

Un país es realmente avanzado cuando cuenta con un sistema sanitario público de cobertura universal que también utiliza la población rica.

Juan Gérvas (Doctor en Medicina, médico general rural jubilado, Equipo CESCO, Madrid, España, exprofesor de salud pública, Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Estados Unidos, Autónoma de Madrid y Escuela Nacional de Sanidad) jjgervas@gmail.com @JuanGrvas @juangrvas.bsky.social

1.- La tarta de lo público

Los economistas explican que el presupuesto público es una tarta.

Una tarta tal que, por ejemplo, si se aumenta el consumo en armas hay que disminuir el consumo de otras partidas, como educación.

O, mejor dicho, la tarta es tal que los presupuestos públicos tienen que priorizar las necesidades a cubrir porque es imposible el “todo para todos”.

La sanidad es un campo del presupuesto público de inmenso tamaño.

Ha ido creciendo a lo largo de los últimos tiempos porque es expresión del avance de la civilización, del deseo de ofrecer a la población enferma la oportunidad del disfrute de la vida (y de evitar algunas enfermedades evitables).

Por ello hoy contamos con un sistema sanitario público de cobertura universal. Un sistema con pocas barreras de acceso y casi gratuito en el punto de uso.

Un sistema sanitario público de cobertura universal que funciona relativamente bien y obtiene excelentes resultados en, por ejemplo, en mortalidad médicamente evitable.

En 2024 el presupuesto público total en España fue de 725.001 millones de euros.

A sanidad se destinaron más de 106.000 millones de euros, casi el 15% del total del presupuesto público. Unos 2.200 euros per capita.

A educación se dedicaron unos 63.380 millones de euros, casi el 5% del total. Unos 7.000 euros por alumno.

A las armas se dedicaron directamente unos 23.000 millones de euros, casi el 3.5% del total.

2.- Un sistema sanitario público es que se financia con dinero público en más del 50%

Un sistema sanitario se considera público cuando más de la mitad del gasto en salud procede del presupuesto público. En España, el gasto público en salud es del 73%, aproximadamente.

Público no se refiere a la prestación sino a la financiación. Por ejemplo, en el País Vasco hay un programa público de atención dental a infancia y adolescencia de casi cuarenta años de experiencia

en que la atención la prestan dentistas privados con una población definida asignada y pago por capitación. Es el PADI, que ha logrado que no se pueda distinguir por la dentadura a los niños ricos de los niños pobres, y que la salud dental del País Vasco sea equiparable a la de Dinamarca.

En otro ejemplo, el sistema sanitario es público de cobertura universal en Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Japón, Irlanda, Italia, Noruega, Países Bajos, Reino Unido y otros lugares del mundo pero la atención primaria la ofrecen médicos que son profesionales autónomos, en sus consultas/centro de salud de su propiedad, y que reciben pago público en general por capitación (también por algunos actos, como vacunación, visitas a domicilio y demás)

En privatización, lo distintivo español, “la marca España”, es la privatización que escandaliza, la privatización que es corrupción impune, que no controla y que permite abusos, que va contra la salud de poblaciones y pacientes. Por ejemplo, la privatización en Valencia y en Madrid con “malicia sanitaria”, a sabiendas de que no mejora la salud la población y sin ánimo de control. Algo similar sucede en el Reino Unido desde la “época Thatcher”, sin llegar a los niveles españoles.

3.- La solidaridad

La especie humana es una especie solidaria en que el gen del “hoy por ti, mañana por mí” (el gen solidario) es mil veces más fuerte que el gen del “mío, mío” (el gen egoísta).

El gen solidario es, además, de mayor inteligencia que el gen egoísta. Por ejemplo, la inteligencia de apoyar el contar con bomberos bien cualificados y bien surtidos de excelente material, de cobertura pública universal, ¡y desear no necesitarlos nunca!

El gen egoísta promovería “bomberos privados” que sólo atendiesen a quienes pagasen cuotas de un seguro privado, una respuesta “según capacidad de pagar”, no “según necesidad”.

