

# Movilizaciones sociales y profesionales en España frente a la contrarreforma sanitaria

## *Social and professional mobilizations in Spain against health counter-reform*

Marciano Sánchez Bayle<sup>1</sup>, Sergio Fernández Ruiz<sup>2</sup>

---

**RESUMEN** La crisis económica y los gobiernos conservadores en España han producido una contrarreforma sanitaria con cambios del modelo sanitario, vinculando el derecho a la atención sanitaria al aseguramiento privado, en la cartera de servicios, copagos generalizados, recortes presupuestarios y privatizaciones, produciendo un deterioro del sistema sanitario y un empeoramiento de la valoración de la población. Ha habido un aumento de las movilizaciones sociales y profesionales, siendo la más conocida la ‘marea blanca’ de Madrid, pero también en el resto del País. Han demostrado que cuando las movilizaciones son unitarias, masivas y mantenidas, se puede conseguir paralizar los procesos privatizadores.

**PALABRAS CLAVE** Reforma de la atención de salud; Defensa de la salud; Derecho a la salud.

**ABSTRACT** *The economic crisis and the conservative governments in Spain have led to a sanitary counter reform, resulting in major changes in the health system, linking the right to healthcare with private insurance, changes in the services portfolio, establishment of copayments, budget cuts and privatizations, resulting in a deterioration in health system and a worsening in people’s assessment. Social and professional mobilizations have taken place, being the ‘white tide’ of Madrid the most well-known, although there have been mobilizations throughout the country. The characteristics of these mobilizations are analyzed; they have shown that when the mobilization is unitary, massive and persistent, it is possible to paralyze the privatization process.*

**KEYWORDS** *Health care reform; Health advocacy; Right to health.*

<sup>1</sup> Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.  
fadspu@gmail.com

<sup>2</sup> Vicepresidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid.  
nenevk@gmail.com

## Introducción

En España en los tres últimos años se ha vivido una conjunción de recortes económicos, deterioro e intento de desmantelamiento del sistema sanitario público y profundos cambios legislativos que cuestionan el modelo de universalización sanitaria en que se basaba el Sistema Nacional de Salud. Estas políticas han generado un gran rechazo social y profesional que, en parte, han conseguido paralizar algunas de las iniciativas más lesivas para la sanidad pública. Intentamos analizar tanto las medidas que propician el desmantelamiento de la sanidad pública española como la respuesta social y profesional que han tenido las mismas.

## La contrarreforma sanitaria: los efectos de dos años de aplicación del Real Decreto Ley 16/2012

El 24 de abril de 2012 el Boletín Oficial del Estado (BOE) publicaba el Real Decreto Ley 16/2012 (RDL) que irónicamente se denominaba “de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones” (ESPAÑA, 2012A).

Entendemos por eso que, dos años después de su aprobación, es un buen momento para hacer un balance de los resultados del mismo. En el RDL se planteaban seis aspectos fundamentales, con importantes repercusiones sobre la sanidad pública, y que vamos a analizar brevemente a continuación:

### Cambio del modelo sanitario

El RDL plantea un cambio del modelo sanitario que, de estar basado en la ciudadanía y tener carácter universal (ESPAÑA, 1986), pasa a centrarse en la condición de asegurado. De ello se deriva la exclusión de ciertos

colectivos: las personas con ingresos superiores a 100.000 € anuales; los inmigrantes no regularizados; los extranjeros con estancias temporales en España; los mayores de 26 años que no han cotizado a la Seguridad Social; posteriormente, mediante orden ministerial, se les asegura cobertura como ‘sin recursos’ si tienen rentas inferiores a 100.000 € anuales; más recientemente se ha añadido la exclusión de quienes vivan durante más de 90 días fuera de España.

En teoría, para cubrir a las personas excluidas de la cobertura, se establecieron convenios especiales - con precios prohibitivos para el colectivo más necesitado, es decir los inmigrantes irregulares - que, como era de esperar, han tenido escasísimo éxito (ESPAÑA, 2012B).

Los resultados han sido especialmente graves en el colectivo de inmigrantes no regularizados, hay al menos tres muertes documentadas, y se desconoce el número real de personas que han visto agravada seriamente su salud. El número de personas con problemas por estancias prolongadas en el exterior, básicamente en busca de trabajo, no se conoce. La normativa referente a los extranjeros con obligación de pago existía previamente al RDL y los ingresos por este concepto no parece que hayan sido relevantes en comparación con los que existían previamente; en todo caso, se deben más a una mayor diligencia de las Comunidades Autónomas (CCAA) en el cobro que a los efectos de esta normativa.

Es importante resaltar que, aunque se ha paralizado en sus aplicaciones más lesivas, es evidente que la intencionalidad de este cambio es avanzar progresivamente hacia un modelo de seguros, lo que supondría un aumento del gasto sanitario y de las desigualdades en el acceso, tal y como demuestra la experiencia internacional (el caso más reciente es el de Holanda) (OKMA; MARMOR; OBERLANDER, 2011). En este mismo sentido, el Tribunal Constitucional ya ha avalado en dos casos - recursos a la normativa del País Vasco

y Navarra - la paralización de su aplicación en estos territorios y varias CCAA más han realizado normativas propias para garantizar, en todo o en parte, la atención sanitaria. En conclusión, se ha generado más desigualdad, ningún ahorro y problemas muy graves para ciertos grupos de personas.

