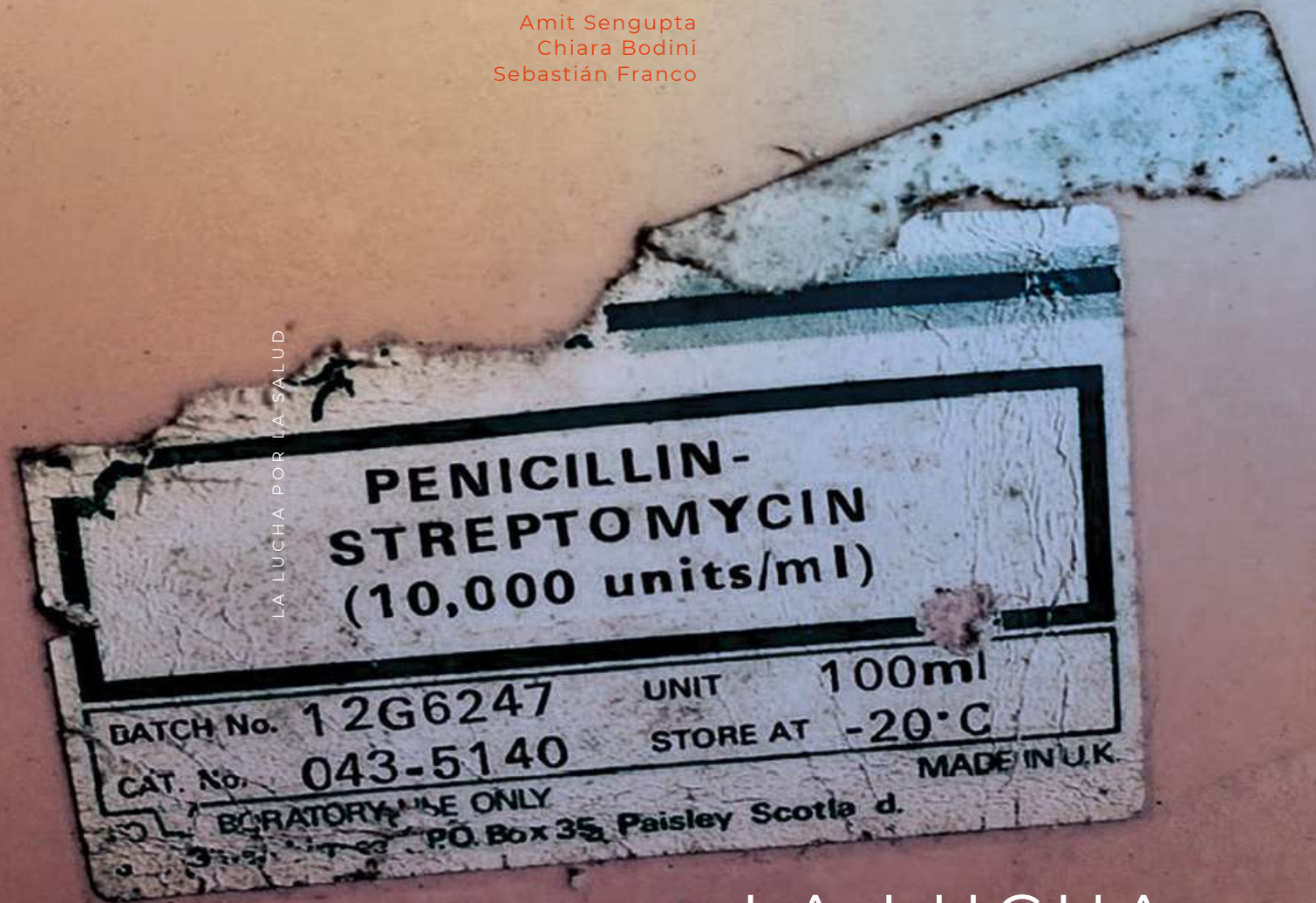


Amit Sengupta
Chiara Bodini
Sebastián Franco

«Asistimos a una profunda crisis humanitaria.

Nos enfrentamos a las consecuencias de un capitalismo antropocéntrico, patriarcal, neocolonial, extractivo, individualista, ultracompetitivo y desenfrenado que conduce a una destrucción acelerada de las condiciones que generan y sostienen la vida.»

LA LUCHA POR LA SALUD



LA LUCHA POR LA SALUD

UN ENFOQUE EMANCIPADOR EN
LA ERA DE LA GLOBALIZACIÓN NEOLIBERAL

LA LUCHA POR LA SALUD

UN ENFOQUE EMANCIPADOR EN LA ERA
DE LA GLOBALIZACIÓN NEOLIBERAL

ROSA-LUXEMBURG-STIFTUNG

La Rosa-Luxemburg-Stiftung (Fundación Rosa Luxemburg) es una organización de izquierdas sin ánimo de lucro que opera a nivel internacional. Se dedica a la educación cívica y está vinculada al partido alemán DIE LINKE (La Izquierda). Activa desde 1990, la fundación está comprometida con el análisis de los procesos y desarrollos sociales y políticos a nivel global. Actuamos en el contexto de la creciente crisis múltiple de nuestro actual sistema político y económico. En colaboración con otras organizaciones progresistas de todo el planeta, trabajamos para la participación democrática y social, el empoderamiento de grupos desfavorecidos y alternativas de desarrollo social y económico. Nuestras actividades a nivel internacional tienen como objetivo proporcionar educación cívica mediante análisis académicos, programas públicos y proyectos realizados de forma conjunta con instituciones socias para promover un sistema mundial más justo basado en la solidaridad internacional.

www.rosalux.eu

INDICES

INTRODUCCIÓN	5
EL IMPACTO DE LA GLOBALIZACIÓN EN LA SALUD DE LAS PERSONAS	9
LAS DIMENSIONES SOCIALES DE LA SALUD	21
LA MERCANTILIZACIÓN DE LA SANIDAD: EL RETO AL QUE SE ENFRENTAN LOS SISTEMAS SANITARIOS	33
CONSTRUIR UN MOVIMIENTO MUNDIAL POR LA SALUD	4
AUTORES/AS	5
AGRADECIMIENTOS	5
	4
	5
	6

INTRODUCCIÓN

Este folleto tiene su origen en una reunión celebrada en otoño de 2016, a la que asistieron más de treinta activistas, investigadores/as y profesionales de la salud provenientes de África, América Latina, Asia, Europa y América del Norte. Tras intensas discusiones y debates, la reunión llegó a la conclusión unánime de que la lucha por la salud es una lucha política que impugna las prácticas fundamentales de nuestra sociedad y las tendencias que las conforman.

El sistema económico dominante en el mundo actual, es decir, el neoliberalismo, cuyo principal objetivo es la acumulación infinita de capital y la creación de beneficios para una pequeña élite, está en contradicción con el derecho de los pueblos a la salud y a la atención sanitaria.

La gran mayoría de los pueblos del mundo está sometida a realidades, fuerzas y dinámicas económicas muy similares: la extracción de recursos naturales y la destrucción del medio ambiente; una homogeneización forzada de su modo de vida; la mercantilización y privatización de todas las esferas humanas y materiales de la vida; la competencia forzada entre las personas trabajadoras a escala mundial; la exclusión de miles de millones de personas de los “beneficios” del sistema; y una rápida expansión del poder de las empresas transnacionales.

Bajo el yugo de las políticas neoliberales, es cada vez más difícil ejercer el derecho a exigir legítimamente servicios y beneficios sociales. La educación se está privatizando; el número de personas sin hogar ha aumentado; los ingresos de las familias se han desplomado debido al aumento del desempleo provocado por las medidas de austeridad y la actual pandemia de coronavirus¹; el medio ambiente se degrada constantemente como consecuencia de un desarrollo industrial insostenible, basado en los combustibles fósiles; y la solidaridad social se ha debilitado a raíz de las divisiones creadas entre las personas que se ven impulsadas a buscar soluciones individuales a sus problemas.

1 Adición de la redacción a la versión española (03/01/2022).

Los sistemas sanitarios son un producto de las luchas y del equilibrio de poder en la sociedad. La mayoría de los sistemas sanitarios se desarrollaron tras el final de la Segunda Guerra Mundial y en el periodo postcolonial, en respuesta a las necesidades sociales expresadas por los movimientos populares de las clases trabajadoras. El estado capitalista, por su propia exigencia de una fuerza de trabajo sana, ha estado interesado en desarrollar los sistemas de sanidad.

Por lo tanto, los sistemas de sanidad se construyen a través de la interacción de fuerzas sociales, moldeadas por cambios históricos en las relaciones de poder dentro de la sociedad, y por lo tanto están en un estado de constante evolución.

En diferentes partes del mundo ya se están forjando alianzas interdisciplinarias, intersectoriales e internacionales en pro de la salud, en todas sus dimensiones. Diversas luchas avanzan hacia la construcción de identidades comunales y colectivas, planteándose así la posibilidad real de que surja una fuerza política capaz de transformar la sociedad.

6 / La gran diversidad de actores implicados en esta pugna – trabajadores/as, agricultores/as, pueblos indígenas, personal sanitario y profesionales de la salud, pacientes, estudiantes y docentes, activistas políticos y sociales, sindicalistas – contribuye al desarrollo de luchas unificadas que cohesionan nuestros países y regiones, y enlazan nuestros continentes. Día a día, en el transcurso de estas luchas, se conciben, elaboran y encuentran soluciones concretas e inmediatas a las necesidades de la población, entre ellas el ejercicio efectivo del derecho (colectivo e individual) a la vida y a la salud.

Las consecuencias del cambio climático, incluidas sus consecuencias sociales, económicas y políticas, tendrán un enorme impacto en la salud general de las personas (en relación con el acceso al agua, la alimentación,

la contaminación ambiental o las epidemias², los desplazamientos masivos de población y su impacto en los sistemas sociales, etc.).

Las nuevas tecnologías tienen el potencial de mejorar las condiciones de vida y la salud de las personas. Sin embargo, en la actualidad estas tecnologías están controladas por el capitalismo global, y su utilización indebida podría tener efectos adversos en el empleo y repercutir negativamente en las prácticas relacionadas con la salud. Las tecnologías capaces de almacenar y buscar enormes cantidades de datos personales también amenazan con convertirse en un factor importante de invasión de la privacidad individual.

Esta situación global representa un reto sin precedentes para la humanidad y, sin duda, las luchas por la salud desempeñarán un papel esencial en la movilización popular necesaria para hacerle frente.

2 Adición de la redacción a la versión española (03/01/2022).



EL IMPACTO DE
LA GLOBALIZACIÓN
EN LA SALUD DE LAS
PERSONAS

Vivimos hoy en un mundo profundamente desigual en el que el capital financiero, respaldado por el poder tecnológico y militar, influye decisivamente en toda la gama de actividades humanas en la mayor parte del planeta. El capitalismo está experimentando una crisis prolongada y está forzando cambios estructurales en el sistema económico mundial para perpetuar su hegemonía.

