Imprimir

Fragmento de ‘La sanidad (y nuestra salud) está en venta’, en el que se aborda la “globalización neoliberal” y el complejo sanitario-farmacéutico-tecnológico

“En un instante, sin cita previa, sin avisar, tu salud puede cambiar (…) Trabajamos para devolver la salud a su lugar”.

Eslogan de una empresa privada de seguros.

4.1. La “globalización neoliberal”, ideología dominante

La llamada “globalización”, entendida como las interacciones sociales que conducen a un mundo más unificado y global desde el punto de vista ecológico, social, económico y político, ha sido gobernada en las tres últimas décadas por una ideología “única”: el neoliberalismo. La “globalización neoliberal” no es un fenómeno “natural” o “técnico” sino sólo la última fase en la evolución del sistema capitalista dominado por las políticas neoliberales. Las razones históricas de esa emergencia tienen que ver con la respuesta a las crisis que sufrió la clase dominante a mediados de los años 70. Por un lado, los capitalistas se hallaron en una “crisis de acumulación”: el sistema capitalista se hallaba en fase de estancamiento y los beneficios habían caído a tasas parecidas a las del período inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial. Por otro lado, la fuerte oleada de luchas obreras y sociales de los años 60 y 70 puso de relieve que el poder político de la élite gobernante estaba seriamente amenazado.[1]

Desde finales de los 80, la instituciones económicas nacidas de la Conferencia de Bretton Woods (1944), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), impulsaron un “decálogo” para “orientar y modernizar” el capitalismo del siglo XXI que se denominó el “Consenso de Washington”. El neoliberalismo es una doctrina económica que asume que los mercados son los mejores y más eficientes distribuidores y productores de los recursos, que las sociedades están compuestas por individuos autónomos y libres motivados básicamente por sus intereses materiales o económicos y que la competencia es el motor de la innovación

en el mercado. La ideología neoliberal plantea estrategias de política económica encaminadas fundamentalmente a “reliberalizar” los mercados financieros y flujos internacionales de capital,[2] “oligopolizar” los mercados, concentrar el poder económico privado, “reabsolutizar” la empresa capitalista, aumentar el control de las corporaciones sobre el estado, reducir la participación social y aumentar la pasividad ciudadana. Sin embargo, contrariamente a la retórica neoliberal comúnmente usada, el Estado se convierte en un instrumento esencial para reforzar ese modelo, tal y como la crisis actual ha vuelto a mostrar con las enormes ayudas económicas destinadas al rescate financiero. Cabe no olvidar que en las sociedades capitalistas el Estado en su mayor parte responde a los intereses de las élites y las clases y grupos dominantes.[3]

Las fuerzas políticas y económicas de la derecha neoliberal (incluso con frecuencia un amplio sector de la autodenominada izquierda política) no se preocupan por las desigualdades sociales, sino que las ven como un fenómeno inevitable (cuando no necesario), y consideran que el “Estado de bienestar” interfiere o frena el funcionamiento normal de la economía. El crecimiento del neoliberalismo y las desigualdades sociales se relacionan así con la reducción de la protección y prestaciones sociales. Se reducen los gastos en educación, salud pública y vivienda social, transformando prestaciones universales en prestaciones de beneficencia y se limita el poder sindical y ciudadano. El neoliberalismo se vincula al individualismo, a la disminución de la solidaridad y a la falta de democracia y participación social.

Las políticas neoliberales producen una mayor concentración de recursos en manos de los países poderosos, las élites financieras y políticas, y las instituciones económicas y grupos sociales más poderosos. Las políticas económicas y sociales neoliberales son en gran medida dictadas por un pequeño grupo de gobiernos de países ricos, empresas transnacionales, clases sociales privilegiadas, e instituciones como el BM, el FMI, la OMC o la Comisión Europea, directamente relacionadas con los poderes citados. Un ejemplo concreto son las actuales relaciones de empleo, producto del desigual poder y continúo conflicto entre capital y trabajo, ejemplificado por las luchas de los campesinos pobres contra poderosas corporaciones cuyas políticas tienen consecuencias muy negativas para la salud y calidad de vida de la gente.[4] Como señala Vandana Shiva: “Hoy en día, en un sistema económico

capitalista cada vez más globalizado, un pequeño número de transnacionales, organizaciones internacionales, y gobiernos coaligados con las mismas, sobre todo en los países ricos, tienen el poder de tomar decisiones que afectan a las vidas de millones de trabajadores que viven en el límite de la supervivencia. Ellos son quienes determinan qué clase de estándares laborales existen, qué tipo de normativas en salud laboral se imponen, y si los trabajadores pueden o no tener la protección de los sindicatos".