### Revisión de la cartera de servicios

Se fraccionó la cartera de servicios en tres: básica, complementaria y suplementaria, quedando solo la primera como gratuita y estableciéndose copagos para las otras dos. Hasta ahora el proceso de revisión de la cartera básica ha avanzado poco pero, como era de esperar se han producido recortes, sumado al hecho que, debido al peso de la ideología ultra católica, se han dejando fuera de la fecundación in vitro en el Sistema Nacional de Salud (SNS) a las parejas gays y a las mujeres solteras. De nuevo, nulos resultados económicos y discriminación con motivaciones ideológicas (FERNÁNDEZ RUIZ, 2012).

### Copagos generalizados: farmacia, transporte, dietas, prótesis y órtesis

Este constituye uno de los aspectos que más ha avanzado. El nuevo copago en farmacia se instauró rápidamente (aumento del porcentaje a pagar por los activos y establecimiento del 10% a los pensionistas, con topes según tramos de ingresos). Los otros se desarrollaron con menor rapidez: el de órtesis, prótesis y dietas tardó más mientras que el copago del transporte sanitario se paralizó en su aplicación (sigue estando vigente según el BOE, después de que el Informe del Consejo de Estado lo desaconsejara. Una situación aún más curiosa es la del copago de los medicamentos que se dispensaban en las farmacias hospitalarias, existiendo una normativa de octubre de 2013 que obliga a cobrarlo a todas las CCAA. Sin embargo, hasta la fecha ninguna lo ha aplicado (FERNÁNDEZ RUIZ, 2012).

### Nuevo medicamentazo

Se excluyeron más de 400 medicamentos de la financiación pública, medicamentos cuyo coste (precio de venta al público) se incrementó notablemente, en muchos casos más del 100%, diferencia que pasó a ser sufragada en su totalidad por los pacientes (ESPAÑA, 2012C).

El recorte en farmacia es, según el Ministerio de Sanidad, el principal éxito del RDL. Claro está que si vamos a los datos concretos el panorama es diferente: mientras el gasto farmacéutico de recetas ha disminuido en 3.305 millones € desde la entrada en vigor del RDL hasta diciembre de 2013, el gasto farmacéutico de los hospitales aumento en 2.087 millones € en el mismo periodo, y se ha constatado un aumento del gasto en recetas mantenido en los 12 últimos meses respecto al mismo periodo del año anterior. Por otro lado, el ahorro del gasto farmacéutico es en un 60% debido a los medicamentos no financiados y en un 40% son aportaciones de los ciudadanos, es decir, se ha trasladado parte del gasto farmacéutico público al gasto privado.

Finalmente, existen encuestas que señalan que un porcentaje elevado de los pensionistas (entre un 16 y un 20%) no retiran los medicamentos que se les han prescrito. Como es habitual, el Ministerio de Sanidad mira para otro lado y no ha hecho ningún tipo de seguimiento, ni de estos casos, ni de los posibles problemas sanitarios resultantes de este no consumo de medicamentos prescritos. Si tenemos en cuenta la literatura científica publicada al respecto, es probable que se haya producido un empeoramiento de las enfermedades de este grupo de personas y una sobreutilización de otros recursos sanitarios (ingresos, etc.).

### Recortes presupuestarios

Los recortes presupuestarios no estaban directamente incluidos en el RDL a pesar

de que la justificación del mismo fue un supuesto exceso de gasto sanitario ‘insostenible’. No obstante, se han producido drásticos recortes presupuestarios coincidiendo con su aplicación. El gasto sanitario público pasó de 70.464 millones € en 2009 (liquidación) a 67.626 millones en 2011 (liquidado) y en 2014 los presupuesto sanitarios públicos de las diferentes administraciones suman 57.632 millones €, es decir 12.832 millones € menos que el año 2009.

Los resultados de estos recortes han sido cierre de camas hospitalarias, reducciones de personal (55.000 trabajadores menos en la sanidad pública en España en 2014 respecto a 2009), aumento de las demoras en atención primaria, incremento de las listas de espera quirúrgicas y de consultas de especialistas y pruebas diagnósticas, saturaciones en las urgencias con incremento de las personas que esperan varios días para su ingreso, cierres de puntos de atención continuada, de horarios de tarde en centros de salud, de actividad de tarde en los hospitales, y un larguísimo etcétera.

### Agencia de compras

La puesta en funcionamiento de un sistema centralizado de compras fue uno de los ‘argumentos’ utilizados para el marketing del RDL, pero al final quedó recogido en el texto oficial bajo la forma ‘Se fomentará la compra conjunta y centralizada’ (Adicional cuarta) lo cual, como ya señalamos en su momento, no garantizaba su aplicación. Por supuesto, la compra centralizada del SNS permitiría gozar de los beneficios de las economías de escala y ha sido una reivindicación de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) desde hace tiempo. Hasta ahora, tanto ruido se ha quedado limitado a la compra conjunta de vacunas por parte de algunas CCAA (lo que ya se había hecho antes del RDL) y poco más, de manera que los supuestos ahorros se han quedado en casi nada, demostrándose una

vez más que el Ministerio de Sanidad recorta a los indefensos, pero no a los más poderosos.

### Privatizaciones

Paralelamente han continuado las privatizaciones de los servicios sanitarios públicos. Privatizaciones que han sido distintas en intensidad según las CCAA: más intensas en Cataluña, Madrid, Valencia, Baleares, Galicia, La Rioja y Castilla y León, pero que han existido en menor medida en todas las autonomías.

