

Cuadernos de **Relaciones Laborales**

ISSN: 1131-8635

<http://dx.doi.org/10.5209/CRLA.53529>EDICIONES
COMPLUTENSE

La cuestión social de la sanidad

Presentación: Manuel Espinel (Coordinador)

La asistencia sanitaria es y ha sido uno de los pilares básicos del Estado del bienestar en las denominadas sociedades liberales (capitalistas) desarrolladas de occidente. De hecho, la asistencia sanitaria de los trabajadores, bajo la figura del seguro de enfermedad, en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad laboral está en el origen del Estado del bienestar. En este sentido, como señala el sociólogo norteamericano Paul Starr, la emergencia de los seguros de enfermedad -o de salud más adelante- a lo largo del siglo XIX tuvo como elemento central el alivio de los problemas económicos que generaban tanto las enfermedades como los accidentes de trabajo a los trabajadores, particularmente en momentos de alta competitividad¹. Los costes económicos asociados con la enfermedad, señala Starr, han sido definidos de diferente manera, situación que ha llevado a los reformadores a cambiar su foco de interés según la definición adoptada. En efecto, en el caso de las familias los costes de la enfermedad han tenido en lo fundamental dos componentes principales: el coste de la pérdida de los ingresos por parte del trabajador -generalmente hombre- y el impacto de esta pérdida en la vida familiar -mujeres, hijos/hijas, mayores, etc.- (a veces denominado costes "indirectos") y el coste de la atención médica. Estos costes recaen no sólo sobre los trabajadores, individualmente, sino también en la sociedad en general, que experimenta pérdidas por la disminución de la producción y la consecuente pérdida de ingresos nacionales, así como por el aumento del valor total de la factura por la asistencia sanitaria. De acuerdo con lo anterior, la enfermedad puede crear costes de cuatro maneras diferentes: reducción de los ingresos individuales y otras pérdidas indirectas (familiares), los costes sociales indirectos de la enfermedad, los costes de la asistencia individual, y los costes sociales de la asistencia sanitaria general.

Todo lo anterior permite afirmar que en las denominadas sociedades liberales occidentales desarrolladas, el control de la salud y la enfermedad implicó el desarrollo de una forma de racionalidad, por utilizar una perspectiva foucaultiana, que relacionó la idea de salud y enfermedad con el trabajo, en términos de su impacto sobre las condiciones de vida, las relaciones de producción y reproducción social (economía política). Siguiendo la perspectiva foucaultiana, este proceso de control se extendió también al conjunto de la población, en forma de salud pública, hecho necesario para garantizar la seguridad interior y, por lo tanto, garantizar la

¹ Starr, P. (1982). Transformation of defeat: the changing objectives of national health insurance, 1915-1980. *American Journal of Public Health*, 72(1), 78-88.

gobernanza o gubernamentalidad de los nuevos estados². Todos estos cambios permitieron a los reformadores del siglo XIX acuñar el término “medicina social”, para definir las transformaciones que se venían presentando en el control de la salud y la enfermedad en las sociedades liberales occidentales europeas³.

Durante el siglo XX, especialmente después de la Segunda Guerra Mundial, las reformas han estado más orientadas a mantener la salud que a mantener los ingresos (seguros de salud) y a la reducción de los costes generados por la asistencia sanitaria. Este aumento de los coste se ha debido, entre otras cosas, al aumento de la esperanza de vida de la población general, y por ende de las enfermedades crónicas, del aumento creciente de la aplicación de nuevas tecnologías y por la denominada “medicalización y farmacéuticalización” de estas sociedades liberales occidentales desarrolladas⁴. Entendemos por “medicalización”, en términos de sociólogo Peter Conrad, como “*un proceso por el cual los problemas no médicos comienza a ser definidos y tratados como problemas médicos, en términos de enfermedades o trastornos*”⁵. Por otro lado, la “farmacéuticalización” hace referencia a varios conceptos o estrategias interrelacionados⁶. En primer lugar se puede considerar como una estrategia de mejora o “aumento de las capacidades” de los individuos en las sociedades ricas en recursos. En segundo lugar como un ejercicio de poder sobre las sociedades con pocos recursos. En tercer lugar, se puede considerar como una estrategia que utilizan las personas individualmente o colectivamente que les permite tramitar mejor sus intereses. Finalmente, se puede considerar como una estrategia corporativa que invierte personas y recursos (escasos) en productos farmacéuticos como parte de la solución de los problemas sociales (farmacéuticalización de la medicalización). Según la OECD⁷ en 2013 el gasto farmacéutico representó en los países miembros como media el 20% del gasto sanitario total. En términos de Producto Interno Bruto per Cápita representó una media de 1.4 puntos. Por otra parte, cerca del 40% del gasto farmacéutico no hospitalario es asumido por lo hogares (gasto de bolsillo). Otro dato relevante a tener en cuenta es que en los últimos 10 años el consumo de medicación antidepresiva se ha duplicado.

La importancia estructural de la medicalización y farmacéuticalización del control de la salud y la enfermedad se fundamenta en el proceso de expansión y alto dinamismo del sector biomédico y sus consecuencias socio-culturales y político-económicas, después de la Segunda Guerra Mundial. La incorporación de las innovaciones tecnocientíficas en el control de la salud y la enfermedad han sido a la vez densas, dispersas (de lo local a lo global a lo local), heterogéneas (afecta a

² Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educ Med Salud*, 11(1), 3-25; Miller, P., Gordon, C., Burchell, Graham, eds. (1991) *The Foucault effect : studies in governmentality*. University of Chicago Press, Chicago, USA

³ Waitzkin, H. (2006). One and a half centuries of forgetting and rediscovering: Virchow’s lasting contributions to social medicine. *Social Medicine*, 1(1), 5-10.