4.2. El proceso histórico de contrarreforma neoliberal sobre la sanidad pública

Si bien hasta la década de los 80, el peso de los seguros privados de salud europeos fue muy escaso (3,4% del total de la financiación en salud en la EU-12), durante las últimas décadas los servicios públicos de salud europeos se han ido progresivamente deteriorando. Las principales razones aducidas para reestructurar los servicios sanitarios y aumentar el papel privado se resumen en la dificultad de cubrir el gasto en sanidad debido a la crisis económica y el progresivo aumento del coste de equipos, tecnologías y medicamentos. El "motor" de esa ideología es el mayor poder e influencia de gobiernos liberales, conservadores o autoritarios, y de las transnacionales sanitarias, farmacéuticas y tecnológicas, que aplicaron políticas neoliberales, redujeron el gasto público social, y vieron en la salud un territorio seguro y provechoso donde invertir y sacar beneficios.[5] En efecto, tras la caída de beneficios en el sector industrial, la batalla por ganar espacio o "parasitar" al sector público de servicios (una gran parte de la economía, inversiones y empleo en UE) como la sanidad y la educación, destruyendo derechos conquistados por largas luchas obreras y populares, se colocó en el punto de mira de los objetivos neoliberales.

El neoliberalismo conforma un obstáculo para el derecho a la sanidad y la salud por dos razones principales. Por un lado, porque desmantela el Estado del Bienestar, reduce el gasto público social, erosiona las políticas sociales redistributivas y aumenta las desigualdades sociales y de salud. Y por otro, porque favorece la privatización de los sistemas sanitarios públicos. La privatización y mercantilización de la salud no sólo amenazan con socavar el acceso a la asistencia sanitaria, sino que también comprometen el principio esencial de equidad en salud. El *ideario neoliberal* se mueve entorno a tres ejes: señalar que "el

mercado" es el mecanismo más eficiente de asignación de recursos en todos los órdenes de la sociedad; debilitar y desprestigiar tanto como sea posible los servicios sanitarios públicos ("lo público") señalando que es burocrático, corrupto y poco eficaz; y abrir todo tipo de espacios a los servicios privados ampliando tanto como sea posible las oportunidades de lucro privado, convirtiendo en negocio todo aquello que la gente pueda pagar (o se la logre convencer que debe de pagar como sea).

Para promover ese ideario mercantil, se utilizan medios muy diversos. Destaquemos cuatro *estrategias*. En primer lugar, difundir una ideología de la salud basada en el paradigma biomédico, hospitalario y farmacéutico que ponga el acento en los aspectos "tecnológicos" relacionados con la salud, donde las fuerzas privadas pueden jugar un papel esencial. Segundo, caracterizar lo público como "ineficiente", "poco competitivo" y "derrochador", señalando que no hay suficientes recursos para todos, y que el gasto más racional se lleva a cabo mediante la gestión empresarial y la empresa privada. Tercero, "culpar a la víctimas" (es decir, a los propios enfermos), manifestando el derroche y gasto poco racional que realizan los usuarios. Y cuarto, mercantilizar y privatizar la sanidad mediante vías diferentes que tiendan a "tecnocratizarla" y "burocratizarla", haciendo cada vez más opacos los procesos de propiedad, control y gestión de los recursos públicos.[6]

4.3. El complejo sanitario-farmacéutico-tecnológico se reorganiza

Para entender las políticas, gastos y prioridades de los sistemas sanitarios europeos y la actual hegemonía de la concepción biomédica de la salud, es preciso conocer con algún detalle el poder e influencia, económico y político, de la industria farmacéutica. Su poder, su intensa capacidad de *lobby*, su coparticipación en la elaboración de regulaciones y normativas del sector y su acceso privilegiado a los profesionales y gestores sanitarios favorece la "medicalización" de la atención sanitaria y aumenta la factura farmacéutica. Además, el sector privado determina hacia dónde debe evolucionar estratégicamente el sector sanitario, cuáles son los nichos más rentables donde focalizar la I+D, y dónde centrar el *disease-mongering* (creación/exageración de enfermedades y comercialización de fármacos *ad hoc*), en lugar de responder a las necesidades que las autoridades públicas y la

sociedad determinen. Otro aspecto clave es el control absoluto de la industria sobre todas las fases de vida de sus productos (I+D básica, desarrollo, fabricación, comercialización y vigilancia de los productos sanitarios), en un proceso en el que las autoridades ejercen un papel fiscalizador, regulador y vigilante, pero donde han renunciado a realizar un papel activo en la conducción del sector y en la determinación de las líneas estratégicas a seguir.

