

La sanidad **(y nuestra salud)** está en venta

JOAN BENACH
CARLES MUNTANER
GEMMA TARAFÀ
CLARA VALVERDE*

* Joan Benach, Carles Muntaner y Gemma Tarafà son profesores de salud pública y forman parte del Grupo de Investigación en Desigualdades de Salud, *Employment Conditions Network* (GREDS-EMCONET) de la Universitat Pompeu Fabra en Barcelona; Carles Muntaner es también profesor de salud pública y enfermería en la Universidad de Toronto; Clara Valverde es profesora de enfermería, escritora especializada en bio-política y presidenta de la Liga SFC (Síndrome de la Fatiga Crónica).

Para Oriol Martí, salubrista y médico de personas

No tenemos derecho a la desesperanza. Nosotros los que no pasamos hambre, los que no morimos de enfermedades curables, los que podemos estudiar y reflexionar, los que no tenemos nuestras facultades físicas ni intelectuales mermadas por las secuelas del hambre y las enfermedades, no tenemos derecho a la desesperanza.

JORGE RIECHMANN

Sin trabajo,
Sin casa,
Sin futuro y
Sin miedo

PANCARTA DEL 15M

Hoy más que nunca la alegría es un artículo de primera necesidad, tan urgente como el agua o el aire. Nadie nos va a regalar este derecho de todos. Es preciso pelearlo: contra el propio miedo, el miedo a romper la costumbre de la pena, y contra los administradores de la tristeza nacional, que le sacan jugo y venden las lágrimas. Pelearlo, digo, y no por la gente, sino con ella y desde ella.

EDUARDO GALEANO

INDICE

Prólogo. Lo que está en juego.

Vicenç Navarro

1. Salud sólo para algunos

- 1.1. El fracaso de un sueño
- 1.2. Las desigualdades en salud
- 1.3. La salud “invisible” de Europa y España
- 1.4. La equidad en salud: un derecho y algo más

2. La salud pública, mucho más que la atención sanitaria

- 2.1. Salud Pública quiere decir “salud de todas las personas”
- 2.2. Las “causas cercanas” de la enfermedad y la salud
- 2.3. Los determinantes sociales de la salud y la equidad

3. La sanidad pública, un logro colectivo que no podemos perder

- 3.1. La sanidad pública, un determinante importante de nuestra salud
- 3.2. Las luchas sociales permitieron obtener la sanidad pública universal
- 3.3. La sanidad privada es peor para la salud y la calidad de vida

4. Golpes de estado sobre la sanidad

- 4.1. La “globalización neoliberal”, ideología dominante
- 4.2. El proceso histórico de contrarreforma neoliberal sobre la sanidad pública
- 4.3. El complejo sanitario-farmacéutico-tecnológico se reorganiza
- 4.4. Sanidad para ricos, sanidad para pobres
- 4.5. Repagos, desigualdad e ideología
- 4.6. Palabras, intereses y poderes para vender nuestra salud

5. Retomar la salud en nuestras manos

- 5.1. El silencio y la pasividad son nocivos para la salud
- 5.2. Sabemos lo que queremos
- 5.3. Investigar y analizar para pasar a la acción
- 5.4. Organizarse a través del diálogo y el consenso
- 5.5. Sin miedo: por nosotros y por las generaciones futuras

6. Referencias bibliográficas y videográficas

7. Páginas web de colectivos y movimientos sociales

Prólogo

Lo que está en juego

VICENÇ NAVARRO*

La Segunda Guerra Mundial fue una guerra contra el nazismo y el fascismo llevada a cabo por una alianza mundial de fuerzas progresistas con el objetivo de alcanzar un mundo mejor. El enorme sacrificio que significó la guerra, sobre todo para las clases populares de los países participantes en el conflicto bélico, se hizo con la esperanza de que con la derrota del nazismo y el fascismo en cada país se construyera una sociedad capaz de alcanzar las expectativas de las generaciones presentes y futuras. Parte de estas expectativas fue el desarrollo de un diseño internacional, que incluyera una sociedad de naciones llamada Naciones Unidas, orientada a desarrollar y garantizar los derechos humanos en cada país, entre los cuales destacaba el derecho a la salud. Ese fue el momento en el que la salud se definió no sólo como la ausencia de enfermedad, sino también como buena calidad de vida y como el bienestar social de las personas y las comunidades; para todo ello, hacía falta desarrollar al máximo el potencial humano en todas sus dimensiones, no sólo biológicas, psicológicas y emotivas, sino también las sociales. Esta concepción de lo que es la salud, ha sido el banderín de enganche de todas las fuerzas que han luchado durante los siglos XX y XXI por una sociedad que permita y facilite el logro de ese derecho humano. Ello explica que la gran mayoría de las Constituciones actuales hayan incorporado el derecho a la salud entre los más importantes en su compilación de derechos, siendo una función de los Estados respetarlo, apoyarlo y desarrollarlo. Así consta, por ejemplo, en el artículo 43 de la Constitución Española, que claramente reconoce *“el derecho a la protección de la salud (...) Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”*.

Hoy es importante reafirmar de nuevo ese derecho en un momento en que muchos representantes políticos parecen ponerlo en cuestión. Recientemente, nada menos que el Conseller de Salut del Gobierno de la Generalitat de Catalunya, el Sr. Boi Ruiz, ha indicado que la salud es un bien privado que depende de uno mismo y no del Estado, una postura que entra claramente en contradicción con la Constitución Española y con el Estatut d'Autonomia de Catalunya (aprobado en referéndum por la población catalana, el Parlament de Catalunya y las Cortes Españolas), donde consta claramente que el Estado y la Generalitat de Catalunya tienen que garantizar tal derecho. Que la máxima autoridad sanitaria catalana niegue o cuestione ese derecho, transformándolo en una mera prerrogativa individual, personal y privada es extremadamente regresivo. Es probable que en España ésta no sea una voz aislada, pues en la actualidad muchos otros personajes con responsabilidad pública actúan acorde con esa visión privatizadora y mercantil de la salud y de la sanidad que nos retrotrae al siglo XIX o inicios del siglo XX, antes de la Segunda Guerra Mundial, que

* Catedrático de Políticas Públicas de la Universidad Pompeu Fabra en Barcelona.

echa por los suelos el derecho adquirido reflejado en la Constitución y el Estatut. Derechos, por cierto, que fueron refrendados en la Ley General de Sanidad y en la recientemente aprobada Ley de Salud Pública catalana.

El libro del cual forma parte este prólogo documenta ampliamente las consecuencias que la privatización y la mercantilización tienen en la sanidad, la salud y la equidad. Con el detalle y rigor que caracterizan los bien conocidos trabajos de investigación de sus autores, el libro va desmontando pieza a pieza el enorme entramado ideológico, tecnocrático y político construido -con la inestimable ayuda de las cajas de resonancia proveídas por los grandes medios de comunicación- para justificar la venta de la sanidad pública y la progresiva eliminación del derecho a la salud.

Otro aspecto también muy preocupante del conseller de salut de la Generalitat, Boi Ruiz, es la aseveración de que la salud de la ciudadanía depende de su genética, los antecedentes familiares y hábitos personales. Este libro muestra el enorme error planteado por esa sesgada postura ideológica que, por cierto, está ampliamente aceptada por grandes sectores de los *establishments* conservadores. Si bien esos factores influyen en la salud de la población, su valor explicativo es mucho menor frente a otras variables y factores sociales y políticos de mayor importancia pero que raramente aparecen en los medios de mayor difusión. La literatura científica, bien analizada y resumida en este libro, es contundente. El componente genético juega un papel menor en explicar el nivel de salud de la población; mayor importancia tienen los comportamientos dietéticos, el ejercicio físico y otros “estilos de vida” relacionados con hábitos que reflejan conductas de las personas. Pero incluso estos factores, tienen menos importancia que lo que la OMS denomina “Determinantes Sociales de la Salud”, otro tema central del texto. Tal término incluye la acumulación de condiciones sociales como el desempleo, la precariedad laboral, la contaminación ambiental, la disponibilidad de vivienda digna, la inseguridad alimentaria y el limitado acceso a una alimentación adecuada, las facilidades educativas, las desigualdades de renta y propiedad, la escasa posibilidad de participación y expresión democrática, entre otros. El hecho de que un ciudadano de Pedralbes en Barcelona (uno de los barrios más pudientes de la ciudad), viva 10 años más como promedio que un ciudadano de Nou Barris (un barrio de clase trabajadora no cualificada), no se debe, como parece creer el conseller Boi Ruiz, a que tengan estructuras genéticas distintas o comportamientos personales diferentes, sino al contexto económico, político y social que configura su desigual nivel de salud y calidad de vida.

Por otra parte, el texto identifica y plantea con nitidez otro tema esencial: la gran importancia de la atención sanitaria pública como determinante de la salud y la equidad. Esa atención sanitaria pública, fruto de largas luchas sociales, está hoy fuertemente cuestionada y atacada por fuerzas económicas y políticas muy conservadoras que, como el libro señala con precisión, utilizan estrategias como la difusión de la ideología biomédica de la salud, “culpabilizar” a los enfermos de abusar del sistema sanitario o no cuidar su salud, difundir el sistema privado de lucro, la supuesta mayor “eficiencia” de la gestión privada por encima de la pública, la necesidad de “racionalizar” un sistema público debilitándolo e instaurando copagos y mecanismos de gestión privados que supuestamente harán que el sistema público sea

“más eficiente y sostenible.” Los datos y argumentos que presentan los autores (investigadores de gran prestigio y reconocimiento internacional, dos de los cuales han sido los únicos miembros catalanes y españoles que participaron en la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS) son robustos y deben ayudar a que toda la sociedad realice una profunda reflexión sobre estos temas forzando a que las autoridades públicas mantengan y amplíen el derecho a la sanidad y la salud de la población catalana y española, tal y como apoya el 87% de la población según las encuestas.

En un importante capítulo final, el libro apunta también a que la “solución” de esa preocupante situación no es técnica sino política, y que los retos son muy importantes. Destaquemos tres: cambiar el lenguaje y la conciencia personal y colectiva sobre la salud y sus causas mostrando un modelo de salud pública alternativo al discurso neoliberal dominante que tenga en cuenta los determinantes sociales; hacer alianzas entre los movimientos sociales y las fuerzas populares con los profesionales, investigadores, expertos y académicos que trabajan en favor de la sanidad pública y la equidad; y reconstruir luchas democráticas, participativas y unitarias que frenen la privatización de la sanidad pública defendiendo su universalidad, equidad y calidad.

La población debe ser consciente de lo que está en juego: un derecho esencial como la salud y la sanidad pública, fruto de largas luchas populares y reconocido en los documentos legislativos. Si la información es poder, el conocimiento incluido en este libro constituye un recurso muy valioso que ha de permitir concienciar y dar más poder a la ciudadanía para defender un derecho hoy seriamente amenazado.

Barcelona, 13 de febrero de 2012

1. Salud sólo para algunos

La ideología dominante no sólo *opaca* la realidad sino que también nos vuelve *miopes* para no ver claramente esa realidad.

PAULO FREIRE

1.1. El fracaso de un sueño

Se llama James Verone. Ha perdido su trabajo, está enfermo y roba bancos. James no es un ladrón cualquiera. Con 59 años a sus espaldas, desesperado, un día se presenta desarmado en un banco de Gastonia (Carolina del Norte, EE.UU.) entregando una nota a la cajera donde se puede leer: «Esto es un atraco, por favor denme un dólar». A continuación se sienta en una silla esperando a que llegue la policía a detenerle. ¿Por qué lo ha hecho? Con su acción, James espera ir a la cárcel y recibir una adecuada atención médica con la que poder tratar sus múltiples problemas de salud (dolores en el tórax y la columna vertebral y artritis en un pie) y si todo va como espera, al cabo de tres años, obtener la Seguridad Social y cobertura sanitaria gratuita.¹ La historia de este ex-trabajador de Coca Cola es la del sufrimiento, la desesperación y el dolor de millones de personas sin atención sanitaria, cuya salud está desprotegida.

Con un tercio de la riqueza mundial, Estados Unidos es el país más poderoso de la tierra, el que cuenta con los centros de investigación biomédica con más prestigio y recursos, y con el 60% de los premios Nóbel de medicina de las últimas décadas. Pero EE.UU. es también un país con grandes desigualdades donde cerca de 1 de cada 10 familias es pobre y 1 de cada 5 habitantes es analfabeto funcional. A la vez, es el país que más gasta en sanidad (16% del PIB), pero donde casi 50 millones de personas no tienen cobertura sanitaria (más del 16% de los ciudadanos censados), lo que cada año provoca la muerte de entre 45.000 y 100.000 personas, y donde hasta 300.000 personas son rechazadas en los servicios hospitalarios de urgencia al no tener dinero para pagar.² Además, otros 62 millones de personas tienen una cobertura sanitaria insuficiente y sin los servicios médicos adecuados. En caso de enfermedad pueden llegar a tener que pagar hasta una décima parte de sus ingresos anuales en médicos, hospitales y seguros médicos. A cada minuto que pasa dos ciudadanos estadounidenses caen en la pobreza debido a un problema de salud al que no pueden hacer frente.³ El sistema sanitario de EE.UU., gestionado básicamente por enormes compañías de seguros, es ineficiente (31% del total de gastos son administrativos, 400.000 millones de \$ anuales) e impopular (dos de cada tres ciudadanos quiere un

¹ BBC mundo. Un hombre roba US\$1 para obtener atención médica gratuita en la cárcel. 22-06-2011. http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2011/06/110621_hombre_enfermo_roba_banco_en.shtml

² Himmelstein D. Healthcare for All: The Campaign for Single-Payer Health Insurance in Massachusetts and the United States, 2000. <http://www.thefreelibrary.com/Healthcare+for+All%3A+The+Campaign+for+Single-Payer+Health+Insurance+in...-a068744744>

³ National Coalition on Health Care. Health insurance cost. Washington, DC, National Coalition on Health Care, 2008. <http://www.nchc.org/facts/cost.shtml>

sistema público que cubra a toda la población).⁴ Sin embargo, el monumental y sempiterno poder de esas compañías en la vida política, y en particular sobre el Congreso estadounidense, ha impedido a lo largo de la historia que se haya podido desarrollar un sistema sanitario público que proteja a toda la población.

La situación de indefensión que James vive es mucho peor aún para los cientos de millones de personas pobres que viven en los países más necesitados del planeta. Con el 20% de la población mundial y el 80% del PNB mundial, los 34 países más ricos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) acumulan el 90% del gasto mundial en salud al mismo tiempo que África subsahariana, con el 12% de población, sólo tiene un 1% del gasto. Cuatro de cada cinco personas en edad de trabajar no disponen de suficiente protección social y un tercio de la población mundial no tiene acceso a los servicios sanitarios. Sin embargo, es una situación muy desigual ya que en los países pobres menos del 4% de la población tiene acceso a los servicios de salud en comparación con casi el 90% en los países ricos.⁵

¿Por qué la mayor parte de la población del mundo no tiene una cobertura o acceso adecuado a los servicios de salud? En un momento en que aparecen nuevas tecnologías biomédicas y progresa el conocimiento sobre el genoma humano, en que se realizan avances en el diagnóstico y la predicción de nuevas enfermedades y de técnicas quirúrgicas impensables hace unas décadas, en que se realizan inversiones multimillonarias para tratar el cáncer o hallar una vacuna para prevenir la malaria o el SIDA... ¿Cómo es posible? ¿Necesitamos saber por qué?

En la Conferencia de Alma Ata de 1978, la OMS y los dirigentes de decenas de países anunciaron el objetivo de lograr “Salud para todos en el año 2000” señalando que la adopción de la atención primaria era la mejor opción para conseguirlo. Dos décadas más tarde, la Región Europea de la OMS propuso la “Estrategia de Salud 21” en cuyo objetivo final “Políticas y estrategias de salud para todos” se apuntaba la necesidad de que para el 2010 todos los Estados miembros hubieran formulado y aplicado “unas normas de salud para todos a nivel nacional, regional y local”.⁶ Ni éstas, ni otras buenas intenciones se han hecho realidad. Hoy en día, casi una tercera parte de la humanidad (más de 2.000 millones de personas) malvive enferma, pobre, o subalimentada, y la mayoría de personas que habitan el planeta no posee el mínimo bienestar material y social con los que disfrutar y compartir una vida personal y social activa, gozosa y saludable.⁷ En realidad, en bastantes países africanos la esperanza de vida al nacer es similar (unos 40 años) a la que tenían países ricos como Inglaterra hace cinco siglos y el 40% de la población mundial no tiene ni tan sólo los baños y cloacas con los que solucionar la evacuación de excrementos. El sueño de que cada ciudadano del planeta tenga buena salud ha sido traicionado. Como descubriremos más adelante, los culpables hay que buscarlos en las élites de los gobiernos y organismos internacionales, en las grandes empresas, en el poder económico y financiero, y en las

⁴ Navarro V. Luces y sombras de la reforma sanitaria de Obama EE.UU.. Estado del Bienestar, Salud y Calidad de vida Añada. Revista digital SISTEMA, 26 de marzo de 2010. <http://www.vnavarro.org/?p=4085>

⁵ ILO. World Social Security Report. Providing coverage in times of crisis and beyond. 2010-2011. Geneva: ILO, 2010.

⁶ World Health Organization (WHO). Salud para todos en el Siglo XXI. Madrid: WHO, 1998. http://www.famp.es/racs/intranet/otras_secciones/documentos/SALUD%2021.pdf

⁷ Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Barcelona: El Viejo Topo, 2005.

clases dominantes. Ellos han sido quienes han antepuesto (y siguen anteponiendo) su interés privado y su ideología mercantil al bien público y a los bienes comunes colectivos. Ellos son quienes juegan un papel crucial en el fracaso de ese sueño. Por eso no tenemos salud para todos.

1.2. Las desigualdades en salud

La mayoría de personas que habitan el planeta no tienen los medios y oportunidades adecuados que les permitan disfrutar y compartir una forma de vivir saludable, que a la vez sea autónoma, solidaria y gozosa.⁸ Pensemos en la brutal desigualdad por la cual 3 familias tienen la misma riqueza que 48 países pobres o que la décima parte de los hogares del mundo posee el 85% de toda la riqueza. Pensemos en una “ciudad” como Nueva York con los 10 millones de habitantes más ricos del planeta (más de 1 millón de \$), 3 veces más que EE.UU., o en una “ciudad” como Pontevedra con las 78.000 personas más ricas (más de 30 millones de \$), con tanta riqueza como la UE, o en un “pueblecito” con las 1.210 personas más ricas de todas y una fortuna 4 veces a la de toda España.⁹ Pensemos como ha aumentado la desigualdad entre países entre 1980 (60 a 1) y 2005 (122 a 1). Pensemos también en los más de 200 millones de personas desempleadas o en los más de 300 millones de niños y niñas que trabajan, muchos de los cuales están en situaciones de esclavitud o muy cercanas a ella. Pensemos en que al menos un tercio de las muertes anuales son debidas a la pobreza (18 millones anuales de un total de 57 millones, 50.000 muertes diarias), que se podrían prevenir fácilmente disponiendo de agua potable y mejor alcantarillado, nutrición y vacunas. Pensemos que entre 1990 y 2009 murieron por la pobreza más de 300 millones de personas, más que si sumamos las muertes producidas por las dos Guerras Mundiales, el Gran Salto Adelante y las hambrunas en China, las guerras de Vietnam y Corea, la Guerra del Congo y la revolución rusa.

