

Injusticias y oportunidades en las nuevas enfermedades

Medi

Name :

Age :

Address :

Date :

R

Los cuerpos del delito

Clara Valverde

El Síndrome de Fatiga Crónica/Encefalitis Miálgica (SFC/EM), la fibromialgia (FM) y las Sensibilidades Químicas Múltiples (SQM) son enfermedades orgánicas, o sea físicas y no psicológicas, multisistémicas que, aún teniendo algunos síntomas diferentes, tienen desarreglos genéticos y bioquímicos similares, y también disfunciones inmunológicas, neurológicas y cardiovasculares comunes. Por sus similitudes, se agrupan juntas bajo el nombre de Síndromes de Sensibilidad Central (SSC). Las tres enfermedades se superponen en 70% de los casos y, en las tres, los tóxicos y los virus (y posiblemente los retrovirus) juegan un rol clave.

Son enfermedades multisistémicas porque, comparadas con la mayoría del resto de las enfermedades en las que se ve afectado sólo un sistema del cuerpo, en estas patologías están afectados varios, que producen síntomas fluctuantes extremos e imprevisibles, una desconcertante mezcla de gripe permanente, problemas de memoria, mareos, desmayos, dolor, fatiga extrema, desarreglos hormonales y digestivos y otras alteraciones discapacitantes.

Aun si dos de estas tres enfermedades (el SFC/EM y la FM) están reconocidas y clasificadas desde hace años por la Organización Mundial de la Salud, el vivir con una o más de estas patologías implica exclusión. Sin escogerlo y sin realmente darse cuenta, las perso-

nas con SSC ponen en evidencia gran parte de lo que no funciona en nuestra sociedad: desigualdades de clase y la exclusión de los que no producen ni consumen, discriminación de género, el pensamiento lineal y reduccionista de la medicina, la destrucción del medio ambiente a manos de un desarrollo incontrolado y tóxico, mucho más. Ante esta puesta en evidencia, la sociedad reacciona con lo que Appadurai llama la *ansiedad de lo incompleto*, puesto que pone de manifiesto la corta distancia que hay entre la cómoda situación de *los sanos* y los niveles inaceptables de incertidumbre, imprevisibilidad y el estatus incompleto con los que viven las personas con SSC. Estas patologías muestran que la *seguridad* de estar sano antes de la vejez es frágil y que las enfermedades no totalmente definidas son el lado oscuro de la sociedad. El capitalismo, en su etapa neoliberal, necesita excluir, a través de varias formas de violencia, el grupo o grupos que representan la diferencia y la vulnerabilidad, para ejercer, reforzar y hacer una demostración de su poder. Esto se lleva a cabo a través de una gran variedad de estrategias y procesos de control.

Aunque estas enfermedades son del cuerpo y como tal deberían ser atendidas por el sistema sanitario. Pero en realidad se les excluye y deja en un limbo médico y legal, en

un estado de excepción que, como ha escrito Agamben, no es la excepción sino la norma para estas enfermedades.

LA INDEFINICIÓN Y LA DEFINICIÓN.

Los SSC comienzan a manifestarse en los adultos jóvenes, aunque también enferman niños y adolescentes, cuando la persona está empezando su etapa más activa y productiva. Exposiciones a tóxicos y/o virus desencadenan estas patologías en el 0,5 al 5% de la población general, y obligan a la persona enferma a vivir, sobre todo, encerrada en su casa, echada, en un estado de semi-dependencia o de dependencia con imprevisibles momentos de capacidad. Esta transformación, sin señales externas aparentes, incomoda al entorno del enfermo y a la sociedad.