El sistema sanitario público de cobertura universal es la mejor expresión de la solidaridad social y sus fines son:

- 1/ evitar las bancarrotas por enfermedad (muy frecuentes donde no hay tal sistema, como en Estados Unidos, por ejemplo) y
- 2/ prestar servicios sanitarios según necesidad, no según capacidad de pagar.

Es decir, el sistema sanitario de cobertura universal responde a cuestiones de convivencia, ética, justicia y valores, a cuestiones de solidaridad. No es, pues, una cuestión preponderantemente monetaria ni sanitaria.

Pero la cobertura universal por sí misma no implica nada. La equidad exige que la cobertura universal lleve servicios apropiados y de calidad a donde más se precisan, a los ancianos reclusos en sus domicilios, a los lugares rurales y remotos, a los asentamientos y zonas de bajo desarrollo, a las poblaciones nativas, a las cárceles, a los excluidos y marginados y entre ellos a los que carecen de hogar/familia, como enfermos mentales que viven en la calle.

4.- La Ley de Cuidados Inversos

En el sector sanitario se cumple que “recibe más atención quien menos atención precisa y quien más atención precisa recibe menos atención; esto se cumple más cuanto mayor es la orientación a lo privado del sistema sanitario”.

Lo enunció así Julian Tudor Hart en 1971 como “Ley de Cuidados Inversos” que expresa en síntesis una profunda inequidad propia del capitalismo.

De hecho, la solidaridad que bien simboliza el sistema sanitario público de cobertura universal busca cumplir con la equidad, tanto en vertical (más a quien más precisa) como en horizontal (lo mismo para quienes precisan lo mismo). También busca la eficiencia, es decir, el prestar servicios eficaces, efectivos y seguros a un coste socialmente tolerable.

Sabemos que la Ley de Cuidados Inversos se cumple incluso cuando se logra atenuar su rigor porque existe un sistema sanitario público de cobertura universal basado en una atención primaria fuerte. También sabemos que se cumple con más rigor cuando más se “privatiza” el sistema sanitario.

Es decir, la privatización es expresión práctica del “gen egoísta”, del “mío, mío” que dice aquello de “sálvese quién pueda” que conlleva que incluso la salud de los ricos sea peor que la de sus pares de países en que el sistema sanitario público es cada vez más público.

5.- Quien no tenga pecado que tire la primera piedra (colusión de intereses)

Queremos creer que “los malos son malísimos” y “los buenos, buenísimos”. Y nosotros, claro, somos buenísimos.

En el caso que analizamos, quienes privatizan el sistema sanitario son “los otros”, sin darnos cuenta de que en mucho hay una colusión de intereses (una confluencia de intereses).

Por ejemplo, privatizan el sistema sanitario público de cobertura universal los funcionarios de las mutualidades (MUFACE y otras) que tienen cobertura pública (pago con dinero público) pero atención por aseguradoras privadas sin control que les permiten ir directamente a los especialistas focales y no cuentan con una atención primaria fuerte. Ello va contra la mejor salud de dichos funcionarios, pero ¡tan contentos!

Por ejemplo, las mutuas de colaboradoras de la Seguridad Social son entidades de empresarios que utilizan dinero público para atender lesiones y enfermedades causadas por el trabajo. Es una privatización sin más, por la falta de control, que cada vez pretende abarcar más aspecto de la vida de quien trabaja, en contra de su mejor salud (al fragmentar la atención).

Por ejemplo, quienes aprovechan “un conocido” (celador, médico, etc) para saltarse las listas de espera y ser atendido directamente en un hospital del sistema sanitario público. Esto incluye a los propios profesionales que evitan tiempos de espera (lo que llamamos “vía de las pentosas”) para sí y

para sus familiares directos accediendo directamente a servicios y compañeros. “Privatizan” y corrompen, también, los especialistas focales que en los hospitales públicos se crean una “cartera de pacientes cómodos” al citar y recitar innecesariamente a pacientes que sería mejor “devolver” a su médico de cabecera. Lo mismo en los propios centros de salud que muchas veces terminan “ocupados” por pacientes que saben manejar las claves para ser agradables y cómodos.