Unas desigualdades sociales tan enormes afectan a la salud de forma brutalmente desigual. Casi todas las muertes de niñas y niños antes del 5 año de vida (más de 8 millones al año) ocurren en países de renta media y baja, y la desigualdad aumenta. La tasa de mortalidad infantil mundial en menores de 5 años es de 60 muertes por 1.000 nacidos vivos, pero sólo de 7 en los países ricos y de 127 en África (209 en Chad). Una niña sueca recién nacida tiene una probabilidad de vivir (83 años) tres décadas y media más que una que nazca en Chad (48 años). La esperanza de vida mundial (2009) es de 68 años, 80 en los países ricos pero sólo 57 en los países pobres, y en varios países africanos apenas si roza los 50.¹⁰

Esos datos ilustran suficientemente bien las brutales desigualdades sociales y de salud del planeta. Pero el problema de la desigualdad en salud va mucho más allá que las diferencias entre países. La desigualdad en salud aqueja especialmente a las clases sociales más oprimidas y explotadas de la sociedad: los trabajadores y trabajadoras pobres, precarios y sistemáticamente explotados, las mujeres pobres desempleadas

⁸ X Congrés de Metges i Biòlegs en Llengua Catalana de Perpinyà (1976).

⁹ Díaz-Salazar R. Desigualdades internacionales. ¡Justicia Ya! Barcelona: Icaria, 2011.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas sanitarias mundiales 2011. Ginebra. Organización Mundial de la salud, 2011. http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf

que viven solas con sus hijos, los inmigrantes ilegales y sin recursos objetos de discriminación, las personas excluidas, 'sin techo', y marginados socialmente.¹¹ Son grupos sociales que sufren diversas formas de explotación, discriminación y dominación según su clase social, género, raza, etnia, orientación sexual, discapacidad, religión, nacionalidad, edad, enfermedad mental e ideología política.

Nuestra mayor "epidemia" no son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, el tabaquismo o las infecciones, sino los determinantes sociales (ver apartado 2.3.) que afectan a la salud pública y producen grandes desigualdades de salud. Dado que éstas reflejan desigualdades políticas y poder que determinan una injusta distribución de bienes (oportunidades, recursos, ingresos, libertad), la equidad en salud es un indicador fundamental de justicia social. Sin embargo, hasta ahora la inequidad en salud, tal vez la mayor tragedia social de la historia, es un tema aún muy poco conocido sobre el que apenas si existe debate público. Cuando algunos economistas, ecólogos o sociólogos críticos cuestionan la utilidad de indicadores "economicistas" como el PIB, tan poco útiles para medir el impacto ambiental y el bienestar social, es fundamental disponer de indicadores sobre la equidad en salud que permitan evaluar el bienestar, la calidad de vida, la justicia social y los logros y fracasos de las políticas sociales de cada gobierno.¹²

1.3. La salud "invisible" de Europa y España

La salud y la atención sanitaria han mejorado en Europa y España durante las dos últimas décadas. Se ha producido un importante aumento en indicadores de salud tan conocidos como la esperanza de vida al nacer y la mortalidad infantil. Por ejemplo, entre 1990 y 2006 la esperanza de vida en los 15 países más ricos de la Unión Europea (UE-15) ha aumentado en casi 4 años (76,5 a 80,3 años), al tiempo que la mortalidad infantil se ha reducido a la mitad (15,4 a 7,3 niños por 1.000 nacidos vivos).¹³ En las personas de menos de 75 años la reducción en la mortalidad por causas prevenibles o tratables alcanzó hasta el 23% en los hombres y el 32% en las mujeres en los países en mejor situación.¹⁴ En España, la esperanza de vida en 2010 fue de 82 años (85 mujeres y 79 hombres), con un aumento de alrededor de 1 año por cada 5 años transcurridos, mientras que en 2008 la tasa de mortalidad infantil se redujo hasta 3,3.¹⁵ Son progresos notables, indudablemente. Esa es la manera habitual con que nuestros representantes políticos y muchas instituciones hacen referencia al progreso de la salud. No obstante, esa mirada optimista -cuando no complaciente- sobre la salud de los ciudadanos europeos y españoles es incompleta y limitada. Y ello no sólo porque en España la esperanza de vida se ha estancado o incluso ha retrocedido ligeramente entre 2010 y 2011, rompiendo una tendencia al alza durante el último medio siglo,¹⁶

¹¹ CSDH. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO, 2008. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html

¹² Benach J, Muntaner C, Vergara M, Sridharan S. Informe de la CSDH de la OMS: una valoración crítica. Jornada sobre "Desigualdades Sociales en la Salud en la CAM". Cátedra UAH-Fundación ICO. Madrid, 12-13 noviembre 2009. http://www2.uah.es/catedra_aps/jornadas/ponencias/benach.pdf

¹³ European Health Report 2009. Health and health systems. WHO Regional Office for Europe, Denmark, 2009.

¹⁴ Nolte E, McKee M. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London, Nuffield Trust, 2004. <http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/does-healthcare-save-lives-mar04.pdf>

¹⁵ INE. España en cifras 2010. Madrid: INE, 2010. <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/esp/esp/esp/10.pdf>

¹⁶ INE. Notas de prensa, 18 enero 2012. <http://www.ine.es/prensa/np697.pdf>

sino porque esos indicadores esconden o minimizan otros problemas de salud ocultos, “invisibles”, que hemos de conocer. Tres son los tipos de problemas en que debemos fijar nuestra atención.

En primer lugar, esos indicadores generales de salud no permiten mostrar otros *problemas de salud que son conocidos, pero de los que apenas si se habla*. Un ejemplo son los riesgos y problemas de salud del medio laboral. Por ejemplo, se estima que 1 de cada 4 trabajadores de la UE-15 pasa la jornada laboral respirando tóxicos que pueden causar tumores, y que cada año mueren más de 120.000 personas debido a un accidente o enfermedad laboral. No es nada extraño que 1 de cada 4 trabajadores y trabajadoras europeos considere que su salud y seguridad están en riesgo debido a sus condiciones de trabajo.¹⁷ Hace unos años se estimó que una cuarta parte de los trabajadores españoles (más de 5 millones) estaban expuestos a cancerígenos (el riesgo era de más del 50% en los sectores de actividad más peligrosos) y que unas 7.000 personas morían cada año por el cáncer contraído en el lugar de trabajo.¹⁸

Segundo, hay *problemas de salud invisibles, ocultos*, en los que la información es limitada, o no se generan los datos adecuados para poder conocerlos. Ejemplos de ello los hallamos en la salud mental, la violencia o la precariedad laboral. Se estima que cada año 1 de cada 4 adultos europeos padece algún tipo de enfermedad mental como la ansiedad y depresión, y que se suicidan 58.000 ciudadanos (más que las muertes por accidentes de tráfico, homicidios o sida).¹⁹ Una de cada 4 mujeres manifiesta haber sido acosada sexualmente durante su vida y entre el 6-10% padece cada año episodios de violencia doméstica, datos que muy probablemente están subestimados.²⁰ Por otro lado, en Europa alrededor del 25% de las niñas y el 15% de los niños han sufrido la tragedia de haber sufrido algún tipo de abuso sexual.²¹ Por último, pensemos en las distintas formas de subempleo y precariedad laboral, cuyo impacto sobre la salud es aún poco conocido. Son *parados encubiertos* (dejan de buscar trabajo), *subempleados* (quieren trabajar más horas o un trabajo más regular), trabajadores en situación de *informalidad* (actividades laborales remuneradas sin cotizar en la Seguridad Social) y *trabajadores precarios* (asalariados inseguros con salarios bajos, alta vulnerabilidad, escasa protección y derechos e incapacidad de ejercerlos).²²

Y tercero, la enfermedad y la muerte están mal repartidas, la salud no se distribuye equitativamente entre la población. El uso de indicadores promedio oculta e invisibiliza *las desigualdades en salud entre territorios y grupos sociales*. Como hemos señalado (ver apartado 1.2.), los grupos más explotados, discriminados y oprimidos son quienes sufren en carne propia la peor epidemia de nuestro tiempo: la desigualdad en salud.

¹⁷ Parent-Thirion A, et al. G. Fourth European Working Conditions Survey European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007. <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf>

¹⁸ Kogevinas M, et al. Cáncer laboral en España. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud, 2005.

¹⁹ Green Paper. Improving the Mental Health of the Population: Towards a strategy of mental health for the European Union. Health and Consumer Protection. European Commission, Brussels, 2005.

²⁰ Thümmel K, Britton A y Kirch W. Data and Information on Women's Health in the European Union. Research Association Public Technische Universität Dresden, Health Saxony & Saxony-Anhalt. European Communities, 2009.

²¹ May-Chahal C, Herczog M. Child sexual abuse in Europe. Council of Europe, 2003.

²² Benach J, Muntaner C, et al. Empleo, trabajo y desigualdades en salud: Una visión global. Barcelona: Icaria, 2010.

En Europa, la esperanza de vida varía entre 82 años en Suiza y 64 en Kazajistán.²³ Las desigualdades entre clases sociales en esperanza de vida, de por sí muy amplias (4-6 años en hombres y 2-4 años en mujeres),²⁴ aún lo son más entre barrios ricos y pobres. España es uno de los países europeos con mayores desigualdades sociales y de riqueza (la renta disponible del 10% más rico es 10 veces superior al 10% más pobre y el 1% más rico posee el 18% de toda la propiedad). Las clases sociales pobres, la población de las áreas más deprimidas, las mujeres, los inmigrantes de países pobres y la población gitana, son quienes tienen peores condiciones de vida, trabajo y salud.²⁵ Se estima que cada 15 minutos muere una persona (35.000 muertes anuales) en relación con la desigualdad social.²⁶ Un caso extremo ocurre en la población gitana en que sólo un 10% de las mujeres tiene un buen estado de salud en comparación con el 60% de las mujeres de clase social más rica. En Barcelona, la ciudad con más tradición en el análisis de la desigualdad de salud, mediada la década de los 80 del siglo XX la diferencia en esperanza de vida entre barrios ricos y pobres era de 10 años en hombres y de 6,5 años en mujeres, sin que en el periodo 1992-2003 se haya observado una reducción de la desigualdad en la mortalidad.²⁷

1.4. La equidad en salud: un derecho y algo más

La salud es un derecho, un derecho de cada individuo. Conseguir el máximo nivel de salud para cada persona es un derecho humano universal indispensable para el desarrollo personal y social. Por el sólo hecho de nacer, cada individuo ha de tener el derecho a conseguir los recursos fundamentales que generan vida y salud: agua limpia, una vivienda digna, un empleo justo, una renta mínima para vivir,²⁸ y otros determinantes sociales cruciales para la salud de los pueblos.²⁹ No es un enfoque nuevo. Ya a mediados del siglo XX la ONU señaló que cada individuo tiene derecho a tener: *“un nivel de vida adecuado para la salud y el propio bienestar del individuo y su familia, incluyendo la alimentación, la ropa, la vivienda, la asistencia sanitaria, los servicios sociales necesarios, y el derecho a la seguridad en el caso de que falten los medios de subsistencia que queden fuera del control de las personas”*.³⁰

Según el enfoque basado en los derechos sociales, los gobiernos deben legalmente (y al menos teóricamente) cumplir el objetivo del derecho universal a la salud poniendo los medios necesarios para ello. Pero la declaración de las Naciones Unidas sobre derechos humanos no implica tener buena salud ni protege de la desigualdad. Las buenas intenciones no hacen que su obtención sea obligatoria ni que necesariamente

²³ OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2011. Ginebra. Organización Mundial de la salud, 2011. En: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf

²⁴ Mackenbach JP. Health Inequalities: Europe in Profile. An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU, 2006. http://www.who.int/social_determinants/resources/european_inequalities.pdf

²⁵ Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gac Sanit. 2011. doi:10.1016/j.gaceta.2011.07.024

²⁶ Benach J, Yasui Y. Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation. J Epidemiol Community Health. 1999;53:423–31.

²⁷ Borrell C, et al. Trends in socioeconomic mortality inequalities in a southern European urban setting at the turn of the 21st century. J Epidemiol Community Health. 2008;62(3):258-66.

²⁸ Casassas D, Raventós D (eds). La renta básica en la era de las grandes desigualdades. Barcelona: Montesinos, 2011

²⁹ Segunda Asamblea Mundial de los Pueblos. Contact n°180 - Octubre - diciembre 2005. <http://www.oikoumene.org/fileadmin/files/wcc-main/documents/p4/contact/con180-s.pdf>

³⁰ NNUU. Declaración Universal de derechos humanos. Artículo 25, 1948. <http://un.org/overview/rights.html>.

se realicen las acciones adecuadas para asegurar ese derecho. En realidad, el derecho a la salud no puede existir aislado de otros derechos civiles, políticos y económicos, que no pueden separarse entre sí.³¹ El derecho a la salud debe sustentarse en derechos materiales, sociales y económicos como el de la atención sanitaria universal, la distribución justa de la tierra, el empleo, los recursos naturales, la riqueza, el poder... el derecho a que todas y todos tengamos los recursos fundamentales que garantizan el derecho a tener una vida saludable, o mejor aún, una “vida buena”.³²

Disponer de declaraciones más o menos bien intencionadas sobre el derecho a la salud y la sanidad pública no es suficiente. Necesitamos también poner el acento en los procesos (el “cómo”) que deben permitir conquistar esos derechos, necesitamos actuar ante las causas que condicionan la salud. Para lograr el derecho a la salud hace falta intervenir sobre los determinantes sociales, la salud pública, y tener un sistema sanitario público y universal que no discrimine por razón de clase, género, etnia, raza, origen, edad o lugar de residencia. Un sistema de salud donde la atención primaria, integral y comunitaria juegue un papel clave, y donde la calidad, la equidad y la participación ciudadana sean también fundamentales.

La globalización neoliberal capitalista roba a la mayoría de la población los recursos y bienes necesarios para vivir digna y saludablemente. Actualmente, observamos como el derecho a la salud continúa siendo vulnerado en muchos países y como la sanidad es tratada como una mera mercancía. Un ejemplo es el Banco Mundial que ha convertido la supuesta “eficiencia” de la atención sanitaria en un “modelo sagrado”, fundamentalista, que asegura que sólo poniendo la salud en manos del “mercado” será posible obtener un nivel adecuado de atención sanitaria para la población. Así pues, los puntos de vista, los “derechos”, se contraponen. Y como apuntó Marx: “entre derechos iguales, la fuerza decide”.³³

Debemos ganar la salud. La ciudadanía, los pueblos, deben tomar la salud en sus propias manos. Nos guste o no, la lucha de clases constituye un elemento fundamental de una política igualitarista radical de salud pública. Como ha señalado David Harvey: “Si esto parece una lucha de clases y lo vemos como una lucha de clases, entonces deberíamos llamarlo lucha de clases. Y deberíamos volver a poner en pie la lucha de clases”.³⁴

³¹ Wark J. Manifiesto de derechos humanos. Madrid: ediciones Barataria, 2011.

³² Riechmann J (ed). ¿Cómo vivir?. Madrid: Catarata, 2011.

³³ Harvey D. The enigma of Capital and the crises of capitalism. Oxford. Oxford University Press, 2010.

³⁴ Harvey D. Neoliberalismo: una guerra iniciada por los ricos. Entrevista a David Harvey. Sin Permiso. 12/02/06. <http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=365>

2. La salud pública, mucho más que la atención sanitaria

La mejora de la medicina alargará la vida humana, pero la mejora de las condiciones sociales permitirá lograr ese fin más rápidamente y con mayor éxito... La receta se puede resumir así: democracia plena y sin restricciones.

RUDOLF VIRCHOW

2.1. Salud Pública quiere decir “salud de todas las personas”

La salud es importante y la gente lo sabe. Según la II Encuesta Europea sobre Calidad de Vida, 4 de cada 5 personas señalan que la salud es un factor clave para tener buena calidad de vida.³⁵ Porque si no tenemos salud, ¿cómo poder estudiar o trabajar en buenas condiciones? Y si uno no puede formarse o ganarse la vida, ¿qué tipo de vida tener para uno mismo o los hijos? La salud es una vía de promoción de la libertad y la equidad de las personas.³⁶ Desafortunadamente, como hemos visto (ver apartados 1.1. y 1.2.), la mayoría de personas no posee una situación vital, económica o laboral adecuada con la que poder disfrutar y compartir una vida saludable, independiente, fraternal y alegre.

La salud y la enfermedad no son, sin embargo, un asunto individual, exclusivo de cada persona. En realidad, también debemos considerar a ciertos grupos sociales o territorios como “sanos” o “enfermos”. Al tener en cuenta la salud en su conjunto, la que tienen los colectivos sociales, la que tiene lugar en un territorio, podemos hablar de salud de todas las personas, de “salud colectiva”. Para entender mejor las múltiples facetas que conforman la salud colectiva una metáfora profusamente utilizada es el “iceberg de la enfermedad”,³⁷ donde la salud no sólo queda representada por su parte visible, externa, la que tiene que ver con las enfermedades y problemas de salud que vemos, sino también por una parte sumergida, escondida, donde se tiene en cuenta la enfermedad no registrada, la enfermedad “silenciosa” (aquella que aún no se ha “expresado” con síntomas o enfermedad), y la población vulnerable a factores de riesgo que dañan la salud.

La salud pública puede definirse como aquella disciplina, cuyo objetivo debe ser conseguir la máxima salud colectiva posible aplicando el conocimiento disponible en un determinado contexto social e histórico. La salud pública es también una tecnología social encargada de la protección y promoción de la salud de la población mediante los esfuerzos organizados que realiza la sociedad.³⁸ Aunque basada en las ciencias sociales y de la salud, el principal objetivo de la salud pública no es sólo la descripción de los patrones y causas de las enfermedades en las poblaciones, sino trabajar para su

³⁵ European Health Report 2009. Health and health systems. WHO Regional Office for Europe, Denmark, 2009.

³⁶ Sen A. Development as freedom. Oxford: Oxford University Press, 1999.

³⁷ Last JM. The iceberg: Completing the clinical picture in general practice. Lancet 1963;6:28-31.

