

Introducción

El COVID-19 y el objetivo de la salud global

En una lejana ciudad de la inmensa China llamada Wuhan, y refutando el antiguo proverbio de aquel pueblo, no ha sido el aleteo de una mariposa sino un virus, el SARS_COV2, el origen de una pandemia después de la cual nada será igual ni en China, ni en el mundo; ni en la sanidad, ni en las políticas globales de salud, ni en las situaciones de emergencia, ni en la geoestrategia. La reacción, como en la mencionada teoría del caos, ha pasado de la incredulidad y el silencio inicial al miedo ante la extensión de la epidemia y, después, a la respuesta de emergencia y el confinamiento. En la aldea global, las imágenes distópicas de la batalla contra el virus en Wuhan fueron atribuidas erróneamente a una supuesta precariedad del sistema sanitario chino y al autoritarismo de su sistema político: un error de apreciación y de perspectiva que significó minusvalorar la gravedad de la epidemia y retrasó nuestra respuesta. Pecamos de exceso de confianza, tanto en nuestro débil sistema de epidemiología y salud pública como en nuestros desarrollados sistemas sanitarios públicos.

Mientras estas líneas se escriben —y los acontecimientos evolucionan a gran velocidad—, la epidemia convertida en pandemia afecta ya a más de ciento cincuenta países, con cientos de miles de personas infectadas y miles de fallecidos; y ha provocado la declaración de estados de emergencia y el con-

finamiento y la cuarentena de millones de ciudadanos. Como consecuencia, se ha desatado una gran crisis económica.

La salud pública y la epidemiología, grandes ignoradas dentro de los sistemas sanitarios eminentemente asistenciales, son ahora protagonistas para bien y para mal en relación con la pandemia de coronavirus y las recientes medidas de confinamiento y estado de alarma en nuestro propio país. Dentro del sistema sanitario, la salud pública se ha constituido en el servicio de inteligencia global y en la primera línea de defensa en tiempos de epidemia, con el objetivo de evitar la extensión de la misma y, como consecuencia, de prevenir el colapso de los sistemas sanitarios, y particularmente de los sistemas de salud más precarios y los sectores más vulnerables. Es en estos momentos cuando tomamos conciencia de la importancia de organismos internacionales como la OMS y de la absoluta prioridad de dotarlos de mayor independencia y autoridad, así como de los centros regionales de control de enfermedades, el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) y nuestra propia Comisión de Alertas y Emergencias Sanitarias en España, objeto en muchas ocasiones de críticas injustas.

Ante pandemias como el COVID-19, es prioritario dar respuesta a la globalización de los riesgos y retos en salud en varios frentes: mediante la autoridad y la responsabilidad de los organismos internacionales de salud como la OMS, la universalización de los sistemas sanitarios y la iniciativa pública para atender las necesidades de investigación y comercialización accesible de productos farmacéuticos estratégicos, como los antivíricos y antibióticos. Es sabido que las vacunas, antivíricos y antibióticos nunca han sido la prioridad de la investigación de las compañías farmacéuticas. Estas prefieren centrarse en las enfermedades crónicas y productos biológicos por su mayor rentabilidad. De hecho, han sido las

universidades y el sector público los que han llevado el peso de la investigación de los novísimos de la hepatitis C. La salud veterinaria también ha venido haciendo silenciosamente la labor de prevenir al mundo de los peligros de las zoonosis en el actual modelo de alimentación humana, es verdad que consiguiendo una atención escasa por parte del poder público y económico: una cuestión que no es nueva y ha estado detrás de las últimas epidemias que se han convertido en alertas internacionales, como el SARS y el MERS, con diferente capacidad de transmisión y de letalidad y de una magnitud muy inferior. Por si todavía nos quedase algo de la tentación eurocéntrica, sería necesario que refrescásemos la memoria con casos en nuestra propia casa, como las vacas locas o el más reciente de la carne mechada en España.

La crisis del COVID ha puesto a prueba a los sistemas de salud, en primer lugar a los más precarios, pero también a los sistemas públicos más desarrollados, como los europeos; unos sistemas mayoritariamente públicos, que apenas acababan de salir de años de privatizaciones de los gobiernos neoliberales y de los duros recortes con la excusa de la recesión económica, que han debilitado su capacidad de respuesta en general, pero en particular la de sus sistemas de salud pública, así como la de sus dispositivos humanos y tecnológicos de respuesta a las crisis, entre los que hoy son particularmente vulnerables las unidades de cuidados intensivos, los respiradores mecánicos. En nuestro país, la pasada época de privatizaciones, que solo las grandes movilizaciones de la Marea Blanca han conseguido detener, los recortes de la crisis de 2008 y las jubilaciones forzosas de miles de médicos de los años pasados han debilitado enormemente nuestros hospitales y centros de salud. La falta de equipos de protección, que se ha hecho patente a las primeras de cambio, ha puesto en cuestión la falta de planificación previa y nuestra política

de compras, y ha puesto de manifiesto la inexistencia de una reserva estratégica y la carencia de producción propia en Europa y con proyección europea: desde los primeros días de la crisis han faltado guantes, batas, gafas y mascarillas de protección y, en definitiva, un área de compras activa y con una red de proveedores fidelizados. Se nos ha puesto ante el espejo de una pandemia como problema global y unos sistemas sanitarios que todavía son solo nacionales, entre los que incluso los más desarrollados como el nuestro y buena parte de los europeos se han visto desbordados para hacerle frente.