Cinco hechos relevantes caracterizan este proceso. El primero refiere a la utilización de una multitud de formulas concretas, como las concesiones administrativas, Iniciativas de Financiación Privada (PFI), Entidades de Base Asociativas (EBAs), conciertos, subcontrataciones, etc., sin que se haya producido ninguna evaluación de las mismas; el segundo es el sobre coste que significa este proceso privatizador, (en torno a 6-8 veces más de coste, y con sistemas de actualizaciones automáticas de los mismos, lo que los hace cada vez más gravosos); el tercero es la opacidad de todos los procesos y de los datos de la actividad de los centros privatizados; el cuarto es la inexistencia de evidencia que demuestre que la privatización mejora la eficiencia del sistema sanitario (ver el último Informe del grupo de expertos de la Comisión Europea, EXPH, 2014); finalmente, el quinto hecho refiere al gran rechazo social y profesional que se ha producido contra las privatizaciones, ralentizando el proceso privatizador y provocando la búsqueda de fórmulas menos visibles ante la opinión pública (derivaciones de actividades concretas, implantación de ‘unidades de gestión clínica’, etc.) (SÁNCHEZ BAYLE, 2013).

### Algunos resultados

Aunque, como ya se ha señalado, la opacidad es la norma y no se ha realizado ninguna

evaluación sería por parte del Ministerio de Sanidad, tenemos algunos datos que son relevantes y que merece la pena resaltar:

El cambio de modelo sanitario ha tenido una repercusión muy negativa sobre la salud del colectivo de inmigrantes no regularizados, produciendo algunas muertes y muchos casos de desatención y empeoramiento de la salud de miembros de este colectivo. Aparte de las consideraciones humanitarias y de la posible vulneración de derechos humanos básicos, no se ha logrado un ahorro significativo y sí se han producido serios riesgos para la salud de este colectivo en concreto y de toda la población;

Todavía están por verse las repercusiones que tendrá alguna otra exclusión, como por ejemplo la de las personas con estancias superiores a 90 días en el extranjero. Sin embargo, tampoco existe ningún mecanismo en marcha para evaluar este fenómeno;

Las modificaciones en la cartera de servicios tiene un impacto económico irrelevante y, en cambio, plantea serios problemas de discriminación por motivos ideológicos;

Las medidas sobre la prestación farmacéutica han trasladado gasto sanitario público a gasto privado (de los bolsillos de los pacientes) generando desigualdades y creando entre los pensionistas grupos significativos que no retiran los medicamentos prescritos, con los resultados que tendrá sobre su salud. Se ha señalado que hasta un 14,76% no retiran medicamentos prescritos por motivos económicos, porcentaje que aumentaría en el caso de los pensionistas (20,39%) y en el de los parados (25,92%) (FADSP, 2014);

Se ha producido un aumento muy importante de las listas de espera, tanto quirúrgicas como en consultas externas, pruebas

diagnósticas y en citas en atención primaria;

La opinión de la ciudadanía sobre el SNS ha empeorado de manera que ha bajado la puntuación que le dan los ciudadanos, incrementándose el número de personas que piensa que ha empeorado la atención primaria, la atención especializada y las listas de espera (datos del Barómetro Sanitario de 2013). La sanidad ha pasado a ser el 5º problema del País y el 4º que más afecta personalmente a los ciudadanos (11,7%) según la última encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) de junio de 2014 (ESPAÑA 2014; CIS 2014). La última encuesta conocida (TOHARIA, 2014) señala que el porcentaje de ciudadanos que evalúan de forma positiva la contribución que el funcionamiento del sistema sanitario (organización) hace al bienestar público bajó del 73 al 49% desde julio de 2013 a julio de 2014, mientras que en el mismo periodo las evaluaciones positivas sobre los médicos de la sanidad pública pasaron del 92 al 85% (los segundos más valorados en la encuesta), evidenciando que el suspenso se da a las administraciones sanitarias y sus políticas de recortes, y no a los profesionales;

La mortalidad se incrementó en 2012 (ya lo había hecho en 2011), y la tasa de suicidios aumentó más de un 11% en 2012 (no existen datos más recientes) (CIS, 2014);

Incluso a nivel internacional existen varios informes que nos alertan de los graves problemas que estas medidas pueden producir sobre el sistema sanitario y la salud (OECD, 2013).

## Las movilizaciones sociales y profesionales

Casi en forma simultánea a que se produjeron las primeras iniciativas privatizadoras

comenzó a plantearse una importante respuesta social y profesional de rechazo de las mismas, aunque es cierto que éstas han ido creciendo en importancia en los últimos tiempos, también porque es ahora cuando se han producido las agresiones más importantes.

La primera oposición contra la privatización surge con la aparición del Informe de la llamada Comisión Abril. De hecho, la respuesta generalizada en contra de sus conclusiones paralizó su aplicación, que luego se fue planteando de forma paulatina y silente a lo largo de los años.

El siguiente momento de desarrollo de movilizaciones organizadas contra la privatización se produjo en Galicia contra la implantación de las fundaciones sanitarias y la empresa MEDTEC (Instituto Gallego de Medicina Técnica). En esa lucha nacieron las Plataformas en Defensa de la Sanidad Pública, entidades de carácter unitario que agrupaban a fuerzas políticas, sociales, vecinales y profesionales alrededor de un problema concreto, y que luego pasarían a constituir SOS Sanidade Pública (SÁNCHEZ BAYLE, 2001).

Posteriormente y con la llegada del Partido Popular (PP) al gobierno central, el movimiento de las plataformas se extendió por todo el País llegando a existir una Plataforma Estatal que tuvo una corta vida. Estas plataformas intervinieron activamente en temas como el ‘medicamentazo’ (exclusión de medicamentos de la financiación pública), contra los intentos de convertir los hospitales públicos en fundaciones (de hecho, no se ha producido todavía ningún caso a pesar de que las leyes que lo permiten se aprobaron en 1996-1997 y 1998) y en multitud de problemas concretos. El movimiento contra las privatizaciones y las plataformas han tenido una vida muy irregular y distinta según las CCAA. En el presente trabajo nos centraremos en tres casos concretos: Galicia, Cataluña y Madrid.