Estos cambios están devastando los medios de vida de las personas en todos los continentes. También están promoviendo conflictos y guerras en diferentes partes del mundo, a la vez que el propio planeta se encuentra al borde de una catástrofe como resultado de la explotación irracional de sus recursos a manos del modelo “extractivista” de desarrollo capitalista³.

Incapaz de escapar de la crisis a la que se enfrenta, el sistema capitalista, en su funcionamiento tanto a nivel global como a nivel regional y local, está adoptando políticas cada vez más agresivas que agravan la actual crisis económica, ecológica y humanitaria. A través de la creciente financierización de la economía mundial, que está produciendo una concentración cada vez mayor de la riqueza así como de la desigualdad; a través de reglas comerciales globales y regionales inequitativas y también, a menudo, a través del fomento directo de las guerras, el capitalismo está tratando de transferir la carga de la crisis a los pueblos de distintas regiones del mundo. Asimismo, está favoreciendo, en muchas partes del mundo, regímenes extremadamente autoritarios que combinan el desmantelamiento de la democracia con la potenciación de fuerzas sectarias y fundamentalistas.

El principal motivo de las intervenciones en terceros países por parte de los países capitalistas avanzados, liderados por Estados Unidos, es asegurar el control de recursos naturales estratégicos. Las intervenciones militares, especialmente en la región árabe, tenían como objetivo inicial asegurar el control de las reservas de petróleo. Del mismo modo, en América Latina, las intervenciones dirigidas a desestabilizar los gobiernos elegidos democráticamente, buscan reafirmar la hegemonía sobre los recursos minerales

3 Para una exposición detallada del modelo extractivista de desarrollo véase: Acosta, A. (2012). Extractivismo y neoextractivismo: dos caras de la misma maldición. Disponible en: <https://cronicon.net/paginas/Documentos/paq2/No.23.pdf> (03/01/2022).

que son imprescindibles para la supervivencia de las industrias clave, tanto en el sector militar como en el civil.

La consecución de los recursos naturales, necesaria para la perpetuación de la producción capitalista basada en el “consumo desenfrenado”, tiene dos efectos principales, que contribuyen a la crisis sanitaria mundial: la proliferación de guerras ha provocado un flujo masivo de poblaciones refugiadas, que se ha convertido en una enorme crisis humanitaria. Al mismo tiempo, la sobreexplotación de los recursos naturales y el uso insostenible de los combustibles fósiles han precipitado una crisis ecológica de una magnitud sin precedentes.

La salud de las personas no depende únicamente de la disponibilidad de servicios sanitarios, sino que también está determinada por factores sociales, económicos y políticos que influyen en las condiciones de vida. El aumento de la desigualdad está empobreciendo a nuevos sectores de la población y el orden neoliberal está agravando aún más el impacto de la pobreza al erosionar constantemente los sistemas de protección social. La crisis capitalista también se manifiesta en el aumento del desempleo, especialmente entre la juventud. Las denominadas condiciones de empleo “flexibles” están sustituyendo a las formas anteriormente establecidas de seguridad laboral que aseguraban el acceso a una serie de servicios y beneficios sociales, incluido el acceso garantizado a los servicios sanitarios⁴.

Los medios de comunicación controlados por las empresas, cada vez más concentrados en unas pocas manos, contribuyen a legitimar el orden neoliberal e invisibilizar las movilizaciones y otras formas de resistencia popular contra las políticas neoliberales. El proyecto neoliberal intenta perpetuarse promoviendo ideas que privilegian la noción de que las soluciones han

4 Véase el informe pertinente de la OIT: Organización Internacional del Trabajo (2016). Non-standard employment around the world: Understanding challenges, shaping prospects (El empleo atípico en el mundo: Retos y perspectivas). Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo. Disponible (en inglés) en: www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_534326/lang--en/index.htm (03/01/2022) – principales conclusiones disponibles en español en: www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_534522/lang--es/index.htm (03/01/2022).

de ser individuales, en contraposición con las acciones solidarias. En el caso de los servicios sanitarios, este ataque ideológico adopta la forma de propagación del concepto de que los servicios privados son más eficientes.

Como consecuencia de lo anterior, en todo el mundo se están privatizando los servicios públicos y se están subcontratando los servicios sanitarios a empresas privadas bajo el disfraz de las denominadas “asociaciones público-privadas”. La mercantilización de los servicios sanitarios, por la que éstos se convierten en una mercancía que se compra en el mercado, está haciendo que la asistencia sanitaria sea inaccesible para sectores cada vez más amplios de la población mundial, tanto en el Sur como en el Norte. Incluso en Europa, tras décadas de experiencia con un “estado del bienestar” funcional, los servicios públicos están siendo desmantelados. Los principales beneficiarios de la mercantilización de la sanidad son las megaempresas de seguros y los fabricantes de medicamentos y de dispositivos y equipos médicos.

LA GOBERNANZA MUNDIAL DE LA SALUD

La arquitectura mundial de la gobernanza, el comercio y la economía se está viendo determinada por los procesos de globalización neoliberal y, en consecuencia, la toma de decisiones y las políticas nacionales suelen estar sujetas a influencias mundiales. Esto es cierto también en el sector sanitario⁵, por lo que el advenimiento de la globalización marca un cambio en las instituciones y estructuras que gobiernan la salud a nivel mundial.

Varios acontecimientos nuevos han influido en las estructuras y procesos de la gobernanza mundial de la salud. El primero es la aparición del Banco Mundial como actor principal en el ámbito de la gobernanza sanitaria en los años 1980. En segundo lugar, la creciente importancia del comercio mundial en las relaciones internacionales, y su repercusión en la salud en diferentes situaciones y conjuntos de países, ha llevado a que la Organización Mundial del Comercio (OMC) y los acuerdos comerciales regionales

5 Woodward, D. / Drager, N. / Beaglehole, R. / Lipson, D. (2001). Globalization and health. A framework for analysis and action (La globalización y la salud: marco de análisis y acción). Boletín de la Organización Mundial de la Salud 79, 875–881. Disponible (en inglés) en: [www.who.int/bulletin/archives/79\(9\)875.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/79(9)875.pdf) (03/01/2022).

y bilaterales desempeñen un papel importante. En tercer lugar, las fundaciones privadas (como la Fundación Bill y Melinda Gates) que intervienen en el sector a través de asociaciones público-privadas y otras vías, se han convertido en grandes actores en materia de salud mundial. Por último, la erosión de la legitimidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en calidad de principal institución en la materia, ha hecho que los mecanismos de gobernanza mundial de la salud se alejen de los foros intergubernamentales.

Los mecanismos intergubernamentales están dando paso a las Alianzas Público-Privadas Globales (APPG). Se han puesto en marcha varios centenares de iniciativas de este tipo, con más de un centenar tan sólo en el sector de la salud (incluidas iniciativas de gran envergadura como, por ejemplo, Gavi, la alianza para las vacunas, y el Fondo Mundial). Las APPG se vienen desarrollando a partir de la idea de que la cooperación multilateral en el actual mundo globalizado ya no puede ceñirse al antiguo principio del multilateralismo, que implicaba principalmente a los Estados nacionales. Así pues, las asociaciones mundiales vienen adquiriendo una nueva significación, que no sólo incluye a los Estados nacionales, sino también a otras entidades, entre las que destacan las organizaciones comerciales, tales como las empresas farmacéuticas.

Estas nuevas asociaciones también cuentan cada vez más con el apoyo de fundaciones filantrópicas privadas. Las asociaciones con el sector privado y la sociedad civil se presentan, por lo tanto, como la forma de lograr lo que los gobiernos y las Naciones Unidas no pueden conseguir por sí solos⁶. Las APPG abordan lo que los economistas neoliberales califican de “fallos del mercado”, pero al mismo tiempo no cuestionan la fe fundamental en la capacidad del mercado para regular eficazmente el flujo mundial de bienes y servicios.

6 Martens, J. (2007). Multistakeholder Partnerships – Future Models of Multilateralism? Dialogue on Globalization (Asociaciones multiparticipativas: ¿futuros modelos de multilateralismo? Diálogo sobre la globalización), Occasional Papers, No. 29, enero de 2007. Berlín, Fundación Friedrich Ebert (Friedrich-Ebert-Stiftung).

Los países desarrollados, que aportan la mayor parte de las contribuciones financieras para el funcionamiento de la OMS, tienen hoy en día un cínico menosprecio de la capacidad de la OMS para estructurar la gobernanza mundial de la salud.

La legitimidad de la OMS se ha visto seriamente comprometida por su incapacidad para garantizar el cumplimiento de sus propias decisiones, tal y como se recogen en las distintas resoluciones aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud. Los países desarrollados, que aportan la mayor parte de las contribuciones financieras para el funcionamiento de la OMS, tienen hoy en día un cínico menosprecio de la capacidad de la OMS para estructurar la gobernanza mundial de la salud. Consideran que el proceso impulsado por los Estados miembros en el marco de la OMS (donde cada país tiene un voto) es un obstáculo para los intentos, por parte de los países desarrollados, de dar forma a la gobernanza sanitaria mundial, y prefieren recurrir a instituciones como el Banco Mundial y la OMC, donde dichos países pueden ejercer su influencia con mayor facilidad. Al igual que ocurre con muchas otras organizaciones de las Naciones Unidas, la financiación básica de la OMS ha quedado estancada debido a la congelación, de facto, de las contribuciones de los Estados miembros. Su presupuesto representa una pequeña fracción del gasto sanitario de los Estados miembros de renta alta. Además, una gran parte del gasto de la OMS (más del 80%) se realiza en forma de fondos condicionales y extrapresupuestarios, que los países contribuyentes destinan a proyectos específicos⁷.

Un análisis de las estructuras y dinámica de la toma de decisiones a nivel mundial revela el dominio de estructuras de poder arraigadas (mediante la acción de las naciones más poderosas, las instituciones de Bretton Woods, la filantropía privada y las grandes empresas transnacionales) y un déficit democrático en las estructuras y dinámicas de la gobernanza sanitaria mundial. Dichas estructuras de poder también operan directamente por medio de los acuerdos comerciales bilaterales y regionales,

⁷ WHO Watch (2014). WHO Reforms: For what purpose? (Reformas de la OMS: ¿Para qué?), en: WHO Watch (ed.) (2014). Global Health Watch 4. Londres, Zed Books, 247–266. Disponible (en inglés) en: www.ghwatch.org/sites/www.ghwatch.org/files/D1_1.pdf (04/01/2022).

así como por medio de las operaciones de asistencia bilateral relacionada con la salud y por medio del asesoramiento y la influencia directos. Bajo muchos aspectos, los resultados normativos, financieros y políticos de este sistema reflejan un desequilibrio entre, por un lado, los intereses de un número limitado de gobiernos nacionales e instituciones mundiales, muchas de ellas privadas, y, por otro, las necesidades y prioridades de la mayoría de la población mundial.