Tampoco hay que menospreciar los avances y los riesgos en la digitalización y el control poblacional, que nos sitúan entre la salud pública y la policía sanitaria. Hace unas pocas décadas, el hospital totalmente digital del futuro se veía como un objetivo, pero lejano, pero ya los grandes gurús de entonces, Negroponte a la cabeza, señalaban que el mundo sería inevitablemente digital. Pues bien, la inteligencia artificial ya está aquí: para algunos, algo así como el coronavirus; para otros, un avance —advierten— al que nos incorporamos con retraso (España y también la UE); y para los terceros, los más tecnófilos, una de las cosas más importantes que hayan pasado a la humanidad en los últimos siglos. Nosotros pensamos que la izquierda debería sentirse incómoda con el proyecto de una sociedad en la que todo está en las aplicaciones informáticas y la automatización. Ambas cuestionan los fundamentos tradicionales de sus perímetros de influencia en puntos muy sensibles como las relaciones personales y, mejor, la atención personal.

¿Nos espera un futuro de naturaleza distópica? ¿Una sociedad envejecida con una gran prevalencia de las enfermedades crónicas, bajo una automatización progresiva y ayudada por robots; o, como explicaba Olivia Muñoz-Rojas en un artículo

reciente, con sistemas de seguros, públicos o privados, que podrían utilizar los datos de los clientes, obtenidos voluntariamente o en el mercado digital, para limitar ayudas o tratamientos? Es posible, y, ante ello, es fundamental promover un envejecimiento activo y reforzar la medicina comunitaria y la geriatría, así como impulsar la garantía de derechos y la dignidad de las personas de la tercera edad en el sector socio sanitario.

Las anteriores consideraciones debieran servir para juzgar adecuadamente la propuesta hecha por Pedro Sánchez de elaboración de un *libro blanco* sobre la sanidad pública. Este *libro blanco* puede suscitar cuestiones importantes, pero, una vez superada la crisis, solo sería una parte de la respuesta al problema. Además de afrontar las debilidades que la pandemia ha puesto en evidencia en nuestro sistema sanitario, en particular la salud pública y la respuesta a situaciones de crisis, se trata de contraponer a problemas cada vez más globales las respuestas de organismos internacionales como la OMS y la Unión Europea y promover el avance definitivo en la universalización de los sistemas de prevención y atención sanitarias.

En cuanto al sistema sanitario público español, muy pocos de entre los ciudadanos, pero tampoco los responsables políticos, incluso los sanitarios, saben que ha habido que esperar casi treinta años desde la ley General de Sanidad para la aprobación de la ley de Salud Pública en España. Tampoco de la paralización de su puesta en marcha desde entonces y del ensañamiento de los recortes sanitarios con el gasto público en sanidad y en particular en materia de salud pública, equipamiento y atención primaria. Dentro del programa del gobierno progresista, la recuperación de la sanidad pública juega un importante papel, aunque paradójicamente no así las políticas de salud pública y aún menos la internacional.

Pongamos por delante que han sido contadas las ocasiones en que la sanidad ha tenido un papel destacado en un programa de Gobierno, y no solo en la derecha y su tópico discurso de la ineficiencia de la gestión pública, que ya no puede ocultar su intención de orientar la sanidad hacia el mero negocio que hoy se ha mostrado catastrófico frente a la pandemia. ¿Quién defendería que se hiciese frente a la gran crisis que hemos pasado desde un sistema privado de gestión? La presunta justificación económica de las privatizaciones en base a una menor eficacia de lo público es falsa —¿por qué se repiten tanto esas mentiras sin fundamento?—, y además se da de bruces con los resultados contantes y sonantes: la sanidad pública gana con autoridad en los apartados más importantes y sale vencedora en las preferencias de los ciudadanos en las que se enfrenta a la medicina privada. Del mismo modo, las políticas públicas son evidentemente esenciales cuando se trata de afrontar estas situaciones de emergencia.