## Galicia

SOS Sanidade Pública ha sido la denominación que acabó adoptando el movimiento en Galicia. Existen plataformas en multitud de puntos, en algunos casos localidades concretas y en otros en áreas sanitarias (A Coruña, Ferrol, Vigo, Ourense, Lugo, Monforte, etc.) En algunos casos las plataformas de área agrupan a su vez varias plataformas locales: la Plataforma de Vigo coordina plataformas (además de Vigo) de Cangas, Bueu, Valmiñor, Nigran, Redondela y Pazos de Borbén.

Las plataformas tienen composición variable según cada sitio concreto. De manera general incluyen grupos ciudadanos (asociaciones vecinales, de pacientes, organizaciones de consumidores, etc.); organizaciones no gubernamentales que trabajan con grupos marginados y excluidos sociales; sindicatos, muchas veces de clase, como Unión General de Trabajadores (UGT), Comisiones Obreras (CCOO), Confederación Intersindical Galega, pero también sindicatos sanitarios como el de enfermería (SATSE), o el de auxiliares (SAE); organizaciones profesionales (Asociación Galega para a Defensa da Sanidade Pública, Sociedad Gallega de Medicina de Familia, estudiantes de medicina, etc.); organizaciones políticas (los partidos de izquierda y nacionalistas) e incluso algunos ayuntamientos. Aunque esta es la composición más habitual, existen casos en que la plataforma está formada por ciudadanos a título personal (aunque, como es lógico, mayoritariamente se trata de personas que ya pertenecen a algunas de las organizaciones mencionadas).

En Galicia la actividad de las plataformas ha sido muy importante, realizando numerosas manifestaciones, concentraciones y todo tipo de movilizaciones y fomentando dos iniciativas legislativas populares en el parlamento regional. Entre sus conquistas se destaca el haber conseguido ser la primera comunidad autónoma en la que se produjo una reversión del proceso privatizador con

la integración de las fundaciones sanitarias en la red pública (recientemente también se ha producido en Asturias con la única fundación existente en esta comunidad).

## Cataluña

La victoria de Convergencia i Unió (CIU) en las últimas elecciones catalanas supuso la puesta en práctica de un recorte del 10% en los presupuestos sanitarios. Como consecuencia, se abandonó la construcción de los hospitales que estaban previstos, se inició una política de no sustituir bajas y ausencias, y se cerraron centros de salud, lo que derivó en un incremento importante de las listas de espera. Así, los profesionales catalanes llevan 18 meses con conflictos de baja intensidad pero constantes.

Los cierres anunciados se concentraron mayoritariamente en la provincia de Barcelona, pero afectaron a todas las provincias catalanas. Se clausuraron 33 centros en horario nocturno (generalmente de las diez de la noche a las ocho de la mañana), otros 13 durante el mediodía (de las doce a las tres de la tarde) y cerraron 11 durante el fin de semana. La respuesta fue mayoritariamente ciudadana, produciéndose protestas y manifestaciones y, en varios casos, encierros de los vecinos en los centros sanitarios.

También en las principales ciudades catalanas se han producido manifestaciones de batas blancas para protestar contra los recortes. No solo porque los profesionales del sector consideren que los recortes son insostenibles, sino porque la reducción de los conciertos sanitarios está llevando a las entidades que gestionan hospitales y ambulatorios a reducir plantillas e incluso plantear Expedientes de Regulación de Empleo (ERE) a los trabajadores.

Las movilizaciones perdieron actividad durante 2012, sin llegar a desaparecer, pero en 2013 el anuncio de una nueva tanda de recortes ha reactivado el conflicto, particularmente del personal sanitario, que ha

cristalizado en una masiva manifestación en Barcelona convocada por los sindicatos.

Asimismo, en junio y julio de 2014 se llevó a cabo un encierro de los pacientes del hospital de Bellvitge para evitar los cierres de camas previstos por la Generalitat, denunciando los recortes que sufre la sanidad pública en Cataluña desde 2009 y que no paran de ampliarse (PÉREZ-OLIVA, 2014).

Una característica de las movilizaciones en Cataluña es la importante atomización organizativa, ubicándose por un lado los sindicatos y por el otro numerosas entidades de ámbito ciudadano y profesional, lo que les ha restado cierta fuerza y operatividad. Otro elemento característico de estas movilizaciones son las ocupaciones de centros sanitarios amenazados de cierres, además de la campaña de desobediencia civil sobre la tasa del euro por receta, y la iniciativa penal popular que pretende el enjuiciamiento de los responsables sanitarios catalanes.

## Madrid

La Asamblea de Madrid aprobó el día 20 los presupuestos para 2013 y el 27 la Ley de Acompañamiento de los mismos. En ambos se diseña el modelo de privatización presentado por el Gobierno del PP madrileño. Y lo hizo a pesar de la masiva y continuada oposición de profesionales y ciudadanos, y sin variar en nada el proyecto inicial que fue el que generó la contestación social y profesional (OBSERVATORIO MADRILEÑO SALUD, 2012).