En el siglo XX, la industria farmacéutica se desarrolló y organizó con el objetivo de controlar los sistemas sanitarios de todo el mundo mediante la sustitución sistemática de terapias naturales no patentables por sustancias sintéticas patentables y lucrativas. Su evolución no fue sin embargo "natural" sino una decisión adoptada por algunos empresarios que querían hacer un gran negocio con el cuerpo humano como ámbito de mercado para generar así más beneficios. La fuerza motriz de esta industria fue el Grupo Rockefeller, quien al entrar en el siglo XX ya controlaba más del 90% de la industria petroquímica en EE.UU., y buscaba nuevas oportunidades de inversión a escala internacional hallándolas en la industria farmacéutica. Otro grupo de inversión activo se formó en torno al grupo financiero Rothschild. Después de la Standard Oil de Rockefeller (hoy Exxon), el segundo conglomerado de empresas farmacéuticas y petroquímicas más grande del mundo en la primera mitad del siglo XX fue el grupo IG Farben con sede en Alemania y fuertes vínculos con el nazismo.

La industria farmacéutica dice que "ofrece salud" a millones de pacientes, pero no habla de sus notables impactos negativos: los fármacos sin una efectividad probada, el daño a la salud (iatrogenia médica) causado por los medicamentos, y la falta de acceso de fármacos en países pobres que no pueden pagarlos. Para disimular esos impactos, las empresas farmacéuticas gastan una enorme fortuna en campañas de relaciones públicas y propaganda.[7]

La industria farmacéutica, junto al tráfico de drogas y la venta de armamentos, es una de las más rentables del planeta. Según la revista *Fortune,* entre las 500 empresas industriales estadounidenses mayores, las de la industria farmacéutica aventajan de lejos a las demás en tres criterios relacionados con los beneficios: 14,5% sobre el capital (6 veces la media de las 500 empresas), 17% de beneficio neto sobre el volumen de negocios (5,5 veces mayor a la

media) y el beneficio de las acciones alcanza el 27,6% (3 veces mayor a la media).[8] En 2007, las 10 mayores empresas farmacéuticas transnacionales vendieron productos por un valor de 295.000 millones de dólares con un beneficio de 58.000 millones. En el decenio 1996-2005 la tasa de rendimiento medio de esas empresas sobre el capital invertido tras deducir impuestos fue del 29%. En ese mismo período invirtieron 2,6 veces menos en investigación (288.000 millones de dólares) que en marketing y administración (739.000 millones de dólares), y en los dividendos de los accionistas (317.000 millones de dólares).

Un informe de septiembre de 2007 de la Inspección General de Asuntos Sanitarios (IGAS) de Francia, señala que los gastos de marketing de la industria farmacéutica en Francia representa el 12% del volumen de negocios: más de tres cuartas partes va a los visitadores médicos (25.000 € anuales por médico visitado), publicidad (13%) y congresos (8,6%). Todo eso lo paga la Seguridad Social al reembolsar los medicamentos, es decir el contribuyente. Según los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) de EE.UU., la institución pública que financia la investigación biomédica (el presupuesto de 2008 fue de 29.000 millones), el 85% del coste del desarrollo de los 5 medicamentos más vendidos en los 90 fue financiado por el Estado. La industria sólo contribuye con el 14% a la investigación fundamental, el 38% a la investigación aplicada y el 48% al desarrollo final del producto. Así pues, la “innovación” de la industria farmacéutica es pagada por los contribuyentes (directamente, o a través del Estado) mientras que las empresas se quedan los beneficios.

En España, la industria sanitario-farmacéutico-tecnológica es un sector empresarial muy rentable que influye enormemente sobre el sistema de salud. No es extraño que la utilización tecnológica sea excesiva, el consumo de medicamentos exorbitante (alrededor del 30% del gasto público en salud: unos 18.000 millones de € el 2010, un tercio en hospitales y el resto en atención extrahospitalaria, con un porcentaje del PIB muy superior a la media de la UE-15)[9], y una utilización de medicamentos “genéricos” aún muy baja. Los médicos están constantemente inundados de “novedades” farmacológicas, muchas de las cuales ni son nuevas ni tienen una efectividad probada, siendo presionados a “elegir” tratamientos o productos que son comprados por el sistema de salud a los precios marcados por las empresas. Así pues, el poder de la industria farmacéutica privada afecta negativamente las

políticas sanitarias públicas, la salud y equidad de la población española.

4.4. Sanidad para ricos, sanidad para pobres

Las políticas neoliberales están siendo aplicadas en distintos países de forma flexible según cada circunstancia y situación. En países con sistemas sanitarios públicos consolidados se ha hecho un énfasis especial en romper la integración del sistema introduciendo mercados internos, desregulación y gestión empresarial. En los sistemas más liberalizados se fomentan los copagos, subvenciones al sector privado, disminución de coberturas públicas y otras estrategias. En España, la puesta en marcha de las políticas neoliberales, aunque con ritmos y énfasis diferentes según las comunidades, sigue varias pautas generales: *aumentar las privatizaciones* (Castilla La Mancha, Valencia, Baleares, Galicia y Madrid están a la cabeza), *desregular servicios sanitarios públicos* (separando financiación de provisión y derivar servicios al sector privado), *incentivar al sector privado* dentro del sistema público (con la aprobación de fundaciones con la que los hospitales públicos contratan servicios privados), *segmentar la asistencia sanitaria* (con un sector privado para las clases ricas y un sistema de beneficencia para los pobres), *favorecer el aseguramiento privado* (como las propuestas de desgravación fiscal de las pólizas de aseguramiento privado o de crear un seguro privado obligatorio para los ricos) y, finalmente, *recortar el presupuesto público* y establecer *copagos* (a veces llamados eufemísticamente “ticket moderador”), que analizaremos con mayor detalle.

