

# Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Salamanca



Constelación  
de los Comunes

Fecha  
**22 de julio, 2024**

Localización  
**Salamanca**

Persona Entrevistada  
**Aurelio Fuertes, Luz  
María Martínez, Generoso  
Gomez y Emilio Ramos.**

Entrevistadora  
**Palmar Álvarez-Blanco**

Website  
**[www.fadsp.es/](http://www.fadsp.es/)**



## ¿Quiénes sois, dónde estamos y cuál es vuestra relación con la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)?

**Aurelio:** Somos, ahora nos podemos presentar cada uno, tres miembros de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Salamanca. Salamanca es una provincia situada en la Comunidad Autónoma de Castilla y León, en España. La Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública está federada. Forma parte de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Somos una asociación sin apostar por el lucro, defendemos un modelo de sanidad pública universal que valga para cualquiera y sea accesible para cualquiera y también defendemos que sea eficiente, de calidad y gratuita en el momento de uso. Y para ello se necesita que haya una financiación que venga de los presupuestos Generales del Estado. Yo soy médico internista, estoy jubilado ya porque tengo muchos años, pero he estado como médico internista practicando esta especialidad en el Hospital Clínico de Salamanca durante 42 años y unos meses. Me llamo Aurelio Fuertes Martín.

**Emilio:** Hola. Yo me llamo Emilio Ramos Delgado. Yo soy médico de familia. Me formé a través del sistema MIR, y uno de los tutores que participaron en mi formación fue el doctor Aurelio Fuertes. Aquella relación profesional terminó siendo una relación amistosa, y entre medias entré a formar parte muy pronto de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública. Desde entonces estoy en ella. En este momento me ha tocado ser el Presidente de la Asociación, pero en nuestra Asociación los cargos tienen un carácter representativo para funcionar. Yo vivo también en Salamanca y he ejercido como médico en dos lugares. Tuve una pequeña actividad rural, de médico de pueblo, en la cual me hubiera gustado permanecer de por vida, pero se me cruzó de por medio el MIR, en donde me pude formar, y eso tiene mucho valor para mí y para todos los presentes, como médico de familia. Después ejercí unos años en Mérida, Extremadura, que es una comunidad autónoma que linda por el sur con Castilla y León y posteriormente regresé a Salamanca por razones personales y familiares. Además era un buen lugar para criar a nuestros hijos. También quiero presentar a alguien que no ha podido estar presente, precisamente por razones de ocupación y de cuidado de un tercero, que es la doctora Luz Mari Martínez. La doctora Luz Mari Martínez se especializó en medicina interna en la misma época que nosotros, y ejerció después en Asturias, pero ya como médico de familia. Como médico de familia ha seguido el resto del tiempo. En este momento está trabajando en el Centro de Salud de la Alamedilla (aprovecho para decir que ahí es donde he trabajado yo también en Salamanca estos años, hasta que me jubilé hace dos). Ella continúa en activo y es una persona muy valiosa. Es una pena que hoy, por razones ajenas (bueno, muy próximas a ella) le hayan impedido estar aquí.

**Generoso:** Yo me llamo Generoso Gómez Cruz. Voy a empezar un poco más atrás. Pertenezco a la misma promoción de la carrera que Emilio, y soy un envidioso porque él consiguió hacer el MIR y yo no. Entonces mi mundo es estrictamente rural. Cuando acabé la carrera, aprobé las oposiciones de APD, que es Asistencia Pública Domiciliaria, lo que se llamaban médicos titulares. Empezaban a trabajar nada más acabar la carrera, es decir, sin ningún conocimiento, pero con una gran tranquilidad porque tenías el puesto de trabajo asegurado de por vida. Empecé a trabajar en el medio rural, sin tener nada más que los conocimientos de la carrera, de ahí mi envidia, junto con algunos compañeros que me encontré en los pueblos que estaban al lado del mío, que pertenecían a lo que posteriormente fue el Centro de Salud de Fuentesauco, que está en Zamora, al norte de Salamanca. En aquella ocasión cada uno vivíamos en nuestra casa, éramos médicos 24 horas al día, vivíamos en la casa del médico del pueblo y atendíamos a nuestros pacientes de manera que cuando te querías venir a Salamanca por ejemplo, al peluquero, tenías que poner una nota en la puerta diciendo "Me he ido a Salamanca".

Entonces, a mí, partir de cero me sirvió para conocer mis deficiencias, que eran todas, y que había que solucionarlas. Bueno, junto con estos compañeros hicimos nuestro propio reciclaje con los médicos especialistas del Hospital de Zamora, y nos fuimos reciclando poco a poco, urgencias incluida, y un poco tapando agujeros de conocimiento. Pero en ese preciso momento apareció (y luego hablaremos de ello) el Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud y empezaban a hervir los centros de salud. Nosotros vivíamos en el medio rural (Emilio en el medio urbano) lo que era empezar a trabajar organizado en Atención Primaria y fue muy bonito.

Estuve 26 años trabajando en el medio rural, en ese mismo pueblo, me añadieron algún pueblo más, pero estuve trabajando en esos pueblos. Por tanto, también conozco otra cosa que es un tema que no sé si saldrá, pero vale la pena mencionarlo y es el hecho de empezar a trabajar en un pueblo pequeñito, que te da más deficiencias porque no tienes experiencia, porque tienes muy pocos pacientes y no puedes manejarlos. En un momento dado me ofrecieron añadirme a otro pueblo. Me vino muy bien, era más trabajo, pero estabas más activo. Entonces al final acabas cogiendo manejo de más patologías y eso fue muy bonito.

El medio rural me marcó. De hecho, a mí cuando me preguntan digo que soy de origen médico rural, origen APD. Posteriormente llegó un momento en que me vine para Salamanca, porque ya me interesaba por cuestiones familiares y mis 12 últimos años de profesión los he hecho en Salamanca, en un Centro de Salud urbano y ahí fue donde me uní. Yo en Zamora pertenecía a la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Zamora, que en aquellos años fue perdiendo fuerza. Bueno, Zamora era más pequeña y nuestras funciones eran muy locales. Y los últimos años, de hecho en Zamora ya no hicimos nada, pero cuando vine a Salamanca me uní a la potencia que tiene la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Salamanca, a la que yo, aunque desde Zamora, seguía pero no estaba integrado en ellos. Cuando vine para acá me uní con la de ADSP de Salamanca y aquí estoy. Han sido años muy bonitos, porque he ido aprendiendo de ellos un montón de cosas.

#### **Habéis mencionado que algunos os habéis formado por la vía MIR, ¿a qué se refiere esto?**

**Emilio:** La vía MIR corresponde a Médico Interno Residente, y es el método de formación que hay en España para conseguir la especialización, o el posgrado. Es

decir, en España se hacen seis años de carrera, en el pregrado, y posteriormente se someten los estudiantes, de forma voluntaria, a un examen, que es el mismo examen que se hace el mismo día, a la misma hora, con las mismas preguntas en todo el territorio del Estado español. Desde Gerona, que es una ciudad fronteriza con Francia hasta las Islas Canarias, que están en una latitud mucho más al sur. El examen se ha puesto por un equipo que se guarda en secreto y eso homogeneiza mucho. Ahí se alcanza una puntuación y en base a esa puntuación, un día concreto, empiezan en el Ministerio de Sanidad español la elección, por cada una de las personas, de la especialidad que van a querer realizar, sea medicina de familia, medicina interna, cirugía... uno a uno .... uno a uno... y luego hay un periodo de formación de un número de años que va desde seis hasta cuatro, dependiendo de la especialidad.

#### **En la web se dice que "La FADSP es una federación de asociaciones de profesionales relacionados con la sanidad (médicos, enfermeras, auxiliares, administrativos, psicólogos, trabajadores sociales, gestores, economistas, etc.), interesados en la defensa y la mejora del sistema sanitario público." ¿Dónde, cuándo y cómo nace esta iniciativa?**

**Aurelio:** La Federación tuvo su nacimiento en una reunión que hubo en Madrid en el año 1982. En realidad existía previamente, un año más o menos antes, la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid, y a esta reunión, o a este Congreso, asistieron personas de otras zonas de España, y al final se optó por hacer una Federación, bien por Comunidades, en alguna Comunidad Autónoma, o bien de tipo provincial. Eso fue en diciembre del año 1982. Es un momento importante y tiene su interés porque es un momento en el cual se está produciendo la transición española desde el franquismo, que acabó en el año 75. Todavía en ese momento las cosas estaban muy poco claras y había un caos generalizado en la asistencia sanitaria a todos los niveles, tanto en lo que ahora es Atención Primaria como lo que es Atención Hospitalaria. Y eso dio lugar a que hubiera un enfrentamiento entre los sectores que tenían que hacer la nueva apuesta por un sistema sanitario. Había un sector, representado por el Consejo General de Colegios de Médicos, que apostaba por un sistema sanitario más liberal, más tipo seguros sociales. Y había otro sector que apostaba más por un sistema de salud tipo Servicio Nacional de Salud, simulando al inglés. Entonces hubo una apuesta muy fuerte del Consejo General del Colegio de Médicos, y con él, los sectores más retrógrados de la sanidad en España por el primer tipo de planteamiento, y de ahí surgió como réplica la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid, y después la Federación, que en un principio se planteó como una Federación de médicos para intentar de esa forma ser más potentes ante el Consejo General de los Médicos. Pero después, muy pronto, se vio que no tenía mucha razón de ser, cuando nosotros abogamos porque hubiese una representación de la sociedad y que la sociedad tuviera algo que decir en todos los aspectos de la sanidad. Entonces esa Federación se abrió a profesionales sanitarios en general y, aunque no está muy reglamentado, a toda la población.

#### **¿Quiénes fueron los promotores de esta Federación?**

**Aurelio:** El primer secretario general de la Federación fue Gerardo Hernández Les y el presidente fue Pedro Zarco. Pedro Zarco era un cardiólogo de mucho prestigio. Hernández era una persona dinámica, más política y que acabó haciendo política después. También estaba por allí Marciano Sánchez Baile que ha sido la persona, yo creo, más importante en toda la historia de la Federación, porque ha estado ahí siempre y ha sido una persona que no ha dejado de moverse y de hacer cosas.

Ha sido el referente de la Federación. Había mujeres, lo que pasa es que quizás en primera fila no estaban en ese momento, pero sí, desde el primer momento hubo mujeres médicas y luego, después, de otros sectores y aquí también.