El conflicto sanitario ha sido conocido como 'Marea Blanca' (el nombre de marea está tomado de las movilizaciones contra la privatización de la educación 'marea verde' por el color de las camisetas que llevaban quienes participaron en ellas, y el blanco se debe al color de las batas de los profesionales sanitarios) y ha tenido una repercusión muy por encima de las más optimistas esperanzas de quienes lo iniciaron. A una huelga sanitaria de amplitud variable que se ha producido en dos fases, antes y después de 2013, se unió

una movilización de los profesionales sanitarios expresada en acciones de muy diversa intensidad (encierros, manifestaciones, concentraciones, vigilias, etc.), un apoyo muy sustancial de la ciudadanía (se han recogido ya más de dos millones de firmas contra la privatización durante tres meses) y una consulta popular con amplio respaldo (930.000 votos en cinco días) sin el cual el conflicto no habría podido mantenerse tanto tiempo en cantidad y en calidad. Lo más importante es que se ha ganado la hegemonía ante la opinión pública, por lo que hoy día prácticamente nadie se atreve a discutir, salvo algún que otro escritor a sueldo, los efectos negativos de las propuestas privatizadoras del gobierno del PP madrileño.

La privatización sanitaria no ha comenzado ahora en Madrid, sino que es una política que viene avanzando desde que el gobierno de la Comunidad asumió las transferencias sanitarias, mediante una multitud de formulas diversas (planes para las listas de espera quirúrgicas, hospitales PFI, concesiones administrativas, etc.) ¿Qué ha cambiado? Básicamente tres cuestiones: un proceso que se había llevado de manera paulatina con pasos pequeños, sufrió una fuerte aceleración y se plantea un órdago que cambia sustancialmente la situación; la segunda es que afecta por primera vez de manera directa al personal sanitario de los centros, quienes van a sufrir despidos y recortes de plantilla muy importantes e incluso, como en el caso del hospital de La Princesa, va a ver cercenado de manera definitiva su futuro desarrollo profesional; por último, ataca a la Atención Primaria, hasta ahora dejada de lado en los planes privatizadores del PP madrileño. Por supuesto, a ello hay que sumar los recortes económicos, los recortes de plantillas, los recortes presupuestarios, etc. El Plan de Lasquetty ha sido la gota que colmaba un vaso ya de por sí a punto de rebosar.

Aunque el detonante del conflicto fue el encierro del Hospital de La Princesa, decidido y liderado por los sindicatos de la mesa

sectorial, en su extensión al conjunto de la sanidad madrileña han surgido muchos protagonistas con intereses muy variados, en ocasiones antagónicos, siendo el más conocido, por su amplio protagonismo mediático, la Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid (Afem), un sindicato de facultativos, de reciente creación (año 2006) que carece de representación en las últimas elecciones sindicales. Sus planteamientos, bastante corporativos, han conseguido conectar con un amplio sector de los médicos madrileños de hospitales, y ha tenido dos méritos indiscutibles: movilizar a los médicos, incluso a los de ideología conservadora y a los desencantados, y realizar acciones muy imaginativas de gran impacto mediático. A su vez ha incurrido también en dos errores importantes: su afán de protagonismo, que ha dificultado las actuaciones comunes, y su empeñamiento en mantener una huelga que llamaron indefinida - en realidad paros de cuatro días a la semana - que ha producido agotamiento económico, descuelgue del sector menos convencido, menos militante, o simplemente con más problemas de dinero y que ha abierto algunas brechas y enfrentamientos entre quienes abandonaban la huelga y los que la continuaban.

Aunque no han salido en los medios, o lo han hecho menos, la realidad es que ha habido también un sinfín de organizaciones y organismos que han tenido un protagonismo importante en las movilizaciones y las han hecho posibles. La primera de estas organizaciones es por supuesto la mesa sectorial formada por los sindicatos CCOO, SATSE, CSIT (Confederación Independiente de Trabajadores), AMYTS (Asociación de Médicos y Titulados Superiores), y UGT, que ha sido la iniciadora del conflicto. Luego figuran las plataformas de los hospitales, de composición y fuerza variable dependiendo de los centros, la mesa por la sanidad, la coordinadora de directores de los centros de salud, plataformas ciudadanas, y un largo etcétera de organizaciones y organismos que



han intentado vertebrar, con éxito variable, la respuesta social y profesional.

Una de las novedades de este conflicto ha sido, con mucho, la amplia movilización de los profesionales sanitarios, especialmente de los médicos, inédita en la sanidad española de los últimos 30 años. ¿Por qué ha sido posible? En primer lugar, ya se ha señalado que la Afem ha conseguido movilizar a los sectores más conservadores, pero además, tal y como estaba planteado el conflicto, los sectores progresistas han evitado el enfrentamiento ideológico en aras al mantenimiento de la movilización. De ahí su éxito, ya que en el sector profesional no ha habido ninguna voz discordante y todo el mundo ha entendido, con razón o sin ella - y esto solo lo sabremos cuando pase un tiempo suficiente -, que era más importante la fuerza de las movilizaciones que su claridad ideológica, que en todo caso se solventaría una vez finalizado el mismo. Luego, hay un rechazo profesional al modelo empresarial de sanidad que pretende imponer el PP, debido a que este supone, también, el fin definitivo del ejercicio profesional autónomo e independiente, uno de los mitos más arraigados en el imaginario colectivo de los médicos españoles, a lo que se une la conciencia de que la privatización, especialmente en un momento de crisis económica profunda, significaba una pérdida de empleo y de autonomía profesional. Por supuesto, contaba también el rechazo a la privatización y la defensa de la sanidad pública y del modelo sanitario actual, aunque con muchas contradicciones.

La desaparición de las áreas sanitarias, en octubre del 2010, y la creación del Área Única, fueron elementos claves, decisivos, en el proceso privatizador de los centros de salud que ahora se anuncia. Los intentos de denuncia, de advertencia, de lucha, no consiguieron desvelar los objetivos ocultos de esa decisión y que hoy conocemos. En este sentido, podría afirmarse que el debate y el conflicto tuvieron poca repercusión social, profesional y mediática (SÁNCHEZ BAYLE, 2006).

