reivindicación de un sistema sanitario público para todas las personas, accesible, equitativo y de calidad.

Desde Rivas, una ciudad que conoce bien la lucha por la sanidad pública, sentimos profundamente su pérdida y reivindicamos su legado. Aquí

seguimos esperando un cuarto centro de salud que la Comunidad de Madrid prometió en 2019 y que aún no ha construido, mientras los tres actuales están desbordados y las urgencias de referencia carecen de personal médico. La situación es insostenible, y la hoja de ruta del gobierno de Ayuso es clara: abandono de la sanidad pública en beneficio de la privada.

Marciano nos enseñó que la sanidad se defiende con datos, con rigor y con perseverancia. También con amor por lo público. En Rivas, recogemos su testigo y seguiremos peleando por una sanidad pública de calidad.

(**Aída Castillejo Parrilla**, alcaldesa de Rivas Vaciamadrid)



REACCIONES DEL SECTOR PROFESIONAL

“...En la madrugada del 21 de diciembre de 2024 ha fallecido Marciano Sánchez Bayle, expresidente y Portavoz de la Federación de Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública. La FADSP queda sin su más enérgico e infatigable defensor del Derecho a la Salud.

Marciano contribuyó activamente a la creación de la Federación a primeros de los años 80, organización que nació con el objetivo contribuir a la creación y desarrollo del Sistema Nacional de Salud y en la defensa del mismo durante estos años de neoliberalismo y de la privatización, Desde la misma se dio fuerza al movimiento ciudadano y a

una gran alianza social y profesional contra la sangría de derechos que está sufriendo nuestra sociedad, acosada por un poder que pretende superar la crisis económica recortando presupuestos sociales y aumentando los gastos militares para apoyar guerras genocidas.

Siempre estuvo a la disposición de la FADSP, asociaciones, organizaciones y medios de comunicación que lo requirieron y su trabajo es inabarcable.

Nació en 1949 en Plasencia (Cáceres) y sus innumerables informes, artículos y libros han marcado el debate público en torno a la sanidad pública y el derecho a la salud. Tuvo una larga trayectoria como médico desde 1977; hasta 2018 fue jefe de sección de Pediatría en el Hospital Niño Jesús de Madrid. Era también vicepresidente de la International Association of Health Policy. A pesar de los años nunca se jubiló de la sanidad.

Marciano ocupara un lugar de honor en la historia de la Sanidad Pública Española y formara

parte de la FADSP para siempre. No está en el eterno descanso ya que seguirá estando presente en nuestra lucha con inconmensurable legado.

Autor de numerosas obras y artículos sobre Sanidad Pública. Entre sus libros cabría destacar:

- El Sistema sanitario en España.
- Hacia el estado del malestar. Neoliberalismo y política sanitaria en España.
- Crisis de la Medicina y de la Profesion Medica en España.
- Globalización y Salud 2009.
- La Contrarreforma Sanitaria. Los Libros de la Catarata.
- Privatización Sanitaria.
- La Sanidad no se vende.
- La Sanidad Pública en la era post-covid.
- Salud, Pandemia y Sistema sanitario.

(**Manuel Martín García**, Presidente de la FADSP, y OSALDE)



“...Conocí a Marciano Sánchez Bayle hace muchos años. Coincidimos siempre por la misma razón: la protección del Sistema Nacional de Salud y la defensa del servicio público. Compartimos la preocupación por el acceso justo a los medicamentos, vinculado al precio excesivo de las nuevas moléculas. Sabíamos que la voluntad del neoliberalismo por privatizar la atención a la salud y comerciar con el sufrimiento humano es más fuerte que nunca. Aunque manteníamos diferencias, siempre tuvimos en común la defensa del Sistema Nacional de Salud (SNS) y su importancia fundamental para la vida de la gente como bien público de primera magnitud. Nuestra relación, siempre cordial, se caracterizó por un respeto mutuo y una admiración por su compromiso con la justicia social.