Debido a la crisis del coronavirus, además, se ha conseguido pasar un Rubicón. Ya nadie de los que trataron de destruir el sistema sanitario público cuando gobernaron se atreve a presentar la ficción de aquellos relatos de las privatizaciones tal y como fue presentada e impuesta en los años pasados: aquello de que el resto se las arregle como pueda, de que cada uno tiene que protegerse a sí mismo y de que hay que pagar menos impuestos porque no hay que contribuir a garantizar la protección de los más desfavorecidos. Si algo ha quedado claro es que el éxito contra futuros estados de *shock* como el que hemos pasado depende de la coincidencia entre tres principios políticos que forman tres ángulos de un mismo triángulo: el Estado del bienestar, la lucha contra la privatización de la sanidad y la batalla por mantener un alto grado de competencia en los profesionales de la salud. No obstante, es necesario reconocer que hace tiempo que en la

izquierda vivimos de gestas pasadas y estamos a la defensiva en general, pero más en particular en relación con la sanidad y las políticas de salud. Con frecuencia recurrimos a los principios generales como un mantra y como mucho nos proponemos paliar, si bien con desigual fortuna, los efectos más dramáticos de los recortes y las privatizaciones del último periodo. Todo ello como si bastase con volver al pasado supuestamente perfecto de la ley General de Sanidad para garantizar el carácter público, universal, integral y de calidad, como acertadamente se decía entonces, del sistema de salud. Para comenzar, tenemos que reconocer que las más de tres décadas transcurridas desde entonces no han pasado en balde.

Es por tanto fundamental que la sanidad y la salud pública tengan después de esta crisis un lugar prioritario en la renovación del contrato social de este y de futuros gobiernos, lo que contrastará con el escaso papel en general de la política sanitaria y del propio Ministerio de Sanidad en las últimas décadas de la política española: un problema que viene de antes y que está íntimamente unido a la asunción de la competencia de gestión por parte de las comunidades autónomas y con ello al cambio en el papel, aún no culminado, que hasta entonces había tenido el Ministerio de Sanidad. Porque de una cosa no hay duda: hay mucha más capacidad política en la política estatal de la que muchas veces se piensa. La sanidad pública no es solo la competencia de gestión, en manos de las comunidades autónomas. En un sistema nacional de salud existen también otras funciones estratégicas, como son la planificación sanitaria, la dirección compartida del sistema, la definición de la cartera de servicios, la capacidad de evaluación de fármacos y productos farmacéuticos, la formación sanitaria, nada más y nada menos que la salud pública y la sanidad exterior, la formación y la investigación.

Y, cómo no, el poder simbólico del ministerio, que, al igual que en la Secretaría de Estado del NHS británico, va mucho más allá de sus estrictas competencias.

La prioridad del Gobierno no debiera ser solamente desmontar los efectos de las políticas de austeridad y los recortes consiguientes protagonizados por los gobiernos presididos por Mariano Rajoy o revertir la privatización sanitaria de las derechas, españolas y nacionalistas, puesta en marcha mucho antes, casi desde la asunción del traspaso en comunidades autónomas como Cataluña, Valencia y en particular Madrid, que más tarde ha sido transformada en política de Estado con la excusa de la sostenibilidad frente a la crisis económica en el real decreto 16/2012: debiera atender también a las debilidades que se han puesto de manifiesto en esta crisis del coronavirus.

En cuanto a la orientación, se da por sentado la vigencia del modelo sanitario público y que, por tanto, se trataría básicamente de incrementar la oferta de prestaciones, servicios y técnicas; cosa que no deja de ser de nuevo complaciente con la época anterior, porque aunque haya fracasado parcialmente en su intento, la derecha no pretendía solo los recortes sino la involución del conjunto del sistema sanitario universal hacia un modelo regresivo y de competencia entre los seguros, públicos y privados. Y esto no lo hacía en barbecho, sino sobre el terreno propicio de la pérdida de vitalidad y las disfuncionalidades del modelo y de sus efectos desestabilizadores sobre la accesibilidad, la equidad y la calidad del sistema, hoy desgraciadamente puestas en evidencia. Es ahora cuando aparecen, con toda su crudeza, las consecuencias de los recortes, de tener un gasto sanitario público muy inferior a la media europea y de haber dedicado una gran parte de los recursos a la medicina de lujo y grandes aparatos, olvidando la medicina de base.

A pesar de ello, hasta ahora poco se ha dicho en la izquierda en relación con las políticas de salud y la salud pública en un sentido amplio, lo que significa una nueva paradoja, cuando los datos del Observatorio de salud y los distintos estudios del propio Ministerio de Sanidad muestran que nuestras principales amenazas se encuentran más en los determinantes sociales de la salud y en los hábitos de riesgo que en los propios servicios sanitarios. A esto se añaden amenazas globales como el COVID-19, para los que no valen los falsos relatos de la identidad nacional, ni los falsos refugios de la nostalgia autoritaria y centralizadora. Nuestros principales riesgos para la salud colectiva son el tabaquismo, la contaminación, el sedentarismo, la obesidad y el ritmo de vida y trabajo.