¡Qué decir de la privatización que introducen los profesionales de lo público-público que llegan tarde, se van antes del final del horario, toman café, mucho café, durante el trabajo y se implican con las industrias para “formación” viajando a lujosos lugares!

Por ejemplo, en Madrid privatizan quienes aprovechan su capacidad para desplazarse con facilidad (tiene automóvil y pueden consumir gasolina y más) para “disfrutar de las “ventajas de la Gerencia Única”) e ir a un hospital público de gestión/concesión privada que no les “pertenece” por domicilio. Dicho hospital mima a tales pacientes porque carga directamente su atención a los presupuestos públicos.

A la inversa, privatizan los hospitales públicos que no cargan los costes de atender a pacientes que por la Gerencia Única están incluidos en el per capita de hospitales públicos de gestión/concesión privada. Es decir, pacientes atendidos que no son de su zona, sino de hospitales concertados. En Madrid, Quirón y Ribera, más de 71 millones que se han dejado de facturar entre 2017 y 2023 a dichas empresas.

Privatizan de facto los gestores y políticos que introducen y mantienen prácticas de “bajo valor”, como “revisión del niño sano”, que llevan a la “okupación” de la atención primaria creando “colas” de quince y más días para ser atendido por el médico de cabecera.

Por ejemplo, en toda España, privatizan quienes pertenecen a empresas que contratan seguros privados para sus trabajadores. Es la privatización en sí (con elección directa de especialistas focales, sin atención primaria fuerte, en contra de su salud, pues) y es la desgravación de impuestos, por trabajadores y empresas.

No olvidemos que la privatización se potencia dañando el sistema sanitario público de cobertura universal. Lo dañan quienes ofrecen condiciones laborales indignas a sus trabajadores (los médicos “huyen” a otros países y al sector privado, y los políticos culpables del éxodo logran hacer creer a la población que “no hay médicos”).

También es privatización la externalización de servicios con la falsa bandera de “que son más eficientes”, como por ejemplo los servicios de ambulancia, de lavandería, de hostelería, de laboratorio, de limpieza, etc.

Hay más ejemplos, pero para terminar, privatizan quienes optan, porque pueden, por una póliza de un seguro privado para complementar lo público.

6.- Más no es mejor

Tenemos la idea de que más es siempre mejor, una idea que quizá provenga del deseo de acúmulo en tiempos de carencias generalizadas (alimento, agua, ropa, leña, alojamiento, etc). Ello se aplicaba también a los recursos sanitarios puesto que lo habitual era carecer de ellos y utilizar remedios caseros y tradicionales. La enfermedad grave suponía en muchos casos la ruina personal y familiar por la carga del pago de profesionales y de sus intervenciones.

En la actualidad, con el desarrollo científico y tecnológico, y con los sistemas sanitarios públicos de cobertura universal, en las sociedades “occidentales” hemos pasado de un problema de acceso a un problema de exceso. Así, por ejemplo, hemos pasado de un problema de acceso a antibióticos, al comienzo con el salvarsán y después la penicilina, a un problema de exceso de uso de los mismos, siendo paradigmática su utilización en casos de gripe y catarros de vías altas.

En las sociedades occidentales tenemos un problema de variabilidad en el uso de los servicios y productos sanitarios sin que se demuestre que el mayor uso produzca mejor salud, sino al contrario. Como bien demostró Iván Illich, “la mayor amenaza para la salud mundial es la medicina, el patógeno clave es la obsesión por la salud perfecta y la escuela es una agencia de publicidad de la sociedad enferma”.