Marciano Sánchez Bayle fue un médico excepcional. Es difícil encontrar a alguien más comprometido y ferviente defensor de la sanidad pública. No solo fue un profesional en el ejercicio de la medicina; fue un incansable luchador por los derechos de los pacientes, un portavoz valiente, un sindicalista de primera línea, y una voz crítica contra los intereses económicos que amenazan

la integridad de nuestro SNS. Como portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), trabajó incansablemente para visibilizar las problemáticas que enfrenta nuestro sistema de salud, abogando por un modelo que priorice el bienestar de la ciudadanía sobre la rentabilidad económica, lo que también trasladó con su proyección internacional en foros y organizaciones con similares sensibilidades y compromisos. Hoy, al recordar su vida y su obra, y honrar su memoria, deberíamos reforzar el compromiso de continuar la lucha por una sanidad pública que refleje los valores que él tanto defendió.

Además de su labor como activista, Marciano fue un compañero generoso. Su obra formará parte de la historia del SNS y vivirá en el recuerdo de los que creemos que la salud es un derecho y no un privilegio que otorga el dinero. Descansa en paz.

(**Juan José Rodríguez Sendín**. Extracto del obituario aparecido el 24 de diciembre de 2024 en “El País”)

“...El doctor Sánchez-Bayle durante todos estos 40 años, y se dice pronto, lideró las acciones de la FADSP para defender la sanidad pública a través de miles de artículos, decenas de libros, conferencias y multitud de actividades que muchos médicos, enfermeras y sindicalistas hemos compartido con él.

Es imposible resumir en pocas palabras tantos años de intensísima dedicación y esfuerzo que vinculan de alguna manera al doctor Sánchez-Bayle especialmente con Galicia y más en concreto con la ciudad de Vigo. En esta ciudad surgieron a principios de los años noventa las primeras movilizaciones en defensa de la sanidad que dieron lugar a la constitución de la Plataforma para la Defensa de la Sanidad Pública de nuestra ciudad, a raíz de los intentos de privatización que el ministro Romay Beccaría y Núñez Feijoo impulsaron con la creación de la empresa Medtec en nuestro querido Hospital Xeral y en el Meixoeiro. Siempre contamos con su entusiasta apoyo y la ciudadanía viguesa respondió con su preocupación y coraje.

A lo largo de los años estas plataformas apoyadas por la Asociación Galega para a Defensa da Sanidade Pública integrada en la FADSP, fueron extendiéndose por toda Galicia y poco a poco por todo el país, y es hoy rara la villa o la ciudad en la cual la ciudadanía y los sanitarios no se han organizado en plataformas y asociaciones de Batas Blancas para defender una sanidad eficaz que ven ya amenazada por las políticas de privatización y recortes. La mejor manera de honrar el trabajo del doctor Sánchez-Bayle y de sus colaboradores es que las jóvenes generaciones recojan el testigo y entiendan lo importante que es una Sanidad Pública aunque ahora aún no la vean imprescindible, y se organicen y la defiendan. Para él la tierra le será leve, como le deseó la ministra de Sanidad, pero para quienes continuamos su legado, la tarea es enorme....”

(Hixinio Beiras)



...Apreciados compañeros y compañeras de la FADSP. Recibo con mucho dolor y reconocimiento la noticia de la muerte de mi querido amigo Marciano Sánchez Bayle. Desde cuando lo conocí en Barcelona, en 1983 en un Congreso de la International Association of Health Policy tuve la oportunidad de compartir con él en múltiples eventos internacionales en diferentes países. Y siempre admiré y aprendí la claridad de sus ideas en el campo de la seguridad social y la sanidad pública; su compromiso de vida con la equidad en salud y con sistemas de salud equitativos, univer-

sales y públicos; y, sobre todo, su inmensa calidad y calidez humanas. A su esposa y familia, a sus amigos/as y a sus compañeros/as de trabajo, mi solidaridad y afecto. Tengo la certeza de que el mejor homenaje y la mejor forma de mantener viva su presencia es continuar sin tregua en todos nuestros países la lucha por el buen vivir, el bienestar, y sistemas de salud como los que él defendió. Un abrazo,