A grandes rasgos, se pretende recuperar la efectiva universalización frente a la exclusión de inmigrantes sin papeles y emigrantes españoles, culminando lo ya iniciado esta última legislatura con la derogación del real decreto 16/2012. También la supresión progresiva de los copagos farmacéuticos, la derogación de los contemplados sin desarrollo concreto en el real decreto mencionado y la efectiva reconsideración de aquellos modelos de gestión que han abierto la puerta a las privatizaciones y el consiguiente blindaje de la gestión pública, dentro de la Comisión prevista con motivo del acuerdo de los presupuestos fallidos con el objetivo de analizar, modificar o derogar la ley sobre los distintos modelos de gestión sanitaria 15/97. El incremento del presupuesto sanitario del 6 % al 7 % paulatinamente hasta 2023. Con ello, la recuperación del ya magro fondo de cohesión sanitaria hoy suprimido y la incorporación de otros temas, como la perspectiva de género o la salud sexual y reproductiva, en otros apartados del programa.

Entre las ausencias más significativas de esta necesaria reconstrucción del sistema sanitario, llama la atención que se

olvide la aplicación efectiva de la *non nata* ley de Salud Pública de 2010 y de las medidas preventivas y de promoción de salud olvidadas o suspendidas por los gobiernos de Rajoy. Ha tenido que ocurrir la pandemia de coronavirus para que reaparezcan en el primer plano de las políticas sanitarias, aunque el *shock* todavía no ha dado paso a la evaluación y mucho menos a las urgentes conclusiones. Asimismo, es también imprescindible la reorientación a crónicos y la coordinación socio-sanitaria aún pendientes y puestas en evidencia en esta crisis, y que a estas alturas aparecen tan solo diluidas en el objetivo de la digitalización. Y otro aspecto significativo que tampoco se analiza suficientemente es el problema desbocado de las listas de espera, convertidas últimamente por su desmesura en motivo de desafección ciudadana y también de inequidad, lo que no solo está relacionado con los mencionados recortes, sino también con una deriva del modelo de salud hacia un mero servicio sanitario de oferta reduccionista y reparador y de demanda de hiperconsumo tecnológico, farmacológico, quirúrgico y protésico.

Por todo ello, hasta ahora las medidas de cambio comprometidas desde las izquierdas tratan fundamentalmente de incrementos de oferta, sea esta presupuestaria, de prestaciones o tecnológica. En mucha menor medida aparece, aunque solo apuntada, la racionalización en materia de fármacos y tecnologías no eficientes. Dejar de hacer lo inútil y contraproducente para no hacer daño no es siquiera objeto de reflexión. Por otro lado, acertadamente, la coalición progresista incide una vez más en la potenciación de la atención primaria y de la eternamente olvidada salud mental y en una vaga reorientación de la política farmacéutica de la que se dice que debe reorientarse para el servicio de los ciudadanos. Sin embargo, y con todo lo antedicho, llama poderosamente la atención que el proyecto y los temas estratégicos y de modelo sigan au-

sententes en el debate político y en los programas de gobierno. Esperemos que a pesar de ello se puedan abordar en el marco del *libro blanco* anunciado.

Porque resulta inexcusable la necesidad de renovación o refundación del modelo sanitario, hoy cada vez más orientado como tecnólogo, reparador e hipermedicalizado, y también de un modelo de gestión administrativa o privatizadora, con signos de fatiga cuando no de discriminación. Pero se trata sobre todo de priorizar las políticas de salud integral para responder a los llamados determinantes sociales y los hábitos de riesgo, mediante los correspondientes estudios de impacto en salud o la puesta en marcha de estrategias de salud en todas las políticas. También de la globalización de la salud pública y de los sistemas públicos de salud, así como de la investigación y comercialización de fármacos tan sensibles como las vacunas y los antimicrobianos ante pandemias como el COVID-19. Se trataría también de recuperar la relación médico paciente como ciencia y arte, frente a la imparable deriva tecnológica, y del desarrollo de la sanidad y la salud internacional para responder a la citada crisis del coronavirus.

Ojalá tenga razón Will Hutton cuando dice: «En este momento está muriendo una forma de globalización no regulada basada en el libre mercado, con su propensión a las crisis y las pandemias. Pero está naciendo una nueva forma que reconoce la interdependencia y la primacía de la acción colectiva basada en la evidencia». Es urgente empezar a diseñar el programa estratégico de futuro de la sanidad pública y la política de salud españolas en el marco de la globalización, para lo que sería imprescindible una coalición más amplia entre ciudadanos, trabajadores sanitarios y políticos/gestores. La encrucijada que tenemos enfrente es entre una globalización asumible y asumida por una amplia mayoría de la ciudadanía o un profundo caos sin horizontes.