### **¿De qué forma nació la Asociación por la defensa de la Sanidad Pública en Salamanca?**

**Aurelio:** La asociación de Salamanca nace igual que nació la Asociación de Madrid y otras, porque se vio que el momento político exigía que hubiese un contrafuerte a ese potencial que tenía el Consejo General de Médicos, para ver hacia dónde iba la organización del sistema sanitario en España. En ese momento, además, en concreto en Salamanca, acababan de ganar las elecciones el Partido Socialista y el momento era como muy trascendente. Entonces hubo una reunión de médicos de todos los sectores, que eran muchos (porque la Atención Primaria estaba dividida, pero también la Atención Hospitalaria no era solo en el hospital, había los no jerarquizados, en fin, era un número raro). Y de esa forma surgió. Hubo una asamblea fundacional, en noviembre del año 82, poquito antes de crearse la Federación, a la cual nos asociamos ya en diciembre, y de ahí surgió. Se hizo una junta directiva y a partir de entonces se empezó a trabajar.

### **Entrevistadora: ¿Y tú eres fundador?**

**Aurelio:** Yo no fui fundador. Yo no estuve en el primer momento. Estuve, pero no me asocié en el primer momento, y no me asocié por una razón y era porque la Federación en ese momento no era generalizada para todo el mundo. No podía entrar todo el mundo. Y yo tenía la idea de que había un apartado, un artículo de los estatutos, que ahora mismo no recuerdo cuál es, donde ponía que estaba formada por médicos. Yo aposté desde un primer momento porque en la Federación estuviese todo tipo de profesional sanitario, estuviese abierta a la población general, y entonces por eso no estuve en un primer momento ahí. En el año 83, un año después, en otro congreso que hubo en Cádiz, ya se abrió la Federación y yo me hice miembro. Y desde entonces estoy ahí en segunda, en primera fila, y ahora ya en última fila.

### **¿Cómo se gobierna esta Federación?**

**Aurelio:** La Federación tiene una Junta Directiva estatal, donde hay una serie de miembros: un presidente, un vicepresidente, secretario, etcétera, que son de diferentes federaciones. Después hay una Asamblea de la Federación que se celebra todos los años, coincidiendo con un Congreso que se hace para tratar alguno de los temas que estén de actualidad en ese momento. Esa es la forma de organización. Cada dos años, me parece, se van cambiando por elección los cargos directivos.

### **¿Cómo se sostiene económicamente hablando?**

**Aurelio:** La Federación se sostiene por los miembros de la Federación. Se pagan unas cuotas y de esas cuotas una mitad va para la Federación, para el conjunto, y la otra mitad se queda en la Asociación. O sea, yo pago una cantidad de dinero, de eso la mitad se queda en Salamanca y la otra mitad va a donde está la sede de la Federación, que es Madrid, que obviamente tiene muchos gastos.

### **Hagamos un poco de historia, ¿podéis explicarnos qué tipo de sistema sanitario existía en España durante el franquismo y hasta la llegada del sistema público que tenemos en la actualidad?**

**Aurelio:** Era algo bastante caótico. No se estaba promocionando, yo creo, ningún modelo; era algo que iba surgiendo de una forma más o menos espontánea, o que había una legislación previa. Había alguna legislación previa, sobre todo en temas de sanidad, más de salud pública que asistenciales, y asistenciales había los médicos titulares y los médicos ...porque los rurales también eran titulares...

**Generoso:** Asistencia Pública Domiciliaria. Yo me examiné con una ley que se llamaba Ley de Bases de 1944. Era la ley que hasta este momento sustentaba esto. Ley de Bases de 1944.

**Emilio:** En aquel momento, los médicos rurales dependían enormemente de los alcaldes de cada ayuntamiento, hasta el extremo de darles vacaciones, permisos, etcétera.

**Generoso:** El jefe local de sanidad era el alcalde. Delegaba en el médico. Por tanto, mi jefe, hoy día entendido así, era el alcalde. Nosotros, los médicos de APD, éramos médicos que pertenecíamos a Sanidad, y de hecho Sanidad era la que nos pagaba lo que era el sueldo base. Lo que pasa es que posteriormente, en el año 78, apareció el Insalud (yo empecé a trabajar en el 83); entonces, como eras médico de Asistencia Pública Domiciliaria, de Sanidad, estabas ubicado y trabajabas en el pueblo, y atendías a los pacientes del Insalud, con lo cual el Insalud te pagaba por las cartillas de las personas a las que atendías. Teníamos dos sueldos, uno procedente de Sanidad y otro procedente del Insalud (Instituto Nacional de la Salud). Estamos hablando de una época en la que no existían todavía las Autonomías. Yo empecé a trabajar y el franquismo como tal había acabado, estábamos arrancando la democracia. Entonces no se había legislado todavía y estábamos con esos vaivenes.

**Emilio:** ¿Me podéis corregir? Pero en aquel momento, y estamos antes del 86, para que se nos entienda. Eso de que hemos hablado de cartilla...

**Aurelio:** Estamos antes, en el 82.

**Emilio:** El 84.

**Generoso:** El 84. Exacto.

**Emilio:** Tenéis razón. Bueno, pues antes eso que hemos dicho de “una cartilla”, es que a cada trabajador se le asignaba un documento que se llamaba Cartilla, en el cual figuraban aquellas personas que estaban dependiendo de él. Y cada médico tenía asignado un número de cartillas, e insisto, la cartilla se le daba a una persona por el hecho de estar trabajando, porque no había aparecido todavía eso que luego va a aparecer, que es el aseguramiento universal.

**Generoso:** Claro, efectivamente. Iba más allá. La persona tenía derecho a atención, porque estaba trabajando y estaba cotizando.

**Aurelio:** Para intentar sintetizar lo que era la sanidad en tiempos de Franco y en el primer momento de la Transición, como ha dicho Generoso, había una serie

de personas que tenían un seguro médico, que eran los que eran asalariados por cuenta ajena, o algunas mutualidades de otro tipo como la agraria, por ejemplo. También había una gran parte de la población que no tenía nada, que cuando tenía algún problema médico tenía que ir a la privada o pagar una “igualada”, que se llamaba, a un médico en los pueblos o en la ciudad.

A nivel especializado había los hospitales de beneficencia, que es donde iba una gran parte de la población y que eran hospitales muy mal dotados; y también otros hospitales que se empezaron a hacer en los años 60, que eran lo que se llamó Residencias Sanitarias. Y es curioso, porque lo de Residencias Sanitarias es un nombre raro para un hospital. Se puso así por el prestigio. Se le empezaron a llamar residencias porque el nombre de hospital no encajaba muy bien para la gente. El hospital era el sitio donde se iba a morir. Le pusieron residencias para renovar eso. Las residencias fue algo que empezó a ser interesante. Pero ¿hacia dónde conducía eso? Pues seguramente a un sistema tipo seguridad social pagado por los seguros, como existe en Alemania o en Francia. Fue la apuesta del Consejo General del Colegio de Médicos. La apuesta nuestra fue contraria: un sistema que fuese universal para todo el mundo y que se pagase no porque se estuviera trabajando, sino porque lo pagase los Presupuestos Generales del Estado.

### **En España hoy tenemos un sistema de sanidad público; ¿podéis explicarnos cómo surge y qué significa este sistema?**

**Generoso:** Casi hay que empezar por los orígenes, uniendo con lo que decía Aurelio. Desde mi punto de vista desde el medio rural, lo primero que apareció no fue la Ley General de Sanidad sino un Real decreto que se llamaba Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud, en el año 1984.

Fue un Real Decreto que intentaba empezar a organizar la Atención Primaria. Fue un cambio muy importante, porque aquello modificaba el trabajo individual de cada médico de Atención Primaria a un trabajo colectivo, y lo agrupaba en Centros de Salud. Era algo importante. Algo que la población no entendió porque al hacer Centros de Salud ocurrió que el médico de Atención Primaria dejaba de estar trabajando 24 horas al día y pasó a trabajar ocho horas, y se empezaban a hacer guardias, con lo cual el médico dejaba de vivir en el pueblo y eso fue un cambio importante. De pronto la población que había visto que el médico vivía en el pueblo y pertenecía al pueblo, dejaba de serlo y se iba a vivir a la capital. Para ellos, en aquella época, ponerle el médico a 15 kilómetros era complicado. Nosotros, personalmente, tampoco sabíamos lo que podía dar aquel Centro de Salud de sí, pero sí que sabíamos que nos íbamos a poder agrupar y que íbamos a poder hacer contarnos los pacientes que teníamos y pedirnos ayuda unos a otros.

Entonces aquello fue muy importante. Nosotros también sabíamos que la dotación no iba a ser muy grande, pero por lo menos íbamos a tener algunas herramientas diagnósticas de las que hasta ese momento no teníamos, como por ejemplo un electrocardiógrafo. Hubo que explicarlo en los pueblos, pero los pueblos no estaban de acuerdo, aunque se lo decía el médico y llegaron a entenderlo. Pero hubo enfrentamientos, y al final se consiguió. Aquello fue el comienzo. Una vez que arrancó, políticamente llegó el momento de establecer la Ley General de Sanidad. Nació el 25 de abril del 86, exactamente, fue cuando se publicó. Era un cambio importante porque incluía tres principios básicos: el principio era la universalidad. Es decir, hasta ese momento las personas tenían su cartilla a la

que tenían derecho porque eran trabajadores, de manera que quedaron otras personas que eran autónomas que tenían que buscarse un seguro, y en los pueblos tenían que hacerse una igualada con el médico, y de pronto aquello desapareció. Bien es cierto que los autónomos en principio quedaron aparte, entraron posteriormente, pero se estableció el principio de universalidad. Es decir, todo el mundo tiene derecho por ser persona, por estar viviendo en el país tiene “derecho” a atención médica, a atención sanitaria, y aquello fue un punto importante.

El siguiente punto importante era que la financiación de ese Sistema Nacional de Salud, que se creaba con la ley, era pública, a través de los impuestos del Estado. A través de los impuestos, el Estado financiaba el Servicio Nacional de Salud y daba unos servicios a la población, de manera que la financiación se hacía en base a la declaración de la renta, por tanto era proporcional a los ingresos que esa persona tenía. Era una aportación proporcional. Sin embargo, los servicios que ofrecía el Sistema Nacional de Salud eran proporcionales a las necesidades de los pacientes. Por tanto, entramos en otro tercer punto, que es básico, que es el de solidaridad. De manera que las personas con mayor poder adquisitivo aportan más y una vez que se ha aportado, se le va a dar más a quien más lo necesita. Ese es el principio de solidaridad. Estos tres principios básicos de solidaridad, universalidad y equidad eran los tres principios sobre los que se apoyaba el Sistema Nacional de Salud. A raíz de ahí se fueron desarrollando los servicios que se le daban a la población y a nivel de Atención Primaria los Centros de Salud.