(Saúl Franco, desde Colombia)



...Marciano Sánchez Bayle, cofundador de la FADSP ha sido desde entonces la voz y el pilar cardinal de la asociación, incansable año tras año, década tras década en la defensa de la sanidad pública, universal, equitativa, colectiva, sin concesiones a los poderes políticos. Organizador y militante ha sabido reunir un equipo que le ha acompañado a lo largo de su trayectoria, garantizando la presencia pública de los principios esenciales de un Servicio Nacional de Salud en los medios y como interlocutores con la Administraciones, cuando estas lo han permitido. En una sanidad que ha ido perdiendo muchos de los ideales de bien común que animaban la reforma sanitaria por

la derechización política global, pero también en gobiernos socialdemócratas por las cesiones a la presión económica neoliberal, la FADSP dirigida por Marciano Sánchez Bayle, ha sabido dar respuesta en todo momento a las medidas que hipotecaban nuestra salud, alertando, informando, denunciando en cada momento, puntualmente o en los boletines, revista Salud 2000, libros, encuentros y congresos. Hombres de la integridad moral e intelectual profesional de inteligencia militante de Marciano son desgraciadamente infrecuentes. Una inmensa pérdida para la Sanidad y para la sociedad toda.

(Manuel Desviat)

La FADSP ante la situación de MUFACE

Desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública queremos manifestar nuestro asombro y rechazo a que el Ministerio para la Transición Digital y de la Función Pública, de un gobierno progresista, haya cedido a la presión chantajista de las principales aseguradoras que contratan la asistencia al personal funcionario público a través de **MUFACE**.

1.- Resulta inaceptable que el Ministerio para la transición Digital y la Función Pública, que nada tiene que ver con la sanidad, presuma de haber salvado a MUFACE tras haber “trabajado sin descanso con las aseguradoras privadas” (sic), para perpetuar un sistema obsoleto e ineficiente, que no existe en ningún lugar del mundo por ser un subsistema privado dentro de un sistema sanitario público (pagado por este último).

2.- El acuerdo aumenta la prima en un 41,2 % mientras del gasto sanitario total ha crecido tan solo un 4,5% (supone casi un 90% más) hasta alcanzar los 4.808,5 millones de euros (1.276,5 millones de euros más que actual concierto) para las aseguradoras.

3.- Esta concesión ha sido recibida con júbilo por las dos principales aseguradoras de Muface (Adeslas y Asisa) que ven incrementarse así de manera exponencial sus ganancias a costa del Estado.

4.- De esta manera se perpetúa un modelo que favorece a tan solo 1,5 millones de ciudadanos que mantienen el derecho a recibir mayores prestaciones (prótesis, gafas, atención dental..) que el resto de la población y al que se permite cambiar a la sanidad pública en caso de sufrir enfermedades graves para ser atendidos en los hospitales públicos (mejor equipados y que ofrece una mayor calidad y seguridad que los privados).

5.- Esta decisión potencia a un sector privado cada vez más concentrado en grandes grupos hospitalarios en manos de fondos de inversión y capital riesgo y que han ganado miles de millones de euros en transacciones. Estas empresas pretenden alcanzar una posición de oligopolio para negociar con las aseguradoras desde una posición de fuerza (los conciertos con las ase-

guradoras suponen el 65% de los ingresos de estos hospitales, un 25% procede de conciertos con la sanidad pública y un 10% de pacientes privados).

6.- Las aseguradoras beneficiarias del acuerdo con MUFACE son empresas cada vez más poderosas que han manifestado su intención de controlar cada vez mas espacio sanitario:

- **ASISA** cuenta con su propia red asistencial (Grupo Hospitalario HLA) con 18 hospitales y 35 centros médicos de especialidades; tiene presencia en Portugal; Italia, en Suiza, en Latinoamérica, Brasil México y Nicaragua, en Oriente Próximo y Emiratos; y pertenece al grupo empresarial Corporación Financiera Alba de la familia Entrecanales una de las más influyentes y poderosas de España, que tienen un gran poder en el mundo empresarial y político.