La diversidad de Centros de Salud (CS), su dispersión y tamaño, son factores que influyen y dificultan a la hora de que sus acciones y propuestas alcancen la repercusión mediática y el impacto en la población en la medida que lo hicieron las acciones hospitalarias. Sin embargo, la repercusión en la zona básica en la que cada centro está ubicado ha sido muy importante, emotiva, solidaria y ha ido creciendo junto con la extensión del conflicto. Es un hito sin precedentes ver a los pacientes conocidos de años por los profesionales, firmar, manifestarse, encerrarse junto con sus médicos, sus enfermeras y los administrativos, aquellas personas que los atienden todos los días desde hace años. La fidelidad al CS y a la sanidad pública se ha puesto de manifiesto en este contexto.

El tratamiento que los diversos medios han dado al conflicto ha sido y es importante. Dependiendo de los medios, sean estos la prensa escrita, radio o televisión, la información ha sido muy distinta. A medida que el conflicto se extendía y la Marea Blanca se acercaba a la capital, la presencia en y de los medios ha ido en aumento.

Nunca la sanidad pública había concitado tanto interés social, y tal hecho ha permitido escuchar entrevistas, debates, opiniones, no sólo de expertos sanitarios, sino también de escritores, científicos, profesores, que han ahondado en el problema, poniendo de manifiesto las consecuencias negativas que para todos puede tener el desmantelamiento del Estado de Bienestar, conseguido con tanto esfuerzo.

Por todo ello, es llamativo, incomprensible y demuestra una gran ignorancia, limitar de forma exclusiva y excluyente, la atención sanitaria y el buen nombre de la sanidad pública de este País en los médicos.

No deberíamos olvidar que la calidad de sanidad pública, tan ensalzada en estos meses, está sustentada por una mayoría silenciosa de trabajadores sanitarios y no sanitarios, que hacen posible que el sistema funcione, aceptablemente, aunque

mejorable. Detrás de médicos de renombre, de prestigio, hay equipos humanos multiprofesionales que trabajan silenciosamente y de forma eficaz, garantizando la calidad de la atención sanitaria.

Cabe señalar, aunque brevemente, que el uso de las redes sociales le ha dado al conflicto una inmediatez en la noticia, una creatividad y viveza nunca vista. Y no cabe duda que parte del espíritu del 15M (movimiento de protesta ciudadana que lleva el nombre del día en que se inició: 15 de mayo) se ha filtrado en las mareas, tiñendo de color el blanco serio, grave del sector.

El mantenimiento del conflicto durante 15 meses consiguió que el 27 de enero de 2014 se anunciara la dimisión del consejero de sanidad madrileño y la paralización de las privatizaciones más visibles, los 6 hospitales y 27 centros de salud, lo que significó una gran victoria. Por otro lado, el cambio de consejero no ha supuesto la paralización de las maniobras privatizadoras, que ahora se centran en un aumento de las derivaciones de actividades sanitarias hacia los centros privados y en continuar el deterioro de los centros públicos.

La sanidad pública es propiedad del conjunto de la ciudadanía, no de los profesionales sanitarios, ni de los médicos, ni de los políticos de turno. Pertenece a la población que es quien la ha hecho posible y la mantiene con sus impuestos. Los profesionales de la salud deben de ser consultados para encontrar soluciones ante los problemas, y también el conjunto de la población y las entidades sociales que les representan. La población madrileña con su masiva y generosa participación en el conflicto parece haberlo entendido, por lo que su posición debería ser tenida en cuenta a la hora de buscar soluciones y alternativas.

Por supuesto los profesionales de la salud deben tener un papel de asesoramiento técnico de los proyectos y propuestas. Desde la FADSP venimos reclamando hace años que deben ser los profesionales de la

salud, los ciudadanos y los responsables de la Administración Sanitaria, los encargados de gestionar conjuntamente el sistema sanitario público, y que es esta conjunción de planteamientos la única capaz de garantizar el carácter de servicio público de calidad de la sanidad pública.

El conflicto se ha desarrollado con una multiplicidad de agentes que han ido tomando iniciativas de índole diverso, y a veces contradictorias. Hasta ahora las cosas han ido funcionando de una manera más o menos razonable, porque este espíritu guerrillero ha sabido encontrar huecos de colaboración en la práctica. En este caso, tampoco se ha logrado una unidad organizativa, aunque existe una Mesa por la Sanidad Pública que aglutina a los sindicatos con representación en la mesa sectorial, a las asociaciones y plataformas ciudadanas, al 15M y a la ADSPM. Siguen existiendo también otras entidades con ánimo de coordinación, en Atención Primaria, sindicatos (Afem, etc.), plataformas fundamentalmente de profesionales con alguna presencia ciudadana y el Observatorio Madrileño de Salud, con presencia ciudadana, sindical, profesional y con la participación de un numeroso grupo de ayuntamientos, que intentan dinamizar el conflicto, como es lógico con problemas pero que de momento no han sido sustanciales. Estos así debido al hecho de que todo el mundo, o casi todo, ha procurado evitar rupturas y/o colisiones públicas que inevitablemente debilitarían las movilizaciones.

Es obvio que la política privatizadora no va a desaparecer y tomará otras vías, quizás más lentas y menos evidentes, pero no menos lesivas, porque no debe olvidarse que la política del PP está en el desmantelamiento y privatización de la sanidad pública y no van a cejar en el empeño. Por estos motivos se vuelve necesario no bajar la guardia y continuar las movilizaciones, por supuesto adaptándolas a la realidad de cada momento concreto.