### **¿Se trata de un sistema eficiente?**

Emilio: Es un sistema muy eficiente aunque voy a empezar por decir que tiene algunos problemas. Pero esos problemas hacen que nosotros, como Asociación, estemos activos con tantas cosas que ojalá no hicieran falta. Pero es muy eficiente. Si tuviera que dar datos diría un dato que a mí me ha asombrado incluso ahora al revisarlo: el 29% de los hombres consultaron al Sistema Nacional de Salud en los últimos cuatro meses y la cifra de mujeres es más o menos igual. Es decir, cada cuatro meses la cuarta parte de la población de España ha consultado a una parte del sistema sanitario. Alguien me dirá: “ya, pero los más enfermos...”. Sí, pero vuelvo al principio de solidaridad. A mí, mientras me he mantenido en salud no me ha debido de importar, y eso es un mensaje que continuamente lanzamos. No me ha debido importar estar financiando el sistema público porque alguien en algún momento lo va a utilizar. Si alguien llama a esto buenismo u otra cosa, yo le contestaría que de esta manera el reparto de la riqueza ha sido un hecho evidente y que eso ha tenido un éxito tremendo entre la población española. Estamos hablando de 40 años de vida del sistema Nacional de Salud desde el año 86. Si algún problema tenemos puede ser el morir de éxito. Luego podemos debatir si todas esas consultas están justificadas, etc.. También sabemos, por otro dato, que en España la media es que la gente consultemos seis veces al año al médico. Eso se llama “frecuentación”. Entonces, hacemos uso del sistema sanitario seis veces al año y cada cuatro meses una cuarta parte de nosotros ha tenido que utilizarlo. Eso genera un grado de satisfacción, como se puede ver en las encuestas y la gente parece estar contenta. Hay otros dos datos muy interesantes. Solamente tres de cada diez personas a las que se les pregunta cambiarían algo en el Sistema Nacional de Salud español, y solamente uno de cada diez piensa en renovarlo, en refundarlo. Luego algo no va mal, ¿verdad? Incluso diría que va bien.

Generoso: Si me permites, hablando en términos económicos, nos deberíamos comparar con el resto de países de la Unión Europea. Pues el consumo de la

sanidad pública en España ahora mismo está en el 7,8%. El gasto público. El gasto privado está en el 3,1%. Si nos comparamos con el resto de países de la Unión Europea, resulta que Alemania, Francia, Reino Unido, Portugal incluso, Países Bajos, Holanda, consumen más que España tanto en gasto público como en gasto privado. Francia, así de memoria, está en torno al 11% en gasto público del PIB y en torno al nueve y algo del gasto privado. Son datos que son importantes recordar, porque esto que está diciendo Emilio se está haciendo a un bajo coste.

### ¿Quién tiene acceso al sistema sanitario público?

**Emilio:** Todo el mundo.

**Generoso:** Sí, todo el mundo, Por el hecho de ser...

Emilio: Por suerte, a día de hoy, otra vez, todo el mundo. Podremos matizarlo...

Aurelio: Ha habido un momento en que aquellas personas que no tenían justificado el trabajo y por otra parte tenían una cuota de ingresos alta de otros lugares, no tenían el acceso a la sanidad pública. Ahora mismo no sé si eso está corregido porque ha habido vaivenes. Luego ha habido un problema muy serio que está más o menos resuelto con las personas migrantes que no tenían papeles. En ese momento, por una normativa que hubo en el año 2012, creo que estas personas no tenían acceso al sistema sanitario nada más que en los casos urgentes y las embarazadas.

Emilio: Mujeres embarazadas y los niños menores de dos meses.

Aurelio: Creo que eso está corregido en gran medida, o no sé si está corregido totalmente. Ese es un problema que surgió como muy importante, porque era algo injusto y bastante absurdo, además de problemático, dejar a personas sin asistencia sanitaria. Para ellos y para toda la comunidad.

### ¿Se accede a todas las especialidades médicas a través de este sistema?

**Emilio:** No. Tenemos todas con matices. Nos miramos porque, por ejemplo, el dentista. Para los niños sí está, pero no para los adultos, excepto extracción de muelas. No está entendido en los tratamientos odontológicos en los adultos. La financiación de las gafas tampoco está incluida.

Generoso: Cirugía estética y yo creo que fisioterapia, podología. Bueno, fisioterapia sí, podología es la que no está incluida. Podología, cirugía estética y cirugía plástica con matices Cirugía plástica es en aquellas ocasiones que a nivel médico se considera necesario, pero la cirugía plástica como tal no está en todos sus matices incluida.

### ¿Cuál diríais que es la especialidad mejor dotada, económicamente hablando?

**Aurelio:** La dotación depende de los equipos tecnológicos que tengan. Lógicamente hay especialidades que están más dotadas precisamente por eso, pero quizás porque lo necesitan. No sé si esto tiene mayor importancia. Lo que sí está mejor dotado a nivel económico para los profesionales es el sistema de trasplantes. Es algo especial en España. Funciona de forma extraordinaria. Me parece que es el primer país del mundo en trasplantes, pero sí que tiene una dotación especial a aquellas personas que trabajan en el sistema, que

son muchas personas. Eso no ocurre en otras especialidades. Estas personas, digamos al final de mes o de año, tienen unos emolumentos mayores.

### ¿En qué se diferencia el sector sanitario público español del sistema privado?

**Emilio:** El sistema público tiene como objetivo prestar un servicio a la comunidad. El sistema privado tiene como objetivo enriquecerse. Punto. Se acabó.

**Generoso:** Es un tema claro. Como consecuencia de eso, el sistema privado atiende todas aquellas patologías que le son rentables. Con lo cual, las que no le son rentables no las atiende. La atención al paciente en el medio privado es a través de un contrato, y en ese contrato van especificadas las atenciones que se llevan a cabo. Con lo cual se está ofreciendo calidad a aquellos que la quieren pagar, que la pueden pagar, perdón. Sin embargo, el sistema público está ofreciendo calidad a toda la población. Esa es la gran diferencia que a las personas en España, que ya tienen más de 40 años y que han nacido en este sistema, aunque en algunas ocasiones protesten, les relaja mucho, porque saben que atención médica siempre van a tenerla y de calidad.

**Emilio:** Estamos hablando de sistema público y sistema privado. Hay incluso situaciones laborales en las que el trabajador se ve abocado, más directa o indirectamente, a acudir a la privada. Un ejemplo sería a través de un mecanismo que se aplica, por ejemplo, al profesorado, pero también a los trabajadores de los ayuntamientos y también a los funcionarios públicos. Ocurre una cosa muy paradigmática. Mientras están en edad joven y por tanto tienen poca patología, permanecen en el sistema privado, pero cuando adquieren una edad y empiezan a sumarse cruces en la lista de patologías, de repente hay un flujo del sistema privado al sistema público. Pero este flujo se puede ver alterado en el tiempo. Si, por desgracia, aparece una enfermedad severa, el ciudadano que estaba en el sistema privado automáticamente va a cambiarse al sistema público que los acoge y los atiende.

**Aurelio:** Esto es una parte muy importante. Yo pienso que primero, el sistema sanitario público atiende la salud de la población, cuando está sana y cuando están enfermos. El sistema privado solamente atiende cuando estás enfermo. Yo no sería tan radical como Emilio. Los servicios privados pretenden tener unos beneficios económicos, pero también aportan un, digamos, un tratamiento a los problemas de enfermedades a la cual acuden las personas que acudan porque pueden. Pero fundamentalmente es que estos servicios, además de que no atienden los aspectos preventivos, pues no son universales, por supuesto. No todo el mundo puede acceder a ellos, solamente las personas que pueden pagarlo, y eso es un punto muy importante. No es entonces equitativo para nada, porque no atiende según las necesidades, sino según las posibilidades económicas que tienen. Esa es la gran diferencia. En España el sistema sanitario privado está contemplado como algo complementario del sistema público y como algo complementario tiene su razón de ser. El problema es cuando el sistema privado quiere copar parte de lo que pertenece al sistema público y quiere adueñarse de lo que está atendiendo el sistema público. Ese es el problema en el que estamos, yo creo que ya desde un tiempo acá.

### En este momento capitalista neoliberal estamos experimentando una progresiva privatización de los servicios públicos; ¿está ocurriendo esto en el sector sanitario?

Emilio: Eso no solo está ocurriendo en Estados Unidos. En este momento está ocurriendo en España, y en alguna Comunidad Autónoma, más. El caso de Madrid

es paradigmático como pueden comprobar, yo soy mucho más radical que el doctor Fuertes. Madrid ha abandonado la atención preventiva y la curativa de muchos de sus ciudadanos. La atención primaria está cerrada, las urgencias están cerradas. Entonces, claro, la gente que puede se está desplazando al sistema privado en lo posible.

**En la descripción se dice que la Federación nace para la “defensa y mejora” del sistema sanitario público en España. ¿Nos podéis explicar exactamente de qué hay que defender a este sistema?**

**Aurelio:** Defendemos el sistema sanitario público tal como está establecido. Un sistema sanitario tipo Servicio Nacional de Salud, con lo que ello implica. Y defendemos que este sistema mantenga la calidad necesaria. Defendemos que siga siendo equitativo. Defendemos algo que ahora mismo es muy importante, (por supuesto, que sea para todo el mundo), pero que tenga una accesibilidad, digamos, normal. Ahora mismo hay, por ejemplo, un problema que es el problema de las listas de espera. Si las listas de espera no son lógicas, no son asimilables, entonces el sistema no está siendo accesible a todo el mundo y está teniendo problemas por los cuales los pacientes o los ciudadanos pueden ir a otro sitio para que les resuelva su problema de salud o enfermedad mejor. El problema es defenderlo de que sea así y defenderlo fundamentalmente a nivel ideológico de todo lo que viene desde hace años del neoliberalismo, que propugna el que cada uno se las apañe como pueda. La individualidad frente a lo colectivo. Y defenderla a nivel ya más práctico, de la absorción de parte del sistema por parte del sistema privado que están potenciando muchos sectores económicos que viven simplemente de las finanzas. Y también sectores políticos que están apostando por dar más potencia al sistema sanitario privado. De eso yo creo que es fundamentalmente de lo que lo estamos defendiendo.