³⁸ Johnson JA, Stoskopf CH. Comparative Health Systems. Global Perspectives. Boston: Jones and Bartlee Publishers, 2010. http://samples.jbpub.com/9780763753795/53795_FMXX_5363.pdf

mejora mediante acciones en el medio ambiente, las condiciones de empleo y trabajo, los factores sociales y políticos, y la atención sanitaria. Conviene no confundir la “salud pública”, con las actividades realizadas por los servicios de atención sanitaria públicos que conocemos como “sanidad pública” (en contraposición a la sanidad privada).

Las decisiones cruciales relacionadas con valores sobre lo que es bueno o malo para la sociedad se toman en el terreno de la política. En salud pública, las acciones y prioridades que se eligen reflejan las ideologías, el conocimiento técnico-científico y el conflicto político entre clases sociales. Decisiones como privatizar la atención sanitaria (en el Estado español), el acceso al agua potable (las luchas populares de la “guerra del agua” del 2000 en Bolivia impidieron la privatización del agua), o nutrientes básicos (la especulación financiera sobre alimentos básicos utilizados como “refugios de inversión” ha sumido a millones de personas en la “inseguridad alimentaria”), reflejan la ideología y el poder.

Además del aspecto ideológico inherente a la salud pública, hay otros aspectos que la diferencian de otras ciencias de la salud a las que engloba como son la medicina, la enfermería o la farmacia. Uno de ellos es su carácter organizado y colectivo; es decir, la salud pública incluye a los sistemas sanitarios (redes de atención primaria y hospitales), cuyos objetivos no son posibles de alcanzar a través de las acciones individuales de enfermeras/os o médicas/os. Segundo, la salud pública constituye una parte fundamental del “Estado de Bienestar”, es decir, aquellas medidas adoptadas por el Estado para garantizar o mejorar el bienestar de la población. Así, las actividades de salud pública incluyen los sistemas de alcantarillado y agua potable, las campañas de prevención de enfermedades infecciosas o crónicas, el control de epidemias, los programas de salud laboral de los trabajadores, la protección de la salud ambiental y del consumidor, y la educación de la salud, entre muchas otras. Una tercera implicación es que se trata de un bien colectivo y no privado y sus beneficios no son por tanto individuales sino para todos. Por ejemplo, todos nos hemos beneficiado de la vacunación global que en 1980 logró erradicar la viruela. Si sólo se hubiera vacunado a quién hubiera podido pagarlo, no se habría logrado la inmunización de toda la población. En cambio, tras vacunar a toda la comunidad con un servicio gratuito y universal, todos quedamos protegidos.

En los países ricos, la mejora de la tasa de mortalidad (o proporción de personas que mueren anualmente) tuvo lugar sobre todo a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. En países como Suecia, el Reino Unido o Estados Unidos, las mejoras fueron notables con ganancias de 20 años o más en la esperanza de vida según las décadas consideradas. Hoy en día, se acepta que la salud pública (asociada al crecimiento económico) jugó un papel fundamental en esa mejora.³⁹ Dicho resumidamente, las intervenciones de salud pública fundamentales que explican buena parte de la reducción de la mortalidad y mejora en la salud se deben a la integración de avances biomédicos como las vacunas o los antibióticos, una mejor nutrición, el acceso a agua potable, alcantarillado y aire más limpio, la eliminación del hacinamiento en los hogares, y la seguridad en el lugar de trabajo, entre otros factores. Sin embargo, esos

³⁹ Oxford Textbook of Public Health (5th ed.). Oxford and New York: Oxford University Press, 2007.

avances se debieron a las luchas y procesos políticos que tuvieron lugar en cada momento histórico (ver apartado 3.2.).

2.2. Las “causas cercanas” de la enfermedad y la salud

Las causas de producción colectiva de la salud y la enfermedad son, como es bien conocido, múltiples, muy diversas. Las más conocidas son los factores genéticos y hereditarios, las elecciones personales relacionadas con la salud (hábitos alimentarios, abuso de alcohol o hábito de fumar), la atención médica (atención primaria y hospitalaria), y un amplio conjunto de factores sociales donde se incluyen las causas ambientales y laborales. Actualmente, la mayor parte de la población valora las principales causas de la salud bajo la llamada “ideología biomédica dominante”, según la cual los principales factores que generan enfermedades son causas “cercanas” como la genética o los “estilos de vida”. Sin embargo, aún y siendo importantes, esas causas no permiten explicar ni la situación de salud colectiva, ni la producción de desigualdades en salud en una determinada sociedad. Veamos brevemente porqué.⁴⁰

A pesar de los notables avances de las últimas décadas, el conocimiento sobre la genética y su impacto en las enfermedades es aún muy limitado. Primero, porque hay muy pocas enfermedades “exclusivamente” genéticas y éstas afectan a un porcentaje de población muy pequeño. Segundo, porque los factores biológicos interactúan constantemente con el ambiente y una desventaja inicial genética puede o no ser compensada con un cambio social. Y tercero, porque la predisposición genética casi nunca produce efectos inevitables, y muchas causas de enfermedad y muerte cambian su patrón social a lo largo del tiempo por razones de origen social e histórico.

En cuanto a los llamados “estilos de vida”, se estima que alrededor de tres cuartas partes de la humanidad no tiene la opción de “elegir libremente” llevar una alimentación adecuada, vivir en un ambiente saludable, o tener un trabajo gratificante y que no sea nocivo para la salud. Sabemos que alrededor del 80% de los ingresos que gana una persona a lo largo de su vida vienen determinados por el nivel de ingresos del país donde nace (y otro 20% por los ingresos de su familia). Así pues, ¿qué sentido tiene hablar de la “responsabilidad individual” por la riqueza que uno posee? Según la FAO, 925 de los 7.000 millones de seres humanos del planeta están crónicamente malnutridos. Según los *National Institutes of Health* (NIH) de EE.UU. alrededor de 2.000 millones de personas no tienen acceso a fármacos esenciales, según la OMS 884 millones carecen de agua potable, según las Naciones Unidas 924 millones no tienen techo y 1.600 millones no tienen electricidad, según la OMS 2.500 millones carecen de alcantarillado, según la UNESCO 796 millones de adultos son analfabetos, y según la OIT 218 millones de niños menores de 17 años trabajan fuera de casa, a menudo como esclavos, soldados o prostitutas. La salud no la elige quien quiere sino quien puede.

Sin embargo, en la gran mayoría de países los gobiernos “inundan” a sus poblaciones con recomendaciones relativas a los “estilos de vida”. Algunos de los ejemplos más comunes son las siguientes:

⁴⁰ Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Barcelona: El Viejo Topo, 2005.

“No fumes, y si no puedes, fuma menos; sigue una dieta equilibrada, come mucha fruta y verduras; mantente físicamente activo; si bebes alcohol, hazlo con moderación; protégete del sol; práctica sexo en forma segura...”.

En contraposición a esa lista, un epidemiólogo social redactó una lista alternativa de recomendaciones.⁴¹ Estos son algunos de sus ejemplos:

“No seas pobre, pero si lo eres, deja de serlo, y si no puedes, intenta no ser pobre demasiado tiempo; no vivas en una zona deprimida y pobre, pero si vives en ella, ves a vivir a otro lugar; no trabajes en un trabajo estresante, mal pagado, y con un trabajo de tipo manual; no vivas en una vivienda que sea de mala calidad, ni seas una persona “sin techo”...””.

Al hacerlo, Dave Gordon quiso criticar la visión “individualista” de la salud que “culpabiliza a la víctima”, así como la necesidad de enfatizar la importancia de los “determinantes sociales de la salud”, ya que son éstos quienes influyen decisivamente en la producción de estilos de vida saludables o perjudiciales, que a su vez producirán buena o mala salud.

2.3. Los determinantes sociales de la salud y la equidad

Además de las “causas cercanas” de salud o enfermedad ya comentadas, también debemos considerar el impacto de otras causas sociales, más globales, a las que se ha llamado “determinantes sociales de la salud” Esas causas determinan la exposición, por ejemplo, a una dieta inadecuada, a abusar del alcohol o a exponerse a tóxicos laborales, antecedentes de enfermedades como el infarto de miocardio, la cirrosis o el cáncer. Por ello, también se las ha llamado las “causas de las causas”.⁴²

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS ha señalado que los daños a la salud colectiva y la generación de desigualdades en salud son el producto de la combinación “tóxica” de esos determinantes sociales. Entre esos factores se incluyen la seguridad y calidad de agua y alimentos, la precariedad laboral y calidad de las condiciones de empleo y trabajo, las condiciones ecológicas y medio ambiente, el acceso y calidad a la vivienda, disponer de protección social y servicios sociales, entre otros muchos factores.⁴³ La desigual distribución de los problemas de salud no es un fenómeno “aleatorio” o “natural”, ni el producto de las “causas cercanas” ya aludidas sino, sobre todo, el resultado de la combinación de las políticas sociales y económicas que se realizan en un determinado territorio o país. Por ello, la mejora de la salud y la equidad requiere realizar políticas, programas e intervenciones que engloben todos los sectores sociales fundamentales de en cada sociedad y no únicamente el sector de la atención sanitaria.

⁴¹ Gordon, D. An alternative ten tips for staying healthy. October 10, 1999. <http://www.socialjustice.org/subsites/conference/resources.htm>

⁴² Rose G. The Strategy of Preventive Medicine. Oxford: Oxford University Press, 1992

⁴³ CSDH. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO, 2008. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html

En España, la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud ha propuesto un marco conceptual muy útil que muestra gráficamente los principales factores determinantes de la desigualdad en salud, distinguiendo entre determinantes estructurales e intermedios.⁴⁴ En comparación con las personas con más riqueza, educación y poder, son las clases sociales más pobres, con menos recursos, peores servicios y más explotadas y discriminadas, las que también tienen los peores “perfiles” de exposición a factores de riesgo muy diversos que dañan la biología humana, generan enfermedad y aumentan el riesgo de morir y tener peor salud.

Si bien conocer la distinta distribución de los determinantes de la salud es fundamental para entender como se genera la salud colectiva y la inequidad, debemos también preguntarnos por el desigual origen de esos determinantes.⁴⁵ Las causas de los determinantes sociales de la salud tienen que ver con las elecciones y prioridades políticas de los gobiernos, las empresas y las diversas fuerzas sociales y políticas y sindicales que poseen algún tipo de poder en la toma de decisiones políticas. Es la desigual distribución de poder económico y social, entre y dentro de los países, la que condiciona las políticas sociales que serán o no elegidas. Esas causas, a las que podemos llamar “causas de las causas de las causas”, son los determinantes políticos que generan los determinantes sociales de la salud, que a su vez, a través de otros factores, producirán buena o mala salud.^{46 47} La salud depende de la política. Un buen ejemplo de ello son los países que tienen tradiciones políticas donde hay una mayor capacidad de negociación colectiva y una mayor redistribución social.⁴⁸ Esos países, que tienen menores niveles de pobreza, una mayor cobertura sanitaria y un mayor gasto público social y sanitario, son también quienes mejoran más sus indicadores de salud como, por ejemplo, la mortalidad infantil.

⁴⁴ Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010. <http://www.ods-ciberesp.es/indicadores/marco-conceptual.html>

⁴⁵ Muntaner C, Lynch J. Income inequality, social cohesion, and class relations: a critique of Wilkinson's neo-Durkheimian research program. *Int J Health Serv* 1999;29(1):59-81.

⁴⁶ Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. *Soc Sci Med* 2001;52(3):481-491.

⁴⁷ Navarro V, Muntaner C. Political and economic determinants of population health and well-being: Controversies and developments. Amityville, NY: Baywood, 2004.

⁴⁸ Muntaner C, Benach J, Chung H, Edwin NG, Schrecker T. Welfare state, labour market inequalities and health. In a global context: an integrated framework. *SESPAS report 2010. Gac Sanit.* 2010;24 Suppl 1:56-61.

3. La sanidad pública, un logro colectivo que no podemos perder

Pero qué aficionados son a gobernar lo público los que todo lo quieren privatizar.

EL ROTO

3.1. La sanidad pública, un determinante importante de nuestra salud

Acceder y utilizar servicios sanitarios de calidad es esencial para que las personas y la población gocen de un elevado nivel de salud y equidad. Por ello, el sistema sanitario es en sí mismo un importante determinante social de la salud, que a su vez influye e interactúa con otros determinantes sociales (ver apartado 2.3.). En muchos países del mundo, los sistemas de atención de salud son muy insuficientes y hay grandes desigualdades en la prestación y acceso a servicios y en el uso que de ellos hace la población según cual sea su clase social, género y otros mecanismos de estratificación social. En los países de renta media y baja, tener que pagar por los servicios sanitarios tiene como resultado reducir ampliamente su uso empeorando los resultados de salud. Además, se estima que anualmente más de 100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza debido a que no pueden hacer frente al pago de sus gastos sanitarios. Se trata de un escándalo inaceptable.⁴⁹

Los resultados sanitarios de los sistemas de salud son mejores cuando se basan en la atención primaria de salud, que priorizan las actuaciones a nivel local, con un equilibrio entre las intervenciones curativas, la prevención y la promoción de la salud. Es también fundamental contar con una cantidad suficiente de personal sanitario cualificado, para extender la cobertura y mejorar la calidad de la atención. Por ello, es vital invertir en formación y en mantener y desarrollar las capacidades del personal sanitario, equilibrando adecuadamente su distribución entre áreas geográficas y territorios.

Históricamente, la aparición de la asistencia sanitaria pública se explica por la idea de que en caso de que exista una enfermedad, la sociedad no debe responder con un sistema basado en la beneficencia sino con servicios de salud a los que todo ciudadano tiene derecho. El nacimiento y desarrollo de los sistemas sanitarios en Europa tuvo un carácter eminentemente social, donde la salud se configuró como un bien público y no como una mercancía o un bien privado. En Gran Bretaña, la colectivización de la asistencia sanitaria se inició tras la Segunda Guerra Mundial basándose en el “informe Beveridge” que en 1942 propuso crear un Servicio Nacional de Salud (*National Health Service, NHS*) que procurara “asistencia preventiva y curativa completa a todo ciudadano sin excepción, sin límite de ingresos y sin barrera económica en cualquier aspecto que significara entorpecerla.”⁵⁰

⁴⁹ ILO. Social health protection: An ILO strategy towards universal access to health care. Geneva: Social Security Policy Briefings, Paper 1, 2008.

⁵⁰ López Piñero JM. La Medicina en la historia. Barcelona: Salvat: 1981.

Durante buena parte del siglo XX, otros países también crearon sistemas sanitarios públicos ampliando su financiación y, sobre todo, la proporción de población con acceso al mismo, a través de sistemas de salud donde los costes sanitarios se pagan a través de impuestos y los servicios se prestan mediante un sistema nacional de salud universal, o bien con seguros de salud para todos los trabajadores. La universalización de la atención sanitaria implica que cualquier ciudadano o residente en un país tiene el derecho a acceder a los servicios sanitarios.

Actualmente, con la importante excepción de Estados Unidos (ver apartado 3.3.), los países ricos poseen sistemas sanitarios públicos según los principios de financiación pública y prestación universal de servicios, de modo que toda la población puede acceder a una oferta parecida (en cantidad y calidad) de servicios y prestaciones según sus necesidades y preferencias, con independencia de su nivel de ingresos, posición social o residencia. No hay nada que justifique que no se obtenga ese tipo de atención. La atención sanitaria debe ser un derecho y un bien común, no un producto comercial o una mercancía (ver apartado 1.4.).

La atención sanitaria pública, universal, equitativa, de calidad, y con un elevado nivel de prestaciones es pues un derecho ciudadano en pie de igualdad con otros derechos como la educación, la jubilación o el voto, y no un privilegio que solo pueda pagar privadamente una parte de la población enferma a quien se llama “cliente”.⁵¹ Disponer de una atención sanitaria pública se asocia a una menor mortalidad, lo cual contribuye a reducir las desigualdades de salud según la clase social, el género, la etnia y la nacionalidad.⁵²

Los principales avances en el desarrollo y mejora de los sistemas sanitarios públicos fueron el resultado de un conflicto entre clases sociales. Es un grave error o una ingenuidad pensar que la “lucha de clases” es algo del pasado, anticuado, o irrelevante, tal y como durante décadas nos ha venido “informando” y “educando” la ideología neoliberal. Si uno ignora los conflictos, intereses y luchas por el poder entre las distintas clases sociales es muy difícil entender como ha sido posible obtener una asistencia sanitaria universal y de calidad. Warren Buffett, una de las mayores fortunas del planeta, lo ha reconocido expresivamente: “Claro que hay lucha de clases... pero es mi clase, la clase de los ricos, la que hace la lucha, y estamos ganando.”⁵³

3.2. Las luchas sociales permitieron obtener la sanidad pública universal

¿Qué tienen en común el desarrollo de la socialdemocracia sueca durante el siglo XX o el partido Laborista inglés tras la Segunda Guerra Mundial? ¿En qué se parecen el *New Democratic Party* de Tommy Douglas en Canadá, o en América Latina la revolución

⁵¹ El paciente no es como un “consumidor”: no quiere estar enfermo, con frecuencia no está preparado para serlo ni está sólo. Ver: Meill A, Ericson G. The Trouble with Treating Patients as Consumers. 09-01-2012. http://blogs.hbr.org/cs/2012/01/the_trouble_with_treating_pati.html; Bunge M. Los enfermos son pacientes, no clientes. Sin Permiso, 13/09/09. <http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=2749>.

⁵² CSDH. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO, 2008. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html

⁵³ Stein B. In Class Warfare, Guess Which Class Is Winning. The New York Times, 26-22-2006. <http://www.nytimes.com/2006/11/26/business/yourmoney/26every.html?adxnnl=1&adxnnlx=1330273505-BeCdD7sPtQfYCaFo7hECGw>

cubana de Fidel Castro, la Unidad Popular chilena de Salvador Allende, o la Venezuela de Hugo Chávez? La respuesta es que todos ellos representan ejemplos históricos de cómo, para lograr sistemas de sanidad pública universal que han comportado mejoras muy sustanciales para la salud de la población, ha sido necesario que existiera un proceso de lucha de clases, en que la clase trabajadora (formada mayoritariamente por empleados sin cualificaciones, profesionales y sin autoridad gerencial en el lugar de trabajo), a través de su alianza con otras clases, tomara el poder mediante las fuerzas o los partidos políticos que la representaban.