Aunque hemos detallado más la situación

en estas tres CCAA, la realidad es que existen movilizaciones contra las privatizaciones y/o los recortes en la mayoría de las CCAA adoptando fórmulas y estructuras muy diversas y con muchas diferencias en su coordinación, extensión y actividad. Basta con mencionar brevemente la situación de Castilla la Mancha con extensas movilizaciones de ámbito local y/o comarcal (Cuenca, Villarrobledo, Almansa, Tembleque, Malpica, etc.) donde se ha conseguido por ejemplo el éxito de obligar a la Junta a reabrir Puntos de Atención Continuada previamente cerrados, y las recientes declaraciones de Cospedal diciendo que no se van a privatizar los hospitales tal y como prometió; o de Aragón (plataformas de Zaragoza, Huesca y Alcañiz), Asturias (plataformas de Asturias y Navia), La Rioja, Navarra, Cantabria, Castilla y León (plataformas en Salamanca, Valladolid, Segovia, área rural, etc.), Valencia, Baleares, y Canarias (Foro Social Canario por la Salud y la Sanidad Pública) que ha presentado una iniciativa legislativa popular; y un largo etcétera de plataformas y movimientos sociales de composición y actuación muy variable, a los que hay que unir Foros y Cumbres Sociales, 15M, etc. (FERNÁNDEZ RUIZ, 2013; SÁNCHEZ BAYLE, 2013)

## Conclusiones

El balance de los dos años transcurridos desde la aprobación del RD Ley 16/2012 es profundamente negativo (ESPANÁ, 2012C). Ha empeorado el funcionamiento del sistema sanitario público, se han incrementado las desigualdades, se ha privatizado no solo la financiación (los copagos) sino también la provisión de una parte importante de nuestro sistema sanitario.

La eficiencia del sistema sanitario no ha mejorado, ha disminuido el gasto pero a costa de trasladar gasto público a los bolsillos de los pacientes, generando desigualdad, disminuyendo las prestaciones en cantidad,

y deteriorándose la calidad.

La retirada o no aplicación de algunas medidas, por ejemplo, los copagos sobre transporte o los medicamentos dispensados en la farmacia hospitalaria, son el efecto del amplio rechazo social que han producido las mismas y una evidencia más de que las movilizaciones, si son unitarias, masivas y sostenidas en el tiempo, consiguen resultados.

Si el Ministerio de Sanidad y el Gobierno fueran autoridades responsables derogarían este RD Ley que solo ha producido problemas sin aportar soluciones, porque es evidente que no ha mejorado la calidad ni la seguridad de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Como también es una evidencia que carecen de responsabilidad y de interés por la salud de la población, solo queda la opción de que se vean obligados a hacerlo ante la presión política, social y profesional.

Las movilizaciones sanitarias han tenido los siguientes resultados:

Se ha logrado crear un estadio en la opinión pública y profesional en contra de la privatización del sistema y del cambio del modelo;

Se ha colocado la privatización y desmantelamiento del sistema sanitario en la agenda de las organizaciones políticas y en las instituciones representativas como las Cortes Españolas, Parlamentos Autonómicos, Ayuntamientos;

Han permitido generar movilizaciones en torno a problemas sanitarios como las listas de espera, deterioro de servicios, recortes de recursos y servicios, deficiencias organizativas y funcionales en centros de salud;

Han servido para unificar y racionalizar el discurso y las alternativas de las organizaciones progresistas (partidos, sindicatos, organizaciones vecinales y de usuarios, etc.), en temas complejos y controvertidos

como los problemas de la privatización, la necesidad de financiación pública, la mejora de la gestión, la racionalidad en la asignación y el uso de los recursos, la potenciación de la Atención Primaria, etc.;

Se ha promovido la implicación de agentes sociales en debates y elaboración de alternativas sanitarias;

Se han puesto en evidencia los riesgos y las deficiencias del modelo de gestión empresarial-privada de centros sanitarios (fundaciones sanitarias) e incluso han conseguido su reversión a la gestión pública, como en los casos de Galicia y en Asturias;

Han contribuido a frenar durante años la estrategia de privatización y parcelación de la sanidad pública. Hay que ser conscientes de que las movilizaciones han conseguido retrasar e incluso detener esta estrategia. Se ha demostrado que cuando las movilizaciones son unitarias, masivas y mantenidas, se puede conseguir paralizar los procesos privatizadores;

Han promovido las alianzas para hacer

frente a la crisis y las políticas de desmantelamiento del Estado del Bienestar promovidas por la Troika (UE, Banco Europeo y Fondo Monetario Internacional), Foro Social y Cumbre Social.

Cabría destacar, por último, el papel impulsor y nuclear de las Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública en la teorización, diseño, creación, impulso y mantenimiento de las Plataformas en toda España.

Es importante continuar con las movilizaciones de profesionales y ciudadanos contra esta política suicida de privatización y desmantelamiento de la sanidad pública, y que eso solo podrá lograrse con la actuación unitaria, coordinada e integradora de todos los sectores y organizaciones presentes en el conflicto, junto con su generalización en el marco de los países. Sin embargo, también hay que entender que las políticas de cada gobierno no son sino el reflejo de directivas más globales, en el caso de España de la Unión Europea, y que si no se producen transformaciones en estas políticas no se podrán garantizar los servicios públicos de calidad, uno de los pilares de los Estado de Bienestar (SÁNCHEZ BAYLE, 2013). ■