**Generoso:** De hecho, institucionalmente ha habido varias agresiones al sistema. Fíjate, ya en el año 91 apareció un informe, que se llamaba El Informe Abril, en el que ya se abría la posibilidad de privatizar todas aquellas situaciones a las que la sanidad pública no llegaba. Pero a mí me parece que el mayor riesgo que se ha corrido fue con el Real Decreto Ley de abril de 1982, que se llamaba de Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, pero que curiosamente hacía lo contrario, pretendía ser una bomba en la línea de flotación del Sistema Nacional de Salud, porque intentaba volver otra vez a unir la atención médica con el aseguramiento. En ese momento fue serio. Dejaba fuera a mucha gente. Por ejemplo, los mayores de 14 años quedaban fuera.

Entonces hubo que reorganizarlo y ahí la ADSP de Salamanca nos movilizamos activamente. Estudiamos, como hacemos normalmente, el Real Decreto Ley, lo intentamos hacer asequible e hicimos grupos de trabajo, de manera que estuvimos yendo por las asociaciones de vecinos, tanto urbanas como rurales, para informar de la situación y de lo que ocurría realmente, porque nadie hablaba de eso. Solo hablaban de otra parte que llevaba este Real Decreto Ley que era el copago farmacéutico para los pensionistas. Hasta esa fecha, los trabajadores pagaban un porcentaje de los medicamentos, pero los pensionistas tenían farmacia gratuita. Y ese Real Decreto Ley lo que incluía era el copago farmacéutico para pensionistas, que se hacía, bien es cierto, no de forma lineal, sino que se hacía dependiendo de lo que se llamaba la Tarjeta Sanitaria Individual. Entonces había unos porcentajes de pago pero que, aún así, hacía que algunas personas no pudieran comprar. Como llevaba ese copago, se quedó parte de la información a nivel público en esa idea, pero lo que a la Asociación realmente nos importaba era lo otro, porque rompía

totalmente uno de los principios básicos, que era el de universalidad, y por eso nos vimos obligados a defenderlo dando información directa a la población.

**Aurelio:** Una cosa importante para responder a tu pregunta es recordar que cuando en España se hace la Ley General de Sanidad, que es donde empieza todo lo que estamos hablando, estamos en el año 1986 y es el momento cuando empieza a gobernar el PSOE en España. Comienza la Transición a estabilizarse y ya habían estado en el gobierno Margaret Thatcher y Reagan. En ese momento, cuando España empieza a tener un Estado de Bienestar, ya estaba de vuelta todo el mundo. Y entonces, pues claro, cuatro o cinco años después de la Ley General de Sanidad, se estableció una comisión, para el Informe Abril, para dinamitar lo que tenía de progresista la Ley General de Sanidad. A partir de ahí se entiende todo. Siempre hemos estado a la contra, porque empezamos tarde.

**También se habla en la Asociación de querer mejorar el sistema; ¿qué se necesita mejorar en este sistema?**

**Generoso:** La accesibilidad. Es que el sistema sanitario tiene deficiencias. También depende de cómo se gestione. Existe la petición básica de que aumente la financiación. En Castilla y León lo sabemos bien, porque es una de las autonomías que tiene mejor financiación de la Atención Primaria, aunque está muy lejos de lo que se pide. Castilla y León ahora, descontando el gasto en farmacia, está en torno al 16- 17% del gasto de sanidad de Castilla y León. Estamos pidiendo un 25% porque pensamos que es una financiación mínima. Pero no todo es financiación. Castilla y León se defiende diciendo que son los que tienen mejor financiación de España. Pero la financiación per se no sirve. Nos hace falta una buena gestión, porque si gestionamos mal este dinero lo vamos a mal-utilizar, y es el punto clave en el que nosotros nos movemos: en una gestión adecuada. Y nos vamos un poquito más abajo. Los que legislan tienen que dirigir la gestión, pero la gestión hay que llevarla más abajo y esa gestión, incluso a nivel de consejería, consideramos que es muy deficiente. Por tanto, nos encontramos con profesionales saturados, nos encontramos con que no hay tiempo para atender a los pacientes, y con que esos profesionales tienen en su ADN dar calidad de atención. Consecuencia: las listas de espera y la sobrecarga está llevando a esto. Las listas de espera controladas es una forma de autorregulación del sistema público, pero reguladas. El problema es cuando las listas de espera se descontrolan, y el problema es cuando la administración empieza a ocultar datos. Porque cuando las listas de espera se descontrolan (y estoy hablando de lo que más me duele, que es cuando desde Atención Primaria derivamos pacientes a consulta de especialista hospitalario) nos interesa mucho saber cuánto tiempo van a tardar en ver al paciente, que nosotros ya hemos llegado al límite y derivamos. Pero es que resulta que cuando nosotros derivamos damos por hecho que a ese paciente se le va a citar, pero no es así. Ese paciente va a lo que ellos llaman el buzón, y nosotros llamamos el limbo: quedan pendientes de citación y no sabemos cuándo se les va a citar. Es más, en algunos servicios no llegan a saber cuántos volantes tienen pendientes. Eso es un tema muy serio, y es un tema contra el que nosotros obviamente estamos. A eso hay que plantearle soluciones, que las tiene.

**Aurelio:** El sistema tiene un problema de reparto de la financiación porque ahora la financiación va mayoritariamente al hospital y nosotros estamos pidiendo desde hace tiempo que un 25% del presupuesto en sanidad vaya a Atención Primaria, que es la base del sistema. Hay un problema de gestión técnica y nosotros estamos pidiendo desde hace años que los gestores técnicos hagan una formación tipo

MIR y que no sean nombrados simplemente por seguir la formación política que está en ese momento en el poder. Y para que esta gestión sea eficiente y esta financiación sea como tiene que ser, tiene que haber una apuesta política decidida por el sistema sanitario público. Esta apuesta no se ve claramente a nivel estatal y a nivel autonómico mayoritariamente no existe, porque están gobernadas una gran mayoría de las autonomías por la derecha política que no apuesta por este modelo de una forma clara. Yo creo que el problema financiación-gestión son los temas claves y tienen una solución. Pero hay que querérsela dar.

**Emilio:** Un dato para dar pie a lo que dicen mis compañeros. En este momento, en España, se atiende por el sistema público de salud a 47.600.000 habitantes. Hemos dicho antes que cada paciente va unas seis veces al año. Bien, pues en Atención Primaria al año hay 225 millones de consultas, unas 30 diarias por profesional. Los hospitales atienden unos 4 millones de pacientes, y eso son unos 84 millones de consultas al año. Para que se entienda la carga de trabajo. Pero luego también, como siempre digo, el análisis tiene que ir más allá. Cada una de esas consultas tiene un peso, exige un tiempo y una resolución. Pero yo llamo la atención también sobre esto: un profesional que trabaja con una carga inicial y teórica de 30 consultas diarias tiene que tomar decisiones muy importantes junto con el paciente... Es decir, además hay que escucharle, no cabe decir tú haces esto, tú haces lo otro, no; hay que empatizar, hay que acordar y hay que tomar decisiones, y eso 30 veces cada día. Y esto en un momento en que por una inexistente política de reposición de personal en los años pasados, y subrayo lo de inexistente, porque nadie hizo nada cuando todo el mundo sabía, hace 30 o 40 años, que nosotros teníamos 20 y todos entramos en flujo; fue un momento en torno al año 86, en que entró mucho personal y éramos todos muy jóvenes. Luego todos tuvimos 20 años y hacía ya 20 años que teníamos 20 años y empezamos a advertirlo: "oiga, que dentro de otros 20, a lo mejor unos no estamos y otros nos tenemos que ir".

Ha llegado el momento, no hay reposición, sigue habiendo el sistema MIR, se ha aumentado el número de plazas, pero claro, formar un médico o formar un profesional sanitario, un personal de enfermería, lleva un montón de años. No hay solución de hoy para mañana. Hay una ineficiencia en la gestión que a nosotros nos asusta, porque cada vez la vemos más asentada; si la ineficiencia tuviera asiento, pues aquí se está asentando, a veces alabada. Alguien puede pensar que realmente es algo que se quiere que ocurra, para que no se arregle el sistema. Se habla de meter más dinero, te engañan, te meten más dinero, pero no hay un uso racional del dinero. Y sin embargo, la población no solo ha aumentado en número, sino que ha aumentado en problemas. Antes hablaba de las aspas en la patología, cada vez tenemos más aspas porque tenemos más años. Nadie en estos años ha atendido a estas particularidades, y a ir dando el cambio que precisaba el modelo de atención sanitaria, sobre todo el modelo de Atención Primaria (también el de Atención Hospitalaria, por supuesto) para dar sustento y solución a todos los requerimientos de la población.

### **¿Pensáis que la ciudadanía es consciente de la importancia de tener un sistema de asistencia sanitaria público?**

Aurelio: Yo creo que hay una conciencia un poco minoritaria todavía, porque el sector de la población más joven son personas fundamentalmente sanas, que no tienen contacto con el sistema y que no ven el sistema como necesario tal y como es. Eso hace que haya un sector grande de la población que se queda fuera y podría ser el que más fuerza tuviese para la reclamación. También hay un sector, digamos,

económico, de la población que tiene unas posibilidades de tener la asistencia sanitaria pública y además asistencia sanitaria privada. Entonces, para cuando lo necesita, lógicamente tampoco ve esta necesidad. Pero hay un sector, que es fundamentalmente el de gente que tiene problemas, gente mayor que ve los problemas suyos o a su lado, que se van concienciando de que esto no puede seguir así y que tiene que mejorarse. Y sobre todo hay problemas, como las listas de espera, que sí que movilizan a la población. En los últimos años han surgido las mareas blancas que han tenido mucho éxito de movimiento de mucha población y de reclamación de sus derechos. Digamos que quizás no es suficiente, y una parte de nuestra actividad debe ir por ese camino, por concienciar a la población de cuáles son sus derechos y que los defienda.