El cambio sanitario pendiente

Somos el mejor país del mundo para nacer, el mejor haciendo trasplantes y uno de los de mayor esperanza de vida, pero en nuestro sistema sanitario las aguas bajan revueltas. En los últimos tiempos, las huelgas son frecuentes en la atención primaria, en los hospitales y en los servicios de urgencias en distintas comunidades autónomas y el déficit crónico de especialistas médicos alerta sobre el deterioro de la sanidad pública. Con unos recortes que han hecho mella en la atención y la investigación y unas urgencias saturadas, y con una derecha que exhibe en cuanto puede un gran entusiasmo privatizador, cunde una importante sensación de crisis. Lógicamente, como consecuencia de lo anterior, las listas de espera son cada vez más largas.

Nuestro sistema sanitario, nada preventivo y poco adaptado al patrón crónico de enfermar, se caracteriza por esperar que los pacientes lleguen a los servicios de urgencias de los hospitales o a los de atención primaria a demanda, provocando la lógica saturación de ambos. El abandono de la Administración, que es patente, con una parte del personal sanitario contratado en precario y una importante sobrecarga laboral (muy acusada en ciertos ámbitos de la asistencia primaria), ha hecho que muchos profesionales hayan buscado acomodo en otros países. Las grandes olvidadas siguen siendo, junto a la atención primaria, la salud mental (en regresión), la laboral y la salud pública; y en definitiva, los determinantes sociales de la salud. De hecho, la ley de Salud Pública de 2011 sigue inédita en sus contenidos esenciales. Los profesionales reclaman tiempo para sus pacientes y recursos humanos adecuados. Demandan, en definitiva, que se hable de temas estratégicos como la relación médico-paciente y de un cambio de modelo de la gestión sanitaria pública, cuestiones que

siguen fuera de la agenda política. Paralelamente, se suscita otra reflexión que no es en modo alguno prescindible para el debate: los argumentos, favorables muchos de ellos, no deben ocultar el daño que se deriva de una mala utilización de la tecnomedicina. Se hacen, por ejemplo, muchas más pruebas radiológicas de las necesarias: de hecho, podría omitirse casi un tercio de las pruebas, según ha indicado recientemente la sociedad española de radiología médica (SERAM). En efecto, la medicina no debe ser solo una visión técnica sobre los cuerpos y las enfermedades, sino también un encuentro personal que casi se ha perdido en el ámbito hospitalario y está a punto de perderse en la atención primaria.

La investigación también está bajo mínimos. Se echa en falta, porque a todos nos concierne, una apuesta decidida por una innovación que contribuya a nuestro desarrollo y con contenido social, enfocada por ejemplo a la atención de personas mayores, a combatir las enfermedades crónicas, etcétera. No hay seguridad de cómo la irrupción de la *inteligencia artificial* va a ocurrir, pero, por ejemplo, la combinación de la monitorización y la atención personal domiciliarias puede ser muy beneficiosa. En definitiva, no se trata solo de investigar y desarrollar en IA, sino de que sea útil. La investigación en salud ha seguido tradicionalmente un modelo muy dependiente de las multinacionales y, sin duda, debería ser regulada de otra manera. Demostrar la superioridad de un nuevo producto en relación con los anteriores es uno de los objetivos principales y más frecuentes de los ensayos clínicos, con unos resultados que, con relativa frecuencia, no son transparentes y dependen demasiado de quién los financia.

Huelga señalar que nuestro grado de exigencia dependerá de la idea de sistema de salud que defendamos. Se puede primar un punto de vista complaciente como el de los que solo cantan ditirambos del sistema y, dóciles con el poder,

defienden que todo está bien, aunque lo cierto es que el deterioro avanza en asistencia primaria y en las listas de espera, provocando movilizaciones que, contra la opinión sesgada de los corifeos, ni son manipuladas por agentes externos, ni son por grupos minoritarios en busca de un beneficio personal ni, por supuesto, realizadas a espaldas de los propios profesionales y usuarios, sino que son protagonizadas por ellos mismos. Afortunadamente, existe una visión alternativa, más responsable y autocrítica: la de los que buscamos un sistema sanitario que compita con los mejores del mundo y damos por supuesto que la participación de los agentes sociales debe estar en la cadena real de decisión; un sistema de salud en el que la asistencia primaria tenga una función vertebradora por su proximidad a la comunidad, el ejercicio de la profesión se desburocratice y la enfermería y farmacia asuman competencias en los procesos crónicos.

A lo largo de los últimos diez años, nuestro sistema de sanidad pública se ha deteriorado y, como consecuencia de las políticas de recortes y ajustes del Gobierno central y de las privatizaciones en las comunidades autónomas, se ha situado cada vez más por debajo del resto de países avanzados de nuestro entorno. Ni que decir tiene que si el papel de las administraciones públicas consistiese, además, en transferir espacios de negocio al ámbito privado, nuestro sistema de salud estaría pronto desmantelado. Ya se sabe que donde se mueve tanto dinero hay también grandes oportunidades de hacer negocio.