También los SSC incomodan porque hacen surgir el tema de la indefinición, ya que lo multisistémico está lejos del pensamiento médico lineal en el que las enfermedades se atribuyen a sólo un patógeno, a un sistema del cuerpo o a un órgano. Para los enfermos, la indefinición, ese estado de suspensión, aumenta su sufrimiento porque les crea problemas para obtener un diagnóstico y lo que eso facilitaría (reconocimiento social, acceso a ayudas, clarificación de su estatus laboral, etc.). Pero, al mismo tiempo, esta cierta indefinición que existe aún en los SSC, puede ser un ●●●





●●● momento histórico privilegiado. Como dijo Foucault: «...reencontrar el momento de esa conjura, antes de que se haya establecido definitivamente el reino de la verdad». En este tiempo, aún se puede tener «una especie de contrato previo a todo discurso y libre de los embarazos del lenguaje», lenguaje que, en la cultura médica occidental, encasilla enfermedades ligándolas sólo a un diagnóstico conocido y a una manera *aceptable* de vivir cada enfermedad. Los SSC ofrecen la oportunidad de osar a pensar la salud, el cuerpo y la experiencia de la enfermedad de nuevas maneras. Pero, desgraciadamente, el potencial creativo y transformador de la indefinición no está siendo aprovechado por la sociedad.

Las personas con SSC, por sus síntomas extremos, sin proponérselo, rompen los códigos ordenadores y las ideas sobre el orden, creando «una experiencia desnuda del orden sin modos de ser». En este momento, los SSC están entre la indefinición y la definición. El Estado, por un lado, no quiere que los SSC se definan más porque eso exigiría crear servicios sanitarios relevantes y dar pensiones a estos enfermos. Pero, por otro lado, el Estado los prefiere definir como enfermedades psicológicas, como se está haciendo en el Reino Unido y en

otros países con los SSC y otros estados emergentes relacionados con el medioambiente (sensibilidad electromagnética, intoxicaciones crónicas por metales pesados, etc). O en España, que, por la estrecha relación entre los partidos del gobierno y la farmaindustria, los SSC se diagnostican como *fibromialgia leve*, y así se justifica el no atender correctamente a este sector de la población que está enfermo.

En suma, en estas enfermedades vemos como se hace un uso injusto del poder a través de numerosas estrategias.

ESTRATEGIAS DEL PODER. A medida de que se hace obvio que estas enfermedades tienen una alta prevalencia, la sociedad política desarrolla estrategias para asegurarse de que los SSC no cuestionan ni alteran su poder. A través de numerosos puntos de intervención, se intenta llevar a cabo lo que Foucault llama *normalización*, un control continuo a través de profesionales (médicos, psicólogos, evaluadores y administrativos) que son invitados a ejercer funciones policiales, cada vez más precisas.

Estas estrategias de control tienen como objetivo intentar mantener callados y pasivos a los enfermos, forzándoles a aceptar las *normas* que son mucho más nocivas que las *leyes*, ya que las leyes

son conocidas y están al descubierto, mientras que las normas actúan a la sombra por medio de *normalizadores competentes* como médicos, psicólogos y otros. Estas normas tienen que ver con comportamientos, lenguaje, actividad política, etc.

refugiados. Al sufrimiento físico, a un abanico más amplio, severo, variable e imprevisible de síntomas que en ninguna otra enfermedad crónica, en los SSC se añade el sufrimiento causado por el desamparo administrativo y médico. A medida de que la persona con fibromialgia, SFC/EM y/o SQM enferma y su biografía se interrumpe con grandes pérdidas laborales, sociales y económicas, el paciente se enfrenta, perplejo, a su nuevo estatus, similar al de un refugiado por haber perdido, de repente, sus derechos constitucionales que incluyen acceso a servicios sanitarios relevantes y otros derechos sociales.

En todos los países desarrollados, el acceso a servicios sanitarios públicos especializados para los SSC es casi inexistente. Los pocos servicios que hay (relevantes o no) tienen listas de espera de dos a tres años, durante los cuales el enfermo empeora, además de estar en un limbo legal que le causa grandes problemas laborales. Aunque la alta prevalencia de los SSC es obvia y que se ha descubierto un peligroso retrovirus (el XMRV) que puede estar implicado en estas enfermedades, las administraciones están llevando a cabo más estrategias para no prestar servicios relevantes.