### **¿Quiénes componen el cuerpo de profesionales del sistema sanitario público?**

**Emilio:** Primero está el personal administrativo de todos los centros que son fundamentales. Celadores, auxiliares de clínica, personal de enfermería, matronas, médicos de Atención Primaria, enfermería de atención primaria, médicos de hospital, enfermería de hospital. Y luego fisioterapeutas, psicólogos. Me dejo a alguien, seguro...

**Aurelio:** Muy minoritarios los psicólogos, desgraciadamente.

**Emilio:** Llevamos hablando de fisioterapeutas y de psicólogos sin subrayar la importante tarea que tienen y la poca representación que tienen en el sistema público. Los trabajadores sociales son otro sector claramente deficitario.

**Generoso:** Muy deficitario. De manera que los trabajadores sociales se dedican mayoritariamente a gestionar las subvenciones que piden las personas, pero no se dedican a su trabajo real, de verdad, que es acudir a casa de los pacientes, ver qué necesidades tienen, hablar con ellos, intentar solucionar lo que no se soluciona en la mayor parte de las veces con subvenciones, que es a lo que se dedican. Pero eso no es algo contra los trabajadores sociales, es algo contra el sistema, porque los trabajadores sociales, los pocos que hay, están tan saturados que no pueden llegar a dar esa información y esa ayuda que realmente se le pide a su profesión.

**Emilio:** De hecho, cuando estás en la práctica, cuando estás ejerciendo, cuando estás cada día en la consulta, las herramientas que realmente más echas en falta, entre otras, es la accesibilidad, agilidad y eficiencia del trabajador social o la trabajadora social. Otro tanto del fisioterapeuta y otro tanto del psicólogo. Porque la asistencia sanitaria, que ya hemos dicho que tiene un volumen de trabajo enorme, no vamos a poder decir realmente qué parte es puramente sanitaria o por enfermedad, porque en muchísimos casos se atienden otras cuestiones de la persona, lo cual está muy bien, pero que requieren otras soluciones. Y las soluciones no son una receta para el trabajador social.

Si pudiéramos hacer fisioterapia cuántos antiinflamatorios, cuántos analgésicos, efectos secundarios y gasto disminuiría. Y de salud mental, cuánta salud mental mejoraríamos o redirigiríamos. Pero no solo entendido como "esta persona presenta un problema, se lo paso a.." No, no: "esta persona presenta un problema y yo, médico de familia, pido la opinión al psicólogo, pido la opinión al fisioterapeuta, a veces, al trabajador social", y con eso voy solucionando los problemas que tiene el paciente. Yo creo que ese es un gran defecto de nuestro sistema de salud.

### **Teniendo en cuenta los problemas que habéis ido mencionando, ¿diríais que existe un cierto malestar en las personas que trabajan dentro del sistema sanitario?**

**Aurelio:** Hay un malestar, no por el trabajo en sí, porque hasta ahora, por lo menos lo que yo he conocido, hay satisfacción en el trabajo en prácticamente todos los sectores de la profesión sanitaria. Existe un malestar porque muchas veces hay precariedad en el puesto de trabajo, porque los salarios muchas veces tampoco son los adecuados y porque falta personal, como hemos dicho, en algunas especialidades de una forma escandalosa (psicólogos o fisioterapeutas, por poner ejemplos, o trabajadores sociales). El malestar yo creo que viene de ahí. Sí existe malestar, claro que existe, pero fundamentalmente porque quizás desde la administración pública no se les está tratando como se debiera tratar.

**Emilio:** Otra vez el problema de los gestores. Un déficit de gestión, una mala gestión está creando una situación laboral, un escenario laboral, que lleva a que la gente esté...Llevo pensando qué adjetivo calificar, porque tampoco quiero utilizar el de "burnout", o el de quemado. Voy a decirlo de otra manera. Los profesionales sanitarios llevamos muy metido dentro el concepto de cuidar y nos gusta hacerlo bien y no podemos hacerlo bien porque nos faltan medios. Y a veces el principal medio que nos falta es el tiempo, porque si estoy yo solo, ya lo intenté explicar antes, pues no llegas, no tienes tiempo, a veces todo queda por solucionar.

**Generoso:** Y hay otro factor importante, que es el reconocimiento por parte de la Administración Pública del trabajo que estás haciendo. La Administración tiende a igualar en todos los aspectos. Igual trabajo, en teoría, igual sueldo digamos. Pero no me estoy refiriendo solo a lo que te pagan a final de mes, me estoy refiriendo al reconocimiento, como tal, del trabajador. Y ahí echamos en falta una diferenciación positiva por parte de la Administración y una estimulación por su parte para que exista esa diferenciación positiva. Y no existe. De manera que al final el profesional que aporta más, como decía Aurelio, por su forma de ser y por su forma de pensar, pues aporta mucho más que otros que no dedican ese cuidado. La Administración tendría que hacer una discriminación positiva clara entre unos profesionales y otros y tendría que ir un poquito más allá, como podría ser el trabajo por objetivos, como podría ser el evaluar la actividad real de cada uno de los profesionales.

### **¿Pensáis que esa sensación de malestar se intensificó con la pandemia del COVID?**

**Emilio:** En todas partes la pandemia a todo el mundo le costó un precio, pero como estamos hablando de España y del sistema público de salud, voy a hablar de eso. Cuando durante una serie de meses, sin saber muy bien qué estaba pasando, ni qué iba a ocurrir, un montón de profesionales se metían cada mañana en un buzo pues sufrían la condición de trabajar en un buzo. El ser humano tiene que beber, excretar y comunicarse y con un buzo todo eso se hace muy mal. Y además tiene que volver a su casa y allí estar con hijos, con su familia. Esa fue la situación. En aquel momento se nos aplaudía desde los balcones en España pero después, una vez que pasó eso, no ha habido una toma de conciencia de la situación, una evaluación y un análisis de eso y del ejercicio cotidiano.

El otro día estábamos en una reunión con un equipo de gestión de Castilla y León y yo reiteradamente les preguntaba si ellos eran capaces de si yo les decía un profesional o una profesional de esa área de salud, si me podían decir qué hacía. No saben, no saben lo que estamos haciendo. Con lo cual, el hecho de que nadie vigile tu trabajo

y que en esta empresa el trabajar sea voluntario, contribuye a frustrar también. Y la tercera cosa, y con esto acabo, es que se genera una dinámica muy peligrosa, y es un efecto perverso. Y es que el que trabaja se lleva todo el trabajo. Porque si yo tengo que ponerme en contacto con mi compañero, tan accesible, tan amable, tan inteligente, tan culto, que estudia en el hospital para preguntarle sobre un problema de medicina interna, y no miro a nadie...entonces siempre voy a llamar a Generoso, voy a llamar a Luz María y voy a llamar a Emilio...y va a caer el trabajo sobre una sola persona. No es una, ni son tres, entendemos que son muchas personas. Tampoco hay que entender que el sistema público esté lleno de vagos y maleantes. Todo lo contrario. Está lleno de gente muy voluntariosa y por eso el sistema público de salud sigue funcionando bien, porque los que trabajan en él, desde celadores a médicas ponen cada mañana todo lo que tienen en el desempeño de su tarea. Contra viento y marea.

### **¿Cómo se podría mejorar el flujo del sistema sanitario para evitar su colapso?**

**Generoso:** Hay que adaptarse a la evolución del tiempo. Lo apuntaba Aurelio y es verdad. Yo, según lo estaba hablando, me estaba acordando de que él lideró ciertas cosas que a mí me ayudaron mucho. El Sistema Nacional de Salud cuando nació atendía, en su mayoría, patología aguda, pero la población ha envejecido, y ahora la población que se atiende es patología crónica, y el sistema no estaba muy preparado para eso. Y es una de las razones por las que se ha saturado. En un momento dado, cuando yo ya trabajaba en Salamanca, Aurelio lideró lo que se llamó la UCA, la Unidad de Continuidad Asistencial. Nos organizamos para atender al paciente pluri-patológico, que es aquel que tiene, si mal no recuerdo la definición, dos o más patologías crónicas. Entonces, hay que organizarse también para atender a esa población. Si no hacemos nada, nos saturamos. Si no hacemos nada, saturamos Urgencias, que por eso Urgencias está siendo ahora la puerta real del sistema.

El problema ahora de la pirámide de la sanidad pública es que la puerta natural del sistema es la Atención Primaria y son los Centros de Salud. Y ahí funciona bien para lo que estaba diseñado. Pero como ha habido un problema de accesibilidad, de saturación, el paciente tiene que acudir a algún sitio, y donde le siguen atendiendo, aunque sea con seis horas de espera, es en Urgencias. El problema es ese. El problema es que la puerta de entrada ahora al sistema es Urgencias, y por eso se está alterando todo. ¿Qué pasa? Que nos tenemos que organizar y tenemos que evolucionar. Curiosamente no sé de dónde surgió la idea de la UCA, me imagino que a nivel institucional, pero tú fuiste quien lo llevó a la práctica.

**Aurelio:** Lo que intentábamos desde allí era, fundamentalmente con la UCA, tener un contacto mucho más directo con la Atención Primaria y ese contacto hacía que pudiéramos resolver dos tipos de problemas que no se resolvían en el tiempo que era necesario que se resolviesen. Y eran: problemas que desde Atención Primaria veían que eran urgentes de diagnosticar y tratar, por sospecha de tumores, por ejemplo. Y por otra parte, el enfermo pluripatológico, que era un enfermo que consultaba todas las especialidades médicas y al que muchas veces no se le daba una solución. Fue una forma de abordar esto, pero yo creo que lo principal, lo que se intentó fundamentalmente, era que hubiese una relación más fluida con la Atención Primaria; que el hospital no fuese algo estanco y la Atención Primaria algo estanco, sino que hubiese un flujo continuo que hiciera que las cosas que se necesitaban no se demorasen y fuesen lo más rápidas posible. Creo que es otro de los problemas del sistema.

**Emilio:** Una cuestión que desde el principio es importante es que la Atención Primaria de salud está resolviendo en torno al 95% de los problemas que aborda. Ni siquiera pasarían al nivel hospitalario, pero ese otro porcentaje, que es un porcentaje muy importante, necesita un flujo rápido, y eso fue lo que se consiguió y eso es de lo que nos falta.

**Generoso:** Claro, y a eso es a lo que me refiero, que hay que evolucionar, que hay que irse adaptando. Para los médicos de familia la comunicación entre primaria y hospitalaria es clave y repercute sobre todo en el paciente que es el centro de atención. Entonces, que ante una lista de espera descontrolada aparezcan soluciones, que por un lado, que es el punto principal, atiendan al paciente en tiempo y forma, y por otro lado, de forma secundaria, mejore la lista de espera y desature Urgencias, es clave.