En Suecia, en la primera parte del siglo XX la clase trabajadora se alió con los pequeños propietarios agrarios y más adelante, en la segunda parte del siglo, con las nuevas clases medias de profesionales. En el caso del Canadá de Tommy Douglas, en 1947 se impulsó un seguro hospitalario para todos los residentes en la provincia de Saskatchewan y en 1962, tras una huelga médica de 3 semanas, se introdujo un programa de seguridad social. En 1958, se introdujo en todo el país un programa nacional de seguro hospitalario universal, y en 1966 un seguro social para todos los servicios sanitarios. El sistema nacional de salud inglés (NHS), surgió tras la Segunda Guerra Mundial mediante el pacto entre los representantes del mundo del trabajo (sobre todo a través del partido Laborista) y los del capital. La lucha entre clases produjo un sistema de salud con las características resultantes de los tiras y aflojas de las negociaciones. Por ejemplo, los médicos generalistas, cuyo interés estaba, en la mejor tradición pequeño-burguesa en mantener su autonomía, consiguieron evitar ser funcionarios y ser contratistas independientes. Los especialistas aún ganaron más con el sistema que les permitió, a pesar de ser asalariados, ejercer en hospitales universitarios con autonomía, aún y siendo financiados por el NHS.⁵⁴ Con la revolución cubana se pasó de un sistema asistencial, donde sólo un porcentaje muy pequeño de población estaba asegurado, a un régimen de sanidad y salud pública en manos del Estado que ha tenido un notable éxito.

Un caso más reciente es el de Venezuela, un país donde las clases trabajadoras urbanas aliadas con una parte de las campesinas, y una fracción pequeña pero decisiva de la clase media, llevaron al poder a un gobierno que decidió generalizar la asistencia primaria a toda la población.⁵⁵ Desde 2003 Venezuela desarrolló una alternativa a la tendencia sanitaria neoliberal al iniciar el programa Misión Barrio Adentro que reformó de manera radical la atención médica del país al generalizar la asistencia primaria al 60% de la población (unos 17 millones de personas), mayoritariamente de clase trabajadora que previamente carecían de ella.^{56 57} El caso Bolivariano muestra,

⁵⁴ Doyal L. *The Political Economy of Health*. London: Pluto Press, 1981.

⁵⁵ Ponniah T and Eastwood J. *The Revolution in Venezuela. Social and Political Change Under Chavez*. Harvard University Press, 2011.

⁵⁶ Desde el principio el programa fue blanco de duras críticas y de boicoteo internos (por los médicos venezolanos, parte de la clase media alta, en su mayoría favorables a un sistema privado de atención) y externos (por parte de gobiernos de Europa y Norte América, conglomerados y multinacionales de la información incluidas algunas revistas de salud pública).

⁵⁷ La extensión de Barrio Adentro a todo el país tuvo lugar durante el año 2004. Los primeros esfuerzos abarcaron la cobertura geográfica de Caracas y luego se inició el programa en los Estados de Zulia, Miranda, Barinas, Lara, Trujillo y Vargas para finalmente cubrir el resto del territorio venezolano. Esa Misión fue una iniciativa destinada a satisfacer los requerimientos constitucionales del derecho a la salud basada en los principios de equidad, universalidad, accesibilidad, inclusión, solidaridad, administración multisectorial, sensibilidad cultural, participación comunitaria y justicia social. Otra manifestación de ese cambio en paradigma de intercambio corresponde a la

quizás mejor que ninguno otro ejemplo, como la voluntad y acción política pueden establecer una cobertura sanitaria para todo el pueblo de forma muy rápida a través del sector público y en contra de la llamada “clase médica”, la oligarquía nacional y otros intereses privados multinacionales. Aunque la evidencia de los efectos positivos de Barrio Adentro se limita a la cobertura y al control democrático de la asistencia primaria por parte de la clase trabajadora mediante los comités de salud, los datos preliminares de evaluación del impacto con respecto a la mortalidad infantil durante los primeros 4 años del programa van en la dirección esperada de una mejora en la salud y una mayor equidad.⁵⁸

Otra dimensión del análisis social y de clase de Barrio Adentro ha sido su contribución a un modelo distinto de cooperación entre países de la “periferia” (llamado “sur-sur”), anti-imperialista y basado en la cooperación igualitaria gracias al intercambio entre Venezuela y Cuba donde predomina la solidaridad y la complementariedad, en lugar de la imposición y la competencia características de las políticas neoliberales de salud condicionadas por el financiamiento de los organismos multilaterales.⁵⁹ Hay sin embargo varios ámbitos en los cuales la salud pública bolivariana está aún en proceso de transformación y cambio que requiere mejoras. La consolidación del sistema nacional de salud, la descentralización de los servicios, el rol de las cooperativas de médicos, la necesidad de un funcionariado a dedicación exclusiva, y la formación de médicos venezolanos en cantidades suficientes, son algunas de ellas. Los conflictos de clase dentro del movimiento Bolivariano juegan también un papel importante sin lugar a dudas. Tal y como ocurre en muchos países de ingresos medios y bajos, las clases medias ven la atención privada como algo intrínsecamente superior. Por definición, el afán de lucro entra en conflicto con el concepto de necesidad del sector sanitario produciendo una tensión inevitable entre el objetivo de maximizar los beneficios y el objetivo de servir a la población. Este es un punto en el cual el movimiento Bolivariano debería ser intransigente si quiere consolidar y ampliar sus logros en el ámbito de la salud pública.

3.3. La sanidad privada es peor para la salud y la calidad de vida

La atención sanitaria privada tiene un efecto peor sobre la salud en comparación con la sanidad pública. La investigación científica no deja lugar a dudas. El ejemplo más claro ocurre en Estados Unidos, el único país rico que no ha logrado desarrollar un sistema sanitario público con cobertura universal (sólo tiene dos programas de ayuda parciales: *Medicare*, que cubre algo más de la mitad de los gastos sanitarios de los ancianos, y

iniciativa de la Misión Milagro que le ha permitido a miles de pacientes ser intervenidos gratuitamente de las cataratas en Venezuela y Cuba.

⁵⁸ Muntaner C, Chung H, Mahmood Q, Armada F. History is Not Over: The Bolivarian Revolution. Barrio Adentro and Health Care in Venezuela. En: Ponniah T, Eastwood J. The Revolution in Venezuela. Social and Political Change Under Chavez. Harvard University Press, 2011:193-224.

⁵⁹ Cuba y Venezuela han suscritos diversos acuerdos que han permitido beneficiar a las poblaciones de ambos países y complementar las fortalezas de cada nación. Así como el aporte cubano ha facilitado el desarrollo de un sistema de salud a un ritmo sin precedentes en Venezuela, Cuba ha obtenido, y continúa desarrollando, una mayor seguridad energética. Este modelo de cooperación corresponde a un modelo resumido en la propuesta del gobierno Venezolano denominada ALBA (y también las otras propuestas regionales CERALC y UNASUR) y se ha materializado con intercambios similares con Argentina en el que Venezuela aporta recursos energéticos a cambios de bienes y servicios en el área de salud.

Medicaid que ayuda a las familias muy pobres).⁶⁰ Su sistema de sanidad privado, donde la salud es una mercancía, genera no solo mala salud, enfermedad y muerte sino también desigualdades y pobreza.

Diversos estudios muestran como, comparado con los ricos blancos, es menos probable que las minorías étnicas tengan seguro, que la población latina y afroamericana tenga acceso a obtener un trasplante, que los pacientes de clase trabajadora reciban un peor tratamiento de su diabetes.⁶¹ Se estima también que el 60% de personas que acaban en la bancarrota se debe a que se arruinaron por el elevado precio de los servicios médicos. Una revisión de 82 estudios que analizaron la calidad de la asistencia sanitaria en centros de atención a enfermedades crónicas, personas con discapacidades graves y pacientes convalecientes ha mostrado como las instituciones sanitarias privadas con afán de lucro proveen una atención sanitaria de menor calidad que los centros de financiación pública o privados sin afán de lucro.⁶² Entre los indicadores de calidad de los servicios médicos analizados destacan las cualificaciones del personal de las instituciones, el número de complicaciones en el tratamiento clínico, o la violación de normativas gubernamentales para garantizar la calidad de los servicios. Los únicos aspectos donde el sector privado muestra ser mejor que el público es en el confort y el menor tiempo de espera.⁶³ La diferencia en la calidad entre ambas instituciones es también abrumadora en la atención hospitalaria y servicios como los de diálisis externos. Además, para el mismo tipo de pacientes, la mortalidad es mayor en las instituciones con afán de lucro que en las que no tienen tal afán. La supuesta mayor “eficiencia” del sector privado se fundamenta en el ahorro en personal cualificado, algo que daña la calidad de la atención médica.

La reciente “reforma sanitaria” del presidente Barack Obama, aprobada el 21 de marzo de 2010, sigue sin garantizar el derecho a la sanidad y la salud en Estados Unidos. Con ese cambio, que más propiamente habría que llamar “reforma del sistema de seguros sanitarios”, el gobierno no está obligado a proveer un servicio universal público sino tan sólo a facilitar que la población se asegure privadamente, lo cual no hace otra cosa que beneficiar a las empresas de seguros. Como en el caso de los propietarios de automóviles que tienen que tener un seguro obligatorio, la nueva ley obliga a que todo ciudadano compre una póliza de seguro sanitario privado, ofreciendo desgravaciones fiscales para quienes tengan menos recursos económicos. Parece insólito que las personas sean tratadas en forma parecida a la compra de un automóvil, con el agravante de que en este último caso el ciudadano siempre tiene la opción o no de comprarlo.⁶⁴ Ello quiere decir que quizás más de 30 millones de personas podrán asegurarse (un negocio que puede sobrepasar los 400.000 millones de \$ para las compañías de seguros sanitarios), aunque se estima que seguirá habiendo cerca de 23 millones de personas sin ninguna cobertura sanitaria al ser inmigrantes sin papeles o

⁶⁰ Navarro V *Dangerous to Your Health. Capitalism in Health Care.* NY: Monthly Review Press, 1997.

⁶¹ CSDH. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health.* Geneva: WHO, 2008. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html

⁶² Comondore VR et al. Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2009;339:b2732 doi: 10.1136/bmj.b2732. <http://www.bmj.com/content/339/bmj.b2732.full>

⁶³ Navarro V. ¿Sanidad pública o privada? Público, 27-08-2009. <http://www.vnavarro.org/index.php?p=3294&lang=es>

⁶⁴ Silva Ayçaguer LC *La reforma sanitaria en EE.UU.: crónica de una decepción.* Revista Cubana de Salud Pública. 2010;36(4). http://lcsilva.sbhac.net/la_reforma_sanitaria_en_eeuu_.pdf

personas muy pobres. A pesar de estas ventajas, las compañías de seguros se opusieron a la reforma sanitaria de Obama por dos razones principales. Por un lado, porque la Ley prohíbe que las compañías de seguros “seleccionen” a los pacientes excluyendo, por ejemplo, a los enfermos crónicos. Esa “táctica” es una de las claves que con más frecuencia explica los grandes beneficios que las empresas obtienen. Y por otro, porque el Estado controlará en mayor medida el precio de las pólizas limitando la cantidad de copagos. A pesar de su mayor regulación, el coste administrativo (un tercio del gasto sanitario) seguirá siendo muy elevado y el coste a pagar por un asegurado puede llegar hasta el 10% de su renta anual.⁶⁵ La reforma sanitaria de EE.UU. es pues un mal ejemplo a seguir ya que no sólo no eliminará los problemas de atención sanitaria y salud de la población, sino que las compañías de seguros aún se enriquecerán más y aún reforzarán más su poder.⁶⁶

Durante la década de los años 90 del siglo XX fueron muchos los países del mundo, y en especial en América Latina (con la excepción de Cuba), que pusieron en marcha varios tipos de reforma sanitaria siguiendo un paradigma neoliberal que redefinió la salud como una mercancía y no como un derecho social. Esas reformas formaron parte de grandes ajustes estructurales en los programas de bienestar social latinoamericanos, insistentemente recomendados por las instituciones financieras internacionales desde mediados de los años 80. Son reformas que dañan la salud y generan desigualdad y pobreza. Adoptar estrategias similares en España y Europa representará un retroceso social mayúsculo que no podemos permitir.

⁶⁵ Navarro V. Luces y sombras de la reforma sanitaria de Obama EE.UU.. Estado del Bienestar, Salud y Calidad de vida. Revista Digital Sistema, 26-03-2010, <http://www.vnavarro.org/?p=4085>; Navarro V. Las limitaciones de la Reforma Obama EE.UU. El Plural. 12-04-2010, <http://www.vnavarro.org/?p=4119>

⁶⁶ Los encargados del lobby de las empresas de seguros invirtieron unos 400 millones de \$ en pagar a los legisladores que elaboraron la ley sanitaria. Por cada miembro del Congreso hay 6 lobbistas especializados en tráfico de influencias en materia sanitaria. En EE.UU., el lobby es la forma legal llamada en el resto del mundo corrupción. de Sousa B. Están enfermos. Página 12, 26-03-2010. <http://www.pagina12.com.ar/diario/elmundo/4-142713-2010-03-26.html>

4. Golpes de estado sobre la sanidad

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

ESLOGAN DE UNA EMPRESA PRIVADA DE SEGUROS

4.1. La “globalización neoliberal”, ideología dominante

La llamada “globalización”, entendida como las interacciones sociales que conducen a un mundo más unificado y global desde el punto de vista ecológico, social, económico y político, ha sido gobernada en las tres últimas décadas por una ideología “única”: el neoliberalismo. La “globalización neoliberal” no es un fenómeno “natural” o “técnico” sino sólo la última fase en la evolución del sistema capitalista dominado por las políticas neoliberales. Las razones históricas de esa emergencia tienen que ver con la respuesta a las crisis que sufrió la clase dominante a mediados de los años 70. Por un lado, los capitalistas se hallaron en una “crisis de acumulación”: el sistema capitalista se hallaba en fase de estancamiento y los beneficios habían caído a tasas parecidas a las del período inmediatamente posterior a la Segunda Guerra Mundial. Por otro lado, la fuerte oleada de luchas obreras y sociales de los años 60 y 70 puso de relieve que el poder político de la élite gobernante estaba seriamente amenazado.⁶⁷

Desde finales de los 80, la instituciones económicas nacidas de la Conferencia de Bretton Woods (1944), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM), impulsaron un “decálogo” para “orientar y modernizar” el capitalismo del siglo XXI que se denominó el “Consenso de Washington”. El neoliberalismo es una doctrina económica que asume que los mercados son los mejores y más eficientes distribuidores y productores de los recursos, que las sociedades están compuestas por individuos autónomos y libres motivados básicamente por sus intereses materiales o económicos y que la competencia es el motor de la innovación en el mercado. La ideología neoliberal plantea estrategias de política económica encaminadas fundamentalmente a “reliberalizar” los mercados financieros y flujos internacionales de capital,⁶⁸ “oligopolizar” los mercados, concentrar el poder económico privado, “reabsolutizar” la empresa capitalista, aumentar el control de las corporaciones sobre el estado, reducir la participación social y aumentar la pasividad ciudadana.⁶⁹ Sin embargo, contrariamente a la retórica neoliberal comúnmente usada, el Estado se convierte en un instrumento esencial para reforzar ese modelo, tal y como la crisis actual ha vuelto a mostrar con las enormes ayudas económicas destinadas al rescate financiero. Cabe no olvidar, que en las sociedades capitalistas el Estado en su mayor parte responde a los intereses de las élites y las clases y grupos dominantes.⁷⁰

⁶⁷ Harvey D. Breve historia del neoliberalismo. Madrid: Akal, 2007.

⁶⁸ Naomi Klein: La doctrina del shock, Barcelona: Paidós, 2007.

⁶⁹ Domènech A. Entrevista realizada por S López Arnal. El Viejo Topo, enero de 2004. <http://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Democracia%20Demonech.pdf>

⁷⁰ Etxezarreta M. La privatización de los servicios sociales y de salud.VIII Jornadas autonómicas de la Asociación española de neuropsiquiatría. La Nau, Valencia, 23 de octubre de 2009.

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

Las políticas neoliberales producen una mayor concentración de recursos en manos de los países poderosos, las élites financieras y políticas, y las instituciones económicas y grupos sociales más poderosos. Las políticas económicas y sociales neoliberales son en gran medida dictadas por un pequeño grupo de gobiernos de países ricos, empresas transnacionales, clases sociales privilegiadas, e instituciones como el BM, el FMI, la OMC o la Comisión Europea, directamente relacionadas con los poderes citados. Un ejemplo concreto son las actuales relaciones de empleo, producto del desigual poder y continuo conflicto entre capital y trabajo, ejemplificado por las luchas de los campesinos pobres contra poderosas corporaciones cuyas políticas tienen consecuencias muy negativas para la salud y calidad de vida de la gente.⁷¹ Como señala Vandana Shiva: “Hoy en día, en un sistema económico capitalista cada vez más globalizado, un pequeño número de transnacionales, organizaciones internacionales, y gobiernos coaligados con las mismas, sobre todo en los países ricos, tienen el poder de tomar decisiones que afectan a las vidas de millones de trabajadores que viven en el límite de la supervivencia. Ellos son quienes determinan qué clase de estándares laborales existen, qué tipo de normativas en salud laboral se imponen, y si los trabajadores pueden o no tener la protección de los sindicatos”.

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

Si bien hasta la década de los 80, el peso de los seguros privados de salud europeos fue muy escaso (3,4% del total de la financiación en salud en la EU-12), durante las últimas décadas los servicios públicos de salud europeos se han ido progresivamente deteriorando. Las principales razones aducidas para reestructurar los servicios sanitarios y aumentar el papel privado se resumen en la dificultad de cubrir el gasto en sanidad debido a la crisis económica y el progresivo aumento del coste de equipos, tecnologías y medicamentos. El “motor” de esa ideología es el mayor poder e influencia de gobiernos liberales, conservadores o autoritarios, y de las transnacionales sanitarias, farmacéuticas y tecnológicas, que aplicaron políticas neoliberales, redujeron el gasto público social, y vieron en la salud un territorio seguro y provechoso donde invertir y sacar beneficios.⁷² En efecto, tras la caída de beneficios en el sector industrial, la batalla por ganar espacio o “parasitar” al sector público de servicios (una gran parte de la economía, inversiones y empleo en UE) como la sanidad y la

⁷¹ Benach J, Muntaner C, et al. Empleo, trabajo y desigualdades en salud: Una visión global. Barcelona: Icaria, 2010.

⁷² André C. The transformations of health care systems in Europe: Convergence of spending, how many types of reforms? (preliminary draft). ESPAnet Conference Helsinki, September 18-20, 2008.

educación, destruyendo derechos conquistados por largas luchas obreras y populares, se colocó en el punto de mira de los objetivos neoliberales.

El neoliberalismo conforma un obstáculo para el derecho a la sanidad y la salud por dos razones principales. Por un lado, porque desmantela el Estado del Bienestar, reduce el gasto público social, erosiona las políticas sociales redistributivas y aumenta las desigualdades sociales y de salud. Y por otro, porque favorece la privatización de los sistemas sanitarios públicos.⁷³ La privatización y mercantilización de la salud no sólo amenazan con socavar el acceso a la asistencia sanitaria, sino que también comprometen el principio esencial de equidad en salud. El *ideario neoliberal* se mueve entorno a tres ejes: señalar que “el mercado” es el mecanismo más eficiente de asignación de recursos en todos los órdenes de la sociedad; debilitar y desprestigiar tanto como sea posible los servicios sanitarios públicos (“lo público”) señalando que es burocrático, corrupto y poco eficaz; y abrir todo tipo de espacios a los servicios privados ampliando tanto como sea posible las oportunidades de lucro privado, convirtiendo en negocio todo aquello que la gente pueda pagar (o se la logre convencer que debe de pagar como sea).