Estas cuestiones, entre las que se debería incluir la equiparación del gasto sanitario público al de nuestro entorno, deberían ubicarse en un sitio relevante de un programa electoral de izquierdas, porque son iniciativas que mejorarían la vida de millones de personas y podrían llevarse a cabo en una próxima legislatura. A resolver todo ello podrían haber-

se dedicado estas últimas, que por ser las más cortas de la democracia han tenido un difícil desarrollo parlamentario. La ley de derecho a morir dignamente, por ejemplo, ha sido interrumpida: los sucesivos adelantos han dejado pendientes cuestiones fundamentales por meros intereses electorales. En estos últimos meses se ha recuperado la universalidad y se ha reforzado la central de compras; y eso han sido pasos en la buena dirección. España es un país moderno y una democracia avanzada, o, como dijo un maestro de columnistas, el mejor país del mundo para nacer, pero lo cierto es que perdemos el tren de un servicio de bandera en nuestro Estado del bienestar mientras algunos viven obsesionados con su juego de patriotas y agitando las banderas.

Volvamos al presente. La situación general es mejor ahora que en los momentos de la crisis. Con la mejora de las condiciones económicas, habría que esperar un cambio de tendencia, pero no va a ser fácil revertir un cuadro tan adverso y sacar al paciente (nuestro sistema de salud) de la enfermedad grave que sufre. Abordar la crisis del sistema sanitario requerirá políticas públicas convincentes y un enfoque que incluya una cantidad de elementos, porque, ahora bien, por muy reales e importantes que sean los problemas que hemos citado, no bastan para explicar el descontento creciente que se vive actualmente en la sanidad pública. Lo que hemos descrito es importante, pero, si bien la crisis no puede entenderse sin examinar las acciones que referimos, a las que volveremos punto por punto, el carácter del campo de operaciones ha cambiado. Por ello, en los próximos capítulos de este libro abordamos temas que tienen que ver con el hipertecnologismo, el nuevo escenario de la digitalización y su impacto sobre la formación y el empleo.

Sanidad: insostenibilidad o propaganda

Otra vez a vueltas con la insostenibilidad de los servicios públicos: en esta ocasión, del sistema sanitario, al igual que hace algo más estuvo en el punto de mira el sistema público de pensiones. Una vez más, nos enfrentamos a denuncias que acaban siendo la antesala programada de nuevos recortes a nuestro *Estado del medioestar*, que con actuaciones de estas características retrocede hacia el malestar social y la crisis de legitimidad de las instituciones democráticas. Son las consecuencias del *golpe de mercado* que hemos vivido. Sus responsables tratan de inocularnos el miedo y la incertidumbre. Buscan una suerte de transmutación de la economía del riesgo al sistema social, para lo cual vinculan la crisis al déficit público y este al gasto social, justificando así los ajustes y recortes sociales —que ellos llaman *valientes*, en vez de *dolorosos*— para salir de la crisis. Sin embargo, estamos frente a la mentira y, aunque se repita cien veces, no deja de serlo, a la vez que mera propaganda.

Hace unos años, nadie dudaba de la viabilidad y sostenibilidad de nuestro sistema público de pensiones. A ello ayudaba que las retribuciones a nuestros jubilados representan un 70 % de la media comunitaria, con un coste en relación al producto interior bruto perfectamente asumible (inferior en tres puntos del PIB a la medida de la UE), gastos de gestión ínfimos y una contribución de más de doce puntos a la disminución del índice de pobreza. Al tiempo, todo era silencio con respecto a las enormes pérdidas de los fondos privados de pensiones. Pero llegó el *golpe de mercado*. A partir de mayo de 2010, lo blanco se convirtió en negro y el sistema público de pensiones pasó a ser, ya sin rodeos, ese oscuro objeto del deseo de la banca, los fondos de inversión y de pensiones y, cómo no, los organismos internacionales. La sostenibilidad

se tornó en insostenibilidad y las *imprescindibles reformas* ejecutaron un recorte que rompía por primera vez en un siglo con la conquista histórica de la jubilación a los 65 años debido al cambio demográfico (¡como si este hubiera sido una sorpresa!), y eso que los sindicatos paliaron el ajuste. Ahora han puesto en el punto de mira al Sistema Nacional de Salud. Uno de los mejores sistemas sanitarios públicos del mundo en resultados con su población y, al mismo tiempo, uno de los más eficientes y con menos gasto, se ha convertido para la derecha política y económica en un sistema insostenible. Incluso lleva a que las derechas clamen ya abiertamente por una operación urgente de rescate y un pacto de Estado. ¡Cuánto cinismo! Los mismos que primero retrasaron y luego impidieron el pacto de Estado por la Sanidad ahora lo reclaman.