Esta desatención fuerza a las personas con SSC a recurrir a la medicina privada, con un coste de unos 6.000 euros al año, lo que aumenta las desigualdades sociales.

La mayoría de los médicos en los países desarrollados, que hasta hace poco desconocían estas enfermedades, ahora, sobre todo en el caso de la FM y el SFC/EM (las SQM siguen siendo las grandes desamparadas), dicen que las conocen pero que no *creen* en ellas. En realidad, ni *creen* en ellas ni las conocen realmente porque no saben trabajar con ellas. Los pocos médicos que están diagnosticando FM y SFC/EM lo hacen sin las analíticas establecidas por los criterios reconocidos a nivel internacional. Los únicos tratamientos que se ofrecen son psicotrópicos y antiinflamatorios, medicamentos que son nocivos para los enfermos con SSC porque dañan las particulares disfunciones mitocondriales, inmunológicas y bioquímicas, o medicamentos como los neurolépticos que, en Europa, están prohibidos para su uso en los SSC pero se recetan masivamente entre estos pacientes y que es una medicación fabricada por la farmacéutica que colabora con el partido mayoritario del gobierno español, sus fundaciones y sus médicos, en sus actividades sobre la fibromialgia y el SFC/EM.

«Los Síndromes de Sensibilidad Central (SSC) comienzan a manifestarse en los adultos jóvenes, aunque también enferman niños y adolescentes, cuando la persona está empezando su etapa más activa y productiva. Exposiciones a tóxicos y/o virus desencadenan estas patologías en el 0,5 al 5% de la población general, y obligan a la persona enferma a vivir, sobre todo, encerrada en su casa, echada, en un estado de semi-dependencia o de dependencia con imprevisibles momentos de capacidad.»



También se presiona, de una manera coercitiva a los pacientes con SSC para que participen en *tratamientos* que no son tratamientos, como la Terapia Cognitivo Conductual, que se ha demostrado como ineficaz y hasta dañino para las personas con SSC.

Esta falta de conocimientos de los médicos y sus actitudes burlonas hacia estas enfermedades conducen al enfermo a un *peregrinaje médico* en búsqueda de un profesional sanitario que sepa diagnosticar.

Al peregrinaje médico en los SSC se añade el *peregrinaje jurídico*, ya que, en la mayoría de los casos en los que el médico especialista declara que el paciente está demasiado enfermo para seguir trabajando, los evaluadores médicos de la administración o aseguradoras dicen lo contrario. La denegación de pensiones a las personas con SSC mantiene un fuerte control sobre los enfermos para que limiten sus quejas y protestas por miedo a represalias tales como no recibir un informe médico acorde con sus limitaciones y no obtener una prestación económica. Es mucho más fácil disciplinar a los enfermos que están en dificultades económicas pendientes de recibir una pensión o, en el caso de que la reciban, pendientes de las re-evaluaciones anuales de la administración o aseguradora.

Una revisión cualitativa entre asociaciones FM, SFC/EM y SQM en España evidencia que gran parte del alto nivel de suicidios que existen en estas enfermedades ocurre, sobre todo, después de que el enfermo haya sido dado de alta estando aún incapacitado para trabajar. El suicidio es una invitación a ver lo que la sociedad no quiere ver: que la pobreza económica es uno de los problemas principales de los enfermos con SSC porque viven con pensiones míseras, sin pensiones o sin ningún otro tipo de ingresos, lo que les lleva a convertirse en *sintecho invisibles* alojados en lugares y circunstancias nada favorables al auto-cuidado.

VERBICIDA: LAS PALABRAS PARA CONTROLAR Y DAÑAR.

El uso del lenguaje por la sociedad civil, médicos, otros profesionales sanitarios y medios de comunicación reproduce las narrativas de la sociedad política y es la primera y más poderosa arma para ejercer el poder y convencer de la necesidad de ciertas políticas. Podemos ver numerosos ejemplos de esto en las políticas gubernamentales aplicadas a los SSC y, en general, en cómo estas enfermedades son reproducidas en el lenguaje social para deslegitimizar y controlar a los enfermos, intentando convencer de que la etiología de las SSC es psicológica o *moral* en vez de orgánica. Así los enfermos no son creídos y son etiquetados de *vagos*, *cuentistas* o *neuróticos*, vigilados y controlados constantemente con comentarios de su entorno cercano como «no tienes aspecto de estar enfermo» y «podrías poner más de tu parte».

Pero, posiblemente, el ejemplo más obvio del *verbicidio* en estas enfermedades está en el uso de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) que las administraciones y el *establishment* médico han establecido como herramienta coercitiva, diciendo que es un *tratamiento* para estas patologías, concepto que los científicos internacionales rechazan. Las investigaciones demuestran que, aparte de ser una manera de evitar el uso de tratamientos biomédicos útiles (lo cual exigiría arduo nuevo aprendizaje por parte de los médicos), la TCC está siendo utilizada en los SSC para avanzar en la agenda política de las administraciones, sobre todo, en su objetivo de que las personas con estas enfermedades no reciban pensiones. A los enfermos de SSC se les dice, en las sesiones de TCC, que sus pensamientos son *inadaptados* y que por eso están enfermos, y que cambiando sus pensamientos *erróneos* podrán volver a trabajar después de diez semanas de TCC.

CULPABILIZAR A LOS CUERPOS INÚTILES.

Por mucho que los que proponen la TCC presionen a los pacientes de SSC con «pon más de tu parte», la realidad de estas enfermedades es que las limitaciones físicas son mayores que en la Esclerosis Múltiple y el enfermo pierde, a una joven edad, su rol familiar y social, cualquier estabilidad económica y laboral que hubiera construido con los años. Al dejar de producir, al no ser ya un *cuerpo útil* para el capitalismo, el enfermo siente una culpa que refuerza

la sociedad en su rol policial con comentarios tales como: «¡Qué suerte tienes de pasarte el día echado sin trabajar!».

La culpa aumenta en la mujer con SSC porque la sociedad machista le recuerda, día tras día, que no está cumpliendo su rol como gestora del hogar y de la familia.

Esta discriminación de género también es vivida por la mujer con SSC en la consulta del médico, en la cual los síntomas de dolor y fatiga extrema se ven como *quejas de mujeres* y no se toman en serio como cuando un hombre presenta los mismos síntomas. Las enfermedades orgánicas que producen fatiga son las que más están cuestionadas y deslegitimizadas por los profesionales sanitarios. Y más si el paciente es mujer.

El culpabilizar es otra manera de individualizar la enfermedad y hacer que el enfermo piense que es sólo su problema y que no piense de una manera colectiva.

POTENCIAL MOVILIZADOR DE LOS SSC

Aún así, en este siglo, las personas con SSC se están organizando desde su aislamiento individual a través de las nuevas tecnologías, y llevando a cabo importantes acciones políticas y educativas. Aunque sus tareas principales siguen siendo el peregrinaje médico, el peregrinaje jurídico y, sencillamente, sobrevivir físicamente, económicamente y anímicamente, tienen un alto nivel de conciencia sobre la exclusión y las injusticias que viven.

Pero los movimientos ecologista, feminista y sindicalista, y la izquierda independiente, aprovecharán la oportunidad que ofrecen los SSC para unir temas biopolíticos y así crear alianzas, sumar posiciones y acciones para crear un mundo más justo?

PARA SABER MÁS: Ortega Pérez A., «Sensibilidad a múltiples compuestos», una enfermedad comúnmente inadvertida, *Med Clin (Barc)*; 2005;125(7):257-62; Caballé, Eva, *Desaparecida*: ●●●



●●● *Una vida rota por la sensibilidad química múltiple.* El Viejo Topo, 2009; Fernandez-Solà J, Nogué Xarau S. Sensibilidad química y ambiental múltiple, Jano 14-20 n° 1.662 Septiembre 2007. www.doyma.es/jano; Bruce M. Carruthers, Marjorie I. van de Sande Encefalomiélitis Miálgica/ Síndrome de Fatiga Crónica: Definición del caso clínico y de las pautas para médicos. Biblioteca Nacional de Canadá 2005, Carruthers & van de Sande; Bruce M. Carruthers, Marjorie I. van de Sande Síndrome de Fibromialgia Definición Clínica y recomendaciones para médicos. Biblioteca Nacional de Canadá 2005, Carruthers & van de Sande; Rivas J.L. <http://es.scribd.com/doc/47028882/Algunas-claves-para-el-diagnostico-y-el-tratamiento-del-SFC>; Cabré Guixé R. No entender que las enfermedades de sensibilización central son bioquímicas es un error del sistema sanitario. ASSEM.org 2011 <http://es.scribd.com/doc/48180080/No-entender-que-las-enfermedades-de-sensibilizacion-central-son-bioquimicas-es-error-del-sistema-sanitario>; Managing my M.E. What people with ME/CFS and their carers want from the UK's health and social services, THE RESULTS OF THE ME ASSOCIATION'S MAJOR SURVEY OF ILLNESS MANAGEMENT REQUIREMENTS Published by The ME Association, May 2010; GADEA, Guía de Control Ambiental: Una alternativa de vida sana. Grupo GADEA 2010 <http://www.asquifyde.es/noticia-detalle.aspx?noticia=769>; Valverde C, Markez I, Visiers C, *Nuevos retos en la consulta. ¿Qué hacer ante la Fibromialgia, el Síndrome de la Fatiga Crónica-EM y las Sensibilidades Químicas Múltiples?* OMEditorial 2009; Valverde C, Markez I, «Lo que tú tienes que hacer...»: El uso coercitivo de la Terapia Cognitivo Conductual en las nuevas enfermedades. *Norte de Salud Mental*, 2009, vol VIII n° 35; Valverde, Clara, «Pues tienes buena cara». *Síndrome de la Fatiga Crónica. Una enfermedad políticamente incorrecta*. MR Ediciones 2009. www.asquifyde.es / www.ligasfc.org / www.asssem.org / <http://nofun-eva.blogspot.com/>

Clara Valverde es miembro del *Equipo Aquo* (www.equipoaquo.com) especializado en trabajo asistencial, docencia y trabajo teórico sobre temas sanitarios, psicológicos y sociales.

¿Por qué dice lo que dice el Si

Junta Directiva de Osalde

En los últimos días el Sindicato Médico, algunos de sus más cualificados dirigentes, han salido en los medios de comunicación con un mensaje de crítica grave a Osakidetza, al funcionamiento del Servicio Vasco de Salud.

Son tres las críticas fundamentales:

- Los profesionales de Osakidetza estamos cansados y los usuarios, también.
- La tecnología que usamos de diagnóstico y de tratamiento, es obsoleta.
- Osakidetza funciona mal, la gestión económica es nefasta.

En nuestra opinión, en opinión de la Junta Directiva de Osalde, no aciertan ni una.

Hace años que los profesionales de Osakidetza no desarrollamos tanta actividad. Actividad asistencial de calidad, innovadora, de investigación, de coordinación entre los distintos niveles de atención (centros de salud, ambulatorios y hospitales), formación, asistencia a jornadas de debate, reuniones científicas, y discusiones para profundizar un mejor tratamiento a nuestros pacientes. Solamente en la comarca Bilbao hay más de cien médicos y profesionales de enfermería de los centros de salud en distintos proyectos de trabajo clínico y de investigación.

Las páginas web (Osakidetza.net) de los distintos centros sanitarios y organizaciones de Osakidetza, son buenos testigos de parte del trabajo que se está realizando.

No hay tal cansancio. En todo caso un discreto escepticismo ante el cambio propuesto. Pero la mayoría de los profesionales está participando en él cada día. El problema central de Osakidetza es su organización, no sus infraestructuras.

Otra cosa distinta es que se deban evaluar tantos proyectos en marcha (O-Sarean, Multicanal, proyectos de integración asistencial como el Promic para la atención de cardiopatías, la prescripción de vida saludable, la utilización de telemática en dermatología o estudios de fondo de ojo,...) y se tengan en cuenta adecuadamente, en su momento, dicho escepticismo que suponen en los trabajadores de Osakidetza o la resistencia a los cambios que en ocasiones se dan. Esto se debe planificar, como cualquier evaluación de impacto en el sistema

de salud, para la mejoría de los pacientes y mayor satisfacción profesional.

El último proyecto será la puesta en marcha de la receta electrónica (recogida en las oficinas de farmacias para los pacientes crónicos), o la próxima puesta en marcha de la historia clínica unificada para hospitales y centros de salud.

Todas las encuestas de población y usuarios de Osakidetza conocidas indican un importante grado de satisfacción con su funcionamiento. La sanidad pública vasca no es vivida como un problema por la ciudadanía vasca y, además, es el segundo área mejor valorada en la gestión pública vasca (Sociómetro 44, diciembre 2010)³. Los centros de salud y los hospitales del servicio vasco de salud están recibiendo estímulos y reconocimientos en el ámbito del Estado español y a nivel internacional con una frecuencia desconocida, al menos en los últimos ocho meses. ¿Dónde está el cansancio profesional? ¿Dónde está el cansancio ciudadano?

Es cierto que los profesionales de la salud envejecemos y la escasa independencia con que en ocasiones vivimos el trabajo diario nos hacen críticos con múltiples situaciones injustas, cuando no con las corruptelas conocidas, que a veces cansan demasiado; sin embargo, y no despreciando en absoluto esta última apreciación, las encuestas conocidas demuestran que en la atención primaria de salud, los médicos de familia, los pediatras y los profesionales de enfermería de los centros de salud, junto a las administrativas y celadores, son altamente valorados por la calidad de su trabajo.

Entonces, ¿a qué viene en estos momentos de crisis esta crítica sin límite a la sanidad pública vasca?

Efectivamente hay problemas, y nosotros como cualquier persona honrada los conocemos:

- Algunas listas de espera, sobre todo a pruebas de diagnóstico y tratamiento, y a algunas consultas de especialistas de ambulatorio se dilatan demasiado, y están mal gestionadas. En general, toda el área de atención de médicos especialistas en consultas externas de hospitales y en ambulatorios tiene deficiencias importantes de gestión.

«Cuando hablamos del Servicio Vasco de Salud, de Osakidetza, hablamos de derechos sociales, del derecho a la salud; cuando hablamos del sector privado, hablamos de beneficios y de negocios. No sabemos muy bien de qué quiere hablar exactamente el Sindicato Médico.»

el Sindicato Médico de la Sanidad Pública vasca?



¿A qué juega?

• Es urgente solucionar adecuadamente los problemas que aún subsisten en algunos PAC, sobre todo de Bizkaia. Después de la necesaria reordenación de los PAC, se acordó evaluar el impacto de la pequeña reforma hecha. Pues bien, esa evaluación ha detectado algunos problemas por los que han protestado algunos profesionales. Son problemas que se pueden solucionar con buena voluntad por las partes, y es urgente que la dirección de Osakidetza tome cartas en el asunto cuanto antes.

• Es necesario apoyar más a la atención primaria de salud y las políticas de prevención y promoción de la salud de los ciudadanos y ciudadanas. Es hora ya de reconocer públicamente que, en el sistema de salud público, el mejor recurso que tenemos son los médicos de familia, los pediatras y los profesionales de enfermería de los centros de salud.