Para promover ese ideario mercantil, se utilizan medios muy diversos. Destaquemos cuatro *estrategias*. En primer lugar, difundir una ideología de la salud basada en el paradigma biomédico, hospitalario y farmacéutico que ponga el acento en los aspectos “tecnológicos” relacionados con la salud, donde las fuerzas privadas pueden jugar un papel esencial. Segundo, caracterizar lo público como “ineficiente”, “poco competitivo” y “derrochador”, señalando que no hay suficientes recursos para todos, y que el gasto más racional se lleva a cabo mediante la gestión empresarial y la empresa privada. Tercero, “culpar a la víctimas” (es decir, a los propios enfermos), manifestando el derroche y gasto poco racional que realizan los usuarios. Y cuarto, mercantilizar y privatizar la sanidad mediante vías diferentes que tiendan a “tecnocratizarla” y “burocratizarla”, haciendo cada vez más opacos los procesos de propiedad, control y gestión de los recursos públicos.⁷⁴

4.3. El complejo sanitario-farmacéutico-tecnológico se reorganiza

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

⁷³ Martín García M. Consecuencias de la globalización para salud en Europa. En: Sánchez Bayle M (coord.). Globalización y salud, 2009. Madrid: FSE, GPS, 2009. [http://www.fadsp.org/pdf/globalizacion%20y%20salud%20\(1\).pdf](http://www.fadsp.org/pdf/globalizacion%20y%20salud%20(1).pdf)

⁷⁴ Etxezarreta M. La privatización de los servicios sociales y de salud. VIII Jornadas autonómicas de la Asociación española de neuropsiquiatría. La Nau, Valencia, 23 de octubre de 2009.

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

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

La industria farmacéutica dice que “ofrece salud” a millones de pacientes, pero no habla de sus notables impactos negativos: los fármacos sin una efectividad probada, el daño a la salud (“iatrogenia” médica) causado por los medicamentos, y la falta de acceso de fármacos en países pobres que no pueden pagarlos. Para disimular esos impactos, las empresas farmacéuticas gastan una enorme fortuna en campañas de relaciones públicas y propaganda.⁷⁵

La industria farmacéutica, junto al tráfico de drogas y la venta de armamentos, es una de las más rentables del planeta. Según la revista Fortune, entre las 500 empresas industriales estadounidenses mayores, las de la industria farmacéutica aventajan de lejos a las demás en tres criterios relacionados con los beneficios: 14,5% sobre el capital (6 veces la media de las 500 empresas), 17 % de beneficio neto sobre el volumen de negocios (5,5 veces mayor a la media) y el beneficio de las acciones alcanza el 27,6% (3 veces mayor a la media).⁷⁶ En 2007, las 10 mayores empresas farmacéuticas transnacionales vendieron productos por un valor de 295.000 millones \$ con un beneficio de 58.000 millones. En el decenio 1996-2005 la tasa de rendimiento medio de esas empresas sobre el capital invertido tras deducir impuestos fue del 29%. En ese mismo período invirtieron 2,6 veces menos en investigación (288.000 millones \$) que en marketing y administración (739.000 millones \$), y en los dividendos de los accionistas (317.000 millones \$).⁷⁷

⁷⁵ Angell M. The truth about drug companies. Nueva York: Random House. 2004; Blech J. Los inventores de enfermedades. Barcelona: Destino, 2005; Pignarre P. El Gran Secreto de La Industria Farmacéutica. Gedisa, 2005.

⁷⁶ Entrevista a Dirk van Duppen. Marche, de la Mutualité Chrétienne de Bélgica (07-03-2005), y autor del libro: La guerre des médicaments. Pourquoi sont-ils si chers. Bruselas: Colección EPO, 2005.

⁷⁷ Lauzon LP, Hasbani M. Analyse socio-économique de l'industrie pharmaceutique mondiale pour la période de dix ans 1996-2005. Univ. Quebec. http://www.cese.uqam.ca/pages/pub_recherche.php?sujet=pub_recherche#2006

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

En España, la industria sanitario-farmacéutico-tecnológica es un sector empresarial muy rentable que influye enormemente sobre el sistema de salud. No es extraño que la utilización tecnológica sea excesiva, el consumo de medicamentos exorbitante (alrededor del 30% del gasto público en salud: unos 18.000 millones de € el 2010, un tercio en hospitales y el resto en atención extrahospitalaria, con un porcentaje del PIB muy superior a la media de la UE-15),⁷⁸ y una utilización de medicamentos “genéricos” aún muy baja. Los médicos están constantemente inundados de “novedades” farmacológicas, muchas de las cuales ni son nuevas ni tienen una efectividad probada, siendo presionados a “elegir” tratamientos o productos que son comprados por el sistema de salud a los precios marcados por las empresas. Así pues, el poder de la industria farmacéutica privada afecta negativamente las políticas sanitarias públicas, la salud y equidad de la población española.

4.4. Sanidad para ricos, sanidad para pobres

Las políticas neoliberales están siendo aplicadas en distintos países de forma flexible según cada circunstancia y situación. En países con sistemas sanitarios públicos consolidados se ha hecho un énfasis especial en romper la integración del sistema introduciendo mercados internos, desregulación y gestión empresarial. En los sistemas más liberalizados se fomentan los copagos, subvenciones al sector privado, disminución de coberturas públicas y otras estrategias.⁷⁹ En España, la puesta en marcha de las políticas neoliberales, aunque con ritmos y énfasis diferentes según las comunidades, sigue varias pautas generales: *augmentar las privatizaciones* (Castilla La Mancha, Valencia, Baleares, Galicia y Madrid están a la cabeza), *desregular servicios sanitarios públicos* (separando financiación de provisión y derivar servicios al sector privado), *incentivar al sector privado* dentro del sistema público (con la aprobación de fundaciones con la que los hospitales públicos contratan servicios privados), *segmentar la asistencia sanitaria* (con un sector privado para las clases ricas y un sistema de beneficencia para los pobres), *favorecer el aseguramiento privado* (como

⁷⁸ Si el gasto farmacéutico español fuera la media de la OCDE se ahorrarían 5.000 millones € anuales. Controlar el uso de la tecnología ahorraría más de 30.000 millones de € anuales. Sánchez Bayle M. La salud en la encrucijada. mientrastanto.e, n.100, marzo, 2012. <http://mientrastanto.org/boletin-99/notas/observatorio-de-salud-2>

⁷⁹ Sánchez Bayle M. La salud en la encrucijada. mientrastanto.e, n.100, marzo, 2012. <http://mientrastanto.org/boletin-99/notas/observatorio-de-salud-2>

las propuestas de desgravación fiscal de las pólizas de aseguramiento privado o de crear un seguro privado obligatorio para los ricos)⁸⁰ y, finalmente, *recortar el presupuesto público* y establecer *copagos* (a veces llamados eufemísticamente “ticket moderador”), que analizaremos con mayor detalle.

Los recortes en la sanidad pública deterioran y erosionan los servicios sanitarios. Se cierran centros de atención primaria, aumentan las listas de espera, hay expedientes de regulación de empleo en hospitales, se cierran urgencias y quirófanos, y aumentan las desigualdades. La mayoría de comunidades autónomas han visto recortado sus presupuestos sanitarios (una reducción en el gasto por habitante y año del 10,4% de media entre 2010 y 2012), siendo mucho mayor en Cataluña y Valencia (13,1%).⁸¹ El empeoramiento de las condiciones de trabajo y la reducción de profesionales sanitarios produce un deterioro en las prestaciones al aumentar la presión asistencial. Vamos pues hacia una “sanidad dual”: una para ricos (“de pago”) y una para pobres (“de beneficencia”).⁸² Una sanidad mercantilizada que no sólo es injusta, sino que rompe el concepto de ciudadanía y solidaridad social, y que abre paso al clasismo, la discriminación y la desigualdad.⁸³

Un buen ejemplo de ello ocurre en Catalunya donde históricamente se ha desarrollado un sistema mixto de gestión sanitaria, en el que junto a hospitales públicos hay una extensa red de centros semipúblicos con una amplia presencia de instituciones locales y grupos privados y eclesiásticos. Convergència i Unió siempre reforzó ese modelo y el gobierno tripartito catalán (PSC, ERC y ICV-EUA) tampoco lo cambió, reformando incluso el *Institut Català de la Salut* en el 2007 en un sentido más neoliberal. Tras sus últimas victorias electorales (2010 y 2011), el gobierno de CiU se siente con fuerza suficiente para recortar notablemente el presupuesto, avanzar en la reducción de la capacidad asistencial de los centros públicos, cerrar camas, consultas, y quirófanos hospitalarios, restringir las urgencias de los ambulatorios y alargar las listas de espera.⁸⁴ ⁸⁵ En la llamada “Ley omnibus” se contempla la posibilidad de que los hospitales públicos alquilen a operadores privados las plantas cerradas y los quirófanos que han dejado de operar por la tarde.⁸⁶ Se trata de “obsequiar” con los recursos de la

⁸⁰ Recio A. La trampa del euro. Mientras tanto electrónico. Cuadernos de depresión-4. 30/11/2011. <http://mientrastanto.org/boletin-97/notas/cuaderno-de-depresion-4>

⁸¹ FADSP. Informe sobre los recortes sanitarios en las Comunidades Autonomas. Febrero 2012. <http://www.nuevatribuna.es/media/files/2012/02/14/informe-sobre-los-recortes2012.pdf>

⁸² Repullo JR. La dualización sanitaria ya está aquí. El País, 09-02-2012. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/02/08/actualidad/1328728260_563545.html

⁸³ Cartas de lectores/as en la prensa escrita sobre los recortes aplicados en sanidad. <http://indignadasxrecortessanidad.wordpress.com/cartas-de-los-lectores-a-modo-de-queja-sobre-los-recortes/prensa/>

⁸⁴ Balsells F. Dos nuevas denuncias vinculan muertes con recortes en Cataluña. El País, 01-12-2011. http://elpais.com/diario/2011/12/01/sociedad/1322694002_850215.html. Caridad en la sanidad pública. El País. 12-02-2012. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/02/11/actualidad/1328993760_838220.html;

⁸⁵ Ver los ejemplos actuales de los hospitales de Blanes y Calella. <http://albanodante.blogspot.com/2012/02/el-mayor-robotori-de-la-historia-de.html>

⁸⁶ Se modifica el ap. 2 del art. 15 de la actual ley de modernización del ICS (Ley 8/2007), que dice: “Las instalaciones de los centros y servicios del ICS, por razón de interés público declarado por acuerdo del Consejo de Administración, se podrán utilizar para prestar asistencia sanitaria no financiada con cargo a fondos públicos”. A finales de febrero de 2012, el ICS inició su progresivo “troceo” con la conversión en un holding del cual colgaran 22 empresas filiales bajo una sociedad llamada Grup ICS.

asistencia pública a un sector privado que ofrece, a los pocos enfermos que puedan pagarlo, no tener que pasar por la lista de espera.

Un caso concreto de como se crea esa sanidad dual, discriminadora e injusta, lo hallamos en el hospital comarcal de La Seu d'Urgell (Lleida), un centro público con gestión privada. Desde inicios de febrero de 2012, ese hospital ofrece sus quirófanos (cerrados por la tarde a causa de los recortes públicos) al sector privado. El retraso en las listas de espera de la sanidad pública abre la puerta a que los hospitales públicos concertados ofrezcan “operaciones rápidas” saltándose las listas de espera a cambio de pagar directamente al hospital por alquilar un quirófano o recurriendo a un seguro de salud privado.⁸⁷ El caso de una enferma de 66 años pendiente de intervención en su rodilla es ilustrativo. La paciente evitó la espera gracias a que su seguro privado realizó un acuerdo para usar el quirófano del centro: *“El médico me dijo que para operarme me tendría que esperar siete meses o más, pero que existía la posibilidad de un acuerdo con el hospital para utilizar sus quirófanos, en cuyo caso me podría operar antes de un mes.”*⁸⁸ Otro ejemplo lo tenemos en el hospital público Parc Taulí (Barcelona) donde una jubilada de 84 años con deformación en los pies y en lista de espera de tres años precisaba atención quirúrgica inmediata so pena de quedar en silla de ruedas. La paciente hoy puede andar tan sólo gracias a que su hijo pagó 1.200€ por alquilar un quirófano y a la acción caritativa de un cirujano que la operó gratuitamente en su día libre.⁸⁹

4.5. Repagos, desigualdad e ideología

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

El argumento *económico* señala que si los enfermos pagan directamente una parte de los servicios o productos consumidos se reducirá el uso excesivo e injustificado de servicios, ahorrándose recursos que podrán usarse más eficientemente para ayudar a financiar una sanidad pública demasiado generosa, cara, e “insostenible”. Los datos no sostienen esa postura sin embargo. España gasta menos que el promedio de la UE-15 o

⁸⁷ Lluís Visa, Ferran Balsells. El Hospital de La Seu opera antes a los pacientes de pago que a los públicos. El País, 08-02-2012. http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/02/07/catalunya/1328648767_445297.html

⁸⁸ Castedo A, Balsells F. Cataluña expedienta al centro que opera antes a pacientes de la sanidad privada. El País. 11-02-2012. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/02/10/actualidad/1328903671_047487.html; Ferran Balsells. Los recortes abren una sanidad a dos velocidades en Cataluña. El País 09-02-2012. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/02/08/actualidad/1328732984_714552.html.

⁸⁹ Balsells F. Caridad en la sanidad pública. El País. 12-02-2012. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/02/11/actualidad/1328993760_838220.html

la OCDE (3.067 \$ comparado con una media de 3.223 en ppp, en 2009),⁹⁰ de la que son miembros países como Turquía, México o Israel, con un escaso gasto en atención primaria. En realidad, como la atención sanitaria pública ya ha sido pagada vía impuestos, hay que hablar de “repagos”.⁹¹ El copago reduce el uso de servicios sanitarios efectivos e inefectivos, ya sea en visitas médicas, prescripciones farmacéuticas, hospitalizaciones o servicios preventivos.⁹² La evidencia disponible apunta también a que el copago puede producir un ahorro en el gasto sanitario en algunos aspectos pero aumentar en otros. Un estudio, por ejemplo, ha mostrado como el incremento de copagos en pacientes de más de 65 años redujo la atención ambulatoria pero incrementó el número de hospitalizaciones, en especial en los pacientes en peor situación socio-económica y con enfermedades crónicas.⁹³ Además, los costes administrativos del copago son elevados, y en la inmensa mayoría de escenarios imaginables el posible “ahorro” producido sería una cuantía relativamente pequeña en comparación con el gasto sanitario total.⁹⁴

El argumento de la *disuasión* apunta que obtener servicios “gratuitos” induce a un consumo mayor o incluso a un “abuso” del sistema sanitario. Con el copago se supone que el enfermo toma más conciencia del coste adquiriendo una mayor responsabilidad y valorando más los servicios consumidos lo que moderaría su demanda.⁹⁵ Ese razonamiento se enfrenta a varias objeciones. Primera, no es un dato constatado ni generalizable que tal abuso exista. Aunque es cierto que en España la frecuencia anual de visitas al médico per capita es elevada (7,5 en 2009, sólo por detrás de Hungría, la República Checa y Alemania),⁹⁶ muchas de esas visitas responden a necesidades administrativas o a las realizadas por otros profesionales de la salud. Cuando éstas se descuentan, el número de visitas estrictamente médicas puede incluso ser menor al promedio europeo. Segunda, aún y cuando existiera un exceso de consumo éste no cabe necesariamente imputarlo a la responsabilidad directa del individuo. “Culpabilizar” al enfermo de su consumo sanitario diluye la responsabilidad de las autoridades sanitarias y los profesionales de la salud. Cabe no olvidar que tras el primer contacto que el paciente demanda al médico, es éste quien genera las subsiguientes acciones sanitarias (por ejemplo, 700 millones de prescripciones anuales, ingresos y altas hospitalarias o la realización de pruebas médicas).⁹⁷ Y tercera, el origen de la falta de educación sanitaria de muchas personas se relaciona con el desarrollo de un modelo sanitario franquista, muy influido por las estrategias de la

⁹⁰ OECD. Health Data 2011 - Frequently Requested Data. Healthcare activities: Doctor consultations per capita. http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html

⁹¹ Martínez Castells A. El copago sanitario. Entrevista en Sin Permiso, 13 de junio de 2010. <http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=3395>

⁹² Benach J, Tarafa G, Muntaner C. El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. Gac Sanit. 2012;26(1):80-2.

⁹³ Trivedi AN, Moloo H, Mor V. Increased ambulatory care copayments and hospitalizations among the elderly. N Engl J Med. 2010;362(4):320-8.

⁹⁴ En Cataluña hay unas 54 millones de visitas/año de At. 1ª y 5 millones a urgencias. Pagar 1€ visita (como se plantea hacer en mayo de 2012) generaría 59 millones € siendo el gasto sanitario total de 9.875 millones € (2010).

⁹⁵ El Presidente del Comité de Sanidad del Círculo de Empresarios propone “instaurar un pago fijo por visita para evitar el sobreuso del sistema.” de Zulueta J. El futuro de la sanidad. Expansión, 06-02-2012. <http://www.circulodeempresarios.org/wp-content/uploads/2012/02/JZ-Expansion-06-02-12.pdf>

⁹⁶ OECD Health Data 2011 - Frequently Requested Data. Healthcare activities: Doctor consultations per capita. En: http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html

⁹⁷ El “mercado sanitario” es “atípico”. El enfermo consume el fármaco pero no los elige y no los paga (o parcialmente), el estado paga pero no consume y no elige, el médico elige pero no paga y no consume.

industria farmacéutica y caracterizado por ser individualista, curativo, basado en la *farmacodependencia*, *tecnofilia* y *hospitalocentrismo* (es decir, en el excesivo consumo y mal uso farmacéutico, tecnológico y hospitalario), todo lo cual ha contribuido a crear una excesiva medicalización de la salud y un elevadísimo gasto farmacéutico.

El copago es ineficaz, injusto e inequitativo, un “impuesto al enfermo”. No contiene los costes sanitarios, no contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario, y no aumenta la eficiencia del sistema, pero en cambio aumenta la inequidad. El copago tiene efectos negativos sobre la equidad ya que representa un obstáculo y una discriminación para acceder a los servicios sanitarios para las clases sociales más pobres, débiles y con menos recursos, entre quienes se incluyen inmigrantes, niños, ancianos y discapacitados que padecen más enfermedades crónicas y problemas de salud.⁹⁸ En España, el copago afectaría a un amplísimo número de ciudadanos pobres y de baja renta (según datos oficiales, más del 60% de asalariados cobra menos de 1000 €, el 90% de pensionistas gana menos de 1.500€, y hay más de 5 millones de parados).

Con argumentos tan débiles a su favor, ¿por qué ese interés en promocionar la implantación o ampliación del copago? La razón principal es que el copago juega cuatro papeles esenciales: (1) *mercantilizar la atención sanitaria* convirtiéndola en una mercancía más en lugar de un derecho social;⁹⁹ (2) *deteriorar el sistema sanitario público “culpando al enfermo”*¹⁰⁰ en lugar de a las autoridades políticas y al poder económico; (3) *favorecer a los seguros privados*, ya que comparativamente se vuelven más baratos y se pueden articular seguros privados que cubran los copagos;¹⁰¹ y (4) *distraer, “hacer ruido”,* tapando o minimizando temas sanitarios clave como son la notable subfinanciación de la sanidad pública, la falta de eficiencia del sistema, o la propia mercantilización y privatización de la sanidad.¹⁰² Un sistema sanitario privado no responde a las necesidades de la población sino a intereses mercantiles y a una ideología neoliberal que el copago contribuye a reforzar.

4.6. Palabras, intereses y poderes para vender nuestra salud

El lenguaje es quizás el arma más útil del neoliberalismo para implantar sus políticas.¹⁰³ A primera vista las palabras parecen simples convenciones con las que nombramos fenómenos o cosas, que pueden ser cambiadas a voluntad sin que la realidad cambie. Después de todo, usemos la palabra que usemos eso parece no alterar un ápice la concentración de poder, las condiciones sociales o las desigualdades de salud. Pero no es verdad. Las palabras no son inocentes, no son un instrumento aséptico, neutral, no

⁹⁸ Benach J, Tarafa G, Muntaner C. El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. *Gac Sanit.* 2012;26(1):80-2.

⁹⁹ Sánchez Bayle M. El copago sanitario: intereses e ideología. *Nueva Tribuna*, 16-02-2011. <http://www.nuevatribuna.es/opinion/opinion/2011-02-19/el-copago-sanitario-intereses-e-ideologia/2011031116220701298.html>

¹⁰⁰ El presidente del Colegio de Médicos de Barcelona y Consejo Asesor del Gobierno cree “Probablemente los ciudadanos estarían a favor del copago, para mantener la calidad del sistema sanitario.” Miquel Vilardell, *RAC1*, 14-09-2011. <http://rac1.org/blog/noticias/programes/1415/miquel-vilardell-sobre-el-copagament/>

¹⁰¹ Sánchez Bayle M. La salud en la encrucijada. *mientrastanto.e*, n.100, marzo, 2012. <http://mientrastanto.org/boletin-99/notas/observatorio-de-salud-2>

¹⁰² La escasa financiación de la sanidad pública se debe a: la reducción de impuestos, la casi completa eliminación de impuestos y el elevado fraude fiscal. Navarro V. La necesaria reforma fiscal: alternativas a los recortes innecesarios y contraproducentes. *Revista digital SISTEMA*, 09-09-11. <http://www.vnavarro.org/?p=6190>.

¹⁰³ Harvey D. *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Akal, 2007.

“contaminado”. Las palabras son armas o herramientas que engañan o enseñan, que esconden o que muestran la realidad. Las palabras pueden modelarse hasta volver irreconocibles las ideas que vehiculan, apuntó Joseph Goebbels, amigo íntimo de Hitler, ministro de propaganda e ilustración popular en la Alemania nazi y uno de los impulsores de las modernas técnicas de propaganda.¹⁰⁴ Las palabras “tienen dueño” señaló Lewis Carroll.¹⁰⁵ Por ejemplo, en el reino de España apelando a que “hemos sido derrochadores” y “vivido por encima de nuestras posibilidades”, a que hemos “estirado más el brazo que la manga” y que debemos “estrecharnos el cinturón”, los gobiernos parecen haber convencido a muchos ciudadanos de que los recortes no sólo son necesarios sino imprescindibles.

En un caso realmente escandaloso, nada menos que el conseller de salut de Catalunya, Boi Ruiz, ha declarado que “la salud es un bien privado que depende de uno mismo, y no del Estado”, con lo cual sugiere que las personas que enferman y necesitan asistencia sanitaria son de hecho unos irresponsables que causan un gasto excesivo a la sociedad, a lo que también añade vergonzosamente que “no hay un derecho a la salud, porque ésta depende del código genético que tenga la persona, de sus antecedentes familiares, y de sus hábitos...”.¹⁰⁶ Pero sería un error interpretar estas declaraciones como simple ignorancia o falta de capacitación para desempeñar un cargo en sanidad pública; en realidad, son un reflejo de la lucha de clases que existe en el sector de la sanidad en contra de valores de la salud pública ya vistos anteriormente (ver apartado 3.2.).

Otro concepto ampliamente utilizado para mercantilizar la atención sanitaria y cerrar centros de salud con las mínimas protestas es que “todos tenemos que poner de nuestra parte”. Cuando los ciudadanos incitan a sus compañeros de trabajo o a sus vecinos de barrio a quejarse menos, a ser “más positivos y optimistas” o a “auto-gestionar y responsabilizarse” de su enfermedad,¹⁰⁷ en lugar de a tratar de entender y actuar frente los ataques a la sanidad pública y las políticas de privatización, al neoliberalismo ya le queda menos trabajo que hacer.¹⁰⁸

El repago, los recortes en la sanidad pública y las plantillas, el parasitismo del sistema público por el privado y la abertura de oportunidades de negocio privado para lucrarse son algunos de los mecanismos para debilitar la sanidad pública y ampliar un modelo sanitario más mercantilista. El objetivo es claro: reemplazar la sanidad pública por la concertada, aumentar el espacio de la privada y mercantilizar la sanidad convirtiéndola

¹⁰⁴ Baillargeon N. Curso de autodefensa intelectual. Barcelona: Ares y Mares, 2007 (ed. or. 2005).

¹⁰⁵ Carroll L. Alicia a través del espejo. Madrid: Alianza Editorial, 1973:116.

¹⁰⁶ Boi Ruiz. “La salud depende de uno mismo, no del Estado.” 25/10/2011. El País. http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Boi/Ruiz/salud/depende/mismo/Estado/elpepusoc/20111025elpepusoc_3/Tes. La ética individualista de Boi Ruiz le situaría en la extrema derecha del espectro político de los EE.UU. y muy cercana al darwinismo social europeo, estando en contra de la declaración de derechos humanos de NN.UU. de 1948 (art. 25), la Constitución española del 1978 (art. 43) y el Estatut de 2006 (art. 23). Para Boi Ruiz se cada día. dejan de hacer en Cataluña 1.300 visitas de especialistas "porque los pacientes no se presentan a las citas."

¹⁰⁷ Valverde Gefaell C. El plan de salud neoliberal funciona: ellos recortan y tú te “auto-gestionas”. <http://www.ligasfc.org/wp-content/uploads/2012/02/articulo.EL-PLAN-DE-SALUD-NEOLIBERAL-FUNCIONA1.pdf>.

¹⁰⁸ Valverde C. El lenguaje positivo como “sentido común” o el consentimiento del neoliberalismo. El Viejo Topo 286. Nov 2011. En: <http://www.ligasfc.org/wp-content/uploads/2011/12/articulo.pensamiento-positivo-viejo-topo.pdf>

en un mercado a través de distintos “modelos de negocio” (hospitales concertados con el sector público, hospitales en régimen de concesión, hospitales independientes, etc.).

Por motivos e intereses más o menos interrelacionados, los “actores” e instituciones en favor de la privatización de la sanidad son de tres tipos. En primer lugar, las instituciones, los partidos conservadores y sus representantes políticos, y los gestores. Es el caso, por ejemplo, de la OMS con su Acuerdo General sobre Comercio y Servicios (AGCS), la Unión Europea a través sobre todo de la Comisión Europea, o de políticos conocidos como Esperanza Aguirre en la Comunidad de Madrid o, en Cataluña, el president de la Generalitat Artur Mas o los *Consellers* Andreu Mas-Colell¹⁰⁹ y Boi Ruiz. Como ha señalado Mas-Colell, se trata de reducir la sanidad a su “núcleo básico”, manteniendo sólo de forma gratuita los servicios de sanidad pública más imprescindibles. Hay que poner fin al “acceso universal gratuito” de prestaciones (“este camino será imposible de seguir hasta el final”), reclamar más participación privada para dispensar estos servicios, y que los beneficiarios de muchos servicios públicos asuman su coste (“son muchos, no todos, los servicios que de manera natural pueden ser financiados por sus beneficiarios”), de tal modo que los empresarios puedan aprovechar una coyuntura favorable (“no podemos perder el tiempo y dejar pasar una oportunidad que puede ser transformadora”).¹¹⁰

En el Estado español, a inicios de 2012 se vislumbran las posibles estrategias del gobierno del PP: optar por una línea “dura”, rápida, arbitrando un sistema dual de seguros/beneficencia con el establecimiento de repagos (farmacéutico, consultas, hospitalización, etc.) como ya está ocurriendo en Catalunya, o bien optar por una vía más “blanda”, lenta, con políticas parecidas y complementarias en las autonomías, con recortes, privatizaciones, externalizaciones, repagos, etc. Al mismo tiempo, se avanzaría en la promoción del aseguramiento privado con desgravaciones fiscales para quienes los contraten. Todo ello produciría un sistema público débil y de beneficencia para la clase trabajadora. Como señaló Olof Palme: “un servicio para pobres será siempre un pobre servicio.”¹¹¹

En segundo lugar, tenemos el *poder económico*, representado por grandes empresas, oligopolios y lobbies de la industria farmacéutica y tecnología sanitaria que, en connivencia con políticos,¹¹² presiona con fuerza en defensa de un modelo médico privado con un enorme potencial de negocio. Hace ya mucho tiempo que el negocio de la sanidad pública está en el punto de mira del capital y cada vez es más atractivo para el “capital riesgo”. Las operaciones y la cuantía de las inversiones aumentan cada año

¹⁰⁹ Pellicer L. Mas-Colell defiende el copago y la participación privada en servicios. El País, Catalunya, 01/10/2011. http://elpais.com/diario/2011/10/01/catalunya/1317431239_850215.html

¹¹⁰ Mas-Colell A. Les oportunitats d'aquesta crisi. Conferència Inaugural del Curs Acadèmic 2011-2012. Cercle d'Economia, 30 de setembre de 2011. http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2011/09/30/18/50/ceb6cf88-9f6d-45cd-8d61-091b445ac9f1.pdf

¹¹¹ Sánchez Bayle M. La sanidad pública tras la victoria del PP. Nueva Tribuna, 18-02-2012. <http://www.nuevatribuna.es/opinion/marciano-sanchez-bayle/2011-12-02/la-sanidad-publica-tras-la-victoria-del-pp/2011112817554000253.html>

¹¹² La asociación Farmaindustria es un poderoso grupo de presión político con 135 Laboratorios. El conseller de salut forma parte de Know-How Advisers, el presidente del Institut Català de Salut, tiene actividades con diversas empresas. En enero de 2012, la presión popular y denuncias le obligaron a dimitir. <http://www.abc.es/20120111/comunidad-catalunya/abcp-prevaricacion-instituto-catalan-salud-20120111.html>

siendo las apuestas principales hospitales, centros quirúrgicos, clínicas dentales y de estética, la biotecnología y las residencias de la tercera edad.¹¹³ Finalmente, también tienen lo suyo que decir los *académicos conservadores, economistas y todo tipo de tertulianos y “expertos” neoliberales* que reivindican las ventajas de la mercantilización más que sus inconvenientes, sin contextualizar ni explicar adecuadamente el poder existente detrás de las propuestas realizadas ni sus intereses económicos y políticos.

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

¹¹³ El sector sanitario español desata una guerra de ofertas en el capital riesgo. Expansión, 21-04-2011. <http://www.expansion.com/2011/04/21/mercados/fondos/1303340183.html?a=7c424fdc70bef59802a38e769f5e3352&t=1317563110>

5. Retomar la salud en nuestras manos

¿Cómo explicarás a tus nietos que cuando nos robaron la salud pública tú no hiciste nada para impedirlo?

PANCARTA DEL 15M

5.1. El silencio y la pasividad son nocivos para la salud

“Son medidas excepcionales para tiempos excepcionales”, “hay que realizar recortes hasta que acabe la crisis”, “debemos hacer ajustes hasta que los presupuestos estén equilibrados”. Son frases que bastantes políticos y creadores de opinión repiten machacona e insistentemente por tierra, mar y *mass media*. A veces se nos dice que “la crisis será corta”, que forma parte de un momento temporal concreto, que “lo peor ya ha pasado”.¹¹⁴ Otras veces se dice casi lo opuesto: la crisis lleva a “una situación tan difícil que va para largo”, que “poco podemos hacer”, que “no hay alternativas a las políticas de austeridad”. Las diversas coartadas que inventa el neoliberalismo utilizando la crisis como excusa forman parte de cómo se vende una “historia”: el cuento de que “hemos vivido por encima de nuestras posibilidades” y de que “todos somos responsables de la crisis.”¹¹⁵ Al tiempo que la propaganda neoliberal difunde ese cuento, sus políticas mercantilizan y privatizan nuestra sanidad pública haciendo negocio con nuestros bienes colectivos. Aunque las políticas de ajuste y austeridad se presentan como inevitables, como la única “solución” posible, en realidad no es así. No hay razones asociadas a la economía, ni argumentos morales, ni es una necesidad inevitable, aceptar esas políticas. Para frenar esos procesos hace falta que los ciudadanos nos concienciamos de nuestro derecho y nuestro poder y pasemos a la acción. Hay alternativas.¹¹⁶

Muchas personas y colectivos ya han abierto los ojos, se dan cuenta de que la crisis es un fenómeno sistémico y de amplias dimensiones directamente ligado al capitalismo y a la élite dominante y poderosa que se beneficia de él. La indignación ciudadana comienza a hacerse palpable en todo el mundo y cada vez hay más personas que creen -como ocurrió en las importantes luchas históricas que mejoraron las condiciones laborales o educativas- que si no luchamos se perderán los derechos adquiridos tras tantos esfuerzos, que si no protestamos no se crearán nuevas formas de construir una sociedad más justa, que si no nos movilizamos no se reducirán las desigualdades sociales. Como señaló la líder tunecina Ahlem Jaffel, cada vez son más quienes piensan que “la lucha no cuesta tanto como cuesta el silencio.”¹¹⁷

¹¹⁴ “Hay que combatir contra la hipnosis de la crisis, que induce a pensar que es un fenómeno de corto plazo, que se remediará. Pero esto ya dura más de 40 años y no tiene remedio fácil. ¡La ilusión de que siendo austeros va a pasar es un engaño!” Fontana J. Entrevista en Público. 19-11-2011. <http://www.publico.es/culturas/407728/nisiquiera-el-fascismo-logro-lo-que-ha-conseguido-el-capitalismo>.

¹¹⁵ Luengo F. Algunas reflexiones sobre las políticas de austeridad. Sin Permiso. 29/01/12. En: <http://www.sinpermiso.info/textos/index.php?id=4704>

¹¹⁶ Navarro V, Torres López J, Garzón Espinosa A. Hay alternativas. Propuestas para crear empleo y bienestar social en España. Madrid: sequitur, ATTAC España, 2011. <http://www.rebellion.org/docs/138182.pdf>

¹¹⁷ Jaffel A. Presentación oral, Congreso “La Mala Europa”, Roma, 12 de marzo del 2011, Rete Di Comunista.

Hay países como Escocia, Gales, Nueva Zelanda, Australia y Canadá, donde la sociedad civil ha conseguido algunos éxitos al revertir la mercantilización o al menos frenar la privatización del sistema sanitario.^{118 119} En países latinoamericanos como Venezuela, Bolivia, Ecuador o Argentina se ha logrado una estimable reducción de la desigualdad social en los últimos años,¹²⁰ habiéndose también mejorado la cobertura y calidad de la atención sanitaria pública, especialmente en Venezuela.¹²¹ Destaquemos también el caso cubano, un país con pocos recursos, cuyo nivel de salud pública y atención sanitaria es realmente notable. Aunque de forma muy parcial y limitada, algunos países europeos han planteado también estrategias e iniciativas para reducir las desigualdades en salud, como es el caso del Reino Unido, los Países Bajos y los países nórdicos.¹²² Finalmente, hay otros lugares donde, sin mucha notoriedad pública, se establecen procesos de democracia participativa fuera del neoliberalismo, como las zonas de Chiapas bajo la influencia de los zapatistas, que comienzan a incluir el cuidado de la salud.¹²³

En España están creciendo las iniciativas que nos invitan a reflexionar sobre qué es posible hacer y cómo revertir las políticas neoliberales actuales. Un ejemplo son las asociaciones vecinales y asambleas de barrios que, junto al movimiento 15M, trabajadores y usuarios del sistema sanitario, ocupan, defienden, analizan y luchan por sus centros de atención primaria y sus hospitales.¹²⁴ Al mismo tiempo, se trabaja y dialoga para crear un movimiento unitario y amplio en defensa de la sanidad pública que comparta objetivos y aumente su eficacia. Son luchas, además, que se desarrollan en paralelo o en intersección con los movimientos que trabajan para frenar las desigualdades en el acceso a la educación pública o la vivienda (por ejemplo, movimiento anti-Bolonia o “V de Vivienda”), dos determinantes sociales que afectan directamente a la salud y la equidad.¹²⁵

Asimismo, surgen interesantes iniciativas de servicios sanitarios autogestionados, autónomos y sin ánimo de lucro.¹²⁶ En este punto, conviene recordar sin embargo que los servicios sanitarios y de salud pública, para ser realmente efectivos y equitativos, precisan con frecuencia de un elevado grado de coordinación general. Tres ejemplos de ello son la necesidad de vacunar una enfermedad aún mortal como el sarampión (2,6 millones de muertes en 1980 pero aún 164.000 en 2008) al existir una vacuna

¹¹⁸ Natalie Mehra. Eroding Public Medicare: Lessons and Consequences of For-Profit Health Care Across Canada. 6 de octubre de 2008. Ver: <http://www.web.net/ohc/Privatization.htm>

¹¹⁹ Scotland bans privatized hospital services, Oct 21, 2008. Ver: <http://cupe.ca/privwatchoct08/Scotland-bans-priv>

¹²⁰ Montecino JA. Decreasing Inequality Under Latinamerica’s “Socialdemocratic and “Populist” government: is the difference real?. Washington DC: CEPR, Oct 2011.

¹²¹ OPS. Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Julio 2006. http://www.bvs.org.ve/libros/Barrio_Adentro_Derecho_a_la_Salud_e_Inclusion_Social.pdf

¹²² Mackenbach JP. Health Inequalities: Europe in Profile. An independent, expert report commissioned by the UK Febrero, 2006. En: http://www.who.int/social_determinants/resources/european_inequalities.pdf

¹²³ Baronnet B, Mora Bayo M, Stahler-Sholk R. Luchas ‘muy otras’. Zapatismo y autonomía en las comunidades indígenas de Chiapas. México: UAM-Xochimilco, CIESAS, UNACH, 2011.

¹²⁴ “Carta de un médico catalán”. <http://asociacionnuevafortuna.blogspot.com/>

¹²⁵ Ver: <http://bitacoras.com/anotaciones/en-manifest-de-la-comision-de-educacion-de-acampadabcn/19348697/>; <http://defensasanitapublica.wordpress.com/>; y <http://www.sindominio.net/v/>

¹²⁶ En Catalunya destacan la autogestión del centro de salud de Viladecavalls y los comienzos de la Cooperativa Integral Catalana. <http://www.alasbarricadas.org/noticias/node/18417> y <https://cooperativa.ecoxarxes.cat/>

segura y efectiva para prevenirlo; el desarrollo de redes de información global para detectar epidemias y dar respuesta a brotes epidémicos en enfermedades como el cólera; o la disponibilidad de tener sistemas de detección proactivos de posibles donantes fallecidos con muerte cerebral y que los equipos de coordinación aprovechen todos los órganos obtenidos en quienes más lo necesiten.

En este tiempo de nueva efervescencia de luchas ciudadanas, numerosos grupos son capaces de dialogar para consensuar unos principios que puedan servir de base para crear un nuevo modelo de salud y sanidad públicas, defendiendo lo existente y haciendo propuestas para mejorar su equidad, calidad y eficiencia. ¿Qué tienen en común esas luchas? Quienes participan en estas iniciativas, creen que ante la amenaza de quitarnos nuestros derechos básicos la ciudadanía debe pasar a la acción para defenderlos, retomarlos y mejorarlos. Ciudadanos que creemos en una democracia participativa, con la capacidad para hablar y decidir sobre los problemas y necesidades fundamentales que afectan a nuestra vida cotidiana y no simples espectadores a quienes se conmina a callar, votar, y ser pasivos. Como ciudadanos, tenemos la legitimidad para participar, hablar y decidir. Como ha señalado Eduardo Galeano, “la democracia es escuchar todas las voces en pie de igualdad”.

5.2. Sabemos lo que queremos

Los grupos sociales y movimientos populares trabajan para consensuar ideas y propuestas para luchar por la salud y la sanidad pública que queremos.

1. La salud es bio-psico-social. La salud es un proceso global, sistémico, que pone de relieve las estrechas interrelaciones entre lo biológico, lo psicológico, social y político, y que ha de tener en cuenta todos los procesos vitales, laborales, sociales y ambientales de las personas y comunidades en una sociedad determinada.

2. Una atención sanitaria humana, eficiente y de calidad. Mejorar la formación del personal sanitario y su capacidad de atender a las personas en forma integral, con empatía y comprendiendo los factores sociales, laborales, económicos y culturales que afectan la salud. El sistema público tiene que revisar las políticas de tecnología y medicamentos mediante una Agencia de evaluación pública, ampliar el uso de fármacos genéricos, eliminar la figura del “visitador médico”, formar a los profesionales de la sanidad, e impedir la influencia de la industria farmacéutica. También se deben integrar en el sistema de salud las “medicinas alternativas” que pasen los controles adecuados de calidad, efectividad y equidad.

3. Una atención sanitaria universal, equitativa, gratuita y sin repagos. El derecho a la sanidad y salud es para todas las personas, sin exclusión ni discriminación de edad, género, etnia, situación económica y laboral, estatus legal, capacidad funcional y cognitiva, estado de salud, nivel educativo, orientación sexual, ni creencias religiosas o culturales. Es necesario oponerse a las políticas que privatizan la atención de la salud y la convierten en una mercancía a través de recortes públicos, repagos y otros mecanismos de privatización.

4. *Una sanidad pública que potencie la atención primaria y comunitaria.* La atención primaria tiene poco protagonismo y sufre un proceso continuado de deterioro en recursos humanos y económicos. Disponer de una atención primaria de salud accesible, completa, participativa y de calidad debe constituir el núcleo del sistema nacional de salud y es parte integral del desarrollo socioeconómico de la sociedad.

5. *Una atención sanitaria bien financiada y bien evaluada.* El estado español tiene un fuerte déficit en gasto sanitario público en comparación con la UE-15. Para mantener una atención sanitaria pública universal de calidad hacen falta más recursos, con objetivos que deben priorizarse y ser evaluados democráticamente. Las autonomías tienen un bajo y heterogéneo nivel de gasto sanitario, hecho que se traduce en claras desigualdades.

6. *Una salud pública que elimine las desigualdades de salud.* Para acercarse al concepto de “salud para todos”, deben ponerse en marcha políticas intersectoriales (“salud en todas las políticas”) en los determinantes sociales de la salud. Sin esas políticas será prácticamente imposible lograr un elevado nivel de salud y calidad de vida y la eliminación de las desigualdades en salud. Deben mejorar los sistemas de información haciéndolos accesibles para la población y más útiles para evaluar las políticas sanitarias.

7. *La salud pública requiere de una participación ciudadana real.* La obtención de un elevado grado de salud y equidad en la población requiere promover y apoyar una participación ciudadana real (y no meramente “formal”), que sea masiva, y en todos los niveles del sistema sanitario y de la salud pública.¹²⁷ Deben por tanto desarrollarse mecanismos e instrumentos que aumenten la transparencia en el logro de una democracia participativa. Hay que exigir la democratización de la OMS y otros organismos e instituciones de salud pública para que promuevan intervenciones públicas que aumenten la equidad en salud.

5.3. Investigar y analizar para pasar a la acción

La acción es fundamental en la lucha por nuestros derechos. Todas las personas y grupos implicados pueden y deben observar, analizar, decidir y actuar. Ante la progresiva privatización de la sanidad que se está produciendo en las distintas comunidades autónomas, los movimientos sociales y populares suelen entrar en una dinámica de “reacción” y “respuesta rápida” para intentar proteger los servicios sanitarios existentes y la calidad de la sanidad. Aunque esa respuesta puede ser necesaria o incluso imprescindible, es probable que un continuo estado de acción-reacción pueda acabar desgastando y despistando a los movimientos sociales y a quienes luchan por defender la atención sanitaria pública. Para evitar caer en un estado de constante reacción y tomar realmente el control de la lucha, es necesario informarse, pensar, analizar críticamente la situación y, conjuntamente, decidir objetivos y estrategias comunes para maximizar las energías y ser más efectivos.

¹²⁷ En Catalunya, Boi Ruiz entiende que la participación ciudadana es la creación del “Consejo Catalán de Pacientes”, con representación de las asociaciones de pacientes.

Es importante que los mismos grupos y movimientos populares recojan por sí mismos información, analicen la coyuntura y definan sus propios objetivos, estrategias y actividades. Este proceso de análisis coyuntural¹²⁸ puede quizás definirse como un tipo de Investigación-Acción Participativa que tiene sus raíces en la Educación Popular de Paulo Freire y otros pedagogos de Latinoamérica ya planteado en los años 1970 y 1980.¹²⁹

El análisis coyuntural, utilizado con éxito desde hace bastantes años por movimientos sociales en todo el mundo¹³⁰ y también en el Estado español, no es una actividad realizada por un grupo, de una sola y única vez. Se trata de una tarea continua, es una herramienta para que los que luchan por la “reposesión” de sus derechos puedan pensar, analizar, organizarse, decidir los objetivos prioritarios y planificar las acciones más efectivas, y con ello tener más poder y control sobre su propio trabajo político. Todo ello ayuda a disminuir las divisiones, las distracciones, el desgaste, y ayuda a empoderar, individual y colectivamente. La metodología del análisis coyuntural es bastante sencilla y accesible. Consiste en cuatro pasos que resumimos a continuación:

1. *Definir* quiénes somos y *compartir* nuestras ideas generales sobre cómo pensamos que debe ser la sanidad, la salud pública y la equidad en salud.

2. *Nombrar* los temas y luchas que ahora tenemos entre manos y cuáles son nuestros *objetivos*. *Recordar* y estudiar lo que ya se hizo en esta lucha.

3. *Evaluar* las fuerzas. Con quién queremos hacer *alianzas*, quién está con nosotros y quienes son nuestros adversarios o “enemigos”; cuáles son los *intereses* de cada fuerza a corto y largo plazo diferenciando los intereses que se dicen de los que realmente se tienen; cuáles son los puntos *fuertes* y *débiles* de cada fuerza y donde necesitamos más *información* y preparación para actuar con más efectividad.

4. *Planificar* las estrategias y acciones más efectivas que nos puedan llevar a alcanzar nuestros objetivos; cuáles son los “espacios” que queremos ocupar, con ideas y acciones creativas, innovadoras, quizás sorprendentes y osadas; preparar qué *acciones* nos llevarán a nuestros objetivos y *quién* hará qué, cuándo y como.

Hacer alianzas con profesionales, investigadores, expertos y académicos de la salud críticos del neoliberalismo es también una ayuda esencial. Juntos es posible formar una amplia y efectiva red de “activistas que piensan” y de “pensadores que actúan”¹³¹ con la que ayudarse mutuamente para analizar la situación y conjuntamente desarrollar ideas para pasar a la acción. Esta forma de investigación y acción participativa asegura que las acciones sean más efectivas y democráticas.

¹²⁸ Castro Soto G, Valencia Lomelí E. Metodología de Análisis de Coyuntura. México: Servicio Jesuita a Refugiados-México y Servicio Informativo Procesados, A.C., 1995, vols. 1-10,

¹²⁹ Freire P. Pedagogía del Oprimido, México: Siglo XXI, 1995.

¹³⁰ Cavanagh C. Naming the moment. A participatory process of political analysis for action. Toronto: PLA notes 58, 2000.

¹³¹ North American Alliance for Popular and Adult Education’s Organizational Development Working Group. Seeds of Fire. Ver: http://www.popednews.org/naapae/bulletins/Bulletin_4_Jan_99.htm

Cada grupo, asociación, movimiento o asamblea puede recoger información sobre su situación concreta, contextualizarla y actualizarla periódicamente. Hemos visto ejemplos de esto recientemente en Catalunya cuando la asamblea, Acampada Badalona, ocupó el Hospital Germans Trías i Pujol (Can Ruti) en colaboración con *Canrutidiuprou* durante cinco días y sus noches. Durante esa semana, aparte de llevar a cabo actividades organizativas, educativas y lúdicas, se recogió información detallada del efecto de los recortes de la sanidad catalana en el hospital (número de camas cerradas, tiempos de espera, listas de espera, trato a los pacientes, etc.) y esta información se ha hecho pública a través de vídeos y textos en internet. También las asociaciones de vecinos y las asambleas de la región sanitaria SAP Muntanya de Barcelona han llevado a cabo actuaciones similares en el Hospital de la Vall d'Hebron. Otro ejemplo lo tenemos en la Acampada Sabadell, que están desarrollando métodos de Investigación-Acción-Participativa y Teatro del Oprimido para analizar la situación de salud pública y organizar acciones de denuncia. Y desde el 2010, el sindicato CATACTS, tiene un observatorio en toda Catalunya sobre la privatización de los servicios¹³².

Una mirada a más largo plazo, sin embargo, requiere un proceso de acumulación de fuerzas, que fortalezca la organización y a los activistas, y permita planificar actividades más efectivas. Una iniciativa reciente en ese sentido es la *I Trobada en Defensa de la Sanitat Pública* que tuvo lugar a finales de enero de 2012 en Barcelona.¹³³ Algunos de los puntos clave de ese debate son los siguientes:

1. *Mejorar el conocimiento colectivo y la formación de activistas y participantes.* Eso incluye no sólo tener una mejor “radiografía” de la sanidad pública y la equidad sino diseccionar mejor al “enemigo” conociendo sus estrategias, tácticas y prioridades con el fin de anticiparse a sus acciones. Además, debe proveerse de una mejor formación práctica para que activistas y participantes puedan realizar mejor sus acciones.
2. *Aumentar la coordinación y trabajo en red de los movimientos para ser más inclusivos, democráticos y efectivos.* Los movimientos deben promover la participación de la ciudadanía, profesionales, investigadores y todo tipo de colectivos en favor de la sanidad pública.
3. *Acumular los recursos técnicos, económicos y humanos necesarios que permitan la utilización de medios de opinión y comunicación alternativos* con los que difundir los mensajes de una forma más efectiva.
4. *Planificar las líneas estratégicas* a través de un plan basado en los objetivos prioritarios más importantes en cada momento y situación así como aquellas *actividades que pueden ser más efectivas* mediante las acciones sociales, simbólicas, jurídicas, políticas, culturales, etc., que sean más pertinentes.

¹³² Candidatura Autònoma de Treballadors i Treballadores de l'Administració de Catalunya – Coordinadora de Treballadors i Treballadores de la Sanitat. <http://iac.pangea.org/sanitat/observatori/principal.php>

¹³³ <http://defensasانيتatpublica.wordpress.com/2012/01/12/trobada-sanitat-28e/>

5.4. Organizarse a través del diálogo y el consenso

Para frenar la mercantilización y privatización de la sanidad y contribuir a tener una mejor salud pública, necesitamos “desprogramar” nuestras mentes de muchas palabras y esquemas autoritarios vigentes. Las políticas neoliberales llevan 30 años dominando el planeta y son antidemocráticas.¹³⁴ Como señaló la escritora norteamericana Audre Lorde: “las armas del amo no dismantelarán la casa del amo”.¹³⁵ Un arma que “no es del amo” es la democracia participativa, bastante diferente de la democracia representativa donde cada cuatro años se vota a los representantes políticos en procesos electorales donde las compañías de relaciones públicas y el “marketing” convierten las campañas en algo parecido a la venta de un producto comercial. Para que el trabajo político de la sociedad civil sea abierto y fluido, es necesario tomar distancia de los partidos políticos y de los sindicatos alejados de los procesos democráticos reales. Sin embargo, siempre que sea posible, es importante fomentar el establecimiento de alianzas con aquellos grupos, partidos y sindicatos más afines política e ideológicamente. No olvidemos que una de las claves para consolidar un movimiento político que pueda cambiar la propuesta neoliberal es reforzar, a través de múltiples espacios, un trabajo político conjunto, compartido y abierto con las experiencias y luchas que promueven los movimientos populares en conjunción con las fuerzas sociales más afines.¹³⁶

La democracia participativa es un proceso de aprendizaje constante, de conocer y enseñar a la vez, una dinámica de constante construcción de diálogo y análisis en la que todos los participantes deben responsabilizarse, sin líderes permanentes, pero con rotación de las tareas de responsabilidad y trabajo, cada uno según sus deseos y posibilidades. La actividad política que estamos acostumbrados a ver en partidos políticos y sindicatos se basa en un “monólogo” donde las mayorías se imponen a las minorías en una lucha constante por conseguir espacios de poder. En contraste, la democracia participativa es una política más lenta, con mayor diálogo y humildad, que busca el consenso, y donde todo el mundo puede y debe tener voz y un papel político que jugar.

El trabajo para lograr ese consenso, con bastante tradición en varias zonas del Estado español,¹³⁷ es quizás algo desconcertante para quienes aún no lo conocen, pero es imprescindible para lograr un proceso realmente democrático que permita elaborar ideas, objetivos y acciones. Al ser un proceso de resolución no-violenta de tensiones y conflictos, es deseable y muy importante que se expresen ideas muy diferentes ya que así el grupo, a través de las técnicas del consenso, ahorra el tiempo que se perdería arrastrando conflictos o recomponiendo divisiones. Ello no significa negar los conflictos o las luchas, sino reconocerlos, aprender de ellos, y buscar en la diversidad de las ideas, las propias fuerzas, la unidad y nuestros intereses comunes.

¹³⁴ Harvey D. Breve historia del neoliberalismo. Madrid: Akal, 2007.

¹³⁵ Lorde A. Sister Outsider, Crossing Press. Berkeley: California, 1 ed. 1984.

¹³⁶ Harvey D. The enigma of Capital and the crises of capitalism. Oxford. Oxford University Press, 2010.

¹³⁷ Calle Collado A (ed). Democracia radical. Barcelona: Radical, 2011.

Para que los grupos y movimientos sean inclusivos y para que todas las personas puedan implicarse, participar y aportar sus experiencias, es también necesario que sean accesibles. Y eso no sólo quiere decir accesibilidad física (por ejemplo, hacer reuniones en espacios sin barreras arquitectónicas para personas con funcionalidades diversas), también se trata de plantear los horarios y frecuencia de las reuniones, el lugar en que se realizan, su lenguaje, los tiempos en que se usa la palabra, los idiomas y los conceptos culturales utilizados. Por ejemplo, si las personas más vulnerables, enfermas, discapacitadas y ancianas, si los nuevos inmigrantes y las personas con niños pequeños o ancianos a quienes deben cuidar no pueden participar, su realidad no se reflejará en los procesos que se construyen y con ello se perderá una riqueza política y cultural de enorme importancia. La presencia en la política de la clase trabajadora en general y de las mujeres en particular, es aún muy escasa. La democracia participativa es un proceso alejado de la habitual imagen del “político”: un hombre (habitualmente de clase alta y piel blanca) hablando con seguridad, bien entrenado, en un monólogo permanente con el que intenta convencer, apoyado por poderosas cajas de resonancia mediática. La democracia participativa se centra en el diálogo colectivo, donde la cuestión del género, la clase, el lenguaje y las ideas no son una mera forma políticamente correcta, sino aspectos centrales de gran importancia. Fomentar y capacitar en el uso de redes sociales en Internet es también importante para aumentar el acceso de la población a los procesos democráticos de los movimientos sociales. Espacios de trabajo, reunión y denuncia como el *N-1*, *Virtual Pol*, *Piratepad*, *Livestream* y otros similares pueden permitir conocer y participar a personas que no siempre pueden asistir a reuniones, asambleas y manifestaciones. Los espacios de trabajo e intercambio en Internet permiten avanzar tareas y hacer actividades sin la necesidad de reunirse presencialmente tan a menudo.

La irrupción de colectivos que proponen una ciudadanía radical a través de una democracia participativa y autogestionada representa un impulso a la resistencia social y a la voluntad de cambio que busca reinterpretar colectivamente la realidad y ayudar a reformular otros valores y una nueva ética política. Esa reformulación necesitará tiempo para generar procesos y vías nuevas de autogestión que ocupen un lugar central en la vida y la sociedad. La democracia participativa empodera a los participantes porque promueve otra concepción mental para entender la realidad, una visión diferente de cómo podemos llegar a ser y de qué podemos llegar a construir. Busca las raíces de los problemas y enseña que es posible obtener otra sociedad por la que estamos luchando. También nos ayuda a darnos cuenta del poder que tenemos, no solo por las victorias que se puedan conseguir, sino por comprobar que somos capaces de organizarnos de una manera más eficaz y respetuosa. *Ubuntu* es una palabra en zulú y xhosa, muy utilizada en el movimiento anti-apartheid en Sudáfrica, que resume el espíritu de la democracia participativa: *uno es a través de los otros*, a través de una “multitud en movimiento” en la que todas y todos somos indispensables.

5.5. Sin miedo: por nosotros y por las generaciones futuras

Según el filósofo Toni Negri, los movimientos sociales que tienen más fuerza son los que consiguen ser no-violentos y, al mismo tiempo, no tener miedo.¹³⁸ El miedo frena, desmotiva, hace esperar pasivamente a que sean otros quienes actúen, que otros sean quienes luchen por cambiar las injusticias. Es un miedo que “seca la boca, moja las manos y mutila”, es un miedo a saber que nos condena a la ignorancia, es un miedo de hacer que nos conduce a la impotencia.¹³⁹

Para ayudar a quitarse el miedo podemos hacernos algunas preguntas: “¿Qué más tenemos que perder?, ¿qué salud tendrán nuestros hijos e hijas?, ¿qué sanidad pública les daremos?” El capitalismo neoliberal es un proceso político diseñado para aumentar las desigualdades sociales que empeoran la salud pública y aumentan las inequidades en salud. Cuando los parlamentarios aprueban leyes para asegurarse de que nuestros bienes comunes pueden ser mercantilizados (la Ley 15/97 estatal, y la Ley Omnibus catalana);¹⁴⁰ cuando los sistemas sanitarios son “administrados” por gestores que defienden sus ganancias personales o de grupo (*holdings*, corporaciones y aseguradoras privadas); cuando nuestra sanidad pública y nuestra salud están en venta y la podemos perder si no luchamos y la defendemos; cuando todo nos lo están quitando y lo que nos queda también nos lo pueden arrebatar si no lo protegemos. Cuando todo eso ocurre, ya nada tenemos que perder. Asumir el miedo es comenzar un proceso para transformarlo en valentía.¹⁴¹ Luchar pues sin miedo.

Un movimiento social que sabe que no tiene nada o poco que perder, que está unido y es fuerte, es peligroso para los poderosos. Cuando la ciudadanía deja de creer en las mentiras de muchos políticos y lo hace saber, voz en alto, con claridad, surgen contradicciones y grietas en el neoliberalismo.¹⁴² Son resquicios que un movimiento popular puede y debe agrandar. A medida que los movimientos sociales toman el control de su lucha, se anticipan a las tácticas políticas de los poderosos, y llevan a cabo estrategias y acciones que sorprenden, el escenario cambia.¹⁴³ Ahora el miedo aparece en los rostros de los poderosos. Y cuanto más se borra el miedo de las caras de quienes componen los movimientos populares, más aumenta el de quienes detentan el poder. Como enseñan los procesos históricos, generar miedo en la clase dominante ha sido crucial para que la clase obrera explotada, y las mujeres o los indígenas discriminados, lograran sus objetivos, retomaran sus bienes comunes y cambiaran el mundo.¹⁴⁴ Como ha dicho Josep Fontana: “buena parte de las

¹³⁸ Entrevista a Toni Negri: <http://laguarura.net/2011/11/28/entrevista-a-toni-negri-%E2%80%99Cla-representacion-es-la-ausencia-de-la-participacion%E2%80%99D/>

¹³⁹ Galeano E. El libro de los abrazos. Mexico: Siglo XXI, 2000.

¹⁴⁰ En Catalunya, amparada por la ley estatal 15/97, el desarrollo de la Ley Omnibus da acceso a empresas privadas a la gestión y explotación de los centros sanitarios de titularidad pública.

¹⁴¹ Freire P. Cartas a quien pretende enseñar. Buenos Aires: Siglo XXI, 2008 (ed. or. 1993).

¹⁴² Bourdieu P. La distinción. Critique sociale du jugement. Paris, Les Editions de Minuit, 1979.

¹⁴³ 10 arguments per la Iniciativa Penal Popular (IPP), en defensa de la salut i la sanitat públiques a Catalunya. <http://dempeusperlasalut.wordpress.com/2012/02/09/10-arguments-per-a-la-i-p-p-iniciativa-penal-popular-en-defensa-de-la-salut-i-la-sanitat-publiques-a-catalunya/>

¹⁴⁴ La legislación sobre seguridad social vino en oleadas y siguió un esquema determinado; los partidos políticos fuertes, en representación de los trabajadores, parecían una amenaza potencial al orden existente o, al menos, al sistema de producción tradicional, y un agudo miedo tal como el creó la Comuna francesa, llevó a los conservadores a entrar en acción y así fue decretada la legislación sobre seguridad social. Ver: Sigerist H. Landmarks in the History

concesiones sociales se lograron por el miedo de los grupos dominantes a que un descontento popular masivo provocara una amenaza revolucionaria que derribase el sistema”.¹⁴⁵

Los políticos dan por hecho, toleran, o incluso quedan legitimados, cuando una parte de la ciudadanía sale a la calle a protestar. Es lo que la ciudadanía ha hecho antes y seguirá haciendo con resultados aún limitados. Pero cuando los movimientos populares comienzan a pensar más allá de los límites establecidos en luchas previas, crean alianzas entre “los de abajo” y “los de afuera”, y desarrollan tácticas no-violentas sin justificarse, se derriban los límites de los esquemas preestablecidos y se pueden llevar a cabo estrategias y actos inesperados, fruto de ideas más creativas y más subversivas.

Pensar más allá de límites previos requiere entender las estrategias que utiliza el poder para sabotear, controlar, engañar, crear temor o estados de shock,¹⁴⁶ para dividirnos, desanimarnos, sembrar dudas y hasta culpabilizarnos. Los grupos y movimientos deben analizar las estrategias de los poderosos y desenmascarar a los gobiernos, corporaciones e intereses privados y de clase que hay detrás de ellas. Hay que poner en evidencia las etiquetas utilizadas por el poder en los *media* para ignorar o estigmatizar los avances de los movimientos sociales, señalando que son “pocos” y sin legitimidad, llamándolos “indeseables”, “violentos”, “vagos”, “anti-sistema” y otros epítetos e insultos. Los poderosos estigmatizan a quienes cuestionan el poder, etiquetando y clasificando, dos armas muy eficaces contra la ciudadanía y la democracia. Y lo hacen con el poder emocional, subconsciente, que poseen las palabras.¹⁴⁷ Pero los movimientos populares pueden cambiar las palabras y sus significados pensando de otra manera, cuestionando los términos del debate, o sea, “cambiando de conversación”. No es cierto que “aumenten la eficiencia del sistema sanitario”, en realidad “están robando y enriqueciéndose”. Los usuarios y enfermos no son “pacientes agresivos”, ni son “clientes”, ni sufren “el síndrome del paciente informado”, son personas enfermas, que sufren. El paciente indignado es un aliado del profesional sanitario que ama su profesión, que es democrático y que está comprometido con la ciudadanía. No es una “conselleria de salud”, es una conselleria que se ocupa de la enfermedad. No es un “conseller de economía”, es un conseller de la privatización, la mercantilización y la desigualdad. No es “la crisis”, es la masiva acumulación de los poderosos quitando bienes y derechos de quienes menos tienen.

Las organizaciones ciudadanas y populares pueden cambiar el debate, las ideas y el sentido y uso de espacios, públicos y mentales. Necesitamos “salir del lugar” que se nos propone y ser como el líquido que invade un lugar entre las grietas. La salud pública es nuestra, es del pueblo. El sistema sanitario público es un bien común, es de

of Hygiene. Londres: Oxford University Press, 1956. La legislación sobre seguridad social vino en oleadas y siguió un esquema determinado; los partidos políticos fuertes, en representación de los trabajadores, parecían una amenaza potencial al orden existente o, al menos, al sistema de producción tradicional, y un agudo miedo tal como el que creó la Comuna francesa, llevó a los conservadores a entrar en acción y así fue decretada la legislación sobre seguridad social.

¹⁴⁵ Fontana J. Entrevista en Público. 19 de noviembre 2011. <http://www.publico.es/culturas/407728/ni-siquiera-el-fascismo-logro-lo-que-ha-conseguido-el-capitalismo>.

¹⁴⁶ Klein, N. La Doctrina del shock : el auge del capitalismo del desastre. Barcelona: Paidós, 2007.

¹⁴⁷ Bourdieu P. La distinción. Critique sociale du jugement. Paris, Les Editions de Minuit, 1979.

todas y de todos nosotros. Tenemos derecho a utilizar los espacios públicos (salas de espera, vestíbulos y otros lugares) para crear diálogo, para reunirnos, para educarnos, para organizarnos y luchar. También es nuestro derecho irrumpir en cualquier espacio y reunión (consejos de administración, consejerías, negociaciones sindicales, etc.) en el que se toman decisiones sobre la sanidad y nuestra salud.

Los políticos y élites neoliberales no tienen ninguna intención de ser más equitativos, justos y democráticos. Ni nos regalarán la sanidad pública ni nos regalarán la salud, deberemos reconquistarlas y mejorarlas. La identidad y la organización colectivas deben construirse. Para ello, las organizaciones comunitarias y los movimientos populares necesitan lograr y mantener un estado de inteligente y perpetua rebeldía y lucha que fuerce a cambiar la situación actual. Lo importante es reflexionar, participar, formar parte de los movimientos populares que defienden nuestra sanidad, aunque a veces tardemos en encontrar la unidad, las estrategias y las acciones más adecuadas. Ellos son pocos, nosotros muchos más. La ciudadanía tiene fuerza porque somos la mayoría.

Hacer, no solo decir. Al no creernos las mentiras de quienes venden nuestra salud, al creer que es nuestro deber y nuestra responsabilidad proteger ese bien común para las futuras generaciones, podemos empezar a pensar en el largo plazo. El Estado neoliberal abandona “lo público”, vende la sanidad pública y nuestra salud. Retomar lo que es nuestro. Al tomar conciencia colectiva de nuestra salud y de nuestro sistema sanitario, organizándonos, ganando poder y luchando, pasamos del yo al nosotros y damos un sentido nuevo a la vida cotidiana para tomar la salud en nuestras manos.

6. Referencias bibliográficas y videográficas

Bibliografía

Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Como la desigualdad social daña nuestra salud. Barcelona: El Viejo Topo, 2005.

Benach J, Muntaner C. La epidemia global de desigualdad en salud tiene su origen en la crisis socio-ecológica del capitalismo. Entrevista. Ecología Política 2009;37:21-34. <http://www.ecologiapolitica.info/ep/37/37.pdf>; <http://www.rebellion.org/docs/95392.pdf>

Benach J, Muntaner C, con Solar O, Santana V, Quinlan M. Empleo, trabajo y desigualdades en salud: Una visión global. Barcelona: Icaria, 2010.

Benach J, Muntaner C. La equidad en salud es un indicador clave para valorar la justicia social. Entrevista. Sin Permiso, 18-06-11. <http://www.sinpermiso.org>.

Borrell C, Benach J (eds). Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Mediterrània, Fundació Jaume Bofill, 2003.

Borrell C, Benach J (coords). Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Mediterrània, Fundació Jaume Bofill, 2005. <http://www.fbofill.cat/intra/fbofill/documents/publicacions/414.pdf>

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gac Sanit. 2011. doi:10.1016/j.gaceta.2011.07.024. [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0213-9111\(11\)00302-5.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0213-9111(11)00302-5.pdf)

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf

Dempeus per la Salut Pública. CO-REpagament. Col·lecció d'Altres, 32. Barcelona: DeBarris, 2010.

Dempeus per la Salut Pública. La salut és pública i no té fronteres. Col·lecció d'Altres, 33. Barcelona: DeBarris, 2010.

Dempeus per la Salut Pública. Noves formes, nous llenguatges. Dempeus per la Salut Pública. Una expressió de la societat civil organitzada, com agent social de salut. Col·lecció d'Altres, 28. Barcelona: DeBarris, 2010.

FADSP: Informe sobre los recortes sanitarios en las Comunidades Autónomas.2012. <http://www.fadsp.org/pdf/INFORME%20SOBRE%20LOS%20RECORTES.2.2012.doc>

FADSP: Argumentos para combatir el tópico de la insostenibilidad del SNS. <http://www.fadsp.org/pdf/Folleto%202%20webgallego.pdf>

Indignadas x por los recortes en Sanidad. Selección de cartas de los lectores/as en la prensa escrita sobre los recortes aplicados en sanidad. <http://indignadasxrecortessanidad.wordpress.com/cartas-de-los-lectores-a-modo-de-queja-sobre-los-recortes/prensa/>

Sánchez Bayle M. Otra gestión sanitaria es posible. Fundación 1 de Mayo. Madrid 2011. <http://www.fadsp.org/pdf/OTRA%20GESTION%20SANITARIA%20ES%20POSIBLE%5B1%5D.pdf>

Sánchez-Bayle M (coord.). Globalización y salud 2009. Madrid: Fundación Sindical de Estudios, Ediciones GPS-Madrid, 2009. [http://www.fadsp.org/pdf/globalizacion%20y%20salud%20\(1\).pdf](http://www.fadsp.org/pdf/globalizacion%20y%20salud%20(1).pdf)

Sánchez Bayle M (coord.). La situación de la salud y el sistema sanitario en España. Madrid: Fundación 1 de Mayo. 2010. <http://www.fadsp.org/pdf/ObSalud05.pdf>

Videos

Joan Benach. Salut pública, determinants socials i desigualtats en salut.
<http://vimeo.com/35768049>

Joan Benach. Salut pública i sanitat pública
<http://www.youtube.com/watch?v=Ew78XQoGmTw>
http://www.youtube.com/watch?v=CVkwdxH2_vY

Àngels Martínez Castells. La salud y la sanidad.
<http://www.youtube.com/watch?v=1SOEdumLLtI>

Carles Muntaner. Los recortes en la sanidad y los efectos de la privatización
<http://www.youtube.com/watch?v=sa2itZ77UoU&feature=related>
<http://www.youtube.com/watch?v=NHUcuRAICbl&feature=related>

Carles Muntaner. La veritat sobre les retallades a sanitat
<http://www.youtube.com/watch?v=rCRBrk-5JvA>
<http://www.youtube.com/watch?v=xt2IAXHdvwA>

Vicenç Navarro. Gasto público y políticas sociales en España.
<http://www.youtube.com/watch?v=F9H-FOIP7Mo>

Videos del Grup de Defensa de la Sanitat Pública
<http://defensasanitapublica.wordpress.com/noticies-i-mes/videos-relacionats/>

Marciano Sánchez Bayle. Sobre la sanidad pública
<http://vimeo.com/36385347>

Marciano Sánchez Bayle. Déficit de profesionales sanitarios en España y fuga de cerebros.
<http://www.youtube.com/watch?v=P9raRX2nyEE>
<http://www.youtube.com/watch?v=YsKIAxCPokU&feature=related>

7. Páginas web de colectivos y movimientos sociales

CAPS (CENTRE D'ANÀLISI I PROGRAMES SANITARIS)

<http://www.caps.cat/que-es-caps/210-que-es-el-caps.html?start=1>

El Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS) es una asociación sin ánimo de lucro que desarrolla actividades científicas, formación y debate con el objetivo de mejorar las condiciones de vida y salud de las personas, la salud pública, y luchar contra las discriminaciones y desigualdades, con un especial énfasis en la perspectiva de género.

CATAC-CTS-IAC (CANDIDATURA AUTÒNOMA DE TREBALLADORS I TREBALLADORS DE L'ADMINISTRACIÓ DE CATALUNYA - COORDINADORA DE TREBALLADORS I TREBALLADORS DE LA SANITAT / INTERSINDICAL ALTERNATIVA DE CATALUNYA),

<http://iac.pangea.org/sanitat/observatori/principal.php#>

Web de CATAC-CTS-IAC, coordinadora de trabajadores y trabajadoras de la sanidad catalana, en la cual, aparte de noticias sobre la lucha contra la privatización de la sanidad catalana, existe un observatorio sobre este tema.

COORDINADORA ANTI-PRIVATIZACIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA DE MADRID

www.casmadrid.org

Desde el 2004 la Coordinadora Anti-privatización de la Sanidad Pública de Madrid trabaja organizando y educando contra la mercantilización de la sanidad pública en la Comunidad Autónoma de Madrid. También juega un rol clave en apoyo y comunicación entre los grupos anti-privatización de la sanidad pública en el Estado Español.

DEMPEUS PER LA SALUT PÚBLICA

<http://dempeusperlasalut.wordpress.com/about/>

Dempeus per la salut pública es un colectivo catalán que desde 2009 realiza un amplio programa de información y actividades en defensa del Sistema Nacional de Salud Pública, su universalidad, equidad y calidad. Además, reivindica la salud como derecho humano más allá de la ausencia de enfermedad y como estado de bienestar biopsicosocial pleno.

FADSP (FEDERACION DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA)

<http://www.fadsp.org/>

La FADSP es una federación de asociaciones de profesionales relacionados con la sanidad (médicos, enfermeras, auxiliares, administrativos, psicólogos, trabajadores sociales, gestores, economistas, etc.), para defender y mejorar el sistema sanitario público, en favor de un sistema sanitario universal, redistributivo, y que garantice el acceso a una atención de salud de calidad en condiciones de igualdad.

GREDS-EMCONET (GRUPO DE INVESTIGACIÓN SOBRE DESIGUALDADES EN LA SALUD, *EMPLOYMENT CONDITIONS KNOWLEDGE NETWORK*)

<http://www.upf.edu/greds-emconet/>

<http://www.determinantessociales.org>

Grupo de Investigación del Departamento de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Pompeu Fabra (Barcelona) cuyo objetivo es generar conocimiento científico y transferencia de ese conocimiento a la sociedad sobre la situación, causas y acciones políticas necesarias que ayuden a conocer y eliminar las desigualdades en salud.

GRUP DE DEFENSA DE LA SANITAT PÚBLICA (ACAMPADABCN-SALUT)

<https://defensasaniatpublica.wordpress.com/>

Blog del Grup de Defensa de la Sanitat Pública (AcampadaBCN-Salut), grupo de la Comisión Sanidad del 15M catalán, que sirve para centralizar información sobre las actividades cotidianas y semanales de la lucha contra la mercantilización de la sanidad catalana.

GRUP EN DEFENSA DE LA SANITAT PÚBLICA – SABADELL

<http://sanitatsabadell15m.blogspot.com/>

El Blog del Grup en Defensa de la Sanitat Pública – Sabadell, es uno de los grupos sociales que surge del movimiento 15M más activos en la lucha contra la mercantilización de la sanidad con un énfasis especial en un funcionamiento asambleario y en metodologías participativas y creativas.