Pero todo esto se veía venir. Quienes ahora se rasgan las vestiduras con la supuesta insostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y pujan para ver quién le atribuye mayor déficit (van desde los 9000 hasta los 15 000 millones de euros) son los que se han beneficiado de los márgenes de ineficiencia con su mala política; primero, mediante la medicalización y medicalización de la salud; luego, con las nuevas formas de privatización o la *parasitación de la gestión* del sistema público. Los intereses privados que rodean al sistema público ya no ganan lo que ganaban, por lo que tratan de aprovechar el duedo existente entre los *cirujanos del déficit* (el Gobierno central, las comunidades autónomas, la Comisión Europea, el Banco de España, el PP o los nacionalistas conservadores) para cambiar el modelo universal, público y gratuito por un modelo mixto de colaboración público-privada. Es su oportunidad de oro. Su fetiche fue el copago —o *reparo*, como si los ciudadanos no financiaran ya el Sistema Nacional de Salud— y, además, sin reconocer que es una medida insignificante para financiar el sistema y contraproducente a medio plazo para la

salud de los más débiles y, por ende, para el gasto sanitario. El único epígrafe donde ya existe copago (el gasto farmacéutico) hizo que este aumentara el doble en relación con el resto del gasto sanitario. Ahí están las cifras históricas.

Lo que estos salvadores de la salud callan es que del modelo que buscan extender a nivel estatal ya se conoce su fracaso, tanto en casa como en nuestro vecindario. Sus resultados en salud son peores y su gestión más cara: si no, que se lo pregunten a quienes sufren las maquilladas listas de espera de la Comunidad de Madrid o a sus pacientes más graves, desplazados a los todavía hospitales totalmente públicos, para blanquear la hoja de servicio de sus flamantes nuevos centros. Lo que no dicen es que al calor de la grave crisis económica han pretendido convertir el derecho a la salud de todos en el negocio de unos pocos. Nuestro sistema público padece crónicamente de una escasa financiación, como escaso es nuestro modelo impositivo hacia las rentas y los patrimonios más altos, precisamente esos que se pueden pagar sin problemas una sanidad privada en lo cotidiano, aunque recurran a la pública en casos puntuales y graves. Es la misma burla de aquellos que recetan rebajas de impuestos, mientras alarman sobre la insostenibilidad del sistema.

Es cierto, también, que se puede ser más eficiente, sobre todo en condiciones de crisis. Pero no vale el recorte ni mucho menos la amputación, machete en mano, propuesta por las derechas para mantener e incluso incrementar el nicho de negocio de los *lobbies* de quienes son portavoces. La eficiencia puede ayudar a reducir el gasto en farmacia y en tecnologías, más altos que la media de nuestro entorno, y mejorar así la calidad y la seguridad de la atención. Se pueden revisar las inversiones del método PFI (concesión de obra pública o *private finance initiative*), las encomiendas de gestión, se pueden integrar y simplificar subsistemas privilegiados que heredamos

del pasado, etcétera, pero, claro, estas medidas fortalecerían el modelo público y se trata de lo contrario, ¿o no?

La atención de la salud en un clic

Hace treinta años, en la Universidad de Alabama, los físicos y radiólogos del Departamento de Radiología, liderados por Gary Barnes y Robert Fraser, diseñaron un prototipo de radiología digital y publicaron un artículo en el que profetizaban el «hospital totalmente digital del futuro». Todavía no se habían digitalizado las primeras historias clínicas. Desde entonces, la técnica ha colonizado gran parte del territorio de la (*tecno-*) medicina. Hoy se podría decir que los dos lados miran uno hacia el otro y se sostienen en un equilibrio inestable. Gracias a las posibilidades que ofrece la digitalización para la gestión de los datos, los profesionales —¿y los ciudadanos?— tienen más fácil que nunca el acceso a la información en los diferentes niveles de la atención sanitaria. Lo que pasa es que los interrogantes que se abren no son pocos, y no siempre tenemos todas las respuestas. Por eso, tal vez sea bueno reflexionar sobre lo que hemos perdido y lo que hemos ganado, aun sin la intención de deshacer todo el camino andado. Para empezar, el precio que hemos pagado por esa transformación es tener un sistema de salud más distante en las relaciones humanas; un sistema en el que lo más difícil de conseguir es la atención personal. En un artículo reciente en *El País*, tras reconocer que la transformación digital es irreversible, Adela Cortina insiste en que el sistema nunca debe ponerse por delante de las personas. «Humanizarlo —dice— es una necesidad vital». Un objetivo prioritario sería analizar la influencia de estos cambios en la relación entre el personal sanitario y el paciente.