⁴ Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual review of Sociology*, 209-232.; Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of health and social behavior*, 46(1), 3-14. Bell, S. E., Figert, A. E. (2012). Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward. *Social Science & Medicine*, 75(5), 775-783.

⁵ Conrad, P. (1992). Op cita, p:209.

⁶ Bell, Figert (2012) Op. cita.

⁷ OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.

muchos sectores diferentes al mismo tiempo), y con importantes consecuencias para la organización no solo de la propia asistencia sanitaria, sino del conjunto de la sociedad. Esta nueva forma social que ha adquirido el proceso de control de la salud y la enfermedad en las sociedades liberales occidentales se ha denominado como “*El complejo médico industrial o complejo biomédico de techno-servicios*”⁸.

Ha sido precisamente esta forma de racionalización del control de la salud y la enfermedad en estas sociedades, la que abrió el camino en la década de los 70 y 80 del siglo pasado a un proceso activo de “marquetización” y privatización de los sistemas de salud, teniendo como figuras representativas a Ronald Reagan y Margaret Thatcher⁹, y como marco ideológico al neoliberalismo¹⁰. Las corporaciones que se crearon en este sector, junto con las aseguradoras, encontraron en los sistemas de salud verdaderos nichos de mercado y de beneficios, en la medida en que se ampliaba la cobertura y se ampliaba la inversión en salud desde 1970 por parte de los estados, especialmente por parte de Estados Unidos¹¹. La generación de incentivos financieros para la incorporación activa de tecnologías aceleró la “corporativización” del control de la salud y la enfermedad. Este proceso generó a su vez el desarrollo de incentivos perversos para la aparición de nuevos “riesgos morales”, en los que tanto médicos como pacientes demandaban “bienes tecnológicos” sin tener en cuenta la magnitud de los beneficios para la salud. La disponibilidad prácticamente ilimitada de fondos para cualquier servicio, aceleró las oportunidades de negocio a las corporaciones, que encontraban también incentivos para desarrollar nuevas tecnologías de alto costo, así como los mecanismos de marketing que creaban la necesidad de su uso¹².

Este proceso de “marquetización” de la salud se ha generalizado en las últimas décadas en muchos países, tanto “desarrollados” como “no desarrollados”, a través de dos vías principales. En primer lugar, la reorientación de las políticas públicas de los gobiernos hacia la privatización de instituciones financiadas con fondos públicos; en segundo lugar, el acelerado y marcado interés en la inversión estratégica del sector empresarial en los servicios y productos¹³ de salud. A pesar de que algunos consideran que este proceso puede producir una mayor eficiencia en los sistemas de salud y aumentar las “opciones de elección” a los pacientes, todo

⁸ Clarke, A., Shim, J., Mamo, L., Fosket, J., Fishman, J., (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine, *American Sociological Review*, 68: 161-91.

⁹ Starr, P. (1990) The New Life of the Liberal State: Privatization and the Restructuring of State Society Relations in John Waterbury and Ezra Suleiman, eds., *Public Enterprise and Privatization* (Boulder, CO: Westview Press, 1990), 22-54.

¹⁰ McGregor, S. (2001). Neoliberalism and health care. *International Journal of Consumer Studies*, 25(2), 82-89; Mukhopadhyay, I. (2013). Universal health coverage: The new face of neoliberalism. *Social Change*, 43(2), 177-190; Sturgeon, D. (2014). The business of the NHS: The rise and rise of consumer culture and commodification in the provision of healthcare services. *Critical Social Policy*, 34(3):405-416;

¹¹ Huber, M. (1999). Health expenditure trends in OECD countries, 1970-1997. *Health Care Financing Review*, 21(2), 99; Huber, M., & Orosz, E. (2003). Health expenditure trends in OECD countries, 1990-2001. *Health care financing review*, 25(1), 1; Colombo, F., & Morgan, D. (2006). Evolution of health expenditure in OECD countries. *Revue française des affaires sociales*, (6), 19-42; Lorenzoni, L., Belloni, A., & Sassi, F. (2014). Health-care expenditure and health policy in the USA versus other high-spending OECD countries. *The Lancet*, 384(9937), 83-92.

¹² Havighurst, C. C. (2004). Starr on the corporatization and commodification of health care: the sequel. *Journal of health politics, policy and law*, 29(4), 947-967.

¹³ Collyer, F., & White, K. (2011). The privatisation of Medicare and the National Health Service, and the global marketisation of healthcare systems. *Health Sociology Review*, 20(3), 238-244.

parece indicar que este proceso amenaza seriamente a las instituciones públicas que prestan servicios sanitarios y garantizan el derecho a la salud, sobre todo de los más vulnerables. Además mina la capacidad de los Estados para la planificación, supervisión y regulación del sistema de salud, en relación con las necesidades de la población; deteriora las condiciones laborales de los trabajadores de la sanidad; genera inequidades tanto en el acceso a la asistencia sanitaria como en la calidad de los servicios prestados. Finalmente, la actual crisis económica, o más exactamente las medidas de austeridad utilizadas para enfrentar la crisis, han servido como coartada para que muchos gobiernos como el español, realicen reformas orientadas en esta dirección¹⁴.

Todos estos elementos sirven de alguna manera como leitmotiv a Cuadernos de Relaciones Laborales para realizar este monográfico sobre “Aspecto sociales de la sanidad”, especialmente porque el Sistema Nacional de Salud de España es uno de los sistemas de salud europeos que más se ha visto afectado por la reformas realizadas por el gobierno conservador del Partido Popular, en el contexto de la crisis económica. Como se ha tratado de poner en evidencia a lo largo de esta introducción existe una relación directa entre la asistencia sanitaria, la salud y la enfermedad de las personas, las relaciones de producción y las transformaciones del capitalismo contemporáneo, bajo la figura del neoliberalismo. En este sentido, hablar de aspectos sociales de la sanidad puede “resultar redundante”, tal y como lo sostenía los reformadores del siglo XIX que consideraban la salud y la sanidad intrínsecamente sociales, de allí que hablasen de una medicina social. Hoy hablamos de determinantes sociales de la salud¹⁵.

Los artículos recogidos en este monográfico son una evidencia palmaria al respecto. A través de autores de reconocida solvencia académica e investigativa, tanto en España como en Estados Unidos, Reino Unido y México, se pasa revista con especial detalle a las principales transformaciones de los sistemas sanitarios de estos países y sus implicaciones sociales, políticas y económicas. Consideramos que este monográfico entonces se convertirá en referencia obligada para todos aquellos y todas aquellas interesados/as en profundizar en estas transformaciones y sus consecuencias.

En el artículo “*The Affordable Care Act and the Transformation of US Health Care*”, Adam Gaffney y Howard Waitzkin, uno de los exponentes más importantes de la corriente de la medicina social, crítico autorizado de los modelos de asistencia sanitaria bajo el capitalismo y defensor de la salud pública, discuten sobre las características del principal modelo de asistencia sanitaria basado en el mercado y

¹⁴ Legido-Quigley, H., Otero, L., la Parra, D., Alvarez-Dardet, C., Martin-Moreno, J. M., & McKee, M. (2013). Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system?. *Bmj*, 346. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f2363>; Rada, A. G. (2013). Largest healthcare privatisation plan in Spain is to go ahead, despite massive opposition. *BMJ*, 346, f236.; Sánchez-Martínez, F. I., Abellán-Perpinán, J. M., & Oliva-Moreno, J. (2014). La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 75-80; Warner, M. E., & Clifton, J. (2014). Marketisation, public services and the city: the potential for Polanyian counter movements. *Cambridge Journal of Regions, Economy and Society*, 7(1), 45-61; Williams, C., & Maruthappu, M. (2013). “Healthconomic crises”: Public health and neoliberal economic crises. *American journal of public health*, 103(1), 7-9.

¹⁵ Link, Bruce G., and Jo Phelan. Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of health and social behavior* (1995): 80-94; Wilkinson, R. G., & Marmot, M. G. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. World Health Organization.

en los seguros privados. En efecto, como señalan los autores, desde sus inicios, a comienzo del siglo XIX, el modelo de sistema de salud en Estados Unidos se orientó hacia el mercado y los seguros privados, a diferencia de los modelos de aseguramiento obligatorio característicos de algunos países europeos desde finales de siglo XX. La presión de la industria del aseguramiento, de la Asociación Médica Americana, la debilidad de una base social que se opusiera a estas presiones, principalmente entre trabajadores y ciudadanos sin seguro de salud y la ideología anticomunista, entre otros, contribuyeron activamente al desarrollo del modelo de sistema de salud norteamericano.

A pesar de algunos intentos de gobiernos demócratas por desarrollar un modelo de aseguramiento universal e igualitario, después de la Segunda Guerra Mundial, el poder de las corporaciones privadas y el esfuerzo consciente de los gobiernos republicanos por controlar los costes generados por el propio sistema, desterraron en buena medida estos intentos. Fue la administración del Presidente Richard Nixon a comienzos de los años de 1970 la que inició las grandes reformas orientadas por el mercado y las grandes corporaciones, reformas que fueron continuadas por la propia administración demócrata del presidente William Clinton. Como ponen en evidencia los autores, a partir de esta fecha se comenzaron a desarrollar una serie de acciones gubernamentales y privadas destinadas a promover una industria de la salud altamente diversificada, plural y competitiva, orientada al mercado, de tal manera que el consumidor pudiese ser capaz de comprar los servicios de cuidado y mantenimiento de la salud entre una variedad de organizaciones que compiten. Estas acciones dieron origen a la denominada HMO (Health Maintenance Organizations). Los principios de las reformas de Nixon se fueron incorporando paulatinamente en las reformas de los sistemas de salud a nivel estatal, como fue el caso de la Ley en el Estado de Massachusetts en 2006 firmada por el gobernador Mitt Romney. La reforma de Romney –“Romney Care”- amplió el sistema de salud para los pobres y se incentivó a los empleadores para proporcionar un seguro para los trabajadores.

En este contexto se inscribe el Affordable Care Act (Ley sobre la accesibilidad a la asistencia sanitaria) del Presidente Barak Obama, conocida como “Obama Care” que, para los autores del artículo mantiene una continuidad no rupturista con los principios de las reformas de Nixon. En este sentido se puede considerar como una generalización a nivel nacional del “Romney Care”. Para entender esta afirmación hay que comprender el modelo de aseguramiento estadounidense actual. La mayoría de los ciudadanos estadounidenses están cubiertos por los planes de seguro de salud proporcionados por el empleador; una minoría – individuos o familias – compran planes de seguros privados. Además, Medicaid, que cubre a personas y familias que viven con rentas por debajo del umbral de la pobreza, y Medicare, que cubre a personas mayores de 65 años, a jóvenes con discapacidad, a personas con enfermedad renal terminal y a pacientes con esclerosis lateral amiotrófica, representan la parte pública del modelo de aseguramiento. Sin embargo, esta combinación de programas de seguros de salud públicos y privados, deja sin seguro a 40 millones de residentes en Estados Unidos menores de 65 años. Como en el caso del Romney Care, el Obama Care pretendía aumentar la cobertura por varios mecanismos. En primer lugar, al aumentar la cobertura a través de Medicaid; en segundo lugar, al procurar que toda persona saque un seguro de salud

“antes de enfermar”; en tercer lugar, al garantizar que las personas enfermas puedan acceder a un seguro independientemente de su enfermedad y con un coste que puedan cubrir; en cuarto lugar, al subsidiar a aquellas personas con rentas bajas, pero que no son cubiertas por Medicaid; finalmente, al obligar que todas las empresas con más de 50 trabajadores los cubran con un seguro de salud. Los autores concluyen que con la plena implementación de estos mecanismos, en 2025 aun quedarán cerca de 15 millones sin seguro, aún seguirán existiendo bastantes inequidades y barreras de acceso a la asistencia sanitaria, seguirá existiendo un grupo importante de personas, particularmente aquellas que están cubiertas por la empresa, con seguros de salud limitados, en términos de cobertura, que deberán asumir un “alto gasto de bolsillo” debido a los copagos. De hecho en Estados Unidos el copago y el gasto de bolsillo forman parte la “cultura” de las aseguradoras. Finalmente, el Obama Care no cambiará el modelo de consolidación y comercialización de la industria de la salud, ni de los oligopolios privados, tanto del aseguramiento como de la provisión de servicios de salud.

En el artículo “*Market reforms and privatization in the English National Health Service*” Sally Ruane, concedora autorizada de las políticas de salud del Reino Unido examina el proceso de “marquetización” del Servicio Nacional de Salud británico (National Health Service - NHS). Este sistema de salud representa por antonomasia al denominado “*Modele Beveridge*” o modelo de cobertura universal, financiado a través de los impuestos generales. Como señala la autora del artículo, el principal mecanismo que impulsó las reformas del NHS desde comienzos de la década de 1990 fue la incorporación de capital privado en forma de Iniciativa Financiera Privada (Private Finance Initiative - PFI) para el financiamiento de infraestructura pública, como ha sido el caso de los hospitales. Es importante resaltar que esta iniciativa fue impulsada tanto por el partido conservador como por el partido laborista.

En 1990, a través de la Ley del Servicio Nacional de Salud y la Atención de la Comunidad se introdujo la idea de “un mercado interior” en la prestación de asistencia sanitaria; en consecuencia el Estado se convierte en “facilitador” en lugar de un proveedor de la prestación de asistencia sanitaria y social. Como resultado de esta Ley se organizaron las denominadas Corporaciones Públicas del Sistema Nacional de Salud (National Health Service Trust – NHS Trust) organizadas para proveer servicios sanitarios ya sea geográficamente o por funciones especializadas. Esta figura le ha permitido a las NHS Trust realizar contratos con entidades privadas, hecho que facilitó el desarrollo de las PFI. En efecto, como señala la autora, cualquier NHS Trust individualmente, con el fin de mejorar sus infraestructuras hospitalarias, realiza un concurso público invitando a consorcios privados de empresas o “vehículo de propósito especial” (SPV – consorcio de empresas creado específicamente para tal fin), para que realicen una oferta en relación con la construcción de un nuevo hospital. Una vez se ha seleccionado la mejor oferta, la NHS Trust entra en negociaciones detalladas con el oferente seleccionado. El consorcio se compromete a diseñar el hospital de acuerdo con las especificaciones estipuladas por la NHS Trust, a financiar su construcción y a ejecutar la obra. El hospital, una vez construido, se pone a disposición de la NHS Trust para su uso respectivo. El consorcio de empresas es la propietaria del hospital. Esto significa que la NHS Trust debe realizar pagos a la SPV cada año

durante la duración del contrato (por lo general alrededor de 30 años). Una parte de estos pagos tiene que ver con la amortización de la propia construcción del hospital y otra parte tiene que ver con el pago de los servicios asociados tales como el mantenimiento, la restauración, los servicios informáticos, la limpieza, u otros servicios de gestión de las instalaciones que forman parte integral del contrato. Mientras que la propiedad y la provisión de estos servicios están en manos privadas, la gestión última del hospital, en términos de su función, se gestiona de forma pública por la NHS Trust y los servicios clínicos son de naturaleza pública.