- **ADESLAS** (SegurCaixa) Aunque se había retirado inicialmente de la licitación tras el aumento de la prima al 41% (antes un 17%) ha manifestado su disposición a continuar en MUFACE. Esta aseguradora está integrada en el Grupo Mutua Madrileña y participada por CaixaBank.

Perpetuar MUFACE supone mantener la desigualdad y la ineficiencia en la atención sanitaria y supone un paso adelante en el camino de la privatización sanitaria.

7.- Cabe destacar, positivamente, que el Ministerio de Sanidad, en su pretensión de dar cumplimiento a la Ley General de Sanidad, presentó un plan de transición y transferencia para integrar a todas las personas mutualistas en el Sistema Sanitario Público, garantizando su atención, suponiendo, así, una mejora de la calidad asistencial.

Salud Mental



Desde la **Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)** queremos expresar nuestro apoyo al Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027, presentado la semana pasada en el seno del Consejo Interterritorial y que finalmente no pudo salir adelante por la oposición las Comunidades Autónomas gobernadas por el Partido Popular con una clara demostración de oportunismo Político.

Hay que resaltar que este plan ha sido fruto de un proceso de consenso con la participación de 30 sociedades científicas, asociaciones profesionales, de pacientes y agentes de la sociedad civil, así como personal técnico de todas las comunidades autónomas, a través del trabajo de los comités institucionales y técnicos del ministerio de sanidad en un proceso de meses de diálogo. La mayoría de sociedades de Psiquiatría y Psicología avalan el plan de salud mental y condenan que la confrontación política en el Consejo Interterritorial buscada por el PP lo haya dinamitado perjudicando a pacientes, familias y profesionales.

Por tanto, este plan cuenta con el respaldo de la mayoría de profesionales y asociaciones del sector (tal y como estas han manifestado a través de diferentes comunicados) y ha sido una única asociación, la SEPSM (Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental) la que se desmarcó de manera tardía

y con argumentos poco sólidos como la falsedad de que reduce el número de profesionales y de que reducir el abuso de psicofármacos estigmatiza, a pesar de que estamos a la cabeza del mundo en su prescripción.

El plan de acción de Salud Mental 2025-2027 establece ocho líneas estratégicas fundamentales para la mejora de la atención en nuestra comunidad. Aborda el aumento del número de profesionales, con especial énfasis en la psicología clínica, la psiquiatría de la infancia y la adolescencia y la enfermería de salud mental. Incide en la promoción de la salud mental comunitaria, la búsqueda de alternativas a la hospitalización ante las crisis psicopatológicas, la mejora de la atención a los colectivos más vulnerables, el fortalecimiento de los derechos de los usuarios y su familia, así como la creación de sistemas de vigilancia y recogida de la información. También avanza en el campo de la salud mental relacionada con las condiciones del trabajo y aborda la cuestión de la desprescripción, de crucial importancia dado el excesivo consumo de psicofármacos de la población.

Por todo lo anterior, instamos al organismo competente a reconsiderar su posición ya que dicho Plan es un avance para la Salud Mental dentro de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Más medidas privatizadoras en Madrid



La Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid (ADSPM) muestra su más absoluto rechazo a la privatización del servicio de lavandería del Hospital Virgen de la Poveda y queremos manifestar:

1.- Nuestro apoyo y solidaridad con las concentraciones convocadas el próximo día 29 de enero, a las 12:00 y las 18:00 horas, en la puerta del hospital contra la privatización de la Lavandería. Animamos a trabajadores y trabajadoras, sean del estamento que sean, a apoyar estas concentraciones.

2.- Asimismo, instamos a la Sra. Isabel Díaz Ayuso y a su Consejera de Sanidad, Fátima Matute, a retroceder en este nuevo ataque privatizador y garantizar unos servicios públicos de calidad, asumiendo la permanencia de todo el personal dependiente de este servicio.

3.- Una vez más, se pone de manifiesto la política de deterioro, desmantelamiento y privatización del sistema sanitario público en la Comunidad Autónoma de Madrid.

