



## 1. El mercado de la salud

# Derrota obrera y mercantilización de la sanidad

Jaime Baquero

Históricamente, sólo la extensión de la conciencia obrera y la organización de los trabajadores han sido capaces de frenar las concepciones de salud basadas en la responsabilidad individual y en el mercado, logrando imponer aspectos más acordes con sus necesidades e intereses colectivos, al considerar la salud como un derecho y no como un bien de consumo. La existencia o no de sistemas públicos de protección social va ligada a los éxitos y fracasos de la lucha de los trabajadores por su emancipación.

El éxito de la ofensiva neoliberal unido al colapso y derrumbe del bloque del Este, al fracaso de los proyectos de liberación y al desarrollo desigual de los Estados de la periferia —que ha desmoronado la cohesión y solidaridad del Tercer Mundo—, provocó en los ochenta una derrota estratégica de los trabajadores a nivel mundial, el fin del ciclo de acumulación basado en la expansión productiva que caracterizó al período 45-70, y la recuperación global del dominio político, económico, cultural e ideológico del capitalismo.

El resultado de casi tres décadas de políticas neoliberales, es desolador. Crisis económica y aumento de las desigualdades sociales y de las desigualdades entre las diferentes regiones mundiales, derrota y fragmentación de la clase trabajadora, profunda extensión de unos valores mercantiles y conservadores, retroceso en la conciencia de clase y de la conciencia anticapitalista, retroceso de la organización y de la capacidad de lucha de los trabajadores, ausencia de referentes políticos o sociales en el plano mundial. Ausencia de alternativa global al sistema, desorientación de los núcleos resistentes, e imposibilidad de un cambio de modo de producción y de modelo social por un período de tiempo indeterminado, son las características de este momento histórico.

Derrota obrera y nuevas necesidades del capital en la reproducción de la mano de obra, representan en los Estados centrales el fin de las regulaciones estatales garantizadoras de la estabilidad política y económica, y de la preponderancia del

Estado como corrector de desigualdades sociales y desequilibrios económicos, barriendo los servicios públicos y originando en esos países un profundo cambio en la orientación sanitaria y en la organización de los servicios sanitarios.

El principal objetivo de las expropiaciones-privatizaciones ha consistido en extender la acumulación de capital a terrenos anteriormente excluidos de los cálculos de rentabilidad, como servicios públicos (agua, electricidad, telecomunicaciones, transporte), de protección social (viviendas sociales, pensiones, educación, atención sanitaria) o las riquezas naturales de los países (tierra, bosques). La liberalización de esos espacios ha supuesto la apropiación privada de propiedad colectiva y activos públicos en un volumen tal que carece de antecedentes históricos. Este saqueo y las nuevas políticas fiscales han variado la dirección de la redistribución de los fondos que recaudan los Estados, que fluyen desde las clases bajas hacia las altas.

Por otra parte, la reorganización de los servicios de protección social y la adaptación de los programas asistenciales a los intereses de las corporaciones privadas, representan la acomodación de esos espacios a la obtención de beneficios económicos en su explotación y una reorientación de los dineros públicos hacia el sector privado.

En 1999, el Acuerdo General de Comercio y Servicios de la OMC –que engloba a 153 Estados–, dada la lentitud de los procesos de liberalización de los servicios públicos en buen número de países –principalmente de la UE–, centró sus objetivos en la eliminación de las leyes de carácter interno que al preservar el bien común dificultasen la extensión del mercado y estableció que esos impedimentos al comercio debían desaparecer plenamente en la 1ª década del nuevo siglo.

El principal atractivo para el mundo de los negocios se centra en los Estados centrales del sistema, por el enorme volumen de sus gastos públicos y sociales. El gasto público en la zona euro en 2006 ascendió al 46,7% de su PIB (BCE. Boletín Mensual Abril 2009), en tanto que sus gastos sociales en 2005 representaban el 27,4% del PIB - 27,8% en la UE -15, (Eurostat. 2008). De ahí que en el marco europeo la Directiva “Bolkestein”, aprobada por el Parlamento de la UE, ahonde en las medidas liberalizadoras que se aplicarán a todos los servicios públicos excepto los de salud, que serán tratados en una nueva y poco esperanzadora directiva.

Enarbolando la bandera de *modernizar* los inoperantes sistemas sanitarios públicos en términos de innovación, eficiencia y rendimiento de cuentas, el BM y el FMI lanzan a finales de los ochenta una ofensiva mundial –a la que se suma la OMC en 1995, fecha de su constitución–, que defiende la creación de mercados sanitarios, ya que la competencia entre proveedores hará que bajen los costes y reducirá los gastos de los Estados, incrementando la calidad de los sistemas sanitarios.

La calidad es entendida como la aceptación social del producto sanitario obtenido con la máxima reducción de costes y la máxima intensidad de los recursos empleados, a fin de garantizar los máximos beneficios económicos a sus explotadores. Esta concepción de calidad responde a intereses muy alejados de la población y obvia la asimetría de las relaciones sanitarias entre proveedores y *clientes* –que no tienen la misma información y la manejan en planos diferentes–, y la ausencia de independencia entre oferta y demanda –el ciudadano ante una necesidad de salud acude a unos profesionales que le asesoran, condicionando y moldeando la demanda–. Tales hechos y la exclusión de la población del proceso, sesgan la aceptación social del producto como condición de calidad, reduciendo ésta al beneficio económico.

BM y FMI centran las reformas sanitarias según la lógica del mercado –en vez de seguir la lógica de la salud y los derechos sociales–, y sitúan el debate en la rentabilidad económica de los recursos, en lugar de hacerlo sobre necesidades de salud, rentabilidad social, y universalidad y equidad de las prestaciones.

Igualmente eluden una comparación rigurosa de costes y resultados, entre los modelos sanitarios mercantilizados y aquellos donde financiación, gestión y provisión son directamente públicos. No abordan el impacto negativo que tienen los modelos mercantilizados sobre la población –escasa cobertura y discriminación por renta–, y sobre aspectos de funcionamiento democrático, como la imposibilidad de participación y control social, único mecanismo capaz de garantizar el acceso de los distintos grupos sociales a los servicios sanitarios y de adaptar dichos servicios a sus necesidades.

A partir de 1980, el Banco Mundial comienza a conceder préstamos a los sistemas de salud de los países de rentas bajas y medias. En 1987 da un salto cualitativo al dictar una serie de recomendaciones para modernizar los servicios sanitarios “*en los países en desarrollo*”, haciendo especial énfasis en su financiación: “*trasladar a los usuarios los gastos generados por el uso de las prestaciones sanitarias públicas*”; “*ofrecer esquemas de aseguramiento para los principales casos de riesgo*”; “*utilizar de forma eficaz los recursos privados y no propios del Estado*”; y “*descentralizar los servicios sanitarios públicos*”. Ante tales recomendaciones, cabría pensar en unos sistemas sanitarios públicos hipertrofiados y excesivamente burocratizados en esos países. Sin embargo, sus gastos en salud eran muy escasos y los proveedores privados cubrían más de la mitad de los servicios de salud en los países de bajos ingresos.

Para reforzar la reducción del papel del Estado y las reformas de los sistemas de salud, se lanzaron campañas de propaganda que moldeasen la conciencia pública reforzando la idea del fracaso de lo público y que la salud corresponde al ámbito de lo privado **/1**, no debiendo hacerse cargo la sociedad de enfermedades relacionadas con estilos de vida poco saludables, ni ser considerada la salud como un deber exigible al Estado.

Disminuir la inversión del Estado en los centros sanitarios públicos, ha impulsado el desarrollo de sistemas privados, ha alejado a la población con capacidad de pago de los servicios públicos y ha provocado la descapitalización de la red pública. Los sistemas sanitarios nacidos de las reformas se caracterizan por la inclusión de proveedores públicos y privados de servicios, y parten del principio de que el Estado sólo debe atender lo que el sector privado no asuma, sometiendo su intervención a criterios de alta efectividad y bajo coste. La escasa financiación de los hospitales públicos y la asunción de toda actividad, proceso o paciente no rentable, les obliga a aplicar severas reducciones de costes, que afectan al mantenimiento de instalaciones y equipos, a la contratación de personal y las condiciones laborales, a las compras de nuevos aparatos y la incorporación de nuevas tecnologías, y a la calidad de los servicios. En los hospitales privados con financiación pública, se incorporan pagos adicionales a cargo del usuario y se practica la selección negativa de riesgos, obteniendo elevadas tasas de ganancia.

Las reformas laborales en el sector sanitario se han basado en la idea de la competencia y en los incentivos materiales. Su resultado ha sido una mayor flexibilidad laboral, una descentralización de la contratación y de las condiciones laborales, y un impulso a la subcontratación y a la privatización de su personal, destacando el aumento producido en la intensidad del trabajo, dada la reducción promedio de la estancia hospitalaria –lo que implica una mayor dependencia de los hospitalizados–, la reducción del personal de guardia, la amortización de plazas y vacantes sin cubrir, y el escaso crecimiento del número de trabajadores en relación con el crecimiento de la población, lo que provoca un mayor déficit de recursos humanos.

La promesa de disminuir la factura sanitaria con la introducción del mercado, no se ha cumplido desde un comienzo. Antes de las reformas, el gasto sanitario en los Estados con sistemas públicos hegemónicos era muy inferior al de los Estados con sistemas mayoritariamente privados, y tras éstas se mantiene la misma tendencia (OECD. *Health Data*. Junio 2006). Tampoco ha disminuido la burocracia. A finales de los 80 los gastos administrativos de la privatizada sanidad estadounidense ascendían al 25% del gasto sanitario total, el doble que en los Estados europeos con sistemas sanitarios mixtos (provisión sanitaria público-privada), y hasta seis veces superior a los existentes en Estados europeos con sistemas sanitarios donde financiación, gestión y provisión eran directamente públicas (Terris, 1991). Sin embargo, en la medida en que los sistemas públicos son alterados para introducir el mercado, los gastos públicos se incrementan, la cobertura y la oferta de servicios gratuitos descenden, los gastos sanitarios privados de las familias aumentan, la salud pública es abandonada y los niveles de calidad caen sensiblemente.

La existencia en los Estados europeos de sistemas sanitarios públicos con un importante volumen de empleo, universales y gratuitos –o *cuasi* gratuitos, dado que el gasto en el momento de uso es reembolsado en buena parte por diferentes mecanismos–, la costumbre y conciencia generalizada que considera la salud

como un derecho básico, y las diferencias entre socialdemócratas y conservadores sobre la profundidad y ritmos de las transformaciones en el sector salud –al margen de la aplicación común de políticas neoliberales–, han determinado la moderación de las estrategias y el entretimiento de las agendas de los gobiernos en las reformas de sus sistemas públicos de salud.

La estrategia seguida ha consistido en una serie de medidas que, evitando alarmar a la opinión pública y procurando limitar las respuestas en el terreno laboral a focos aislados que se sucediesen escalonadamente, condujesen a la transferencia de la propiedad de los servicios sanitarios y de protección social al sector privado.

Mediante una reforma fiscal que hiciese recaer los ingresos del Estado en el consumo y en las rentas del trabajo –exonerando a las clases altas–, se cargaba sobre trabajadores y parte de las clases medias el peso del Estado social, de modo que la reducción de éste aliviaría a estas clases y disminuiría sus resistencias a los cambios. Reorientar el sistema sanitario hacia la rentabilidad económica y hacia las demandas de buena parte de las clases medias, facilitaba su fraccionamiento e instaurar una nueva organización del trabajo que diluyese las resistencias laborales. El deterioro subsiguiente de la calidad asistencial pública, quebraría los nexos de la población con el sistema y disminuiría sus resistencias a un cambio de modelo sanitario. Y por último, una vez establecida una correlación de fuerzas favorable a las fuerzas mercantilistas, se actuaría directamente sobre la provisión de los servicios sanitarios, entregando su propiedad a empresas privadas.

## **I. Deterioro de los servicios de protección social por reducción de los gastos sociales**

A comienzos de los noventa la ofensiva neoliberal alcanza los servicios públicos en España, con el desarrollo de políticas de reducción del gasto público, reformas del sistema de pensiones y del régimen fiscal, y recortes en los subsidios sociales. Estas políticas, que tienen su origen en los acuerdos alcanzados por los gobiernos de la UE en el Tratado de Maastricht (1992) y más tarde en el Plan de Estabilidad y Crecimiento (1997) –y que marcaban como objetivo de las administraciones públicas el déficit cero–, han sido aplicadas con especial dureza por los diferentes gobiernos en España, que ha mantenido en el período 1994-2007 un endeudamiento público inferior en un 40% a la media de los países de la Unión Europea-15, y una baja presión fiscal, estrangulando económicamente los servicios de protección social.

El gasto público en España alcanzaba máximos históricos en 1993 (45% del PIB), si bien era el más bajo de la UE-15. Desde esa fecha, su descenso nos aleja de la convergencia con Europa y genera un enorme déficit de las infraestructuras públicas. En 2006 se situaba en un 38,6% del PIB, mientras la media de la UE-25 era del 47%.