En el caso de los medicamentos, las estructuras de gobernanza mundial de la salud promueven actualmente una fuerte protección de la propiedad intelectual (PI). La defensa de una fuerte protección de la PI (es decir, normas más estrictas en materia de patentes) apunta a garantizar el poder de los monopolios y, por tanto, los intereses financieros de las empresas multinacionales (EMN) del sector farmacéutico situadas en Norteamérica y Europa. El Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), firmado en el marco de la Organización Mundial del Comercio (OMC) en 1995, fue impulsado por los países del Norte para beneficiar a sus empresas farmacéuticas. El ADPIC armonizó las leyes de propiedad intelectual en todo el mundo e impidió que países como la India persiguieran políticas independientes destinadas a frenar el poder monopolista de las EMN farmacéuticas. En los últimos años, los acuerdos comerciales bilaterales y plurilaterales en los que participan las potencias económicas más poderosas (la UE, EE.UU. y Japón) intentan ir más allá del ámbito de aplicación del ADPIC para aumentar aún más las normas de protección de la propiedad intelectual.

EL IMPACTO DE LAS POLÍTICAS NEOLIBERALES EN DISTINTOS PAÍSES

A la vez que la desigualdad aumenta en la mayoría de los países, muchos países de Europa presentan actualmente tasas de pobreza crecientes, y el número de personas sin seguridad social sigue aumentando. En España, por ejemplo, casi el 60% de la población no dispone de una cobertura adecuada de seguridad social⁸ y más de 3.000.000 pueden clasificarse como pobres. Incluso entre los que tienen empleo, los salarios son muy bajos y algunos/as trabajadores/as ganan tan sólo 300 a 400 euros al mes.

En toda Europa, la Unión Europea (UE) intenta promover sistemas armonizados que fomenten los mecanismos de mercado. Las normas de la UE, respaldadas por el Tribunal de Justicia de la Unión Europea, protegen la libertad de circulación de las personas, así como de los servicios, bienes y capitales. Esto garantiza la aplicación uniforme de políticas favorables al mercado en todos los países miembros de la UE y beneficia a las compañías de seguros y a los fabricantes de medicamentos y de dispositivos y equipos médicos. En los países relativamente menos desarrollados de la UE, como Croacia, las normas comunitarias influyen en la política sanitaria y privilegian los mecanismos de mercado y la privatización del sistema sanitario. Los mecanismos armonizados son especialmente problemáticos habida cuenta de que no todos los países de la UE tienen sistemas sanitarios similares y existen grandes variaciones en los modelos de financiación. La libre circulación de servicios en la UE permite la prestación transfronteriza de servicios médicos, dentales y de otro tipo. Si bien esto ofrece una posibilidad de elección a los/as pacientes, también otorga a los proveedores de asistencia, incluidos los del sector privado, la oportunidad de conseguir pacientes y contratar a personal sanitario de todo el continente. Estas normas también promueven el “turismo médico”, que consiste funda-

16 /

⁸ Véase la hoja informativa pertinente sobre España del Centro de Derechos Económicos y Sociales: (2015). Spain – Visualizing Rights: A Snapshot of Relevant Statistics on Spain (Fact Sheet No. 14) (España – Visualizar los derechos: Un vistazo a las estadísticas pertinentes sobre España – Hoja informativa nº 14). Disponible (en inglés) en: www.cesr.org/sites/default/files/FACTSHEET_Spain_2015_web.pdf (04/01/2022).

mentalmente en atender las necesidades sanitarias de quienes pueden comprar en el mercado la asistencia que precisan, en lugar de atender las necesidades reales de los/as pacientes locales. Así, en Croacia, el gobierno apoya el desarrollo del turismo médico y las inversiones públicas en turismo médico son desproporcionadamente más elevadas que el apoyo a los hospitales públicos. Muchos de estos últimos están endeudados y luego se les acusa de prestar servicios de mala calidad.

El desequilibrio en las relaciones de poder – tanto político como financiero – entre los Estados miembros de la UE también caracteriza los acuerdos comerciales que favorecen desproporcionadamente los intereses de los países más desarrollados, y especialmente de sus empresas, y que también tienen un impacto en la atención sanitaria al promover activamente la mercantilización de los servicios del sector. Un ejemplo de este tipo de acuerdos comerciales es el Acuerdo Económico y Comercial Global (CETA)⁹, que la UE y Canadá negociaron en secreto entre 2009 y 2014.

En muchos países europeos, como Francia y el Reino Unido, se observan claramente intentos de debilitar los sistemas públicos, privatizando para ello los hospitales estatales por medio de asociaciones público-privadas. Es más, en Francia, por ejemplo, se están habilitando vías para otorgar el control de las mutuas de salud al sector privado, con objeto de beneficiar

/ 17

a las compañías privadas de seguros médicos. Las instituciones financieras y políticas mundiales y regionales están asumiendo hoy en día el papel que legítimamente deberían desempeñar los gobiernos soberanos elegidos democráticamente. Sin embargo, el poder que ejerce la Troika (FMI, Banco Central Europeo y Comisión Europea) sobre la toma de decisiones democráticas en los países europeos se está desafiando mediante la creación de Redes Europeas que coordinan la resistencia a las políticas y condicionamientos impuestos por la UE y la Troika en países como España, Bélgica, Italia y Francia.

⁹ Para un análisis más detallado del CETA, véase: Corporate Europe Observatory (2016). The great CETA swindle (La gran estafa del CETA). Bruselas, Corporate Europe Observatory. Disponible (en inglés) en: <https://corporateeurope.org/en/international-trade/2016/11/great-ceta-swindle> (04/01/2022).

Grecia ofrece un claro ejemplo de cómo la toma de decisiones sobe- ranas en los países está siendo suplantada por poderosas instituciones mundiales y regionales que pretenden imponer la hegemonía del capital sobre el bienestar humano. Desde el inicio de la crisis económica en Grecia, la Troika introdujo medidas radicales de austeridad y otras reformas, tales como recortes radicales del gasto público, aumento drástico de los impuestos, reducción de las prestaciones por desempleo, privatización de las infraestructuras públicas, etc. Dichas medidas han afectado a todos los indicadores sociales¹⁰. En 2016, el 35,6% de la población total (3,8 millones de personas) estaba en riesgo de pobreza o exclusión social, mientras que ocho años antes el mismo índice se situaba en el 28,1%.

La experiencia histórica demuestra que en tiempos de austeridad es necesario reforzar el sistema sanitario público con objeto de evitar un fuerte deterioro del estado de salud de la población. Sin embargo, los diktats de la UE en Grecia obligaron a los gobiernos a seguir aplicando un programa de reforma sanitaria dirigido a mantener el gasto sanitario público en un nivel igual o inferior al 6% del PIB (en 2007 el gasto sanitario de Grecia era del 9,6% del PIB)¹¹. Esto ha provocado un aumento del gasto de

octubre de 2017, de que la deuda de 100 hospitales públicos y otros servicios sanitarios públicos había sido comprada por un banco italiano.

Como ya mencionamos anteriormente, la crisis de las personas refugiadas, provocada por el recrudecimiento de los conflictos en la región árabe, ha precipitado una enorme crisis humanitaria. La respuesta a esta crisis, que también conlleva una crisis sanitaria entre las poblaciones refugiadas, ejemplifica cómo el neoliberalismo se contrapone intrínsecamente a los servicios públicos. La Comisión Europea ha dedicado más de 500 millones de euros a financiar los costes incurridos por Grecia para el control de las fronteras y los programas de protección de las personas refugiadas. La mayor parte de este dinero se ha destinado, no a reforzar el sistema sanitario público de dicho país, sino a apoyar programas verticales paralelos de atención primaria, dirigidos por ONG internacionales o nacionales, que desarrollan su actividad principalmente en los campos de refugiados/as.

los/as

ciudadanos/as en sanidad, con un incremento de los copagos en medicamentos de hasta el 25%. Los hogares se ven abocados a la pobreza para poder acceder a los servicios sanitarios o se ven obligados a prescindir de los mismos. Para entender quiénes han sido los verdaderos beneficiarios de la reducción del gasto público, basta recordar la noticia, difundida en

¹⁰ Kondilis, E. / Giannakopoulos, S. / Gavana, M. / Ierodiakonou, I. / Waitzkin, H. / Benos, A. (2013). Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case (Crisis económica, políticas restrictivas, salud de la población y atención sanitaria: el caso griego). *American Journal of Public Health* 103(6), 973–979. Disponible (en inglés) en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3698730 (04/01/2022).

¹¹ Gouvalas, A. / Igoumenidis, M. / Theodorou, M. / Athanasakis, K. (2016). Cost-Sharing Rates Increase During Deep Recession: Preliminary Data From Greece (Las tasas de participación en los gastos aumentan durante la recesión profunda: Datos preliminares de Grecia). *International Journal of Health Policy and Management* 5(12), 687–692. Disponible (en inglés) en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5144875 (04/01/2022).



LAS
DIMENSIONES
SOCIALES DE
LA SALUD

Con demasiada frecuencia, incluso entre los grupos y organizaciones activos en la lucha por la salud, la concepción dominante es que los servicios sanitarios son los principales responsables de la mejora de la salud de las personas y las comunidades. Sin embargo, está fehacientemente comprobado que los principales factores que afectan a nuestra salud son las condiciones socioeconómicas en las que nacemos, crecemos, vivimos, trabajamos y envejecemos. Estudios epidemio- lógicos fundacionales demostraron en su momento que las tasas de mortalidad de la mayoría de las enfermedades mortales del siglo pasado disminuyeron de forma pronunciada mucho antes de que la medicina moderna fuera capaz de detectar el patógeno responsable, o de descubrir una vacuna o un tratamiento eficaz para la enfermedad de que se trataba^{12,13}.

12 McKinlay, J. B. / McKinlay, S. M. (1977). The Questionable Contribution of Medical Measures to the Decline of Mortality in the United States in the Twentieth Century (El dudoso aporte de las medidas médicas al descenso de la mortalidad en Estados Unidos en el siglo XX). *The Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society* 55(3), 405–428.

13 McKeown, T. / Record, R. G. (1962). Reasons for the Decline of Mortality in England and Wales during the Nineteenth Century (Razones del descenso de la mortalidad en Inglaterra y Gales durante el siglo XIX). *Population Studies* 16(2), 94–122.

El enfoque integral de la Atención Primaria de Salud (APS)¹⁴ enunciado en la Conferencia de Alma-Ata, en 1978, reconoce claramente este hecho al afirmar que:

“El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.”¹⁵

En años más recientes, la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) documentó el impacto que tienen el reparto de recursos y las condiciones de vida en las desigualdades sanitarias, tanto dentro de los países como entre ellos. El informe final, “Cerrar la brecha en una generación”, afirma que la salud y la enfermedad no se distribuyen de forma equitativa en la sociedad, y que la enfermedad afecta de forma desproporcionada a quienes tienen menos acceso a recursos como la alimentación, el agua potable y un medio ambiente saludable, la educación, un trabajo seguro y estable, y sistemas de bienestar solidarios. Sin dejar de ser conscientes de la necesidad de proporcionar a las personas enfermas un acceso adecuado a servicios sanitarios integrales, también debemos prestar atención a los medios

14 La APS integral incluye: la educación sobre los problemas de salud existentes y los métodos para prevenirlos y controlarlos; la promoción del suministro de alimentos y una nutrición adecuada; un suministro adecuado de agua potable y sistemas de saneamiento básico; la atención sanitaria materno-infantil, incluida la planificación familiar; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y el control de las enfermedades endémicas locales; el tratamiento adecuado de las enfermedades y lesiones comunes; y el suministro de medicamentos esenciales. La APS implica, además del sector sanitario, a todos los sectores y aspectos relacionados con el desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la ganadería, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores; y exige esfuerzos coordinados por parte del conjunto de dichos sectores.

15 OMS (1978). Declaración de Alma-Ata. Disponible en: www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf (04/01/2022).

oportunos para reducir la carga de enfermedad innecesaria vinculada a la injusticia social. De hecho, como dice el informe de la CDSS:

“[La] combinación tóxica de malas normas, una mala economía y una mala vida política es, en gran medida, responsable de que la mayoría de la gente en el mundo no disfrute del buen estado de salud que es biológicamente posible [...]. La injusticia social está matando a la gente a gran escala.”¹⁶

IMPACTO ESTIMADO DE LOS FACTORES DETERMINANTES EN EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN¹⁷

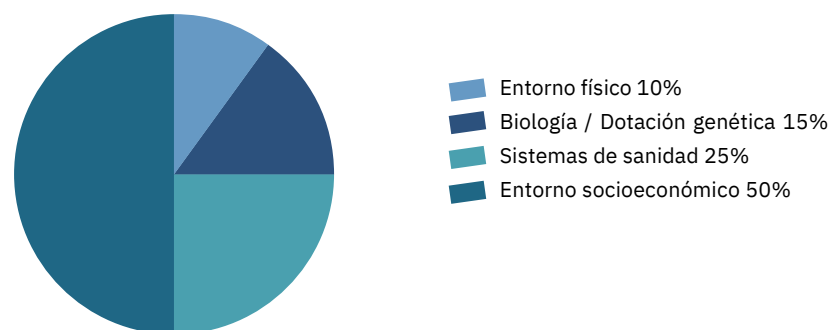


Figura 1 / Fuente:

Instituto Canadiense de Investigación (2002).

“Health Canada” (departamento federal responsable de la política de sanidad), “Population and Public Health Branch” (Subdivisión de Población y Salud Pública), AB/NWT

¹⁶ OMS (2008). Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health (Cerrar la brecha en una generación: equidad en salud mediante la acción sobre los determinantes sociales de la salud), 1ª edición. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, p. 246. Disponible (en inglés) en: www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf (04/01/2022).

¹⁷ Kuznetsova, D. (2012). Healthy Places: Councils leading on public health (Lugares saludables: Los ayuntamientos lideran la salud pública). Londres, New Local Government Network. Disponible (en inglés) en: www.newlocal.org.uk/publications/healthy-places-councils-leading-on-public-health (04/01/2022).

Si consideramos la cuestión desde la perspectiva de los movimientos sociales, hay dos importantes concepciones complementarias que pueden ayudar a forjar una unidad más amplia en nuestras luchas. Ambas están arraigadas en una visión de la salud como algo que está profundamente vinculado con los aspectos políticos, económicos, culturales y sociales que conforman nuestras vidas.

La primera concepción se centra no sólo en los factores que inciden en la salud, sino en los procesos que determinan la desigual distribución de dichos factores en la sociedad. En otras palabras, el énfasis no está en “determinantes” específicos de la salud, sino en la “determinación” global de la salud. Al desarrollar el concepto de “determinación” de la salud, los académicos y activistas del movimiento de la medicina social de América Latina argumentan que determinados sistemas socioeconómicos y políticos (y las personas o los grupos que tienen interés en mantenerlos y/o obtienen beneficios de ellos) son responsables de generar desigualdades en la sociedad, las cuales también se traducen en desigualdades en salud¹⁸. Hay que cuestionar y abordar la manera en que están organizadas nuestras sociedades y las dinámicas de poder que las conforman. Tenemos que preguntarnos por qué tenemos desigualdades en la salud, y no sólo cómo distintos “determinantes” propician la desigualdad en la salud.

Un reciente informe de Oxfam pone de relieve que tan sólo ocho hombres poseen una riqueza equivalente a la de la mitad de la población más pobre del mundo, lo que corrobora el hecho de que la desigualdad mundial va en aumento¹⁹. El informe afirma que “el modelo económico y los principios que rigen su funcionamiento nos han llevado a esta situación que se ha vuelto extrema, insostenible e injusta”, un proceso que se ha ido acelerando desde la implantación de las políticas neoliberales a principios de

¹⁸ Rocha, P. M. da / David, H. M. S. L. (2015). Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Febrero de 2015, 49(1), 129–135. Disponible (en portugués) en: www.scielo.br/j/reeusp/a/4Ndw5mtQzq4DG67WgZmFxRj/?lang=pt&format=html (04/01/2022).

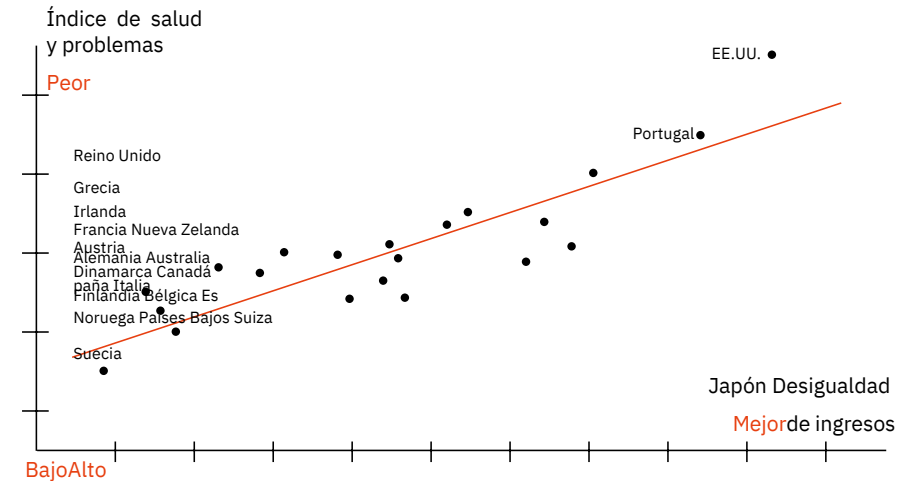
¹⁹ Hardoon, D. (2017). Una economía para el 99%. Oxfam International. Disponible en: www.oxfam.org/es/informes/una-economia-para-el-99 (04/01/2022).

los años 1980. Por otro lado, las pruebas epidemiológicas demuestran que la desigualdad está asociada a condiciones sanitarias y sociales adversas (véase la figura 2).

Además de generar desigualdades, el sistema económico y político vigente tiene efectos perjudiciales sobre varios determinantes de la salud, entre ellos el medio ambiente (aumento de la contaminación, cambio climático, acumulación de residuos tóxicos, etc.), el agua, la tierra y los servicios públicos (mediante la creciente privatización y el desmantelamiento de los sistemas públicos y/o solidarios). En todos estos sectores, el desnivel social entre los que tienen más recursos y los que tienen menos está siempre en juego.

Por ejemplo, se puede emplear el concepto de “racismo medioambiental” para describir las consecuencias desiguales del cambio climático y la degradación del medio ambiente en las comunidades más pobres y marginadas. Del mismo modo, la llamada “ley de atención inversa” (o cuidados inversos) describe la relación inversa entre las necesidades de salud de la población y los recursos sanitarios disponibles para atenderlas. Es importante destacar que las relaciones de poder operan en el ámbito de varias divisiones sociales, tales como la clase, el género y la raza. Y, de forma bastante problemática, la asistencia sanitaria intensiva en tecnología, de la que dependemos cada vez más, está profundamente arraigada en este sistema y en la dinámica de poder, y es uno de los sectores más lucrativos de nuestro tiempo (las inversiones en productos farmacéuticos y médicos están en constante aumento).

RELACIÓN ENTRE LA DESIGUALDAD DE INGRESOS Y LOS PROBLEMAS SANITARIOS Y SOCIALES EN LOS PAÍSES DE RENTA ALTA



Índice de: Esperanza de vida; Aprendizaje matemático y alfabetización
Mortalidad infantil; Homicidios; Encarcelamiento; Madres adolescentes; Confianza;
Obesidad Enfermedades mentales, incluida la adicción a las drogas y al alcohol
Movilidad social

Figura 2 / Fuente: Wilkinson, R. G. / Pickett, K. (2009)20

20 Wilkinson, R. G. / Pickett, K. (2009). The spirit level: why more equal societies almost always do better (El nivel de burbuja: por qué las sociedades más igualitarias casi siempre obtienen mejores resultados). Londres, Allen Lane, p. 330.

Un segundo aporte importante al enfoque social de la salud procede de los movimientos indígenas de América Latina y su (cosmo)visión del Buen Vivir o Sumak Kawsay (véase la figura 3). Esta idea se basa en la interdependencia de la vida humana y la vida de todos los seres de la Tierra, incluida la propia Tierra. Este enfoque holístico nos ayuda a construir una visión poderosa y unitaria de los procesos que perjudican nuestra salud y que, al mismo tiempo, amenazan la posibilidad misma de la vida en (y del) planeta. Además, esta perspectiva nos ayuda a re-nectarnos con la tierra y el territorio en el que vivimos, disminuyendo así nuestra dependencia mental y física de un sistema de producción perjudicial. Semejante concepción puede parecer utópica y poco realista a la luz, por ejemplo, de la creciente urbanización de la población mundial. Sin embargo, el auge de las formas de autoorganización para la producción y distribución de alimentos ecológicos, y la supervivencia de sistemas solidarios que funcionan en paralelo a la sociedad de mercado, demuestran que las alternativas no sólo son posibles, sino que ya existen en la realidad de los hechos.

UNA REPRESENTACIÓN VISUAL DEL ENFOQUE DEL “BUEN VIVIR”



Figura 3 / Fuente: criticallegalthinking.com

En resumen, la adopción de una perspectiva de la salud basada en sus dimensiones sociales ofrece importantes ventajas:

1. Aumenta nuestra capacidad para comprender por qué la mala salud afecta de forma desproporcionada a algunos individuos y grupos sociales, es decir, la capacidad para determinar las denominadas “causas profundas” de la enfermedad. Poner nombre a los procesos en curso, y a quiénes se aprovechan de esta situación, nos ayuda a relacionar nuestra lucha con todos aquellos que aspiran a un sistema socioeconómico y político enraizado en la justicia social y la sostenibilidad medioambiental.
2. Al hacer hincapié en las “causas de las causas”, podemos concentrarnos en lo que se necesita para mantener a las personas sanas antes de (y además de) preocuparnos por cómo atenderlas una vez que están enfermas. Queda mucho por hacer en materia de promoción de la salud y prevención de enfermedades, tanto en términos de investigación (por ejemplo, sobre las causas ambientales de las enfermedades) como en lo referente a aplicar los conocimientos existentes (por ejemplo, los epidemiólogos del Reino Unido han abogado por una fiscalidad más progresiva, como la medida potencialmente más eficaz para reducir las desigualdades en materia de salud).
3. Al encuadrar el problema como un problema social, podemos empezar a reflexionar sobre las interconexiones existentes entre el actual sistema de producción y el actual paradigma de la medicina moderna, que se basa casi por completo en soluciones biomédicas. Esto, a su vez, está relacionado con la mercantilización de la salud. Aunque no cabe duda de que la tecnología médica ha mejorado las condiciones de vida y ha aumentado la esperanza de vida, también está demostrado que, más que la preocupación por la salud y la justicia social, lo que impulsa la investigación y el desarrollo en materia de salud es la búsqueda de ganancias. Los movimientos populares deben abordar la cuestión de cómo desvincular la investigación sanitaria y la prestación de servicios sanitarios del ánimo de lucro. Tanto la investigación sanitaria como los servicios de salud han de considerarse bienes públicos que deben estar claramente bajo el control de la población.

Hay ejemplos positivos de iniciativas para llevar estas ideas a la práctica. En América Latina se han desarrollado redes que trabajan en la protección y promoción de la medicina ancestral basada en plantas como forma de tratar dolencias comunes por medios controlados por la propia población, estrechamente vinculados a la soberanía alimentaria y a la protección y seguridad del medio ambiente. La preservación de formas de vida culturales, ambientales y sociales que no se basan en los principios del mercado es clave para la promoción y protección de la salud de la población.

En países como Grecia, España e Italia, muchos de los centros solidarios de atención primaria, surgidos tras la crisis económica y el desmantelamiento del Estado del bienestar, cuestionan el enfoque biomédico y están profundamente interrelacionados con los movimientos de solidaridad que actúan para proteger el medio ambiente, unas condiciones de trabajo seguras y dignas, la soberanía alimentaria, y los derechos y la dignidad para todos los seres humanos.

Las clínicas solidarias son proyectos políticos. Su objetivo no es sólo proporcionar asistencia sanitaria ambulatoria a los/as pacientes sin seguro, sino que también ejercen presión sobre los estamentos políticos para garantizar una asistencia sanitaria universal y gratuita. Las clínicas han creado una economía solidaria que se sustenta con donaciones de dinero y de productos. La solidaridad se entiende como una acción no jerárquicamente organizada, y no como un gesto de filantropía. Aquí las relaciones de solidaridad se entienden como relaciones de resistencia y rebelión contra la desigualdad y el racismo, y contra un orden económico injusto que nos perjudica a todos y todas.

CONSEJOS PARA MANTENER LA SALUD SEGÚN UN ENFOQUE DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

DIEZ CONSEJOS PARA MEJORAR LA SALUD (Donaldson 1999)

- 1 No fumes. Si puedes, déjalo.
Si no puedes, fuma menos.
- 2 Sigue una dieta equilibrada, con mucha fruta y verdura.
- 3 Mantente físicamente activo/a.
- 4 Gestiona el estrés – por ejemplo, entablando un diálogo constructivo y dedicando tiempo a relajarte.
- 5 Si bebes alcohol, hazlo con moderación.
- 6 Protégete del sol y, en especial, protege a los/as niños/as de las quemaduras solares.
- 7 Practica el sexo seguro.
- 8 Aprovecha las oportunidades de detección del cáncer.
- 9 Mantente seguro en las vías públicas: respeta el Reglamento de Circulación.
- 10 Aprende el ABC de los primeros auxilios: vías respiratorias, respiración, sistema cardiovascular.

DIEZ CONSEJOS PARA MANTENERSE SANO (Gordon 1999)

- 1 No seas pobre. Si puedes, deja de serlo. Si no puedes, intenta no ser pobre durante mucho tiempo.
- 2 No tengas progenitores pobres.
- 3 Ten coche propio.
- 4 No trabajes en un empleo manual estresante y mal pagado.
- 5 No vivas en una casa húmeda y de baja calidad.
- 6 Ten suficiente dinero para irte de vacaciones al extranjero a tomar el sol.
- 7 Practica cómo no perder el empleo y no quedarte en el paro.
- 8 Aprovecha todas las ayudas a las que tengas derecho si estás en paro, jubilado, enfermo o discapacitado.
- 9 No vivas al lado de una carretera principal con mucho tráfico o cerca de una fábrica contaminante.
- 10 Aprende a rellenar los complejos formularios de solicitud de ayudas a la vivienda o de asilo antes de quedarte sin hogar y en la indigencia.

LA / 33
MERCANTILIZACIÓN
DE LA SANIDAD:
EL RETO AL QUE
SE ENFRENTAN LOS
SISTEMAS SANITARIOS



La OMS define el sistema sanitario de un país como el conjunto de todas las organizaciones, recursos y personas cuyo objetivo principal es mejorar la salud de las personas.

Los sistemas sanitarios suelen estar compuestos por subsistemas: un sistema público financiado con impuestos o cotizaciones sociales; un sistema privado sin ánimo de lucro (gestionado por asociaciones, organizaciones benéficas, ONG, etc.); y (en la mayoría de los países) un sistema privado con ánimo de lucro o comercial. En algunos contextos, los sistemas de sanidad también incluyen la medicina tradicional y el sector informal (véase el recuadro).

Una característica de la mayoría de los sistemas sanitarios es el gran número de actores y grupos de interés implicados en ellos: autoridades políticas e instituciones públicas nacionales, regionales o locales; personas usuarias/pacientes; ciudadanos/as contribuyentes; profesionales de la salud (médicos/as, enfermeros/as, otros trabajadores y trabajadoras sanitarios, especialistas en química, personal técnico y administrativo); empresas y compañías de seguros; y organizaciones benéficas o sin ánimo de lucro.

34 / A pesar de existir variaciones, debidas principalmente a diferencias históricas, los sistemas sanitarios de la mayoría de los países se enfrentan hoy día a problemas similares, estrechamente relacionados con la creciente mercantilización de la salud.

Si bien la salud se ha convertido en una mercancía que se comercializa a través del mercado, esto también ha provocado un aumento de los recursos humanos y financieros dedicados a la asistencia sanitaria. El gasto en salud representa alrededor del 10% del PIB mundial, es decir, alrededor de 8 billones de dólares.

La proporción del gasto público en salud representa alrededor del 60% de esta cantidad.²¹ Hay varios actores poderosos que se benefician de la mercantilización de la salud, entre ellos las grandes empresas farmacéu-

²¹ Estas cifras pueden diferir significativamente de un país a otro. Sin embargo, nos permiten hacernos una idea del tamaño del sector sanitario y, por consiguiente, estimar su importancia estratégica. Hay que tener presente que existen grandes desigualdades en materia de salud entre los países y dentro de ellos.

ticas, las instalaciones privadas que prestan atención médica (hospitales, clínicas y laboratorios privados), e incluso los fondos de inversión y los bancos. Dichos beneficiarios han impulsado políticas y legislaciones locales, nacionales e internacionales que promueven la mercantilización de la salud.

La estrategia empleada para impulsar una mayor mercantilización de la sanidad funciona a dos niveles:

1. A través de la mercantilización de varias dimensiones de la salud y de las necesidades sociales, lo que influye tanto en la salud como en la atención sanitaria;
2. A través de la captación de recursos públicos o socializados, por parte de proveedores de atención sanitaria que operan con ánimo de lucro, compañías de seguros comerciales e inversores privados.

MERCANTILIZACIÓN Y PRIVATIZACIÓN

En la actualidad, la propaganda constantemente difundida por los partidarios del neoliberalismo trata de promover una concepción de la salud y del cuerpo humano basada en el principio de que todas las actividades humanas pueden convertirse en relaciones contractuales de carácter mercantil. El proceso de mercantilización se extiende más allá de la asistencia sanitaria para incluir otros aspectos sociales que determinan la salud²². Mediante esta estrategia, que se desarrolla en el plano cultural e ideológico, se están transformando los procesos institucionales y las prácticas sanitarias.

En consecuencia, han tomado forma nuevas prácticas y conceptos que contribuyen a convertir la salud y la asistencia sanitaria en una mercancía: por ejemplo, la “estandarización” de las intervenciones médicas (a través de las políticas de “reforma” de los hospitales, el principio de “pago por uso”, etc.); la promoción de la noción de que la mala salud y la enfer-

²² Aunque la calidad y la accesibilidad a un sistema de atención médica son esenciales, este último sólo contribuye en una cuarta parte a la salud. Los aspectos sociales (ingresos, educación, alimentación, vivienda) y los factores ambientales y biológicos determinan las otras tres cuartas partes.

medad son meras condiciones individuales y que sólo influyen los factores médicos; y las técnicas de gestión (gestión de recursos humanos, formación profesional, creación de indicadores). Todo ello está transformando la asistencia en una relación comercial entre un proveedor (profesional sanitario, institución asistencial) y un comprador (paciente o “cliente”)²³.

La globalización de la economía mundial y los mecanismos de gobernanza global (convenios, leyes internacionales, acuerdos comerciales) están teniendo un profundo impacto en la salud, incluso a nivel local.

De este modo, el capital privado aumenta continuamente su “cuota de mercado” en las actividades relacionadas con la provisión de atención sanitaria. Ello ocurre, por ejemplo, a través de la promoción de los seguros privados (cobertura básica o seguros complementarios), a través de la oferta de atención por parte de empresas comerciales (mediante la subcontratación, en los hospitales, de actividades tales como la limpieza, la restauración o los servicios de diagnóstico por la imagen), a través del fomento de las inversiones privadas en servicios sanitarios (asociaciones público-privadas), y mediante la creación agresiva de mercados para diferentes productos médicos. En definitiva, con objeto de establecer un control total sobre el “mercado” de la salud, se están instituyendo cambios fundamentales en los sistemas de salud por medio de cambios legislativos que apuntan a minimizar el papel del Estado y de los servicios de salud proporcionados sin ánimo de lucro.²⁴

Por otro lado, la globalización de la economía mundial y los mecanismos de gobernanza global (convenios, leyes internacionales, acuerdos comerciales) están teniendo un profundo impacto en la salud, incluso a nivel

local. Las cuestiones relacionadas con la salud y la atención sanitaria están supeditadas a las estructuras y los mecanismos de gobernanza mundial, a su vez dominados por poderosos actores comerciales (empresas transnacionales, bancos, fondos de inversión) que reciben apoyo político en los niveles más altos.

“TERAPIA DE CHOQUE”

Está demostrado que el capital privado sale ganando cuando los sistemas sociales y sanitarios están en crisis y aumentan las dificultades económicas de la población (véase el recuadro).

En estas situaciones, el Estado y las instituciones públicas encuentran difícil mantener el apoyo financiero necesario para proporcionar servicios sanitarios integrales. Tampoco son capaces de movilizar los recursos adicionales necesarios para hacer frente a nuevas patologías, a las necesidades de una población que envejece o las afecciones asociadas al estilo de vida, ni los recursos necesarios para utilizar nuevas tecnologías médicas y farmacéuticas.

En consecuencia, las entidades comerciales con ánimo de lucro penetran en sectores que ya no cuentan con el apoyo del Estado. Así, las empresas privadas “compiten” con los proveedores públicos en un “mercado” de servicios sanitarios. En dicho mercado, los proveedores privados tienen varias ventajas, ya que son capaces de reducir los costes de manera más agresiva, recortando para ello los salarios y recurriendo a prácticas poco escrupulosas, tales como rebajar la calidad de la atención. Además, impulsan intervenciones y productos médicos innecesarios, con lo que en realidad aumentan los costes de la atención asumidos por los/as pacientes.

Éstos/as suelen carecer de conocimientos e información para poder elegir entre las intervenciones privadas y las públicas, y son muy vulnerables a las tácticas de marketing (a menudo poco éticas) empleadas por las instituciones privadas. Con el tiempo, los proveedores privados acaparan una “cuota de mercado” cada vez mayor y en muchas situaciones acaban convirtiéndose en el proveedor dominante.

²³ Estas tendencias son más pronunciadas en los hospitales, dado el tamaño de estas instituciones, la diversidad de profesiones sanitarias, la especialización de las consultas y la considerable financiación necesaria para acceder a tecnologías médicas y farmacéuticas costosas.

²⁴ Para más detalles sobre los procesos y formas de privatización, véase: Kondilis, E. (2016). Privatization of healthcare in Europe (La privatización de la asistencia sanitaria en Europa). Disponible (en inglés) en: [https://healthcampaignstogether.com/pdf/Kondilis%20\(2016%20Brussels\)%20Healthcare%20privatization.pdf](https://healthcampaignstogether.com/pdf/Kondilis%20(2016%20Brussels)%20Healthcare%20privatization.pdf) (06/01/2022).

POSIBLES COMBINACIONES DE FINANCIACIÓN Y PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN LOS SECTORES PÚBLICO Y PRIVADO

	PROVISIÓN PÚBLICA	PROVISIÓN PRIVADA SIN ÁNIMO DE LUCRO	PROVISIÓN PRIVADA CON ÁNIMO DE LUCRO
FINANCIACIÓN PÚBLICA	A) Ingresos fiscales genéricos utilizados para la provisión pública directa	B) Cotizaciones a la seguridad social utilizadas para comprar los servicios de proveedores no comerciales	C) Ingresos generales utilizados para adquirir los servicios de proveedores comerciales privados
FINANCIACIÓN PRIVADA	D) Cuotas pagadas por el uso privado de instalaciones públicas	E) Cuotas pagadas por los usuarios de instalaciones no comerciales	F) Pagos de seguros privados a proveedores por consultas privadas

Fuente: Grupo especial de la OMS sobre economía de la salud (1995) en Elias Kondilis (2016). Privatization of healthcare in Europe (La privatización de la asistencia sanitaria en Europa)

38 /

Hay que destacar que la infrafinanciación de los servicios sanitarios por parte del Estado, con la que se abren oportunidades para las empresas privadas, es a menudo una táctica deliberada empleada por los Estados sometidos a la influencia de las políticas neoliberales. Éstas fomentan la disminución de las cotizaciones a la seguridad social y de los impuestos que pagan las empresas y las personas adineradas, y son indulgentes con el fraude fiscal y la evasión de impuestos por parte de los estratos sociales más ricos. La corrupción y las malas prácticas de gestión en los servicios públicos también socavan la eficacia de éstos. La conjunción de estas tendencias se traduce en una reducción del presupuesto estatal destinado a los servicios públicos, lo cual a su vez abre las puertas a la institucionalización de un sistema que convierte la salud en una mercancía, fomenta la comercialización de la atención sanitaria y bene-

ficia a las organizaciones de gestión sanitaria privadas, las compañías de seguros y las empresas farmacéuticas²⁵.

LOS LÍMITES DE LA PRIVATIZACIÓN²⁶

Por razones evidentes, la capacidad del sector comercial para ofrecer una atención sanitaria completa y accesible a todos los ciudadanos y ciudadanas tiene límites. Las personas que más necesitan cuidados – personas ancianas, niños/as pequeños/as, pacientes de enfermedades mentales o crónicas, a menudo pobres – no pueden, por lo general, pagar el “precio de mercado”.

Para ser rentable, el sector comercial necesita financiación pública o socializada con objeto de ampliar su ámbito de actuación más allá de una minoría de personas adineradas que pueden permitirse el coste total de la atención privada. Es decir que, aunque compite con los servicios públicos por una “cuota de mercado”, el sector comercial también accede a apoyo financiero a través de recursos públicos o socializados.

Además, el sector comercial es reticente a prestar ciertos servicios a todos los/as pacientes, dada la incertidumbre sobre las ganancias que dependen de la capacidad de las personas para pagar el coste total de la atención privada y del hecho de que los procedimientos médicos pueden resultar muy caros. Así es mucho más rentable gestionar una clínica privada que un servicio de urgencias.

Al sector comercial le interesa promover una “segmentación” del sistema sanitario. Con este planteamiento, los “centros de excelencia” se separan y se privatizan, ya que son susceptibles de ofrecer mayores ganancias.

/ 39

²⁵ Para un debate sobre la estrategia del “shock”, véase un libro de Naomi Klein: Klein, N. (2012). La doctrina del shock: el auge del capitalismo del desastre. Barcelona, Planeta.

²⁶ Véase: Lister, J. (2016). Privatisation in all its guises (La privatización en todas sus formas). Disponible (en inglés) en: <https://healthcampaignstogether.com/pdf/Privatisation-in-all-its-guises.pdf> (06/01/2022).

Este modelo de funcionamiento fomenta el desarrollo de prioridades desequilibradas, y a las personas pobres o ancianas, a las más vulnerables, a la población inmigrante, y a muchos/as más, se les niega la atención.

IMPACTOS SOBRE EL TERRENO

A raíz de la privatización, la multiplicidad de operadores presentes en el sistema sanitario fragmenta los sistemas de atención, lo que dificulta aún más la gestión y la planificación coherentes e integradas. Se generan nuevos costes: gastos de funcionamiento, gastos de publicidad y promoción, pagos a accionistas, propietarios, titulares de patentes, etc.

Las dinámicas comerciales modifican la distribución de los recursos a favor de la necesidad de maximizar las ganancias y en detrimento de las verdaderas necesidades sociales en materia de salud (así, por ejemplo, la industria farmacéutica prefiere no invertir en la búsqueda de soluciones para la malaria, que afecta principalmente a las poblaciones pobres y endeudadas). Este modelo de funcionamiento fomenta el desarrollo de prioridades desequilibradas, y a las personas pobres o ancianas, a las más vulnerables, a la población inmigrante, y a muchos/as más, se les niega la atención.

Además, la mercantilización y el enfoque contractual de los cuidados sanitarios ponen en entredicho las aspiraciones y los principios de los/as profesionales de la salud, para quienes cuidar con dignidad (y eficacia) a un ser humano es un objetivo primordial. El enfoque taylorista de los cuidados (concebido para mejorar la eficiencia económica, es decir, para maximizar los lucros) compromete la capacidad del personal del sector sanitario para aplicar principios racionales y científicos en la atención, y para mostrar solidaridad e iniciativa cuando se enfrenta a situaciones difíciles.

Las condiciones de trabajo en el sector sanitario se están deteriorando. En sus frenéticos esfuerzos por suprimir los costes “superfluos”, el sector privado ejerce presión sobre los salarios, los horarios de trabajo, las prestaciones sociales, etc. Las malas e inseguras condiciones de trabajo tienen un impacto negativo evidente en la calidad de la atención.

La mayoría de los/as pacientes no pueden permitirse unos servicios sanitarios completos; éstos sólo están disponibles para quienes estén en condiciones de pagar. Se crea así un sistema sanitario de varios niveles, que atiende selectivamente a los/as pacientes en función de su capacidad para costear el tratamiento²⁷.

Por último, la mercantilización de la atención sanitaria está modificando la relación entre los/as usuarios/as (pacientes) y los/as profesionales sanitarios. El cambio hacia una relación deshumanizada está provocando un sentimiento de malestar en el trabajo entre los/as profesionales de la salud (con una creciente incidencia de depresiones, suicidios, etc.). El cambio de relación también enajena a la persona usuaria (paciente) de su salud, ya que esta última se ha convertido en un producto mediado por una relación comercial.

RUMBO A LA DEMOCRACIA SANITARIA

La salud pública debe basarse en el principio de solidaridad y distanciarse de las relaciones de mercado. La ciudadanía debe tener derecho a definir colectivamente los objetivos, las prioridades y las necesidades de su sistema sanitario. Por otra parte, el sistema sanitario y todos los actores implicados en él deben estar vinculados por objetivos claros y definidos democráticamente, que fomenten el bien común²⁸. La anticipación de las necesidades sanitarias colectivas a la luz de la evolución de los estilos de

²⁷ Se ha observado que hoy en día, incluso en los sistemas sanitarios más “avanzados”, un número considerable de personas aplaza o abandona el tratamiento. Al menos 400 millones de personas en el mundo no tienen acceso a uno o varios servicios sanitarios esenciales. Cada año, 100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza y 150 millones tienen dificultades económicas debido a los gastos personales ocasionados por el acceso a la atención sanitaria.

²⁸ Sobre la base de ciertos principios, tales como: 1) la asequibilidad financiera, geográfica y cultural de la atención sanitaria para el conjunto de la población y, en particular, para las capas más necesitadas y marginadas; 2) políticas de prevención y promoción de la salud, junto con un sistema eficaz de primera línea (salud comunitaria – véase la Declaración de Alma Ata de la Organización Mundial de la Salud); y 3) la disponibilidad, para el conjunto de la población, de las técnicas médicas más adecuadas y la dotación de recursos (con una gama variada de prácticas médicas) que garanticen el acceso más rápido, eficaz y digno a los tratamientos.

vida y de las patologías, del estado del planeta, de la sociedad y de sus poblaciones, también debe ser un eje central de las políticas sanitarias.

Nuestro análisis y las experiencias locales demuestran que los intereses comerciales son contrarios a los intereses de la salud pública y, en general, al derecho a la salud. Esto es cierto a nivel práctico en lo que respecta a la gestión eficiente de un sistema sanitario en términos de asignación equitativa de los recursos financieros, y también a nivel filosófico, cultural y político, dado lo deshumanizado que resulta el enfoque comercial de la salud.

Es pues imprescindible y urgente rechazar la lógica comercial y mercantil que se aplica en la mayoría de las regiones en materia de salud. El hecho de que varias luchas en todo el mundo planteen esta exigencia no es una mera casualidad.

FASES DE LA PRIVATIZACIÓN

Distinguimos tres fases en la penetración del capital privado en los sistemas sanitarios:

> En los países en vías de desarrollo, desde principios de los años 1980, tras la crisis de la deuda soberana: las instituciones internacionales (Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial) influyen en las políticas económicas y presupuestarias nacionales y, a través de los programas de ajuste estructural (PAE), promueven la entrada de

operadores comerciales en el sector sanitario. Los sistemas sanitarios resultantes de los procesos de descolonización se caracterizan por un acceso limitado a la atención médica, la fuerte presencia de un sector informal y un sistema público generalmente centrado en los hospitales. Dichos países cuentan con una presencia estructural de ONG internacionales que compensan las deficiencias de un sistema sanitario en gran medida infrafinanciado. Los sistemas asistenciales coloniales importaron los métodos occidentales, rechazando las ventajas de las prácticas y conocimientos de las

poblaciones autóctonas.

> En los antiguos países comunistas, a principios de los años 1990, tras la caída del Muro de Berlín: los sistemas sanitarios de los países comunistas se caracterizaban por un alto grado de centralización de las

actividades sanitarias, financiación pública, servicios sanitarios totalmente estatales y predominio de los hospitales sobre la atención primaria. En los años 1990 se introdujeron importantes reformas que permitieron la creación de estructuras sanitarias privadas y la descentralización de todo el sistema.

> En los países “occidentales” tras la crisis económica y financiera de 2008 y las consiguientes políticas de “austeridad”: estos sistemas “occidentales” suelen ser gestionados por operadores públicos o sin ánimo de lucro. Sin embargo, desde los años 1980 se han ido abriendo a operadores comerciales. A raíz de la crisis económica y financiera de 2007/2008, esta tendencia se ha acelerado rápidamente.

Estas tres fases ponen de manifiesto una estrategia de penetración del capital privado con motivo de las crisis que afectan a los distintos Estados. Las dificultades económicas se utilizan para institucionalizar una visión de mercado de la salud y sus prácticas.



CONSTRUIR UN
MOVIMIENTO
MUNDIAL POR
LA SALUD

Captar la esencia de las luchas por la salud, en todo el mundo, es un reto. Profesionales de la salud que exigen condiciones laborales dignas para hacer su trabajo con diligencia, comunidades que defienden sus territorios de las garras de una empresa transnacional o pacientes que reclaman el acceso a una atención existente pero que es el coto cerrado de unos cuantos: la salud es transversal al movimiento social y alimenta diversas luchas.

Desde otra perspectiva, la salud es lo que aglutina a diversos movimientos, es una reivindicación compartida, una bandera común que nos une en la lucha. Puede tomar la forma de una lucha para evitar el cierre de un servicio de pediatría o de un hospital; o puede ser una lucha en contra de la exclusión de las personas de un sistema de atención privatizado. También puede consistir en expresar indignación por los efectos adversos de una mina de oro sobre los medios de vida y la salud de la población.

Se mire como se mire, el tema de la salud es un poderoso llamamiento a la movilización. ¿Cómo podría ser de otro modo? ¿Cómo podríamos ignorar la importancia vital del derecho a la salud, el derecho a acceder a los servicios sanitarios, el derecho que todos y todas tenemos al bienestar, a no ser sometidos/as a situaciones o condiciones degradantes que atenten contra ese derecho?

Esta es la fuerza de movilización que sustenta las luchas por la salud, que las ayuda a superar las dificultades y los obstáculos más duros, que permite o impone alianzas, y que puede llevar a las victorias, ¡en esta fuerza vital radica nuestro poder!

LA LUCHA POR LA SALUD ES UNA LUCHA COMPARTIDA

Las luchas contemporáneas por la salud tienen que adaptarse a las nuevas realidades mundiales (véase la introducción) y comprender sus dinámicas fundamentales, pero también deben desarrollar perspectivas, políticas y prácticas alternativas.

Por el momento, sin embargo, es probable que tengamos más preguntas que respuestas.

> ¿Cómo podemos construir una fuerza social capaz de cambiar las dinámicas globales?

> ¿Qué forma podría y debería adoptar esa fuerza?

> ¿Cuál podría ser una agenda común y compartida, capaz de construir una movilización global?

> ¿Cómo vincular esta tarea general a nuestro trabajo diario? ¿Cómo atender al mismo tiempo las necesidades inmediatas?

Nuestro anterior análisis nos lleva a afirmar que para defender la salud es necesario un profundo cambio social, económico y cultural, y que ello exige construir un movimiento de masas lo suficientemente poderoso como para amenazar los intereses de la élite mundial que quiere mantener el statu quo.

Esto no ocurrirá de la noche a la mañana. Por consiguiente, es imprescindible desarrollar una estrategia a medio y largo plazo para construir: 1) una visión política compartida; 2) una alianza social y política que dé cuerpo a la nueva visión de futuro; y 3) la(s) organización(es) que coordinará(n) nuestras acciones. Será necesario tener en cuenta las diferentes dimensiones espaciales (local, nacional, internacional) y temporales (ya que cada región y localidad tiene su propio ritmo y velocidad de evolución).

Nuestras reivindicaciones, nuestras propuestas y nuestra visión deben articularse en una narrativa clara, coherente y radical y tendrán que ser ampliamente difundidas. Frente al derecho a la propiedad privada, propondremos el bien común, la justicia social y la ecología; frente a la

satisfacción del cliente, el respeto y la dignidad; frente a la responsabilidad individual por la enfermedad, su determinación social. Frente al paradigma sanitario dominante (el de un enfoque individual, antropocéntrico y biomédico), un nuevo paradigma: una conciencia colectiva de la determinación social y un enfoque biocéntrico de la salud (que vincule al ser humano con su ecosistema).

LA SALUD EN EL CORAZÓN DE LA POLÍTICA

A partir de este nuevo paradigma y de nuestro análisis de la coyuntura actual, podemos imaginar un auténtico programa de acción:

- > políticas medioambientales ambiciosas para la transformación del aparato productivo en uno respetuoso con la ecología del planeta;
- > un firme compromiso con la paz;
- > una lucha sin cuartel contra la pobreza y por la consecución de un salario digno para todos y todas; un sistema de enseñanza accesible y de calidad; acceso a la vivienda, etc.;
- > la democratización de las instituciones y de todos los ámbitos de la sociedad;
- > sistemas de sanidad accesibles, completos y eficaces, que tengan en cuenta las necesidades reales de las personas.

Pero, ¿cómo poner en marcha un programa de este tipo? ¿Existe la

voluntad

política para hacerlo? ¿Son los países actuales capaces de conseguirlo?

El papel del Estado en la financiación y la regulación de los sistemas sanitarios o incluso en la oferta de servicios sanitarios sigue siendo objeto de debate. Entre los partidarios del control público y los que proponen la autoorganización y la autonomía, el jurado sigue sin pronunciarse. Aquí, la noción de bien común puede guiarnos a la hora de desarrollar la metodología para definir las necesidades y prioridades y facilitar la participación ciudadana.

Mediante nuestra acción, también podemos construir y fortalecer redes de profesionales y usuarios/as que, con su trabajo voluntario y activista, logren satisfacer determinadas necesidades. Esto ya ocurre en muchos países, sobre todo allí donde el sistema sanitario está fallando. Por ejemplo, en Grecia, el movimiento de clínicas solidarias y el movimiento de apoyo a los/as inmigrantes han confluído para defender la salud y la asistencia sanitaria para todos y todas. Esto demuestra cómo diferentes luchas, que se enfrentan a realidades distintas, pueden colaborar para reforzarse mutuamente y aportar soluciones a las necesidades de la población²⁹.

Sin embargo, debemos permanecer atentos: la participación ciudadana es clave para la construcción de nuestras luchas comunes, pero no debe canalizarse (como quieren los defensores de la mercantilización) contra los servicios públicos. A pesar de sus defectos, el Estado sigue siendo el garante del interés público. La participación ciudadana y los servicios públicos son complementarios y cualquier política sanitaria debe basarse en estas dos realidades.

Por otro lado, es importante insistir en el desarrollo de un sistema eficaz de atención primaria y en políticas de promoción de la salud que permitan abordar rápidamente los problemas más acuciantes. También sería muy valioso preservar y divulgar la sabiduría tradicional que promueve la buena salud y pone a disposición de la población una red de profesionales que se ajustan a las prioridades y preferencias culturales de ésta.

La formación de los profesionales debe tener en cuenta estas propuestas, así como replantear las jerarquías heredadas del pasado y esforzarse por democratizar la salud y sus prácticas. Una alianza entre el personal sanitario y los/as pacientes (usuarios/as) es un requisito clave para alcanzar este objetivo.

²⁹ Véase: Support the City Plaza Refugee Accommodation and Solidarity Center in Athens, Greece (2016) (Apoyar el centro de alojamiento y solidaridad para refugiados City Plaza en Atenas). Disponible (en inglés) en: https://esp.habitants.org/noticias/habitantes_de_europa/support_the_city_plaza_refugee_accommodation_and_solidarity_center_in_athens_greece (06/01/2022).

NUESTROS PROCESOS COLECTIVOS

Gracias al carácter amplio y popular de nuestras luchas estamos en una posición ideal para percibir las necesidades de la población. Esto puede reforzarse aún más mediante la educación popular.

La separación, en función del género, entre reproducción social y producción económica constituye el principal fundamento institucional de la subordinación de las mujeres en las sociedades capitalistas.

Los procesos colectivos que abordan cuestiones específicas o reivindicaciones populares conciencian a la población: la enfermedad deja de ser individual, existen soluciones colectivas, el derecho a la salud se afirma, las autoridades que se oponen a él quedan expuestas.

¿Cómo vincular las reivindicaciones específicas con las posiciones generales? ¿Cómo se puede cuestionar el actual sistema neoliberal para propiciar cambios estructurales? ¿Cómo federar las luchas defensivas para proponer sistemas y políticas alternativas? ¿Cómo podemos vincular, enunciar y coordinar nuestras luchas y tener en cuenta nuestros diferentes ritmos y ámbitos de actuación para superar las divisiones?

Estas interrogantes se resolverán en nuestros procesos colectivos escuchándonos mutuamente y siendo sensibles a las diferentes necesidades y opiniones. Porque nuestras luchas son también el lugar de reapropiación individual y colectiva de la salud, nuestras luchas democratizan la salud. Al hacerlo, contribuyen a liberar la salud y el cuerpo de la función de reproducción de la fuerza de trabajo exigida por el sistema económico.

La actual forma de capitalismo financierizado está destruyendo sistemáticamente nuestra capacidad para mantener los vínculos sociales. La separación, en función del género, entre reproducción social y producción económica constituye el principal fundamento institucional de la subordinación de las mujeres en las sociedades capitalistas. Nuestras luchas deben contribuir a liberar la reproducción social de su sometimiento

a los procesos capitalistas. En este sentido, las luchas feministas son unas aliadas naturales³⁰.

HACIA UNA ORGANIZACIÓN MUNDIAL

Las luchas por la salud tienen la doble ventaja de estar, por un lado, ancladas localmente y, por otro, de ser capaces de transmitir un mensaje sencillo que se entiende en el mundo entero. Al mismo tiempo, pueden ilustrar de forma concreta el vínculo fundamental que enlaza hoy en día la dimensión local con la global.

Estas dos dimensiones están ahora más entrelazadas que nunca: las decisiones que modifican nuestras realidades locales se toman a menudo como respuesta a procesos globales (acuerdos comerciales, G7, G20, OMC, etc.). A la inversa, las prácticas locales pueden tener un impacto global: basta pensar en la firma del acuerdo de libre comercio entre la Unión Europea y Canadá, que fue bloqueado por la resistencia local en Valonia (Bélgica). Del mismo modo, es posible, mediante una acción coordinada, desestabilizar a una empresa multinacional oponiéndose a sus operaciones locales en distintos lugares. No tener en cuenta una u otra de estas dos dimensiones sería una desventaja para nuestras luchas.

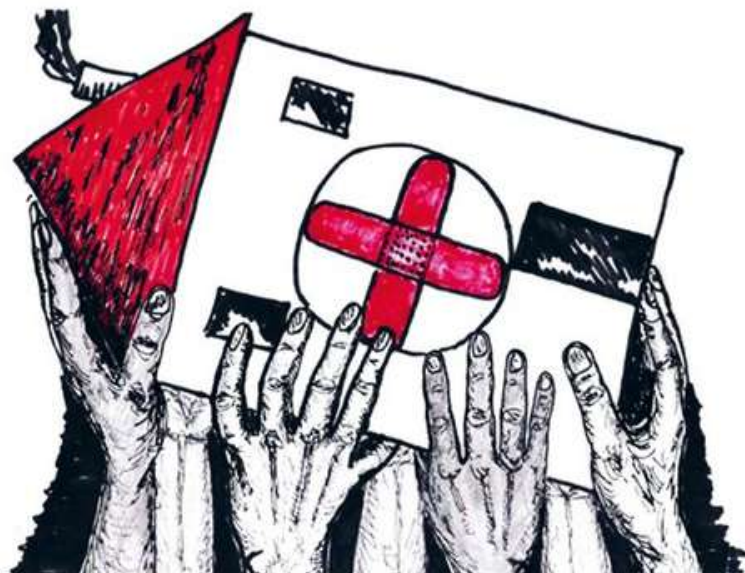
Al estar a caballo entre diferentes movimientos sociales, la salud puede ser el hilo conductor de diferentes luchas, relacionando causas y favoreciendo colaboraciones. ¿Podríamos, por ejemplo, al tiempo que defendemos el derecho a la salud y la salud del planeta, conectar y organizar a las poblaciones indígenas que luchan contra una empresa minera de carbón en Colombia con los/as jóvenes activistas que luchan contra la industria de carbón en Alemania?

30 Leonard, S. / Fraser, N. (2016). Capitalism's Crisis of Care (La crisis de los cuidados bajo el capitalismo). Dissent, otoño de 2016. Disponible (en inglés) en: www.dissentmagazine.org/article/nancy-fraser-interview-capitalism-crisis-of-care (06/01/2022).

Día tras día la movilización cobra ímpetu, alimentada por las contradicciones cada vez más evidentes que arrastra un sistema económico dañino y opresivo. Crece la conciencia de que para la realización del derecho a la salud es necesario multiplicar las acciones a todos los niveles.

Disponemos ahora de herramientas de comunicación adecuadas para facilitar estas colaboraciones en todo el mundo, y también para compartir nuestros puntos de vista, análisis y prácticas, así como nuestros mensajes y campañas, y activar las redes de solidaridad.

REPRESENTACIÓN DE LA CLÍNICA DE SOLIDARIDAD SOCIAL DE TESALÓNICA, GRECIA



CONCLUSIÓN

La lucha por la salud tiene múltiples facetas y variantes. Ha dejado su huella a lo largo de los siglos. Las luchas en este frente se han multiplicado en la época actual y siguen movilizando a millones de personas, comunidades, grupos y organizaciones en todo el mundo. Las formas que adoptan reflejan los problemas y las prácticas de una sociedad y de su tiempo.

La urgencia de la situación sanitaria, económica y social de millones de personas en todo el mundo, y los consiguientes retos, que van desde las guerras hasta la pobreza y las migraciones forzadas, pasando por los cambios climáticos y medioambientales, no debe impedirnos concebir nuestras luchas a medio y largo plazo.

Día tras día la movilización cobra ímpetu, alimentada por las contradicciones cada vez más evidentes que arrastra un sistema económico dañino y opresivo. Crece la conciencia de que para la realización del derecho a la salud es necesario multiplicar las acciones a todos los niveles. El carácter globalizado de las fuerzas que nos amenazan hace necesario organizar nuestras luchas también a nivel mundial.

Se trata de un reto importante que debemos y podemos asumir gracias a nuestra conciencia de la situación real, nuestra voluntad de afrontarla colectivamente, nuestra experiencia sobre el terreno y las nuevas herramientas de que disponemos.

Nuestras luchas tienen por objetivo el cambio social y el empoderamiento colectivo. Se basan en el respeto de todos los esfuerzos dirigidos a mejorar las condiciones de vida del conjunto de la población mundial, así como en el respeto de la ecología del planeta.

AUTORES/AS

Amit Sengupta

Amit Sengupta se formó como médico y residió en Nueva Delhi (India). Trabajó con movimientos populares en la India y a nivel mundial en temas de “ciencia y sociedad”, política de salud pública y medicamentos, innovación y derechos de propiedad intelectual. Ha dirigido varios proyectos de investigación en el ámbito de la política de salud pública y medicamentos. Estuvo asociado a varias plataformas y redes de la sociedad civil, tales como la All India People’s Science Network (Red popular científica panindia) y el Consejo Internacional del Foro Social Mundial. El Dr. Sengupta fue el Coordinador Global Asociado del Movimiento por la Salud de los Pueblos y coordinó el grupo editorial de Global Health Watch (Informe mundial sobre la salud). Lamentablemente, falleció en el 2018.

Chiara Bodini

Chiara Bodini es doctora en medicina, especializada en enfermedades infecciosas y en salud pública. Ha trabajado en contextos de cooperación sanitaria en varios países del África subsahariana. Desde la fundación, en 2007, del Centro de Salud Internacional e Intercultural (CSI) de la Universidad de Bolonia, Chiara Bodini forma parte del mismo, realizando proyectos de investigación-acción con la comunidad y las autoridades sanitarias locales. Viene colaborando en proyectos de investigación internacionales y nacionales sobre promoción de la salud, desigualdades sanitarias y participación comunitaria. Es miembro de la junta directiva de la Sociedad Italiana de Medicina de las Migraciones y es copresidenta del Movimiento por la Salud de los Pueblos.

Sebastián Franco

Sebastián Franco es investigador y activista asociado al Gresea, un centro de investigación belga sobre políticas económicas alternativas (www.gresea.be). Ha coordinado la Red Europea contra la Privatización y la Comercialización de la Salud y de la Protección Social y actualmente dirige la red europea Alter Summit. También trabaja en el ámbito de la migración a través de su participación en la Coalición Internacional de Sin Papeles y Migrantes (CISPM).

AGRADECIMIENTOS

Este opúsculo ha sido posible gracias a las contribuciones de Ana Vračar (Organización para la Iniciativa de los Trabajadores y la Democratización (Croacia), Movimiento por la Salud de los Pueblos), Carmen Esbri (MEDSAP – Marea Blanca Madrid, Coordinadora Estatal Mareas Blancas, España, Red Europea), Jean Vignes (Sud Santé Sociaux (Francia), Red Europea), Marcela Bobatto (LAICRIMPO Salud (Argentina), Movimiento por la Salud de los Pueblos) y Renia Vagkopoulou (Grecia/Alemania, Movimiento por la Salud de los Pueblos). Muchas gracias también a Sylvie Jefferson, Lara Hidalgo y Fany Lambert (traductoras e intérpretes) y al equipo de Linguanet sprl por su valioso y excelente trabajo de traducción. Finalmente, un gran agradecimiento a Federico Tomasone por la coordinación y los aportes políticos a este trabajo, así como a la Rosa-Luxemburg-Stiftung por su compromiso con las luchas sociales.

RED EUROPEA CONTRA LA PRIVATIZACIÓN Y LA COMERCIALIZACIÓN DE LA SALUD Y DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

La Red tiene por objetivo defender la sanidad y la protección social universales y solidarias. Las organizaciones miembros de la Red luchan contra la comercialización y la privatización a nivel local. La Red agrupa a personas usuarias y personal trabajador de la salud, organizaciones sindicales, asociaciones, partidos y plataformas sociales.

www.europe-health-network.net

PEOPLE'S HEALTH MOVEMENT / MOVIMIENTO POR LA SALUD DE LOS PUEBLOS (PHM / MSP)

El PHM / MSP es una red internacional que aglutina a activistas que trabajan en cuestiones de salud, así como a organizaciones de la sociedad civil e instituciones académicas de todo el mundo, en particular de países de bajos y medianos ingresos (PBMI). Actualmente la red está presente en más de 70 países. El PHM / MSP, guiado por la Declaración para la Salud de los Pueblos (DSP), lleva a cabo varios programas y actividades. Su compromiso es promover la atención primaria integral de salud y abordar los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud.

www.phmovement.org