## Referências

- CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS (CIS). *Barómetro de junio de 2014*. Disponible en: <www.cis.es>. Acceso en: 02 dic. 2014.
- ESPAÑA. Ley 33/2011 de 4 de octubre de 2011, General de Sanidad. [sin descripción]. *Boletín Oficial del Estado*, Madrid, 2011. Disponible en: <https://translate.google.com/?hl=pt-BR#pt/es/dispon%C3%ADvel%20em>. Acceso en: 02 dic. 2014.
- \_\_\_\_\_. Corrección de errores del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril de 2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín Oficial del Estado*, Madrid, 2012a. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/05/15/pdfs/BOE-A-2012-6364.pdf>. Acceso en: 02 dic. 2014.
- \_\_\_\_\_. Ley 14/1986 de 25 de abril de 1986, General de Sanidad. [sin descripción]. *Boletín Oficial del Estado*, Madrid, 1986. Disponible en: <http://ascane.org/leyes/L.014\_1986.pdf>. Acceso en: 02 dic. 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério de Sanidad, Serviços Sociais e Igualdad. *Barómetro Sanitario 2013*. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/>. Acceso en: 02 dic. 2014.
- \_\_\_\_\_. Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto de 2012, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, Madrid, 2012b. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/08/04/pdfs/BOE-A-2012-10477.pdf>. Acceso en: 02 dic. 2014.
- \_\_\_\_\_. Resolución de 2 de agosto de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a la actualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, Madrid, 2012c. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2012/08/17/pdfs/BOE-A-2012-10952.pdf>. Acceso en: 02 dic. 2014.
- EXPERT PANEL ON EFFECTIVE WAYS OF INVESTING IN HEALTH (EXPH). *Health and economics análisis for an evaluation of the public-private partnerships in health care delivery across Europe* [internet]. European Comisión 2014. Disponible en: <http://ec.europa.eu/health/expert\_panel/opinions/docs/003\_assessmentstudyppp\_en.pdf>. Acceso en: 02 dic. 2014.
- FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (FADSP). *Informe: la asistencia sanitaria tras los recortes y los planes de sostenibilidad*. Julio 2014. Disponible en: <http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/834-informe-la-asistencia-sanitaria-tras-los-recortes-y-los-planes-de-sostenibilidad>. Acceso en: 02 dic. 2014.
- FERNÁNDEZ-RUIZ, S. Recortes en la cartera de servicios sanitarios. *Nueva Tribuna*, 7/5/2012. Disponible en: <http://www.nuevatribuna.es/opinion/sergio-fernandez-ruiz/recortes-en-la-cartera-de-servicios-sanitarios/20120507124443074827.html>. Acceso en: 02 dic. 2014.
- \_\_\_\_\_. El copago en el transporte sanitario, un serio problema para la accesibilidad. *Nueva Tribuna* 16/5/2012 Disponible en: <http://www.nuevatribuna.es/opinion/sergio-fernandez-ruiz/el-copago-en-el-transporte-sanitario-un-serio-problema-para-la-accesibilidad/20120516094614075327.html>. Acceso en: 02 dic. 2014.
- \_\_\_\_\_. Un año de movilizaciones en la sanidad madrileña. *Nueva Tribuna*, 2013. Disponible en: <http://www.nuevatribuna.es/opinion/sergio-fernandez-ruiz/ano-movilizaciones-sanidad-madrilena/20131030133400097866.html>. Acceso en: 02 dic. 2014.
- OBSERVATORIO MADRILEÑO DE SALUD. *Informe*

*la situación sanitaria en la Comunidad de Madrid.*

Diciembre 2012. Disponible en: <<http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/manifiestos/396-presentado-el-informe-sobre-la-situacion-sanitaria-en-madrid>>. Acceso en: 02 dic. 2014.

OKMA, K. G. H.; MARMOR T. R; OBERLANDER, J. Managed competition for Medicare? Sobering lessons from the Netherlands. *N Engl J Med*, Waltham, v. 365, n. 4, p. 287-289, 2011.

ORGANISATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *Health at a glance: OECD Indicators* [internet]. Disponible en: <[http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2013-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en)>. Acceso en: 02 dic. 2014

PÉREZ-OLIVA, M. Curiosa defensa de lo público. *El País* 19/7/2014. Disponible en: <[http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/07/19/catalunya/1405791544\\_366966.html?rel=rosEP](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/07/19/catalunya/1405791544_366966.html?rel=rosEP)>. Acceso en: 02 dic. 2014.

SÁNCHEZ BAYLE, M. La Sanidad en la Comunidad de Madrid. Edcns GPS 2006.

\_\_\_\_\_. *La sanidad en la encrucijada*. Mientras Tanto, febrero 2012. Disponible en: <<http://mientrastanto.org/search/node/marciano%20sanchez%20bayle#>>. Acceso en: 02 dic. 2014.

\_\_\_\_\_. *La contrarreforma sanitaria: Análisis y alternativas a la privatización de la Sanidad pública*. Madrid: Los libros de la catarata, 2013.

\_\_\_\_\_. La crisis, el neoliberalismo y los servicios públicos. *Divulgação em Saude para a Debate*, Rio de Janeiro, n. 49 p. 40-44, oct. 2013.

SÁNCHEZ BAYLE, M; BEIRAS CAL, H. The people's campaign against healthcare counter-reforms in Spain. *J Public Health Policy*, Londres, v. 22, n. 2, p.139-52, 2001.

SÁNCHEZ BAYLE, M; SÁNCHEZ LLOPIS, E; PALOMO-COBOS, L. Copago sanitario: ¿eficacia, eficiencia o negocio? *Fundación 1 de Mayo*, n. 44, p. 05- 60, oct. 2011. Disponible en: <<http://www.1mayo.ccoo.es/nova/files/1018/Informe44.pdf>>. Acceso en: 02 dic. 2014.

Recebido para publicação em outubro de 2014

Versão final em dezembro de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve