



ÁLVAREZ-URÍA, Fernando  
CASTEL, Robert  
FERNÁNDEZ BUEY, Francisco  
FERNÁNDEZ ENGUIA, Mariano  
FERNÁNDEZ LIRIA, Alberto  
GARCÍA, Ramón  
GARCÍA SANTESMAS, Antonio  
GENTILI, Pablo  
GIMENO SACRISTÁN, José  
GONZÁLEZ ÁLVAREZ, Onésimo  
GRIGNON, Claude  
HERNÁNDEZ MONSALVE, Mariano  
LOWY, Michael  
LUCAS, Javier de  
MARTÍN SECO, Juan Francisco  
MUGUERZA, Javier  
ORTIZ, Lourdes  
PASTOR, Jaime  
RENDUELES, Guillermo  
SOTELO, Ignacio  
STOLCKE, Verena  
TORTOSA, José María  
VARELA, Julia  
ZUFIAUR, José María

LAS EDICIONES DE

*La Piqueta*



ISBN: 84-7731-297-4

9 788477 312970

29

V. AA.

neoliberalismo versus democracia



*Democracia*

Jaime Pastor  
Ermo Rendueles  
Julia Varela

STC

DEMOCRACIA



"Genealogía del Poder"  
Colección dirigida por:  
*Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría*

Diseño de cubierta:  
*Roberto Turégano*

Portada: "Instrumento de pasión".  
Técnica mixta sobre papel, 1994

Original y diseño Santiago Serrano y Sebastián Serrano

Neoliberalismo versus democracia / Fernando  
Álvarez-Uría... [et al.] (compilador). — Madrid:  
La Piqueta, 1998  
470 p.— (Genealogía del poder; 29)

I. Álvarez-Uría, Fernando (comp.) II. Título III.  
Serie  
860"19"

© Fernando Álvarez-Uría, A. García Santesmases,  
Javier Muguerza, Jaime Pastor, Guillermo Rendueles y  
Julia Varela (Recopiladores)

Ediciones de La Piqueta

© De la presente edición: Ediciones Endymion  
C/ Cruz Verde, 22  
20004 Madrid

ISBN: 84-7731-297-4  
Depósito Legal: M-42426-1998

Impreso en Fur Printing S.L.  
c/ Igarza naves E-F

28860 Paracuellos de Jarama (Madrid)

## ÍNDICE

Presentación..... 9

### I. ETICA Y POLITICA

JAVIER MUGUERZA, *¿Quién define las reglas?: la sociedad  
frente al mercado* .....17  
FRANCISCO FERNÁNDEZ BUEY, *La política como ética de  
lo colectivo* .....26  
IGNACIO SOTELO, *Ética, derecho y política en la Modernidad*.....40  
MICHAEL LOWY, *Ética, política y utopía societaria*.....69

### II. ESCUELA, TRABAJO E IGUALDAD

JULIA VARELA, *La escuela pública no tiene quien le escriba* .....83  
PABLO GENTILI, *El consenso de Washington y la crisis de  
la educación en América Latina* .....102  
JOSÉ GIMENO SACRISTÁN, *Nuevos liberales y viejos conservadores  
ante la educación*.....130  
MARIANO FERNÁNDEZ ENGUITA, *Neoliberalismo,  
neocorporativismo y educación* .....160  
CLAUDE GRIGNON, *Escuela, trabajo y desigualdades*.....180

### III. NEOLIBERALISMO, SALUD Y PSIQUIATRIA

GUILLERMO RENDUELES, *La Psiquiatría como mano invisible  
del desorden neoliberal*.....197  
RAMÓN GARCÍA, *Lógica de la corrupción*.....218  
ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA, *Salud y capital*.....233

prevención del infortunio. Por poner un ejemplo, en los Estados Unidos, las mismas asociaciones profesionales que apoyaron con entusiasmo los proyectos liberalizadores y de desarticulación del Welfare de Ronald Reagan, han apoyado, y apoyan, el abortado proyecto de Clinton en sentido contrario. Mientras tanto, en ese mismo país, han surgido nuevos y poderosísimos *lobbies* que han sido capaces de hacer fracasar la propuesta que encarnaba ese proyecto de ley de garantizar algo semejante a la universalidad de las prestaciones sanitarias básicas, a pesar (o será precisamente por eso) de la evidencia de que el porcentaje del producto interior bruto empleado por los Estados Unidos en proporcionar una mala atención a la generalidad de su población es mucho mayor que el utilizado por los países europeos en garantizar una atención mas que digna a todos sus ciudadanos.

En este mismo periodo se ha hecho evidente que las decisiones claves en la política sanitaria de los países "desarrollados" (perdón por el término) ya no emanan de los departamentos de salud, sino, directamente, de los encargados de elaborar la política macroeconómica.

Esto, como ya señalábamos en 1985, debe entenderse en función del papel que ha jugado la atención a la salud en las estrategias de enfrentamiento a la crisis estructural que ha azotado estos años al capitalismo central.

Hasta la crisis, la atención sanitaria (en forma de Servicio Nacional de Salud, Seguridad Social o seguro privado+beneficiencia) jugaba un papel importante en la reparación de la fuerza de trabajo cualificada en la que se basaba la ventaja de las economías capitalistas centrales, cuyo crecimiento continuo se sustentaba en la alta productividad que esta cualificación permitía y en el intercambio

## SALUD Y CAPITAL

ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA

Desde los años 80 se ha producido un cambio importante en el discurso sobre la atención sanitaria. No es que se haya hecho hegemónico un discurso que era antes subsidiario. Se ha producido un discurso nuevo. Y se ha producido de forma que ha sorprendido al colectivo sanitario que no se esperaba un cambio en ese sentido y que está aún atónito ante él.

Los cambios conciernen no solo al contenido sino también a los conceptos y términos puestos en juego. Se ha pasado de un discurso que se estructuraba en torno a términos como salud, bienestar, comunidad (y, en todo caso universalidad, equidad, accesibilidad, prevención, curación, rehabilitación....) a otro estructurado en términos de producto, cliente, beneficio, valor añadido...

A la vez, se han alterado los alineamientos en torno a la conveniencia y el sentido de la sanidad pública y de los mecanismos de

desigual por el que se depredaban a las economías periféricas (al "Sur" para entendernos) ahondando el abismo entre ambos.

La crisis, como todas las crisis capitalistas anteriores, funciona, matices al margen, como una crisis de sobreproducción (o subconsumo) en la que el problema no es la falta de capacidad de generar riqueza (bienes), sino la ausencia de un mercado suficientemente grande como para dar salida a las mercancías producidas, permitiendo la realización de la plusvalía en ellas contenido: sin realización de plusvalías no hay beneficio, si no hay beneficio no hay inversión, si no hay inversión no hay trabajo...

La salida de la crisis implica (como ha implicado siempre) según esta concepción, dos movimientos:

- 1) La destrucción de las mercancías excedentarias y de los medios de producción anticuados.
- 2) A la vez, requiere la ampliación de los mercados hasta dotarlos de una dimensión capaz de dar cabida a la realización de una plusvalía producida en forma creciente.

Hasta la Primera Guerra Mundial, las guerras han garantizado la consecución de ambos objetivos (se destruían bienes y equipos y se ampliaba el mercado conquistando territorios). Desde la última guerra no quedan territorios nuevos que poner bajo el dominio del capital, que ya ha sometido a sus leyes al planeta entero.

En la resolución de la crisis que abre paso a la Segunda Guerra Mundial, la misma guerra se hizo cargo del problema de la destrucción de bienes. Pero, en lo que a la extensión de los mercados se refiere, se limitó a cambiar la hegemonía de los capitalismo nacionales, sustituyendo el liderazgo británico por el norteamericano. La ampliación del mercado se produjo a expensas de la apertura de un mercado interno en áreas de la vida cotidiana que, hasta entonces, no eran hábiles para la realización de plusvalía, porque se

basaban en relaciones no mediadas por mercancías: En realidad lo que sucede es que todo el campo de la reproducción de la fuerza de trabajo (que se realizaba en un ámbito de relaciones privadas no mediadas por mercancías e inútil para la realización de la plusvalía) pasa a convertirse en un espacio abierto para la realización de plusvalía. El trabajador deja de comer col cultivada por un campesino de los alrededores de la ciudad, comprada en un mercadillo, y cocinada por su mujer, para comprar productos precocinados por una industria, o máquinas para lavar también fabricadas industrialmente... Deja de jugar al más para pasar a comprar televisores y discos... En esta expansión del mercado en los países centrales (y en el consumo improductivo representado por el gasto en armamento o la carrera espacial) se basa el crecimiento que se sostuvo hasta mediados de los años 70.

La idea que quiero enfatizar aquí es la de que el objetivo de la política sanitaria neoliberal no es reducir el gasto público sino configurar el campo de la atención a la salud como un lugar en el que realizar plusvalía (abriendo un nuevo mercado en los países centrales).

Por eso la reducción de la atención pública a la salud —para sorpresa y enojo de las asociaciones profesionales que la apoyaron al principio de la era Reagan— no ha dado paso al retorno de la medicina liberal, sino a la acumulación y centralización del capital sanitario.

El dinero invertido en la sanidad norteamericana antes de la era Reagan se componía de una enorme cantidad de pequeñas aportaciones cuyo formato típico era el de una empresa del tipo de Clínica del Dr Smith. Lo mas importante de lo ocurrido con la reforma de Reagan no es que la cantidad de capital invertido aumentara, sino que el número de inversores se redujo

produciéndose una concentración del capital sanitario en manos de unas pocas cadenas. La fusión recientemente acordada entre algunos de los grandes hospitales de Nueva York representa una buena ilustración de lo que estoy diciendo, aunque no es mas que el colofón de un proceso que ha revolucionado la estructura del sector sanitario. Los profesionales sanitarios que soñaban con volver a ser profesionales liberales se han convertido en asalariados de grandes redes sometidos a condiciones duras de trabajo, su iniciativa se ha visto encorsetada en procedimientos estandarizados de diagnóstico y actuación (en forma de protocolos) que se traducen en un procedimiento para organizar el gasto.

El último elemento de esta historia es el paso de la industria farmacéutica a la inversión directa en atención a la salud. Así han surgido, por ejemplo, las Clínicas de algún antidepresivo, caracterizado por su nombre comercial, que aseguran garantizar que los trastornos afectivos, de ansiedad, alimentación o de control de impulsos de los usuarios van a ser atendidos por auténticos especialistas en la sustancia (garantizando "de paso" la cuota de mercado de la misma). Esto se une, además, a la polémica sobre la licitud de propugnar un uso "cosmético" de sustancias como esas (*la uso, no porque tenga ningún trastorno, sino porque me encuentro mejor cuando la tomo*). Así el terreno de la salud (y aún el del bienestar) viene a ampliar el espacio disponible para procurar la realización de la plusvalía en las sociedades capitalistas centrales.

¿Cuales son las cuestiones que debemos tener en consideración ante esta situación?

1. El encuadramiento de las políticas neoliberales sobre la salud entre las estrategias para disminuir el gasto público es una falacia. Ni estas políticas disminuyen el gasto (los países con sistemas mas liberales gastan mas en salud), ni este es su propósito.

Su propósito no es otro que el de la expansión del mercado. Conviene, probablemente, no malgastar energía en discusiones inútiles.

2. La estrategia neoliberal sólo puede pretender legitimarse cuando no amenace el grado de ejercicio del derecho a la protección social por la salud asegurado hasta la fecha. No estamos hablando de cómo vamos a emplear los escasos ingresos de la casa común (si en médicos o en crear empleo, por ejemplo), sino si vamos a permitir la magnificación de beneficios prevalentes a costa de la salud de los ciudadanos.

3. No está claro que este tipo de solución pueda mantenerse mas allá de un corto plazo debido a:

- El aumento del gasto que producen estas políticas, un aumento que está en contradicción con otras necesidades del sistema capitalista.
- El aumento de problemas sociales que puede derivarse de la retirada de la protección.

En cualquier caso, el futuro de la atención a la salud en los países centrales, tanto desde una perspectiva igualitaria, como desde una perspectiva neoliberal, debe entenderse en una lógica que no es ni principal ni exclusivamente la sanitaria.