Los recortes en la sanidad pública deterioran y erosionan los servicios sanitarios. Se cierran centros de atención primaria, aumentan las listas de espera, hay expedientes de regulación de empleo en hospitales, se cierran urgencias y quirófanos, y aumentan las desigualdades. La mayoría de comunidades autónomas han visto recortado sus presupuestos sanitarios (una reducción en el gasto por habitante y año del 10,4% de media entre 2010 y 2012), siendo mucho mayor en Cataluña y Valencia (13,1%). El empeoramiento de las condiciones de trabajo y la reducción de profesionales sanitarios produce un deterioro en las prestaciones al aumentar la presión asistencial. Vamos pues hacia una “sanidad dual”: una para ricos (“de pago”) y una para pobres (“de beneficencia”). Una sanidad

mercantilizada que no sólo es injusta, sino que rompe el concepto de ciudadanía y solidaridad social, y que abre paso al clasismo, la discriminación y la desigualdad.

Un buen ejemplo de ello ocurre en Catalunya donde históricamente se ha desarrollado un sistema mixto de gestión sanitaria, en el que junto a hospitales públicos hay una extensa red de centros semipúblicos con una amplia presencia de instituciones locales y grupos privados y eclesiásticos. Convergència i Unió siempre reforzó ese modelo y el gobierno tripartito catalán (PSC, ERC y ICV-EUA) tampoco lo cambió, reformando incluso el *Institut Català de la Salut* en el 2007 en un sentido más neoliberal. Tras sus últimas victorias electorales (2010 y 2011), el gobierno de CiU se siente con fuerza suficiente para recortar notablemente el presupuesto, avanzar en la reducción de la capacidad asistencial de los centros públicos, cerrar camas, consultas, y quirófanos hospitalarios, restringir las urgencias de los ambulatorios y alargar las listas de espera. [10] En la llamada "Ley ómnibus" se contempla la posibilidad de que los hospitales públicos alquilen a operadores privados las plantas cerradas y los quirófanos que han dejado de operar por la tarde.[11] Se trata de "obsequiar" con los recursos de la asistencia pública a un sector privado que ofrece, a los pocos enfermos que puedan pagarlo, no tener que pasar por la lista de espera.

Un caso concreto de cómo se crea esa sanidad dual, discriminadora e injusta, lo hallamos en el hospital comarcal de La Seu d'Urgell (Lleida), un centro público con gestión privada. Desde inicios de febrero de 2012, ese hospital ofrece sus quirófanos (cerrados por la tarde a causa de los recortes públicos) al sector privado. El retraso en las listas de espera de la sanidad pública abre la puerta a que los hospitales públicos concertados ofrezcan "operaciones rápidas" saltándose las listas de espera a cambio de pagar directamente al hospital por alquilar un quirófano o recurriendo a un seguro de salud privado. El caso de una enferma de 66 años pendiente de intervención en su rodilla es ilustrativo. La paciente evitó la espera gracias a que su seguro privado realizó un acuerdo para usar el quirófano del centro: "El médico me dijo que para operarme me tendría que esperar siete meses o más, pero que existía la posibilidad de un acuerdo con el hospital para utilizar sus quirófanos, en cuyo caso me podría operar antes de un mes."[12] Otro ejemplo lo tenemos en el hospital público Parc Taulí (Barcelona) donde una jubilada de 84 años con deformación en los pies y en lista de

espera de tres años precisaba atención quirúrgica inmediata so pena de quedar en silla de ruedas. La paciente hoy puede andar tan sólo gracias a que su hijo pagó 1.200€ por alquilar un quirófano y a la acción caritativa de un cirujano que la operó gratuitamente en su día libre.

5. Repagos, desigualdad e ideología

El "copago" sanitario es aquella parte de un servicio o producto sanitario que el paciente tiene que pagar directamente. En España, existen actualmente copagos en las recetas médicas (los no pensionistas pagan el 40% del precio y los pensionistas que han sido funcionarios públicos protegidos por MUFACE aportan el 30%), en la atención sanitaria no cubierta (que hace que el 20% de los españoles más ricos utilice la sanidad privada), o que está cubierta pero no con la suficiente calidad (por ejemplo, los servicios odontológicos). Las supuestas ventajas que los políticos conservadores utilizan para justificar la necesidad de introducir nuevos copagos o ampliar los existentes tienen que ver con dos tipos de justificaciones basadas en "la economía" y la "disuasión".

El argumento *económico* señala que si los enfermos pagan directamente una parte de los servicios o productos consumidos se reducirá el uso excesivo e injustificado de servicios, ahorrándose recursos que podrán usarse más eficientemente para ayudar a financiar una sanidad pública demasiado generosa, cara, e "insostenible". Los datos no sostienen esa postura sin embargo. España gasta menos que el promedio de la UE-15 o la OCDE (3.067 $ comparado con una media de 3.223 en ppp, en 2009), de la que son miembros países como Turquía, México o Israel, con un escaso gasto en atención primaria. En realidad, como la atención sanitaria pública ya ha sido pagada vía impuestos, hay que hablar de "repagos". El copago reduce el uso de servicios sanitarios efectivos e inefectivos, ya sea en visitas médicas, prescripciones farmacéuticas, hospitalizaciones o servicios preventivos.[13] La evidencia disponible apunta también a que el copago puede producir un ahorro en el gasto sanitario en algunos aspectos pero aumentar en otros. Un estudio, por ejemplo, ha mostrado como el incremento de copagos en pacientes de más de 65 años redujo la atención ambulatoria pero incrementó el número de hospitalizaciones, en especial en los pacientes en peor situación socioeconómica y con enfermedades crónicas.[14] Además, los costes

administrativos del copago son elevados, y en la inmensa mayoría de escenarios imaginables el posible "ahorro" producido sería una cuantía relativamente pequeña en comparación con el gasto sanitario total.[15]

El argumento de la *disuasión* apunta que obtener servicios "gratuitos" induce a un consumo mayor o incluso a un "abuso" del sistema sanitario. Con el copago se supone que el enfermo toma más conciencia del coste, adquiriendo una mayor responsabilidad y valorando más los servicios consumidos, lo que moderaría su demanda. Ese razonamiento se enfrenta a varias objeciones. Primera, no es un dato constatado ni generalizable que tal abuso exista. Aunque es cierto que en España la frecuencia anual de visitas al médico per cápita es elevada (7,5 en 2009, sólo por detrás de Hungría, la República Checa y Alemania), muchas de esas visitas responden a necesidades administrativas o a las realizadas por otros profesionales de la salud. Cuando éstas se descuentan, el número de visitas estrictamente médicas puede incluso ser menor al promedio europeo. Segunda, aún y cuando existiera un exceso de consumo éste no cabe necesariamente imputarlo a la responsabilidad directa del individuo. "Culpabilizar" al enfermo de su consumo sanitario diluye la responsabilidad de las autoridades sanitarias y los profesionales de la salud. Cabe no olvidar que tras el primer contacto que el paciente demanda al médico, es éste quien genera las subsiguientes acciones sanitarias (por ejemplo, 700 millones de prescripciones anuales, ingresos y altas hospitalarias o la realización de pruebas médicas).[16] Y tercera, el origen de la falta de educación sanitaria de muchas personas se relaciona con el desarrollo de un modelo sanitario franquista, muy influido por las estrategias de la industria farmacéutica y caracterizado por ser individualista, curativo, basado en la *farmacodependencia*, *tecnofilia* y *hospitalocentrismo* (es decir, en el excesivo consumo y mal uso farmacéutico, tecnológico y hospitalario), todo lo cual ha contribuido a crear una excesiva medicalización de la salud y un elevadísimo gasto farmacéutico.

El copago es ineficaz, injusto e inequitativo, un "impuesto al enfermo". No contiene los costes sanitarios, no contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario, y no aumenta la eficiencia del sistema, pero en cambio aumenta la inequidad. El copago tiene efectos negativos sobre la equidad ya que representa un obstáculo y una discriminación para acceder a los servicios

sanitarios para las clases sociales más pobres, débiles y con menos recursos, entre quienes se incluyen inmigrantes, niños, ancianos y discapacitados que padecen más enfermedades crónicas y problemas de salud.[17] En España, el copago afectaría a un amplísimo número de ciudadanos pobres y de baja renta (según datos oficiales, más del 60% de asalariados cobra menos de 1000 €, el 90% de pensionistas gana menos de 1.500€, y hay más de 5 millones de parados).

Con argumentos tan débiles a su favor, ¿por qué ese interés en promocionar la implantación o ampliación del copago? La razón principal es que el copago juega cuatro papeles esenciales: (1) *mercantilizar la atención sanitaria* convirtiéndola en una mercancía más en lugar de un derecho social; (2) *deteriorar el sistema sanitario público* "culpando al enfermo" en lugar de a las autoridades políticas y al poder económico; (3) *favorecer a los seguros privados,* ya que comparativamente se vuelven más baratos y se pueden articular seguros privados que cubran los copagos; y (4) *distraer, "hacer ruido"*, tapando o minimizando temas sanitarios clave como son la notable subfinanciación de la sanidad pública, la falta de eficiencia del sistema, o la propia mercantilización y privatización de la sanidad.[18] Un sistema sanitario privado no responde a las necesidades de la población, sino a intereses mercantiles y a una ideología neoliberal que el copago contribuye a reforzar.

6. Palabras, intereses y poderes para vender nuestra salud

El lenguaje es quizás el arma más útil del neoliberalismo para implantar sus políticas.[19] A primera vista las palabras parecen simples convenciones con las que nombramos fenómenos o cosas, que pueden ser cambiadas a voluntad sin que la realidad cambie. Después de todo, usemos la palabra que usemos eso parece no alterar un ápice la concentración de poder, las condiciones sociales o las desigualdades de salud. Pero no es verdad. Las palabras no son inocentes, no son un instrumento aséptico, neutral, no "contaminado". Las palabras son armas o herramientas que engañan o enseñan, que esconden o que muestran la realidad. Las palabras pueden modelarse hasta volver irreconocibles las ideas que vehiculan, apuntó Joseph Goebbels, amigo íntimo de Hitler, ministro de propaganda e ilustración popular en la Alemania nazi y uno de los impulsores de las modernas técnicas de propaganda.[20] Las palabras "tienen dueño" señaló Lewis Carroll.[21] Por ejemplo, en el reino de España apelando

a que “hemos sido derrochadores” y “vivido por encima de nuestras posibilidades”, a que hemos “estirado más el brazo que la manga” y que debemos “estrecharnos el cinturón”, los gobiernos parecen haber convencido a muchos ciudadanos de que los recortes no sólo son necesarios sino imprescindibles.

En un caso realmente escandaloso, nada menos que el conseller de Salut de Catalunya, Boi Ruiz, ha declarado que “la salud es un bien privado que depende de uno mismo, y no del Estado”, con lo cual sugiere que las personas que enferman y necesitan asistencia sanitaria son de hecho unos irresponsables que causan un gasto excesivo a la sociedad, a lo que también añade vergonzosamente que “no hay un derecho a la salud, porque ésta depende del código genético que tenga la persona, de sus antecedentes familiares, y de sus hábitos…”. Pero sería un error interpretar estas declaraciones como simple ignorancia o falta de capacitación para desempeñar un cargo en sanidad pública; en realidad, son un reflejo de la lucha de clases que existe en el sector de la sanidad en contra de valores de la salud pública ya vistos anteriormente.

Otro concepto ampliamente utilizado para mercantilizar la atención sanitaria y cerrar centros de salud con las mínimas protestas es que “todos tenemos que poner de nuestra parte”. Cuando los ciudadanos incitan a sus compañeros de trabajo o a sus vecinos de barrio a quejarse menos, a ser “más positivos y optimistas” o a “autogestionar y responsabilizarse” de su enfermedad,[22] en lugar de a tratar de entender y actuar frente los ataques a la sanidad pública y las políticas de privatización, al neoliberalismo ya le queda menos trabajo que hacer.[23]

El repago, los recortes en la sanidad pública y las plantillas, el parasitismo del sistema público por el privado y la abertura de oportunidades de negocio privado para lucrarse son algunos de los mecanismos para debilitar la sanidad pública y ampliar un modelo sanitario más mercantilista. El objetivo es claro: reemplazar la sanidad pública por la concertada, aumentar el espacio de la privada y mercantilizar la sanidad convirtiéndola en un mercado a través de distintos “modelos de negocio” (hospitales concertados con el sector público, hospitales en régimen de concesión, hospitales independientes, etc.).

Por motivos e intereses más o menos interrelacionados, los "actores" e instituciones en favor de la privatización de la sanidad son de tres tipos. En primer lugar, las instituciones, los partidos conservadores y sus representantes políticos, y los gestores. Es el caso, por ejemplo, de la OMS con su Acuerdo General sobre Comercio y Servicios (AGCS), la Unión Europea a través sobre todo de la Comisión Europea, o de políticos conocidos como Esperanza Aguirre en la Comunidad de Madrid o, en Cataluña, el president de la Generalitat Artur Mas o los *Consellers* Andreu Mas-Colell[24] y Boi Ruiz. Como ha señalado Mas-Colell, se trata de reducir la sanidad a su "núcleo básico", manteniendo sólo de forma gratuita los servicios de sanidad pública más imprescindibles. Hay que poner fin al "acceso universal gratuito" de prestaciones ("este camino será imposible de seguir hasta el final"), reclamar más participación privada para dispensar estos servicios, y que los beneficiarios de muchos servicios públicos asuman su coste ("son muchos, no todos, los servicios que de manera natural pueden ser financiados por sus beneficiarios"), de tal modo que los empresarios puedan aprovechar una coyuntura favorable ("no podemos perder el tiempo y dejar pasar una oportunidad que puede ser transformadora").[25]