Creemos que la historia de la digitalización médica es una de esas experiencias que nos dicen mucho. España, a diferencia de otros países, ha mostrado un desdén particular por la digitalización y, como resultado de ello, se puede decir que el tránsito analógico-digital va con retraso. Todavía hay comunidades autónomas que no tienen tarjeta sanitaria ni historia interoperables. En esto también ha habido un punto de inflexión. Hay muchas fechas que marcan el momento del cambio, pero cuando se quemó el archivo de historias clínicas del hospital Montecelo de Pontevedra (2004) o cuando se inundó el del hospital Gregorio Marañón de Madrid (2006) tomó cuerpo la convicción de que aquello solo tenía un antídoto: digitalizar. Aunque es una cuestión más compleja, estos sucesos dieron un impulso decisivo. Hay que recordar que las historias clínicas que hoy están accesibles con un clic en el teclado del ordenador, otrora estaban amontonadas en unas naves. Los médicos solicitaban dicha documentación (que incluía radiografías, curso clínico, etcétera), y cuando la recibían horas después, las instrucciones eran siempre las mismas: había que devolver todo con premura, porque tenía que ser revisada en otros departamentos. Hoy las diferencias saltan a la vista, pero no tanto por lo que se hace cuanto por el modo de hacerlo: los médicos, sentados ante las pantallas, tienen el control digital de los informes clínicos de los ciudadanos, que, naturalmente, pueden ser revisados por otros profesionales al mismo tiempo. Esto nos lleva a un tema fundamental: el acceso a la información sanitaria de los ciudadanos. Y no debería haber dudas: los datos, que deben ser custodiados y gestionados por la sanidad pública, son del paciente, que ha de dar siempre su consentimiento informado para la utilización de los mismos.

A diferencia de los tiempos analógicos, esta es una época de comunicaciones universales instantáneas: en la revolución digital, todo sucede a gran velocidad. El clic es de efectos in-

mediatos y está marcando el tono de muchos protocolos de actuación en los hospitales. Por eso es útil proponerse una descripción de la situación en que se encuentra nuestro sistema de salud, tras una década de recortes y con una inversión actual muy inferior a la de los países de nuestro entorno. España gasta en sanidad y dependencia un 21 % menos que el promedio de países de la Eurozona de renta similar. Quizá sea el momento de llamar la atención sobre algunos apartados que no han mejorado (más bien al contrario) si los comparamos con el pasado analógico.

Primero. Tenemos un sistema sanitario tecnofarmacológico basado fundamentalmente en las urgencias hospitalarias (que están saturadas), carente de prevención y con unas listas de espera cada vez más largas. El aumento creciente de nuestra población mayor y, por tanto, de personas dependientes y con enfermedades crónicas es el reto más importante que tiene que afrontar el sistema. Con vistas al futuro, España necesita reorientar su sistema de salud hacia la comunidad, mejorar la inversión en innovación y fomentar una investigación centrada en una tecnología que priorice los cuidados y la prevención a nuestros mayores, personal y a distancia, lo que podría mejorar la situación de muchas de estas personas en sus domicilios.

La mente. La salud mental es la pariente pobre del sistema sanitario. Una muestra es la involución en los derechos de las personas con trastorno mental y el progresivo incremento de medidas involuntarias como las contenciones y los tratamientos electroconvulsivos. Corremos el riesgo de que se deteriore todavía más la salud mental comunitaria, con la vuelta de un modelo psiquiátrico manicomial. Los derechos humanos deben estar en el centro de las actuaciones.

Don Dinero. Uno de los aspectos que más controversia ha generado siempre ha sido la investigación médica financiada

por la industria. La innovación en este apartado ha seguido tradicionalmente un modelo muy dependiente de las multinacionales. Además, el sistema de propiedad intelectual, que deja en manos de la industria farmacéutica la fijación de los precios de los fármacos, tiene un impacto muy elevado en nuestro sistema sanitario. Y no se puede olvidar que hay una inversión pública muy importante en las distintas fases de la investigación. Como consecuencia, la industria se beneficia de la inversión pública y fija los precios de los fármacos (con muchos de los tratamientos que pueden llegar a costar decenas de miles de euros por paciente al año).

Por último, este cambio radical anticipa otras transformaciones, que tienen que ver con las repercusiones de las nuevas tecnologías sobre el empleo y la formación continua. Una de las incógnitas por despejar es si los cambios en el terreno de la inteligencia artificial van a tener un protagonismo importante en el día a día y llegarán a ser relevantes para el empleo. Hay muchos que consideran que es bueno que se pongan encima de la mesa los datos en materia de pérdida de puestos de trabajo, amenazados por la creciente automatización, las evidencias en que se apoyan y las consecuencias que traerán consigo.

Para terminar. Durante estos últimos años, se ha visto que lo analógico está en retirada frente al poderío de lo digital. Urge reflexionar sobre cómo pasar con éxito el proceso digitalizador. En cuanto a las consecuencias prácticas de la inteligencia artificial, muchas de las novedades que se publican, aplicadas a la medicina, no han completado siquiera los procesos más básicos de validación, por lo que la eficacia de muchos de estos métodos es dudosa. A pesar de lo que se afirma con frecuencia, el diagnóstico por ordenador y el robot cirujano, totalmente automáticos y autónomos, todavía son ciencia-ficción. Podemos estar tranquilos.