4.- Conviene recordar que, tal y como reconocían las auditorías de la Comunidad de Madrid y admitía la propia Consejería de Sanidad en el 2019, en los centros sanitarios donde tienen privatizado este servicio «la ropa que reciben no tiene la calidad requerida» y que el resultado del trabajo realizado en la misma «se mantiene alejado de unos índices aceptables».

5.- Debemos señalar, según refleja la evidencia científica en la literatura, que la privatización de la sanidad pública no sólo disminuye la calidad asistencial de toda la población, sino que aumenta la mortalidad evitable y tratable.

El derecho a la salud en la Comunidad de Madrid está en peligro, como consecuencia de las políticas neoliberales puestas en marcha. La unidad ciudadana y profesional es esencial para garantizar el mantenimiento del sistema sanitario público en el Sistema Nacional de Salud y en los Servicios de Salud Autonómicos.

Galicia: Las mentiras de Feijoo

Asociación Galega para a Defensa da Sanidade Pública

Núñez Feijoo en una entrevista de octubre del 2011, para justificar la privatización y la asignación a la empresa Concessia de la financiación, construcción y gestión del Hospital Álvaro Cunqueiro, afirmó una sarta de mentiras que gracias a la hemeroteca se pueden demostrar:

1.- El Hospital **nunca fue la mayor obra sanitaria de España**, dado que además de la reducción de más del 25% de la superficie prevista, se suprimieron los Pabellones de Investigación, Docencia y el Hotel de Pacientes.

2.- Aseguró que **el hospital mantendría las 1.465 camas** del Plan Funcional y luego las redujo a 1.239 y finalmente a 845; los quirófanos pasaron de 35 a 24 o las salas de Radiología de 62 a 32. Estos tijeretazos fueron perpetrados por la empresa privada Efficientia Clinical, contratada por la Consellería de Sanidade y financiada por

la propia empresa concesionaria, para redactar el proyecto definitivo de hospital y satisfacer los intereses de la Concesionaria.

3.- El Hospital **nunca fue referente para el Sur de Galicia en Cirugía Innovadora** como anunció Feijóo tras los recortes de los servicios de Cirugía: Torácica, Neurocirugía, Plástica, Pediatría, Cardiología Intervencionista, Cirugía Cardíaca y Oncología Radioterápica (los 300.000 habitantes del Área Pontevedra Norte que estaba previsto atender en Vigo pasaron a depender del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago). Al mismo tiempo, POVISA mantuvo los servicios de referencia de Cirugía Maxilofacial, Nervio Periférico y Quemados, que deberían pasar al Cunqueiro, y tampoco se desarrollaron los nuevos Centros de Atención Primaria ni los Centros de Alta Resolución previstos.



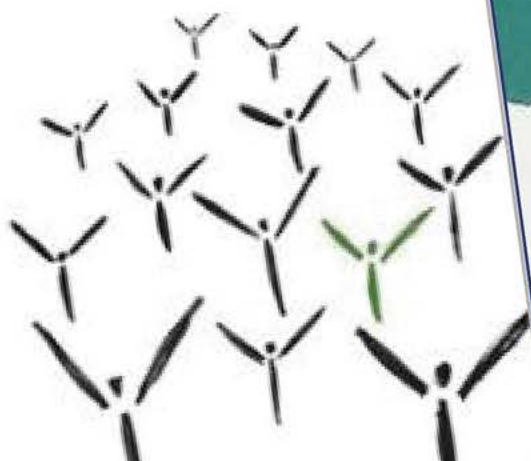
MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE
(COORD.)

PRIVATIZACIÓN SANITARIA

Análisis y alternativas

LA SANIDAD PÚBLICA
EN LA ERA
POST-COVID

MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE
MADALINA GUEBASANO
(COORDS.)



Sergio Fernández Ruiz,
Marciano Sánchez Bayle
Carlos Sánchez Fernández

SALUD,
PANDEMIA
Y SISTEMA
SANITARIO

FOCA