Hemos tocado un tema importante, que es que hoy día es imprescindible que la comunicación entre primaria y hospitalaria sea directa y real. De manera que ahora la Administración parece que tiende a alargar la continuidad asistencial a otras especialidades hospitalarias, pero hasta ahora no hay nada. Es algo que estamos pidiendo desde Atención Primaria, lógicamente. Cuanta mejor comunicación haya con hospitalaria, mejor beneficio para el paciente, sin duda. Además evitaremos otra cosa, y es que entre dimes y diretes, en algunas ocasiones acabamos atendiendo al paciente cuando ya es tarde, y entonces la patología empieza a ser mayor, incluso los ingresos empiezan a ser más. Si atendemos a los pacientes cuando hay que atenderlos, estamos disminuyendo los pacientes que van a Urgencias, pero de resultas estamos disminuyendo el número de ingresos, y a la larga estamos disminuyendo la mortalidad. No estamos hablando de la satisfacción del paciente para ser bien atendido y que quede a gusto. Estamos hablando de mortalidad y eso es muy serio y depende de la Administración manejando y reconociendo a los profesionales, tanto sanitarios como no sanitarios, que trabajan para el Sistema Nacional de Salud.

**Se suele pensar del cuerpo médico que estamos ante trabajos muy bien pagados que se trata de personas que viven por encima de la media y que disfrutan de toda una serie de beneficios asociados al mercado sanitario. ¿Qué hay de falso en estas percepciones?**

**Emilio:** Esta es la pregunta que Luz Mari me venía contando. Como dije, la doctora Martínez no podía venir y lo respondemos entre todos. Se piensa que el médico vive fuera de la sociedad. No paga la hipoteca, no tiene hijos en el colegio, no tiene madre o padre a quien cuidar, etc.... hablo del médico, pero también se podía extender al resto de las profesiones. No solo no es eso, sino que todo trabajo requiere un sueldo, un beneficio económico, ¿verdad? Uno pone lo que tiene, que es la fuerza del trabajo, pero tú necesitas pagar la hipoteca, así nos entendemos todos. Y a lo mejor hay que pagar el nivel de responsabilidad y el esfuerzo que supone y consideramos que no es el caso en España. Creemos que este trabajo está infravalorado, infra-pagado, que se paga poco. Antes Aurelio ponía el ejemplo de la gente que trabaja en el servicio de trasplantes. El nivel de responsabilidad que intenté explicar antes es muy grande, por tanto consideramos que quizá no está bien pagado y que está pagado demasiado por igual y que no hay un pago en base al esfuerzo, al trabajo, la responsabilidad o al volumen de trabajo. Es decir, a los casos complejos que uno aborda o a los no complejos que uno aborda. Que la parte del sueldo que va vinculada al trabajo en Urgencias es excesiva en Atención Primaria, eso nos llevaría por otro camino, pero eso hace que los profesionales, lícitamente, pongan su trabajo

donde les van a pagar más y eso genera otros problemas ¿verdad? Y además, los profesionales sanitarios no tenemos un sistema de formación continuada adecuado.

Lo que tenemos es un sistema fundamental basado en la cooperación entre médicos. Aquí aprendemos por cooperación. Porque Gene me enseña, porque Aurelio me enseña, porque yo puedo enseñar a alguien. Porque si él sabe algo, me lo cuenta. Y ese flujo de información en los equipos de Atención Primaria, en los servicios hospitalarios, es consustancial al sistema. Aquí no está bien visto el guardarse información. A mí me llamó mucho la atención en algún momento de mi vida que pasé a las tareas administrativas que, de estar fluyendo la información, pasó a que se escondía la información, cuando no te engañaban. Y cuando volví a la atención otra vez fluyó la información. Esa parte es esencial. Pero la otra, la de poderte capacitar, adquirir una habilidad, adquirir un conocimiento, irte a otro servicio, a un congreso a presentar algo ...pues para eso has tenido que tener tiempo. Generoso lo decía antes, no solo es el pago en dinero; es el pago en reconocimiento y también en tiempo. En tiempo de podernos formar, en tiempo de que: "claro, yo tengo que presentar un proyecto... yo quiero ir a aprender ecografía de articulaciones, y donde lo saben muy bien, y he encontrado esta persona que me enseña en tal sitio, y yo para eso necesito un mes de asuntos propios". En algún momento, personalmente yo he contado con ese tiempo. Pero no está extendido, son excepciones. Y eso hace que los profesionales sanitarios, y los médicos en particular, nos consideremos mal retribuidos.

**Aurelio:** Es una pregunta complicada, pero yo a nivel global lo resolvería con una frase que existía y que todavía existe, pero afortunadamente menos, que era cuando se refería en los medios, por ejemplo, a los médicos: se decía la "clase médica". No hay, ni ha habido nunca, clase médica, obviamente. Hay médicos que viven muy bien y otros médicos que viven regular y algunos mal. En efecto, ese mito del médico súper estupendo que gana muchísimo dinero, que va a todos los congresos, que le pagan tal y cual existe, pero es absolutamente minoritario.

La inmensa mayoría de los médicos son profesionales que trabajan bastante, que tienen una responsabilidad importante, que se tienen que formar continuamente, en gran medida a su coste. Y esos médicos posiblemente no están lo retribuidos que deberían estar para lo que hacen. Pero esto puede ser discutible, porque habría que ver también y compararnos con otros profesionales que tengan una formación similar y un trabajo similar. Y luego hay también un mito que yo creo que hay que manejarlo bien, que es que en España los médicos cobran muy poco y en el extranjero cobran muchísimo. Bueno, eso hay que ajustarlo por el nivel de vida de cada sitio y entonces la cosa pues a lo mejor no queda tan escandalosa. Yo estoy de acuerdo en que los salarios de los médicos que trabajan en la sanidad pública posiblemente no son adecuados, y eso debería de hacer que no tuvieran que acudir a otros tipos de trabajos en la privada, o hacer excesivas guardias, o trabajos extras en el hospital o en Atención Primaria. Esto se debería de ajustar a lo que se viese razonable. Y hoy por hoy esto no parece que se esté moviendo. Sí se están moviendo algunas cosas en relación precisamente con las guardias médicas.

**¿Qué cuidados reciben las personas con diagnóstico terminal dentro del sistema sanitario público? ¿Se le garantizan a esta persona cuidados paliativos?**

**Emilio:** Si una persona ha acudido a nuestras consultas con una situación que llega a ser terminal hay personal médico que a veces

ofrecemos nuestro teléfono móvil durante esa etapa de la vida. Y pasan a lo que nosotros llamábamos ser “pacientes VIP”.

En el Centro de Salud de la Alamedilla lo conocían hasta los administrativos que atendían las llamadas y sabían que si llamaba uno de esos “pacientes VIP” a Luz Mari, a Emilio, a Elena, a Luis o a mis compañeros se nos pasaba la llamada. Atendíamos a un grupo de población concreto, conocíamos a las personas, teníamos contacto directo con pacientes y con el personal de enfermería, no olvidemos. Si algo hemos intentado transmitir a las personas residentes es que no se puede dejar solo al paciente. Esa es la responsabilidad de la que partimos, a un paciente siempre hay que acompañarle y en situación terminal no se le puede dejar. Él tiene que saber, ella tiene que saber que estamos ahí siempre. Dicho esto, resulta que en una provincia como Salamanca hay los médicos de familia que hay; hay un equipo de paliativos para una ciudad de 130.000 habitantes y un equipo de paliativos para la provincia que está dispersa en pueblos a 90 o 100 kilómetros de la capital. El equipo es trabajador social, a veces psicólogo, personal de enfermería y médico o médica...

**Generoso:** En la parte hospitalaria también ocurre lo mismo, está infradotada, entonces no llegan a cubrir esto. Lo que estaba diciendo Emilio, esa es una visión de la primaria, pero hay otra visión de la primaria. Como aquí, tristemente, gran parte del trabajo depende de la voluntad de cada uno, yo quiero hacer hincapié en la otra parte de la primaria. El médico de atención Primaria que está saturado, que no se quiere comprometer tanto, porque está hasta arriba y porque le dan las tres y media y sigue trabajando, cuando le llaman para un paciente paliativo, por un lado porque está saturado, pero por otro lado, no olvidemos, porque hace tanto que no ve paliativos que ya no sabe cómo manejarlo. Esto es difícil decirlo de un profesional sanitario porque parece que lo tenemos que saber todo, pero es como todas las profesiones, lo que no manejas se te olvida, si es que lo aprendiste alguna vez. Entonces solo tiene una solución que es tirar de teléfono, llamar a paliativos y enfadarse si paliativos no va a ver a la persona.

Pero en muchas ocasiones esto depende de paliativos. Y eso es importante, porque esos pacientes, al final, reciben la atención tarde. Por eso volvemos otra vez con lo mismo: no se puede tratar a todos los profesionales por igual. No puede ser. Ese es el cáncer auténtico del Sistema Nacional de Salud ahora mismo, que la administración está tratando por igual al que hace lo que está diciendo Emilio y al que hace lo que estoy diciendo yo. Y eso hay que solucionarlo de una vez.

Lo estamos intentando solucionar, volvemos con lo mismo, con la continuidad asistencial, con la comunicación directa con paliativos. Y ahí viene la parte bonita, me salto a lo bonito. La parte bonita es que cuando un médico de primaria, que hace mucho que no ve paliativos, pero por necesidad profesional tiene que atenderlos, se pone en contacto con paliativos y llega la parte que realmente repercute satisfactoriamente sobre el paciente y es que le atienden los dos, de forma coordinada. Entonces llega un momento en que paliativos se desnuda y le dice al médico de primaria: “perdona, yo a este paciente no le puedo atender más que una vez cada 15 días”. Y el médico de primaria, que está por la labor, aunque no tenga formación, dice: “vale, nos ponemos de acuerdo. Yo le voy a ver los 14 días restantes, me preocupó, y en cuanto tenga un problema te llamo”. ¿Qué pasa? Que el círculo vicioso se convierte en círculo virtuoso, y de pronto, el médico que no se preocupaba de paliativos se empieza a preocupar, empieza a manejar, empieza a entenderlo, ya sabe manejar muchas cosas, le empieza a ver la satisfacción profesional, y el paciente tiene esa repercusión

positiva que todos queremos. A lo que me estoy refiriendo es que estos compañeros, que tiran de teléfono y se enfadan porque no hay suficiente personal para atender a los pacientes paliativos, no se pueden quedar ahí. No podemos quedarnos en pedir profesionales: “que pongan más médicos de paliativos”. Sí, efectivamente, estoy cien por cien de acuerdo con lo que dice Emilio pero hay mecanismos reales de solución que hay que poner en marcha. Y eso, siempre digo lo mismo, acaba repercutiendo en el beneficio del paciente, y en este caso, del profesional.