En el Estado español, a inicios de 2012 se vislumbran las posibles estrategias del gobierno del PP: optar por una línea "dura", rápida, arbitrando un sistema dual de seguros/beneficencia con el establecimiento de repagos (farmacéutico, consultas, hospitalización, etc.) como ya está ocurriendo en Catalunya, o bien optar por una vía más "blanda", lenta, con políticas parecidas y complementarias en las autonomías, con recortes, privatizaciones, externalizaciones, repagos, etc. Al mismo tiempo, se avanzaría en la promoción del aseguramiento privado con desgravaciones fiscales para quienes los contraten. Todo ello produciría un sistema público débil y de beneficencia para la clase trabajadora. Como señaló Olof Palme: "un servicio para pobres será siempre un pobre servicio."[26]

En segundo lugar, tenemos el *poder económico*, representado por grandes empresas, oligopolios y *lobbies* de la industria farmacéutica y tecnología sanitaria que, en connivencia con políticos,[27] presiona con fuerza en defensa de un modelo médico privado con un enorme potencial de negocio. Hace ya mucho tiempo que el negocio de la sanidad pública está en el

punto de mira del capital y cada vez es más atractivo para el “capital riesgo”. Las operaciones y la cuantía de las inversiones aumentan cada año siendo las apuestas principales hospitales, centros quirúrgicos, clínicas dentales y de estética, la biotecnología y las residencias de la tercera edad.[28] Finalmente, también tienen lo suyo que decir los *académicos conservadores, economistas y todo tipo de tertulianos y “expertos” neoliberales* que reivindican las ventajas de la mercantilización más que sus inconvenientes, sin contextualizar ni explicar adecuadamente el poder existente detrás de las propuestas realizadas ni sus intereses económicos y políticos.

Para que el negocio tenga éxito, la élite económica y política debe asegurarse de que el debate en los medios de opinión y desinformación social sea escaso y limitado y, sobre todo, que sea “filtrado” y quede definido bajo ciertos criterios. No caben las opciones ni el debate de ideas. Ellos nombran, crean las palabras, definen el marco del debate y controlan los medios para convencer a la población. Pero, ¿hasta qué punto ésta se deja convencer?

_____

1. Harvey D. Breve historia del neoliberalismo. Madrid: Akal, 2007.

2. Naomi Klein: La doctrina del shock, Barcelona: Paídós, 2007.

3. Etxezarreta M. La privatización de los servicios sociales y de salud.VIII Jornadas autonómicas de la Asociación española de neuropsiquiatría. La Nau, Valencia, 23 de octubre de 2009.

4. Benach J, Muntaner C, et al. Empleo, trabajo y desigualdades en salud: Una visión global. Barcelona: Icaria, 2010.

5. André C. The transformations of health care systems in Europe: Convergence of spending, how many types of reforms? (preliminary draft). ESPAnet Conference Helsinki, September 18-20, 2008.

6. Etxezarreta M. La privatización de los servicios sociales y de salud.VIII Jornadas autonómicas de la Asociación española de neuropsiquiatría. La Nau, Valencia, 23 de octubre de 2009.

7. Angell M. The truth about drug companies. Nueva York: Random Hose. 2004; Blech J. Los inventores de enfermedades. Barcelona: Destino, 2005; Pignarre P. El Gran Secreto de La Industria Farmacéutica. Gedisa, 2005.

8. Entrevista a Dirk van Duppen. Marche, de la Mutualité Chretienne de Bélgica (07-03-2005), y autor del libro: La guerre des médicaments. Pourquoi sont-ils si chers. Bruselas: Colección EPO, 2005.

9. Si el gasto farmacéutico español fuera la media de la OCDE se ahorrarían 5.000 millones € anuales. Controlar el uso de la tecnología ahorraría más de 30.000 millones de € anuales. Sánchez Bayle M. La salud en la encrucijada. mientrastanto.e, n.100, marzo, 2012. http://mientrastanto.org/boletin-99/notas/observatorio-de-salud-2

10. Balsells F. Dos nuevas denuncias vinculan muertes con recortes en Cataluña. El País, 01-12-2011. http://elpais.com/diario/2011/12/01/sociedad/1322694002_850215.html. Caridad en la sanidad pública. El País. 12-02-2012. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/02/11/actualidad/1328993760_838220.html;

11. Se modifica el ap. 2 del art. 15 de la actual ley de modernización del ICS (Ley 8/2007), que dice: “Las instalaciones de los centros y servicios del ICS, por razón de interés público declarado por acuerdo del Consejo de Administración, se podrán utilizar para prestar asistencia sanitaria no financiada con cargo a fondos públicos“. A finales de febrero de 2012, el ICS inició su progresivo “troceo” con la conversión en un holding del cual colgaran 22 empresas filiales bajo una sociedad llamada Grup ICS.

12. Castedo A, Balsells F. Cataluña expedienta al centro que opera antes a pacientes de la sanidad privada. El País.

11-02-2012. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/02/10/actualidad/1328903671_047487.html; Ferran Balsells. Los recortes abren una sanidad a dos velocidades en Cataluña. El País 09-02-2012. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/02/08/actualidad/1328732984_714552.html.

13. Benach J, Tarafa G, Muntaner C. El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. Gac Sanit. 2012;26(1):80-2.

14. Trivedi AN, Moloo H, Mor V. Increased ambulatory care copayments and hospitalizations among the elderly. N Engl J Med. 2010;362(4):320-8.

15. En Cataluña hay unas 54 millones de visitas/año de At. 1ª y 5 millones a urgencias. Pagar 1€ visita (como se plantea hacer en mayo de 2012) generaría 59 millones € siendo el gasto sanitario total de 9.875 millones € (2010).

16. El “mercado sanitario” es “atípico”. El enfermo consume el fármaco pero no los elige y no los paga (o parcialmente), el estado paga pero no consume y no elige, el médico elige pero no paga y no consume.

17. Benach J, Tarafa G, Muntaner C. El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. Gac Sanit. 2012;26(1):80-2.

18. La escasa financiación de la sanidad pública se debe a: la reducción de impuestos, la casi completa eliminación de impuestos y el elevado fraude fiscal. Navarro V. La necesaria reforma fiscal: alternativas a los recortes innecesarios y contraproducentes. Revista digital SISTEMA, 09-09-11. http://www.vnavarro.org/?p=6190.

19. Harvey D. Breve historia del neoliberalismo. Madrid: Akal, 2007.

20. Baillargeon N. Curso de autodefensa intelectual. Barcelona: Ares y Mares, 2007 (ed. or. 2005).

21. Carroll L. Alicia a través del espejo. Madrid: Alianza Editorial, 1973:116.

22. Valverde Gefaell C. El plan de salud neoliberal funciona: ellos recortan y tú te “auto-gestionas”. http://www.ligasfc.org/wp-content/uploads/2012/02/articulo.EL-PLAN-DE-SALUD-NEOLIBERAL-FUNCIONA1.pdf.

23. Valverde C. El lenguaje positivo como “sentido común” o el consentimiento del neoliberalismo. El Viejo Topo 286. Nov 2011.
En: http://www.ligasfc.org/wp-content/uploads/2011/12/articulo.pensamiento-positivo-viejo-topo.pdf

24. Pellicer L. Mas-Colell defiende el copago y la participación privada en servicios. El País, Catalunya,
01/10/2011. http://elpais.com/diario/2011/10/01/catalunya/1317431239_850215.html

25. Mas-Colell A. Les oportunitats d’aquesta crisi. Conferència Inaugural del Curs Acadèmic 2011-2012. Cercle d’Economia, 30 de setembre de
2011. http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2011/09/30/18/50/ceb6cf88-9f6d-45cd-8d61-091b445ac9f1.pdf

26. Sánchez Bayle M. La sanidad pública tras la victoria del PP. Nueva Tribuna,
18-02-2012. http://www.nuevatribuna.es/opinion/marciano-sanchez-bayle/2011-12-02/la-sanidad-publica-tras-la-victoria-del-pp/20111128175540002 53.html

27. La asociación Farmaindustria es un poderoso grupo de presión político con 135 Laboratorios. El conseller de salut forma parte de Know-How Advisers, el presidente del Institut Català de Salut, tiene actividades con diversas empresas. En enero de 2012, la presión popular y denuncias le obligaron a
dimitir. http://www.abc.es/20120111/comunidad-catalunya/abcp-prevaricacion-instituto-catalan-salud-20120111.html

28. El sector sanitario español desata una guerra de ofertas en el capital riesgo. Expansión,

21-04-2011. http://www.expansion.com/2011/04/21/mercados/fondos/1303340183.html?a=7c424fdc70bef59802a38e769f5e3352&t=1317563110

Joan Benach, Carles Muntaner , Gemma Tarafa, Clara Valverde

Fuente:
https://ctxt.es/es/20220901/Firmas/40748/adelanto-editorial-joan-benach-sanidad-privatizacion-copago.htm#md=modulo-portada-bloque:4col-t2;mm=mobile-medium

Foto tomada de:
https://ctxt.es/es/20220901/Firmas/40748/adelanto-editorial-joan-benach-sanidad-privatizacion-copago.htm#md=modulo-portada-bloque:4col-t2;mm=mobile-medium