Los gastos sanitarios públicos (GSP) medidos como porcentaje del PIB permanecieron estancados en el período 1993-1996 (5,5% PIB), y tras un descenso en el período 1997-2003 (5,2% PIB), han crecido muy lentamente hasta el 5,7% PIB en 2006, a pesar de las necesidades crecientes de una población que envejece y de los altos costes tecnológicos. Este crecimiento no ha logrado disminuir el diferencial con la UE-15, que en el período 1995-2006 ha pasado del 0,5% del PIB al 1%. La diferencia con la Europa del bienestar es más acusada si comparamos el gasto sanitario por habitante en unidades de poder de compra, que se ha incrementado en el período 1995-2002 de 375 a 579 €, siendo el Estado que menos fondos dedica por habitante después de Grecia. La insuficiencia presupuestaria de la asistencia sanitaria –en relación con los países del entorno–, se ve mermada por un gasto público farmacéutico que en 2008 alcanzaba el 25% del gasto sanitario público, y que medido por habitante sobrepasa a la media europea desde mediados de los 90, superando a ésta en un 26% en 2002 /2.

## **II. Fraccionamiento del sistema sanitario público y privatización de la gestión**

La Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, es fruto del ascenso del movimiento obrero y luchas ciudadanas que acompañaron la caída del régimen franquista, y que impulsaron avances sociales y democráticos. De ahí que defina un modelo sanitario público, universal y gratuito, financiado a través de los Presupuestos del Estado, descentralizado, basado en la Atención primaria de salud y que incorpore la participación social. Un sistema basado en el concepto integrado de salud y de la atención sanitaria: Integración de las funciones sanitarias, de los medios y recursos públicos en un único dispositivo, y de los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas (CCAA) a través del Sistema Nacional de Salud (SNS). Cuyo fin es asegurar la igualdad de todos los ciudadanos en el acceso a los servicios sanitarios, un mismo trato y calidad de las prestaciones con independencia de las diferencias sociales o territoriales, una igualación de las condiciones de vida y una planificación sanitaria que mejore servicios y prestaciones, así como el uso eficiente de los recursos –si los recursos forman un todo no existirá duplicación ni despilfarro, tan sólo lo necesario para atender las necesidades de salud de la población.

Sin embargo, la dirección política que la burguesía ejerce en ese período de transformaciones se aprecia en tres aspectos fundamentales por su trascendencia posterior. El espíritu de la Ley permite concebir la gestión como directa y descentralizada, pero su letra no impide explícitamente el uso de formas de gestión personificadas. Y aunque la LGS presenta la colaboración privada como subsidiaria y con preferencia por los centros sin ánimo de lucro –a través de conciertos que completen puntualmente la oferta asistencial pública–, deja abierta la puerta a una colaboración privada más estable (convenios singulares), que significa la integración de centros y servicios privados en la red asistencial

pública manteniendo su titularidad privada y las relaciones de trabajo de su personal. Y no regula ambas figuras. El tercer aspecto se sitúa en la posibilidad de establecer tasas por la prestación de determinados servicios (artículos 46 y 79), dejando la puerta abierta al co-pago.

Un año después, el Informe Abril –nacido al calor de la ola de revisiones de los sistemas sanitarios que recorría los Estados con altos niveles de renta, tras la publicación del informe Griffiths en el RU en 1983–, plantea abiertamente la sustitución del concepto integral de salud por otro basado en la separación de las funciones de financiación, compra y provisión de servicios (públicos y privados), el establecimiento de cierto grado de competencia entre los proveedores, y la huida del derecho administrativo hacia el derecho privado en la gestión de los centros asistenciales públicos –que deberían introducir la gestión empresarial y la autonomía de gestión–. Otras recomendaciones giran en tono a la externalización de determinados servicios, a introducir el pago directo a cargo de los usuarios de una parte de la asistencia sanitaria y el abono por parte de los pensionistas del 40% de los medicamentos. Aunque este Informe cosechó una importante respuesta social, sindical y profesional, y no se llegó a aprobar en el Parlamento, sirvió de guía para introducir numerosas alteraciones en la organización de los centros y del trabajo.

Con la promulgación de la Ley 15/1997 sobre nuevas formas de gestión, se da base jurídica a la huida del derecho administrativo en la gestión de los servicios sanitarios públicos y se divide la provisión pública en múltiples formas acogidas al derecho privado, que dificultan la planificación y el control público y atomizan las condiciones laborales. Y con la aprobación parlamentaria, ese mismo año, del Acuerdo de Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, las posiciones neoliberales articulan un programa de reformas para los años siguientes. Este Acuerdo incorpora como objetivos los puntos básicos del Informe Abril, y una limitación y fraccionamiento de las prestaciones sanitarias gratuitas. En tanto que el Estado fija las prestaciones que se estimen básicas –comunes a todos los ciudadanos y territorios–, las CCAA podrán aumentar en calidad o cantidad esas prestaciones en la medida que destinen más recursos propios a esa finalidad. La homogeneidad de la cobertura y la igualdad en el acceso desaparecen en el SNS, al establecerse derechos sanitarios diferentes que dependerán de los recursos económicos que posea cada Comunidad y de la presión fiscal que sean capaces de soportar sus ciudadanos. Tal hecho desintegra el SNS al romper la igualdad de trato y calidad de las prestaciones, y estimula las desigualdades territoriales en materia de salud.

**1. Gerencialismo y empresarialización de los centros de gestión directa.** A raíz del Informe Abril, el concepto de servicio de salud abierto a la comunidad fue sustituido por el de empresa de servicios clientelar, dirigida a satisfacer al individuo al tiempo que desestima la organización social, la incor-

poración de la comunidad en las estructuras del sistema sanitario y su participación en la toma de decisiones. El estatus de cliente dado al ciudadano sólo puede hacerse efectivo si se le dota de cierto poder de elección entre las diversas opciones en un mercado. De este modo se priman los aspectos individuales frente a los colectivos y grupales, y se coloca al cliente como centro de las actividades del sistema, que deja de pivotar sobre objetivos de salud. El sistema sanitario inicia así una vasta reforma de su organización interna y la empresarialización de sus centros y servicios, importando desde el mundo empresarial técnicas de gestión, criterios de productividad y modelos retributivos.

Pero estas medidas, si no se instauraba una nueva organización del trabajo que modificase la conciencia y el comportamiento de los profesionales, eran insuficientes para afianzar el nuevo poder en la sanidad y controlar los costes, dada la capacidad fundamentalmente de los facultativos para incidir en la propia organización de los servicios sanitarios con sus decisiones clínicas, y para aumentar los gastos en farmacia, pruebas complementarias e intervenciones sanitarias. Las dos herramientas utilizadas para controlar a los agentes que ocasionan el gasto sanitario han sido la Gestión Clínica y la Calidad Total.

Para controlar el gasto es preciso controlar la variabilidad clínica en la toma de decisiones. Y la forma más eficaz ha consistido en trasladar la toma de decisiones clínicas desde el ámbito de los profesionales –que están en contacto directo con las necesidades de la población– a las autoridades políticas, a través de comités de expertos y del consenso científico. Todo ello en aras de la calidad y la eficiencia, y en ausencia de participación, fiscalización o control por parte de los agentes sociales. De este modo, el conocimiento y la experiencia de los profesionales –los instrumentos más utilizados en el proceso de toma de decisiones ante un paciente– se supeditan al consenso científico, que se convierte en el elemento decisor y homogenizador de la práctica profesional que repercute sobre los recursos, los costes y la calidad del producto sanitario.

El consenso científico se fabrica a partir de la investigación médica, mediante guías de actuación basadas en la evidencia científica y las recomendaciones de expertos. Pero la investigación médica no es aséptica. Más del 90% de los fondos dedicados a investigación sanitaria, se concentra en un puñado de Estados que dan prioridad a sus propias necesidades (Foro Mundial para la Investigación en Salud. 2000). La investigación es desarrollada mayoritariamente –de forma directa o indirecta– por la industria farmacéutica y por la industria de alta tecnología –con intereses diferentes a los de profesionales y población–, que centran sus actividades en investigar aquello que produce beneficios económicos.

En 2001, las doce principales revistas médicas del mundo denunciaban a las compañías farmacéuticas de injerencia en el diseño y la interpretación de los ensayos clínicos de sus propios fármacos, de utilizar los ensayos clínicos para publicitar más a sus medicamentos o para lograr que las instituciones sanitarias de cada país y las aseguradoras los aprobasen y financiasen.



Por otra parte, mediante la Gestión de la Calidad Total se delega en los trabajadores la responsabilidad de la administración sobre el buen funcionamiento de los centros, y se intenta responsabilizar a éstos de la marcha del centro y de su capacidad por conseguir clientes, pero sin posibilitar que los trabajadores intervengan en la orientación real de esos centros, que es definida previamente por autoridades y gestores.

La nueva organización no sólo no ha mejorado la eficiencia sino que ha supuesto la desregulación y corrupción del sistema.

**2. Nuevas Formas de Gestión (NFG).** La Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS, establece que la gestión y administración de los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios podrá llevarse a cabo directa o indirectamente a través de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho. Y que la prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios podrá llevarse a cabo, además de con medios propios, mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas en los términos previstos en la Ley General de Sanidad.

El objetivo de esta Ley es personificar –dotar de personalidad jurídica propia– a los centros y servicios sanitarios públicos para eludir el derecho administrativo en su actuación y facilitar la competencia. El sometimiento al derecho mercantil persigue, bajo el pretexto de la eficiencia, burlar los controles y garantías con que el derecho administrativo protege el manejo de los fondos públicos y el interés general. Eliminar los controles que establece el derecho administrativo, significa sustituir los criterios de objetividad por la discrecionalidad y la arbitrariedad, tanto en las políticas financieras como en la contratación y políticas de personal. Introducir la competencia supone romper las relaciones de cooperación, coordinación y complementariedad que imperan en el conjunto de centros y servicios de gestión pública directa. Y está suficientemente demostrado que eliminar estas relaciones duplica las acciones, incrementa los costes inútiles y evitables, y deteriora la calidad de la atención.

Tanto el Reglamento general por el que se rigen las NFG (RD 29/2000, de 14 de enero) como la legislación posterior de las CCAA, coinciden en otorgar a éstas capacidad plena para desarrollar sus estructuras organizativas y gestionar con autonomía su tesorería, patrimonio, recursos económicos y humanos. El poder que se otorga a estas entidades para recurrir al sector privado a la hora de cumplir sus obligaciones, facilita la externalización y subcontratación de servicios y personal.

Fundaciones y empresas públicas tampoco han demostrado ser más eficientes que los hospitales gestionados públicamente. Un estudio publicado en 2004 <sup>13</sup> que compara fundaciones y hospitales de gestión directa de características similares, que –respecto a las políticas de personal– las fundaciones tenían un 28,2% menos de médicos, un 40,7% menos de enfermeras y un 34,25% menos de per-

sonal no sanitario por 10.000 habitantes, destacando el abuso de la temporalidad o el incumplimiento de las normas generales respecto a la contratación.

Las camas por 1000 habitantes también eran inferiores en casi un 30%. El número de intervenciones quirúrgicas, ingresos, consultas por 1000 habitantes y procedimientos al alta también era menor en las fundaciones, al igual que el número de intervenciones por quirófano y año, y los pacientes experimentaban mayor demora para ser intervenidos quirúrgicamente que los atendidos en los centros de gestión pública. La docencia MIR y las unidades de investigación tenían menor presencia en las fundaciones, existiendo una relación directa entre estas actividades y la calidad de la atención prestada.

Algunos indicadores relacionados con la eficiencia de los centros, como la proporción de pacientes derivados a otros centros sanitarios, no estaban disponibles en las fundaciones –sin embargo, en 1998, la Fundación de Verín derivó el 35,5% de los pacientes atendidos frente al 22,2% del Hospital de Valdeorras, de gestión directa /4. El estudio finaliza afirmando que las fundaciones no parecen mejorar la asistencia sanitaria y que *“parecen estar dirigidas a reducir los gastos a costa de una disminución muy importante del personal y de la actividad asistencial”*.

En las Empresas Públicas de la Comunidad de Madrid, que gestionan la parte sanitaria de las Concesiones de Obra Pública inauguradas en 2008, los recursos son totalmente insuficientes para atender a la población y evitar una importante caída de la calidad. Las camas por 1000 habitantes son inferiores a la media de los hospitales tradicionales, entre un 69% en el Hospital del Sureste y un 58% en el Hospital del Norte, y lo mismo sucede con las plantillas.

### **III. Cambio de propiedad de la provisión de servicios e introducción del ánimo de lucro**

**1.Externalizaciones y conciertos privados.** La externalización y subcontratación de servicios no sanitarios se ha extendido progresivamente desde mediados de los noventa y de forma desigual, según la CA, por todos los centros públicos gestionados directa o indirectamente, siguiendo la filosofía –expuesta en el Informe Abril y ratificada en el Acuerdo de Consolidación y Modernización del SNS– de eliminar del sistema todas las parcelas no directamente sanitarias. Representa una privatización directa de servicios sin los que no es posible un funcionamiento integral de los centros, la disminución del empleo y la desregulación laboral –el personal no sanitario por cama en los centros privados es inferior en más de un 57% al de los centros públicos, y presentan salarios inferiores y peores condiciones laborales.

El porcentaje del gasto sanitario público destinado a conciertos con el sector privado en el SNS, se ha elevado llamativamente en todas las CCAA desde que finalizó el proceso de transferencias sanitarias. En 2006, el 30% de la actividad privada total se dedicaba a atender pacientes derivados desde el sector públi-

co/5. Según los datos de un estudio de la consultora DBK, en 2008 la facturación de la sanidad privada con ánimo de lucro aumentó un 6,7% con respecto a 2007, alcanzando los 5.490 millones de €. El volumen de negocio derivado de conciertos públicos registró un aumento del 6,6% en 2008 (situándose en el 26,5% de la facturación total), en tanto que el proveniente de la clientela privada pura creció ligeramente por encima del 5%, representando apenas el 9,1% de la facturación total /6, datos que ponen de manifiesto la parasitación que ejerce el sector privado sobre el público.

La política de conciertos conlleva la pérdida del control público de los fondos destinados y de la calidad de las actividades concertadas. Un estudio (Martín García, 1998) desaconsejaba recurrir al sector hospitalario privado en Galicia, destacando los bajos indicadores asistenciales y la escasa dotación e inadecuados equipamientos de la sanidad privada gallega, así como la escasez de plantillas y una mortalidad quirúrgica superior en un 14% a la de los centros públicos.

**2. Colaboración público-privada. Iniciativas de Financiación Privada.** La colaboración público-privada en la sanidad se inició en el Reino Unido, con la aprobación en 1991 del marco de regulación para la construcción, remodelación y explotación privada de infraestructuras financiadas públicamente, estableciendo como normas básicas *“la competencia justa por la provisión del financiamiento, la recompensa para el sector privado de acuerdo al riesgo que toma y el requerimiento de que los beneficios obtenidos por la gestión privada deben ser mayores que los costes”*17.

Esta modalidad se ha extendido en mayor o menor medida por gran parte de los países desarrollados con servicios sanitarios públicos predominantes, presentando variaciones que no alteran su finalidad. En el Estado español, aparte de experiencias aisladas en otras CCAA, los gobiernos de la Comunidad Valenciana y de la Comunidad de Madrid han optado por extender masivamente las PFI bajo dos fórmulas, Concesiones de Obra Pública (COP) y Concesiones Administrativas.

En las Concesiones de Obra Pública –reguladas por la ley 13/2003 de 23 de mayo– las empresas privadas licitan para acceder a la construcción y explotación temporal de hospitales y de los servicios no sanitarios (el compromiso alcanza los 30 años y puede ser prorrogado), pagando el gobierno respectivo un canon o alquiler por su uso. Las empresas adjudicatarias se rigen por el derecho privado (*“riesgo y ventura”*), tienen ánimo de lucro y son propietarias del activo (hospital) mientras dure la concesión. David Metter, presidente de la asociación Foro sobre las PFI en el RU, ha manifestado que *“estos bienes inmuebles no forman parte de los elementos del activo público sino de concesiones otorgadas al sector privado. En consecuencia, mientras dure la concesión, el sector privado es el propietario del hospital”* /8. Tal hecho implica un cambio de titularidad de las infraestructuras, de públicas a privadas, mientras dure la concesión, representando un mecanismo directo de privatización.

Los servicios no sanitarios son enajenados y entregados a las empresas concesionarias –que pueden subcontratarlos a su vez a otras empresas– sin que se les cierre la posibilidad de establecer pagos adicionales a cargo del usuario por determinadas prestaciones no directamente sanitarias. Para gestionar los servicios sanitarios se crean unas Empresas Públicas, cuyas condiciones y riesgos vimos en el apartado sobre las NFG. Este modelo se ha extendido finalmente a servicios sanitarios, comenzando por los de carácter central (laboratorios, Rx) y centros ambulatorios de especialidades.

En las Concesiones Administrativas se cede a empresas privadas la responsabilidad de la atención sanitaria de una zona geográfica, recibiendo las concesionarias del gobierno de esa Comunidad una cantidad fija anual por cada habitante de la zona atendida. Mientras dure la concesión, las empresas son propietarias del centro, de los servicios sanitarios y no sanitarios, pudiendo proveer la totalidad del personal o recibir la transferencia funcional de los profesionales del área explotada, en cuyo caso podrán integrarse en la empresa o mantener sus vínculos con la administración pública.

*Construir infraestructuras sin incrementar formalmente el déficit.* Dado que la propiedad económica del activo es del socio privado, los pagos anuales que realizan los gobiernos durante el periodo que dura la explotación se consideran gastos derivados de los servicios recibidos, y se registran en el presupuesto como gasto en consumo final de la administración, fuera del balance público a efectos de deuda y déficit, manteniendo el presupuesto equilibrado. Tal juego contable permite a los gobiernos construir infraestructuras, cumplir la ley de estabilidad presupuestaria y cumplir ante el electorado.

*Costes públicos elevados.* Un informe de la OMS de 2006, señala que los hospitales construidos y explotados mediante el modelo PFI son más costosos que el modelo tradicional /9.

El encarecimiento de las PFI responde a factores diversos. Los gobiernos siempre pueden endeudarse a un coste menor (Tesoro Público) que las empresas privadas, que dependen de créditos bancarios al interés de mercado -en el RU los préstamos de las concesionarias privadas son menos ventajosos y más costosos que los préstamos que proceden del Ministerio de Hacienda-. La complejidad de los contratos obliga a recurrir a costosos servicios de consultoría (jurídica, financiera y otros especialistas). Un estudio que analiza el coste de los 15 primeros hospitales construidos como PFI en el RU, advierte que sólo en estos conceptos se produjo un encarecimiento medio del 4% del valor del capital /10.

Otro factor reside en que, tanto durante la fase de construcción como en la gestión posterior, las compañías privadas tienen que repartir dividendos entre sus accionistas. En la experiencia británica, los beneficios se estiman entre un 15 y un 20%. Igualmente provocan un aumento de los costes administrativos del sector público, debido al seguimiento del mantenimiento y de los servicios contratados con las concesionarias. Y en caso de incumplimiento de éstas, el precio de las

PFI para los gobiernos puede dispararse a causa de los costosos procesos legales correspondientes, sin los que será difícil aplicar penalizaciones.

Si se compara la concesión del hospital de Parla y el hospital público de la Cruz Roja –ambos de 180 camas–, la consejería paga 3,37 veces más por el privado. En Parla se paga un canon anual a 30 años cuando la amortización se produce a los siete años.

*Escasos riesgos y elevados beneficios privados.* Aunque los gobiernos hablan de recompensar el riesgo de los inversores privados en PFI, los analistas suelen coincidir en que una vez finalizada la construcción de los hospitales, prácticamente no existe riesgo financiero y esta modalidad pasa a producir enormes beneficios /11. La enorme variación del valor financiero atribuido a los riesgos transferidos encontrada en la práctica (del 17,4 al 50,4% de los gastos en bienes inmuebles totales), también ha sido analizada, respondiendo con una constancia admirable a la diferencia existente en los diferentes proyectos entre la financiación privada y la pública /12.

Estos contratos también recogen –como es el caso de las COP en la Comunidad de Madrid– que en caso de procederse a la resolución de las concesiones por incumplimiento de algunas de las obligaciones de las empresas concesionarias, la administración se subrogaría en las obligaciones pendientes con las entidades financieras para asegurar el servicio a la población. Y es que la obligación constitucional de garantizar esos servicios a la población, impide que se realice una transmisión real de los riesgos desde los gobiernos a las empresas privadas concesionarias.

*Rigidez y futuro público hipotecado.* Los mecanismos establecidos en los contratos PFI para garantizar el beneficio de las empresas concesionarias durante dilatados períodos de tiempo, dificulta cualquier modificación de la estructura o funcionamiento de esos hospitales ante las cambiantes necesidades de salud de la población y del sistema sanitario. Esta falta de elasticidad va a condicionar la planificación sanitaria y las modificaciones que se puedan producir en el ordenamiento jurídico sanitario, dificultando la innovación y mejoras en la calidad. En junio de 2005, un alto funcionario del Departamento de Salud manifestaba en el *Health Service Journal* que las concesiones PFI estaban atando al NHS a contratos de 30 años para servicios que podrían convertirse en innecesarios en 5 años /13.

Las COP madrileñas establecen en sus contratos el compromiso de crear una Unidad Técnica de Control y una Comisión Mixta (con igual proporción de la Administración y la sociedad concesionaria), en el plazo de varios meses desde la formalización de los mismos, a fin de garantizar la coordinación entre las empresas privadas y las Autoridades sanitarias de la Comunidad. Y se detalla que sus funciones se recogerán en un Reglamento. Realizar apresurados contratos a 30 años y postergar su compleja regulación –la creación de órganos y procedimientos que garanticen el funcionamiento de estas entidades, así como el ajuste entre el contrato establecido y el ordenamiento jurídico del SNS–, sig-

nifica que estas entidades comenzarán su andadura sin haberse establecido previamente los mecanismos de seguimiento y control de la explotación de la obra y de los servicios. La ausencia de sistemas de garantía afectarán directamente a las propias competencias de las autoridades sanitarias.

Ni más eficientes ni más calidad. La argumentación que atribuye al sector privado mayor eficiencia que al sector público, y que esa mayor eficiencia es la fuente de los beneficios económicos que genera el sector privado, choca con el consenso mayoritario en teoría económica –“no se puede hablar de superioridad sistemática de lo privado sobre lo público en empresas de gran dimensión, con gran separación entre propiedad y control” /14.

Diversos estudios apuntan a que el coste del mantenimiento anual de los edificios construidos como PFI puede ser más alto que el coste de mantenimiento de los hospitales tradicionales, dada la escasa calidad de los servicios que explotan las concesionarias, la mala calidad de los materiales, los errores en el diseño y el tamaño inadecuado de los edificios, y la existencia de costes de mantenimiento más elevados que los proyectados /15. Otros autores destacan la mala calidad de los servicios a cargo de las concesionarias (limpieza, alimentación...) y la escasez de personal, y recogen la queja de estas empresas sobre los estrechos márgenes comerciales de los servicios no sanitarios y las fuertes presiones para mantener los precios, lo que obliga a prestar unos servicios de calidad ínfima.

Tras año y medio de funcionamiento, las empresas públicas sanitarias que operan en las concesiones madrileñas han sido incapaces de estructurar sus carteras de servicios (aún hay especialidades que no se han cubierto), dando lugar a listas de espera muy prolongadas que llegan en algunos casos a los 174 días para lograr acceder a un especialista –el tiempo de demora puede ser mayor porque diversas especialidades cierran periódicamente sus agendas–.

Las urgencias siguen presentando importantes carencias de medios y personal para atender patologías muy habituales, siendo remitidos los pacientes a los hospitales públicos. Nueve meses después de la apertura del nuevo hospital Puerta de Hierro-Majadahonda, los trabajadores de Urgencias decidieron informar al Defensor del Pueblo de las deficiencias del servicio, después de no ser escuchados ni por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ni por la empresa concesionaria.

*Disminución de camas hospitalarias y servicios.* En el RU la escasez de camas es una característica de todos los hospitales PFI. Un estudio de 2003 afirma que las PFI conllevan una disminución de camas –que ronda el 24%– y servicios vinculados a éstas, para poder hacer frente a los costes /16.

La Comunidad Valenciana y la de Madrid, que se han distinguido por la profundidad del ataque a los servicios sanitarios públicos, presentan una importante disminución de las camas públicas funcionantes por 1000 habitantes respecto a la media estatal (11,54% y 10,68% respectivamente. MSC. Estadísticas de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. 2007). Esta reducción

de camas crea las condiciones para el futuro negocio privado, ya que en un medio mercantilizado para sostener e incrementar el precio de los servicios sanitarios es preciso que la oferta sea inferior a la demanda.

*Pérdida del control público de las políticas financieras, de personal y sanitarias.* En el tercer año de existencia de mercados sanitarios en el Reino Unido (1994), el Comité de Responsabilidad Pública del Parlamento británico reconocía que “*el establecimiento de unidades de gestión autónomas que compiten entre sí, dificulta el proceso de supervisión, responsabilidad y transparencia pública*”. Once años más tarde, en la primavera de 2005, *The Financial Times* publicó que la Oficina Nacional de Estadística (Office for National Statistics, ONS) estaba por reclasificar el proyecto de las PFI, dado lo complicado y difícil que era conocer las cuentas y seguir las deudas de estas entidades. Aunque la ONS desmintió que hubiese tomado ninguna decisión para cambiar el proyecto PFI en las finanzas públicas, admitió que las deudas de las PFI son un asunto demasiado complejo y difícil, reconociendo que su capacidad para conocer las actividades reales de las PFI y poder clasificar sus cuentas, estaba siendo superada.

Al entregar a las empresas concesionarias la gestión de la información sobre el desarrollo operativo de los servicios, se les está entregando una competencia pública estratégica y se están disminuyendo las garantías que aseguran tanto la privacidad de esa información como su utilización. Tal cesión va a dificultar la creación de los sistemas de información precisos para hacer efectivos los distintos niveles de responsabilidad en el sistema sanitario y de cara a la investigación.

Las PFI convierten al sector privado en los verdaderos protagonistas de la prestación de un servicio público. La existencia de un sector privado muy abultado puede dejar fuera de juego a los proveedores directamente públicos (al menos en las parcelas realmente lucrativas), consiguiendo una posición de fuerza desproporcionada en sus negociaciones con los gobiernos, hasta convertir al sector público en un rehén del sector privado. La capacidad de influir en las políticas sanitarias por parte de los ciudadanos se reduce, mientras aumenta la capacidad de las compañías privadas. Los centros de decisión se alejan y aíslan de la población. Las PFI no sólo están variando el panorama sanitario, sino que darán lugar inevitablemente a un complejo sanitario empresario-gubernamental inmune a la influencia de la ciudadanía y de los trabajadores de la sanidad.

#### **IV. Libre elección y Área Única: la antesala del mercado sanitario**

Un mercado no puede existir sin libertad de elección de los ciudadanos y sin pago diferenciado según la compra realizada. Con la aprobación por la Asamblea de Madrid –el 12 de noviembre de 2009– del proyecto de Libre Elección y Área Única, se configuran las condiciones estructurales en esa Comunidad para que esa elección sea factible. Un área sanitaria única donde sus más de 6 millones de ciudadanos elijan hospital y los profesionales en cualquier

centro de salud. Tal medida representa un salto estratégico en la instauración de unas relaciones mercantiles en el sistema sanitario y el desmantelamiento del modelo sanitario público configurado por la LGS, y permite que los gobiernos trasladen sus responsabilidades en salud a los individuos –quienes eligen–.

Si la finalidad de la zonificación en Áreas de Salud es permitir la planificación, gestión y coordinación integral de todos los recursos sanitarios y su distribución según las necesidades de salud específicas de cada zona –a fin de garantizar el acceso equitativo de los ciudadanos–, la libre elección sin barreras estructurales somete planificación y acceso a las leyes del mercado. Instaure la competencia entre proveedores por atraer clientes (“*que el dinero siga al paciente*”) y entre los ciudadanos por el acceso a los recursos, dado que éstos y la disponibilidad de los profesionales tienen una capacidad limitada.

La competencia entre centros y servicios eleva los costes sanitarios al aumentar los gastos administrativos, debido a la instauración en el sistema de costosos mecanismos de regulación del mercado y de complejos procesos de facturación en los centros, y debido a las campañas de publicidad de éstos para captar clientes. Las actuales relaciones de colaboración y coordinación entre proveedores, y el trabajo en equipo entre los componentes de los centros de salud, no tienen cabida en un sistema donde beneficios, salarios y estatus de los centros, dependen de la respectiva cuota de mercado.

Otro elemento que va fomentar la competencia entre profesionales es el cambio de modelo retributivo en los centros públicos, que crea una incentivación y vincula parte del salario al ahorro conseguido, mecanismo perverso porque incita a la selección negativa de los pacientes que eleven los gastos.

Parece obvio que la orientación sanitaria, y los derechos y calidad del “producto sanitario”, dependen fundamentalmente de las relaciones de propiedad de las infraestructuras y del propio sistema. Y parece obvio que la propiedad colectiva de éstos y el establecimiento por parte de la población de mecanismos de intervención directos que hagan efectiva esa propiedad, es una fórmula más ventajosa para salvaguardar los intereses sanitarios de la inmensa mayoría, que la propiedad estatal que deja las decisiones en manos de las direcciones de los partidos y grupos de poder de la administración.

## **Conclusión. Sin alternativa no hay posibilidad de sanidad pública**

Las oligarquías económicas que han impuesto las políticas neoliberales, traen el mercado a la sanidad apoyándose en las clases medias, ante la desaparición de la clase trabajadora del discurso socialdemócrata, la integración institucional de los sindicatos y la desorientación de una izquierda derrotada en todos los terrenos.

Si el gobierno de turno decidiese prohibir el recurso a las PFI y recuperar estos centros para el sistema público, el coste de tal medida repercutiría negativamente en los bolsillos de la población y disminuiría los fondos disponibles para gas-



tos sociales –aumentando la incapacidad y deterioro de la sanidad pública–, si simultáneamente el Estado no aumenta su recaudación y no aborda una reforma fiscal que contemple como base de sus ingresos los impuestos directos.

Sin embargo, la actual correlación de fuerzas y los riesgos que entraña un giro político de ese tipo, tienden a reducir las diferencias entre gobiernos de un signo u otro al ritmo de las reformas y a la profundidad del desmantelamiento de los servicios sanitarios públicos, dado que el aumento del gasto público rompería los acuerdos internacionales –con la UE y la OMC– por los que se subordinan las políticas sociales a los intereses de las empresas multinacionales, y provocaría el castigo económico y político correspondiente. Y el aumento de los impuestos a los ricos y clases medias altas, activaría procesos de desestabilización política en el partido gobernante.

Por otra parte, los servicios públicos representan un capital atado geográficamente –no son sensibles a los procesos de relocalización empresarial–, y mientras el Estado mantenga altos niveles de rentas en el ranking mundial, el sistema sanitario ya sea con un modelo público o mixto– conservará un elevado índice de desarrollo y ocupación laboral.

En sanidad se parte de una división del trabajo en múltiples categorías laborales con profundas diferencias salariales, y a través de los diferentes mecanismos de desmantelamiento de los sistemas públicos de salud de las Comunidades, la capacidad de respuesta laboral se reduce a medida que se diluyen sus puntos de encuentro.

Los enfermos no constituyen un grupo social que pueda ejercer alguna influencia y su capacidad para percibir la baja calidad de la asistencia es escasa. Y la población carece de conciencia de propiedad de los servicios sanitarios, al no haber intervenido históricamente en su gestión u organización. Este papel, mientras no se pague en el momento de uso, no varía con el aumento de los conciertos con el sector privado o con el cambio de propiedad de las infraestructuras.

Aunque teóricamente los intereses de trabajadores de la sanidad y amplios sectores de la población son coincidentes, el proceso de concienciación y respuesta laboral y social no es homogéneo en el tiempo.

Este conjunto de factores dificulta articular respuestas amplias, pero a su vez actúa enlenteciendo el proceso de privatización –siempre preocupado por evitar que ambos campos se sientan agredidos simultáneamente–, que se desarrolla golpeando de forma parcial y localizada a fin de no originar respuestas laborales masivas que alarmen a la sociedad.

De ahí que pueda establecerse que el futuro del sistema público sanitario –el ritmo de las privatizaciones y sus límites–, va a depender de las necesidades de mantenimiento y reproducción de mano de obra que precise el capital, de la capacidad de las clases medias para contratar privadamente servicios sanitarios, del porcentaje de población incapaz de alcanzar esa contratación privada, de las resistencias y del nivel de derrotas que cosechen los trabajadores de la sanidad,

de la capacidad del Estado y de las CCAA para absorber las correspondientes tensiones sociales, y de la existencia de fuerzas capaces de elaborar alternativas que varíen la actual correlación de fuerzas.

En estas condiciones, revertir el proceso de privatizaciones es una tarea compleja que no depende de la acción voluntarista de los sectores políticamente sensibilizados, ni de la extensión de planteamientos morales sobre las necesidades objetivas de los sectores más vulnerables. Y debe tenerse en cuenta que la crisis económica y la incapacidad de la izquierda para elaborar nuevas reformulaciones, actúan como caldo de cultivo para la extensión de posicionamientos racistas que dividen aún más a la clase trabajadora e impulsan el resurgir de políticas fascistas.

Garantizar una sanidad y unos servicios de protección social públicos y de calidad exige variar la actual correlación de fuerzas y la extensión de ese cambio por la región europea. Y eso no será posible sin rearmarse con un discurso de clase, sin definir otras políticas que despierten a las fuerzas sociales –a la clase trabajadora–, y sin desarrollar un programa capaz de aglutinar en un frente común a las fuerzas del trabajo con sectores de las clases medias.

La defensa de lo público exige un giro global de las políticas económicas, fiscales y sociales desde una perspectiva de clase –casi el 55% de la sociedad española se define como clase trabajadora–. Sin medidas que garanticen el desarrollo de infraestructuras de calidad, se alejarán de lo público los sectores sociales que puedan permitírselo económicamente, favoreciendo que lo público se asimile a la beneficencia. Y exige la creación de estructuras que hagan efectiva la propiedad pública, colectiva, de los bienes públicos. Sin la participación social, la población considerará los bienes públicos como algo ajeno, siendo indiferente a quien detenta la gestión o su propiedad. Y exige el desarrollo de programas universales, que garanticen a la población la seguridad del acceso y su equidad.

Hoy un programa en este sentido elaborado por fuerzas políticas y sociales susceptibles, sería una herramienta inestimable para plantear esas exigencias en términos políticos y exigir su inclusión como programa de gobierno.

## Notas:

1/ De Currea-Lugo, V. *La encrucijada del derecho a la salud en América Latina*. [www.idrc.ca/en/ev-107486-201-1-DO\\_TOPIC.html](http://www.idrc.ca/en/ev-107486-201-1-DO_TOPIC.html)

2/ Varios (2005). Demasiados años con pocos recursos para nuestra Atención Primaria. *El Médico*.

3/ Martín-García, M. y Sánchez Bayle, M. (2004). Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades. *Gaceta Sanitaria*, 18, Supl. 1, 96-101.

4/ Martín-García, M. (2000). La fundación de Verín o la engañosa nueva gestión sanitaria. *Salud 2000*, 78, 11-13

5/ UGT. *Evolución de la Sanidad Madrileña 2003-2007*.

6/ <http://medicalia.ning.com/profiles/blogs/el-sector-sanitario-privado>

7/ Portilla, M. “Las constructoras se convierten en las nuevas financieras de la Administración”. *El Comercio Digital*, 6/02/2005.

8/ Gosling, P. (2004). *PFI: Against the public interest. Why a 'licence to print money' can also be a recipe for disaster*. Londres: Unison. [www.unison.org.uk/acrobat/B1457pdf](http://www.unison.org.uk/acrobat/B1457pdf).

9/ McKee, M., Edwards, N. y Atun, R. (2006). Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of WHO*, 84, 890-896.

- 10/ Ruane, S. (2005). L'initiative de financement prive et le service national de sante du Royaume-Uni, in Telescope Quebec. *Journal of the Ecole Nationale d'Administration Publique*. 12, 41-52.
- 11/ Lister, J. *The PFI*. [www.keepournhspublic.com/pdf/theprivatefinanceinitiative.pdf](http://www.keepournhspublic.com/pdf/theprivatefinanceinitiative.pdf)
- 12/ Pollock, A., Shaoul, J. y Vickers, N. (2002). Private finance and "value for money" in NHS hospitals: a policy in search of a rationale? *British Medical Journal*, 324, 18/5/2002. <http://www.bmj.com/cgi/content/full/324/7347/1205>.
- 13/ Monbiot, G. "Our very own Enron?" *The Guardian*, 28/06/2005. [www.monbiot.com/archives/2005/06/28/our-very-own-enron/](http://www.monbiot.com/archives/2005/06/28/our-very-own-enron/).
- 14/ Bel, G. y Costas A. (2001). La privatización y sus motivaciones en España: de instrumento a política. *Revista de Historia Industrial*, 19-20, 105-132.
- 15/ McKee, M., Edwards, N. y Atun, R. (2006), *op cit.*; Carvel, J. "Inspectors slam PFI hospital in report". *The Guardian* 27/02/2003. Lister, J. *The PFI experience: voices from the frontline*. [www.unison.org.uk/acrobat/13383.pdf](http://www.unison.org.uk/acrobat/13383.pdf)
- 16/ Dunnigan, M. G., y Pollock, A. M. (2003). Downsizing of acute inpatient beds associated with private finance initiative: Scotland's study case. *British Medical Journal*, 326, 905-908. <http://www.bmj.com/cgi/content/full/326/7395/905>

**Jaime Baquero** es miembro del Movimiento Asambleario de Trabajadores de Sanidad (MATS).



## 2. El mercado de la salud

# La nueva pandemia

Asociación Madrileña de Salud Pública - AMaSaP [www.amasap.es](http://www.amasap.es)

## Origen de la pandemia

### a. Virus de la influenza, mutaciones

Desde el primer aislamiento del virus de la influenza de origen porcino H1N1 en abril de 2009, el virus se diseminó rápidamente ocasionando un gran interés en todo el mundo. Se han publicado cientos de artículos, revisiones, e informes y la pandemia resultante ha provocado elevada morbilidad en la población.

Interesa destacar de toda esa extensa literatura y con la perspectiva histórica, si la acción humana, por tanto susceptible de ser controlada para evitar futuras pandemias, ha sido determinante en su origen.

Hasta 1918 la gripe era bien conocida en humanos, pero no en el ganado porcino. El virus de la influenza A (H1N1) emerge en 1918 desde un origen aviar, humano y porcino. Desde entonces, los virus de la influenza y sus descendientes, y la inmunidad humana desarrollada en respuesta llevan casi un siglo de