### **¿Está preparado el sistema sanitario público para afrontar las peticiones que lleguen con la Ley de eutanasia?**

**Generoso:** Si hablamos claro, cuando a un médico de primaria, si me equivoco, por favor corregidme, le viene un paciente pidiendo organizar su muerte digna, el médico, o está muy organizado o se le ponen los pelos como espinas, porque en principio tiene que abordar algo para lo que no está preparado. Claro, la medicina que estamos ejerciendo ahora no tiene nada que ver con la medicina del año 1980, cuando nosotros empezamos a trabajar. Hemos aprendido muchas cosas y esto también hay que aprenderlo. Pero es que esto, además, conlleva otra parte, que es la parte de si realmente queremos atender a estos pacientes, porque éticamente algunas personas se plantean problemas. Pero es que estamos atendiendo a personas que tienen un derecho y hay que dárselo. Y eso es una obligación, y es una palabra que es muy difícil de decir, pero es una obligación que hay que darle a esa persona. Por tanto, el que quiera tiene que aprender.

Vuelvo con lo mismo de paliativos, no solo hay que aprender también hay que darle solución a esa persona. Eso empeora más cuando la administración rema a favor del que no quiere. Entonces se complica todo sobremano y surge lo que yo decía al principio de la entrevista, de que al final ocurre lo que nadie quiere y es que el paciente resuelve suicidándose. Ese es el auténtico problema. Y eso es lo que hay que evitar. Entonces, a esas personas que les cuesta tanto, a esa administración que, por los principios que sean, se niega en cierto modo, o retrasa el poner en marcha esta ley, hay que recordarles que hay personas que están resolviendo por su cuenta, malamente, resolviendo mal. Y a eso hay que darle una salida.

**Aurelio:** No sé. Es complicado. Yo realmente no lo sabría decir. Como estamos comentando hay problemas muy importantes con los paliativos, y aún más importantes con la eutanasia para que se lleve a efecto. Eso es evidente. Otra cosa es cuando a una persona le llega su final y está en su casa, en su domicilio, o está en el hospital. Yo creo que en esas circunstancias, en general, quiero pensar que se muere bien. Yo estudié ya hace muchos años y obviamente el apartado de cómo tratar la muerte no se hacía en las facultades de Medicina. Dudo que ahora se haga, o que se haga de forma como debiera hacerse.

**Emilio:** No se hace.

**Aurelio:** Bueno, también habría que ver Facultades y Facultades, pero aquí no se hace. Eso es un problema, pero lógicamente la gente ha aprendido. Recuerdo mis primeros años de MIR, la angustia cuando veías que se moría una persona y que tenía una disnea, que se ahogaba y no sabías muy bien qué hacer. Yo creo que eso ahora mismo está solucionado y además sería mala praxis según la deontología de los Colegios de Médicos, que no es precisamente lo más progresista del país, no atenderle dignamente en ese momento. Yo creo que habría que

diferenciar esos aspectos entre lo que son los cuidados paliativos, que suelen ser durante un tiempo, de lo que es la eutanasia, que hay problemas serios de lo que es la muerte cuando llega el momento y está todo preparado en el hospital o en el domicilio. Yo creo que ahí se atiende correctamente. En general.

**Generoso:** Añadiría una cosa. Ha habido una época en la que las personas morían en su mayor parte en el hospital. Eso ha ido cambiando y ahora las personas, a lo mejor influido un poco también por los profesionales, que yo creo que es básico, tienden a morir en su domicilio y ahí entra la atención Primaria. Y la atención Primaria ahí es donde tiene que ejercer su papel de que esa persona muera bien. Claro, la sedación entra dentro de ese apartado. Hemos evolucionado mucho. Cuando estaba hablando Aurelio del hospital yo me estaba acordando de mi pueblo y fijate, la cosa estaba tan mal manejada que cuando tenías un paciente terminal para quien ya no tenías herramientas para atender, te costaba muchísimo ir a verlo, muchísimo. Y la gente moría mal, efectivamente. Todo eso ha cambiado. Ahora no solo no ves bien no ir a verlo, sino que aumentas la frecuencia de visitas, para intentar ayudarlo y que muera tranquilo, que es como tiene que ser y haya una buena muerte. Pero yo creo que ahí hay un campo que todavía nos queda un camino que recorrer.

### **¿Podéis darnos una definición de “muerte digna”?**

**Emilio:** Descartando, dejando a un lado la muerte elegida libremente, yo entiendo por muerte digna aquella a la que se llega con el máximo de sosiego psicológico y el mínimo de sufrimiento físico. Si puede ser: acompañado. En un ambiente reconocible. Si puede ser: donde hayas vivido. Y que lo que veas a tu alrededor sea gente que te quiere. Y si no hay gente que te quiere, al menos gente que te cuida.

**Aurelio:** Me parece que lo has dicho muy bien.

**Generoso:** Totalmente de acuerdo.

### **En España se habla de dos millones de personas que no pueden costearse medicaciones; se llega a hablar de una situación de pobreza farmacológica. ¿Nos pueden explicar qué causa esta situación?**

**Emilio:** Antes lo planteábamos. En España ocurre una cosa, y es que cuando te hacen una prescripción médica, te hacen una receta en un documento específico, especial, o informáticamente, que te da acceso a la compra en farmacia de un medicamento. Según tu situación puedes tener que pagar todo, si no está financiado, o una parte si está financiado por el sistema de salud. Esa parte va a depender de tu nivel de rentas, que lo explicaba antes Generoso con el TSI, que hace que pague más quien más tiene. Si también eres pensionista, aunque eso disminuyó porque hubo un momento en que los pensionistas jubilados en España no pagaban nada en la Seguridad Social, eso cambió. Por otro lado está el precio del medicamento. Yo mantengo una tesis que no es nada científica, que es que cuanto más útil es un medicamento más barato es. Entonces, los medicamentos básicos generalmente tienen un coste bajo, pero están entrando en la farmacopea medicamentos que cada vez tienen mayor coste. Por lo tanto, la proporción que tiene que pagar el paciente es mayor, y eso hace que haya gente que no llega. En la página de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública está accesible un artículo, que escribió nuestro compañero Maxi Diego, sobre un caso paradigmático, que siempre nos sirve como ejemplo, del paciente que se echa a llorar en la consulta cuando le pregunta su

médico si se ha tomado la medicación. No se la toma. Pero eso a él se lo dijeron. A muchos no nos lo dicen. “No me la estoy tomando porque tengo que decidir si le compro la comida a los chicos o si compro la medicación”. Nosotros, hablo de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, lo consideramos un copago y estamos en contra de ese copago. Si hay que pagar se hace el cálculo y lo pagamos con impuestos. Pero a esa hora, a lo mejor, hay que homogeneizar mucho más. Y hay que pagar lo que es útil y lo que se necesita, y lo otro, sacarlo de la cartera de medicamentos. Otro tema es que cada vez salen medicamentos que parecen más eficientes para el tratamiento de algunas enfermedades. Estoy pensando en enfermedades cardiovasculares. Te pones una inyección al mes y tu colesterol baja, si tienes dinero para pagarlo. Pero es que entonces mañana vamos a tener que decidir si pagamos el medicamento a una persona de 67 años o si le pago el tratamiento a un niño de 14, por poner un ejemplo. Es así. No es de otra manera. O puede llegar a ser así. Estamos viendo cómo aumenta el costo en farmacia. El sistema público de salud son 94 mil millones de euros al año. Bueno, 13.000 son costes de farmacia.

**Aurelio:** Un 20%.

**Emilio:** El 20% es mucha parte y cada vez va a más.

**Aurelio:** Lo que pasa es que ese gasto en farmacia se va fundamentalmente en medicamentos hospitalarios, además para no demasiadas enfermedades. Son enfermedades que normalmente no tienen otro tratamiento. Al principio dijimos que la sanidad pública en España era gratuita en el momento del uso. Nunca ha sido verdad esto. O sea, siempre ha habido un copago farmacéutico, que podría llegar a ser importante, hasta un 40% más o menos del coste del producto. A esto se ha añadido después lo de los jubilados, que dio lugar a un movimiento bastante serio, porque entre los jubilados estaban los más enfermos, polimedcados que tenían que pagar mucha farmacia. Ahí es cuando se ha empezado a estudiar el problema de la pobreza farmacéutica, que en efecto existe. ¿Cómo se puede solucionar esto? Pues está claro, eliminando copagos. Si tiene que haber algún copago, tiene que ser en función de la renta, no en función de “para todos igual”, por ejemplo. Y después hay una responsabilidad grande de la Administración a la hora de negociar con la industria farmacéutica, y de la industria farmacéutica, que realmente pone unos costes a los medicamentos que no están ajustados a lo que han investigado o a lo que necesitan, sino unos sobrecostes que son absolutamente de locura. Yo conozco un poco el tema a través de los fármacos que se utilizaron para el tratamiento de la hepatitis C, o antes del VIH, y cómo estos costes eran. Por ejemplo, un fármaco que se utilizó para la hepatitis C valía como cuatro veces más en España que en Egipto. En Egipto lo habían puesto muy barato porque había muchos pacientes y era la única forma de introducir el fármaco y aquí era mucho más caro. Causó el problema de que al principio estos tratamientos solo se hiciesen en una serie de personas, que eran los que estaban peor. Después afortunadamente esto se solucionó, pero creo que es un debate abierto, un debate complicado que implica a muchas instituciones y a mucha gente. Pero realmente lo primero sería solucionar el problema de esta gente que tiene esa pobreza y lo mismo que se abordan situaciones especiales, como es la pobreza energética o la pobreza de otro tipo, habría que ir también a ese grupo de personas que tienen este problema. A veces las soluciones amplias para todo el mundo son las ideales, pero a veces hay que solucionar problemas de colectivos pequeños y después, a partir de ahí, solucionar todo, porque si no ese colectivo pequeño lo va a pasar muy mal.