El atractivo de las PFI radica en el hecho de que la inversión de capital público, en virtud de las inversiones realizadas por las PFI, no afecta de manera inmediata los presupuestos públicos, en términos de endeudamiento; es decir, las deudas contraídas con las PFI por organismos públicas y asegurada por el propio Estado, no se cuentan como parte del saldo de la deuda pública. Esto ha permitido transmitir la impresión de mayor prudencia fiscal, de lo que realmente ha sido el caso, con el fin de obtener réditos políticos. Sin embargo, como afirma Ruane, a largo plazo esto ha significado una transferencia neta de recursos públicos a sector privado que multiplican por 6 o 7 la inversión en caso que la hubiese realizado el propio sector público, hecho que ha generado inestabilidad financiera en las propias NHS Trust. Esta inestabilidad finalmente afecta la propia actividad sanitaria del NHS Trust, condicionando las decisiones al respecto. En la medida en que la inversión privada afecta la propia gestión y las decisiones públicas, este proceso se puede considerar como una forma de privatización¹⁶.

Como señala Sally Ruanne este proceso de “marquetización” del NHS comenzó con la privatización, a comienzos de la década de 1980, de los servicios no clínicos de los hospitales, bajo la administración de Margaret Thatcher; y continuó con la “marquetización” de los servicios clínicos en la década de 1990, bajo la administración de gobiernos tanto conservadores como laboristas (nuevo laborismo), con la creación de mercados internos, la transformación de los pacientes en consumidores y la creación de cooperativas o empresas sociales de carácter privado, para brindar asistencia sanitaria en el nivel primario (atención primaria). La Ley de la atención Social y Sanitaria de 2012 (Health and Social Care Act 2012) promovida por la coalición conservadora-liberal del partido demócrata continuó profundizando este proceso “marquetización” y privatización de los servicios de salud. Dos meses después de asumir el cargo, el gobierno de coalición publicó sus propuestas. Debido a un movimiento de resistencia ciudadano, esta Ley se demoró 2 años en entrar en vigor.

La resistencia popular a las propuestas legislativas de la coalición se organizó siguiendo la lógica de los movimientos de protesta en la era digital, afirma la autora. Además del movimiento obrero y las organizaciones profesionales, cuatro movimientos sociales contribuyeron activamente a la presión ejercida, a la sensibilización y la organización de eventos simbólicos. En el caso del “*UK Uncut*” organizó las ocupaciones temporales de los bancos (considerados responsables de la crisis financiera y la política de austeridad) o de empresas conocidas por evadir impuestos (responsables de privar a los servicios públicos de fondos necesarios). Por otra parte, “*Occupy*” organizó una enorme ocupación de la Plaza de la Catedral

¹⁶ Starr, P. (1988). The meaning of privatization. *Yale Law & Policy Review*, 6(1), 6-41.

de San Pablo durante varios meses y del puente sobre el Támesis en el Palacio de Westminster. En el caso de “38 Grados”, un centro vinculado a la campaña “miembros” a través de una extensa lista de correos electrónicos, aparecieron en la escena activista a través de varias acciones innovadoras en las redes sociales. Finalmente, “Mantengamos Nuestro NHS Público” que, desde una perspectiva amplia, aportó sus conocimientos en relación con la política de salud a los movimientos de resistencia, a grupos locales y a grupos de líderes de opinión de alcance nacional, especialmente altos miembros de la profesión médica y académicos. Estas organizaciones, junto con las personas que no pertenecían a ninguna de ellas, participaron en una red de correos electrónicos, en la planificación de eventos o movilizaciones colectivas, apoyando las acciones de los demás, compartiendo y difundiendo información acerca de estas organizaciones, o actuando de manera independiente.

La autora finaliza su artículo poniendo en evidencia el impacto de este proceso de “marquetización y privatización” de NHS más allá del Reino Unido. Considera que estas transformaciones se inscriben en el ámbito de la Alianza de Inversión y Comercio Transatlántico (Transatlantic Trade and Investment Partnership - TTIP) que se está negociando entre la UE y los EE.UU. En este sentido, el TTIP impediría la renacionalización de servicios sanitarios privatizados, en la medida en que este tipo de políticas podría dañar los intereses de las corporaciones privadas.

En el siguiente artículo, “*Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados*”, Asa Cristina Laurell, una de las figuras más representativas de la corriente de la medicina social latinoamericana, analiza con especial cuidado las reformas de los sistemas de salud de América Latina. La autora pone especial énfasis en los dos grandes modelos que más están confluyendo en estas reformas: un modelo basado en el aseguramiento y mercantilización y otro basado en los sistemas únicos y públicos de salud de los gobiernos progresistas.

Para la autora del artículo las reformas neoliberales en salud en América Latina han transitado por dos etapas. La primera, impulsada por el Banco Mundial, postulaba que la salud es responsabilidad de los individuos al ser un ‘bien privado’ y ellos deben resolver sus necesidades a través del mercado o de la familia. El gobierno sólo debería proporcionar un paquete de servicios costo-efectivo y financiado con recursos públicos para los pobres, así como responsabilizarse de la salud pública o los ‘bienes públicos’ de salud. La segunda etapa, unida a la segunda Reforma del Estado (Ozlak, 1999), está centrada en el aseguramiento, la definición y establecimiento de costes de paquetes de servicios, la competencia y el subsidio público para respaldar el mercado. Este es el modelo hegemónico que hoy se conoce como la “Cobertura Universal de Salud”, cuyos exponentes principales serían Chile, Colombia y México. Los gobiernos progresistas, principalmente de Brasil, Venezuela, Ecuador y Bolivia han rechazado estas políticas y han planteado que la salud es un derecho universal, social y humano, que el Estado está obligado a garantizar a todos por igual mediante un sistema público, único, solidario y redistributivo que en la literatura latinoamericana se denomina el Sistema Único de Salud.

Con las matizaciones de caso en cada país, las reformas neoliberales han buscado abrir la protección de las ganancias privadas debido a su gran importancia económica al representar del 6 hasta 18% del PIB. La concepción subyacente en

estas reformas es separar las distintas funciones del sistema de salud: la regulación-modulación que correspondería al estado/gobierno; la administración de los fondos de salud y la compra de servicios que debería ser privada y/o pública y; la prestación, pública y/o privada, de servicios. Esta separación de funciones es fundamental para crear el mercado de salud y la competencia entre los administradores y entre los prestadores. En este esquema el gobierno cumpliría un papel regulador orientado a la corrección de las fallas del mercado de salud y evitar abusos de los administradores y prestadores como, por ejemplo, la selección adversa, la negación del servicio, el incumplimiento de los contratos entre administradores, prestadores y pacientes/clientes. Dentro de esta lógica neoliberal, los modelos de aseguramiento han sido la pieza clave para la financiación del sistema, a través de diferentes esquemas de cotización. El modelo puede resultar relativamente eficiente cuando se trata de cotizaciones de trabajadores formales, ya sea pertenecientes al sector privado o al sector público (funcionarios). Pero cuando se habla de trabajadores informales, que es una proporción muy alta en la región, se tiene que recurrir generalmente a recursos públicos y/o a recursos solidarios provenientes de los fondos de aseguramiento de trabajadores formales. Esto determina que una parte muy importante de la población tenga un sistema de protección de la salud, con serias limitaciones e inequidades tanto financieras, en la cobertura y en la calidad de la asistencia sanitaria. Esto también determina que el gasto de bolsillo para las familias sea especialmente alto.

En el caso de los denominados países progresistas de la región, sus gobiernos surgieron de rebeliones contra el neoliberalismo que desembocaron en una nueva constitucionalidad y elecciones democráticas, afirma Asa Cristina Laurell. Estas elecciones democráticas, a su vez, llevaron al gobierno a las fuerzas sociales emergentes que han dado lugar a los denominados “Estados en transición” o “Estados Sociales Democráticos” cuyo proyecto de nación puede variar. En el caso de Venezuela, el gobierno se declara explícitamente socialista; en el caso de Bolivia y Ecuador, los gobiernos afirman que son estados plurinacionales con profundas raíces indígenas y que introdujeron en sus nuevas constituciones el concepto del *Buen Vivir* o *Sumak kawsay*, fundamento ético de un nuevo patrón de desarrollo o alternativa al etnocentrismo e individualismo del capitalismo hegemónico.

Estos gobiernos incluyeron la salud como aspecto central de su agenda política y social. En este sentido, para la autora, la nueva agenda política y social concibe a la salud como derecho social y humano fundamental y, en consecuencia, los estados deben garantizar este derecho a toda la población. Es por esto que se plantean una política de salud universal, solidaria, redistributiva y gratuita basada en las instituciones públicas. Esta política se materializa en un Sistema Único de Salud propio de un Estado Social. Un repaso por cada uno de los países donde se ha puesto en marcha este modelo, permite poner en evidencia tanto sus ventajas particularmente en términos de cobertura de la población; sin embargo ha chocado con las resistencias de los viejos modelos de salud y las relaciones de poder en ellos consolidadas.

En el texto “*Crisis económica y sistema nacional de salud*” José Jesús Martín Martín, Profesor de la Universidad de Granada, analiza el impacto de la crisis económica sobre algunos aspectos críticos del Sistema Nacional de Salud en

España: resultados, gasto sanitario, política retributiva y privatizaciones mediante los modelos de Colaboración Público Privado. Para el profesor Martín las políticas de ajuste que se han desarrollado en España, como consecuencia de la crisis económica, han supuesto una severa reducción de las políticas de gasto público en los servicios públicos fundamentales como educación, servicios sociales o sanidad. El Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, es el ejemplo más relevante de estas políticas de austeridad y han supuesto un deterioro significativo de la accesibilidad y universalidad.

Se ha aprovechado también de la crisis económica para justificar medidas que garantizarían la sostenibilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS). Como soluciones, afirma el autor, se han propuesto un mayor control del gasto sanitario, una mayor participación de la iniciativa privada, supuestamente más eficiente, un control de las rentas salariales y las condiciones laborales de los empleados públicos en el sector y un conjunto de medidas como el copago, la exclusión de determinados colectivos, los incentivos fiscales para contratar seguros privados, y en definitiva más dosis de mercado. En relación con el gasto sanitario, en el periodo 2009-2012 ha caído un 5%, reducción solo superada por Grecia (24%) e Irlanda (10%) y similar a Portugal (4%), los otros países parcial o totalmente rescatados. Por otra parte, a pesar de la notable heterogeneidad entre los diferentes Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, las medidas de ajuste han significado una pérdida de empleo en el sector sanitario y una disminución en las rentas salariales principalmente en los empleados públicos. A partir del tercer trimestre de 2011 se produce una pérdida absoluta del número de ocupados en el sector. En relación con las privatizaciones, las políticas de austeridad presupuestaria han reforzado aún más las presiones para reformar los Servicios de Salud e intensificar los procesos de privatización, iniciados mucho antes de que estallara la crisis económica en 2008. Esto ha significado en la práctica el desarrollo de diferentes modelos de Colaboración Público Privada (CPP) entre los que se destaca la Iniciativa de Financiación Privada (*Private Finance Initiative*, PFI) y las concesiones sanitarias administrativas (también denominadas modelo Alzira, en referencia a la experiencia decana). Este proceso de privatización ha seguido el modelo británico, discutido en detalle en el artículo de Sally Ruane "*Market reforms and privatisation in the English National Health Service*".

Dos ejemplos de este proceso son la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana, ambas gobernadas por el Partido Popular e investigadas por casos de corrupción¹⁷. La Comunidad de Valencia ha sido pionera en este modelo de privatización de la asistencia sanitaria especializada del Servicio Valenciano de Salud. El ejemplo de este modelo fue la entrada en servicio del Hospital de La Ribera, en la comarca de La Ribera (Alzira), que se inauguró el 1 de enero de 1999 y en la que se adjudicó la asistencia sanitaria por un periodo de 10 años prorrogables por otros 5, a una Unión Temporal de Empresas (UTE) constituida por la aseguradora privada Adeslas (51%), un grupo de cajas de ahorros (45%) y empresas constructoras (4%). La concesión implicó la construcción y equipamiento

¹⁷ El País (2016) Casos de corrupción relacionados con el PP. *El País*, 15 de Febrero. Internet: <http://elpais.com/elpais/2016/02/15/media/1455566791_546112.html> (Última consulta 06/06/2016)

del hospital a cargo del adjudicatario. Los malos resultados financieros, 5,24 millones de euros de pérdidas en cuatro años, motivaron un proceso de renegociación en el año 2003, que supuso la adjudicación a la misma UTE de la nueva concesión con condiciones financieras favorables, la ampliación del periodo contractual (15 años prorrogables por otros 5) y la inclusión de la atención primaria en la concesión.

En el caso de la Comunidad de Madrid se construyeron 7 hospitales con el modelo PFI, para los que se crearon seis empresas públicas en la Ley de Acompañamiento a los Presupuestos para 2007, responsables de la gestión de los servicios clínicos y sanitarios no externalizados en los PFI. Las empresas concesionarias de estos 7 hospitales cobrarán en conjunto, un canon anual de 125,5 millones de euros durante 28 años, y aproximadamente 100 millones de euros, tanto el primer como el último año de la concesión. El total de pagos anuales diferidos hasta 2037 suponen 3.700 millones de euros actuales, más la actualización en función de la inflación anual.

Para el autor, la revisión independiente y no interesada de las distintas evaluaciones de las experiencias de CPP a nivel internacional concuerdan en que, en este momento, no existen datos o evidencias sólidas que avalen este tipo de modelo ni sus supuestos beneficios y no existe información suficiente para evaluar sus resultados frente a la gestión convencional.

Finaliza el autor, citando a Immanuel Kant, señalando que la igualdad moral de cada uno de nosotros es la que nos exige un SNS universal, bien financiado, centrado en la equidad y focalizado en la corrección de las desigualdades sociales en salud. Cuidar y mejorar el SNS es una obligación ética para una sociedad moralmente decente.

Cierra este monográfico el texto de *“La mercantilización de la sanidad: el caso de Catalunya”* elaborado por Ana Martínez, Kayla Smith, Alba Llop-gironés, Montse Vergara, Gemma Tarafa y Joan Benach, miembros de Grupo de Investigación en Desigualdades en la Salud – Employment Conditions Network (GREDS-EMCONET) del Departamento de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Pompeu Fabra. El artículo se basa en el informe sobre la *“Privatización y mercantilización de la sanidad en Catalunya. Impacto de las medidas de ‘austeridad’* realizado por el GREDS - EMCONET y que contó con la participación de un gran número de asociaciones y colectivos por la defensa de la sanidad pública en Catalunya.

Para las autoras de este artículo, la crisis económica, política y social actual no solo ha propiciado el rápido empeoramiento de los determinantes sociales de la salud (DSS) en muchos de los países europeos, sino que ha intensificado las tendencias mercantilizadoras y privatizadoras de los sistemas de salud, que se empezaron a desarrollar en Europa con la introducción de la Nueva Gestión Pública en los años ochenta. En este contexto, tanto el Sistema Nacional del Salud de España como el sistema sanitario de Catalunya, han seguido la misma línea. En el caso de Catalunya se ha configurado un modelo particular de estructura mixta, que se diferencia sustancialmente de otras Comunidades Autónomas. En el modelo catalán la convivencia y la colaboración público-privada, así como los elementos de mercantilización han estado muy presentes en su origen y evolución, siendo el modelo catalán uno de los casos más paradigmáticos para explicar la

mercantilización -y posterior privatización- de los sistemas sanitarios públicos en Europa.

Con el fin de analizar este proceso de mercantilización las autoras proceden a pasar revista sobre el sistema de salud catalán. Desde sus orígenes en 1981, cuando se llevó a cabo la transferencia de las competencias, Catalunya configuró una sistema de estructura mixta agrupando bajo una misma red de asistencia pública (la Red de Hospitales de Utilización Pública - XHUP por sus siglas en catalán) los proveedores hospitalarios del sistema, fueran éstos de titularidad pública o no. El recientemente creado Instituto Catalán de la Salud (ICS) comenzó a gestionar el 90% de la Atención Primaria mientras que una proporción relativamente alta de los hospitales era propiedad de las administraciones locales o de empresas privadas, y tan sólo el 30% de las camas hospitalarias estaban gestionadas directamente por el ICS. Los consorcios públicos, dónde se agrupaban, en un principio, hospitales de propiedad pública no pertenecientes a la *Conselleria*; y las Empresas Públicas, que se iniciaron a principios de los noventa con el objetivo de gestionar algunos de los recursos públicos, fueron las figuras jurídicas más importantes en este proceso. Para los detractores de este modelo, los consorcios y las empresas propiciaron la introducción de agentes privados en la gestión pública (directa o indirectamente), en distintas formas y alianzas.

Para las autoras del artículo, el punto de inflexión en el proceso de mercantilización del sistema catalán fue la separación de las funciones de compra y provisión de servicios con la promulgación en 1990 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya (LOSC). Así, los proveedores del sistema, una amplia red de variada titularidad y formas de gestión (pública, semi-pública o privada), compiten entre sí por acceder a los contratos de provisión de servicios sanitarios mantenidos con el CatSalut (ver más adelante). A partir de la LOSC también se transformó la gestión de Equipos de Atención Primaria mediante proveedores de diferente titularidad rompiéndose de forma definitiva el monopolio del ICS en Atención Primaria (AP). En 1995 se introdujo *explícitamente* el ánimo de lucro en la sanidad pública, especialmente en AP donde se fomentó la creación de entidades con ánimo de lucro o Entidades de Base Asociativa (EBA), formadas por profesionales de atención primaria, destinadas a ofrecer servicios públicos. La estructura final del sistema catalán lo hace bastante diferente al resto del SNS. El Departament de Salut gobierna y establece las políticas, el CatSalut es el organismo encargado de comprar servicios sanitarios al SISCAT, una amplia red de proveedores, entre los que se encuentra el ICS, de naturaleza, titularidad y gestión pública; y un bloque, llamado “la concertación” que incluye una amalgama de entidades que pueden ser públicas, mixtas o privadas, con o sin ánimo de lucro. Esta diversificación ha dado lugar a múltiples formas de colaboración público-privada en los servicios públicos, entre las que se encuentran la construcción de nuevas infraestructuras mediante alianzas comerciales entre proveedores, siguiendo los modelos de iniciativa de financiación privada (PFI, por sus siglas en inglés) o asociación público-privada (PPP, por sus siglas en inglés), ampliamente discutidos en los textos anteriores.

Para las autoras, otro aspecto que da cuenta de la mercantilización del sistema público es la instauración de mecanismos de copagos (repagos) o pagos “out-of-

pocket” –gastos de bolsillo- en los diferentes servicios de la cartera del sistema sanitario. El argumento que se esgrime para justificar el sistema de copagos se sustenta en limitar el coste que puede suponer el abuso o mal uso de los mismos. En este sentido, las autoras señalan que el copago mercantiliza la atención sanitaria convirtiéndola en una mercancía en lugar de un derecho social, deteriora el sistema sanitario público culpando al enfermo en lugar de responsabilizar a las autoridades políticas y poderes económicos. Desde el punto de vista de la equidad y las desigualdades en salud, el Real Decreto-Ley 16/2012 (RD16/2012), aprobado por el gobierno español, ha dificultado aún más el acceso a la sanidad. El acceso universal al sistema sanitario se ha visto drásticamente restringido como consecuencia de la aprobación del RD16/2012 y su instrucción catalana, dejando sin cobertura sanitaria a miles de personas. Sin embargo, no se puede perder de vista el hecho que tener una tarjeta de cobertura pública no asegura tampoco un acceso equitativo a la sanidad debido entre otras razones por los copagos.

Las autoras cierran el artículo analizando el impacto de la austeridad sobre el sistema sanitario y la salud, y la respuesta ciudadanas a las medidas tomadas. La aplicación de las políticas de austeridad está afectando a la cantidad y calidad de los servicios tanto de atención primaria, como de atención especializada, lo cual comporta consecuencias negativas a corto y medio plazo, y otras consecuencias a más largo plazo que es urgente conocer. Por otra parte, el relación con la movilización ciudadana se citan los ejemplos de los encierros en los Centros de Atención Primaria o en los hospitales en contra los cierres de servicios, de las reducciones horarias o de los despidos o pérdidas de profesionales y especialistas; la denuncias ciudadanas sobre el *apartheid sanitario* que sufren las personas excluidas de la sanidad como consecuencia del RD 16/21012, la desobediencia por parte del personal sanitario y organizan grupos de acompañamiento para que estas personas sean atendidas; la emergencias de las plataformas ciudadanas como *Yo Sí, Sanidad Universal*, nacida en Madrid y ya extendida a todo el Estado, y la *Plataforma per una Atenció Sanitària Universal a Catalunya (Pasucat)*, que orienta su acciones y reivindicaciones a la defensa de la sanidad pública; o la campaña "*No marxís sense hora, hi tens tot el dret!*" impulsada por las *Candidatures de Unitat Popular (CUP)* y otros colectivos en defensa de la sanidad pública, asociaciones de vecinos o plataformas de trabajadores como *Can Ruti diu Prou*.