Realmente, en la situación de crisis económica y social en la que vivimos, provocada por los especuladores conocidos de siempre, Osakidetza se ha mantenido con suficiente dignidad, manteniendo la inversión, frenando la privatización, disminuyendo la concertación con el sector privado (mas de un 57% respecto a lo utilizado en 2009), pero consolidando la actividad del conjunto del sistema, y en algunos casos, incrementándola, como ha sucedido en el caso de algunas intervenciones quirúrgicas en nuestros hospitales.

Decir esto, no sólo no debe sonrojar a nadie: simplemente es la verdad y se sustenta con hechos. La actividad es una cosa, y el funcionamiento y la organización del Servicio Vasco de Salud es otra. Y esto también lo saben los afiliados al Sindicato Médico.

La tecnología médica no sólo se está renovando e incrementando en todo el sistema de salud, sino que llama la atención su no funcionamiento a tiempo completo, de 8h a 20h en todos los hospitales, ambulatorios y centros de salud, para ofrecer la máxima calidad de servicio y disminuir algunas listas de espera. Parecería que la sanidad pública vasca debería funcionar por la mañana y la privada por la tarde. *Esto debe atajarse cuanto antes* para el bien de toda la ciudadanía que necesita usar los servicios con el máximo posible de eficiencia y calidad.

Algunas inversiones se lentifican, como algunas dedicadas a infraestructuras, pero otras aumentan sin lógica ninguna, como la importante e inaudita inversión realizada en la Unidad de Coronarias del Hospital de Cruces, asunto conocido por todos los que trabajan en dicho centro. Simplemente no era necesaria tanta inversión porque la anterior Unidad de Coronarias era reciente.

¿Entonces, visto lo visto, por qué esa crítica tan grave a la sanidad pública vasca?

Mucho nos tememos que el asunto trasciende la cercanía de las elecciones, y las ab-

surdas políticas partidistas y sectarias que juegan con fuego al criticar, sin argumentos relevantes, las políticas sociales, las políticas de salud, tan sensibles para la ciudadanía... Pareciera que no existiera un límite ético en algunas de las declaraciones sin base ninguna realizadas por los portavoces del Sindicato Médico.

Mucho nos tememos que lobbys de grupos financieros y médicos poderosos del sector privado de la sanidad vasca se estén moviendo, estén inquietos, y se encuentren muy interesados en este tipo de críticas. Las inversiones que se están realizando en el sector privado de la sanidad en el País Vasco tienen no pocos problemas de ubicarse adecuadamente en el mercado, en lo que denominan nichos de negocios de la salud

en la sociedad vasca. Se están jugando mucho, entre otras cosas la amortización de las infraestructuras y equipos tecnológicos de las inversiones que están realizando. Es por ello muy conveniente para dicho sector que la sanidad publica vasca, que Osakidetza, parezca frágil.

Osakidetza, en nuestra opinión, goza de buena salud. Por ello, siempre es muy conveniente que los problemas que existen, que no son precisamente pequeños, no se enquisten y se resuelvan adecuadamente en tiempo y forma conveniente, como el problema de los PAC, por ejemplo, y algunas de las corruptelas publico-privadas conocidas. Que aún subsisten. Es necesario blindar el sector público de la sanidad vasca y dejar tranquilo al sector privado que resuelva sus propios asuntos, que no son pocos, pero no colaborando en este juego en el que ha metido el Sindicato Médico.

De la industria de farmacia y de la de equipos de tecnología médica, y de su responsabilidad en la crisis económica, y en la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud, hablaremos otro día.

Cuando hablamos del Servicio Vasco de Salud, de Osakidetza, hablamos de derechos sociales, del derecho a la salud; cuando hablamos del sector privado, hablamos de beneficios y de negocios. No sabemos muy bien de qué quiere hablar exactamente el Sindicato Médico.

Bilbao, a 4 de marzo del 2011 ■