La cuestión del exceso se refiere al amplio campo de la actividad médica, de la prevención a la rehabilitación, pasando por diagnóstico y tratamiento: Alzheimer, osteoporosis, “déficit” de testosterona (y de vitamina D), ecografías en el embarazo, “revisión ginecológica anual”, tercer molar, dolor de espalda, episiotomía, “niño sano”, hemoglobina glucosilada, dolor, depresión, ovario poliquístico, estatinas, hipertensión, cribado de cáncer (mama, colon, etc), ansiedad, hipertensión, diabetes, menopausia, etc.

La conceptualización del enfermar conlleva el inicio de cascadas clínicas de incierto final. Así, si predomina la teoría del colesterol, y la imagen de los “tubos obstruidos” por el mismo, es esperable el uso irracional de estatinas y de la implantación de “stents”. Conviene, por ello, conceptualizar el enfermar en el contexto del humano vivir y de la complejidad de la salud, siendo la salud la capacidad de disfrutar de la vida pese a inconvenientes y problemas.

7.- La salud como bien social

La salud es un producto social. Es decir, es la sociedad la que produce salud, y ello incluye al sistema sanitario (pero poco, apenas el 10% de la salud depende de los médicos).

Los médicos prefieren ignorar el origen social de la enfermedad, las causas de una sociedad enferma que nos enferma: colonialismo, consumismo insaciable, contaminación, desigualdad social, falta de cohesión social, inequidad territorial, marginalidad, pobreza, racismo, sobreproducción,

técnicas-intervenciones médicas y medicamentos innecesarios, trabajo precario y alineante, urbanismo salvaje, etc.

8.- Nuestro Estado de Bienestar se construye sobre el Estado de Malestar de otros

Los países “desarrollados” no son tales, sino países “enriquecidos”.

Los países enriquecidos lo son a costa de muchos países “empobrecidos”.

No hay, pues, países ricos y países pobres, ni países desarrollados y en vía de desarrollo. Hay países enriquecidos y países empobrecidos.

Nuestro Estado de Bienestar se basa en el Estado de Malestar de poblaciones inmensas. Por ejemplo, en el Congo la esclavitud y el trabajo de menores en las minas de coltan, para los teléfonos móviles y otras tecnologías. Por ejemplo, la esclavitud histórica que permitió el enriquecimiento de familias y bloques de países “occidentales”. ¿Qué decir de la deuda y la falta de financiación que conlleva pobreza en los países “pobres”? En un último ejemplo, la destrucción de la Amazonía por intereses variados.

Incluso en los propios países “enriquecidos” hay un Cuarto Mundo de desigualdad que lleva a casi el esclavismo, por ejemplo de emigrantes sin papeles en el trabajo agrícola, o que mantiene roto el “ascensor social” de modo que se nace pobre (y enfermo) y se muere pobre y pronto sin haber disfrutado de una salud negada.

9.- Un país es realmente avanzado cuando cuenta con un sistema sanitario público de cobertura universal que también utiliza la población rica

En España se está destruyendo el sistema sanitario público de cobertura universal por las decisiones políticas de uno-y-otro-signo dominadas por la ideología de que la atención primaria es innecesaria y de que el “cliente bien informado” tiene derecho al acceso directo a los especialistas focales.

Peor, predomina entre la “élite” una ideología paternalista que piensa en términos de beneficencia, y de dar a los pobres, por tales, una pobre atención primaria.

A través de los distintos aseguramientos, los ricos no utilizan el sistema sanitario público de cobertura universal, los funcionarios tampoco, los trabajadores con aseguramiento privado por la empresa tampoco. Etc.

Se ha logrado este uso diferencial por clases, y se percibe directamente en las salas de espera de hospitales, urgencias y centros de salud públicos. El “descremado sociológico” conlleva ceguera e indiferencia (“ojos que no ven, corazón que no siente”) lo que da manos libres a los políticos para privatizar sin control, con corrupción.

Aprovechando la falta de uso por quienes tienen “poder social”, el sistema público entra en una espiral de escasez material y personal en que toda perversión es posible. Por ejemplo, que en

Colmenar Viejo (Madrid), con 60.000 habitantes, las urgencias carezcan de médico presencial (a veces, en un juego macabro, se contrata un médico que “rota” por horas imprevisibles en los centros de salud de la zona norte de Madrid para que los vecinos no puedan decir que no hay médico) y que no exista un helipuerto para los traslados médicos urgentes (que si existe en la Sierra Norte, en Lozoyuela, Madrid).