### **¿Creéis que en las facultades de medicina se forma a los futuros médicos en cuestiones relativas a la organización y defensa del sistema de sanidad público?**

**Aurelio:** La formación que ellos están recibiendo, y que a ellos en este momento les interesa, es una formación en problemas médicos, de enfermedades o problemas de salud. Pero problemas que tienen que ver con la organización sanitaria lo ven como muy lejano. Es muy difícil. ¿Qué podemos hacer nosotros? Yo creo que hacer estudios al respecto, opinar sobre ello. Normalmente seguimos opinando a través de la prensa, ahora mismo prensa digital, o a través de algunos manifiestos o algo por el estilo, y seguir en nuestras actividades de defensa con planteamientos que pueden llegar o no a estos estudiantes. Yo creo que quizás sea más fácil llegar a los médicos jóvenes. Pero también el problema es un poco lo mismo. Hace poco escribí en la prensa un pequeño artículo y decía que para nosotros el ser médico ha sido algo consustancial a nuestras vidas. O sea, el ser médico era todo, todo lo demás quedaba muy al margen, quedaba al margen el ocio, quedaban al margen los viajes, quedaba al margen muchas veces la familia. Yo creo que eso se entiende cada vez menos entre los sectores más jóvenes. Ahora mismo lo que predomina en los sectores más jóvenes es ver la medicina como una profesión, e intentan hacer esa profesión lo mejor posible. Pero quizás no van más allá. Ir más allá es ir más allá en lo comunitario, no solo en lo que tienes ahí enfrente el enfermo o el Centro de Salud, sino ver un poco la comunidad y ver qué puedes hacer con la comunidad completa en los aspectos de salud y de prevención, etcétera. En ese terreno se enmarcaría un poco la lucha política o sindical, o la lucha asociativa como nosotros. Yo creo que los profesionales médicos más jóvenes, quizás, este último apartado lo descuidan un poco.

### **¿Se necesitaría reestructurar el currículo que se enseña en las Facultades de medicina?**

**Aurelio:** Yo creo que no se necesitaría tanto una reestructuración como adaptar las cosas a lo que es prioritario, y también a los tiempos, porque estas cosas son prioritarias ahora, pero eran prioritarias también hace 40 años, y luego adaptarlo a los tiempos. Ahora viene el tema de la inteligencia artificial, o cosas por el estilo, que habrá que empezar a que la gente se mueva en ese terreno, porque si no vamos otra vez tarde. Yo creo que sí, que hay que adaptar los currículos a lo que está ocurriendo, a lo que es prioritario y a lo que está ocurriendo ahora, que no ocurría hace diez años. Es más, es que a los estudiantes de medicina se les está formando para cuando acaben en seis años. Y sí que nos entretenemos mucho en la carrera, por ejemplo, en explicar los fármacos que hay que dar para la hepatitis C, que ahora hemos comentado. A lo mejor la hepatitis C ya no es un problema cuando ellos acaben la carrera, entonces que aprendan también a buscar información, a formarse por sí mismos, porque antes hemos hablado de la formación y lo importante que es la formación con los compañeros, pero la formación, en principio, es responsabilidad de cada uno. De cada uno. Yo soy responsable de mi formación y si yo entendía que tenía que recibir esa formación del compañero o de una institución, me tengo que preocupar también por defender ese derecho. Y eso hay que aprenderlo desde el primer día en la facultad. Hay muchas cosas por hacer.

### **¿Qué mantiene vuestra energía y vuestra dedicación en esta lucha a favor de la sanidad pública en un marco complejo de crisis sistémica?**

**Generoso:** En primer lugar, que estamos convencidos de que esta es la solución. Estamos convencidos de que la mejor manera de que llegue una medicina y una

atención sanitaria de calidad a toda la población es a través de este sistema, del Sistema Nacional de Salud. Estamos convencidos que además es eficiente, es la mejor manera de hacer que llegue la mejor atención de calidad a un precio menor, y se consigue de esta manera que se les atienda. Pero es que además estamos seguros de que es factible. No solo es eficiente, es que es factible.

Desde el año 86 está ocurriendo, está funcionando, pero está empezando a tener defectos. Entonces creemos que alguien tiene que llamar la atención, dar la voz de alarma, de que esto tiene solución, y estamos metidos ahí. Pensamos claramente que esto tiene solución. Entonces intentamos poner esas soluciones en manos de la administración, en manos de la población, y eso es lo que nos mueve a seguir aquí. Claro, también nos mueven más cosas. Cuando estamos convencidos de que esta es la solución, cuando vemos que hay una interferencia política, en muchos casos social también, porque el neoliberalismo ataca, y ataca despiadadamente sobre el sistema. No olvidemos que aquí hay una bolsa económica importante que estamos intentando parar, porque la sanidad es muy atractiva económicamente. Sabemos que estamos remando totalmente contra la corriente y eso es lo que nos mueve. Pero lo más importante que me mueve y ya hablo a título personal, es que yo solo, eso no soy capaz de hacerlo, no soy capaz de moverme de mi casa. Entonces, lo que realmente me da fuerza son mis compañeros.

**Emilio:** Pues es así, no sé para qué voy a decir más. Aurelio comentaba en aquel artículo suyo que ser médico para nosotros ha sido una forma de vida. Y ser médico para nosotros "es" una forma de vida. Nosotros hemos tenido que dejar la actividad clínica, pero en ningún caso hemos querido, queremos, ni podemos, dejar la actividad intelectual sobre el sistema de salud, porque pensamos que el sistema de salud es lo suficientemente bueno, ya lo ha explicado Generoso, como para mantener su defensa, y porque creemos que el no hacerlo genera sufrimiento. Porque en el fondo de lo que estamos hablando, como [cuando] hablábamos de la muerte digna, es de que la gente lo pase un poco menos mal. Es decir, nosotros creemos en el concepto del Estado del Bienestar. Ayer lo pensaba mientras caminaba. Es que nosotros no queremos ser ricos, queremos que todo el mundo tenga cubiertas sus necesidades y sus necesidades, como me enseñaron en otro país y en otro continente, a veces es tener una piscina, pero estar tan sano como para llegar a bañarte, o si no estás tan sano que alguien que te cuida o que te quiera te ayude a bañarte. Pues esa es nuestra idea. No podemos parar. Yo no puedo parar. Y la fuerza me la dan los otros es la cooperación, la constelación, la creación de esa red. El que tú veas que te merece la pena pensar en lo que estás viendo, reflexionarlo y que vas a ser escuchado por alguien para recibir unas críticas, a veces demoledoras, que no hacen daño porque vienen de gente que piensa, y cambias la idea.

**Aurelio:** No sé, yo creo que está todo dicho. Yo refuerzo lo que comenté antes de ser una forma de vida que ha sido para nosotros, durante muchos años, y que sigue siéndolo, aunque ahora con unas exigencias menores. Yo creo que dentro de la exigencia del ser médico está el ser activista por la salud. De esto también se habla poco, pero sería importante que un médico tenga esa conciencia. No basta con ver al enfermo que tienes enfrente, o resolverle el problema, sino ver el problema que hay de toda esa gente que está detrás del enfermo. Yo digo muchas veces que no basta con ver al paciente y atenderle lo mejor posible (al paciente que tienes delante), que tienes que valorar también lo que hay detrás de la silla donde está el paciente, y detrás está toda la comunidad. Por eso no te puedes quedar solamente a atender a esa persona y resolverle el problema, que es fundamental,

tienes que ir más allá y ser activista para que el resto de la comunidad no llegue a esa situación, o si llega, pueda llegar también a ti para que se lo resuelvas. Y con esa mentalidad de ser activista por la salud, que es algo que alguno tenemos claro que hay que hacer cuando eres médico, pues eso es lo que te lleva a estar aquí durante muchos años, y a estar aquí todavía con lo que se puede.

**Desde la Constelación de los Comunes (CC) estamos trabajando en la producción de un imaginario útil y propositivo que anime a la participación ciudadana en la transformación del sistema hegemónico. ¿Podéis compartírnos alguna buena noticia?**

**Emilio:** Oh, sí, yo creo que sí. La primera es que sigue existiendo el Sistema Nacional de Salud y que mañana también va a existir, que de lo que estamos hablando es de mantener un sistema eficiente, solidario y universal. Y que sigue habiendo médicos y profesionales sanitarios muy bien formados, entrando continuamente. Serán menos de los que hagan falta, pero entran muchos en el Sistema Nacional de Salud. Y que la parte de la población, alguna parte por lo menos, lo valora y sabe lo que es. Esas son las buenas noticias.

**Generoso:** Hay otra buena noticia. Y es que la población tiene tan interiorizado el Sistema Nacional de Salud que debemos tener un sistema nacional de salud muy bueno, porque con todas las agresiones que ha tenido a lo largo de estos 35 años sigue existiendo. Debe ser muy bueno, debe ser genial, y la población lo sabe. Yo tengo mis dudas, a pesar de ese alto porcentaje de personas que tienen también seguros privados. Estoy convencido de que la población, a la larga (¡claro, es que son 35 años!) tiene tan interiorizado el Sistema Nacional de Salud que ahora un sistema francés, alemán o estadounidense los descolocaría, los dejaría totalmente descolocados. No lo entenderían. Esto de ir a Urgencias y que me cobren, o esto de que entre y me digan “¿qué tipo de tarjeta, o qué tipo de contrato tiene?”, no entra en la cabeza de las personas de este país. Y ese es un punto importante. Mira, es otro punto que nos hace movernos, aunque esté en el subconsciente y no lo hayamos hecho consciente. Para mí es algo importante.

**Aurelio:** La estabilidad del sistema y que si nosotros podemos hacer algo para contribuir a ello, pues lo vamos a seguir haciendo.

**Emilio:** Insisto, en lo de la buena noticia. La buena noticia es que cuando estábamos nosotros, o ahora mismo, en el sistema sanitario, hay un montón de personas siendo escuchadas, siendo atendidas, que la gente corre, o me estoy acordando de aquel caso de la niña burgalesa y que de repente se movió aquí “everybody”, y con los del sur, con los del centro, con los de Madrid, con el avión, con que ahora vengo, ahora no, me vuelvo de vacaciones y ahora... Si uno trabaja en ese sistema, ¡cómo no lo vamos a seguir defendiendo!

**Generoso:** ¡Claro!