La equidad sólo se puede buscar con una atención primaria fuerte que lleve los servicios sanitarios hasta donde no llegan otros servicios, y que promueva unas políticas que reduzcan la inequidad.

Sin una atención primaria fuerte para ricos y pobres y sin la cobertura universal de salud se llega a un uso dis-armónico e insolidario en que los ricos reciben en exceso cuidados innecesarios y a los pobres no les llega la atención precisa; eso justo explica la extraordinaria mortalidad materna en Estados Unidos (la falta de un sistema sanitario de cobertura universal se paga con la vida).

La cobertura universal en salud significa servicios apropiados y de calidad que palien/disminuyan el cumplimiento de la Ley de Cuidados Inversos.

Una atención primaria fuerte cuenta con profesionales bien formados, polivalentes y capacitados, que ofrecen atención longitudinal a lo largo de años, en consulta y en domicilio, y que conocen a fondo a personas, familias y comunidad.

Tal atención primaria se utiliza por pobres y ricos pues los médicos de cabecera cuentan con el aprecio social y profesional, tienen una formación de altura, son activos en investigación, reciben una remuneración adecuada, tienen auto-estima, y trabajan en un sistema sanitario que les protege de la competencia salvaje de los especialistas focales (con regulaciones pro-coordinación, como el filtro o *gatekeeping*, que favorecen la cooperación y evitan la competición).

10.- Una población cambiante

La población española se enfrenta a cambios, como el envejecimiento y la incorporación de una creciente población inmigrante.

La sanidad debería prever los cambios consiguientes pero no se está logrando en la práctica.

En lo concreto, eso implica, por ejemplo, la existencia rutinaria de mediadores culturales que ayuden a la integración de la migración, el trabajo para que la prescripción farmacéutica se ajuste estrictamente a las necesidades y también la potenciación de la asistencia a domicilio por parte de la atención primaria. Así mismo, la mejora de la accesibilidad, con la incorporación de consultas a distancia.

En lo humano, en atención primaria, necesitamos un cambio radical, menos médicos, más enfermería, más técnicas de enfermería, más administrativos polivalentes y más trabajadoras sociales. También mayor integración sociocultural y la cooperación en red con otros recursos sanitarios, como las oficinas de farmacia.

Necesitamos que los especialistas focales actúen de consultores de forma que asesoren a los médicos de cabecera para que estos tomen las decisiones finales. Por ejemplo, que los pediatras vuelvan a los hospitales y sólo lleguen a primaria ocasionalmente para consultas conjuntas con los médicos de cabecera.

Síntesis

La privatización “a la española” significa básicamente corrupción impune que conlleva el enriquecimiento de los ya ricos bien situados.

Para combatir la privatización sin controles y corrupta conviene, entre otras cosas, una ciudadanía participativa y bien formada.

El uso habitual por los ricos del sistema sanitario público de cobertura universal es garantía de país avanzado, de sociedad sana y de uso adecuado de recursos.

NOTA

Este texto resume la presentación (sine pecunia) del autor el 10 de abril de 2026 en Colmenar Viejo (Madrid) en una sesión organizada por Médicos del Mundo y Plataforma por las Urgencias de los Pueblos, Colmenar Viejo.

Se presentó el informe de Médicos del Mundo sobre dificultades de acceso a los servicios sanitarios para población migrante, y también una ponencia de Justo García de Yébenes, neurólogo, sobre indicadores de salud y del sistema sanitario de España.

El actual alcalde de Colmenar Viejo (del Partido Popular) instruyó a la policía municipal para arrancar los carteles pegados en el pueblo, de difusión de la actividad. Los miembros de la Plataforma llegaron a tener que hacer “tres pegadas” hasta llegar a la sesión.